

L'experiència del projecte AQuAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària

AQuAS experience in assessing collaborative models of social and health care

Vicky Serra Sutton¹, Carla Montané Gutiérrez², Joan MV Pons Ràfols³ i Mireia Espallargues Carreras⁴

Resum

L'objectiu d'aquest estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya que impliquessin de forma principal als serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut. Es va portar a terme un estudi qualitatiu de casos de 9 models col·laboratius que va evidenciar l'heterogeneïtat en els proveïdors implicats, àmbits d'atenció, àrees geogràfiques i formes d'organitzar-se. L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats, descriure les necessitats dels professionals implicats i els beneficis percebuts que aporta treballar en el marc d'un model organitzatiu d'aquest tipus. Aquesta informació pot ser d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro (per descriure com era el seu model, identificar aspectes de millora), a nivell meso i macro (per facilitar la presa de decisions i donar resposta a les necessitats identificades).

Paraules clau: Avaluació de serveis sanitaris, atenció integrada, ajuda presa decisions, bones pràctiques, avaluació de necessitats.

¹ Sociòloga, PhD. Filiació: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, (AQuAS, Barcelona) i CIBER Epidemiologia i Salut Pública, (CIBERESP, Barcelona).vserra@gencat.cat

² Sociòloga. Filiació: Consultora independent (Barcelona).

³ Metge internista, PhD. Filiació: AQuAS i CIBERESP.

⁴ Metge preventivista en salut pública, PhD. Filiació: AQuAS i *Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas* (REDISSEC, Barcelona).

* Aquest article és una adaptació de l'informe tècnic i annexos publicats: Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015. Disponible a: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratius_2015

Abstract

The aim of this study was to assess collaborative models of social and health care in Catalonia (implying mainly the collaboration of professionals from basic social services and primary health care services). A qualitative case-study was conducted, showing heterogeneity in the involved providers, the care fields, the geographic areas and the ways of organization. The study offered a picture of the key features of the nine evaluated experiences and described the needs of the professionals involved and the subjective benefits of working in a collaborative model. This information can be useful at different levels: micro (to describe how the model was, to identify areas for improvement), meso and macro level (to facilitate decision-making and to response to the identified needs).

Key words: Evaluation of health services, holistic care, decision-making support, best practices, assessment of needs.

Per citar l'article: SERRA SUTTON, Vicky; MONTANÉ GUTIÉRREZ, Carla; PONS RÀFOLS, Joan MV i ESPALLARGUES CARRERAS, Mireia. L'experiència del projecte AQuAS en l'avaluació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 82-94. ISSN 0212-7210.

Agraïments: L'equip de recerca vol donar les gràcies als professionals participants vinculats als 9 models col·laboratius (Alt Penedès, Gironès, La Garrotxa, Lleida, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i Vilanova i la Geltrú.

Més informació a l'annex 1.

També volem agrair a la Laia Domingo Torrell de l'AQuAS la seva revisió i aportacions de millora a aquest article, així com el suport i contribucions de Georgina Tomàs Comas d'Argemir (Institut Català d'Assistència Sanitària –actual Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal del Departament de Benestar Social i Família), del Joan Carles Contel Segura (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat– PPAC del Departament de Salut) i de l'Ester Sarquella Caselles (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris- PIAISS, Generalitat de Catalunya) en les diferents fases del projecte.

Context de l'avaluació externa de models col·laboratius

Els models col·laboratius són iniciatives que promouen una atenció més coordinada, integrada i centrada en els usuaris. Per atenció coordinada s'entén el grau de coordinació dels professionals per aconseguir una atenció integrada dels pacients al llarg del temps, dins i entre organitzacions, que s'intenta assolir amb la posada en marxa de processos transversals i el disseny de processos de manera conjunta entre àmbits assistencials (Ministeri de Sanitat, 2007). D'altra banda, una atenció integrada (usualment anomenada *comprehensive care*) inclou les entrades, el lliurament, la gestió i l'organització dels serveis relacionats amb el diagnòstic, el tractament, la cura, la rehabilitació i la promoció de la salut (GRÖNE, O., 2002). Finalment, per atenció centrada en els usuaris es pot entendre el seu grau de satisfacció i la de la seva família en relació als serveis i atenció rebuda, la informació, el disseny de serveis adequats a les seves expectatives, la seva participació en les decisions entorn de la seva salut i el respecte als sistemes de valors i creences d'aquests usuaris (Ministeri de Sanitat, 2007).

A nivell internacional, s'identifica poca evidència dels resultats i beneficis de l'atenció social i sanitària integrada (HUDSON, B., 2011; European Science Foundation, 2013). En el context estatal, existeixen alguns treballs centrats bàsicament en l'àmbit sanitari i de la cronicitat (NUÑO-SOLINÍS, R., 2013). Alguns estudis fets a Catalunya han permès identificar barreres o facilitadors en la coordinació d'organitzacions integrades sanitàries (VARGAS, I., 2006), o as-

pectes de millora del procés en l'àmbit específic de la dependència (avaluació dels projectes demostratius PRODEP; Fundació Avedis Donabedian, 2008).

En el marc de la creació del nou Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (actual Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal) del Departament de Benestar Social i Família i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) del Departament de Salut encarregaren dur a terme una avaluació externa dels models col·laboratius. Aquesta avaluació externa es va coordinar des de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS), empresa pública adscrita al Departament de Salut que té com a missió generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat assistencial, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut a Catalunya i en definitiva desenvolupar eines que facilitin la presa de decisions.

L'objectiu de l'estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària que impliquessin de forma principal els serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut. Atès que la majoria dels models col·laboratius estaven en les seves fases inicials en el moment de l'avaluació externa, s'esperava que els resultats

■ **L'objectiu de l'estudi fou avaluar models col·laboratius d'atenció social i sanitària que impliquessin de forma principal els serveis socials bàsics i els equips d'atenció primària de salut.**

d'aquesta avaluació facilitarien el desenvolupament dels seus plans funcionals i que s'identifiquessin les necessitats perquè els decisors, a diferents nivells, donessin suport en les diferents fases del seu desplegament.

En aquest article es presenten alguns dels resultats en relació amb els aspectes següents: a) quines característiques estructurals i organitzatives tenen els models avaluats; b) què implica treballar en un model col·laboratiu per als professionals; i c) quines barreres i facilitadors es detecten. Es pot obtenir una descripció més detallada de tot l'estudi a l'informe tècnic i annexes publicats i disponibles al web de l'PAQuAS: http://aquas.gencat.cat/ca/detall/article/avaluacio_9models_collaboratius_2015-00001

Com es va portar a terme l'avaluació externa?

Es va portar a terme un estudi qualitatiu de casos (descriptiu i exploratori) que va incloure la participació de set models en fases inicials de desplegament i dos amb més trajectòria en el temps. La majoria dels models eren encàrrecs institucionals del Departament de Benestar Social i Família així com del Departament de Salut com a pilots territorials.

Els criteris d'inclusió com a cas (model col·laboratiu) van ser els següents: a) ser referent territorial; b) incorporar bones pràctiques en gestió o atenció integrada entre els àmbits social i de la salut, i/o de coordinació entre diferents nivells assistencials (per exemple, atenció primària de salut i atenció en hospital d'aguts) o entre diferents proveïdors; c) ser encàrrecs insti-

tucionals del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut; d) altres models col·laboratius amb més trajectòria en el temps que poguessin ajudar a entendre els beneficis i l'impacte d'una atenció més integrada. També es va tenir en compte que haguessin col·laborat en projectes previs com el PRODEP (Programes d'Atenció a la Dependència), programes de prevenció i atenció a la cronicitat o altres experiències referents.

Per recollir informació es va enviar un qüestionari semiestructurat als líders de cada model col·laboratiu i també es va recollir documentació interna (protocol, pla funcional, presentació tècnica, circuits, organigrames, etc). Es van portar a terme 18 grups de discussió (2 per cada model) i una entrevista a les seues dels models entre gener i març del 2014, per recollir la veu dels professionals implicats, tant dels líders i els responsables com dels professionals que realitzen atenció directa a usuaris. Els perfils acadèmics més freqüents van ser en treball social, educació social, infermeria, medicina familiar i comunitària, medicina interna i psiquiatria, entre altres.

Es va fer un buidatge (transcripció) de cada grup de discussió amb *verbatim clau dels participants*. Es va fer una anàlisi qualitativa de contingut i del discurs per entendre el fenomen d'estudi i una anàlisi de cada cas (model col·laboratiu). Per assegurar la independència, transparència i validesa dels resultats es definiren diverses estratègies. En primer lloc, es va definir un protocol i guions per a la conducció dels grups de discussió i entrevistes. Dues investigadores van participar en les dinàmiques de grup i en el treball de camp. Les sessions es gravaren en format àudio

per a la seva anàlisi qualitativa posterior, amb un buidatge i extracció de verbatim clau dels participants. Els resultats es van triangular entre analistes i la informació recollida de cada experiència col·laborativa. Es va fer un retorn dels resultats a tots els participants (informe de cas) en relació amb el model per a la seva validació abans de realitzar les anàlisis globals. És important explicitar que l'equip de recerca tenia perfils acadèmics multidisciplinaris (sociologia, medicina preventiva, medicina interna, salut pública) i que no necessàriament compartia la perspectiva dels decisors.

Característiques estructurals i organitzatives dels models

Les 9 experiències eren heterogènies quant als seus objectius, proveïdors, població diana, fases d'evolució i perfils professionals implicats (taula 1). Tot i així, els models es van classificar en quatre grups: a) segons si estaven centrats en els usuaris amb un discurs explícit preventiu i amb més lideratge inicial de l'àmbit social; b) segons si estaven centrats en gestió de casos de cronicitat amb més lideratge inicial sanitari; c) segons si eren models d'atenció primaristes amb integració de serveis socials i sanitaris amb equilibri de lideratge entre l'àmbit social i sanitari; d) segons si estaven centrats a millorar l'eficiència local/ regional i presentaven també un equilibri en el lideratge entre les dues vessants.

Els models avaluats estaven en fases desiguals quant al seu desplegament, tot i que gairebé tots s'iniciaren al primer trimestre de 2013. Alguns es trobaven en fases inicials de definició i coneixement dels professionals (construint equip, per

exemple, fase 1, Mataró, Vilanova i la Geltrú ABSI i ABSII) o de disseny i escriptura del seu pla funcional (fase 2: Lleida, Tona-Mancomunitat de la Plana), mentre que d'altres estaven en fases més avançades de desplegament i d'implementació (fase 3: Gironès o CAPI Vilanova i la Geltrú). Només algunes experiències col·laboratives, segurament pel fet de ser de les més antigues, semblaven haver assolit la fase de consolidació amb molta experiència acumulada i avaluació (d'auditoria i continuada), en fase de formalització del model i avaluació de la millora contínua (Reus, la Garrotxa o Sabadell).

Pocs models disposaven d'un pla funcional o circuits escrits en el moment de l'avaluació externa, encara que tots destacaven per la trajectòria i l'experiència de treball col·laboratiu i el fort lideratge estratègic i motivacional en el seu desplegament. Dintre dels seus objectius es proposava millorar la coordinació de serveis/àmbits, la qualitat i l'eficiència de l'atenció, el benestar dels usuaris, com també evitar duplicitats i detectar necessitats socials i sanitàries; havien definit iniciatives per identificar necessitats organitzatives i fomentar el treball d'equip i visions més integrades d'atenció i prevenció en usuaris amb major risc de necessitats socials i en salut.

Què implica treballar en un model col·laboratiu per als professionals

A partir dels relats dels professionals es van identificar trets clau del que hauria de tenir un model quant a la seva conceptualització, gestió de recursos humans, cultura organitzativa i aspectes qualitatius

intangibles (taula 2). Els professionals participants consideraren que un model col·laboratiu anava més enllà de l'atenció coordinada (considerada una forma de treball més informal entre diferents professionals) o integrada de l'atenció que implica, a més d'aquests atributs, tenir objectius comuns definits i una visió global dels usuaris amb un acord institucional formalitzat. En definitiva, treballar en un model col·laboratiu com a concepte per als professionals implicava passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció (escrivint, protocol·litzant, fent que les institucions i els proveïdors es posin d'acord amb objectius comuns).

■ **Treballar en un model col·laboratiu com a concepte per als professionals implicava passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció.**

Barreres i facilitadors en el desplegament dels models

Darrere els models col·laboratius es percep que hi havia un canvi de paradigma de l'atenció i una adaptació de les estructures i que s'estava interioritzant el model per part dels professionals i proveïdors. Entre les barreres mencionades destaquen: a) la manca de directrius clares i d'objectius comuns per part dels 2 departaments (Departament de Salut i Departament de Benestar Social i Família); b) la manca de reconeixement institucional (por-

tar a terme un model col·laboratiu depèn en gran mesura del voluntarisme professional; a més, la inexistència de directrius/objectius comuns dificulta avançar); c) les resistències al canvi organitzatiu, a la manera de treballar i a les diferents visions; d) la inexistència de sistemes d'informació compartits, terminologia comuna i espais compartits tant estructurals i físics com de la paraula que condicionen el treball col·laboratiu. A continuació s'exemplifiquen algunes de les barreres esmentades pels professionals:

Manca de legitimació i lideratge institucional

«Com que les coses no estan clares des de dalt, i és tan rellevant el canvi i tot el que comporta, l'actitud és d'incertesa: em moc o no em moc?»
[professional, model Alt Penedès]

«La gran dificultat és que tenim diferents proveïdors de salut, amb diferents objectius propis, situacions diferents, i això, quan ho apliques al pacient, dificulta que puguis donar-li el mateix: a no sé quants quilòmetres de distància.»
[professional, model Alt Penedès]

«No tan sols podem dependre de les voluntats de la gent; amb això no en tenim prou...»
[professional, model Tona-Mancomunitat de la Plana]

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

«Nosaltres parlem de compartir informació bàsica, allò que és fonamental; per exemple, és important poder establir marcadors de situacions de risc i poder-ho veure directament sense haver d'utilitzar mecanismes del segle XVIII. Per exemple, aquesta persona a qui jo he identificat amb situacions de risc, l'àmbit de salut ja la té identificada com una situació de maltractament.»

*Ja no cal que indagui més; parlo amb salut.»
[professional, model Lleida]*

«A més, aquí tenim una dificultat afegida important, i és que estem parlant de dos sistemes que tenen llenguatges diferents com a sistema amb informació significativa diferent. En l'àmbit dels serveis socials bàsics, tenim un tema clau que és el nucli familiar. (...）」 [professional, model Lleida]

Professionals que estan interioritzant un nou model d'atenció

«Una de les principals barreres ha estat la diferència en les formes de treballar. Som sistemes molt diferents; el sistema sanitari té una manera de treballar i de veure les coses, i al principi hi va haver tibantor. Des de social ja teníem història de treballar amb salut, però quan vam fer la incorporació, vam haver d'anar llimant. Una de les solucions va ser, per exemple, que tothom anés amb bata blanca, o ajustar terminologies, per exemple, el que nosaltres enteníem per urgència i el que enteniien ells...」 [professional, model Reus]

«És difícil actuar en un problema únicament per la part d'un sector. Unir forces ha estat un avantatge per a l'usuari i un avantatge per a nosaltres, perquè hem entès que al darrere hi havia una càrrega que nosaltres ni la coneixíem. [...] Qui detecta el problema de vegades són els sanitaris i de vegades són serveis socials; aquell que ho detecta és el primer que comença a engegar el motor...」 [professional, model Sabadell]

«Jo trobo que el que passa és que els dos sistemes no tenen res a veure, encara; per tant, totes aquestes pors són lògiques.» [professional, model la Garrotxa]

Els facilitadors més rellevants per a la creació i el desplegament dels models col·laboratius foren: a) el context (la importància de l'històric de treball col·laboratiu i referències prèvies: PRODEP, PPAC,

SEVAD o altres, de les institucions, els proveïdors i les persones implicades); i b) la mida, la delimitació territorial i les estructures organitzatives que promouien el treball en equip, el treball multidisciplinari i l'atenció coordinada i integrada. Altres facilitadors en l'evolució dels models es van relacionar amb el lideratge, la motivació i la creença en el model, l'existència de professionals referents que fan de vincle entre ambdós àmbits d'atenció. A continuació s'exemplifiquen alguns dels facilitadors esmentats pels professionals:

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

«L'atenció primària és la intersecció entre tots dos departaments i cal que polítics i tècnics –més tècnics que polítics, perquè els polítics no entenen aquestes coses– entenguin que el problema puntual és aquest. I que, a partir d'aquí, aniran cap a un lloc o cap a un altre. Però és aquí, a atenció primària, on generem la gent que va cap als dos llocs.» [professional, model Reus]

«Això també és important (certa cultura de treball en equip), perquè, amb aquest nou model, hem de generar molts consensos: requisits, perfils, criteris d'accés, instruments de valoració, diagnòstics per evitar contradiccions...」 [professional, model Tona-Mancomunitat de la Plana]

Facilitadors institucionals, instrumentals i de territori

«Jo penso que el fet que hi hagi acord institucional és com a mínim un element que ha de garantir una continuïtat i que no sigui un experiment. [...] Les experiències que es fan (entre professionals, equips, etc.), si no tenen el suport i aquesta implicació de la institució, desapareixen quan desapareixen els professionals.» [professional, model Lleida]

«És evident que cada territori s'estructura d'una manera diferent, però també hi ha d'haver una estructura marc clara, perquè, si no, es queda en un tema de voluntats, i els temes de voluntat es poden realitzar o no. [...] Com que fins ara no tenim directrius, en els territoris on s'ha seguit un model col·laboratiu és una qüestió de voluntats, perquè no hi ha instruccions.» [professional, model La Garrotxa]

Facilitadors de gestió, d'estructura i funcionament

«Un paper clau l'ha tingut la direcció també en el lideratge; en generar el clima adient per poder treballar.» [professional, model Vilanova i la Geltrú]

«Jo crec que, per tal d'entendre'ns i apropar-nos a nivell de llenguatges, és molt important treballar junts i buscar punts de formació que siguin compartits; la formació compartida és molt important.» [professional, model Gironès]

«Alhora, les comissions són espais on, durant anys i més anys, ens reunim, i això crea confiança, crea cultura de treball i crea equip, crea integració. Els responsables, i també els treballadors socials, sobretot els tècnics, parlen de casos [...]» [professional, model La Garrotxa]

«Nosaltres vam poder trencar el tema de la jerarquia entre metges i treballadors socials; això es va poder fer a través de sessions conjuntes, generant espais informals de trobada, etc.» [professional, model Vilanova i la Geltrú]

«Les competències de cada professional en cada situació han d'estar ben marcades. I quan tu traspasses aquesta competència, és molt important tenir definides quines són les meves tasques.» [professional, model Mataró]

Conclusions i recomanacions per als decisors

Aquest estudi ha permès recollir la veu i perspectives dels professionals vinculats als models col·laboratius que han estat fonamentals per a aquesta avaluació externa. L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro (descriure cada model, identificar aspectes de millora i necessitats percebudes) a nivell meso i a nivell macro (per facilitar la presa de decisions per donar resposta a les necessitats identificades).

■ L'estudi ha permès obtenir una fotografia dels trets clau dels 9 models avaluats d'utilitat a diferents nivells: a nivell micro, a nivell meso i a nivell macro

Algunes recomanacions estratègiques clau a nivell meso i macro

- Implicar de forma més estreta (lligam institucional) els Departaments de Salut, Benestar Social i Família i els Ajuntaments.
- Cal legitimació i posicionament dels 2 departaments (Social i Salut) per establir objectius comuns contemplats en la contractació del serveis vinculats als models (contractes programa), els territoris o els mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moments no és suficient).
- Acompanyar en el canvi: són canvis de competències, de model, de me-

metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències.

- Legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades (motivar els professionals per tal de garantir el desplegament i continuïtat de cada model).
- El nou Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris hauria de marcar les directrius clares per a tots els models i hauria d'incentivar l'atenció integrada.
- Facilitar anar cap a un model real de l'atenció centrada en la persona.
- Prioritzar que els professionals de l'àmbit social i sanitari puguin accedir i compartir la informació d'un

mateix usuari a través de sistemes d'informació compartits.

- Repensar el rol de l'atenció primària i dotar-la d'eines i de recursos. L'atenció primària de salut hauria de ser un dels eixos clau en l'atenció sanitària dels usuaris.
- Els professionals s'han de conèixer per poder treballar junts. Cal donar temps per generar clima de treball col·laboratiu i poder fer el desplegament de cada model.
- Des de la formació de grau i postgrau universitari (sobretot en l'àmbit sanitari) seria important ensenyar que és important la relació, no tan sols el vincle amb usuari o pacient, sinó també el coneixement del seu entorn i el treball en equip i integrat.

1. Característiques estructurals i d'organització dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària avaluats*

| Estudi cas (model col·laboratiu) | Alt Penelès | Gironès | La Garrotxa | Lleida ciutat | Tona- Mancomunitat t de la Plana | Mataró | Sabadell | Reus | Vilanova i la Geltrú |
|---|--|---|--|--|---|--|--|---|--|
| Principals institucions implicades | -Ajuntament -Consell Comarcal -Consorti Sanitari | -Institut d'Assistència Sanitària -Consorti Benestar Social -Institut Català de la Salut (ICS) | -Consorti d'Acció Social -Institut d'Assistència Sanitària | -Ajuntament -Regió sanitària de Lleida -ICS | -Mancomunitat -Ajuntament -ICS | -Ajuntament -Consorti Sanitari | -Ajuntament | -Ajuntament -Grup d'Assistència Sanitària i Social | -Ajuntament -ICS |
| Any inici (encàrrec institucional) | 2013 (SI) | 2013 (SI) | 1996 (No) | 2013 (SI) | 2013 (SI) | 2013 (SI) | 1984; 2012 (No) | 2013 (SI) | 2013 (SI) (+) |
| Perfils professionals a l'avaluació (volum participants) | treball social (11), infermeria (2), medicina familiar i comunitària (1), medicina interna (1) | treball social (4), infermeria (6), medicina familiar i comunitària (1), medicina preventiva (1), estudiant en pràctiques (treball social, 1) | treball social (7), infermeria (1), medicina familiar i comunitària (1), medicina preventiva (1), medicina psiquiàtrica (1), medicina geriàtrica (1) | treball social (9), infermeria (3), educació social (1), medicina familiar i comunitària (1) | treball social (3), educació social (2), infermeria (4), medicina familiar i comunitària (1), terapeuta ocupacional (1) | treball social (10), medicina familiar i comunitària (1) | treball social (4), educació social (1), infermeria (3), medicina familiar i comunitària (2) | treball social (5), educació social (2), infermeria (2), medicina familiar i comunitària (1), medicina psiquiàtrica (1) | treball social (12), educació social (1), infermeria (6), medicina familiar i comunitària (4), medicina psiquiàtrica (1) |
| Participació altres projectes previs | -PRODEP -PPAC | -PRODEP -PPAC -Vivre en família -SEVAD | -PRODEP | -PRODEP PPAC | -PRODEP | -PRODEP SEVAD | -PRODEP | -PRODEP | -PRODEP |
| Població diana prioritària | -cronicitat -dependència -cuidadors | -cronicitat -dependència -cuidadors | -qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària | -cronicitat -dependència i violència i maltractament | -cronicitat -dependència i violència i maltractament -salut mental i drogues | -cronicitat -dependència -cuidadors | -qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària | -qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària | -qualsevol població susceptible intervenció social i sanitària |

* Informació extreta dels qüestionaris semiestructurats, grups de discussió amb els professionals implicats i documentació interna/gestió de cada model. PRODEP: programa d'atenció a la dependència; PPAC: programa de prevenció i atenció a la cronicitat; SEVAD: servei de valoració a la dependència; ICS: Institut Català de la Salut; (+). Al model col·laboratiu a Vilanova i la Geltrú hi ha un centre d'atenció primària de salut integrat (C.API) que depèn de l'Ajuntament des del 2003.

Taula 2. Conceptes entorn al que implica un treball col·laboratiu extrets dels discursos dels professionals participants*

- **Una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis i major detecció de necessitats socials i sanitàries**
«Jo m'imagino que s'ha de tractar d'una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis que atenen la població. Jo entenc això, facilitar la comunicació.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú]
- **Un intercanvi d'informació més fluid (des del vessant social)**
«Nosaltres, el que esperem d'aquest model col·laboratiu, és poder tenir una relació més fluida d'intercanvi d'informació, i que després, des de sanitat, sapiguen també quina és la nostra feina.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú]
- **Un coneixement dels dos àmbits (des del vessant de salut)**
«Jo, respecte a les expectatives del model col·laboratiu, crec que el que és molt important, i ja s'ha dit, és el coneixement dels dos àmbits i dels recursos que té cada un. Saber-ho també et determina una mica l'abast de la actuació; fins on arribes i on t'has de quedar.» [professional, model de Vilanova i la Geltrú].»
- **Tracte més global a l'usuari, tenir totes les visions i treballar de manera conjunta**
«Et dona punts de vista que de vegades, des de salut, no veus, i això és molt important.» [professional, model d'Alt Penedès]
«S'inicia per l'eficiència; els recursos són els que són, però sumant es pot fer més que separats, i el pacient té necessitats tant socials com orgàniques, això ja ha quedat més que demostrat; a partir d'aquí, jo penso que és una manera de tenir les coses molt més ateses i molt més controlades, perquè l'atenció primària pot ser per ambdues bandes [...]. És una manera de veure les necessitats, gairebé com si ho veiessis amb uns sols ulls.» [professional, model del Gironès]
- **Tenir un pla de treball, acord institucional i objectius comuns**
«Jo penso que nosaltres podem col·laborar, però no fem una atenció integrada; col·laborem, ens passem informació, però no hi ha un objectiu en comú. En canvi, l'atenció integrada vol dir que hi ha col·laboració, però que també hi ha un objectiu comú.» [professional, model del Gironès]
«Moltes vegades depèn de les relacions entre els professionals, de les persones de les diferents organitzacions, de la bona voluntat, i fins i tot del *feeling*. Mentre que parlar d'un model col·laboratiu ja implica un consens, un acord institucional; i també és una actitud, col·laborar amb una meta comuna; potser parteix més de compartir objectius estructurals i no únicament d'atenció.» [professional, model de Lleida]
- **Les dues parts en igualtat de condicions (àmbit social i sanitari)**
«Nosaltres veiem que, com a model col·laboratiu, hi ha dos sistemes que estarien en la mateixa situació, en igualtat de condicions, no sé com dir-ho, però que hi ha dos sistemes l'objectiu dels quals és col·laborar. La diferència que jo veig és que, quan estem parlant d'integració, voldria dir que un sistema estaria integrat dins d'un altre i no seria aquest cas.» [professional, model de Lleida]
- **Comporta que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.**
«Sí, i sobretot implicarà que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.» [professional, model de Lleida]
- **Està tot més sistematitzat i permet organitzar-se millor**
«En el model col·laboratiu, acabaràs fent coordinacions també, però d'una manera més sistematitzada. I ara, segurament, ho farem d'una manera molt més formal, no duplicarem, ens ajudarà a organitzar-nos millor.» [professional, model de Lleida]
- **Una manera de treballar que optimitza recursos**
«I han de fer un pla d'acció, perquè tots els recursos siguin més aprofitables i perquè tota la millora que tingui sigui la més gran possible dins de la seva situació.» [professional, model col·laboratiu de Sabadell]
«I és una manera, tot participant i compartint informació, de crear plans i de treballar per optimitzar els recursos, que se'n perden molts.» [professional, model de Sabadell]

* Resultats extrets dels grups de discussió amb els participants als 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària avaluats.

Annex 1. Professionals vinculats als models col·laboratius participants en l'avaluació externa

| Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària | Professionals participants |
|--|--|
| Alt Penedès | Montse Domènech, Montserrat Gener, José Carlos Molina, Pilar Piñeiro, Mercè Aranda, Sonia Campos, Raquel Escriche, M ^a José García, Victòria Jou, Raquel Llera, Alba Paris, Juan M. Rivera, Encarna Torres, Raquel Manuel i Eva Beltran |
| Gironès* | Cari Castillo, Izabella Rohlf, Ben Tomas, Àngela Vila, Teresa Vilalta, Anna Agell, Elvira Aguado, Lídia Box, Núria Llinars, Alba Miras, Glòria Reig, Pilar Tarradas, Eulàlia i Jordi Vilanó |
| La Garrotxa | Roser Coromina, Teia Fàbrega, Carme Sans, Esther Barris, Glòria Bassets, Montse Coll, Margarita Coma, Elena Güell, Anna Maria Pijuan, Josep Torrell i Salvador Vilar |
| Lleida ciutat | Montse Farran, Ramon Piñol, Estefania Reves, Lurdes Zano, Ana Becana, Divina Farré, Marta Messeguer, Mar Peña, Estela Peralta, Alba Pirla, Marisa Regany, Sara Sabes, Olga Teixidó i Rosa Vilanova |
| Mataró | Marga Garcia, Maria Gil, Cristina López, Asun Muñoz, Emili Burdoy, Nuria Fàbregues, Victòria Mir, Noemí Pou, Maria Antònia Rocabayena, Vanessa i Laura Seijo |
| Reus | Àngels Granados, Teresa Rabadà, Jesús San Miguel, Cori Vall, Carolina Bautista, Montse Busquets, Lídia Martínez, Patrícia Ricard, Esperança Vallejo, Tània Cuadrado i Lupe Roa |
| Sabadell | Núria Albi, Soledad Casas, Inés Escribano, Regina Liñán, Mari Carmen Aragón, Carme Cecilla, Cristina Cobo, Montserrat Curtiellas, Vanessa Martínez, Lídia Palau i Anna Sánchez |
| Tona-Mancomunitat de la Plana | Ester Sarquella**, Rosa Planesas, Marta Palou, Mònica Arjona, Cati Blázquez, Eva Capdevila, Míriam Clopés, Cristina Rufián, Marta Segalés, Josep M. Villegas i Núria Viñas |
| Vilanova i la Geltrú | Rian Anguix, Alícia Bartrina, Rosa Carrasco, Rosa Franc, Miquel Perona, Lourdes Roca, Arantza Rodríguez, Marta Rovira, Sílvia Álvarez, Antonia Avete, Carme Casamajor, Montse Diasante, Mireia Farré, Lara Fernández, Montserrat Martínez, David Mona, Mar Muñoz, Núria Puntí, Mercè Sallent, Isabel Ràfols, Eva Rupi, Roser Sangrar, Xus i Mònica Serra |

* Es van incorporar com a col·laboradors de l'àmbit sanitari (Institut Català de la Salut de Girona) la Montse Canet, Sara Rodríguez i Esteve Avellana; ** Actualment l'Ester Sarquella és membre del comitè operatiu del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els serveis socials i sanitaris. L'Aida Guillaument es va incorporar com a col·laborador de l'àmbit social (Serveis Socials de la Mancomunitat de la Plana).

Bibliografia

- CALDERÓN GÓMEZ, C. “Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura”, en *Forum: Qualitative Social Research*, 10 (2) (2009), art. 17.
- DICKINSON, H.; Glasby, J.; NICHOLDS, A.; Jeffares, S.; ROBINSON, S. i SULLIVAN, H. *Joint commissioning in health and social care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes*. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. National Institute for Health Research, 2013.
- European Science Foundation. Standing Committee for the Social Sciences (SCSS). *Developing a new understanding of enabling health and wellbeing in Europe. Harmonising health and social care delivery and informatics support to ensure holistic care*. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. *Aspectos básicos de gestión de la calidad en el ámbito sanitario capítulo 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- MUIR GRAY, J. A. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- GRÖNE, O. i GARCÍA-BARBERO, M. *Trends in Integrated Care. Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- HUDSON, B. “Ten years of jointly commissioning health and social care in England”, en *International Journal of Integrated Care*, 11 (2014). URN:NBN: NL:UI:10-1-101296/ijic2011-5 – <http://www.ijic.org>
- Institut U. Avedis Donabedian. *Disseny del model d'organització i atenció a les persones en situació de dependència a la comunitat*. Barcelona, 2008.
- NUÑO-SOLINÍS, R.; FERNÁNDEZ-CANO, P.; MIRA, J. J.; TORO-POLANCO, N.; CONTEL, J.C.; GUILABERT-MORA, M. i SOLAS, O. “Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad”, en *Gac. Sanit*, núm. 27 (2013). Pàg. 128-134.
- SERRA-SUTTON, V.; MONTANÉ, C.; PONS, J. M. V. i ESPALLARGUES, M. *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Informe tècnic i annexos*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015.
- VARGAS, I. i VÁZQUEZ, M. L. “Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña”, en *Gac. Sanit*, núm. 21 (2007). Pàg. 114-123.