

# Millorant l'atenció integrada i centrada en la persona per a la gent gran que viu a casa: dues experiències locals a Catalunya

Jillian Reynolds<sup>1</sup>, Lina Masana<sup>1</sup>, Nuri Cayuelas Mateu<sup>1</sup>, Mireia Espallargues<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona; <sup>2</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Adaptat de: *Sites SUSTAIN Catalunya*. Resum i conclusions de la trobada conjunta 23-01-2019. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019. Consultable a: [http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/projectes\\_internacionals/Sustain/SUSTAIN\\_Catalunya\\_JornadaConjunta\\_resum\\_230119.pdf](http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/projectes_internacionals/Sustain/SUSTAIN_Catalunya_JornadaConjunta_resum_230119.pdf)

## Introducció

L'atenció integrada s'ha definit com la prestació coordinada dels diferents elements de la prestació de serveis de salut i d'atenció social, amb l'objectiu de millorar l'efectivitat de les intervencions, augmentant la satisfacció de les persones usuàries, millorant la qualitat de la prestació dels serveis i garantint el cost-efectivitat<sup>1</sup>. D'altra banda, l'atenció centrada en la persona implica proporcionar a les persones usuàries dels serveis sanitaris i socials aquells recursos que millor s'adeqüen a les seves necessitats i preferències, aprofitant el màxim el pressupost disponible amb independència de quin proveïdor de serveis ha d'oferir cada recurs. Aquest ideal de continuïtat assistencial xoca amb la fragmentació tradicional de l'estat de benestar català, basat en la prestació universal dels serveis sanitaris a nivell regional (finançats a través d'impostos generals), mentre que els serveis socials bàsics, que inclouen per llei l'atenció domiciliària a les persones de 65 anys i més des de l'any 2007, són competència local. Aquest escenari dona cabuda a una varietat de models de copagament (depenent per exemple del color polític del govern municipal o de la disponibilitat pressupostària), a una multitud de proveïdors d'atenció i a un seguit de diferents sistemes d'informació i de models organitzatius. La col·laboració entre els serveis de salut i els serveis socials locals és clau a Catalunya per tal d'assolir una atenció integrada efectiva per a les persones de 65 anys i més que viuen a casa, ja que els serveis socials locals són els encarregats tant de valorar els nivells de dependència com de pro-

porcionar serveis de teleassistència, neteja, suport amb activitats bàsiques diàries, etc.

L'any 2011, el Departament de Salut va dissenyar i desenvolupar el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) amb el propòsit de crear un context que afavorís l'adopció de millores en l'atenció de les persones usuàries que pateixen malalties cròniques. Com a conseqüència d'aquest programa, i per tal de reforçar la integració de l'atenció social i sanitària, la Generalitat va crear el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) que ara és el marc normatiu per a l'impuls d'un model d'atenció integrada al territori català. A més, el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat va promoure l'ús d'una eina per a l'elaboració de plans d'atenció individualitzada per a persones amb necessitats cròniques complexes compartida entre els diferents nivells del sector sanitari: el Pla d'Intervenció Individualitzada Compartit (PIIC).

Per fer un pas endavant en el desenvolupament de l'atenció integrada a nivell europeu, el 2015 la Unió Europea va finançar el projecte de recerca SUSTAIN<sup>2</sup> (acrònim en anglès de *Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe*) amb una durada de quatre anys. El projecte tenia dos objectius principals: 1) promoure millores en iniciatives consolidades d'atenció integrada per a gent gran que viu a casa amb múltiples necessitats de salut i socials, i així avançar cap a una atenció més centrada en la persona, coordinada, orientada a la prevenció, segura i eficient; i 2) contribuir a l'adopció i aplicació d'aquestes millores en altres sistemes socials i sanitaris d'Europa<sup>3</sup>.

El projecte SUSTAIN va seleccionar, contactar i involucrar tretze iniciatives locals d'atenció integrada a gent gran (veure metodologia), entre les quals dues ubicades a Catalunya: el Programa d'atenció per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona (Programa PCC/MACA/Geriàtrics) i la Iniciativa per a la integració de l'atenció social i sanitària, a Sabadell Nord, descrites a la Taula 1.

Correspondència: Jillian Reynolds  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)  
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta  
08005 Barcelona  
Tel. 935 513 900  
Adreça electrònica: [jmreynolds@gencat.cat](mailto:jmreynolds@gencat.cat)

TAULA 1. Iniciatives locals d'atenció integrada de salut i social d'Osona i Sabadell Nord

|  | Sabadell Nord   | Osona  |
|--|---|--|
| Territori  | Ciutat industrial 20 km al nord de Barcelona (37,8 km <sup>2</sup> ; 212.000 habitants). A SUSTAIN participen els centres d'atenció primària (CAP) del nord de la ciutat (Nord, Ca N'Oriac i Concòrdia) | Comarca d'Osona, zona eminentment rural amb tres ciutats de mida mitjana i pobles petits (1.245 km <sup>2</sup> ; 155.000 habitants).  |
| Institucions participants  | – Atenció primària de la salut (APS)<br>– Serveis socials locals  | – Atenció primària de la salut<br>– Serveis socials locals<br>– Atenció de la salut intermèdia i de llarga durada<br>– Atenció de la salut aguda   |
| Perfil dels professionals (participants en el projecte de millora) | – Medicina de família<br>– Infermeria APS<br>– Treball social (Ajuntament de Sabadell)<br>– Personal directiu (salut i social)  | – Medicina de família<br>– Infermeria APS<br>– Treball social (ens locals + APS + atenció intermèdia)<br>– Especialistes en salut (geriatria i infermeria especialitzada incloses)<br>– Personal directiu (salut i social) |
| Població/objectiu  | Persones usuàries de 65 i més anys amb necessitats de salut i socials (població 65+ assignada als tres CAP del Sabadell Nord = 9.700)   | Pacients crònics complexos, avançats i població geriàtrica (estimació pròpia = 4.000)  |

Metgesses de família, treballadors/es socials, infermeres, geriatres i personal directiu d'Osona i de Sabadell Nord es van trobar un cop finalitzat el projecte, el gener de 2019, per compartir la seva experiència portant a terme un projecte de millora de l'atenció a gent gran que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes<sup>4</sup>. Aquest article presenta el treball desenvolupat per a elaborar plans individuals d'atenció integrada (PIAI) i recull les reflexions i conclusions principals dels professionals dels grups motor que van participar en aquesta trobada conjunta.

## Metodologia

El projecte SUSTAIN va avaluar i comparar projectes de millora de tretze iniciatives d'atenció integrada a diferents països d'Europa: Alemanya, Àustria, Catalunya (Espanya), Estònia, Països Baixos, Noruega i el Regne Unit. Les iniciatives locals d'atenció integrada —que anomenem *sites* (pel seu referent anglès)— estaven dirigides a persones grans de 65 anys o més, que viuen a casa, amb necessitats complexes de salut i socials. Eren iniciatives d'atenció integrada ja existents i operatives en els seus contextos locals, que oferien una varietat de serveis i que, en el marc de SUSTAIN, proposaven desenvolupar i implementar projectes de millora pel que fa a l'atenció integrada amb l'objectiu de millorar l'atenció centrada en la persona, la prevenció, la seguretat, la coordinació i l'eficiència.

La implementació i avaluació d'aquests projectes de millora es va realitzar seguint una metodologia i un calendari comuns per a totes les iniciatives participants al projecte SUSTAIN<sup>3</sup>. L'anàlisi sobre la implementació dels projectes de millora es va dur a terme segons el marc conceptual de l'*Evidence Integration Triangle*<sup>5</sup>. Utilitzant

un disseny d'estudi de casos múltiples<sup>6</sup>, el projecte de millora local de cada *site* es va considerar un estudi de cas. Es van recollir diferents dades qualitatives i quantitatives procedents de diferents fonts: els qüestionaris P3CEQ<sup>7</sup> i PCHC<sup>8</sup> a persones usuàries; entrevistes qualitatives a persones usuàries, cuidadores i personal directiu; i qüestionari TCI<sup>9</sup> i grups focals amb professionals, així com altra informació procedimental que es derivava de l'acció assistencial directa com, per exemple, l'elaboració de PIAI, l'activació de recursos i l'evolució en l'ús dels serveis de salut i socials per part de les persones usuàries participants. Aquestes dades van permetre analitzar les percepcions i experiències de totes les parts implicades: personal directiu, professionals de salut i social, gent gran usuària i persones cuidadores. En aquest sentit, tant els agents locals encarregats d'implementar el projecte de millora com les investigadores de l'AQuAS encarregades d'avaluar-lo van treballar en estreta col·laboració per dissenyar i implementar les eines de mesura. Les investigadores de l'AQuAS van monitorar i avaluar els projectes de millora desenvolupats a Catalunya —Osona i Sabadell Nord— i van identificar aspectes d'èxit, limitacions, barreres i oportunitats. El resultat d'aquesta avaluació s'ha recollit en un informe final que aporta conclusions i formula recomanacions per a Catalunya a partir dels aprenentatges<sup>10</sup>.

El nou mètode de treball desenvolupat a Osona i Sabadell, fruit d'un diagnòstic previ de mancances i oportunitats realitzat conjuntament entre els agents locals implicats (atenció primària i especialitzada de salut, serveis socials locals, representants de persones usuàries i cuidadores) s'anomena Pla Individual d'Atenció integrada (PIAI). S'implementa seguint uns passos estandarditzats (veure Figura 1). Primer, els pro-

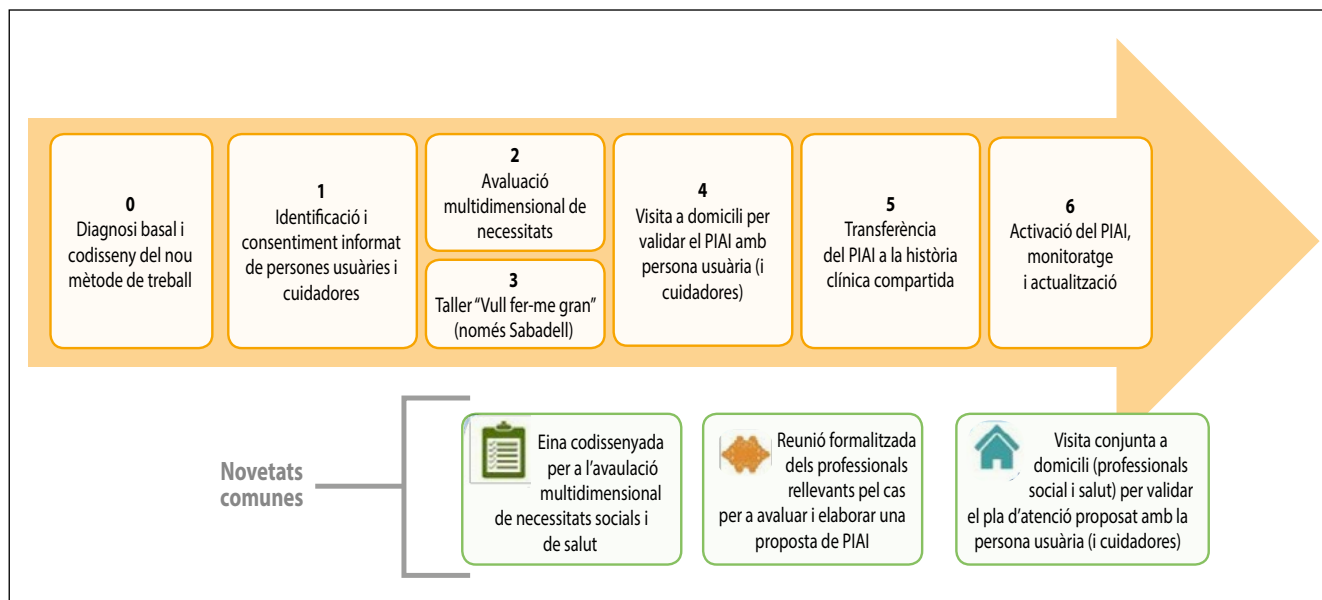


FIGURA 1. El nou mètode d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada (PIAI) salut i social per a gent gran que viu a casa

professionals identifiquen potencials persones usuàries i les conviden a participar en l'estudi SUSTAIN; es requereix consentiment informat de persones usuàries i cuidadores. Segon, els professionals realitzen una avaluació integral i multidimensional de necessitats de la persona usuària a través de tests estandarditzats (Barthel, Lobo, Zarit, escala de valoració social, OARS, Yesavage, Goldberg, EQ-5D-5L, etc.) per conèixer els seus objectius i les necessitats de salut i socials. Tercer, els professionals es reuneixen per fer l'avaluació conjunta de necessitats i elaborar una proposta de PIAI adaptat a les necessitats de salut i socials de la persona; aquesta reunió s'anomena conferència de cas a Osona i reunió d'avaluació de la triada d'atenció primària (medicina, infermeria i treball social) a Sabadell Nord. Quart, es realitza la validació compartida del PIAI entre els professionals i les persones usuàries i cuidadores mitjançant una visita que té lloc al domicili de la persona; només en el cas de Sabadell Nord, les persones usuàries hauran assistit, prèviament a aquesta visita a domicili dels professionals, a un taller formatiu sobre envelliment actiu, dinamitzat per un expert en gerontologia. Un cop validat el PIAI, es transfereix la informació que hi consta a la història clínica compartida, s'activen les accions o recursos descrits al PIAI i, posteriorment, es fa un monitoratge i seguiment continuat del PIAI atenent als canvis de salut i necessitats de les persones usuàries.

## Reflexions i conclusions

En el marc del projecte SUSTAIN, Osona i Sabadell Nord van realitzar un diagnòstic conjunt entre els agents locals implicats sobre les limitacions i oportunitats de millora de l'atenció que prestaven a gent gran que vivia a casa amb necessitats de salut i social complexes. Aquest diagnòstic

conjunt va servir com a punt de partida per tal de dissenyar i implementar un projecte de millora que ajudés a integrar millor els recursos i serveis per tal d'oferir una atenció més centrada en la persona, el PIAI.

Tot i que Osona i Sabadell tenien les seves particularitats quant a professionals i institucions implicats, objectius específics i característiques singulars de la població diana, es van detectar punts comuns a l'hora de portar a terme els projectes de millora:

- Reptes estructurals. Especialment com habilitar espais de coordinació i treball conjunt per als professionals que treballen en diferents institucions en diferents horaris i amb diferents rols i perspectives respecte a les necessitats de la persona usuària.

- Complexitat en l'abordatge centrat en la persona. Per exemple, com comunicar-se amb la persona usuària i fer entendre la nova aproximació, o com fer possible la participació en decisions en el cas de persones usuàries amb deteriorament cognitiu.

- Propostes de solució innovadores. Per exemple, visites conjuntes dels professionals de la salut i socials a casa abans i després de fer una avaluació multidimensional de necessitats i de proposar un pla d'atenció, tot plasmant l'opinió de la persona usuària en el mateix document del pla d'atenció.

Els professionals d'ambdós territoris van considerar que el projecte SUSTAIN havia constituït una finestra d'oportunitat per tal de dissenyar, pilotar i aprendre un nou mètode per fer una avaluació conjunta, entre atenció primària de la salut i serveis socials locals, de les necessitats de la gent gran que viu a casa amb necessitats complexes de salut i socials. Aquesta avaluació multidimensional

conjunta eliminava duplicitats i permetia a cada professional participant entendre millor la situació global de la persona (aspectes clínics, funcionals, relacionals i emocionals), arribant a una proposta de pla d'atenció basat en el consens dels professionals més rellevants per a cada cas. L'objectiu de la persona usuària era l'element clau a tenir en compte a l'hora de dissenyar un paquet individualitzat de serveis i recursos de salut i socials que millor respongués a les seves necessitats i preferències, el PIAI.

La reserva d'espai a les agendes dels professionals més rellevants per a cada cas (la triada de primària a Sabadell Nord, completada a Osona per especialistes en salut i treballadors socials sanitaris) va ser un altre element clau. Els projectes de millora els dotava d'un calendari acotat i temps específicament destinat a: a) coordinar-se i preparar l'avaluació conjunta de necessitats —repassant l'historial clínic i social, recopilant informació a través d'instruments de valoració i, sobretot, parlant amb la persona usuària i les persones cuidadores sobre les seves preferències i objectius—; b) assistir a la reunió interprofessional per elaborar una proposta de PIAI; i c) posteriorment, validar aquest pla amb la persona usuària, amb una visita a domicili. Per tal de fer-ho, els equips van haver de reorganitzar la càrrega assistencial habitual dels professionals, de manera que professionals no participants en l'elaboració dels PIAI van assumir part de la càrrega dels que sí que hi participaven.

Serveis socials locals, atenció primària de la salut i, en el cas d'Osona, atenció hospitalària van aprendre a elaborar conjuntament els PIAI, seguint eines estandarditzades d'avaluació i proposta de pla de treball (anomenats a Osona documents *PIIC Plus*, i a Sabadell *QRD* i *Pla de treball*). Els PIAI resultants cobrien quatre dimensions del benestar de la persona usuària: 1) foment de l'educació en salut, amb informació donada de manera personalitzada per facilitar la comprensió, i consells sobre hàbits saludables, sobre com mantenir l'autonomia i com evitar riscos per a la seguretat; 2) revisió dels medicaments entre tots els professionals rellevants pel cas, per maximitzar-ne la seguretat i l'eficàcia, i supervisió de la correcta administració i adherència als tractaments de cada persona usuària; 3) oferta de suports o serveis per ajudar les persones a romandre a casa el màxim temps possible (per fer activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària); i 4) promoció de la vida social-relacional de la persona usuària, mitjançant activitats en centres cívics, acompanyament amb persones voluntàries, etc.

El nou mètode de treball trasllada part de l'elaboració de PIAI al domicili de la persona usuària, facilitant que la conversa i les decisions sobre les opcions d'atenció es prenguin en un entorn on la persona usuària i les persones cuidadores se senten el més còmodes possible i on els professionals poden copsar quines mesures poden ser les més

necessàries, adients i factibles. El nou mètode fa que els professionals rellevants de cada cas seguin a la mateixa taula per pensar conjuntament en la combinació de serveis i tractaments més adients per a la persona. Així, es millora el grau d'atenció centrada en la persona i s'aconsegueix una corresponsabilització de l'equip de professionals amb l'atenció que rep cada persona usuària<sup>10</sup>. S'ha aconseguit canviar l'aproximació a l'hora de preveure quins recursos o serveis cal oferir a cada persona, ja que el punt del qual ara es parteix és el de preguntar-li: "Què és el que vostè vol millorar de les diferents qüestions que l'afecten (dintre de les seves possibilitats i del que li podem oferir)?"

Un altre objectiu del projecte SUSTAIN era promoure l'apoderament i l'autogestió en salut de les persones usuàries. En aquest sentit, cal destacar el taller ofert a les persones usuàries participants en el projecte de millora de Sabadell, anomenat "Vull fer-me gran". Els professionals consideren que aquest taller va ajudar la gent gran a entendre millor el procés d'envelliment: que els problemes que tenen no només estan relacionats amb si pateixen alguna malaltia, sinó que també tenen a veure amb el fet de fer-se grans i que, d'alguna manera, són esperables. Els professionals creuen que el fet de participar en el taller va facilitar que les persones usuàries poguessin marcar-se objectius o pensar en allò que és prioritari per a aquesta etapa de la vida. A més a més, el taller posava a la persona usuària en contacte amb d'altres persones del seu barri que podien estar vivint una experiència similar i això els va ajudar a entendre que no estaven soles en aquesta etapa de la vida.

Una de les forteses del projecte SUSTAIN ha estat l'èmfasi posat en entendre no només *què* pot funcionar, sinó *per què*. S'ha prestat especial atenció a identificar aspectes facilitadors i barreres existents, perquè precisament aquests factors són els que condicionaran la sostenibilitat, escalabilitat i transferència d'un projecte de millora i, per tant, requereixen especial atenció a l'hora de dissenyar i implementar millores a l'atenció integrada. Cal analitzar el context, identificar els agents implicats i comprendre les relacions existents entre ells. També cal afavorir un entorn favorable al projecte de millora, en general, i als professionals que l'implementen, en particular, i això requerirà d'accions per tal de contrarestar les barreres identificades i per aprofitar al màxim les oportunitats que deriven dels elements facilitadors. La Figura 2 recull els factors clau identificats mitjançant els estudis de cas d'Osona i Sabadell Nord, que han servit de base per a elaborar recomanacions a nivell de país per als decisors polítics, els proveïdors de serveis d'atenció salut i/o social i per a recerca futura sobre l'atenció integrada a gent gran<sup>10</sup>. A la vegada han servit com a base per a identificar un seguit d'accions que poden realitzar les iniciatives locals per tal d'impulsar una atenció més integrada i centrada en la persona<sup>11</sup>.

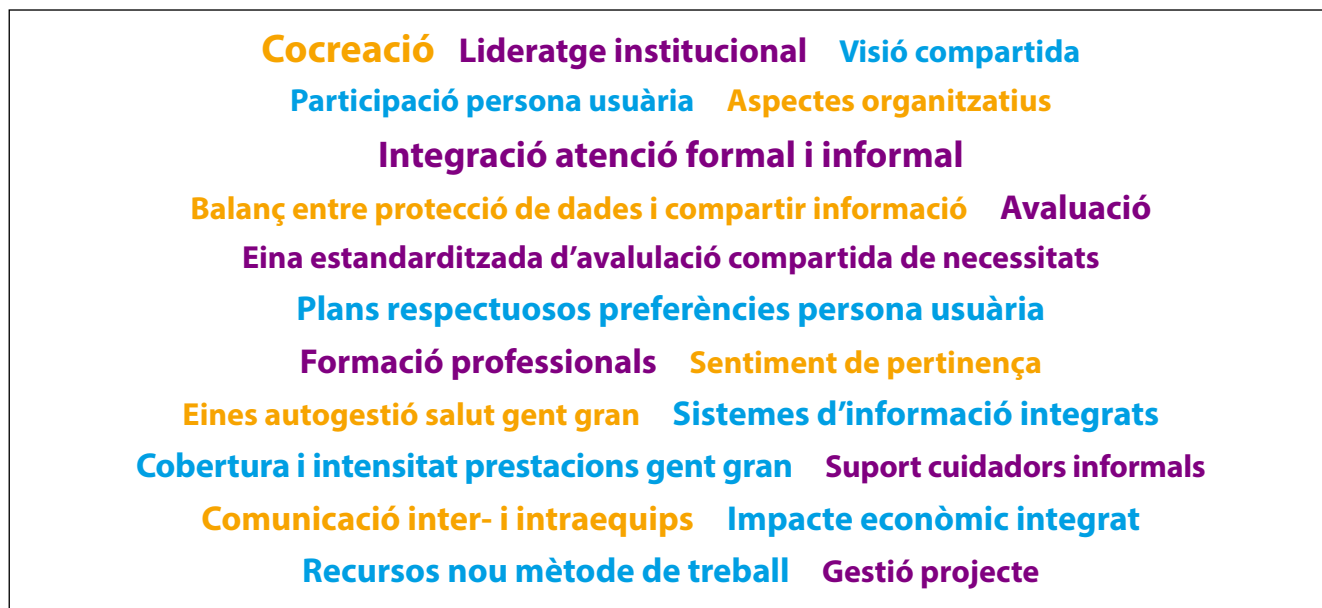


FIGURA 2. Factors clau per a la implementació d'atenció integrada de salut i social per a gent gran que viu a casa

Els professionals d'Osona i Sabadell Nord consideren que els projectes de millora SUSTAIN es van poder implementar amb resultats prometedors a nivell local gràcies a factors micro, com la composició dels grups motors representant diferents perfils professionals i institucions, comptant amb professionals motivats per l'atenció centrada en la persona, o el suport europeu que va proporcionar el disseny del projecte i la gestió des de l'AQuAS. Es considera que, tot i comptar amb àmplia capacitat tècnica per ensenyar i aplicar aquesta nova metodologia a Catalunya, difícilment s'assolirà un impacte significatiu a nivell de societat, o una "atenció integrada centrada en la població", si no es produeixen canvis o decisions a nivell meso i macro. En aquest sentit, resulta clau:

- Una reestructuració de l'atenció primària social i de salut que permeti passar d'un abordatge eminentment reactiu a una aproximació preventiva, planificadora i gestora de la cronicitat, que treballi per tal de maximitzar el benestar de la persona usuària en el seu conjunt i no més uns resultats clínics en particular.

- Una estratègia de recursos humans basada en la comunicació (redefinició formal d'estructures, funcions i rols) i l'avaluació (establiment d'objectius i incentius vinculats a l'atenció centrada en la persona i integrada) que afavoreixi un canvi en la cultura professional dels segments menys predisposats a l'aproximació centrada en la persona. La claredat en la distribució de funcions, els procediments a aplicar i els objectius a assolir permetrà tendir gradualment cap a una atenció a l'individu compartida i consensuada entre els professionals més rellevants per a cada cas, independentment de si això implica treballar amb professionals de diferents disciplines, centres de treball o sectors.

- La implantació de sistemes efectius de comunicació inter- i intrasectors, que a la vegada garanteixin el dret a la privacitat de les persones, tot contemplant aquells escenaris on s'entén que és prioritari el dret d'accés a l'assistència sanitària pública, especialment en situacions de risc, urgència o perill per a la vida.

Encara queda camí per recórrer per poder consolidar una atenció plenament integrada i centrada en la persona a Catalunya. Caldrà generar canvis en els equips i en les organitzacions de manera progressiva, així com adoptar i adaptar eines de planificació integrada a les característiques i possibilitats de cada entorn local, amb l'objectiu últim de millorar els resultats que més importen a cada persona usuària. Tot i les dificultats identificades, els projectes de millora d'Osona i Sabadell aporten eines, recomanacions i propostes que poden servir d'inspiració i motivació per a continuar avançant i adaptar-se a l'atenció centrada en la persona, una nova realitat que ha vingut per quedar-se i que demana una major integració del conjunt d'agents que formen part de l'atenció que rep cada persona.

**Agraïments:** Programa PCC/MACA/Geriàtrics d'Osona: Joan Espauella, Marta Ferrer, Carme Guinovart (Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic); Mònica Arjona, Manoli Cantillo, Míriam Clopes, Amaia Epelde (EAP Tona); Anna Bartés, Marta Serrarols (EAP Vic Sud); Marina Bosch, Romi Morcillo, Anna Moreta, Lluís Sarreta (EAP Vic Nord); Anna Bullon, Núria Molist, Isabel Ramón (Consorti Hospitalari de Vic); Núria Viñas (Serveis socials bàsics Consell Comarcal Osona); Imma Molist (Serveis socials bàsics Ajuntament de Torelló); Sílvia Mateu, Gemma Parés (Serveis Socials Ajuntament de Vic) i Cristina Rufián (Serveis socials Mancomunitat de la Plana).

Iniciativa d'Integració Social i Sanitària de Sabadell Nord: Núria Albi (directora UGAP Sabadell Nord); Josep de Andrés, Roser Armengol, Maika Gómez, María del Carmen Malagón (Serveis socials Ajuntament de Sabadell); Lúdia Palau, Ivana Valdevira (CAP Concòrdia); Pilar Fernández, Rafael Rodríguez (CAP Nord); Olga Bigas i Remei García Campos (CAP Ca N'Oriac).

Les autores agraeixen a totes les persones usuàries i cuidadores d'Osona i Sabadell que van participar en el projecte SUSTAIN la seva col·laboració desinteressada, sense la qual aquest projecte no hauria estat possible.

El projecte SUSTAIN ha rebut finançament de la Unió Europea en el marc del Programa Marc per a recerca i innovació 2014-2020 *Horizon 2020 (grant agreement No. 634144)*. El contingut d'aquest document reflecteix tan sols les opinions de les autores. La Unió Europea no té cap responsabilitat en l'ús que es faci de la informació que conté el document.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:e10.
2. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN) [Internet]. Consultable a: <https://www.sustain-eu.org>. Accés: març de 2019.
3. De Bruin S, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, et al. The SUSTAIN project: a European study on improving integrated care for older people living at home. *Int J Integr Care*. 2018 Jan 16;18(1):6.
4. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. *Sites SUSTAIN Catalunya*. Resum i conclusions de la trobada conjunta 23-01-2019. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Consultable a: [http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/proyectos\\_internacionals/Sustain/SUSTAIN\\_Catalunya\\_JornadaConjunta\\_resum\\_230119.pdf](http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/ambits/proyectos_internacionals/Sustain/SUSTAIN_Catalunya_JornadaConjunta_resum_230119.pdf). Accés: març de 2019.
5. Glasgow RE, Green LW, Taylor MV, Stange KC. An evidence integration triangle for aligning science with policy and practice. *Am J Prev Med*. 2012 Jun;42(6):646-54.
6. Yin RK. *Case study research: design and methods*. Sage Publications; 2013.
7. Sugavanam T, Byng R, Horrell J, Fosh B, Close J, Lloyd H. Co-designing a generic measure to probe person centred coordinated care from the perspective of the patient: The development of the P3CEQ. *J Patient Exp*. 2018;5(3):201-11.
8. Claassens L, Terwee CB, Deeg DJH, Broese van Groenou MI, Widdershoven GAM, Huisman M. Development and validation of a questionnaire assessing the perceived control in health care among older adults with care needs in the Netherlands. *Qual Life Res*. 2016;25(4):859-70.
9. Kivimaki M, Elovainio M. A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *J Occup Organ Psychol*. 1999;72(2):241-6.
10. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in Catalonia (Spain). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Consultable a: [https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/Country-report-Spain\\_20180801.pdf](https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2018/08/Country-report-Spain_20180801.pdf). Accés: març de 2019.
11. Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. Com promoure una atenció integrada salut i social centrada en la persona des de l'àmbit local [post]. A: Blog AQUAS. Blog de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Consultable a: <https://blog.aquas.cat/2019/03/14/heptaleg-sustain>. Accés: març de 2019.