

# Projectes de l'EAP Concòrdia

Presca de Decisions Compartides -  
Prefragilitat – TO en Atenció Domiciliària

EAP Concòrdia  
CAP Concòrdia - Sabadell

2025-2027



## Tres projectes, un mateix objectiu: millorar la salut de les persones del barri

1

### **Presa de Decisions Compartides (PDC)**

Fer participar al pacient en les decisions sobre la seva salut.  
Projecte multicèntric integrat al SISCAT.

2

### **Prevenió de la Prefragilitat**

Detecció precoç i grups de suport per a persones  $\geq 65$  anys.  
12 sessions grupals amb equip multidisciplinari.

3

### **TO en Atenció Domiciliària**

Suport funcional i d'autonomia per a pacients crònics complexos (PCC) i MACA a la seva llar.

# 1

---

## Presca de Decisions Compartides (PDC)

*Fer particip al pacient en les decisions sobre la seva salut.*

Projecte multicèntric - CAP Concordia –Cap Ca n’Oriac- Hospital Germans Trias - ICO - Hospital de Granollers

## Què és la PDC i com s'aplica?

*La PDC es un procés en el qual, professional i pacient treballen junts per escollir el tractament que millor encaixa amb l'evidència científica i els valors de la persona. No es el professional qui decideix sol: es una conversa estructurada que garanteix que la persona entén les seves opcions i que la decisió final reflecteix el que realment li importa.*

### El Model Three-Talk (Elwyn et al. BMJ 2017)

#### 1. Team Talk

*Obrir el diàleg*

- Comunicar que hi ha diverses opcions valides.
- Transmetre que la decisió serà conjunta.
- Oferir temps per reflexionar.

*"Avui vull que decidim junts quina es la millor opció per a vostè."*

#### 2. Option Talk

*Explorar les opcions*

- Descriure cada opció amb riscos i beneficis.
- Utilitzar l'eina DC d'Artrosi com a suport visual.
- Verificar que el pacient ho ha compres.

*"Aquí tenim quatre camins possibles. Els hi explico cadascun."*

#### 3. Decision Talk

*Arribar a la decisió.*

- Explorar els valors i prioritats del pacient.
- Contrastar opcions amb la vida real.
- Prendre i registrar la decisió conjunta.

*"Tenint en compte el que ens ha dit, quina opció sembla mes adequada?"*

## Per què val la pena? Beneficis i evidència.

<p>↑ <b>Satisfacció</b></p> <p>Pacients i professionals se senten més escoltats i compresos. Millora la relació terapèutica i la confiança.</p>	<p>↑ <b>Adherència</b></p> <p>Quan el pacient participa en la decisió, la segueix millor. Menys abandonaments del tractament.</p>	<p>↓ <b>Variabilitat clínica</b></p> <p>Les decisions s'alineen amb les preferències reals. Es redueixen tractaments no desitjats, innecessaris.</p>	<p>↓ <b>Procediments innecessaris</b></p> <p>Share to Care (Alemanya): reducció demostrada d'hospitalitzacions i proves evitables en hospital universitari.</p>
---	---	--	---

### Experiències internacionals

<p><b>Alemanya - Share to Care</b></p> <p>Reducció d'hospitalitzacions i procediments innecessaris en hospital universitari.</p>	<p><b>Regne Unit - NHS</b></p> <p>Programa nacional. PDC integrada com a pràctica habitual amb milers de professionals formats.</p>	<p><b>Països Baixos - Llei 2020</b></p> <p>La PDC es requereix legal en l'atenció sanitària des del 2020.</p>	<p><b>Catalunya - SISCAT 2025</b></p> <p>Primera implementació sistemàtica. El CAP Concòrdia es l'únic CAP d'AP participant.</p>
--	---	---	--

Cochrane 2024 (Stacey et al.) - BMJ 2017 (Elwyn et al.) - BMJ 2024 (Scheibler et al.)

## El projecte al CAP Concòrdia

### CAP Concòrdia - EAP Sabadell 4A

Sabadell, Vallès Occidental

12.000 usuaris > 14 anys

42 professionals - 10 UBAs

Febrer 2026 - Febrer 2027

Procés clínic: Gonartrosi

### Com s'implementa? (5 passos)

1

#### Identificació i consentiment

El professional identifica pacients amb gonartrosi i obté el CI.

2

#### Formació online

Pacient (curs DC) + Professional (habilitats comunicatives i SDM).

3

#### Qüestionaris pre-intervenció

SDM-Q-9, SDM-Q-Doc, HLS-EU-Q16, satisfacció, dades clíniques.

4

#### PDC a la consulta

Eina DC d'Artrosi de Genoll - Model Three-Talk – Gravació opcional.

5

#### Avaluació i seguiment

3 i 6 mesos post - Grups focals - Anàlisi i publicació de resultats.

*Projecte multicèntric: Cap Concòrdia I Cap Ca n'Oriac, juntament amb Hospital Germans Trias i Pujol, ICO i Hospital de Granollers*

# 2

---

## Prevenió de la Prefragilitat

*Detecció precoç i grups de suport per a persones d'edat avançada.*

Persones  $\geq 65$  anys - 12 sessions grupals - Prescripció social - Equip multidisciplinari.

## Per a qui i com funciona?

Persones  $\geq 65$  anys del barri detectades a la farmàcia, CAP, AAVV o centres cívics que mostren signes de prefragilitat.

### Circuit de detecció i intervenció

- 1 Detecció al barri**  
Farmàcia, CAP, AAVV, centre cívic.
- 2 Cribratge Gerontopole**  
Eina validada de detecció de prefragilitat.
- 3 Valoració Geriàtrica Integral (VGI)**  
Avaluació completa de l'estat funcional i social.
- 4 12 sessions grupals (6 setmanes)**  
Max. 10 persones - 2 cops/setmana.
- 5 Prescripció social i re-valoració**  
Vinculació amb recursos comunitaris del barri.

### Les 12 Sessions Grupals

S1 - Hàbits saludables i gestió emocional.

S2 - Activitat significativa i entrenament funcional.

S3 - Polimediació i remeis naturals.

S4 - Equilibri i mobilitat a terra.

S5 - Alimentació saludable i etiquetes.

S6 - Soledat no desitjada i canvi de rols.

S7 - Hort aromàtic i remeis naturals.

S8 - Adaptacions i seguretat al domicili.

S9 - Transferències i prevenció de caigudes.

S10 - Prestacions socials.

S11 - Jocs cognitius.

S12 - Relacions i vinculació comunitària.

## Que esperem aconseguir?

### Activitat física i mobilitat

Les persones milloren equilibri, força i coordinació.  
Menys risc de caigudes i de pèrdua funcional prematura.  
El programa inclou sessions específiques de fisioterapeuta.

### Alimentació i revisió de medicació

Revisió de polimediació i hàbits dietètics.  
Reducció de fàrmacs innecessaris que sovint causen caigudes, sedació o deteriorament cognitiu en gent gran.

### Soledat i vincle comunitari

Prescripció social activa: les persones es connecten amb entitats del barri. L'aïllament social és un dels factors de risc mes greus i mes infradiagnosticats en gent gran.

### Autonomia i qualitat de vida

L'objectiu no és curar una malaltia sinó mantenir la capacitat de viure bé i de manera independent el màxim de temps possible. Mesurem amb EuroQol i SOD-EO.

# 3

---

## TO en Atenció Domiciliària

*Suport funcional i d'autonomia per a pacients crònics complexos PCC i MACA.*

Intervenció personalitzada al propi domicili - 4 programes d'atenció.

## Per a qui i com funciona?

Pacients Crònics Complexos (PCC) i MACA amb alta dependència funcional que necessiten atenció personalitzada al seu domicili.

### Circuit d'atenció

1

#### Derivació

Per infermeria/medicina o pre-alta hospitalària.

2

#### Valoració telefònica inicial

Primer contacte i planificació de la visita domiciliària.

3

#### 1a visita al domicili

Escales FIM, EMS, Downton + Zarit (cuidadors).

4

#### Intervenció individualitzada

Per programes - 30 min/sessió al propi entorn.

5

#### Re-valoració i alta

Alta o nous objectius segons evolució.

### 4 Programes d'intervenció

#### Programa Funcional

Manteniment i millora de la mobilitat i l'autonomia en les activitats de la vida diària.

#### Adaptació a la Llar

Eliminació de riscos i adequació de l'entorn per facilitar la vida independent al domicili.

#### Sedestació Correcta

Prevenió de lesions i millora del confort postural per a persones amb mobilitat reduïda.

#### Formació de Cuidadors

Tècniques de transferències, estalvi energètic i us de productes de suport per a la família.

## Què esperem aconseguir?

### Mantenir l'autonomia a casa

La intervenció TO al domicili permet que la persona continuï vivint al seu entorn habitual.  
L'objectiu es evitar l'institucionalització prematura i respectar el dret a envellir a casa.

### Suport al cuidador principal

Les famílies aprenen tècniques de maneig, estalvi energètic i us de productes de suport. Menys sobrecarrega del cuidador, que sovint també es una persona gran o amb problemes de salut.

### Prevenció de caigudes

Adaptació de la llar i formació en transferències.  
Reducció de l'ingrés hospitalari per caiguda, que és un dels motius més freqüents en gent gran i genera costos elevats.

### Reducció de visites urgents

Objectiu: reducció del 10% d'urgències.  
L'atenció preventiva al domicili evita descompensacions que acaben en urgències o ingressos.  
Mesurem amb FIM, EMS i Downton.

## Qui ho fa? L'equip dels tres projectes



*Espais comunitaris: Biblioteca de Ponent - Centres Cívics - Hort de la Llar d'Infants - Associació de Veïns - Mercat Municipal*

P1 = PDC - P2 = Prefragilitat - P3 = TO en Atenció Domiciliària.