

15 Projectes transformadors

Estudis de cas d'innovacions al servei d'ajuda a domicili



**Diputació
Barcelona**

www.diba.cat

15 Projectes transformadors

Estudis de cas d'innovacions al servei d'ajuda a domicili



Direcció i coordinació tècnica dels continguts:

Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona.

1a edició: febrer de 2022. COPY

© **de l'edició:** Diputació de Barcelona

© **dels textos:** Vanesa Davey.

Edició i producció:

Subdirecció d'Imatge Corporativa i Promoció Institucional.

Disseny editorial:

Gal·la Pascual.

Maquetació:

Edicions MIC.

Sumari

PRESENTACIÓ

1. INTRODUCCIÓ	10
1.1 Context	11
1.2 Limitacions del model de gestionar els SAD per "temps i tasques"	14
1.3 Serveis d'atenció a la dependència al domicili: mancances i alternatives	17
2. ELS PAGAMENTS DIRECTES (ANGLATERRA)	20
2.1 Accés als pagaments directes	21
2.2 Requisits per poder rebre els pagaments directes	23
2.3 Els serveis de suport per als usuaris dels pagaments directes	38
2.4 Resultats	44
3. LES MICROEMPRESES COMUNITÀRIES (MUNICIPIS DE THURROCK I EL COMTAT DE SOMERSET)	48
3.1 El finançament de les microempreses	50
3.2 El paper dels "catalitzadors comunitaris"	50
3.3 El desenvolupament de les microempreses	51
3.4 La simbiosi dels models de coordinació de l'àrea local i suport dirigits per la comunitat amb el desenvolupament de les microempreses	56
3.5 Suport per desenvolupar una microempresa	56
3.6 Altres tasques i activitats realitzades per un "catalitzador comunitari"	57
3.7 Exemples de microempreses	58
3.8 La situació de les microempreses en relació amb l'acreditació nacional de serveis de cura	60
3.9 Requisits de formació de les microempreses comunitàries	62
3.10 Resultats	62
4. ELS EQUIPS DE BENESTAR (ANGLATERRA)	66
4.1 Avaluacions i plans d'atenció basada en les fortaleeses	67
4.2 Avaluació i seguiment	68
4.3 Fent que cada dia sigui especial	71
4.4 Gestió d'equip	72
4.5 Reclutament dels equips	75
4.6 Formació	77
4.7 Ús de la tecnologia	77
4.8 Finançament i sostenibilitat	78
4.9 Resultats i reflexions	80

5. LA CONTRACTACIÓ PER RESULTATS (ANGLATERRA)	82
5.1. La contractació per resultats per al SAD per a episodis de rehabilitació o prevenció	84
5.2 La contractació per resultats per als SAD de dependència	88
6. L'EXEMPLE DE LES SUPERILLES SOCIALS I LES VILAVEÏNES DE L'AJUNTAMENT DE BARCELONA	100
6.1 Origen del model	101
6.2 El model Superilles Socials	102
6.3 El projecte Vilaveïnes	114
7. L'EXEMPLE DE LA LLIURE ELECCIÓ DE L'AJUNTAMENT DE MATARÓ	118
7.1 Origen i especificació del model	119
7.2 Impacte del model de lliure elecció de Mataró	121
8. L'EXEMPLE DE COL·LABORACIÓ AMB L'ECONOMIA SOCIAL AL MUNICIPI D'ARBÚCIES	126
8.1 Origen del model	129
8.2 Sostenibilitat de la cogestió publicoprivada	130
8.3 Perspectives per al futur	134
9. REFLEXIONS AL VOLTANT DELS ESTUDIS DE CAS	136
9.1 Lliçó 1: El temps	138
9.2 Lliçó 2: L'impacte	140
9.3 Lliçó 3: L'ecosistema	142
BIBLIOGRAFIA	145
ENTREVISTES REALITZADES	159
LLISTA D'ABREVIATURES	160
10. ANNEX. EL PAPER DE LES AUTORITATS LOCALS EN LA PRESTACIÓ DE CURES DE LLARGA DURADA (<i>LONG-TERM CARE</i>) A ANGLATERRA	162
10.1 El control de la qualitat de l'atenció a Anglaterra	174
10.2 L'emergència de la planificació activa i el paper de les autoritats locals en la gestió del mercat	177

10.3 Mecanismes de cofinançament entre el sistema de cures de llarga durada i el sistema nacional de salut	182
10.4 La personalització	184
10.5 La contractació de les empreses SAD	189
10.6 La integració del sistema de cures de llarga durada amb el sistema de salut	191

BIBLIOGRAFIA

CRÈDITS IMATGES



Presentació

Des de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona impulsem un nou marc conceptual que posa el focus en l'atenció a necessitats socials estructurals i emergents, com ara les cures, i aposta per estratègies d'innovació en les polítiques socials locals.

En aquest context, s'impulsa el projecte transformador “Cap a un nou sistema públic de cura a la comunitat”, que vol posar en valor l'acció dels municipis en l'atenció de proximitat a necessitats de cura, així com en el foment de la corresponsabilitat social i de gènere i del reconeixement del sector.

Una de les finalitats d'aquest projecte és repensar el servei d'ajuda a domicili (SAD) com un recurs clau que, de manera coordinada o integrada amb el conjunt de serveis d'atenció al domicili i a l'entorn comunitari, pot ser impulsor d'un nou model d'organització social de la cura als municipis més just, corresponsable i de qualitat.

Per tal d'impulsar aquest procés de reflexió, canvi i millora, s'ha publicat prèviament un informe de revisió de tendències i innovacions internacionals i estatals a la prestació del SAD. Com a continuïtat a aquest primer informe, us presentem ara un document que pretén analitzar algunes d'aquestes experiències, a partir d'identificar-ne el procés de desenvolupament, els èxits i els reptes. Es tracta d'iniciatives desenvolupades a Anglaterra i al Regne Unit i d'altres que tenen lloc al nostre context més proper de Catalunya.

A partir de totes elles volem reflexionar sobre com promoure models de prestació de SAD que facilitin una major autonomia i qualitat de vida de les persones usuàries, així com una millora de les condicions laborals i de la professionalització en la prestació del servei. Per això, aquest document serà una eina de reflexió i treball en el marc dels Espais d'innovació en la prestació dels Serveis Socials d'Atenció Domiciliària (SSAD) que posem a disposició dels ajuntaments i ens locals de la província de Barcelona mitjançant el catàleg de serveis.

Volem agrair la participació, a través d'entrevistes en profunditat, dels responsables de serveis socials dels diferents municipis i territoris analitzats, que han fet possible aquesta recerca.

Esperem que el coneixement en profunditat d'aquestes experiències ajudi a promoure el debat i la millora del SAD als municipis de la província de Barcelona per oferir una atenció a les necessitats socioeducatives i de cura de més qualitat, proximitat i dignitat.

Lluïsa Moret i Sabidó

Vicepresidenta primera i diputada de l'Àrea d'Igualtat i
Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona



Introducció: models innovadors d'atenció dels Serveis Socials d'Atenció a Domicili en perspectiva

01.

1.1 Context

La pandèmia de la COVID-19 ha posat en relleu les debilitats del sistema de cures de llarga durada per a persones en situació de dependència. Tant el Pla de Xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, publicat pel Ministeri de Drets Socials el setembre del 2020, com l'informe de la Generalitat de Catalunya del 2021 sobre la “Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suports de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya”, indiquen que una de les febleses més grans del sistema és l'escassetat de recursos, que es manifesta en un accés molt limitat a serveis professionals, prestacions d'escassa generositat i flexibilitat molt limitada. Ambdós documents presenten especial atenció als Serveis d'Ajuda a Domicili (d'ara endavant SAD). El SAD, mitjançant el qual els cuidadors professionals intervenen en situacions de dependència en un entorn comunitari, té un paper clau en els sistemes de cura d'atenció de llarga durada. Segons la Generalitat de Catalunya (2021: 9), el futur requereix *“un servei d'atenció domiciliària amb una àmplia cobertura que permeti [a les persones en situació de dependència] romandre a l'habitatge si ho desitgen, i un servei residencial que sigui capaç d'oferir suports de tot tipus segons les necessitats de les persones usuàries.”*

La desigualtat en despesa pública per a la dependència assignada per a l'atenció a la comunitat davant de l'assignada per a l'atenció institucional és especialment cridanera. Com expliquen Sancho Castiello & Martínez Rodríguez (2021), a Espanya la despesa mitjana mensual en SAD per persona és de 300€, davant dels 1.723€ per una plaça residencial. A Anglaterra, per exemple, en casos de persones grans amb dependència severa, la prescripció d'atenció sol arribar a unes 30 hores **per setmana**, que equival, aproximadament, al cost setmanal d'una plaça residencial. Allà, la llei no prescriu una intensitat específica (màxima o mínima) d'atenció en domicili per usuari. A Espanya, la màxima intensitat mensual prevista de SAD (per a persones de Grau III) són unes 70 hores **mensuals**, valor, d'altra banda, al qual cap comunitat autònoma s'acosta (Davey 2021).

Si es considera la despesa total del sistema per a l'autonomia i l'atenció de la dependència (SAAD), la despesa en SAD representa un 15% del total, davant d'un 18% per a la prestació econòmica per a cures en entorn familiar (PECEF en endavant) (CES 2020), una prestació que té un cost per usuari molt inferior al del SAD, que

ofereix una remuneració parcial al cuidador/a principal. Aquestes xifres de despesa demostren com Espanya manté un perfil d'atenció més subjecte a les cures no professionals, a l'entorn familiar, que a l'atenció professional, de manera que es reforcen les desigualtats de gènere. Els SAD, amb un cost més elevat, es presenten a un percentatge baix de les persones en situació de dependència que viuen a la comunitat i a intensitats baixes, amb la conseqüència que el pes de l'atenció necessària per atendre les persones en situació de dependència recau sobre les famílies i persones cuidadores, fins i tot quan el sistema presta atenció professional. Per a les persones que no reben suport per part de la família o altres cuidadors (veïns, amics etc.), la viabilitat de romandre al seu domicili, sent una persona amb múltiples limitacions funcionals, és molt limitada dins del sistema públic.

Dificultats en el desenvolupament dels SAD a Espanya

Des de la llei de dependència del 2006, les dades d'evolució del SAAD mostren com el desenvolupament dels SAD ha estat molt limitat, tant en termes de difusió (cobertura) com en termes de la intensitat d'atenció (Davey 2021). En canvi, l'atenció residencial s'ha desenvolupat amb més rapidesa.

D'altra banda, és destacable la inequitat de la prestació de SAD per grau de dependència, que desfavoreix les persones amb més nivell de dependència. A Catalunya, la prestació de SAD compleix, en general, el que preveu la normativa per a persones amb grau I. Però quan més grau de dependència tingui la persona, més lluny estan les prestacions que rep de les intensitats esperades per la llei (Diputació de Barcelona, 2022). Aquesta diferència s'incrementa a les zones poc poblades. A banda d'aquestes notables tendències globals, també s'observen importants discrepàncies entre territoris municipals, que no es poden explicar senzillament per les necessitats que presenta la seva població (Navarro-Varas et al 2020). Quines explicacions hi ha?

Knapp et al (2021) en la seva revisió dels factors que faciliten i impedeixen la desinstitucionalització, destaca el paper del sistema de finançament. A Anglaterra, un estímul important per reduir l'atenció institucional es va obtenir en combinar el finançament d'atenció a la comunitat amb l'atenció institucional en un únic pressupost, delegant, a finals dels anys 80, tots els fons per

a persones en situació de dependència a les autoritats locals. Aquesta mesura evita el transvasament de costos d'una part del sistema a l'altre.

A Catalunya, la divisió entre el finançament del SAAD a la comunitat i en residències està molt marcada. L'atenció residencial la gestiona la Generalitat, mentre que la responsabilitat de prestar SAD recau sobre ajuntaments¹ i ens supramunicipals.²

El desenvolupament dels SAD depèn de pressupostos negociats entre els ajuntaments i consells comarcals, d'una banda, i la Generalitat, de l'altra, i fins ara s'ha basat en la demanda actual i en alguns indicadors dissenyats per tenir en compte la futura demanda. Aquest enfocament ha portat a augments graduals dels serveis, però no a un canvi fonamental en l'equilibri entre atenció residencial i domiciliària, ja que segurament requeriria desviar part dels fons gastats tradicionalment en residències cap a l'atenció comunitària. D'altra banda, és difícil argumentar contra l'augment de places públiques en residències quan es consideren les immenses llistes d'espera.

No obstant això, cap d'aquests factors no explica la inequitat entre la prestació de SAD per grau de dependència, que desafavoreix les persones amb més nivell de dependència. Les avaluacions de necessitat són individuals per a la —futura— persona usuària i les prestacions assignades haurien de tenir coherència amb la intensitat mensual de SAD, establerta per llei per a cada grau. Podrien excedir els màxims recomanats, però no situar-se sota els mínims. Segons xifres de finals de 2019 (poc abans de la pandèmia) analitzades per l'autora, la prestació de SAD per usuari a Catalunya va sumar una mitjana de 10 hores **mensuals**. Aquesta mitjana, atès el perfil d'usuaris SAD, va representar el 46% de la intensitat mínima de SAD esperada, en hores per mes per usuari, d'acord amb les indicacions estatals (Davey 2021). Pel que fa a aquest indicador, Catalunya ocupa una de les pitjors posicions de totes les comunitats autònomes (CC.AA.). Tampoc no destaca per tenir una cobertura de SAD més àmplia: el percentatge de beneficiaris dels serveis per a l'atenció de la dependència que reben SAD a Catalunya se situa lleugerament per sota de la mitjana espanyola (el 15.67% enfront del 18.49%).

Deixant de banda, ara com ara, l'extensió de SAD (és a dir, la cobertura), considerem per què la intensitat de serveis ha estat tan baixa. El que és important entendre és que els afectats principals són les persones en situació de dependència amb 'Grau II' o 'Grau III', és a dir, persones amb força, moltes i fins i tot *moltíssimes* necessitats respecte a les Activitats de la Vida Diària (AVDs) i Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVDs), ja que per a les persones amb 'poques' necessitats (segons el barem d'avaluació), les prestacions ofertes compleixen les indicacions estatals.

La situació es complica per la possibilitat que el SAD es combini amb altres serveis, cosa que passa de forma molt més freqüent per a persones amb graus alts de dependència. A Catalunya, els criteris per determinar les compatibilitats i les incompatibilitats entre les prestacions del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència i les prestacions del Sistema Públic de Serveis Socials són clars (Generalitat de Catalunya, 2008). Quan es combinen serveis s'ajusta (limita) el nombre d'hores de SAD que es poden prescriure, així que un obstacle per entendre el paper del SAD és la manca de dades sobre el valor econòmic del conjunt de serveis prestats, siguin els que siguin, per a cada persona usuària. Tot i així, és segur que les assignacions estan molt per sota dels criteris. Per exemple, en el cas d'una persona usuària amb el grau més alt de dependència, el servei principal de la qual és la PECEF, el criteri vigent preveu que es pugui compaginar amb fins a 30 hores de SAD **mensual**. Tot i això, la mateixa ordre de recomanacions acaba expressant que "l'òrgan competent podrà reduir o suprimir la limitació indicada a l'apartat anterior, en casos excepcionals, amb l'informe previ de l'òrgan encarregat d'elaborar la proposta del pla d'atenció individual (PIA)" (Generalitat de Catalunya, 2008).

Les assignacions individuals de suport (serveis) les proposen els treballadors socials dels ajuntaments respectius (o ens supramunicipals), que són responsables d'elaborar la proposta del Pla d'Atenció Integral (PIA). A Anglaterra, Ellis (2011) va analitzar la implementació dels serveis d'autonomia i dependència i els rols dels treballadors socials considerant la teoria de la burocràcia a nivell de carrer (Lipsky, 1980) i el que anomena Ellis, "el criteri de la primera línia de front" (*front-line discretion*) dels treballadors socials. Aquest treball va demostrar com els treballadors socials fan servir el seu criteri per resoldre les tensions 'polítiques' i 'humanes' inherents a la prestació de serveis públics, decidint com uti-

1. De més de 20.000 habitants.

2. Habitualment els consells comarcals gestionen el finançament de la Generalitat destinats als municipis menors de 20.000 habitants.

litzar millor el temps i els recursos limitats. De la mateixa manera, és probable que els treballadors socials practiquin allò que perceben com a acceptable per l'administració, tal com demostra Muñoz (2021), en el seu estudi sobre el SAD a València.

A Anglaterra, l'administració que aprova el PIA de cada persona usuària coincideix amb l'organisme que estableix els pressupostos per a l'atenció comunitària i residencial (l'autoritat local). A Catalunya, els ajuntaments i les mancomunitats gestionen (contracten), els SAD, però no són l'organisme competent per aprovar els PIA, cosa que és competència de la Generalitat. Considerem ara el següent: a Anglaterra s'ha observat que els treballadors socials mostren comportaments adversos al risc quan desenvolupen els PIA per minimitzar el rebuig per part de l'administració que ha d'aprovar el pla (que causaria més retards als serveis adjudicats, amb implicacions per al benestar de les persones usuàries i els seus cuidadors). És raonable pensar que aquest temor al rebuig podria ser encara més gran a Catalunya, perquè el temps d'espera per a l'aprovació del PIA és extremadament llarg, cosa que fa que moltes persones morin abans que s'aprovin els seus plans d'atenció. Com a conseqüència d'aquesta realitat, part de l'anomenada "necessitat" de places residencials, tan aparent per les grans llistes d'espera, resultaria en realitat una manca d'alternatives viables per donar suport a persones en situació de dependència a llarg termini a la comunitat, combinada amb la (lògica) tendència a sol·licitar una plaça "per si de cas".

El retard en les aprovacions del PIA per part de l'òrgan competent (la Generalitat) s'explica amb referència a l'*infrafinançament* del SAAD per part del govern estatal. D'acord amb la llei, el cost de l'atenció s'ha de repartir entre l'Estat i les comunitats autònomes, i corre a càrrec del primer almenys el 50%. El govern estatal ha reconegut que les comunitats autònomes paguen actualment un 80% dels recursos disponibles (en comptes de la meitat). Si alguna cosa bona ha sortit arran de la pandèmia de COVID-19 és que aquest panorama depriment sembla que canviarà. El govern estatal ha anunciat mesures per pal·liar l'*infrafinançament*, i, per la seva banda, la Generalitat de Catalunya (2021: 8) s'ha compromès a "augmentar de manera substantiva el finançament de l'atenció domiciliària i els altres serveis dirigits a promoure l'autonomia." Precisament, parla d'un increment molt important de l'atenció domiciliària en quant a cobertures i intensitats, acompanyat del creixement d'altres serveis a l'entorn domiciliari, com ara les tec-

nologies de suport i cura, la teleassistència avançada, els bancs de productes de suport i el servei de teràpia ocupacional, així com els programes de suport a persones cuidadores" (*Ibid*: 9) i, en termes més concrets, aspira a augmentar "2,5 vegades el finançament actual, en els propers cinc anys (subjecte a aprovació pressupostària i finançament estatal per a la dependència)" (*Ibid*: 13). Si això es tradueix proporcionalment en augmentar les intensitats de l'atenció del SAD, podria resultar en intensitats que caiguessin dins del rang prescrit actualment i que estarien a prop dels màxims prescrits per grau de dependència.

Com a resposta a la manca de transparència en l'assignació de recursos, les propostes per part de la Generalitat de Catalunya també inclouen l'objectiu de dissenyar un nou sistema d'assignació de pressupost individual per a totes les persones usuàries.³ Aquest sistema necessita ser dissenyat amb cura per superar la xarxa de burocràcia involucrada en l'aprovació dels paquets de suport i per garantir que els fons estiguin disponibles de manera oportuna. A més, serà molt important considerar fins a quin punt un nou sistema d'assignació de pressupost individual, per si mateix, ajudarà o no els ajuntaments i les entitats supramunicipals a planificar millor i garantir la disponibilitat de serveis, així com per canviar l'equilibri entre l'atenció institucional i la comunitària.

Aquest informe no tracta de donar lliçons sobre com augmentar les intensitats i la cobertura dels SAD; **es tracta, en canvi, de descriure models innovadors per prestar serveis d'atenció a domicili**. Aquestes innovacions impliquen fer les coses de manera nova amb l'objectiu de fer-ho millor. Estar obert a promocionar, generar i gestionar SAD que *fan les coses d'una manera nova* requereix primer reconèixer per què la gestió actual dels SAD no aconsegueix els beneficis més grans per a les persones usuàries i els seus cuidadors familiars. Es reconeix, de totes maneres, que és difícil avaluar fins a quin punt hi ha aquesta *necessitat* atès que la limitada intensitat dels serveis és òbviament un factor dominant en l'impacte del servei.

L'experiència de països on els SAD són més intensius i ocupen un lloc molt més important en el suport a persones en situació de dependència resulta clau per entendre i superar les debilitats en el model existent de prestació de SAD.

3 Generalitat de Catalunya (2021) p. 22

Si bé, juntament amb serveis complementaris com els centres del dia, la teleassistència i els serveis de respir per a cuidadors familiars, els serveis d'atenció a domicili (SAD) són la peça clau que permet a les persones dependents romandre a casa, malauradament hi ha **nombrosos problemes, aparentment intrínsecs i intractables, en la gestió de serveis d'atenció a domicili**: les dificultats amb la retenció del personal; el desajust orgànic entre la capacitat habitual i la demanda en hores punta i/o períodes de vacances; les limitacions del seu impacte en la qualitat de vida i el benestar de les persones ateses i les seves famílies. Per tant, encara que l'augment d'intensitat i de cobertura de serveis és considerat un indicador del desenvolupament de l'atenció a llarg termini, també és important reconèixer les moltes raons per les quals cada hora d'atenció professional pot no cobrir les necessitats de la persona que rep assistència.

La pobresa de cures és un concepte que es defineix com “la cobertura inadequada de les necessitats de cura que resulta d'una interacció entre factors individuals i socials, incloses polítiques de benestar i estructures socials insuficients que impedeixen respostes adequades a les necessitats de les persones” (Kröger et al 2019: 496). La pobresa de cures no és rara. Fins i tot, on s'han desenvolupat sistemes pioners d'atenció a domicili per a persones amb dependència, les necessitats insatisfetes -en les activitats pràctiques diàries i/o en la cura personal- són un fenomen freqüent.

La pobresa de cures pot resultar de la intensificació de serveis per als més dependents, ja que, si no s'acompanya de la corresponent inversió en suport a les persones menys dependents, porta un menor nombre de persones que reben serveis (Vlachantoni et al 2011). D'altra banda, per a aquelles persones que sí que reben serveis, cada vegada hi ha més dubtes sobre la utilitat d'aquests serveis.

Per què és tan difícil assolir una bona atenció a les persones amb dependència? Per respondre cal analitzar la manera com s'encarrega l'atenció. Els serveis d'atenció es gestionen seguint un model de temps i tasques de manteniment, centrat en certes necessitats funcionals, que es consideren prioritàries. Aquest mode de gestió va ser dissenyat per millorar l'adaptació dels serveis a les necessitats de les persones, tenint en compte les àrees d'atenció prioritzades pel sistema de finançament públic. Aquesta orientació va obrir el camí a desenvolupaments

per millorar la qualitat dels serveis, com ara l'elaboració del pla d'atenció individual. També va obrir la porta a una àmplia subcontractació de serveis a entitats externes (Isakson et al 2017), on el temps de cura actua com a únic indicador del volum i la qualitat dels serveis, ja que el preu del servei generalment no s'ajusta per reflectir la qualitat, la complexitat o (amb l'excepció del treball nocturn) l'oportunitat –és a dir, el moment– en què l'atenció es rep (Rubery et al 2015).

Hi ha nombrosos relats de com l'ús d'aquest model de temps i tasques per organitzar l'atenció ha debilitat el seu propòsit inicial i ha causat impactes negatius sobre els professionals de l'atenció, sobre els usuaris dels serveis i sobre els cuidadors.

1.2 Limitacions del model de gestionar els SAD per “temps i tasques”

Els cuidadors professionals

Gestionar un servei d'atenció a domicili implica coordinar els cuidadors professionals perquè facin accions prescrites a les llars de diferents persones, distribuïdes en una àrea geogràfica, dins d'interval·ls de temps designats, amb un temps mínim assignat per viatjar entre llars. A causa de la naturalesa de les necessitats bàsiques funcionals i instrumentals de la vida diària per a les quals s'assigna la cura (aixecar-se, menjar, dormir), els interval·ls de temps de cura es concentren en períodes específics. L'art de la gestió dels SAD és optimitzar els horaris, tenint en compte les preferències individuals dels treballadors d'atenció i els horaris específics d'atenció, i tenint com a objectiu la continuïtat, amb temps de viatge i càrrega de clients raonable i realista. Això sovint es basa en un grup ampli de treballadors potencials, sovint ocupats amb contractes de zero hores (Hayes & Moore 2017) o a temps parcial. Treballar per a un SAD implica horaris de treball estesos i fragmentats, en diversos períodes de temps diferents durant el dia (per coincidir amb els períodes pic de demanda) i amb períodes de descans no remunerats entre aquests (Rubery et al 2015). Els cuidadors professionals sovint gestionen la seva feina al voltant de compromisos familiars, però, per mantenir els seus ingressos anticipats, també s'espera que canviïn els seus horaris o acceptin ser reassignats amb poca antelació, bé per adaptar-se a canvis imprevistos de demanda, -p.e., quan la atenció es cancel·la inesperadament-, bé per cobrir suplències -p.e., per baixes per malaltia del personal.

A la seva feina, que pot ser exigent, tant físicament com emocionalment, els cuidadors professionals dels SAD es troben aïllats (la majoria de vegades treballen sols). El seu treball, tant “a la carretera”, viatjant entre les llars de les persones que reben atenció, com “a la llar”, és altament imprevisible, cosa que significa que ni els temps de visita ni la durada de les visites coincideixen necessàriament amb els horaris oficials (Hayes & Moore 2017). S’espera, però, que desenvolupin relacions empàtiques amb les persones a qui donen suport.

La qualitat de l’atenció que així es dona depèn de l’autodisciplina del treballador, i requereix un alt compromís i motivació interna (altruistes) (Rubery *et al* 2015). Mentre que altres àrees de treball d’“alt compromís” estan ben recompensades, la feina de cuidador està mal pagada i poc valorada (Hussein 2017).

La tecnologia de monitorització electrònica proporciona dades en temps real sobre les hores d’inici i finalització de les visites d’atenció domiciliària, i s’ha introduït a països com el Regne Unit, en resposta a preocupacions sobre la qualitat de l’atenció. No obstant això, aquests sistemes semblen haver fet servir la tecnologia per reduir encara més el salari dels treballadors de cura, incrementant les tensions i conflictes a què es veuen sotmesos (Hayes & Moore 2017). Els cuidadors operen en constant tensió, seguint els horaris ajustats i les tasques prescrites: quedar-se més temps amb una persona per respondre a una necessitat física inesperada o brindar suport psicosocial pot afectar la puntualitat amb què arriben a la següent persona que necessiti atenció. Les dificultats de trajecte també poden portar a arribades tardanes, independentment del rigor horari i d’atenció que es tingui. Per totes aquestes raons, generalment es creu que la capacitat dels cuidadors del SAD per establir relacions i operar de manera centrada en la persona que atenen es veu afeblida pel model en què treballen.

També es creu que aquests entorns laborals posen en risc el benestar dels treballadors de cures professionals. Hussein (1998) ha examinat com la manca de control sobre el seu treball (autoritat de decisió) és rellevant per a l’experiència dels cuidadors. Segons Karasek *et al* (1998), els entorns laborals amb altes exigències i baixa autoritat per prendre decisions produeixen més estrès relacionat amb el treball, el que s’anomena “treballs d’alta tensió”, mentre que els llocs de treball amb altes exigències, però alta capacitat de decisió, estan vinculats a experiències positives anomenades “treballs actius”.

Hussein (2018) va trobar que un terç dels treballadors de cures que van completar l’enquesta (n=991) experimentaven una gran tensió a causa d’una combinació d’altes exigències i baixa autoritat per prendre decisions, mentre que un terç addicional estava en “treballs actius”. El darrer estava vinculat a la supervisió i el suport dels companys de feina.

Per les raons descrites anteriorment, els països amb sistemes d’atenció a llarg termini ben desenvolupats tendeixen ara cap a models nous i innovadors d’organització del SAD, que promoguin valors i ideals compartits entre el personal, que millorin la supervisió, el treball en equip i les condicions de treball. L’objectiu és sostenir no només les persones que reben atenció, sinó també les persones que donen atenció.

Les persones usuàries i els seus cuidadors principals

Per a les persones que reben serveis, l’impacte dels models rígids d’atenció de “temps i tasca” pot anar molt més enllà de la incapacitat de fomentar una relació amb els seus cuidadors professionals: pot perjudicar el seu benestar. L’atenció prestada a través del SAD es brinda en horaris fixos, amb molt poc espai per a la negociació per part de les persones que reben els serveis o els cuidadors. També segueix activitats estrictament prescrites, que poden ser útils un dia, però no pas en un altre dia.

Quan no es pot confiar que els cuidadors arribin a hores establertes, l’ansietat pot augmentar i disminuir la capacitat per mantenir la independència. Amb el temps, això pot provocar problemes físics entre les persones més dependents que reben atenció: incontinència, infeccions urinàries, restrenyiment, úlceres de decúbit, desnutrició... tot com a resultat d’una atenció que no està disponible en el moment adequat. Resultats negatius com aquests i altres problemes de seguretat poden portar a descartar la cura a la llar com una opció viable per a la gent gran.

Les persones amb graus alts de dependència que continuen vivint a la comunitat depenen, majoritàriament, d’un cuidador(a) familiar. La manca de fiabilitat en l’atenció domiciliària també pot ser perjudicial per a ells, encara que de manera diferent. El/la cuidador/a familiar principal (si és físicament capaç) sovint compensarà els horaris inoportuns d’atenció professional, però ho farà

en detriment seu. Els serveis d'atenció professional no més constitueixen una petita quantitat del "total de recursos" necessaris per ajudar les persones dependents a viure a casa, i, si no es pot confiar que estarà disponible quan més es necessiti, s'imposarà més càrrega física i emocional als cuidadors familiars. L'energia i el temps necessaris per compensar una atenció professional poc fiable desplacen altres activitats, inclosa la necessitat de descansar o el desig de veure amics i familiars, cosa que agreuja l'aïllament social associat amb les limitacions físiques. La necessitat d'aplicar un marge ampli per tenir en compte temps d'atenció difícils de predir pot crear dificultats addicionals per planificar i assistir a l'atenció mèdica, i així successivament.

És important reconèixer que no són només problemes ocasionals els que erosionen la determinació i la capacitat de recuperació de les persones que reben atenció i dels cuidadors familiars. Com assenyala Fantova (2020), proporcionar cures no només inclou l'execució parcial o total d'activitats, sinó també la decisió i el control (total o parcial) sobre aquestes. El mateix es podria dir també en relació amb la recepció de cures. La presa de decisions no només tracta d'administrar l'atenció en el sentit general, com en el paper formal de "tutela", sinó també totes les decisions quotidianes que es prenen per administrar la vida diària. Aquestes decisions inclouen rutines d'ajust als nivells d'energia, salut física o mental, i fer canvis menors per a propòsits específics, tot i que sovint relativament mundans: el tipus de coses que la majoria de la gent dona per fet en absència d'una discapacitat o d'un rol de cura important on la resiliència és més precària (Ottman & Maragoudaki 2015). Malauradament, la capacitat d'organitzar la llar i la rutina es pot veure profundament interrompuda en rebre atenció professional. Com conjectura Lloyd, "és en contacte amb els serveis de salut i benestar on la dignitat, la identitat i la independència estan més amenaçades" (Lloyd et al 2014).

Aquestes preocupacions sobre com de bé el SAD satisfà (o no) les necessitats dels usuaris (i cuidadors) del servei han portat a intentar mesurar els "resultats" de l'atenció social al Regne Unit. El resultat "dignitat" s'associa positivament amb els usuaris del servei, cosa que indica que el seu treballador de cures tendeix a fer les coses que vol que es facin (Malley et al 2012). En una nota relacionada, un sentit de "control i domini" té un paper comprovat en la reducció dels efectes negatius de la cura i la discapacitat (Muratore i Earl 2015), mentre que el "control sobre la cura" és un factor que prediu el benestar dels cuidadors (Al Janabi et al 2008).

Rebre atenció del mateix cuidador o d'un nombre limitat de cuidadors també és molt important per a les persones que reben atenció. És fonamental que els cuidadors comprenguin les rutines i les maneres de fer les coses d'una persona. Els petits detalls són importants per a les persones que depenen de la cura i per als qui participen en el suport. Haver d'explicar què fer, una vegada i una altra, a diferents cuidadors, pot ser desmoralitzador, esgotador i intrusiu. Usuaris amb demència poden estar desorientats i confosos per la manca de continuïtat, la qual cosa porta a conseqüències devastadores, incloent-hi negar-se a rebre atenció. La manca de continuïtat en les cures professionals pot ser producte d'una alta rotació en treballs d'alta tensió (a Anglaterra, abans de la pandèmia, la rotació de cuidadors professionals als SAD era del 42%). En general, la gestió de SAD és coneguda per la seva complexitat de programació, i com és de difícil assegurar que els usuaris del servei rebin atenció del mateix treballador de cura (o un petit nombre de treballadors de cura diferents) tenint en compte les absències (programades o inesperades) dels membres de l'equip.

Tenint en compte l'enorme paper dels cuidadors no remunerats en l'assistència a persones en situacions de dependència, la viabilitat i la idoneïtat dels serveis d'atenció a la dependència per a parelles de persones dependents és clau per a la sostenibilitat d'un sistema de cures de llarga durada. Els cuidadors familiars són un grup cada cop més heterogeni. A banda de la major participació femenina en el mercat de treball, canvis socioeconòmics, demogràfics i culturals han contribuït a fenòmens com la "generació entrepà", on el retard en l'edat de maternitat i paternitat ha augmentat la probabilitat d'haver de combinar la cura de pares dependents amb la cura dels fills. També és causa d'un creixement en la llunyania entre generacions –associat amb la migració laboral, però també amb la creixent bretxa en les experiències de vida entre generacions a causa de factors com la inseguretat laboral, dificultats d'accés a l'habitatge i la precarietat de sous (Yanguas 2020). Aquests factors incideixen almenys en dos aspectes: la quantitat de temps (i possiblement esforç) que els familiars poden dedicar a oferir cures i la seva flexibilitat per a fer-ho. No obstant això, molts fills, especialment filles, continuen exercint un paper important en el suport als seus pares i mares (i recolzant la sostenibilitat de la seva permanència a les seves pròpies llars). Per als cuidadors que fan malabars amb la feina i la cura o altres

circumstàncies de la vida com la distància geogràfica (White et al 2019), la fiabilitat dels serveis professionals és clau, igual que la mesura en què s'adapten a la persona amb dependència i als seus canvis de necessitats (coses en què la cura no professional dels membres de la família destaca). La manca de fiabilitat, la mala qualitat i la inflexibilitat dels serveis d'atenció poden fer que la cura no remunerada sigui incompatible amb el treball remunerat (Brimblecombe et al 2018; Pickering & Thompson 2017; Spann et al 2020; Starr & Szebehely 2017). Aquestes són algunes de les raons principals que expliquen per què els cuidadors familiars tendeixen a abandonar el mercat de treball (Brimblecombe et al 2018b).

Els canvis socioeconòmics, demogràfics i culturals que han impactat en la prevalença i la disponibilitat de la cura filial també estan vinculats a l'increment progressiu de persones, cada vegada més grans, que viuen soles, així com al creixement en el paper dels cuidadors conjugals i, amb això, a una creixent prominència dels homes cuidadors (Comas-d'Argemir & Bofill-Poch, 2021). Els cuidadors masculins tendeixen a ser més grans, difereixen en els suports que reben i demostren diferències en la qualitat de vida relacionada amb la salut, en comparació amb les cuidadores femenines (Río Lozano et al, 2017). Pel que fa a l'associació entre ser cuidador(a) i qualitat de vida relacionada amb la salut ('Health related quality of life' – HRQoL), els cuidadors amb mala salut prèvia, amb història de ser cuidador(a) de la seva parella, de baixa classe social i suport social més limitat, estan relacionats amb una mala qualitat de vida relacionada amb la salut (Río Lozano et al, 2017).

1.3 Serveis d'atenció a la dependència al domicili: mancances i alternatives

Els serveis predefinits, estandarditzats i fragmentats tenen un impacte limitat a causa de la seva incapacitat per oferir una resposta conjunta a les diferents necessitats de les persones que requereixen atenció. L'atenció domiciliària és sovint la primera línia de suport professional per a la gent gran. El fet que aquest suport se centri a realitzar tasques funcionals i instrumentals –encara que sigui de forma correcta i tècnicament competent– es percep, cada cop més, com un model miop i inadequat per al seu propòsit original (que les persones dependents puguin romandre a les seves llars tant de temps com vulguin). En canvi, s'argumenta que el SAD hauria de fomentar la participació

social i millorar la qualitat de vida de les persones ateses i les seves famílies.

Per assolir aquests objectius, les administracions públiques busquen cada cop més models alternatius o innovadors de SAD que ofereixin una promoció més sòlida i sostenible del benestar de les persones i donin suport a treballadors més motivats i recompensats (Gollins et al 2016).

Aquests models alternatius s'han desenvolupat en gran mesura en tres línies diferents:

1. L'autogestió de cures

L'augment de la participació dels usuaris dels serveis (i, quan calgui, dels seus cuidadors principals) en l'organització de l'atenció és el nucli de moltes iniciatives. Aquests models parteixen del principi que les persones que reben atenció sovint (encara que no sempre) estan en la millor posició per saber com organitzar l'atenció que satisfaci les seves necessitats, i que la seva resiliència es pot veure soscavada involuntàriament per serveis que no estiguin prou organitzats al voltant de les seves vides.

L'ampli espectre que engloba l'autogestió inclou models centrats a flexibilitzar l'accés als serveis d'atenció per a la dependència, mitjançant l'ús de vals (com un xec-servei), o els pagaments directes (d'Anglaterra). Aquests models es basen en la creença que el SAD serà més proper als seus clients si els converteix en compradors directes, ja que així es facilita el tipus de *micronegociació* sobre la seva atenció que es pot frustrar quan els serveis es contracten a través de les administracions públiques.

D'altra banda, l'autogestió de cures també pot estar dissenyada per permetre la creació de nous rols de cuidador professional, concretament el rol d'assistent personal (com en el cas dels pagaments directes a Anglaterra i la Prestació Econòmica d'Assistència Personal) –PEAP– a Guipúscoa, al País Basc.)

2. Aprofitar les capacitats dels cuidadors professionals, amb més *empoderament*

Per facilitar el benestar global mitjançant els SAD, els serveis es dissenyen de manera que els cuidadors professionals exerceixin un paper avançat, tant en l'especificació de metes i objectius centrats en la persona com en el procés d'assolir-los.

La reorientació dels SAD també es recolza en la idea que les persones dependents (i especialment, la gent gran) requereixen un model de suport més integral, que actui per enfortir la seva capacitat de mantenir la independència (o “interdependència”) en les seves pròpies llars considerant les seves limitacions i mancances percebudes a la seva vida diària, i ajudant a identificar les seves prioritats i objectius. Aquests models posen molt èmfasi en la facilitació del capital social i el valor de la gestió de la cura en l'enfortiment de les capacitats de les persones i les xarxes de suport natural. Com a part d'això, tendeixen a enfocar-se a crear vincles entre l'individu i les organitzacions comunitàries rellevants, a més d'actuar com a facilitadors entre totes les parts que hi puguin estar involucrades. Els exemples inclouen els Equips de Benestar d'Anglaterra (capítol 4) i el model de les *Superilles Socials* (capítol 6). Aquests models responen també a una gestió del SAD de proximitat organitzada a través d'equips professionals amb més capacitat d'autogestió.

3. Maneres alternatives de gestionar el SAD

Finalment, a la tercera línia, es troben els models que principalment semblen comprendre reorientacions en la gestió del SAD. Aquests poden tenir com a objectiu crear noves “relacions” entre els administradors públics i les entitats que ofereixen SAD, tenint com a objectiu flexibilitzar la manera com es planifica i organitza l'atenció de les persones (com el cas dels fons de serveis independents o *independent service funds* del Regne Unit).

Altres peculiaritats d'aquests models inclouen el rol dels proveïdors externs en la provisió directa, així com els canvis que impliquen per al rol dels treballadors socials, usuaris del servei i les seves famílies.

Els nous models de prestació de SAD es relacionen amb una nova forma de finançar l'atenció de les persones usuàries, els anomenats **pressupostos personals**. El desenvolupament dels pressupostos personals és freqüentment entès com a sinònim de l'autogestió de cures (*self-directed care* en anglès), però el dret d'autogestionar les cures no depèn dels pressupostos personals, sinó que s'origina en una llei anterior⁴ a la Llei de Cures de 2014, que va establir els pressupostos personals

(vegeu Caixa 1). Els pressupostos personals es van aprovar amb la intenció de:

- **Fer transparent l'assignació de recursos a cada persona usuària**.
- Permetre que **totes les persones usuàries que utilitzin serveis d'atenció -i no només aquelles que opten per autogestionar l'atenció- puguin influir en el disseny de la seva atenció**.
- **Permetre la incorporació de finançament sanitari**, en el cas de **persones en situació de dependència molt alta** que compleixen certes característiques relacionades amb la naturalesa de la seva condició i estat de dependència, per crear un “pressupost personal per a la salut”.

Els pressupostos personals representen un canvi important en la gestió dels serveis d'atenció a la comunitat, entre altres raons, perquè obliguen l'administració pública a canviar la manera de contractar serveis. Fins i tot en la política dels pressupostos personals, la manera més freqüent de contractar les empreses SAD per garantir la disponibilitat d'una quantitat suficient de SAD, es feia mitjançant contractes que especifiquen un preu per hora (incloent-hi una tarifa fixa per als desplaçaments), per x hores, i garanteixen un volum mínim de servei. En cas que la demanda superés el volum predeterminat, l'administració pagava un preu més elevat. Aquest sistema va resultar en notables imposicions pràctiques a les persones usuàries. A causa del compromís que tenien les autoritats amb certes empreses SAD per a un volum predeterminat de serveis, i per la seva implicació financera, les persones usuàries van ser derivades a proveïdors en funció de les quotes i –només si encaixava– en funció d'altres consideracions (com la proximitat).

La promoció de les polítiques de “lliure elecció” no s'ha degut només als estudis acadèmics, que indicaven que la manera de contractar serveis resultava en serveis de poca eficàcia i amb poca capacitat de resposta a les preferències dels usuaris. També les administracions i els professionals van reconèixer que, vist des de la perspectiva d'optimitzar la qualitat del servei, les derivacions eren sovint *subòptimes*. Per exemple, no es contemplava la dispersió dels usuaris del servei i els desplaçaments que haurien de fer els cuidadors professionals. També van reconèixer que el fet que les persones

4. Els pagaments directes parteixen de la llei de 1996 d'Atenció Comunitària d'Anglaterra [*Community Care Direct Payments Act 1996*] que va ser actualitzada el 2000 respecte al límit d'edat per permetre que les persones amb més de 65 anys poguessin rebre els pagaments directes per autogestionar les seves cures (vegeu Davey 2013).



usuàries no tinguessin cap poder per definir les seves preferències respecte d'horaris, activitats o tasques que volien, limitava el benefici dels SAD.

Els pressupostos personals s'han vist, bé com la palanca necessària per tancar la bretxa entre la gestió de serveis d'atenció a la comunitat i les preferències de les persones usuàries, o bé com la manera de garantir el dret de les persones usuàries -com a ciutadans- a prendre control sobre les seves vides.

En realitat, la gran majoria de persones usuàries opten per no gestionar el pressupost personal com un pagament directe, amb el màxim de control i elecció. En general, ho “reben” com un pressupost administrat (*managed budget*). Amb aquesta opció, l'administració manté la responsabilitat de gestionar la prestació, però permet - i en principi facilita-, l'elecció de l'empresa SAD i d'altres elements, com ara la negociació sobre horaris i tasques, o modalitats de servei (p.e., servei de respir, centre de dia, teleassistència) per tal que les opcions disponibles encaixin amb les seves necessitats (vegeu Annex).

Finalment, els pressupostos personals han donat un impuls important a noves maneres de contractar els SAD. En el cas dels fons de serveis independents o *Independent Service Funds* del Regne Unit —vegeu capítols 2 i 3— el proveïdor de SAD actua com a intermediari en la gestió i planificació d'atenció i en la utilització dels fons, tenint com a objectiu flexibilitzar la manera com es planifica i s'organitza l'atenció de les persones. Tots aquests exemples d'Anglaterra, i més, es descriuen en l'informe. Cada model elegit per a aquest informe té potencial per millorar la sostenibilitat de l'atenció a les persones grans dependents a casa i per reduir la demanda d'atenció institucional.

Finalment, l'informe destaca tres exemples catalans on els ajuntaments del territori han actuat de manera proactiva sobre la rellevància dels SAD al sistema de cures de llarga durada, prioritzant la garantia d'un servei flexible, adequat i idoni per als usuaris, a més de preocupar-se per les condicions dels cuidadors professionals que exerceixen el servei, i introduint nous models de gestió, ja sigui a través d'un SAD de proximitat, de la col·laboració amb l'economia social o la promoció de la lliure elecció, com es veurà en els diferents casos analitzats.

Els pagaments directes (Anglaterra)

02.

Els pagaments directes (*Direct Payments* en anglès) són fons pagats pels departaments de serveis socials de les autoritats locals d'Anglaterra (*local authority social service departments* en anglès 'autoritats locals', d'ara endavant) a persones amb necessitats d'atenció reconegudes, que compensen i substitueixen serveis d'atenció a domicili o altres prestacions. Si la persona que requereix suport no té capacitat per administrar els fons i organitzar la seva pròpia atenció, els fons que, amb aquesta finalitat li corresponguin, poden ser gestionats per una persona legalment autoritzada.

Els pagaments directes poden compensar part o la totalitat del paquet d'atenció al qual la persona té dret, i el seu import es dedueix del valor assignat a la quantitat de serveis que substitueixen.

A canvi de fer-se responsables de gestionar la seva atenció, els pagaments directes ofereixen a les persones flexibilitat per prioritzar les seves necessitats, dins dels fons disponibles, i amb certes limitacions sobre com es poden utilitzar els diners. A més, el model de pagaments directes també inclou la provisió de serveis de suport als usuaris en certs aspectes de la gestió de l'atenció.

La majoria dels pagaments directes es proporcionen mensualment i els fons es gasten principalment en "recursos per a la cura", però també poden incloure fons extres per a conceptes específics, (p.e., destinats a gastar en adaptacions de la llar, en activitats de lleure o en certes despeses extres, com ara pagar la formació d'una assistent personal (AP). També és legal combinar el finançament rebut per a algunes necessitats de salut a llarg termini (amb fons derivats del sistema nacional de salut) amb pagaments directes per a les necessitats d'atenció social, per així crear un pressupost integrat que pugui cobrir una gamma més àmplia de necessitats que afecten la vida diària de les persones.

S'ha observat que els pagaments directes estan associats amb una cobertura més gran de les necessitats de les persones que requereixen assistència (Davey 2021), a més de resultar positius per als cuidadors informals. L'ús de pagaments directes per contractar una AP té més flexibilitat per una varietat de raons i, malgrat la seva complexitat i la major responsabilitat dels usuaris, els beneficis solen compensar la càrrega. La compatibilitat amb la cura informal i la capacitat d'adaptació a les necessitats, circumstàncies i preferències indivi-

duals es troben entre els avantatges més grans dels pagaments directes (Davey 2018).

A Anglaterra, una mitjana del 27% dels receptors de prestacions d'atenció per a la dependència rep pagaments directes. La proporció és del 17% per als d'edat superior als 65 anys (NHS Digital 2020).

2.1 Accés als pagaments directes

Avaluació

El **procés d'avaluació** i els **criteris d'elegibilitat** per rebre pagaments directes són **idèntics per a totes les persones que sol·liciten suport**:

1. Els treballadors i treballadores socials contractats per l'autoritat local avaluen les necessitats d'atenció i benestar segons els principis definits a la legislació nacional. Aquests principis estableixen criteris relacionats amb la dependència observada, la necessitat de prevenir més dependència i/o garantir el benestar. Això vol dir identificar les mancances amb més prioritat i les millores que, de manera realista, es poden obtenir mitjançant la prestació de serveis (un esbós primerenc del pla d'atenció).



2. El resultat de l'avaluació es proporciona per escrit, explicant quines de les anomenades “necessitats d'atenció i benestar” seran “necessitats elegibles” i, per tant, seran cobertes per l'autoritat local. També s'explica quines són les “necessitats no elegibles” i seran cobertes per altres mitjans (com per un cuidador(a) familiar, atenció autofinançada...), o romandran insatisfetes. Les decisions sobre “necessitats elegibles” s'adopten amb referència a principis descrits a la legislació nacional que guien l'establiment de prioritats. Un cop definides les necessitats elegibles, un treballador social contactarà amb la persona per concretar el pla d'atenció.
3. L'autoritat local estima el cost dels serveis que caldrien per cobrir les “necessitats d'atenció i benestar elegibles”. Això es fa amb referència al pla d'atenció, usant la mitjana de preus unitaris i la quantitat (en hores) dels serveis que normalment cobririen aquestes necessitats. El resultat d'aquest càlcul és el **pressupost personal**.
4. A l'individu (o als seus tutors) se li proporciona informació sobre el pressupost personal assignat. Se'ls dona l'opció de rebre els fons (com a pagaments directes) per organitzar l'atenció ells mateixos o bé rebre serveis de gestió municipal com a serveis d'atenció domiciliària, una plaça en un centre de dia etc. Aquesta segona opció es diu *pressupost administrat* (*Managed Budget*). Una tercera via és barrejar les dues opcions: agafant part del pressupost personal com a pagaments directes, i una altra part com a serveis en espècie.



5. A banda de rebre la informació sobre l'avaluació de necessitats que ha de cobrir l'autoritat local i el pressupost personal, l'individu també rep una altra avaluació sobre el seu estat financer, que indica l'abast del copagament que haurà de fer. Aquesta avaluació financera es duu a terme pels comptables de les autoritats locals, també segons criteris definits a la legislació nacional. El copagament està calculat sobre el pressupost personal indicat, sense que influeixi l'opció escollida per fer-lo efectiu (pagaments directes, prestació dirigida o una combinació de tots dos).

Avaluació financera i copagament

La llei de cura (*Care Act*) de 2014 especifica que les autoritats locals han d'imposar un sistema de copagament a les prestacions per a la dependència basat en una avaluació financera dels usuaris. Les pautes detallades es proporcionen en documents d'orientació oficials anomenats “Circulars de les autoritats locals” o LAC. El procés d'avaluació financera i els criteris de copagament per rebre pagaments directes són iguals per a totes les prestacions.

Les directrius descriuen les fonts d'ingressos que cal tenir en compte, les fonts d'ingressos que s'han d'ignorar parcialment (i a quins efectes), i les fonts d'ingressos que s'han d'ignorar completament.

A més a més, la llei estableix un ingrés mínim garantit. Si la quantitat calculada cau per sota d'aquest nivell, el nivell de renda imposable s'ha d'eleva al nivell de la renda mínima garantida.

El règim de copagament també requereix el càlcul de les possibles deduccions als “ingressos imposables”. Hi ha especificacions detallades, enfocades principalment a les “despeses relacionades amb la discapacitat” i com calcular-les, especialment si més d'un membre de la llar està discapacitat.

En última instància, les deduccions calculades es resten de l'ingrés imposable i arriben finalment a l'especificació de l'**ingrés imposable setmanal** de cada usuari segons la situació.

De manera separada, el treballador social i/o l'equip d'administració financera calculen el cost del pla de suport de la persona basat en l'avaluació de necessitats i el pla d'atenció individual. El resultat d'aquest càlcul

s'anomena el **pressupost personal**, ja esmentat. Això es calcula inicialment amb valors de referència pel tipus de servei que s'utilitzarà, però no pot ser més gran que el cost real dels serveis. És a dir, en cas que la persona opti pels pagaments directes (on el cost horari acordat sol ser lleugerament inferior al cost unitari mitjà del de SAD en qualsevol autoritat local), el càlcul del pressupost es basarà en el cost pactat per als pagaments directes, i no en el cost mitjà de SAD (Caixa 1).

Caixa 1: Com es calcula la tarifa per hora per als pagaments directes?

L'autoritat local paga el nombre d'hores setmanals especificat al pla d'atenció segons una tarifa preu/hora corresponent a la prestació de pagaments directes. Cada administració local té el seu propi procediment comptable, discrecional, per calcular les tarifes dels pagaments directes, encara que amb uns principis establerts per justificar aquests càlculs. En primer lloc, se suposa que la tarifa va d'acord amb el cost mitjà local del servei substituït principal (generalment l'assistència domiciliària a través d'un SAD de gestió indirecta), si bé s'ha de deduir del cost la part que es pugui imputar a despeses generals indirectes, com els costos de transacció associats amb la contractació i, en el cas de contractar un assistent personal, la part abonada a les empreses SAD per cobrir administració i facturació. Les administracions locals van veure que aquesta podria ser la clau per estalviar costos i millorar l'eficiència, així com millorar el servei. D'altra banda, i encara que no és un requisit explícit, les tarifes s'estableixen a un nivell suficient per pagar un assistent personal adequat per a les tasques requerides, a un salari de «mercat», així s'evita el pagament de tarifes significativament per sobre de la mitjana. D'aquesta manera, s'eludia la possibilitat que es produís una transferència de personal de les entitats de cures o de serveis domiciliaris a les persones que utilitzessin els pagaments directes per contractar un assistent personal. Així, la prestació s'ha establert des del seu origen en un nivell que permet pagar un sou en línia amb el que les entitats locals abonon als treballadors d'assistència domiciliària, una vegada correctament deduïts els costos fixos [Davey 2013].

Tot i això, des de la implantació de la llei de cures del 2014 [Clements 2019], l'administració local s'ha vist obligada a avaluar l'adequació de la tarifa a cada situació individual, tenint en compte consideracions com la complexitat de les necessitats de la persona, les cures requerides i l'accessibilitat del mercat. Segons aquestes noves normes, caldria ajustar la tarifa per hora segons necessitat. A la pràctica, l'ús de tarifa fixa per a tots els usuaris dels pagaments directes continua sent força comú i segueix els principis comentats abans, però les autoritats locals són ara conscients que han de ser flexibles i permetre ajustaments a la tarifa establerta. D'aquesta manera, l'atenció a domicili prestada a través dels pagaments directes continua representant, en general, una reducció marginal del cost de l'hora d'atenció per usuari per a les autoritats locals.

En casos extremadament complexos on es requereixen consideracions específiques, l'usuari pot tenir dret a finançament a través de "l'atenció sanitària de continuïtat" (NHS Continuing Healthcare o 'CHC' en anglès), finançament del sistema nacional de salut aplicable quan les necessitats d'atenció de la persona afectada són d'una naturalesa que excedeix la responsabilitat dels serveis socials.



Finalment, l'import del copagament s'estableix segons la diferència entre el cost del pressupost personal per setmana i el nivell d'ingrés imposable setmanal – però subjecte a **una contribució setmanal màxima i mínima** (típicament 100 £ per setmana, màxim, i 1 £ per setmana com a mínim).

Els detalls del càlcul s'han de proporcionar a l'usuari del servei per escrit abans que comenci el servei. La llei també estableix que els usuaris han de ser informats del pressupost personal per escrit.

2.2 Requisits per poder rebre els pagaments directes

Abans de formalitzar la prestació de pagaments directes, les autoritats locals s'han d'assegurar que la persona (o el seu representant) **entén les implicacions del contracte amb l'autoritat local per formalitzar la prestació**. Si la persona indica que li interessa l'opció de pagaments directes, serà dirigida a la secció de comptabilitat de l'autoritat local, per informar-la dels procediments comptables per justificar despeses. D'altra banda, un treballador social (en general d'un equip especialitzat en pagaments directes) la visitarà per explicar-li la responsabilitat assumida davant l'autoritat local en rebre la prestació. Aquesta informació també es proporcionarà per escrit i, eventualment, s'especificarà al contracte de pagament directe requerit per llei entre l'autoritat local i l'usuari (o la persona legalment autoritzada).

En el moment de signar el contracte, l'autoritat local està obligada a establir que l'usuari o el seu representant entenen el següent:

- 1. Que la prestació econòmica (el pagament directe) ha de ser dirigida únicament a despeses requerides per satisfer els resultats definits al pla d'atenció individual.**
- 2. Les responsabilitats relacionades amb la contractació d'atenció.**
- 3. El protocol per justificar la despesa**

En les següents seccions s'explica què signifiquen aquests principis a la pràctica i quines són les funcions dels treballadors socials i les organitzacions que donen suport als usuaris de pagaments directes.

Flexibilitat i limitacions en l'ús dels pagaments directes

L'ús dels fons obtinguts mitjançant pagaments directes es limita a despeses requerides per satisfer els resultats definits al pla d'atenció individual. És a dir, s'ha de gastar en atenció *per aconseguir millores en les necessitats d'atenció i benestar de l'usuari*, establertes al pla d'atenció individual. Aquesta definició evita específicament la referència a limitar l'ús de diners a una prescripció de cures en termes d'hores i tasques. **Mentre que, a la pràctica, els plans d'atenció individual del SAD continuen sent elaborats sobre la base d'un horari d'atenció diari/setmanal, l'usuari de pagaments directes no té l'obligació d'organitzar la seva atenció de la mateixa manera.** Aquesta especificació ha estat curosament meditada, i s'ha incorporat a la Llei de Cures de 2014 com a resposta a la interpretació freqüent, per part dels treballadors socials, que els pagaments directes havien de prendre com a model el pla d'atenció del SAD.

Viure a la comunitat amb dependència requereix diversos recursos. La part oferta pels serveis socials (la prestació personal) s'assigna amb referència a un marc de necessitats d'atenció i benestar *elegibles* per a suport amb fons públics – aquestes són les necessitats de primer ordre (Caixa 2) –. El procés d'assignació de recursos té com a objectiu assignar recursos de la manera més justa per cobrir les necessitats *elegibles* de qualsevol persona. El paper de l'organització i la gestió dels serveis rau a assegurar que els recursos assignats

puguin satisfer tantes necessitats com sigui possible, és a dir, satisfer les necessitats de primer ordre que atorguen el dret a l'atenció finançada amb fons públics, però també, en la mesura del possible, tenir un impacte positiu sobre les necessitats de segon ordre (Caixa 2).

El fet que l'avaluació dels usuaris a Anglaterra comenci amb una avalució de la totalitat de necessitats funcionals i de benestar aporta llum sobre la important diferència entre allò que requereix una persona amb dependència per viure bé a casa seva i allò que cobreixen els fons públics. Requereix que els treballadors socials registrin i avaluin el paper dels altres recursos que formen part de l'atenció no pública que rep la persona (com la cura no remunerada i, de vegades, l'assistència privada) i reconèixer-ne la contribució a les necessitats. És un protocol d'avaluació que, si està ben fet, reconeix de manera legal que la necessitat de la persona no comença i acaba en les necessitats de primer ordre, en el benentès que el catàleg d'aquestes necessitats s'ha definit per articular i facilitar la intervenció dels serveis públics.

Atesa la variació en les circumstàncies diàries (de l'usuari i/o els SAD) de cada cas, les assignacions de temps específiques per a una necessitat (o tasca) determinada han de ser relativament generoses si es busca assignar mitjans d'una manera que cobreixi la majoria de



les necessitats dels usuaris (vegeu Caixa 2). D'altra banda, les limitacions de l'erari públic obliguen a articular l'atenció mitjançant un conjunt de prioritats o necessitats de primer ordre definides estretament (higiene, vestimenta, nutrició, mobilitat), deixant implícitament moltes necessitats de segon ordre sense cobrir. L'avantatge dels pagaments directes és que permeten als usuaris i a les famílies *microgestionar* l'atenció per reduir el malbaratament d'atenció assignada mitjançant principis estàndard. La flexibilitat derivada del pagament directe permet obtenir els resultats requerits no només per a les necessitats de primer ordre, prioritzades en els criteris d'assignació, sinó també per a les necessitats de segon nivell, que no es fan servir explícitament en l'assignació, però que, degudament ateses, poden augmentar el benestar i -això és clau- exercir un paper preventiu.

Aquestes idees abstractes es poden il·lustrar amb tres exemples senzills:

Exemple 1:

En Josep és un senyor que viu sol. És vidu i la seva única filla viu a un mínim d'una hora i mitja de casa seva. Treballa i no el pot visitar més d'un cop per setmana. En Josep passa la majoria del seu temps a casa tot sol. Rep una hora d'atenció de dilluns a divendres per banyar-se i vestir-se. Per al Josep, l'hora que li ha estat assignada per a assistència per a la dutxa i vestir-se seria adequada; però prefereix no dutxar-se cada dia. S'adona que, si es dutxa de forma sencera dues vegades per setmana i els altres tres dies es dedica mitja hora a "rentar-se i vestir-se ràpid" podria estalviar la resta del temps (1.5 hores per setmana). Amb l'ajuda d'un servei per a usuaris dels pagaments directes, aconsegueix trobar un assistent personal que està disposat a fer l'horari que ell vol, i, una vegada cada quinze dies, fer servir les tres hores estalviades a acompanyar-lo a anar a jugar a cartes amb els amics. D'aquesta manera, aconsegueix recuperar l'activitat social. Això ha tingut un efecte bola de neu, en tornar al bar a jugar a cartes la gent s'ha adonat del perquè va deixar d'anar-hi durant tant de temps i ara alguns el visiten a casa seva.

Exemple 2:

La Maria és una senyora amb demència que viu sola, rep atenció als matins per ajudar-la a rentar-se i vestir-se, i al migdia per supervisar-la i assegurar que menja bé. Els àpats els cuina la seva filla, que també passa

a veure-la cada dia a la tarda. De vegades, al migdia, quan arriba l'assistenta del SAD, ha arribat la filla i estan menjant juntes; aleshores li demanen fer feines domèstiques (neteja o planxa), substituint la filla en algunes de les activitats instrumentals que fa per a la seva mare.

L'atenció que reben del SAD els sembla bé. És el que hi ha i, en aquest sentit, se senten afortunades. Tot i això, la filla percep que la seva mare necessita més estimul per desaccelerar la progressió de la demència. Els ofereixen canviar a pagaments directes. La filla parla amb una petita empresa de SAD que sembla entendre bé les necessitats d'una persona amb demència. Acorden un horari d'atenció diferent, que inclou una atenció de 30 minuts al matí, visites al migdia, només dues vegades per setmana (els dies que no pot estar la seva filla), i la resta del temps el divideixen en dues visites. En una, el cuidador professional surt a comprar una llista d'ingredients amb la senyora. El cuidador professional li supervisa la gestió dels diners; parlen amb la gent de la botiga i paren a fer un cafè. En la segona visita, preparen alguna cosa amb els ingredients. Les receptes les tria la senyora —moltes del seu propi llibre de receptes on apunta les favorites durant la seva vida. A l'empresa SAD els va bé l'horari perquè les dues visites llargues són a les hores vall. Des del canvi, la filla ha notat que ha millorat molt la situació de la seva mare. Està més animada, parla més i menja millor.

Exemple 3:

La Carmen viu amb la seva filla Sole i el seu marit. Pateix demència i té limitacions funcionals. Rep una hora de SAD, de dilluns a divendres, d'assistència per banyar-se i vestir-se. El que passa és que la mare es desperta molt aviat i moltes vegades, quan arriba l'assistenta, ja l'ha vestit la filla abans d'anar a treballar. En realitat, la seva filla prefereix ajudar la seva mare amb la cura personal als matins i a aquesta hora té temps de fer-ho, abans d'anar a la seva feina de mitja jornada. Ella ho percep com una manera de connectar-se amb la seva mare i sap que la seva mare està més còmoda amb ella. Tot i això, la responsabilitat de ser una cuidadora principal pesa sobre ella i impacta en la seva vida, sobretot en les seves relacions socials i en el temps que es dedica a si mateixa, i això li crea ansietat.

Després d'informar-se de l'opció dels pagaments directes, opta per canviar. Amb el consell del servei de suport per a usuaris dels pagaments directes, decideix

utilitzar la prestació per pagar algú perquè acompanyi la seva mare dues vegades per setmana, per donar-li una atenció individualitzada i terapèutica. La filla d'una de les antigues amigues de la seva mare (morta fa un any), anomenada Victòria, es va oferir a fer-ho. Ella també va cuidar la seva mare fins al final i entenia el que significa per a la cuidadora i, d'altra banda, mantenia molt d'afecte per la Carmen, ja que van passar molt de temps juntes al llarg de les seves vides. El seu únic dubte era la seva manca de coneixement sobre la demència. Amb l'ajuda del servei de suport per a usuaris dels pagaments directes van organitzar una sessió amb una terapeuta ocupacional per a la Carmen i la Victòria. La Carmen, que no es recorda de gaires persones, va reconèixer la Victòria immediatament per la seva veu i es va emocionar. La terapeuta li va ensenyar i li va explicar algunes tècniques per treballar amb persones amb demència avançada basades en els principis de "cura centrada en la relació" (Allison et al 2019). Van deixar la Carmen amb la Victòria i tot va començar a funcionar. La Carmen es va relaxar i la va animar veure fotos de quan ella i la seva amiga (la mare de la Victòria) eren joves. La Victòria li explicava records i la Carmen escoltava i participava en la conversa. Des que la Victòria va començar a cuidar la seva mare, la Sole sent que ha guanyat molt més del que podria haver pensat. Veu la seva mare acompanyada i ella també se'n sent. Utilitza el temps per tornar a connectar-se amb amics, fer compres sense presses i desconnectar.

En els tres exemples senzills es veu que la flexibilitat de *microgestionar* l'atenció pot produir millores importants en la generació de benestar per als usuaris i per als seus cuidadors familiars. En els tres exemples, el pla d'atenció va divergir del pla vinculat a les necessitats de primer ordre del pla d'atenció inicialment prescrit, però les necessitats de primer ordre es van atendre i també es van complir altres necessitats de segon ordre.

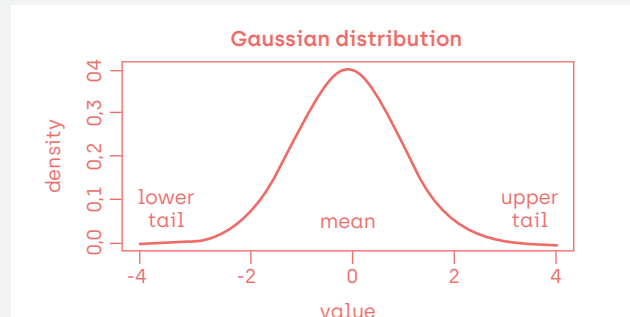
Reconèixer el dret i benefici potencial de fer això requereix un canvi cultural dins del treball social. Mentre que alguns adopten els principis dels pagaments directes, altres els veuen amb por i desconfiança. Per això ha estat d'especial importància subratllar dins la llei que, si queden satisfetes les necessitats d'atenció reconegudes al pla d'atenció, l'autoritat local no es pot oposar a com la persona escull organitzar-ne la cura, ni reclamar-ne els diners. No obstant això, es reserva el dret a reclamar els diners si la persona no els utilitza de manera satisfactòria per cobrir les necessitats reconegudes al

pla d'atenció. Això s'avalua durant les pautes de seguiment amb els treballadors socials (Caixa 2). Les despeses han de ser justificades a la divisió de comptabilitat de l'autoritat local cada tres mesos.

Caixa 2: La gestió del temps al SAD i la corba de Gauss

Hi ha diversos nivells que requereixen decisió organitzativa en la gestió del SAD. Tradicionalment és l'autoritat responsable qui especifica la durada i la freqüència de l'atenció [nivell 1], l'horari de cures [nivell 2] i les tasques a realitzar o fites a aconseguir [nivell 3]. Qui ofereix l'atenció [nivell 4] depèn del proveïdor del servei, però està subjecte a certes polítiques normatives (com les relatives a la formació mínima).

Com es detalla al capítol 1, totes aquestes són tasques complexes. Convé, però, apreciar alguns dels principis subjacents en operació, encara que, necessàriament, s'exposin de manera molt simplificada.



Centrem-nos ara només al primer nivell, la durada i freqüència de l'atenció. Veiem que per assignar serveis d'atenció a una determinada necessitat [p.e., neteja personal] es fa servir una unitat mínima de temps [p.e., una hora]. Així, doncs, el temps necessari per satisfer aquesta necessitat s'estandarditza. Això no es fa perquè se suposi que tots necessitin el mateix temps; en realitat, les necessitats de temps per atendre una tasca seran variables entre la població objectiu –per il·lustrar la idea, suposem que estan distribuïdes de forma Gaussiana-. L'ús d'un temps estàndard per tasca és perquè és la manera més senzilla de distribuir recursos de manera justa i l'única manera de permetre que un servei d'atenció centralitzat s'organitzi a la pràctica.

A l'hora d'establir el temps estàndard assignat a una certa tasca, l'organitzador del SAD buscarà un valor relativament alt, per tal de garantir que la majoria dels usuaris del servei veuran satisfetes les necessitats elegibles (si elegís el valor mitjà de la distribució de necessitats deixaria la meitat de la població objectiu sense atendre). Aquest posicionament no només té en compte el principi d'inclusió, sinó també consideracions organitzatives, com la viabilitat d'organitzar el temps dins de limitacions de temps específiques i la capacitat de trobar persones disposades a treballar segons l'horari.

Tot i que aquest és un enfocament legítim, té conseqüències no desitjades en el sentit que, per a una fracció substancial de persones, el temps assignat per a la tasca específica serà excessiu. La pregunta és què fer amb l'excés de temps i com garantir que contribueixi als resultats del benestar, en comptes de a la ineficiència. El camí cap a una microgestió més gran de tasques és limitat: les necessitats variaran substancialment no només entre clients.

Tot i que aquesta pràctica és essencialment justa i respon a principis molt estesos en l'assignació de recursos públics (per exemple, els serveis dels transports urbans s'escullen per atendre els usuaris en hora punta i estan sobredimensionades per als d'hora vall), té una conseqüència inevitable: per a una part substancial de la població atesa, el temps assignat a una tasca específica serà excessiu. Des d'un punt de vista global del sistema, es planteja llavors la qüestió de què cal fer per aconseguir que aquest temps "en excés" pugui contribuir a millorar els resultats de benestar. Un camí possible -en teoria- és intentar subdividir més les unitats d'atenció i reassignar-ne la durada segons una apreciació més individualitzada de la necessitat. Aquest tipus de microorganització centralitzada planteja moltes dificultats. Les necessitats dels usuaris de SAD són típicament variables en el temps. A més, al començament de l'especificació de tasques, els administradors tenen informació molt limitada per comprendre com les necessitats observades dels usuaris es traduiran en dependència de formes específiques d'atenció; o quant es beneficiaran de l'atenció. Per tant, una especificació excessiva podria ser contraproduent per als resultats del benestar.

La preocupació per les ineficiències inherents pot portar al camí de redefinir les unitats mínimes d'atenció, en reduir l'opció d'un interval mínim d'una hora a un interval de mitja hora, o fins i tot, a intervals de 15 minuts. Perquè això tingui un impacte positiu en els resultats de benestar encara es requereixen més conjectures sobre la dinàmica entre la satisfacció d'una necessitat específica i el temps requerit. A mesura que les unitats de temps es fan més petites, el marge es redueix i és més probable que l'interval de temps especificat no sigui inclusiu. Un petit canvi en la situació d'un individu durant un interval de 15 minuts pot requerir un interval de 30 minuts, i així successivament. Des de la perspectiva de l'eficiència en l'assignació, l'única manera de garantir que un sistema així continuï sent equitatiu és mitjançant reavaluacions de necessitat molt freqüents per ajustar els temps, però això duraria molt de temps i generaria costos addicionals. No fer-ho resultaria inevitablement en més necessitats insatisfetes i en les seqüeles habituals: un deteriorament més ràpid, més demanda d'atenció mèdica i sobrecàrrega dels cuidadors informals, això sense considerar els impactes sobre mercat de treball o la logística d'organitzar el SAD, reduint encara més la qualitat de l'atenció i, amb ella, els resultats en benestar.

Hi ha algunes possibles solucions. Els poders adjudicadors poden encoratjar els proveïdors a brindar atenció de manera més flexible oferint als usuaris del servei la possibilitat de repartir el seu temps destinat a reduir el malbaratament una vegada satisfetes les necessitats de primer ordre, acordant atendre els usuaris en altres moments, per altres fins (per satisfer altres necessitats de segon ordre). O poden simplement mantenir el mateix cronograma, però assegurar-se que treballen en estreta col·laboració amb l'usuari per identificar la forma més productiva per utilitzar l'excés de temps en millorar els resultats del benestar. És poc probable que succeeixi el primer supòsit sense una estructura d'incentius clara, ja que aquesta flexibilitat reduirà el benefici dels proveïdors. El segon és més senzill, però depèn de les habilitats: del coneixement i motivació dels cuidadors professionals, els qui, com a treballadors de primera línia, es converteixen en última instància en els que mesuren el que passa amb l'excés de temps. A més, l'excés de temps per a un interval de temps determinat pot no ser suficient per fer qualsevol altra activitat significativa; la idea de temps "estalviat" probablement sigui millor, si fos factible. Organitzar el SAD dins d'una àrea geogràfica limitada (com a equips de veïnat) pot ser beneficiós (vegeu capítols 4 i 6).

Alternativament, la tasca d'organitzar el detall de l'atenció es pot traspassar als usuaris i a les seves famílies, reconeixent que són experts en comprendre les seves necessitats i que estan motivats intrínsecament per fer que qualsevol atenció que se'ls assigni s'utilitzi per maximitzar els resultats de benestar. El sistema de pagaments directes es basa en aquesta idea.

Accés a pagaments directes per a persones que "no tenen capacitat"

En totes les circumstàncies, les autoritats locals han de garantir que, sempre que sigui possible, els usuaris dels serveis prenguin les pròpies decisions, amb suport si fos necessari. El deure d'apoderar les persones perquè prenguin decisions i prenguin el control de la seva atenció i tractament es basa en la llei de drets humans del 1998, la llei d'igualtat del 2010 i la llei de capacitat mental del 2005.

La Llei de capacitat mental de 2005 estableix el marc per a qualsevol decisió presa en nom d'un tercer que es considera incapacitat. Les decisions s'han de prendre per al seu millor interès i han de ser les menys restrictives amb els seus drets i llibertats fonamentals. Les restriccions sobre els qui prenen decisions en nom d'altres són més estrictes que les que afecten els individus. Un individu no incapacitat que vulgui prendre per si mateix el que podria ser vist com una decisió imprudent si la prengués per ell algú diferent, ho pot fer, i la seva "imprudència" no és suficient per incapacitar-lo per prendre aquesta decisió.

Les autoritats locals han de facilitar assistència, amb suport a la presa de decisions en qualsevol cas que sigui necessari. Això justifica el finançament per l'autoritat local de serveis de suport als pagaments directes o a d'altres organitzacions del tercer sector per brindar una atenció individualitzada en la presa de decisions.





Compaginar el dret d'un individu a rebre suport en la seva capacitat amb el requisit de protegir els usuaris pot resultar molt complex. Una manera d'abordar aquests problemes és mitjançant el desenvolupament d'un "cercle de suport". Un cercle de suport és un grup de persones que formen una comunitat al voltant d'un individu específic (persona focal) amb discapacitats significatives, per ajudar-lo a assolir els seus objectius personals. L'organització del cercle la facilita una entitat independent (com un servei de suport als pagaments directes). El rol del cercle de suport és ajudar la persona a prendre decisions autodeterminades, enfocant-se a l'empoderament i no a la dependència de l'individu. Els membres del cercle són persones que poden identificar les fortaleeses, preferències, gustos, i allò que no agrada a l'individu. El propòsit del cercle és representar la persona en la presa de decisions relacionada amb la gestió de l'atenció, garantint la seva participació i identificant les necessitats bàsiques de suport per complir les seves necessitats i, alhora, identificar objectius per millorar-ne el benestar. Els cercles de suport es fan servir, sobretot, en casos complexos de persones discapacitades relativament joves.

Una alternativa més senzilla per a situacions en què una persona no té capacitat i no pot donar el seu consentiment per a la participació dels altres, és el d'una "persona designada" per actuar en nom de la persona. Aquesta situació és més típica per a les persones grans que no tenen capacitat, i es considera una extensió de l'estatus legal donat per un "poder notarial durador".

Independentment del mecanisme utilitzat, quan una persona no té capacitat, l'autoritat local ha d'actuar sempre en el millor interès de la persona que requereix atenció i suport. Hi ha processos específics a les autoritats locals per ajudar els treballadors socials a avaluar si una persona determinada (generalment un fill o una filla) és apropiada per al paper de "persona designada". En aquests casos, si es contracta un assistent personal, és la "persona designada", no l'usuari, que n'és l'ocupador.

Les responsabilitats relacionades amb la contractació d'atenció

Els pagaments directes es poden utilitzar de diverses maneres per contractar l'atenció. Aquestes diferents formes imposen diferents nivells de responsabilitat a l'usuari en relació amb els aspectes següents:

- Qui té responsabilitat de reclutar l'assistent personal.
- Qui té control sobre la feina que fa l'assistent personal
- Qui s'encarrega d'abonar les contribucions socials i els impostos.
- Qui té responsabilitat sobre seguretat i salut a la feina i assegurança laboral.
- Qui té responsabilitat sobre la formació professional de l'assistent personal.



Amb els pagaments directes, l'atenció pot ser contractada per l'individu a través de les xarxes tradicionals (preexistents) d'atenció domiciliària en l'àmbit local. Els pagaments directes també poden ser utilitzats per contractar un "assistent personal" no ocupat prèviament en serveis professionals de la dependència. Molts dels primers promotors dels pagaments directes consideraven que alguns dels avantatges més grans dels pagaments directes es troben, precisament, en la contractació d'assistents personals.

Quan es tria contractar un assistent personal, els usuaris de pagaments directes tenen llibertat i flexibilitat per a:

- Ocupar a qui triïn.
- Determinar les hores de feina.
- Determinar les tasques de l'assistent personal.
- Variar les rutines i les activitats negociant amb els seus assistents personals.

A canvi d'aquestes llibertats han d'assumir les seves responsabilitats com a ocupadors, com s'explica més endavant.

Des del començament, aquesta responsabilitat ha estat atenuada pels serveis de suport de pagaments directes, desenvolupats per proporcionar un suport integral en la contractació d'un assistent personal (Davey 2008).



Un pas clau, adoptat per promoure l'acceptació dels pagaments directes a Anglaterra, va ser proporcionar finançament independent durant dos anys per al desenvolupament dels serveis de suport de pagaments directes. Lamentablement, aquests serveis han estat molt vulnerables a les retallades derivades de l'"austeritat" pressupostària arran la crisi financera, cosa que ha resultat en un servei de suport molt limitat en molts llocs (Davey 2018). Això ha reduït la confiança dels treballadors socials en el model d'assistència personal i l'accessibilitat del model per als usuaris. Com a resultat, els pagaments directes han arribat a funcionar amb més freqüència com un "xec servei".

Tot i això, en els darrers anys s'han produït també una sèrie d'avenços significatius en el model de pagaments directes que han aconseguit diversificar els diferents mecanismes per contractar atenció.

Quan es va iniciar el model de pagaments directes, (gairebé) tots els assistents personals havien de ser contractats directament per l'usuari (o el seu representant) que havien d'assumir la totalitat de les responsabilitats dels ocupadors. Tot i que aquest ha estat un model factible i positiu per a moltes persones, també es considera una limitació del model per a alguns usuaris potencials i les seves famílies.

Alguns dels serveis de suport per als pagaments directes més establerts (gairebé tots centres de vida independent) ja havien pres la iniciativa d'actuar com a intermediaris, en casos on el possible beneficiari no podia actuar com a ocupador. Tot i això, l'adveniment del sistema regulador nacional dels serveis professionals de "cures personals" va significar que aquestes organitzacions ja no podien actuar d'aquesta manera sense estar registrades. Això no era pràctic en molts casos a causa de les implicacions financeres. Davant d'aquestes limitacions, van optar generalment per desenvolupar altres mecanismes per promoure el reclutament dels AP, a través de funcions com registres d'AP un exemple important és el registre dels AP del Nord-oest (*the North West PA register*).

Per part seva, altres promotors de l'atenció autodirigida (*self-directed care*) han desenvolupat possibles alternatives a l'opció binària de fer servir un AP (assumint tota la responsabilitat d'ocupador) o contractar atenció a través d'un proveïdor de SAD (evitant aquestes responsabilitats). S'han aconseguit desenvolupaments

significatius de les possibilitats del model d'assistència personal i, alhora, de la definició d'assistent personal. Un aspecte essencial per a aquesta finalitat ha estat aconseguir la participació dels organismes reguladors, la CQC (l'organisme d'acreditació nacional de serveis de cura) i de Skills for Care (l'organització que estableix els estàndards i les qualificacions dels treballadors d'atenció social). Ambdues institucions han respost davant d'innovacions i desenvolupaments de la pràctica per fer més accessible el model d'assistència personal i han facilitat models d'assistència personal que no sempre fan de l'usuari un ocupador directe (Skills for Care 2017).

En particular, Skills for Care ha tingut un paper més proactiu. En primer lloc, ha posat a disposició finançament per als serveis de suport als pagaments directes i per costejar la formació d'assistents personals, entre d'altres iniciatives. També ha fomentat i facilitat el diàleg amb els proveïdors de SAD pel que fa al model d'assistència personal, ajudant a assegurar-ne la inclusió i l'interès, i evitar la seva oposició al model.

Tot seguit, es descriuen els diferents mecanismes actualment disponibles per aconseguir atenció amb els pagaments directes.

Els diferents mecanismes per contractar atenció amb els pagaments directes

Opció 1: CONTRACTAR ATENCIÓ D'UN SAD MITJANÇANT XEC SERVEI

Com hem esmentat, els pagaments directes poden ser utilitzats per contractar atenció a través dels serveis tradicionals d'atenció domiciliària d'àmbit local, com ara un xec-servei. L'usuari necessita cercar una entitat que presti SAD i negociar el marc d'atenció que vol, formalitzant-ho en un contracte directe amb l'entitat. Rebrà el servei d'un cuidador professional contractat per l'entitat que serà responsable de cobrir les substitucions amb l'acord de l'usuari (en cas de vacances, baixes etc).

En aquest cas, és l'entitat prestadora del SAD la que assumeix les responsabilitats relacionades amb l'ocupació dels cuidadors professionals, i els usuaris dels pagaments directes s'alliberen d'aquesta càrrega. Tot i això, com que són el comprador directe, mantenen un control directe sobre el servei, ja que són lliures d'escollir a qui prefereixin.

Els cuidadors professionals dels SAD treballen en el marc de cura determinat per l'empresa, i l'usuari de pagament directe ha de negociar els requisits (tasques i temps) amb l'entitat. Per tant, no es consideren assistents personals.

Per facilitar als usuaris la cerca d'aquestes entitats, les autoritats locals solen proporcionar una plataforma digital amb dades sobre tots els proveïdors de SAD al territori. Algunes també aconsellen als usuaris de pagaments directes que optin per proveïdors de SAD recomanats per l'autoritat local. En alguns llocs han acordat preus fixos per als usuaris de pagaments directes, encara que això és poc comú.

Segons el marc legal nacional, tots els serveis professionals que proporcionen "cures personals" estan legalment obligats a estar registrats en l'organisme regulador, la Comissió de Qualitat de l'Atenció (el CQC o *Care Quality Commission* – vegeu Annex), així que si l'usuari (o la persona representant) opta per cercar atenció a través dels proveïdors de SAD, ho fa sabent que la qualitat del proveïdor ha estat comprovada per la CQC.

Hi ha aspectes positius i negatius en l'ús de pagaments directes per contractar atenció d'un proveïdor de SAD. Un dels desavantatges de fer servir els pagaments directes com si fossin un xec-servei és que els SAD cobren un preu per hora als clients individuals força superior al preu per hora acordat en els seus contractes directes amb l'autoritat local (Baxter, Heavey & Birks, 2018). A més, com s'ha esmentat anteriorment, la tarifa per hora de cures que rep l'usuari de pagaments directes de la seva autoritat local sol ser lleugerament inferior a la tarifa mitjana per hora que té acordada per sufragar els SAD que administra directament, fent als usuaris de pagaments directes "doblement desafavorits" com a clients d'un SAD. Això és possible perquè el contracte d'una empresa amb l'administració per prestar serveis SAD és diferent i independent dels contractes que estableix la mateixa empresa amb els usuaris de pagaments directes (vegeu Caixa 3). Per pal·liar possibles excessos, la llei de cures (2014) obliga l'administració local a avaluar l'adequació de la tarifa en cada situació individual (Caixa 1) tenint en compte consideracions com la complexitat de les necessitats de la persona, les cures requerides i l'accessibilitat del mercat.

A banda d'això, hi ha molt poca evidència sobre com responen les empreses de SAD als usuaris de pagaments directes. Inicialment, aquests usuaris van ser vistos

per aquestes empreses de SAD com un risc innecesari (temors de retards en els pagaments i augment de costos administratius, per haver de facturar individualment). Tanmateix, això ha canviat molt. A mesura que la provisió de pagaments directes s'ha tornat més comú, també s'ha tornat cada cop més normal que les empreses de SAD promocionin els seus serveis davant dels usuaris de pagaments directes. De fet, quan es renoven els contractes de l'autoritat local amb SAD, les agències que són “excloses” han après ràpidament que podrien retenir els clients del contracte vençut amb l'autoritat local, si aquests canviaven a pagaments directes. Els clients farien aquest canvi per poder mantenir la continuïtat de cura (sobretot les connexions establertes amb els cuidadors professionals), si el cuidador professional no té dret a la subrogació¹ o no vol canviar d'empresa.

Caixa 3: La contractació d'un servei d'atenció a domicili mitjançant pagaments directes

Cal notar que, en algunes autoritats locals, la llibertat de contractar atenció a través d'una empresa de SAD mitjançant els pagaments directes està restringida. En aquests casos, l'autoritat local restringeix l'elecció a la llista d'empreses que li presten servei. Així consideren que les persones usuàries estan més protegides, primer perquè l'autoritat local monitoritza la qualitat del servei de forma global, i perquè així es poden beneficiar dels preus acordats amb elles, evitant el desavantatge esmentat anteriorment.

Per descomptat, limitant l'elecció es limita també (en teoria) el poder del comprador per incentivar les empreses de SAD a donar una resposta més adequada. Les empreses de SAD contractades per l'autoritat local ja tenen una demanda important dels seus serveis per part de les persones usuàries que no han optat per un pagament directe, és a dir, per part d'aquells el pressupost personal dels quals és un “pressupost administrat” (*managed budget*), per als quals la contractació i l'abonament del servei, en funció de les hores prèviament assignades, es realitza des de l'autoritat local. Per a les empreses en aquesta situació, prestar serveis a persones genuïnament independents representa una càrrega administrativa – p.e., problemes per als coordinadors del servei per compaginar les preferències dels usuaris dels pagaments directes (un grup minoritari), amb el conjunt dels usuaris de prestacions dirigides-, els plans d'atenció dels quals solen ser més prescriptius i la seva participació en l'especificació del servei, molt menor.

Per aquestes raons, el Departament de Salut i Benestar encoratja les autoritats locals a respectar el dret dels usuaris de pagaments directes a accedir a tot el mercat i a ser flexibles en el càlcul del pressupost – tenint en compte que la contractació individual suposa, en principi, un menor cost indirecte per a les autoritats locals (monitoreig dels contractes; facturació etc.).

1. En certes circumstàncies, la subrogació no s'aplica, específicament, quan hi ha “fragmentació” de l'activitat de servei, o quan els serveis es distribueixen aleatòriament entre empreses de SAD. Hi ha casos en què això passa amb els cuidadors professionals contractats per “zero hores” (vegeu Annex).

Els petits proveïdors, que no compten amb la infraestructura suficient per participar en les licitacions de les autoritats locals, han mostrat un interès més gran a oferir serveis a usuaris de pagament directe que els grans proveïdors (Davey 2018). També s'admet generalment que els proveïdors més petits estan més alineats amb els valors associats amb els pagaments directes (atenció centrada en la persona, coproduïda amb l'usuari i la seva família).

Si es tracta d'un pla d'atenció per a una persona amb un nivell alt de dependència que requereix un horari ampli i fix d'atenció, pot “encaixar” bé amb el proveïdor de SAD ja que, d'una banda, és un volum de treball interessant, i, d'altra, un horari que permet aparellar un treballador de cures amb l'usuari (vegeu l'Exemple de Cas 1 a p. 32). Una flexibilitat addicional dels pagaments directes és que l'usuari (i/o la família) poden contribuir al “paquet de cures” optant per pagar més hores per setmana o serveis extra, mantenint la continuïtat amb el mateix proveïdor de servei i creant més incentius perquè els proveïdors de SAD s'involucrin en el seu negoci. Per tant, no és estrany que l'evidència emergent (Davey, *Pendent de publicació*) suggereixi que la capacitat de resposta dels proveïdors del SAD als usuaris de pagaments directes depèn del volum i la continuïtat dels serveis requerits i de la mesura que les necessitats i demandes dels clients s'ajusten a la capacitat i interès dels proveïdors. Tot i això, els clients que busquin atenció ocasional o variable quedarien en una situació de desavantatge.

Una qüestió a part és la dificultat més gran o més petita per obtenir informació sobre els proveïdors de SAD, el “treball” de connectar amb ells i negociar les condicions d'atenció. A Anglaterra, on fins al 50% del negoci de SAD en un territori pot ser amb clients “autofinançats”, hi ha àmplia evidència d'insatisfacció amb l'experiència de buscar atenció dels proveïdors de SAD, cosa que clarament va contra la lògica del model de lliure elecció i subratlla la necessitat d'eines accessibles per a la presa de decisions (Baxter el 2021), com el suport d'intermediaris, a més de familiars (Davey *Pendent de publicació*; Baxter *et al* 2020). A més, els usuaris del servei i les seves famílies informen que estan insatisfets amb el nivell i el tipus d'informació que proporcionen les empreses de SAD, i prefereixen recomanacions de bases de dades digitals. D'altra banda, l'elecció en si mateixa pot estar molt limitada pels monopolis geogràfics locals i altres condicions del mercat (Needham *et al* 2018).

Exemple de cas 1

L'Anna és professora de secundària en un institut i resideix a una hora de casa de la seva mare, que viu sola des que va morir el seu marit, fa cinc anys. Un hivern, després d'un període de mala salut, el seu estat es va deteriorar i, des de fa dos anys i mig, rep atenció a domicili. Inicialment, aquesta atenció es va obtenir d'un SAD contractat per l'autoritat local.

Actualment, la seva mare requereix, com a mínim, assistència per vestir-se, dutxar-se i preparar l'esmorzar, per prendre la seva medicació als matins, al migdia i abans de dormir, i per canviar-se. Per dinar rep un servei a domicili i la seva filla li compra molts menjars preparats, que li deixa cada setmana. De moment es manté sense assistència nocturna, tret de la teleassistència. Vol, abans que res, continuar vivint a casa seva. Atès el creixent nivell de dependència de la seva mare i el deteriorament de la seva memòria, l'Anna estava cada cop més preocupada per la viabilitat que la seva mare visqui sola, ja que el seu nivell de responsabilitat i càrrega docent li impedia visitar-la durant la setmana. En particular, la preocupava el nivell de seguretat de la seva mare i no estava segura de si l'atenció que estava rebent satisfia les seves necessitats, ja que els relats de la seva mare eren inconsistents i imprecisos. Semblava estar perdent pes i, de vegades, descuidada. Li va resultar molt difícil contactar amb el proveïdor de SAD o tenir contacte amb les cuidadores.

"Això [va ser] el pitjor... especialment sent una professora ocupada, quan deixes missatges a les persones i no es molesten a respondre't. I després has de trobar el temps per tornar a trucar-los".

Seguint el consell del metge de capçalera de la seva mare, va preguntar als serveis socials si la seva mare seria elegible per rebre pagaments directes i si podrien gestionar-los. Després d'una avaluació i unes quantes setmanes d'espera, va aconseguir el canvi. Mentrestant, la filla va investigar les opcions de SAD més properes i va trobar un proveïdor accessible, que va mostrar interès a tenir la seva mare com a clienta i va semblar comprendre les dificultats de la situació.

Des que va contractar atenció dels SAD per mitjà de pagaments directes, la seva mare ha gaudit de cuidadors coneguts amb pocs canvis, i té més capacitat d'ajustar el servei a les seves necessitats. Per exemple: canviar la primera visita del dia a una hora més primerenca, o espaiar les visites de manera uniforme al llarg del dia. En comptes de tenir tres visites al dia, com abans, la seva filla ha negociat amb el proveïdor de SAD dividir les hores d'atenció per aconseguir quatre visites (en total són 31 hores per setmana, 4,5 per dia). La comunicació entre la filla, com a cuidadora principal, el SAD i les seves cuidadores professionals ha millorat molt:

"... Els cuidadors són força oberts amb mi. Si alguna cosa realment no funciona, m'ho diuen... Ha estat molt bé perquè m'han donat idees de les necessitats que he de resoldre i com fer-ho".

Font: Davey [2018]

Opció 2: RECLUTAR UN ASSISTENT PERSONAL A TRAVÉS D'UN SAD MITJANÇANT FONS PER A SERVEIS INDIVIDUALS

En els darrers anys, algunes autoritats locals i proveïdors de SAD han experimentat conjuntament un model híbrid que permet incorporar la funció d'assistència

personal dins de l'oferta de serveis d'un SAD. Els motius principals són: 1) reconeixement de les dificultats que tenen alguns usuaris per contractar AP o cobrir les seves baixes i vacances; 2) identificació dels desavantatges de treballar de manera aïllada com un AP; 3) la convicció que el model tradicional de gestió dels SAD és limitat per promoure el nivell de flexibilitat i cura centrat en la persona associada amb el model d'assistència personal; 4) preocupació que massa usuaris, sobretot aquells sense suport familiar, romanguin exclosos del model de pagaments directes a causa de la preocupació dels treballadors socials per la possible vulnerabilitat.



Responent a aquestes preocupacions, s'ha desenvolupat el model de fons per a serveis individuals (*Individual Service Funds* o 'ISF'). Des que es va crear el concepte ISF, s'han experimentat diferents variants del model, moltes de les quals es van quedar pel camí. Es va aprendre molt en aquest procés, tant de les primeres variants com de l'èxit d'altres iniciatives (incloses les microempreses comunitàries, vegeu el capítol 3). Més recentment, sembla que la col·laboració estreta de *Skills for Care* (l'organització que estableix els estàndards i les qualificacions dels treballadors d'atenció social -vegeu Annex-) ha aconseguit garantir la sostenibilitat d'alguns models ISF dins del context regulatori. Si bé aquest és un paisatge en constant canvi, de moment els models ISF actius són de dos tipus:

Model ISF Tipus 1 – ‘ISF dirigit per l’usuari més la seva família i/o cercle de suport’

En un model que s’està provant a Essex, a l’Est de l’Anglaterra, un proveïdor de SAD ha desenvolupat un centre d’atenció (*Care Hub*) d’assistència personal. El proveïdor SAD assumeix la responsabilitat de reclutar AP dins d’una àrea local limitada, de petita empremta geogràfica. Els assistents personals reclutats treballen per compte propi, però tenen el suport de l’organització (el SAD). El proveïdor de SAD ajuda a connectar els AP amb els usuaris de pagaments directes i els cercles de suport. Els AP organitzen el treball juntament amb la base d’usuaris, acordant quines habilitats i capacitats professionals requereix cada individu i buscant la millor “combinació” d’AP, horari d’atenció de cures i suport per a cada client (Caixa 4). Es coordinen entre ells per organitzar torns i coordinar la cobertura en vacances o baixes. Els AP tenen accés a capacitació de base mitjançant el proveïdor de SAD. L’empresa de SAD també els informa sobre la disponibilitat i idoneïtat d’altres opcions de formació més avançades i/o especialitzades disponibles externament (que l’AP hauria de sufragar per si mateix, encara que hi ha la possibilitat de rebre suport financer a través de *Skills for Care*).

La cooperativa d’AP evita la necessitat de registrar-se a l’organisme regulador (la Comissió de Qualitat de l’Atenció ‘CQC’ o Care Quality Commission vegeu Annex), ja que aquesta funció la cobreix el proveïdor de SAD, el registre del qual cobreix el *Care Hub*. Així, el proveïdor de SAD assumeix la responsabilitat sobre la qualitat de l’atenció brindada a través dels AP. Per tant, el proveïdor de SAD ha d’assegurar-se, en contractar els AP, que tenen la capacitat per oferir atenció i suport d’acord amb el context regulatori.

L’autoritat local té un contracte de suport amb el proveïdor del SAD respecte a l’atenció contractada pels usuaris de pagament directe, en què especifica, d’acord amb la legislació, les condicions d’operació i exercici del centre d’atenció. Des del punt de vista de les autoritats locals, això assegura que la protecció dels individus recolzats pel *Care Hub* estigui inclosa al SAD i flueixi des de dalt. Així, per a cada individu que contracta suport a través de *Care Hub*, hi ha un contracte addicional, a tres bandes, entre el proveïdor de SAD, l’AP autònom assignat al client i el client del servei (l’usuari d’atenció o el seu representant).

El proveïdor de SAD que “allotja” el *Care Hub* rep un percentatge per cada hora d’atenció brindada pels AP autònoms, però aquest és molt menor que en el model tradicional (on els cuidadors professionals són contractats i gestionats directament per l’empresa de SAD). Com a resultat, les tarifes de pagament per hora per a aquests AP són més altes que per als cuidadors professionals ocupats per les empreses. Els AP, per la seva banda, han de complir individualment els impostos i les contribucions a la seguretat social com a autònoms.

Caixa 4: La coordinació i contractació d’assistència personal a través d’un *Care Hub* en el cas d’una senyora amb necessitats complexes

“En el cas d’una senyora, una dona amb malaltia neurològica motora, cap dels paquets d’atenció que havíem implementat li havia funcionat. A causa de la seva condició, la situació era limitant, degenerativa i emocionalment molt complexa. Amb aquest model d’ISF, la senyora ha passat de no aixecar-se del llit a, gradualment, adquirir certa aparença de vida diària, amb una rutina i amb interacció social. A banda de la gestió d’un paquet d’atenció complex, que requereix flexibilitat, els AP estan interactuant amb els fills per donar-los suport en les necessitats emocionals.

Aquest model, certament, ha desbloquejat alguna cosa per a un tipus particular de necessitat que no havíem aconseguit satisfer abans ni amb el SAD tradicional, ni amb el model bàsic de pagaments directes.”

Lisa Williams, Directora de la planificació estratègica i contractació de serveis socials per a Essex County Council (Anglaterra)

Model ISF tipus 2 – ‘ISF dirigit pel proveïdor’

El segon model d’ISF per als usuaris de pagaments directes és conegut com el model ISF dirigit pel proveïdor. En aquest model, el proveïdor de SAD rep els fons dels pagaments directes per avançat (mensualment) i actua com a intermediari entre l’usuari, les persones que li donen suport (familiars etc.) i el treballador social de referència (que ha elaborat inicialment el pla d’atenció de la persona), per concertar una atenció personalitzada basada en els principis d’atenció centrada en la persona.

Com en el model anterior, el proveïdor de SAD té un contracte global paral·lel, de seguretat, amb l’autoritat local. A diferència de la situació anterior, en la qual aquest contracte paral·lel estableix condicions per a usuaris *potencials* de serveis del *Care Hub*, al “ISF dirigit pel proveïdor”, el contracte de suport amb el SAD es refereix només a usuaris actuals.

El contracte de suport regula 1) l'actuació del proveïdor de SAD com a intermediari en la gestió i la planificació d'atenció i en la utilització dels fons, 2) la flexibilitat amb què el proveïdor de SAD pot utilitzar els fons, i 3) la possibilitat de subcontractar atenció a altres "proveïdors", definits en el sentit més ampli.

Per garantir que tot això es desenvolupa segons les necessitats, les preferències i els millors interessos dels usuaris, hi ha un altre contracte entre l'usuari directe (o el seu representant) i el proveïdor de SAD que estipula que les activitats del proveïdor de SAD han de ser dirigides (tant com sigui possible) i aprovades per l'usuari i/o el seu representant, en línia amb els principis de coproducció. En aquesta versió del model ISF no és estrictament necessari que els fons siguin prestats en forma de pagaments directes (és a dir, que els rebí primer l'usuari i després els pagui mensualment al SAD). La llei de cura del 2014 permet que l'autoritat local pagui directament el pressupost personal corresponent al proveïdor de SAD contractat per l'usuari. Tot i això, experts legals suggereixen que aquest canvi condueix a una menor responsabilitat de l'empresa de SAD cap a l'usuari que quan l'usuari rep ell mateix els pagaments directes i els transfereix a l'empresa de SAD.

Un dels elements de la flexibilitat que permet el contracte de suport entre autoritat local i proveïdor del SAD és l'"estalvi" de fons per poder-los utilitzar per a objectius específics en el futur, sempre que estiguin relacionats amb les necessitats elegibles. S'anticipa que el proveïdor de SAD proporcionarà part de l'atenció directa, però també que subcontractarà atenció a altres "proveïdors", definits en el sentit més ampli. Això permet, per exemple, que, per a una persona amb una discapacitat intel·lectual que necessita fer més activitat física, el SAD, gestionant els ISF, pugui pagar sessions amb un entrenador personal en comptes de dedicar els cuidadors professionals a anar de passeig amb la persona. A més, hi ha la possibilitat que altres usuaris puguin participar conjuntament en la sessió, dividint el cost de contractar l'entrenador personal "entre ells" —sempre amb el suport del proveïdor SAD que actua com a intermediari. El SAD proveïdor del model ISF té la responsabilitat d'informar l'autoritat local de la despesa amb periodicitat mensual (o trimestral).

El model ISF tipus 2 requereix un canvi en els valors i les formes de treball dels proveïdors de SAD. També requereix que els treballadors socials confiïn en la capacitat del SAD per elaborar plans d'atenció amb l'usuari.

Per això, la transparència i l'intercanvi d'informació és important. Una eina a aquest efecte és l'aplicació *digital 24/7 grid*, desenvolupada per Rachel Mason (mare d'un nen amb discapacitat) i un expert tecnològic. El 24/7 proporciona un mapa visual setmanal de l'atenció, codificat per colors per indicar períodes d'atenció proporcionada pel SAD, per altres individus pagats amb els fons de pagaments directes, d'atenció compartida amb altres usuaris i d'atenció prestada per altres individus (família, amics, voluntaris). (Vegeu Figura 1). El caràcter simple i intuïtiu d'aquesta eina afavoreix la coproducció de plans d'atenció amb els usuaris. També empodera els cuidadors familiars, perquè fa visible la seva contribució cada 24 hores, i ajuda a identificar els punts de més càrrega per a ells. Ajuda a identificar on es podria introduir la tecnologia d'assistència per reduir les barreres a la independència i alleujar la demanda als cuidadors no remunerats. El pla és encriptat i pot ser compartit de manera segura i ràpida amb tots els individus de l'entorn de la persona/usuària, compartint així el seu horari i facilitant-ne l'oferta de suport.

Figura 1: El 24/7 grid per a la planificació de suport individualitzat



L'aplicació calcula automàticament la despesa del pressupost setmanal mentre l'usuari configura el pla d'atenció. Els plans poden ser descarregats i enviats per correu electrònic a l'autoritat local juntament amb còpies dels pagaments realitzats amb fins comptables.

L'empresa de SAD rep una compensació anual per la gestió d'ISF tipus 2 equivalent al 10% del valor del pressupost personal/pagament directe.

Aquest model d'ISF està sent provat als comtats d'Essex i Somerset. Esperen que part de la subcontractació es dirigeixi a contractar atenció de les microempreses

comunitàries (persones registrades a l'autoritat local que ofereixen serveis de suport de proximitat de molt diverses formes i funcions, incrementant la participació en rols de cura, atenció i suport de població local. (Vegeu el capítol 3).

Fins ara, el model ISF tipus 2 amb prou feines s'ha experimentat amb persones grans. Això és degut en gran part al fet que l'impuls d'aquest model va provenir de l'àmbit de l'atenció per a persones amb una discapacitat intel·lectual. Hi ha barreres particulars per als adults amb discapacitat intel·lectual els pares dels quals han mort, que els exclouen del model de pagaments directes en absència de mecanismes com l'ISF tipus 2. Aquest model també ofereix la possibilitat de reduir la dependència dels usuaris envers els seus pares cuidadors. Als comtats d'Essex i Somerset s'està promovent actualment la inclusió de persones grans en els pilots del model, i es demana als treballadors socials que identifiquin casos que se'n podrien beneficiar.

Opció 3: RECLUTAR UN ASSISTENT PERSONAL

Si bé hi ha casos en què pot ser necessari un model híbrid d'atenció autodirigida a través dels pagaments directes, la contractació directa d'un assistent personal continua sent una solució molt adequada, que produeix la flexibilitat i el control desitjats per optimitzar els beneficis de l'atenció per a molts usuaris de serveis i els seus cuidadors familiars. Actualment, els usuaris dels pagaments directes poden reclutar un AP de diverses maneres (Figura 2).

Des de l'inici dels models de pagaments directes, els usuaris han estat emparats pels serveis de suport de pagaments directes, desenvolupats per proporcionar un suport integral a la contractació d'assistents personals. El suport va ser dissenyat per permetre que una persona sense experiència prèvia en contractació de personal pogués beneficiar-se del model. Alhora, aquest suport assegurava que es contractessin assistents personals d'acord amb les lleis laborals i fiscals. Per això, les autoritats locals condicionen l'ús d'un AP a seguir la capacitat que ofereix un servei de suport de pagament directe.

Els serveis de suport per als pagaments directes mantenen una estreta relació amb l'agència tributària (HMRC al seu acrònim anglès) i ACAS (el Servei d'Assessorament, Conciliació i Arbitratge), una organització nacional pública i independent que ofereix assessorament gratuït i imparcial a empleats i ocupadors sobre drets, regulació i millors pràctiques al lloc de treball, a més d'oferir capacitat i ajuda per resoldre disputes o accedir a recursos rellevants (p.e., de formació).

La trajectòria dels serveis d'acompanyament en el reclutament dels assistents personals ha variat força, depenent del context local, i, en particular, dels interessos de les autoritats locals que els financen (Davey 2018). Per exemple, com s'ha esmentat més amunt, alguns dels serveis de suport per als pagaments directes amb més solera van prendre la iniciativa d'actuar com a intermediaris per oferir assistència personal contractada de manera indirecta, en casos on la persona no podia actuar com a ocupador. De fet, aquestes van ser les primeres versions del model ISF amb Care Hub d'AP.

Figura 2: Com reclutar un assistent personal de manera directa

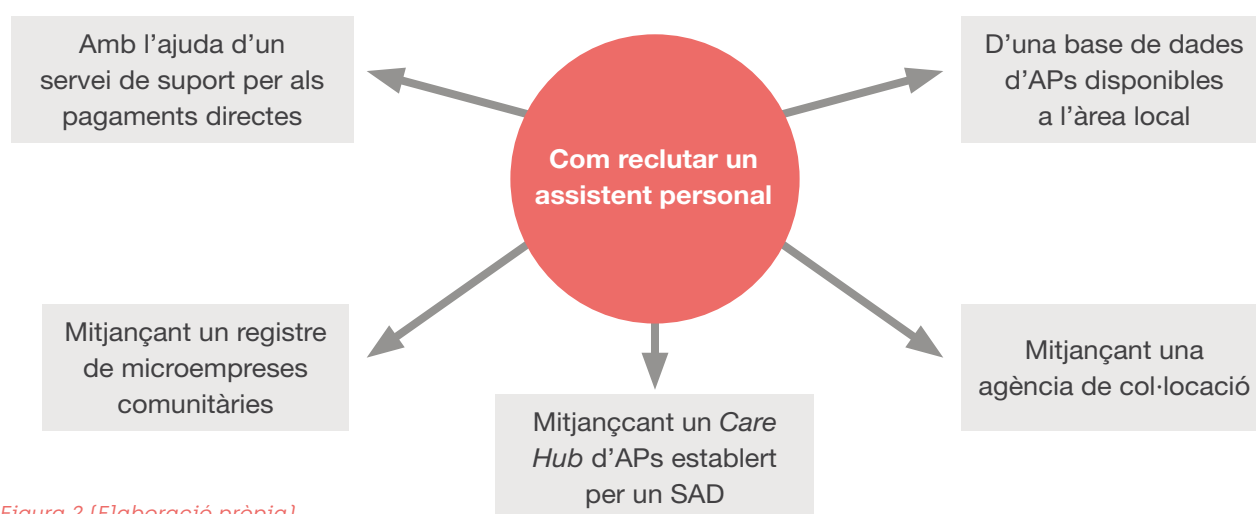


Figura 2 [Elaboració pròpia]



Amb l'adveniment del sistema regulador nacional de serveis professionals de "cures personals" aquestes organitzacions ja no podien actuar d'aquesta manera sense estar registrades, cosa que va propiciar el seu declivi a causa de les implicacions financeres.

Al seu lloc es va encoratjar els serveis de suport a desenvolupar i gestionar registres d'AP disponibles a l'àrea local, amb el finançament de l'autoritat local corresponent, i/o subvencions de *Skills for Care* (vegeu Annex). En àrees on aquests serveis no s'estaven desenvolupant, organitzacions privades, generalment sense ànim de lucre, han creat les seves pròpies versions (Caixa 5).

Caixa 5: El registre en línia d'assistents personals PA Pool

PA Pool és una pàgina web que ofereix un servei de contactes entre usuaris de pagaments directes i assistents personals, generals o especialitzats. Funciona a través d'un formulari de perfil, fàcil de completar, que permet que tota la informació rellevant sobre cada usuari que cerca un assistent personal s'emmagatzemi a la base de dades de PA Pool. Un cop realitzat el perfil d'usuari, els assistents personals registrats poden veure el seu perfil i veure exactament el que està buscant. Alhora, l'usuari pot fer cerques personalitzades específiques per a les seves necessitats i trobar la persona adequada de forma ràpida i senzilla.

No cal que la persona que cerca un assistent personal se subscriuï per penjar un perfil. La subscripció només és necessària quan un usuari ha trobat algú que l'interessi. Un servei de missatgeria del lloc web manté les seves dades de contacte personals segures fins que decideixi que és el moment adequat per trucar o conèixer la persona.

PA Pool és una organització sense ànim de lucre, per la qual cosa els ingressos de les tarifes de subscripció i publicitat es reinverteixen en el manteniment i la millora del servei web per als seus membres.

L'opció de reclutament directe implica que l'assistent personal és generalment contractat per l'individu que rep els pagaments directes (o el seu representant), encara que hi pot haver excepcions que permetin a l'assistent personal treballar per a l'usuari per compte propi (com a autònom). Aquestes excepcions es basen en característiques molt específiques (freqüència i quantitat de treball, si l'AP atén altres usuaris, complexitat del rol). *Skills for Care* aconsella que, davant de qualsevol dubte, els AP comprovin el seu estatus en relació amb cada client amb HMRC, l'Agència Tributària i Duanera i/o ACAS, el Servei d'Assessorament, Conciliació i Arbitratge. En qualsevol cas, fora d'aquestes circumstàncies limitades, l'usuari (o la família) serà considerat l'ocupador i haurà d'assumir totes les seves responsabilitats com a ocupador.

Com a alternativa als registres d'assistents personals, algunes agències ofereixen un servei de col·locació. Aquesta opció està pensada per poder reunir assistents personals que treballen de manera autònoma (segons les condicions que permet el treball d'assistència personal per compte propi), amb receptors de pagaments directes a la recerca d'AP. Part del servei inclou verificació d'antecedents penals, que l'AP disposi d'una assegurança de responsabilitat civil i estigui registrada a Hisenda (HMRC) i a la seguretat social.

Com s'ha esmentat abans, treballar com a assistent personal per compte propi depèn de característiques molt específiques de la feina que fa l'AP per al client. Si el treball de l'AP no compleix aquestes condicions, el servei de col·locació ho hauria d'indicar i oferir altres serveis, com un suport en la contractació i/o un servei de gestió de nòmines a l'individu que rep els pagaments directes (o el seu representant).

Una altra important innovació recent ha estat el desenvolupament del model de microempresa comunitària, que ha promociat l'oferta de serveis de suport de proximitat de formes i funcions molt diverses, a través d'un registre de membres de la població local acreditats per participar en rols de cura, atenció i suport (vegeu capítol 3). Les microempreses comunitàries (on n'hi ha) representen un altre possible mecanisme per a reclutar un assistent personal, per a atenció de baixa intensitat. Les mateixes condicions s'apliquen per determinar si poden donar servei al client treballant per compte propi, o si han de ser contractats com a empleat del destinatari dels pagaments directes. Segons les darreres xifres disponibles, al voltant del 8% dels assistents personals treballa per compte propi (*Skills for Care* 2021).

Les responsabilitats dels usuaris com a ocupadors

Les responsabilitats més complexes relacionades amb la contractació d'atenció són les responsabilitats cap als seus assistents personals per ser ocupadors. La càrrega d'aquesta responsabilitat, però, es pot veure molt atenuada si es fa servir un servei de suport als pagaments directes.

Els ocupadors dels assistents personals han de proporcionar un contracte de treball que contingui la informació següent:

- El lloc de treball esperat
- El títol del treball i els deures de la seva AP

- La data d'inici de la feina.
- El salari de l'assistent personal
- El nombre d'hores de feina
- El dret a vacances i la paga de vacances obligatòries
- La paga per malaltia
- El pla de pensions
- Procediments disciplinaris i de queixes
- Organitzar les cotitzacions fiscals, de l'assegurança nacional i de les pensions
- Fer una avaluació de salut i seguretat al lloc de treball
- Disposar d'una assegurança laboral

Les responsabilitats dels usuaris dels pagaments directes varien segons el mecanisme utilitzat per reclutar un assistent personal (Figura 3)

Figura 3: Els diferents mecanismes per reclutar un assistent personal i la situació legal i laboral dels destinataris dels pagaments directes i els assistents personals

Qui reclutarà els AP?	Qui té control sobre la feina que fa l'AP?	Qui té control sobre qui fa la feina?	Qui s'encarrega d'organitzar les cotitzacions fiscals, de l'assegurança nacional de les pensions?	Qui necessita una assegurança laboral?	L'AP tindrà els drets laborals d'un empleat?	Qui s'ha de registrar a la CQC (comissió de qualitat assistencial)?
El destinatari dels pagaments directes, amb ajuda o sense, ajuda d'un servei de suport per als pagaments directes	El destinatari dels pagaments directes com a ocupador	El destinatari dels pagaments directes com a ocupador	El destinatari dels pagaments directes com a ocupador, amb ajuda o sense d'un servei de gestió de nòmines	El destinatari dels pagaments directes necessita una assegurança d'ocupador, de responsabilitat civil i d'indemnització clínica	Si	Ningú
El destinatari dels pagaments directes mitjançant una base de dades d'AP disponibles a la zona	El destinatari dels pagaments directes, com a ocupador	El destinatari dels pagaments directes, com a ocupador	El destinatari dels pagaments directes com a ocupador, amb ajuda o sense d'un servei de gestió de nòmines	El destinatari dels pagaments directes necessita una assegurança d'ocupador, de responsabilitat civil i d'indemnització clínica	Si	Ningú
El "servei d'ocupació" li assignarà un assistent personal, després de verificar l'AP	Acordat entre el destinatari dels pagaments directes i l'AP	Acordat entre l'AP i el destinatari dels pagaments directes	L'assistent personal	L'AP ha de tenir responsabilitat pública i qualsevol altra assegurança necessària	No, tindrà els drets laborals associats a la seva condició d'autònom	Ningú, sempre que l'AP funcioni com un "comerçant individual"
El destinatari dels pagaments directes mitjançant un registre de microempreses comunitàries	Acordat entre el destinatari dels pagaments directes i la microempresa comunitària	Acordat entre l'AP i el destinatari dels pagaments directes	L'assistent personal	L'AP ha de tenir responsabilitat pública i qualsevol altra assegurança necessària	No, tindrà els drets laborals associats a la seva condició d'autònom	Ningú, sempre que l'AP funcioni com un "comerçant individual"
Un "Care Hub" allotjat per una empresa SAD o un servei de suport als usuaris dels pagaments directes	Acordat entre el destinatari dels pagaments directes, els AP assignats i el "Care Hub"	Acordat entre el destinatari dels pagaments directes, els AP assignats i el "Care Hub"	L'agència que allotja el Care Hub ho farà com a servei de gestió de nòmines	L'empresa SAD o el servei de suport de pagaments directes que allotja el Care Hub necessita una assegurança d'ocupador, de responsabilitat civil i d'indemnització clínica	Si, a través de l'agència	Quan les tasques inclouen la cura personal, l'agència ha d'estar registrada a la CQC
Una empresa SAD	L'empresa SAD	L'empresa SAD	L'empresa SAD	L'empresa SAD necessita una assegurança d'ocupador, de responsabilitat civil i d'indemnització clínica	Si, a través de l'empresa SAD	L'empresa SAD ha d'estar registrada a la CQC

Figura 3 (Elaboració pròpia)

2.3 Els serveis de suport per als usuaris dels pagaments directes

A molts llocs, les autoritats locals contracten entitats del tercer sector per prestar un servei de suport als usuaris dels pagaments directes (DPSS, la seva sigla en anglès). Els DPSS donen suport respecte a:

- Els principis d'ús del pagament directe (flexibilitat i limitacions)
- Les responsabilitats relacionades amb la contractació d'atenció
- Com cal justificar la despesa

Encara que el treballador social de referència estarà implicat en el procés, és comú que, durant aquest període de configuració del servei, siguin els serveis de suport als usuaris de pagaments directes (DPSS) els qui acompanyin l'usuari, complementant i substituint el treballador social. El rol dels DPSS ha estat clau en la implantació dels pagaments directes. Ajuden a garantir un accés igual i equitatiu a les prestacions dels pagaments directes en oferir atenció individualitzada, mantenint una relació estreta amb l'autoritat local i els treballadors socials i servint com a referent per als usuaris i familiars respecte a qualsevol dubte.

La investigació ha demostrat que els seus serveis funcionen com un "bé intermedi" en la producció de resultats de benestar atribuïts als pagaments directes (Davey 2018). En particular, el suport a la contractació de personal s'ha associat amb resultats millors (Davey 2021).

Els serveis que ofereixen se centren en quatre aspectes principals:

Planificació de l'atenció:

Els beneficis dels pagaments directes s'amplien quan els usuaris entenen i aprofiten la flexibilitat que poden oferir (Davey 2021). Els DPSS ocupen un paper clau en la promoció de la flexibilitat perquè actuen com a facilitadors en el procés de planificar l'ús dels pagaments directes. Dediquen més temps a l'usuari (i/o la seva família) en la fase de "configuració del servei" del que pot oferir el treballador social i poden oferir idees basades en la seva experiència amb usuaris dels pagaments directes i adaptar-los a les circumstàncies; preferències i necessitats de cada persona (Davey *et al*, 2008).

Planificar l'atenció requereix entendre quina part del pressupost es pot gastar en atenció directa, segons les tarifes vigents, i quina s'ha de retenir per a costos addicionals (cotitzacions socials, cobrir vacances i baixes, formació).

Contractació de personal (especialment la contractació d'assistents personals):

Els DPSS són experts en la relació laboral entre els usuaris de pagaments directes i els assistents personals. El servei cobreix el procés de reclutament i qüestions legals, així com temes de negociació i/o mediació. Ofereixen informació per escrit, sessions de 1:1, entrenament a fer entrevistes, formularis de base per a la contractació i un servei individualitzat per desenvolupar i adaptar un contracte a les necessitats específiques dels usuaris de pagaments directes.

Poden ajudar l'usuari (o el seu representant) a formular el contracte amb l'assistent personal, ajudar amb l'avaluació de seguretat i salut laboral i oferir contactes per aconseguir una assegurança laboral i aconsellar sobre formació per a l'AP.

Assessorament en comptabilitat (per calcular nòmines i impostos):

Els serveis de suport als usuaris dels pagaments directes (DPSS) ofereixen un servei molt especialitzat que complementa i aprofundeix la informació que poden donar els treballadors socials sobre el procés de calcular nòmines i impostos, en cas que l'usuari (o la seva família) contracti un assistent personal com a empleat. Per una petita tarifa mensual, que es pot detreure directament dels pagaments directes, el servei de suport pot fer els càlculs per a les cotitzacions fiscals, l'assegurança nacional i les pensions.

Assessorament per a la justificació de despeses:

Inicialment, mantenir registres financers de les despeses i presentar declaracions trimestrals a l'autoritat local pot ser una tasca aclaparadora. Els DPSS ofereixen assessorament en la seva preparació.

Altres serveis

És relativament freqüent que els serveis de suport per als pagaments directes compleixin altres funcions a banda

de prestar una atenció directa als usuaris. Poden, per exemple, ser contractats per formar els treballadors socials en aspectes relacionats amb la gestió de pagaments directes. Un altre enfocament és donar suport a la situació dels assistents personals. Acostumen a intervenir en temes de formació d'assistents personals aconsellant o, fins i tot, obtenint subvencions per a la formació o facilitant accés a cursos de formació rellevants de l'autoritat local. Poden fomentar una xarxa de suport entre els assistents personals. Com ja s'ha esmentat abans, el seu rol es pot estendre per proporcionar una base de dades d'AP o, fins i tot, per prestar servei en un model ISF, assumint llavors el requisit d'acreditació amb el CQC (vegeu més avall).

El paper de Skills for Care, l'organització que estableix els estàndards i les qualificacions dels treballadors d'atenció social

Skills for Care és una agència estratègica, finançada pel govern central, creada el 2002 per al desenvolupament de la força laboral per a l'atenció social a persones adultes a Anglaterra (vegeu Annex). Durant els darrers anys ha tingut un paper important en la promoció del model d'assistència personal. Publiquen informes i vídeos destinats als usuaris de pagaments directes, les autoritats locals i el servei de salut sobre aspectes com el paper de l'assistent personal, la formació i el desenvolupament professional dels assistents personals (*Skills for Care* 2015), els possibles mecanismes per reclutar un assistent personal o l'estatus laboral dels assistents personals (*Skills for Care* 2017a). Per als assistents personals, han publicat informes sobre el seu paper i com gestionar la seva relació laboral (*Skills for Care* 2019), a més de material per millorar les seves habilitats laborals i sobre possibilitats per finançar la seva formació (p.e, *Skills for Care* 2016 a,b,c ,d).

La situació dels assistents personals en relació amb l'acreditació nacional de serveis de cura

El sistema d'acreditació nacional de serveis de cura va ser creat amb l'objectiu d'establir un sistema just i proporcionat, que promogui la qualitat sense crear barreres a la innovació (vegeu Annex). La llei d'assistència sanitària i social del 2008 requereix que els serveis que brinden "cura personal" estiguin regulats i registrats per la Comissió de Qualitat de l'Atenció (la CQC al seu acrònim anglès). La "cura personal" inclou qualsevol assistència directa en relació amb la nutrició (ajuda per menjar

i/o beure), la neteja, la higiene personal (incloent suport per banyar, dutxar, afaitar etc.), assistència per vestir, cura de la boca, la pell, les ungles i els cabells. També inclou assistència indirecta (en forma de supervisió) en cas que la persona no sigui capaç de dur a terme l'activitat necessària sense supervisió.

Tot i això, la llei exclou específicament del seu àmbit l'activitat de "treballadors de cures individuals, treballant sota l'única direcció i control de la persona que utilitza el seu servei" (CQC 2020).

Això inclou dues categories:

- 1) Els serveis d'un cuidador contractat per un individu, sense intervenció d'una agència o empresa, que treballa totalment sota la direcció i el control de la persona, per satisfer els requisits d'atenció d'aquesta persona.
- 2) Treballadors de cures individuals que treballen de manera autònoma per a diverses persones.

Una altra situació exclosa és la d'un tercer que ofereix un servei de col·locació, si l'assistent personal treballa directament per al destinari dels pagaments directes, com a empleat o per compte propi, i no treballa sota la direcció del servei de col·locació.

El fet que els assistents personals no estiguin regulats pel sistema d'acreditació nacional de serveis de cura no significa que no hi hagi controls sobre l'atenció brindada per un AP o sobre els seus ocupadors. Els AP tenen el deure de cuidar les persones per a les quals treballen. Si les accions d'un AP es consideren negligents o deliberadament errònies, es poden encausar per responsabilitat civil o, fins i tot, penal. De la mateixa manera, les persones que utilitzen assistents personals són "indirectament responsables" dels seus empleats. Els usuaris de pagaments directes han de contractar una assegurança de responsabilitat civil com a ocupadors i els AP una assegurança de responsabilitat civil com a empleats. És tasca dels serveis de suport als pagaments directes informar els potencials usuaris de les seves responsabilitats envers els seus empleats.

Tot i això, aquest tipus de salvaguardes legals són, més que res, un últim recurs. L'experiència suggereix que la qualitat del servei es promou, sobretot, aplicant un enfocament adequat a l'etapa de selecció de personal.

Responsabilitat legal de les autoritats locals sobre la qualitat de l'atenció i l'ús dels fons dels pagaments directes

Els serveis d'atenció i cura que requereixen registre i acreditació amb la CQC estan sotmesos a avaluació, pel que fa a criteris i estàndards de qualitat en l'atenció a la dependència. La seva avaluació té lloc en el moment del registre i durant revisions periòdiques (vegeu Annex). Tot i això, segons la Llei de Cures (2014), les autoritats locals segueixen sent legalment responsables de monitoritzar la qualitat de l'atenció prestada pels serveis registrats amb la CQC que contracten. Aquesta responsabilitat implica activitats com ara inspecció de qualitat durant els processos contractuals, seguiment de la participació dels usuaris del servei, la investigació de possibles queixes i el mesurament dels resultats dels serveis (vegeu Annex).

No obstant això, la llei no indica el paper de les autoritats locals en la monitorització de serveis exclosos del règim nacional d'acreditació. Per tant, els serveis prestats a la comunitat, que no brinden assistència directa o indirecta amb les tasques de cura personal, n'estan exclosos.

En el cas de la contractació d'un assistent personal mitjançant una prestació pública (en aquest cas un pagament directe), el contracte és entre l'usuari i l'assistent personal, utilitzant els pagaments directes, o entre l'usuari i l'empresa de SAD, i l'autoritat local no és responsable de l'atenció que rep el destinatari d'un pagament directe.

No obstant, això no eximeix les autoritats locals de tota responsabilitat cap als usuaris dels pagaments directes. Hi ha tres funcions que són rellevants:

1) El requisit legal de seguiment després de la prescripció d'un pagament directe

Les autoritats locals tenen l'obligació d'assegurar que cada usuari rep una avaluació de seguiment d'un treballador social almenys una vegada durant els primers sis mesos, i a intervals que no excedeixin els 12 mesos a partir de llavors (Clements 2019).

2) El seguiment i aprovació de despeses

Les autoritats locals tenen l'obligació de fer un seguiment de les despeses de cada usuari dels pagaments directes. Aquesta funció recau en l'equip de comptabilitat

de l'autoritat local amb persones especialitzades en el seguiment financer dels pagaments directes. Les autoritats locals només permeten l'abonament d'un pagament directe en comptes bancaris exclusivament dedicats a rebre pagaments directes i a fer pagaments per atenció. Per justificar la despesa, la persona que rep els pagaments directes (l'usuari o el seu representant) ha d'enviar extractes bancaris i completar un formulari on es detallen les despeses. En general, la justificació s'ha de presentar trimestralment. Si hi ha dubtes, el departament de comptabilitat es posarà en contacte amb l'usuari o el seu representant i, si cal, farà una visita presencial. Aquest procés comptable se superposa inevitablement amb el seguiment i el control de qualitat dels treballadors socials. Si l'usuari del servei només ha gastat una fracció dels diners, les explicacions més freqüents són:

- Que ha perdut la seva AP i té dificultats per contractar un substitut.
- Que ha estat ingressat durant part del temps (en aquesta situació, si continuen pagant per l'atenció o no, depèn del seu acord d'ocupació amb l'AP o del contracte amb el proveïdor de SAD).

De vegades pot passar que l'usuari no hagi entès la funció dels pagaments directes i hagi estat "estalviant" per por de no rebre el proper pagament a temps, o perquè està guardant una part per a un esdeveniment proper que requerirà més atenció del normal (com, per exemple, quan el cuidador principal marxa de vacances). En tots els casos, la infrautilització és simptomàtica d'una necessitat subjacent. Les intervencions que suscita ajuden l'usuari a entendre millor el seu dret a pagaments addicionals per a circumstàncies específiques, com l'absència del cuidador principal, o una derivació al servei de suport per ajudar amb la contractació. També porten a recordar la necessitat d'informar el treballador social en cas de ser hospitalitzat.

Igualment, en els casos de despeses excessives (que són més rares), s'ha observat que en la majoria dels casos hi ha una explicació plausible.

Si els comptables-auditors pensen que alguna cosa no quadra pel que fa als patrons de despesa de l'usuari, la seva resposta immediata serà contactar amb el treballador social de referència, el qual alhora consultarà amb el servei de suport per als pagaments directes. Per tant, el funcionament del sistema de garantia de benestar dels

usuaris de pagaments directes depèn força de la qualitat de comunicació entre els comptables, els treballadors socials i els serveis de suport als pagaments directes.

Amb l'augment del nombre d'usuaris que reben pagaments directes, algunes autoritats locals han intentat reduir aquesta càrrega administrativa mitjançant la introducció d'un sistema de targetes de prepagament. Les targetes són proporcionades per agències externes (empreses privades) que brinden un servei de monitorització de despeses "en temps real" basada en anàlisi informàtica que alerta l'equip de comptabilitat de qualsevol inconsistència.

En principi, aquestes targetes són favorables per als usuaris. Amb una targeta de prepagament no cal tenir un compte bancari específic, ni fer la presentació dels extractes bancaris cada trimestre. Només cal presentar un formulari simplificat. Però molts s'han queixat que el seu ús ha provocat una disminució de la confiança dels usuaris de pagaments directes, ha minat la col·laboració amb els serveis de suport als pagaments directes, i ha propiciat en més casos la retirada excessiva de fons (on, com anteriorment, es podia transferir una certa quantitat per trimestre), limitant la flexibilitat que ofereixen els pagaments directes. En resposta a certes pràctiques percebudes "per monitoritzar i controlar les seves vides en lloc de permetre l'elecció i el control", l'organització "*Think Local Act Personal*" (que significa 'pensa en allò local, actua com si fos personal'), finançada pel govern que promou la personalització a Anglaterra, va emetre una guia sobre l'ús de targetes de prepagament el 2019 (TLAP 2019).

3) El "deure de cura"

Les autoritats locals mantenen un "deure de cura" respecte a tots els usuaris del servei, en cas que un paquet de suport no satisfaci les necessitats de la persona. Això s'aplica igualment a tots els destinataris d'atenció a la dependència, independentment de si el servei rebut és gestionat per l'autoritat local d'una manera directa o indirecta, o per la persona a través de mecanismes d'autogestió (pagaments directes).

Així, la responsabilitat dels treballadors socials, en principi, no és diferent respecte a les persones que reben serveis a través dels pagaments directes que de les que reben qualsevol altre tipus de servei. Aquesta responsabilitat se centra, com sempre, en l'avaluació inicial, el

seguiment i el requisit d'actuar si se sospita o es troba algun problema. Les fonts d'informació inclouen l'equip de comptabilitat, els serveis de suport, l'usuari, o la seva família, a més dels cuidadors professionals (tant si és un AP com un empleat d'un SAD). Ara bé, atès que l'atenció contractada amb els pagaments directes no està subjecta al mateix nivell de procediment i d'intervenció que els serveis de gestió indirecta, algunes treballadores socials poden sentir-se més exposades. El paper intermediari dels serveis de suport als usuaris dels pagaments directes ha contribuït substancialment a fer que els treballadors socials guanyin confiança en el model dels pagaments directes i té un paper clau en assegurar que els AP contractats de forma directa pels usuaris dels pagaments directes siguin els adequats i estiguin preparats.

Requisits de formació dels assistents personals i el debat sobre l'acreditació i els requisits de formació dels AP

A Anglaterra, hi ha al voltant de 130.000 assistents personals ocupats pels diferents grups de persones amb discapacitat, incloses les persones grans, una xifra que representa aproximadament el 5% de la força de treball en atenció social per a adults, en equivalents a jornada completa (*Skills for Care* 2021).

Actualment no hi ha requisits específics de formació professional ni una qualificació mínima en atenció per als assistents personals. La qüestió de si s'ha d'exigir o no als assistents personals que tinguin una qualificació mínima en atenció o estar registrats formalment està estretament relacionada amb la professionalització dels treballadors d'assistència social al sector d'atenció domiciliària.

A Anglaterra, ja el 2005, es van introduir objectius de quota per fomentar l'acreditació al sector d'atenció domiciliària: cap al 2008 se suposava que el 50% de tota l'atenció personal la donaria personal amb una NVQ (Qualificació Vocacional Nacional) en salut i assistència social. La NVQ en salut i assistència social és un programa de capacitació genèric, basat en competències, que cobreix les necessitats dels treballadors en l'àmbit sociosanitari. En total, hi ha set nivells de NVQ. En l'àmbit dels serveis d'atenció a domicili el màxim nivell rellevant és el nivell III, que seria típicament el nivell adquirit per una cuidadora professional dels SAD amb 'responsabilitats esteses'. La majoria dels qui opten per fer el NVQ arriben fins el nivell II.

El sistema NVQ té equivalents de nivell educatiu reconeguts¹ i va ser dissenyat no només per cobrir les necessitats de capacitació en diversos àmbits, sinó també per superar les limitacions materials i estructurals que contribueixen a la perpetuació del treball poc remunerat i de baix estatus en certs àmbits, dependents de persones amb poca qualificació i on les dones amb baixos nivells educatius estan *sobrerrepresentades* (McBride 2011).

El NVQ nivell II en salut i assistència social permet, per exemple, avançar cap a un lloc d'“associat d'infermeria”, un nou perfil introduït pel govern anglès el 2015 per tancar la bretxa entre els assistents de salut (el terme usat per als cuidadors professionals que treballen en hospitals i residències) i les infermeres². A partir d'aquí es poden continuar capacitant a través d'un aprenentatge de grau en infermeria. Actualment hi ha nou possibilitats d'aprenentatge disponibles a partir de l'NVQ nivell II o III en salut i assistència social, incloent aprenentatges relacionats amb l'atenció social d'adults, i aprenentatges de grau de treballador social i terapeuta ocupacional (llançats el 2018).

Quan es va llançar l'NVQ en l'àmbit sociosanitari (2005), l'objectiu era que el 50% de les treballadores de cures professionals obtinguessin un NVQ I (o l'I i el II) cap al 2008. Tot i que es van disposar fons específics per a formació, aquest objectiu es va abandonar després de constatar que era “difícil d'aconseguir”. Els obstacles que es van esmentar en l'àmbit dels SAD incloïen: el baix nivell educatiu de partida del personal, l'edat del personal (25% dels treballadors d'atenció són majors de 55 anys), absentisme, rotació i escassetat de personal (*Skills for Care* 2019).

Els objectius de quota es van abandonar el 2010, encara que la NVQ en salut i assistència social se segueix promocionant, fins i tot en l'àmbit de l'atenció domiciliària. Com a exemple, és freqüent que els proveïdors de SAD ofereixin als seus empleats financers els tres nivells de NVQ per incentivar-ne el compromís i la satisfacció amb l'empresa.

Tot i això, es va considerar que es necessitava una opció de formació alternativa, que fos més compatible amb el treball. Així que el 2016 es va establir un nou requisit. Des de llavors, la responsabilitat de proporcionar formació s'ha traslladat directament a les empreses de serveis d'atenció domiciliària (SAD), que han de formar els seus empleats per obtenir el nou certificat de cures. Aquest “Certificat de cures” (CA – *Care Certificate*) es descriu com un punt de partida, “el començament d'una carrera professional en l'atenció”³. Com va passar amb el NVQ, aquest requisit se centra sobretot en el personal nou, encara que el CA també es descriu com “oportunitat perquè el personal existent actualitzi o millori els seus coneixements i habilitats”.

Una característica pertinent del “Certificat de cures” és el seu enfocament sobre els valors professionals i els “*soft skills*”, a més de les habilitats tècniques bàsiques. El CA és prou genèric per poder adaptar-se a cada entorn de treball individual. S'espera que els ocupadors desenvolupin el CA amb cada empleat utilitzant l'eina d'autoavaluació. A més dels proveïdors d'atenció domiciliària, també s'aconsella que els usuaris de pagaments directes -com a ocupadors individuals- desenvolupin el CA per capacitar els seus AP. Segons les darreres estadístiques disponibles, el 30% dels AP a Anglaterra ha completat el CA, per davant del 29% dels altres cuidadors professionals (*Skills for Care* 2021).

Aquesta postura flexible en relació amb els requisits de formació en l'àmbit dels SAD es pot interpretar com una mesura pragmàtica, atesa l'alta taxa de rotació (del 44%) i de vacants (del 8%) que pateixen els SAD a Anglaterra (*Skills for Care* 2021). Però cal subratllar que també es basa en l'evidència que els ocupadors creuen que hi ha altres aspectes que influeixen més en la qualitat de l'atenció⁴. El fet que els ocupadors tendeixin a qualificar valors i comportaments que estan ben adaptats a la professió assistencial com de gran importància, sovint més que les qualificacions formals, ha contribuït a un nou enfocament de la promoció i reclutament de cuidadors anomenat el “reclutament basat en valors”. Segons l'informe “Els Secrets d'Èxit” (*Skills for Care* 2017b: 6),

“... les habilitats es poden ensenyar, però no així els atributs personals (amabilitat, compassió, confiança, honestat, etc.)”

1. El Nivell II és equivalent a 4-5 graus de GCSE amb nota d'A* a C.; el GCSE són els exàmens educatius obligatoris als 16 anys els resultats dels quals condicionen l'accés dels alumnes a estudis de nivells A (tres 'A-levels' són equivalent a un batxillerat), que alhora condicionen l'accés a la universitat.

2. Vegeu: <https://www.medacs.com/nurse/agency-nursing-routes-into-nursing>. El paper d'infermeria associat està registrat pel consell nacional d'infermeria i llevadores (*midwifery*).

3. Vegeu: <https://www.skillsforcare.org.uk/Learning-development/inducting-staff/care-certificate/Information-for-employers.aspx>

4. Informe online “*Secrets of Success*” disponible a: www.skillsforcare.org.uk/randr

El reclutament basat en valors (VBR) té com a objectiu trobar persones que estiguin disposades i interessades a ajudar altres persones d'alguna manera, sense perjudicar la seva edat, nivell educatiu, ocupacions anteriors o temps disponible. Es considera que el VBR és eficaç per trobar individus que tinguin qualitats per ser excel·lents cuidadors, però que, per una infinitat de raons, no estiguin considerant el treball de cura com una “carrera”. Les dades recents suggereixen també que la rotació és menor entre el personal contractat mitjançant reclutament basat en valors, atès que la seva capacitació costa menys i és més efectiva.

També és rellevant assenyalar que la funció d'assistent personal està basada en un model social que explica la discapacitat com una situació generada per barreres en la societat relacionades amb:

- el medi físic com edificis i serveis inaccessibles
- les actituds de les persones: estereotips, discriminació i prejudicis
- les organitzacions, per exemple, a través de polítiques, pràctiques i procediments inflexibles.

La immersió dels cuidadors professionals en estructures institucionals i laborals que limiten la veritable atenció centrada en la persona pot augmentar la discapacitat de les persones usuàries en comptes de fomentar l'eliminació de barreres dins de la societat o reduir-ne els efectes. Així que l'experiència laboral orientada a aquestes estructures i normes es pot percebre com un desavantatge per als potencials ocupadors dels AP, atès que el concepte d'atenció es basa en un concepte de personalització i atenció centrada en la persona. Tot i això, els usuaris de pagaments directes estan lluny de ser un grup homogeni, i van des de persones que requereixen un suport de baixa intensitat per a una varietat de necessitats individuals fins a persones amb necessitats complexes funcionals i físiques que requereixen atenció 24 hores al dia. Per això, les habilitats necessàries per a un lloc d'AP poden variar enormement.

Com s'ha explicat, no tots els usuaris opten per reclutar una AP de forma directa; l'elecció de reclutar un AP a través d'un *Care Hub* —o fins i tot dels serveis d'un SAD— depèn de consideracions com la necessitat d'un conjunt d'habilitats específiques i de factors logístics, per exemple, la necessitat de poder comptar amb ells per a qualsevol incidència que requereixi cobertura o suport.

Per a les persones que opten per contractar un AP de manera directa, és important recordar el paper intermediari dels serveis de suport de pagaments directes. El procés d'optar per un assistent personal comença amb la redacció d'una descripció del lloc de treball, habitualment realitzat amb l'assistència dels serveis de suport a pagaments directes.

La descripció del treball és clau per ajudar els usuaris a articular detalladament les seves expectatives i requisits d'ajuda. Forma la base d'una ocupació responsable (amb una definició clara de les tasques per a les quals es pot necessitar ajuda i una estimació del nombre d'hores i dies que l'assistent haurà de treballar), a més d'aclarir ràpidament el conjunt d'habilitats particulars i/o capacitació requerides de l'AP. Tot i això, els usuaris de pagaments directes ens informen que els valors de les persones i l'afinitat de capacitats i interessos dels cuidadors amb les seves necessitats resulten molt més importants per a ells que qualsevol qualificació prèvia que puguin tenir.

Si la persona seleccionada no disposa de formació bàsica, les autoritats locals tenen l'obligació de facilitar accés a formació en tècniques bàsiques de cura a domicili, com les mobilitzacions, directament o mitjançant un servei de suport als usuaris de pagaments directes (Woolham *et al* 2019). A banda, *Skills for Care* treballa activament per promocionar l'accés a formació per als AP en col·laboració amb els serveis de suport als pagaments directes i subvenciona la capacitació d'AP en diverses opcions de formació, incloent: avaluació de riscos, primers auxilis, habilitats de comunicació, conscienciació sobre la demència, conscienciació sobre la diabetis i qualificacions com la NVQ en salut i assistència social.

Segons les xifres recopilades sobre la força laboral dels AP a Anglaterra, es veu que és relativament comú que els assistents personals arribin a ser-ho després d'haver treballat al sector i d'haver-lo deixat (tendeixen a tenir més edat i experiència al sector – *Skills for Care* 2020). Entre els incentius per tornar a treballar com a AP, citen que el treball s'adapta millor a les seves disponibilitats de temps i als seus valors com a cuidadors (assegura la continuïtat en l'atenció i la possibilitat de desenvolupar una atenció centrada en la persona). La relació directa entre l'usuari dels pagaments directes i la seva AP és possiblement la raó per la qual els usuaris de pagament directe informen d'una rotació de personal molt menor

(18% entre els AP contractats per usuaris de DP, davant del 44% dels SAD) (*Skills for Care* 2020). Un 20% dels AP té contractes temporals de “zero hores”⁵, és a dir sense garantia de treball, mentre el 56% dels cuidadors professionals treballen per empreses de SAD.

Les dades disponibles suggereixen que les mesures existents per “regular” els assistents personals són ajustades al nivell de risc. No hi ha evidència que fer servir AP hagi augmentat el nombre de casos d'abús (Ismael et al 2019).

Els nivells de capacitació dels AP només són lleugerament més baixos que els d'altres cuidadors. De fet, la diferència és menor si s'exclou els AP que són familiars i amics –una mica més de la meitat del total-. (Els pagaments directes a Anglaterra es poden demanar per pagar a familiars o amics no *corresidents*, cosa que sovint es tradueix en un major suport per als cuidadors principals).

Si bé la majoria dels experts estan d'acord que queda molt per fer per assegurar que els AP tinguin el mateix accés a la formació i les qualificacions educatives que qualsevol altre cuidador professional, pocs creuen que la solució consisteixi en imposar uns requisits específics de formació professional per als assistents personals.

2.4 Resultats

Tot i la seva prioritat en la política recent, hi ha poca evidència disponible sobre l'efectivitat dels pagaments directes com a alternativa a la gestió directa dels SAD (Davey 2021). A la literatura, es combinen freqüentment diferents conceptes sota el terme general “cura autodirigida” (*self-directed care* en anglès), especifica-ment els pressupostos personals (*personal budgets*), els pagaments directes (*direct payments*), els pressupostos individuals (*individual budgets*) i els pressupostos personals per a la salut (*personal health budgets*) (vegeu Annex).

Com s'ha explicat anteriorment, el pressupost personal es refereix al pressupost assignat a cada persona, en base a l'estimació del cost dels serveis que caldrien per cobrir les necessitats d'atenció i benestar elegibles.

5. Un contracte de zero hores és un tipus de contracte entre un ocupador i un treballador pel qual l'ocupador no està obligat a proporcionar un mínim nombre d'hores de treball, i el treballador no està obligat a acceptar qual-sevol feina que li ofereixin (Wikipedia 2021). Per a més informació vegeu annex.

L'ús d'aquest pressupost el pot decidir la pròpia perso-na mitjançant els pagaments directes o bé ser derivat als serveis de gestió indirecta, *en teoria* deixant a l'usu-ari l'elecció del proveïdor. Aquesta segona opció és la que es descriu com a pressupostos gestionats o *ma-naged budgets*.

Si el pressupost és per a una persona que també és ele-gible per a atenció contínua del sistema de salut (*con-tinuing health care o continuing care*), i, per tant, inclou també una contribució del sistema sanitari, se'n diu un pressupost personal per a la salut⁶. Per adminis-trar aquests fons directament, l'autoritat local ha de pa-gar-los a l'usuari o al seu representant com a pagaments directes, encara que en aquest cas se sol continuar uti-litzant el terme *personal health budgets* per distingir-los.

El *pressupost individual* fa referència a un model pilot, posterior al desenvolupament dels pagaments direc-tes, però anterior al desenvolupament dels pressu-postos personals. Bàsicament es va formar en base al disseny dels pressupostos personals, és a dir, un sistema en el qual cada usuari té assignat un pres-upost i hauria de poder triar entre serveis autodiri-gits (pagaments directes) o pressupostos gestionats per les autoritats locals. No obstant això, i a diferèn-cia de la situació actual, el model pilot de pressupos-tos individuals va intentar unir diversos corrents de finançament, incloent-hi finançament per a l'habitat-ge. També va incorporar canvis importants en l'avalu-ació i l'assignació d'atenció, incloent-hi la introducció d'“autoavaluació”. Aquests canvis van ser molt difícils d'implementar. La complexitat del pilot va generar re-tards significatius en la configuració de l'atenció o la recepció dels pagaments directes, augmentant l'ansie-tat dels usuaris del servei -particularment entre les per-sones grans- i impactant en els resultats del programa

6. “L'atenció sanitària de continuïtat” és una font de finançament destinada a persones de 18 anys o més, que viuen a la comunitat, les necessitats de les quals, resultant d'una discapacitat, accident o malaltia, han estat cate-goritzades a través d'una avaluació estandarditzada com “necessitats de salut primària”. L'elegibilitat per a “atenció sanitària de continuïtat” denota que les necessitats d'atenció de la persona afectada són d'una naturalesa que excedeix la responsabilitat dels serveis socials, per això la respon-sabilitat sobre les necessitats de la persona passa de l'autoritat local al sistema nacional de salut (vegeu annex). L'atenció sanitària de continuïtat no imposa límits als entorns als quals el finançament pot ser destinat, ni als tipus de suport, o als serveis que s'han de prestar, llevat que els serveis proporcionats hagin de veure's en el context de les millors pràctiques per a cada grup de clients (*Department of Health & Social Care* 2012). Des de l'any 2014, el finançament per a l'atenció contínua per a la salut pot ser prestat com un “pressupost personal per a la salut” utilitzat com un paga-ment directe i/o un fons de serveis individuals.

pilot. Tot i això, el model va demostrar millores positives en la qualitat del servei (Glendinning *et al* 2008) i beneficis per als cuidadors familiars (Glendinning *et al* 2009, Moran *et al* 2012).

Evidència sobre els pagaments directes per a persones grans

S'ha observat que els pagaments directes estan associats amb una cobertura més gran de les necessitats de les persones usuàries (Davey 2021a).

Tot i que no tots, la majoria dels beneficiaris dels pagaments directes d'edat avançada tenen un cuidador familiar. Davey (2021a) va analitzar els factors que influeixen en els beneficis derivats dels pagaments directes entre una mostra de gent gran (n=82) atribuïble directament a les cures gestionades amb pagaments directes, enlloc dels altres recursos presents (com el cuidador no professional o cures privades). Va trobar que la cura familiar va augmentar l'impacte positiu dels pagaments directes. Aquest efecte es va atribuir a dos factors: el seu paper en la gestió de l'atenció i la naturalesa complementària de l'atenció directa que donaven, que amplificava els guanys de benestar associats amb els pagaments directes (tant en les necessitats instrumentals de la vida diària com en les necessitats bàsiques de la vida diària). Les aportacions d'atenció característiques d'una atenció més flexible que la prescripció típica de "tasques i temps" dels SAD es van associar amb l'assoliment de millors resultats. En un altre estudi (australià) que va avaluar com la gent gran i els seus cuidadors valoraven *a priori* certes característiques associades amb l'atenció autodirigida, la flexibilitat va figurar com l'avantatge principal i més valorat (vegeu Kaambwa *et al* 2015).

Les estructures de suport també van ser importants: aquells que van optar pel suport amb la contractació d'atenció a través d'un servei de suport als pagaments directes també van obtenir més beneficis, i aquells que van considerar que el suport al reclutament era fonamental per al seu èxit van obtenir encara millors resultats. La mostra incloïa persones grans amb nivells de dependència variable entre "dependència moderada" i "dependència severa". Els pagaments directes rebuts pels usuaris van equivaldre a una mitjana de 20 hores d'atenció per setmana, pujant a 30 hores per setmana per als més dependents (amb necessitat d'assistència les 24 hores del dia). Això és aproximadament el doble del màxim prescrit actualment per la Llei de Dependència espanyola per

a una persona amb dependència de tercer grau (BOE 2012), mentre que la mitjana d'atenció per setmana rebuda per la mostra d'usuaris de pagaments directes era quatre vegades més generosa que l'actual mitjana de SAD a Espanya (20 hores per mes – vegeu Davey 2021b).

El paper dels cuidadors familiars a la mostra d'usuaris de pagaments directes va variar molt, des d'un suport pràctic intermitent (compres, socialització) fins a assistència 24 hores al dia amb necessitats funcionals. També incloïa suport amb la gestió de l'atenció i els aspectes administratius per justificar-ne les despeses, mentre que, en un terç de la mostra, la cuidadora principal va assumir responsabilitat total en la gestió dels pagaments directes.

La crítica més freqüent de la "cura autodirigida" (*self-directed care*) i "les polítiques de personalització" és que pot ampliar les desigualtats derivades de les xarxes socials preexistents, els recursos econòmics, els nivells educatius i el suport familiar. La interdependència amb els cuidadors familiars és clara, però atesa la prominença de la cura familiar entre les persones grans que viuen a la comunitat, sembla més important preguntar en primer lloc si els pagaments directes condueixen a l'exclusió dels grups més vulnerables i, en segon lloc, si sobrecarreguen els cuidadors familiars.

Tot i els dubtes acadèmics que han acompanyat aquest model des de la seva concepció, els estudis qualitius han indicat que la compatibilitat amb la cura informal i la capacitat d'adaptació a les necessitats, circumstàncies i preferències individuals es troben entre els avantatges més grans dels pagaments directes, (Davey 2018) i no s'ha establert cap vincle entre la gestió de l'atenció i els aspectes administratius amb la sobrecàrrega dels cuidadors familiars (Woolham *et al* 2016).

Per comprendre millor l'experiència amb els pagaments directes en diferents escenaris de cura familiar, Davey (2018) va avaluar dos grups de cuidadores i cuidadors en posicions vulnerables.

En primer lloc va estudiar el fenomen de parelles d'edat molt avançada, on els marits proporcionaven alts nivells d'atenció a esposes amb alts nivells de dependència (una situació cada cop més freqüent a Espanya; Sundström *et al* 2018). La seva vulnerabilitat objectiva venia donada per diversos factors. Els marits cuidadors patien problemes de salut crònics i, en general, tenien poc suport d'altres familiars i estaven força aïllats en les seves

vides diàries. L'ús de pagaments directes (a diferència d'altres serveis) va permetre a aquestes parelles vulnerables gestionar la precarietat de les situacions, optimitzar els recursos i mantenir el control.

Certs aspectes del control horari de l'atenció tenien beneficis clars i concrets per a la salut i el benestar de les parelles. Per exemple, els permetia períodes de descans entre les visites, o dedicar temps per convidar o veure amics o familiars. Per a d'altres, la flexibilitat en les tasques era molt important.

Poder seleccionar un assistent personal i gestionar el seu horari d'atenció va possibilitar encaixar l'atenció en les rutines i aconseguir l'atenció que satisfesia les seves necessitats amb el detall i la continuïtat requerida. L'impacte d'això era acumulatiu, ja que els ajudava a trobar-se (i estar) menys discapacitats i a protegir el seu benestar davant la precarietat resultant de la combinació de malalties cròniques (d'ambdós), necessitats funcionals complexes (de les esposes) i rols de cura intensiva (els marits). La majoria havien tingut experiència prèvia amb empreses de SAD i van comentar que, en comptes de millorar les seves vides, tendien a complicar-les, a causa de la manca de control sobre els horaris, problemes amb la fiabilitat de l'atenció i la manca de flexibilitat respecte a les tasques. Tots van rebre atenció dels serveis de suport als pagaments directes, els quals els havien ajudat a detallar els paquets d'atenció.

En un altre treball (*pendent de publicació*), Davey va estudiar la situació de filles i fills de persones grans, que feien malabars per actuar com a cuidadors principals dels seus pares i alhora mantenir una feina remunerada. Una recent revisió internacional (Brimblecombe *et al* 2018a) descriu la base d'evidència de mesures per donar suport als cuidadors que treballen (*working carers*). Les mesures adoptades inclouen intervencions dirigides directament als cuidadors (formació, suport psicosocial), modificació de les condicions de treball, prestacions monetàries i tecnologia, com ara la tele-assistència avançada. L'evidència és particularment sòlida per a l'atenció professional dirigida a la persona amb dependència, però altres estudis revelen que problemes amb la confiança, la qualitat i la inflexibilitat d'aquests serveis poden fer que tenir cura d'un pare resulti incompatible amb treballar (Brimblecombe *et al* 2018b). Els serveis fiables, adaptats a la persona atesa i adaptables a mesura que canvien les necessitats, són fonamentals per combinar el treball de cures i el treball

remunerat (Yeandle & Bucker 2017), cosa que, en principi, podrien donar els pagaments directes. Tot i això, hi ha hagut preocupacions específiques amb aquesta possibilitat que s'estenen més enllà de les preocupacions generals respecte a la sobrecàrrega dels cuidadors familiars (Glendinning *et al* 2009).

Aquestes preocupacions provenen d'un estudi nord-americà sobre l'impacte (psicològic, familiar i laboral) de gestionar l'atenció per a un pare o mare dependent per part de fills o filles que treballen (Rosenthal & Matthews 1999). En aquest estudi influent, els autors demostraven que l'organització de cures estava associada amb conflictes entre l'àmbit laboral i familiar, amb efectes nocius en l'ocupació dels fills i filles, i un augment significatiu en l'estrès experimentat per les filles. L'estudi de les filles i els fills que gestionaven els pagaments directes i que al mateix temps actuaven com a cuidadors principals dels seus pares i mantenien una feina remunerada va revelar que la càrrega relacionada amb l'organització de cures va precedir la gestió dels pagaments directes. Independentment de la provisió d'atenció professional durant unes hores cada setmana, els fills i les filles es veien obligats a intervenir de manera contínua per mirar de mantenir la seguretat i el benestar dels seus pares. Les conseqüències negatives eren més grans amb l'atenció a través de la gestió indirecta del SAD, per la manca de comunicació i manca de control. Preocupats, per una banda, per la seva absència i limitacions per poder assistir els seus pares de forma directa, i, de l'altra, per la impressió que l'atenció no era sempre la més adequada o ajustada a les necessitats dels pares o mares, es desmoralitzaven, amb risc per al seu benestar psicològic (Al Janabi *et al* 2008), a més de generar conflictes amb les seves responsabilitats laborals. En obtenir un control més gran sobre l'atenció dels seus pares o mares, amb més confiança en la qualitat de l'atenció i connexió amb les cuidadores professionals (AP o cuidadors d'empreses SAD), el seu estrès derivat de la gestió de l'atenció es va reduir, fins i tot si passaven més temps "orquestrant" la cura. Un estudi quantitatiu de Woolham *et al* 2016 va observar un augment en el temps dedicat a la gestió de l'atenció entre els cuidadors familiars de persones receptores de pagaments directes, però sense efectes adversos en la seva salut psicològica.

En aquest sentit, **la compatibilitat amb la cura informal i la capacitat d'adaptació a les necessitats, circumstàncies i preferències individuals es troben entre els avantatges més grans dels pagaments directes** (Davey 2018).

Evidència sobre el valor dels pressupostos personals de salut

L'avaluació dels pressupostos personals de salut va concloure que els pressupostos personals de salut eren rendibles (*cost-effective*) en general (amb un 95% de nivell de confiança), i en particular per a les persones amb malalties mentals i les persones amb condicions de salut cròniques (Forder *et al* 2012). Es va trobar que els pressupostos personals de salut d'alt valor (més de 1,000 GBP a l'any) eren més rendibles que els pressupostos de baix valor, amb un impacte positiu i significatiu en la qualitat de vida relacionada amb l'atenció (mesurada amb l'eina ASCOT – *Adult Social Care Outcomes Tool*) i en el benestar psicològic de les persones usuàries. Els pressupostos personals també van tenir un impacte positiu per als cuidadors familiars en les avaluacions de qualitat de vida i percepció de la salut (Forder *et al* 2012). L'estudi també va avaluar l'impacte dels pressupostos de salut personals en les despeses de salut: els costos d'hospitalització van ser més baixos per al grup amb pressupostos personals de salut en comparació amb el grup de control, si bé els costos totals no van ser significativament diferents. Això va ser, en gran part, perquè els costos

directes d'aquests pressupostos personals de salut que es van oferir, a més de la prestació de serveis convencionals, van anul·lar els estalvis en costos indirectes (Alakeson & Rumbold 2013).

Tot i els resultats favorables de la investigació sobre els pagaments directes per a l'atenció a la dependència i per a la integració d'atenció social i sanitària per a malalties cròniques (a través dels pressupostos personals de salut), la base d'evidències continua sent escassa, amb moltes preguntes sense resposta. En particular, cal més investigació sobre els diferents mecanismes per reclutar atenció a través dels pagaments directes en relació amb factors com l'accessibilitat i la idoneïtat per a diferents perfils d'usuari i com afecten a la situació dels assistents personals. Tot i això, tant la investigació sobre l'impacte dels pressupostos personals de salut com els estudis sobre pagaments directes i pressupostos individuals han donat lloc a un cos substancial d'evidència internacional que reconeix l'impacte de l'atenció auto-dirigida (*self-directed care* o *consumer-directed care*) a millorar l'atenció a la comunitat per als usuaris i cuidadors familiars, així com la seva capacitat de reduir la demanda de cura institucional en residències (vegeu Pattyn *et al* 2021; Flemming *et al* 2021).



Les microempreses comunitàries (municipis de Thurrock i el comtat de Somerset)



03.

El model de microempreses comunitàries sorgeix a Anglaterra per potenciar serveis de proximitat, de característiques diverses, que serveixen de pont entre el “tercer” sector i la ciutadania i incrementen la participació en rols de cura, atenció i suport de la població local.

El concepte microempresa comunitària sorgeix per respondre al repte de crear un sistema d’atenció a la dependència sostenible, que satisfaci les necessitats d’una població envellida, i que compleixi a més una àmplia gamma d’objectius econòmics i comunitaris, és a dir:

- reduir la desocupació
- augmentar la qualitat de l’ocupació
- millorar la salut i el benestar de la població
- donar suport a les comunitats per estar més connectades, per tenir més capacitats i, en definitiva, per ser més fortes.

En aquesta llista podem afegir el fet de contribuir al desenvolupament d’un ecosistema de serveis de cura i suport sostenible i de proximitat, entre ells, els serveis d’atenció domiciliària.

La generació de microempreses comunitàries intenta construir solucions des de dins de les comunitats locals per, en línia amb els objectius de personalització, diversificar l’oferta de suport a persones amb dependència, i contribuir a una política d’ocupació activa per al sector de cures a la dependència, augmentant la cohesió social. Les microempreses constitueixen alternatives a les empreses de SAD tradicionals i ofereixen nous conceptes de suport basats en les capacitats de les persones dins de cada comunitat. Com que són serveis més petits i molt més personalitzats poden adaptar-se més fàcilment a les necessitats i aspiracions dels usuaris que el menú estàndard de serveis per a la dependència d’una empresa de SAD. Són serveis amb potencial d’adaptar-se a la vida de les persones, capaços de respondre millor a la immensa diversitat de les nostres comunitats.

Per aquestes raons, es considera que una xarxa de microempreses comunitàries ben gestionada té potencial per ajudar les persones amb nivells de dependència a obtenir un control més gran sobre les seves vides, a estar en contacte amb les activitats i persones que els importen i a participar en les seves vides, comunitats,

superant una perspectiva d’atenció centrada únicament en els dèficits i en la resolució de necessitats respecte a les Activitats de la Vida Diària (AVDs) i a les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVDs). Avaluacions locals (*Community Catalysts* 2017) i nacionals (Needham et al 2015; Glasby et al 2018) donen suport a aquestes conclusions, indicant la capacitat del model per millorar la sostenibilitat del sistema d’atenció a la dependència i remodelar el mercat d’atenció domiciliària (Bolton 2020).

En concret les microempreses són persones, bé soles o bé en col·laboració amb fins a cinc persones més (en forma d’una associació), que ofereixen serveis de suport de formes i funcions molt diverses, que treballen de forma autònoma (amb l’estatus d’ocupació autònoma) o ofereixen serveis de forma voluntària (subvencionats per altres fonts). Per ser reconeguts com a microempreses s’han d’acreditar per a aquesta funció i inscriure’s en un registre oficial.



El procés d'acreditació i la gestió del registre queda a càrrec d'un coordinador contractat per l'autoritat local. Els coordinadors de microempreses són coneguts com a "catalitzadors comunitaris", i pren el nom de la societat limitada del mateix nom (*Community Catalysts*) que va originar el model. El "catalitzador comunitari" és una persona, formada i recolzada per l'entitat *Community Catalysts*, que és contractada per l'autoritat local per generar i gestionar el funcionament de les microempreses en la seva àrea de cobertura. Durant el projecte d'implementació treballa activament amb els serveis socials municipals, els serveis d'ocupació, les agències de col·locació, les entitats del tercer sector i altres agents comunitaris.

Fins avui aquest model s'ha implantat a 56 autoritats locals d'Anglaterra (aproximadament un terç del total). El model ha estat promocionat pel Departament de Salut i Benestar d'Anglaterra des del 2009 (DH & NAAPS 2009; DH 2010).

3.1 El finançament de les microempreses

El finançament dels serveis de les microempreses ve de tres fonts principals. La primera són els pagaments directes, és a dir, les persones elegibles per als serveis d'atenció a la dependència, finançats per l'estat, que poden optar per rebre pagaments directes i gastar-los als serveis d'una microempresa (entre altres opcions). En segon lloc, les microempreses s'adrecen també persones "autofinançades" (*self-funders*). Aquest terme genè-



ric s'aplica tant a les persones que no arriben al llindar de dependència necessari per rebre serveis finançats per l'estat, com a les que opten per no rebre'ls, per estar en franges de renda que impliquen un copagament màxim. En tercer lloc, algunes microempreses desenvolupen les seves activitats mitjançant voluntariat, recolzat amb recursos materials (p.e. accés gratuït a instal·lacions, utilitzant béns donats) o mitjançant subvencions. Els actius voluntaris ja establerts també tenen l'opció d'incorporar-se a la llista de microempreses per millorar la seva visibilitat.

3.2 El paper dels "catalitzadors comunitaris"

Els "catalitzadors comunitaris" tenen diverses responsabilitats:

- 1) Treballar amb l'autoritat local per entendre la situació de partida, detectar buits assistencials i avaluar les barreres i els incentius per desenvolupar el model de microempreses a diferents zones. Aquest procés implica, en primer lloc, connectar amb la comunitat a través dels grups de barri i les "comunitats d'interès"¹, és a dir, grups de persones amb un vincle comú o interessos mutus. Per aconseguir aquestes connexions, els "catalitzadors comunitaris" contacten i parlen amb els principals agents que coordinen l'activitat comunitària, incloent-hi treballadors socials i entitats del tercer sector, a més de persones usuàries i cuidadores familiars.

1. Una comunitat d'interessos és una comunitat de persones que comparteixen un interès comú, no definit necessàriament per un àrea geogràfica concreta. Un exemple pot ser cuidadores i cuidadors no professionals, amb una característica comuna (p.e., cuidar una persona amb demència).



- 2) Elaborar un pla de projecte que reflecteixi el potencial per desenvolupar microempreses segons les prioritats locals
- 3) Estimular l'interès per ser una microempresa, mitjançant tallers, activitats amb les parts interessades i màrqueting (utilitzant xarxes socials, publicacions locals, esdeveniments...)
- 4) Ajudar les persones interessades a establir-se com a microempreses amb els procediments adients (vegeu la secció “Suport per desenvolupar una microempresa”)
- 5) Aconsellar les autoritats locals, els seus empleats i col·laboradors sobre els marcs legals i normatius relacionats amb l'activitat de les microempreses
- 6) Crear una xarxa de microempreses
- 7) Generar i gestionar la llista de microempreses
- 8) Treballar de manera continuada amb tots els agents implicats i necessaris, per promocionar i garantir l'èxit del model



3.3 El desenvolupament de les microempreses

Els “catalitzadors comunitaris” són responsables del desenvolupament de les microempreses en una zona. Això inclou diversos aspectes:

Estimular l'interès en les microempreses.

El desenvolupament de microempreses ha d'estar dirigit a augmentar l'ocupació de proximitat i, a més, a **diversificar** l'oferta de serveis. D'aquesta manera intenten generar interès a tota la comunitat i entre tots els àmbits de la vida. Un element essencial és comunicar on són els buits assistencials detectats a l'avaluació del SAD i a través de processos participatius amb persones d'interès, usuàries i cuidadores familiars.

Per exemple, a Birmingham (autoritat local metropolitana), el repte era crear alternatives als serveis diürns per a persones amb discapacitat intel·lectual, perquè les seves úniques opcions eren serveis de dia de gestió directa, molt estandarditzats.

A Thurrock, una autoritat local urbana, als afores de Londres, on molta població en edat laboral es desplaça al centre de Londres cada dia, la prioritat ha estat generar serveis *preventius* en el marc d'un projecte de **re-generació comunitària** destinat a millorar i diversificar l'ocupació local, fent més visibles les cures i el seu valor. Entre els nous serveis creats per microempreses comunitàries s'inclouen una gran varietat de serveis d'atenció personalitzada, per reduir l'aïllament social de la població gran o amb dificultats de qualsevol tipus, per millorar-ne la qualitat de vida, augmentar-ne l'autonomia i endarrerir la progressió a un estat de més dependència.

A Somerset i Pembrokeshire, dos comtats rurals (el primer a l'oest d'Anglaterra i el segon a Gal·les), amb densitat de població baixa i molt poca oferta de serveis d'atenció a domicili en les zones més rurals, la prioritat ha estat desenvolupar serveis de suport de proximitat, basats en els pobles i la població rural, creant, a més, noves oportunitats d'ocupació vinculada a la comunitat en zones on molta gent se sol veure obligada a viatjar diàriament per accedir a una feina.

En cada lloc, l'èxit del desenvolupament depèn de la capacitat dels “catalitzadors comunitaris” d'apropar-se i **connectar amb les comunitats**. El desenvolupament del model de les microempreses comunitàries s'ha

estès en paral·lel al desenvolupament d'un nou model que cerca impulsar l'acció comunitària i "fomentar la resiliència, les connexions personals i les xarxes de relacions, i promoure la ciutadania activa", en associació amb la població local, les comunitats i els serveis (socials, sanitaris i del tercer sector). Aquest model és conegut com "la coordinació d'àrea local" (*Local Area Coordination* en anglès) (Bartnik & Broad 2021: 14).

El desenvolupament de la coordinació d'àrea local com a incentiu paral·lel al desenvolupament de les microempreses

El model de coordinació de l'àrea local (Caixa 6) és una iniciativa de coordinació integrada comunitària (Lunt, Bainbridge & Rippon 2020) originada a Austràlia Occidental. Estretament relacionat amb ell es troba el model d'"agents de poble" (*Village Agents* és una versió del model de "suport dirigit per la comunitat" *Community Led Support* desenvolupat a Somerset (Hartfleet & Brown 2020) (model Caixa 7). Totes aquestes iniciatives tenen un enfocament basat en *els actius de la comunitat*, i pretenen, d'una banda, incrementar els actius de les comunitats i, de l'altra, treballar des de la proximitat a les persones, per cercar solucions, individualitzades a cada necessitat, que s'estan impulsant en línia amb la promoció de la integració del sistema de l'atenció sanitària amb el sistema d'atenció social i les cures de llarga durada (vegeu Annex). També s'associen amb el desenvolupament de la prescripció social (Caixa 8).

Els models que s'associen amb la coordinació d'àrea local assumeixen que les comunitats requereixen suport institucional a nivell nacional, regional i municipal per facilitar-ne la construcció, a més de la participació d'organitzacions intermediàries com les del tercer sector. Aquests models, dedicats a fomentar la capacitat de les comunitats, tenen diversos objectius en comú (Foot & Hopkins 2010: 7):

- identificar i fer visibles els actius que milloren la salut i el benestar en una comunitat,
- considerar la ciutadania i les comunitats com a coproductores de la salut i el benestar, en lloc de simples receptors de serveis
- promoure xarxes comunitàries, relacions i amistats que puguin proporcionar cura, ajuda mútua i empoderament

- valorar allò que funciona bé en una àrea
- identificar on hi ha potencial per millorar la salut i el benestar de la comunitat
- donar suport a la salut i al benestar a través de l'autoestima, les estratègies de suport, les habilitats de resiliència, les relacions, el coneixement i els recursos personals,
- empoderar les comunitats per controlar el seu futur i crear recursos tangibles que puguin ser aprofitats, com ara serveis, subvencions o fons (p.e., fons d'assistència disponibles a través d'acords comercials locals), i equipaments i espais (p.e., jardins, parcs, sales etc).

Segons experts entrevistats per al present l'informe, **l'èxit del model de les microempreses comunitàries es deu en gran part a la seva connexió amb aquestes iniciatives**. La secció següent descriu molt breument com es posen en pràctica aquests models de coordinació integrada comunitària i explica la simbiosi dels models de coordinació d'àrea local i suport dirigit per la comunitat amb el desenvolupament de les microempreses.



El coordinador de l'àrea local i el seu paper en la mobilització dels actius de la comunitat

La coordinació de l'àrea local i iniciatives similars comencen amb una avaluació o mapeig dels “actius comunitaris” (Figura 4), o les “fortaleses” dins d'una comunitat. Els actius de la comunitat, segons Foot & Hopkins (2010: 7) inclouen:

- les habilitats pràctiques, les capacitats i el coneixement de la població
- els interessos de la població, que els motiven per fer canvis
- les xarxes i connexions en una comunitat, incloent amistats i veïnatge (conegut com el *capital social*)
- l'eficàcia de les associacions comunitàries i voluntàries locals
- els recursos de les organitzacions públiques, privades i del tercer sector que estan disponibles per donar suport a la comunitat
- els recursos físics i econòmics d'un lloc que milloren el benestar

El mapa inicial, realitzat amb les comunitats mitjançant processos de coproducció, constitueix la base de coneixement que utilitzen els coordinadors de l'àrea local.

La realització d'un mapa d'actius de la comunitat és un procés molt obert que reconeix que 'la comunitat' no és una construcció universal, ja que el lloc de residència no és l'única manera com les persones desenvolupen sentit de comunitat (també pot resultar d'interessos o identitats), i el potencial de les comunitats varia molt.

La feina dels coordinadors de l'àrea local (o dels agents de poble) té dues cares. La primera és treballar amb les comunitats per descobrir i treure a la llum les seves fortaleses, donant suport a les persones, grups i xarxes que són ja “actius comunitaris,” perquè es vinculin amb els recursos dins de la comunitat. Així s'ajuda a crear connexions on abans no n'hi havia, es milloren les relacions dins de la comunitat i s'ajuda les persones amb interessos mutus a formar grups consolidats amb potencial d'actuar i donar-se suport mutu. Com a exemple d'això es poden citar els grups de suport



emocional i ajuda mútua, o bé els que connecten persones amb demència (i els seus cuidadors) per treballar i impulsar canvis locals cap a una comunitat amigable amb la demència (*dementia friendly community*)². Un altre aspecte del treball dels coordinadors d'àrea local se centra a donar suport directament a persones derivades, com es descriu a la Caixa 6. Les derivacions poden arribar a través de les connexions establertes amb la comunitat, per la persona mateixa, per un treballador social, un professional de salut, etcètera. La ràtio mitjana aconsellada per a un coordinador de l'àrea local i les persones a qui dona suport de continuïtat és 1:50 (que cal ajustar a la complexitat de necessitats i factors com la dispersió de la població en zones rurals) (Bartnik & Broad 2021).

El rol de coordinador de l'àrea local s'ha desenvolupat de manera coordinada a escala nacional. Més informació sobre les característiques desitjables de les persones que fan aquest rol es dona a la Caixa 7.

2. Les persones amb demència i els cuidadors informen que les iniciatives per crear “comunitats amigables amb la demència” liderades per persones amb demència i les seves cuidadores podrien millorar significativament la seva qualitat de vida. A banda de reclamar les seves necessitats per a serveis d'atenció (de respir) adaptats a les persones amb demència disponibles *quan ho necessitin*, també assenyalen la necessitat d'oportunitats per a connexions i compromisos socials (Quinn *et al*, 2021).

Figura 4: Mapa d'actius comunitaris

Quins recursos	Qui	Què tenen	Reflexió
Recursos dels individus	Membres de la comunitat Famílies Veïns	Poder Passió Talent Habilitats Experiència Coneixement Temps Cura	Què té de bo el lloc on viuen? Què poden fer per millorar la vida a la seva comunitat?
Recursos de les associacions formals	Associacions de veïns Associacions juvenils Grups d'autoajuda o d'ajuda mútua Voluntaris Grups religiosos Grups esportius	Visió Xarxes Coneixement compartit Influència Talent	Quines són les xarxes formals de la seva comunitat?
Recursos de les associacions informals	Xarxa informal de persones que tenen cura Xarxa informal de suport	Visió Xarxes Coneixement compartit Influència Espais compartits Talent	Quines són les xarxes informals de la seva comunitat?
Recursos físics de l'àrea	Parcs Centres Cívics Biblioteques Centres Educatius Centres de Salut Centres infantils Negocis locals Comerços locals	Espais compartits	Quins espais verds, terrenys sense utilitzar, edificis, carrers, mercats o transports hi ha en la comunitat?
Recursos econòmics	Negocis locals Comerços locals	Diners Influència Edificis	Quina és la situació econòmica local?
Recursos culturals	Teatre Música Art	Xarxes Coneixement compartit Influència Espais compartits Talent	Quin talent té la gent per a la música, el teatre, l'art?
Recursos de les organitzacions	Serveis de l'Ajuntament Treballadors socials Líders o representants de barri Professionals de la salut Entitats sense ànim de lucre Regidories o regidors	Diners Edificis i recursos Serveis reals o potencials Influència sobre altres Temps Poder Coneixement Lideratge Capacitat i bona voluntat per al canvi	Quins recursos tenen les organitzacions independentment de si es fan servir o no?

Font: Botello et al (2013)

Caixa 6: La coordinació de l'àrea local [Local Area Coordination]

És un model que proporciona un únic punt de contacte, accessible i situat dins de les comunitats. Els Coordinadors de l'Àrea Local (LACs de la seva abreviació en anglès) són, en general, figures unipersonals situades a cada barri, treballant amb un veïnat definit de 8.000 a 12.000 habitants [Community Catalysts 2019].

El seu lloc de treball pot ser finançat únicament pel Departament de Serveis Socials d'una autoritat local, o cofinançat pels Clinical Commissioning Groups (grups de contractació) de les Àrees Bàsiques de Salut, gràcies al sistema de finançament descentralitzat de Salut Primària [March 2015].

El coordinador de l'àrea local no és un perfil específic, ni està *per se*, d'un treballador social, ni d'un professional de salut, ni d'un agent comunitari; ni és un perfil estretament definit en termes de qualificacions, atès que accepten perfils d'experiència i/o formació variada (amb un mínim de 12 mesos d'experiència laboral al sector de serveis comunitaris i/o experiència viscuda de discapacitat).

Les capacitats buscades per al perfil d'un LAC inclouen habilitats per gestionar organitzacions complexes, forjar relacions i administrar a través de la influència; habilitats d'enllaç, habilitats d'autolideratge i gestió del temps, comprensió i creença en el model social de discapacitat i salut, entre altres. S'aprecia experiència en el desenvolupament de projectes a petita escala i en identificació d'actius comunitaris, així com qualificacions al sector de serveis comunitaris, p.e., discapacitat, salut pública, treball social o desenvolupament comunitari. Els LACs, per definició, són "persones expertes en les seves comunitats" (amb anys d'experiència al seu barri), persones que saben escoltar i entendre, buscar i construir solucions i vincles pràctics i pragmàtics basats en: 1) el coneixement dels recursos i actius presents a la comunitat, 2) la situació de cada persona, i 3) una visió, construïda conjuntament, de quines coses poden ajudar a millorar la seva vida.

La seva funció no substitueix les funcions dels professionals socials, sanitaris o d'altres àmbits (habitatge, ocupació, educació). Efectivament, una part del valor afegit dels LAC s'atribueix a les seves capacitats d'aprofitar els recursos de la comunitat i a ajudar en el desenvolupament de mecanismes de suport mutu, abans de considerar els serveis comissionats o estatutaris [March 2015].

Els LAC treballen de manera molt enfocada a la persona. Representen més que una persona que dona informació sobre recursos i serveis diversos relacionats amb el benestar de les seves comunitats i les persones que hi viuen, i va més enllà de l'ajuda per *navegar* entre recursos i serveis (el que es descriu en anglès amb "signposting" i significa donar recomanacions i informació sobre serveis i recursos que poden ajudar la persona en la seva situació i als que pot accedir sense necessitat d'una derivació oficial); i més enllà de derivar a serveis i professionals rellevants, és entendre fins a quin punt la persona té la capacitat de seguir els passos sola i estar alhora disposada a acompanyar-la per assegurar que la persona ho pot fer. Per exemple, la derivació a un servei comunitari pot ser molt personalitzada, com en el cas de la derivació d'una persona a la microempresa, "Plats amb Amics".

Diferenciant-se de la formalitat de les derivacions pels serveis socials, els LAC entren en contacte amb molts dels seus "usuaris" a través del boca a boca i treballen de forma proactiva acostant-se a persones que poden estar aïllades, en situacions precàries i en risc de necessitar serveis formals.

Segons una investigació realitzada en una autoritat local a Anglaterra, cada £1.00 invertida a Local Area Coordination genera un valor social de fins a £4.00 [Harflett & Edwards 2019].

Caixa 7: El suport dirigit per la comunitat

El model de suport dirigit per la comunitat també és un enfocament basat en el lloc, pensat per aconseguir un canvi en els serveis d'atenció mèdica i social, a través del treball en estreta col·laboració amb les comunitats locals i els sectors voluntari, comunitari, empresarial i públic, on cada àrea funciona de manera diferent segons les circumstàncies locals, les prioritats i la disposició al canvi entre els agents involucrats.

Cerca fer canvis als serveis i sistemes locals mitjançant una combinació d'elements d'interconnexió. Una de les seves principals característiques és emplaçar els treballadors socials, professionals de la salut i representants dels serveis comunitaris i voluntaris en llocs comunitaris "neutrals" i de proximitat [Salman 2017; Brown et al 2020], treballant conjuntament amb principis comuns.

Igual que la coordinació d'àrea local, el model de suport dirigit per la comunitat té com a objectiu proporcionar temps de resposta més curts a les persones que experimenten dificultats i crear sistemes on hi hagi opcions per a les persones que encara no són "elegibles" pels serveis de prestació pública.

Una part important de la transformació és impulsada per canvis en l'avaluació de les persones. Per exemple, a Leeds, on més de 300 treballadors socials practiquen el nou enfocament, el consell ha reemplaçat el formulari d'avaluació de 27 pàgines que es fa servir al centre de contacte per un "registre de conversa" de dos impresos (que igualment compleix amb la legislació d'atenció). Aquesta conversa se centra en la situació de la persona en comptes de veure si aquesta compleix els criteris d'elegibilitat per a un servei públic.

Els resultats inclouen: ajudar de forma més ràpida, més ús d'opcions basades en la comunitat, menys burocràcia, millor moral del personal i estalvis pressupostaris. Una comunitat local va descobrir que per cada £ 1 gastada el primer any, hi va haver un retorn de £ 2.22, gràcies a la reducció de la llista d'espera; reduccions en la quantitat d'avaluacions que resulten en no servei prestat i reduccions en les derivacions per a serveis formals [Salman 2017].

Font: <https://www.ndti.org.uk/change-and-development/community-led-support>



Caixa 8: La prescripció social

Els models de coordinació de l'àrea local i suport dirigits per la comunitat estan associats amb el desenvolupament de la prescripció social [Buck & Ewbank 2020] entesa com el procés col·laboratiu pel qual els professionals sanitaris deriven els seus pacients a serveis comunitaris que ofereixen una àmplia gamma d'activitats terapèutiques en grup amb diversos objectius, com p.e., millorar les relacions socials de les persones i evitar la solitud no desitjada, ajudar les persones a superar problemes emocionals, o promoure el benestar emocional de persones en risc de sobrecàrrega (com les cuidadores familiars), o incentivar les persones a augmentar la seva activitat física [Dakars 2018; Máñez Ortiz 2015; Cofiño 2017. Les activitats solen incloure activitats creatives (com el ganxet, teixir, art, ceràmica), activitats físiques (com grups de passeig, o d'exercicis com el ioga), o de funció social (com els clubs de menjars).

S'ha estimat que per cada 1 £ gastada en la prescripció social es pot percebre un retorn de 1,98 £ en reduccions en la demanda al servei públic de salut [Harflett & Edwards 2019].

3.4 La simbiosi dels models de coordinació de l'àrea local i suport dirigits per la comunitat amb el desenvolupament de les microempreses

La simbiosi dels models de coordinació de l'àrea local i suport dirigits per la comunitat amb el desenvolupament de les microempreses és molt important, fins al punt que els experts en la matèria consideren que l'èxit del model de microempreses comunitàries es deu en gran part a la seva connexió amb aquestes iniciatives. Tota "creació de capacitat" és en cert sentit treball de fons, ja que forma la base per a la important activitat de cara al públic que ofereixen els models de coordinació inte-



grada d'àrea local (Caixes 7 i 8) els quals donen: 1) un únic punt de contacte de proximitat, connectat amb tots els actius de la zona (reduint la burocràcia i millorant els temps de resposta), 2) l'oportunitat de ser escoltat i rebre una "avaluació basada en les fortaleces", enfocada en allò que importa a la persona o en allò que realment tindrà un impacte sobre la seva vida, trencant el model d'identificar necessitats segons la disponibilitat de serveis i criteris d'elegibilitat, i 3) ajuda molt individualitzada, utilitzant, en la mesura que sigui factible, fonts de suport des de dins de les comunitats, i derivant a professionals quan sigui apropiat.

La coordinació integrada comunitària funciona de tres maneres per estimular l'interès en les microempreses:

- 1) El coneixement de les comunitats i els seus actius és de gran ajuda per identificar persones de la comunitat que podrien tenir interès i capacitat per desenvolupar una microempresa.
- 2) Els coordinadors de l'àrea local entenen el model i poden recomanar els serveis de la microempresa als usuaris, ajudant a fer coincidir l'oferta amb la demanda.
- 3) Els coordinadors de l'àrea local estan ben situats per ajudar els "catalitzadors comunitaris" a identificar les necessitats i els interessos de les persones en la seva zona. Així, són claus en el procés de coproducció, que és important en el model de les microempreses. La coproducció es manifesta per facilitar el *codisseny* de serveis entre persones interessades a oferir serveis i persones que perceben la manca de serveis de suport i ajuda pràctica, cures i acompanyament de diverses formes. També facilita la incorporació laboral de persones discapacitades, i és un procés que pot inspirar i donar suport a aquestes persones en l'elaboració d'un servei.

3.5 Suport per desenvolupar una microempresa

Els "catalitzadors comunitaris" són responsables de donar suport a les persones que volen desenvolupar una microempresa. Per això:

- Avaluen les persones amb interès de constituir una microempresa (motivació, qualitats, experiències, interessos, coneixements, etc.)

- Ajuden les persones amb idees interessants a entendre si el seu servei és requerit per la comunitat, en quines condicions pot ser viable i què han d'aportar per fer-ho realitat
- Connecten les microempreses potencials amb altres microempreses i amb clients potencials
- Ofereixen consells o suggeriments per adaptar el servei segons la demanda i en relació amb allò que es coneix sobre les necessitats no satisfetes a la zona
- Ajuden les persones a entendre les expectatives dels clients d'un mercat de serveis personalitzats
- Ajuden la persona a desenvolupar un pla de negoci (derivat agències que hi puguin donar suport)
- Faciliten informació sobre possibles subvencions rellevants
- Proporcionen informació sobre marcs legals i normatius, guies de millors pràctiques, etc., relacionada amb el desenvolupament d'activitats proposades, per tal d'assegurar la qualitat dels serveis
- Verifiquen els antecedents penals, l'obtenció d'una assegurança de responsabilitat civil i el registre a Hisenda (HMRC) i a la seguretat social
- Proporcionen informació i assessorament sobre l'estatus legal de les microempreses incloent-hi aspectes fiscals i de seguretat social i informen sobre les agències d'assessorament i suport existents



- Ajuden les persones a accedir a cursos de formació rellevants (com, per exemple, *safeguarding*, salut i seguretat, primers auxilis, entre d'altres)
- Encoratgen les microempreses a construir una reputació basada en la confiança. Indiquen les possibles formes i oportunitats de demostrar la seva qualitat als clients potencials
- Hi intervenen si sorgeixen dificultats entre una microempresa i els seus clients

3.6 Altres tasques i activitats realitzades per un "catalitzador comunitari"

- Impartir sessions interactives per a equips de professionals de serveis socials presentant el concepte de microempreses comunitàries, en un context de planificació creativa i canvi de cultura
- Assistir a les reunions de gestió dels equips de treballadors socials
- Crear vincles amb organitzacions locals del sector del voluntariat per fomentar-ne la participació: presentar-los el model de microempreses comunitàries, assistir a esdeveniments del sector, dies de treball d'equip i participar en fòrums comunitaris
- Presentar el programa a cooperatives d'habitatge
- Participar en fòrums de l'ajuntament
- Desenvolupar vincles estrets amb organitzacions de suport empresarial per garantir que les microempreses tinguin accés a finançament, planificació empresarial i suport de les organitzacions.
- Col·laborar amb les agències de treball per assegurar que el treball en microempreses comunitàries sigui considerat com una possible ruta per reincorporar-se al mercat laboral. Buscar oportunitats de suport financer (p.e., a Somerset van llançar el "Premi a la posada en marxa de microempreses" finançat a través d'una subvenció anomenada *Pathways to Employment*, que va oferir fons de £ 1.000 a noves microempreses).
- Desenvolupar enllaços amb les professionals de salut comunitària.

3.7 Exemples de microempreses

En àrees on el desenvolupament de microempreses s'ha centrat principalment en les necessitats de les persones grans, es van prioritzar, a través de processos de coproducció amb gent gran, els serveis següents:

1. Serveis d'atenció a domicili flexibles, adaptables i centrats en la persona que poden incloure cures personals
2. Serveis de suport a la llar - manteniment de la llar (servei de "manetes"), neteja, rentat; preparació del menjar, ajuda per fer servir l'ordinador, suport per comunicar-se virtualment amb les famílies
3. Suport per accedir a la comunitat - suport per sortir de casa i experimentar la natura, suport per socialitzar-se, clubs de dinar, supervisió i acompanyament amb les compres, transport a cites
4. Serveis de respir - específicament adreçats a reduir l'aïllament i augmentar els vincles de la persona amb la comunitat, especialment per a persones amb demència

Caixa 9: El servei "Plats amb Amics" (*Plates with Mates*) de Sue Mansfield de Thurrock

Sue Mansfield es trobava recentment jubilada del seu treball com a regidora i amb ganes de traslladar la seva energia i passió a un servei voluntari per a persones grans en risc d'aïllament social. Amb l'ajuda del "catalitzador comunitari" de Thurrock va llançar *Plates with Mates*, un club de menjars per a persones grans, oferint dinars i berenars. Tot va ser possible reunint recursos comunitaris existents. A través del "catalitzador comunitari" va obtenir permisos per utilitzar espais infrautilitzats i una donació setmanal de menjar. Aquesta donació prové d'una aportació setmanal d'una cadena de supermercats a una associació de suport comunitari, que sempre havia superat la seva demanda. Així van arribar a un acord per repartir la donació setmanal amb "Plats amb Amics".

El servei ha crescut a través de les referències d'usuaris, recomanacions (bidireccionals) amb un altre servei per a persones en risc d'aïllament conegut com a "Connectant amb la gent gran" (*Contact with the Elderly*), treballadors socials i altres. El febrer de 2020 va arribar a donar servei a unes 80 persones per setmana.

Una de les participants del club de menjars va comentar en una ressenya del servei que, fins a conèixer el club, havia passat 18 mesos pràcticament "sense sortir de casa" després de la mort del seu marit. La primera vegada la va portar al club de menjars la coordinadora de l'àrea local, a qui li havien derivat, i després va acceptar el suport d'un

voluntari de "Connectant amb la gent gran" per arribar als dinars. Passats uns mesos tenia dues cites setmanals, una amb el seu club de menjar i una altra amb un club de berenars, organitzat per "Connectant amb la gent gran". La seva resposta: "Sento que he recuperat la meua vida".

Un estudi de London School of Economics estima que cada 1,00 GBP gastat en un servei que redueix la solitud no desitjada genera un estalvi en despesa pública de 3,00 GBP (McDaid, Park, Knapp 2017).

Caixa 10: El servei "Flors Silvestres" de respir per a persones amb demència de Claire Taylor, de Pembrokeshire

Claire Taylor és una infermera comunitària especialitzada en la cura de persones amb demència. Fa un parell d'anys que es va traslladar al comtat de Pembrokeshire, al País de Gal·les, amb el seu marit i la seva nova filla. Va començar a treballar en un servei residencial de respir de la zona (*hospice*) i va trobar que el servei no podia donar suport a les persones amb demència, i que els (pocs) serveis de respir a domicili tampoc tenien una oferta gaire adaptada a les necessitats d'aquestes persones, ja que era més un servei de cangur a domicili que una altra cosa. Es va adonar que hi havia moltes cuidadores familiars tenint cura de persones amb demència sense accés a un servei dedicat a millorar la seva qualitat de vida. Quan l'*hospice* on treballava va tancar durant la primera onada de COVID-19, va començar a pensar d'oferir un servei al seu entorn per a les persones amb demència i les cuidadores, que unís la seva passió per la natura amb el seu coneixement de la demència. Un contacte mutu la va posar en contacte amb el "catalitzador comunitari" de Pembrokeshire, que la va ajudar a concretar el seu projecte.

Claire ha anomenat el seu servei "Flors Silvestres", nom suggerit per la seva perspectiva sobre les persones amb demència, capaces de prosperar i florir en les condicions adequades. El seu objectiu principal és ajudar a aquestes persones a reconnectar-se amb la natura i experimentar una sensació d'alliberament i pau. Aplica la narració com a mesura per connectar amb les persones i com a estimul terapèutic. Ha descobert que, per a una persona amb demència, l'acte de llegir pot ser molt relaxant, ja que li recordarà la infantesa, ja que és un hàbit molt fonamental en la humanitat. Comenta que la poesia llegida en veu alta té un ritme que relaxa les persones, activa els seus records i els ajuda a expressar-se i a crear vincles. Claire ens va parlar d'un client en particular, un home amb demència que estimava la natura, però que havia perdut la capacitat d'experimentar-la tot sol. La seva dona se sentia molt sobrecarregada com a cuidadora. A través del servei, Claire va començar a passejar amb el senyor. Mirant la flora i l'entorn i anomenant el que veien, va crear un vincle amb l'home, que va començar a expressar detalls i records de la seva vida. D'aquesta manera, el va ajudar a crear la seva pròpia narrativa verbal i a superar les barreres d'expressió derivades de la demència, mitjançant una experiència que semblava donar-li pau.

Combinant avaluacions individuals de risc (basades en un protocol proporcionat pel "catalitzador comunitari" i elaborat en conjunció amb l'autoritat local), i una comunicació fluida i oberta amb els seus clients, "Flors Silvestres" ha pogut desenvolupar el servei durant la pandèmia.

Caixa 11: El servei "Ajuda per recordar" per a persones amb demència de John Baly de Somerset

Sobre el paper, semblava poc probable que John Baly s'establís com una microempresa, després d'haver dedicat tota la seva carrera a la banca, però la seva apreciació del rol de cuidador va canviar quan la seva dona va desenvolupar demència. En John va ser el seu cuidador principal durant catorze anys. Aquesta experiència tan personal va donar a John una idea de les dificultats per trobar el suport adequat a nivell local, i el va impulsar a veure si podia fer alguna cosa positiva per recolzar les famílies en una situació similar. El seu servei *Helping to Remember* està dirigit a persones amb demència de desenvolupament primerenc, persones actives, que poden haver perdut la confiança o a la perruqueria. A en John li agrada treballar en cooperació amb la família, amb un enfocament en les fortaleces, i reconnectar-se amb el que la gent pot fer.

En John explica: "ajudar activament les persones a tornar a una rutina amb la qual se sentin còmodes i fer coses que altres persones donen per fet és una gran recompensa. Tots tenen una història per explicar, i relatar-me algunes de les coses interessants que han aconseguit durant les seves vides millora el seu sentiment d'autoestima i contribueix al seu entusiasme per les diverses activitats que fem junts".

Aquí és on el "catalitzador comunitari" a Somerset ha pogut ajudar. A través del projecte, en John ha pogut accedir a una formació específica, obtenir una verificació d'antecedents penals, registrar-se al mercat electrònic d'assistència social i assistir a diversos esdeveniments de *networking* per connectar-se amb altres microempreses comunitàries i equips de treballadors socials.

Font: Community Catalysts (2015)

Caixa 12: El servei "L'olivera" de Maria Blanca Moar, a Somerset

La Maria és gallega. Des de fa nou anys resideix a Somerset, Anglaterra. Després d'arribar al Regne Unit, la Maria va saber ràpidament que existia la figura de cuidadora professional en serveis d'atenció a domicili i va reconèixer una cosa que li interessava.

La seva vocació pel treball assistencial l'ha portat a treballar en empreses de SAD durant 8 anys, durant els quals va rebre formació diversa, va assumir la supervisió d'altres cuidadores professionals i va ser fonamental en la promoció d'innovacions al servei [p.e., desenvolupament d'un club de lectura per a les persones usuàries]. Tot i aquest desenvolupament i les oportunitats de formació professional, la Maria se sentia cada vegada més incòmoda i insatisfeta amb la seva feina.

En particular, no li agradava que l'agència de SAD reorganitzés constantment la seva agenda amb les persones

usuàries o que li enviessin usuàries que no coneixia, amb poc avis i pràcticament cap informació sobre les seves necessitats. Amb usuaris nous, sovint es va trobar en la posició d'atendre algú sense gairebé coneixement previ de la seva situació, tot i que l'equip de l'oficina havia rebut un pla d'atenció complet. Aquests factors organitzatius van socavar la seva capacitat per donar suport a les persones.

Trobava que l'organització fomentava la separació entre "elles" (les cuidadores) i "nosaltres" (el cos de gestió). A més, l'horari era molt fragmentat i per poder guanyar prou per a ella i el seu fill havia de renunciar a passar temps amb ell i treballar en horaris "antisocials", sense poder seleccionar quan li anava bé i quan no. El que finalment la va portar a anar-se'n va ser el comportament de l'agència de SAD arran de les pèrdues de persones usuàries durant la pandèmia de COVID-19. Des de la seva perspectiva, l'agència va demostrar que anteposava el negoci al benestar de les usuàries, en incentivar les cuidadores que allarguessin les visites de cures i oferissin serveis i visites extra, creant un risc innecessari. També va trigar a proporcionar EPI i a respondre les preguntes i inquietuds de les cuidadores professionals.

La Maria es va assabentar del model de microempreses comunitàries a través d'una amiga, i va contactar amb el "catalitzador comunitari". Tot i treballar de manera autònoma, ara forma part d'una petita xarxa de microempreses comunitàries al seu barri. Està molt satisfeta amb la seva feina, especialment perquè pot garantir la continuïtat, la puntualitat i la flexibilitat que les persones que atén requereixen, i no tenen obstacles per poder desenvolupar l'atenció de la manera que realment els importa. Com que pot tenir més control sobre el seu horari, el seu equilibri entre vida laboral i personal ha millorat. D'altra banda, ara obté ingressos més dignes.

El "catalitzador comunitari" ha estat molt atent amb la cooperativa. Ràpidament es va assegurar que tinguessin subministraments adequats d'EPI; va concertar una reunió amb un especialista en malalties infeccioses per parlar de les preocupacions relacionades amb la COVID-19 i, en general, ha demostrat que ajuda les cuidadores professionals a accedir a qualsevol formació que considerin necessària. En resposta a les preocupacions sobre la manca de comunicació amb els treballadors socials, va organitzar una reunió amb l'equip de treball social local. Ara, la cooperativa comparteix un grup de WhatsApp amb els treballadors socials locals per intercanviar informació sobre persones usuàries en curs i potencials. La Maria no troba cap desavantatge a treballar com a microempresa comunitària.



3.8 La situació de les microempreses en relació amb l'acreditació nacional de serveis de cura

El sistema d'acreditació nacional de serveis de cura va ser creat per tal d'establir un sistema just i proporcionat que promogués la qualitat sense crear barreres a la innovació. La llei d'assistència sanitària i social de 2008 requereix que els serveis que brinden "cura personal" estiguin regulats i registrats per la Comissió de Qualitat de l'Atenció (la CQC en les sigles en anglès) (vegeu Annex). La cura personal inclou qualsevol assistència directa en relació amb la nutrició (ajuda per menjar i/o beure), la neteja, la higiene personal (incloent suport per banyar-se, dutxar-se, afaitar-se etc.), assistència per vestir-se, cura de la boca, la pell, les ungles i el pèl. També inclou assistència indirecta (en forma de supervisió) en cas que la persona no sigui capaç de fer l'activitat necessària sense supervisió.

Tot i això, la llei específicament exclou del seu àmbit l'activitat de "treballadors de cures individuals, treballant sota l'única direcció i control de la persona que utilitza el seu servei" (CQC 2020).

Això inclou dues categories:

- 1) Els serveis d'un cuidador contractat per un individu, sense intervenció d'una agència o empresa, que treballa totalment sota la direcció i el control de la persona per tal de satisfer els requisits d'atenció d'aquesta persona
- 2) Treballadors de cures individuals que treballen de manera autònoma per a diverses persones

Això permet que els cuidadors empleats com a assistents personals (categoria 1) i els cuidadors que treballen de forma autònoma per a diverses persones (com en el cas de les microempreses comunitàries – categoria 2) estiguin exclosos de la necessitat de registrar-se en la Comissió de Qualitat de l'Atenció.

Les tarifes de registre de CQC són anuals i cobreixen els costos de regulació, incloent-hi el registre, el seguiment i la inspecció. Mentre que la tarifa anual varia segons el tipus de proveïdor d'atenció i el nombre d'usuaris del servei, l'import mínim per a una agència de SAD és al voltant de 3.500 € l'any, una quantitat que no seria viable per a assistents personals o microempreses. En

excloure aquests dos grups, lògicament també es redueix la càrrega sobre la CQC. L'exclusió dels "treballadors de cures individuals" evita que els costos i la càrrega reglamentaris recaiguin sobre els assistents personals i les microempreses.

Associacions i cooperatives de microempreses

Hi ha la possibilitat que individus que figuren com a microempreses comunitàries formin una petita associació de fins a 5 persones. La llei distingeix entre les associacions de treballadors de cures individuals, que treballen de manera autònoma, sense interessos econòmics col·lectius, i l'activitat de persones treballant conjuntament en una cooperativa. Davant la llei, accions d'una associació com compartir clients, treballar amb els mateixos plans d'atenció (pla d'atenció individualitzat) i proporcionar cobertura en les absències a petició dels clients no equivalen a treballar com una cooperativa. Tot i això, si dues o més persones comparteixen:

- guanys
- pèrdues
- costos (equip, roba de treball i capacitat)
- 'responsabilitat solidària' (això significa que els socis accepten i comparteixen la responsabilitat del treball de l'associació en conjunt, individualment i col·lectivament)



Aleshores és gairebé segur que es considerarà que formen part d'una cooperativa; per tant, si estan involucrats en prestar cures personals, s'hauran de registrar com una agència d'atenció i cures (CQC 2020).

Per mantenir l'estatus de treballadors de cures individuals que treballen de manera autònoma és imprescindible que **cada individu tingui un contracte directe amb el client** (fins i tot si dona cobertura a una de les altres persones treballadores de l'associació). A més, han de poder demostrar que és el client qui pren la darrera decisió sobre canvis d'horaris i cobertures (per vacances, baixes per malaltia,...).

Responsabilitat legal de les autoritats locals sobre la qualitat de l'atenció

Els serveis d'atenció i cura que requereixen registre i acreditació amb CQC estan sotmesos a uns criteris i estàndards de qualitat en l'atenció a la dependència que s'avaluen en el moment del registre i en revisions periòdiques. Tot i això, **les autoritats locals segueixen sent legalment responsables de monitoritzar la qualitat de l'atenció prestada pels serveis registrats amb la CQC que contracten**, segons la Llei de Cures (2014). Aquesta responsabilitat implica activitats com ara la inspecció de qualitat durant els processos contractuals, seguiment de la participació de les persones usuàries del servei, la investigació de possibles queixes i la medicació dels resultats dels serveis.

No obstant això, **la llei no indica el paper de les autoritats locals en la monitorització de serveis exclosos del règim nacional d'acreditació**. Per tant, els serveis prestats a la comunitat que no brinden assistència directa o indirecta amb tasques de cura personal estan exclosos.

En el cas de la contractació d'una microempresa mitjançant una prestació pública, el contracte és entre la persona usuària i la microempresa, mitjançant 'pagaments directes'. Pel que fa als usuaris de pagaments directes, la posició general de la llei és que l'autoritat local no és responsable de l'atenció que rep el destinatari d'un pagament directe.

Ara bé, això no eximeix les autoritats locals de tota responsabilitat cap als usuaris de microempreses de finançament públic. Hi ha dues funcions que són rellevants. La primera és el requisit legal de seguiment després de la prescripció d'un pagament directe, almenys una ve-

gada durant els primers sis mesos, i a intervals que no excedeixin els 12 mesos a partir de llavors (Clements 2019) (vegeu el *capítol 2* per a més informació).

En segon lloc, les autoritats locals tenen un "deure de cura" amb tots els usuaris del servei, en cas que un paquet de suport no satisfaci les necessitats de la persona. Això s'aplica igualment a tots els destinataris d'atenció a la dependència, independentment de si el servei rebut és gestionat per l'autoritat local d'una manera directa o indirecta, o per la persona a través de mecanismes d'autogestió (pagaments directes).

Així, la responsabilitat dels treballadors socials, en principi, no és diferent per a les persones que reben serveis d'una microempresa comunitària respecte de les que reben qualsevol altre tipus de servei. Aquesta responsabilitat se centra, com sempre, en l'avaluació inicial, el seguiment i el requisit d'actuar si se sospita o es troba algun problema. Ara bé, atès que el servei no està subjecte al mateix nivell de procediment i intervenció que els serveis de gestió indirecta, algunes treballadores socials es poden sentir més exposades. La figura del "catalitzador comunitari" hi té un paper intermediari important per, d'una banda, desenvolupar la confiança en el model i, de l'altra, assegurar que els candidats per al lloc siguin adequats, preparats, capacitats i capaços d'oferir un servei flexible i altament personalitzat, que demostris als equips de treball social el seu valor afegit.

L'acreditació de les microempreses comunitàries la fa el "catalitzador comunitari", representant l'autoritat local. **No és una acreditació formal** com la de la CQC, és més aviat un **segell/aprovació de qualitat** que els permet ser inclosos i promocionats al nivell local al registre de microempreses comunitàries que està disponible en xarxa i a les oficines dels treballadors socials. Els usuaris són informats de la diferència entre l'acreditació legal de les empreses de SAD homologades per la CQC i les microempreses registrades localment. En cas de comentaris negatius sobre una microempresa comunitària, la "catalitzadora comunitària" s'encarrega d'investigar i, si cal, eliminar la microempresa del registre donant suport també a la persona afectada per trobar una alternativa. El "catalitzador comunitari" actua, així, com una primera instància per a qualsevol (usuaris i familiars, treballadors socials, etcètera), que tingui una inquietud relacionada amb el servei brindat per una microempresa comunitària. Considerant com funciona això en la pràctica, és important subratllar la **integració de les**



microempreses en un ecosistema de suport i atenció de nivell molt local amb participació de figures locals, incloent el coordinador de l'àrea local i/o el “navegador comunitari”, així com els treballadors socials de l'equip local (*locality team* – equivalent a un districte), persones que tenen, en general, “les orelles enganxades al terreny”.

3.9 Requisits de formació de les microempreses comunitàries

Actualment no hi ha requisits específics de formació professional per a les microempreses comunitàries. Tot i això, les autoritats locals marquen el seu propi conjunt de condicions. Com que els serveis de les microempreses comunitàries són tan variats, les autoritats locals poden requerir cursos de formació rellevants (com, per exemple; *safeguarding*, salut i seguretat, primers auxilis, higiene en la preparació d'aliments, capacitat en atenció a la demència, entre d'altres) abans de ser inclosos a la llista local de microempreses comunitàries. La “catalitzadora comunitària” és responsable d'identificar la formació més rellevant i facilitar-ne l'accés, i s'intenten aprofitar cursos de formació gestionats i/o finançats per les autoritats locals. Quan es requereix formació molt específica, el “catalitzador comunitari” els donarà suport per accedir a subvencions amb aquest fi.

A Somerset, l'autoritat local requereix, com a mínim, que les microempreses comunitàries hagin emprès una formació en *safeguarding* i seguretat i salut abans de ser acceptades al registre.

Aquest any (2021) *Community Catalalysts* col·labora amb *Skills for Care*, l'organisme responsable de promoure millores en les condicions laborals i els coneixements dels cuidadors en habilitats per a la cura, per elaborar una ruta de coneixement (*learning pathway*), similar amb els processos de formació d'altres cuidadors professionals.

3.10 Resultats

El model de microempreses comunitàries ha estat avaluat independentment per investigadors de la Universitat de Birmingham (Glasby et al 2018; Needham et al 2015) i per la *New Economics Foundation* (Bedord & Phagorra 2020).

Quan parlem dels resultats, podem pensar en diverses maneres de mesurar l'èxit. En primer lloc, hi ha estudis que demostren la capacitat d'implementar el model de les microempreses en diferents llocs.

Cada projecte llançat per un “catalitzador comunitari” proposa objectius quantitatius dins un pla d’acció: nombre de microempreses establertes, nombre de llocs de treball creats, nombre de voluntaris nous o nombre de persones que reben suport d’una microempresa. A cada lloc, amb el suport d’una “catalitzadora comunitària”, el desenvolupament de les microempreses ha superat les expectatives.

La inversió requerida per desenvolupar el sistema de microempreses no és gaire gran. Per exemple, al comtat de Somerset (560.000 habitants), durant els anys 2014-2020, l’autoritat local va invertir de mitjana uns 58,465€ anuals per donar suport al desenvolupament de les microempreses. Al juny del 2020 van arribar a tenir gairebé 800 microempreses a Somerset, després d’haver començat el 2014 des de zero.

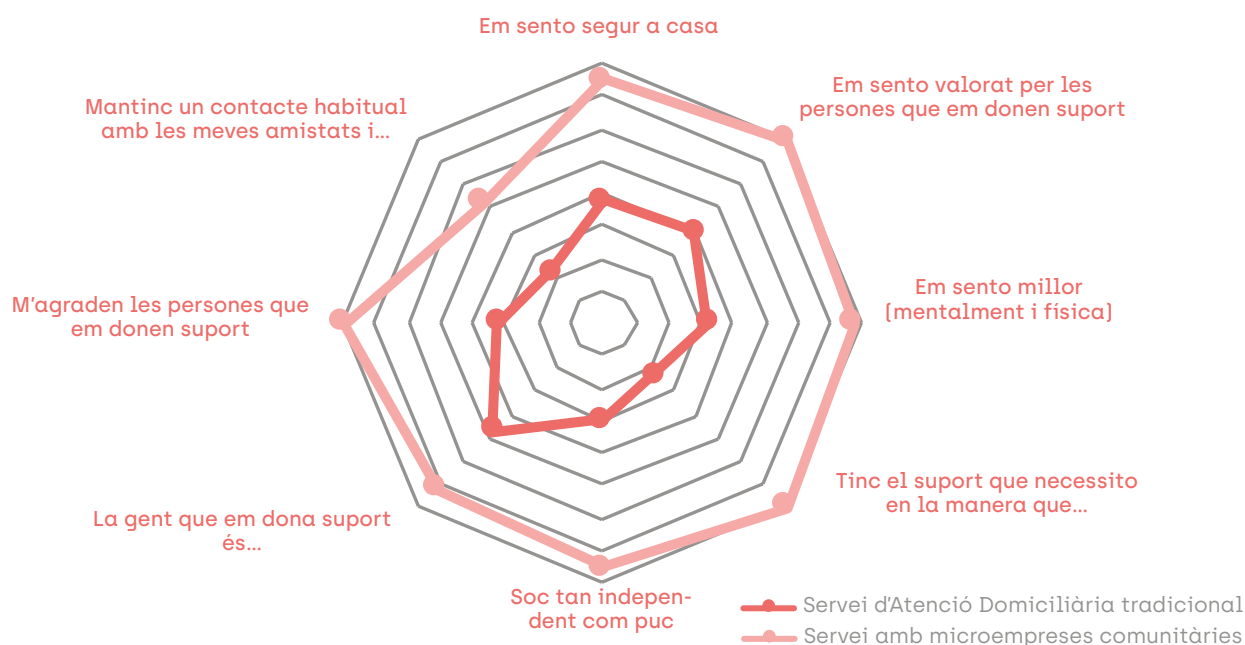
Pel que fa a la medició de l’impacte quantitatiu de les microempreses a les persones usuàries, la informació disponible a nivell nacional és limitada. Això, malgrat la seva implementació relativament àmplia, i que el sistema anglès d’avaluació de resultats individuals de l’atenció social (*Adult Social Care Outcomes Tool* o AS-COT) proporciona una base sòlida per a la comparació de dades agregades entre grups d’usuaris. Aquesta



mancança és deguda a diverses raons, derivades del difícil encaix d’un sistema nou i molt diversificat en les eines estadístiques preexistents. No obstant això, hi ha estudis locals de gran interès.

A Somerset, on les microempreses han esdevingut realment una alternativa a les empreses de SAD per a persones grans en situació de dependència, van estudiar les percepcions d’una cohort de 45 persones amb experiència d’atenció d’un SAD tradicional i d’una microempresa (*Community Catalysts* 2017). Com mostra la **Figura 5**, a cada àmbit els resultats són molt més favorables en l’atenció d’una microempresa. Tot i que la representativitat és mínima, és notable que coincideixen amb les dades qualitatives.

Figura 5: Resultats d’una enquesta a persones amb experiència de rebre suport i cura d’un SAD tradicional i suport d’una microempresa comunitària a Somerset comparant les seves experiències amb cada modalitat (n=45)



A Somerset cada microempresa dona feina a 6 persones a 33 hores per setmana de mitjana, amb un preu per hora de 18,33€ (£15.68). Aproximadament un terç del seu treball és amb persones finançades pel sistema per a persones amb dependència, que reben pagaments directes (d'un valor de £14.15 o 16,54€ per hora), versus el cost d'uns 22.90€ per hora del SAD. El juny del 2020 van arribar a tenir gairebé 800 microempreses a Somerset (*Community Catalysts* 2021). Sobre aquestes xifres és possible valorar, de manera senzilla, la diferència en els costos de les dues formes d'atenció social (Taula 5).

En un any, l'estalvi per substituir aquesta quantitat de servei prestat per SAD mitjançant pagaments directes s'estima en 2.619.302,4 €. Mentre els usuaris segueixin utilitzant una microempresa, aquest estalvi serà recurrent. Així doncs, per cada 1€ gastat en la figura de catalitzador comunitari, l'autoritat local ha estalviat aproximadament 45€ el 2020.

Taula 1:

Numero de microempreses a Somerset	800
Percentatge de treball amb clients de finançament públic	30%
Mitjana d'hores treballades per setmana per microempresa [a]	33
Nombre de microempreses treballant un equivalent a temps complet amb clients de finançament públic [b]	240
Preu per hora de SAD [mitjana] – [c]	22.90€
Prestació per hora clients de pagaments directes [mitjana] – [d]	16,54€
Diferència entre cost SAD per hora i la despesa en pagaments directes per hora [cd] = [e]	6,36€
Estalvi per setmana [e*a*b] = [d]	50.371,2€
Estalvi per any [d*52]	2.619.302,4 €

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de *Community Catalysts* [2021]

Aquestes xifres mostren l'estalvi directe per a una autoritat local en el context dels costos locals (cal remarcar que el cost unitari de SAD és relativament alt a Somerset a causa de la ruralitat de la zona). A partir d'aquí, els beneficis possibles són serveis d'atenció més sostenibles en el sentit que redueixen la dependència del model tradicional de contractar SAD, que està associat

amb costos de transacció alts. Ahora, això crea un 'espai' que ajuda en la reorientació del model tradicional de SAD (veure *capítol 5 sobre la contractació basada en els resultats*).

Les microempreses comunitàries són figures que tendeixen a donar serveis de baixa intensitat (poques hores per setmana) i, per tant, a persones "poc dependents", segons les escales de déficits funcionals, però amb necessitats per a les quals els serveis tradicionals d'atenció domiciliària ofereixen poca resposta (Needham *et al* 2015). Els estalvis directes esmentats s'han calculat sobre el percentatge d'usuaris de microempreses finançats per una prestació pública. Aquest és un subgrup de receptors de pagaments directes que reben prestacions d'intensitat mínima a mitjana (entre 2 i 8 hores per setmana). És un grup que fins al desenvolupament de la figura de microempresa comunitària tenia difícil accés als pagaments directes (vegeu el *capítol 3*) per les dificultats que presentava contractar un assistent personal per poques hores per setmana. En aquest sentit, el desenvolupament de les microempreses comunitàries ha ampliat el grup de persones que es poden beneficiar dels pagaments directes (Needham *et al* 2015).

Però cal no oblidar que també hi ha un 70% d'usuaris de les microempreses que no està finançat a través dels pagaments directes, respecte al qual l'impacte de rebre suport via una microempresa comunitària respecte al "moneder públic" és molt més difícil d'estimar. Hi ha mètodes per calcular el retorn social de la inversió que s'han fet servir, per exemple, per avaluar els beneficis de la coordinació de l'àrea local i del suport dirigit per la comunitat. No obstant, fins ara no s'han completat aquest tipus d'estudis per a microempreses.

En canvi, sí que s'han realitzat diversos estudis qualitatius que indiquen beneficis de gran rang. L'efecte 'bola de neu' que ha succeït durant la implantació del model als llocs on ha estat engegat ha generat una diversitat de serveis disponibles que, fins a cert punt, ha revolucionat la prestació de serveis (Bedford & Phagoora 2020; Hall, Needham & Allen 2014). Entre altres coses, es troben els beneficis de generar ponts entre el "tercer" sector i la ciutadania (conegut a Anglaterra com el "quart" sector o "*fourth sector*"), de crear una xarxa de serveis de proximitat liderats per persones de la comunitat, d'impulsar l'experiència i les habilitats personals, de respondre a la diversitat de les necessitats de les persones d'una comunitat i de fer més visibles les cures i el seu valor,

com es pot veure en els exemples donats, que només ofereixen una petita imatge de la varietat desenvolupada des del seu inici (caixes 4-8). Els experts entrevistats per a l'informe han subratllat la importància de la pandèmia COVID-19 en la implementació del model de microempreses comunitàries. La pandèmia va causar “una veritable explosió d'interès” que atribueixen a factors com l'augment de desocupació, la reducció en desplaçaments (i desinterès creixent en desplaçar-se per la feina), que ha conscienciat la població sobre el seu entorn. Aquests factors són simultanis amb un augment notable en la sensibilització de la població respecte al valor de les cures i els recursos comunitaris.

El valor de les iniciatives comunitàries sempre és difícil d'establir. El valor afegit de la simbiosi entre les iniciatives comunitàries, la coordinació de l'àrea local (i els seus paral·lels) i el desenvolupament de les microempreses comunitàries no ha estat mesurat. Tot i això, una iniciativa comunitària a Barcelona, impulsada per l'Agència de Sanitat Pública de Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona, dirigida a veïnats on l'ingrés per càpita està per sota del 90% de la mitjana de la ciutat, basada en iniciatives comunitàries, amb l'objectiu d'estimular les relacions socials cooperatives, els vincles recíprocs i el suport entre els membres d'una comunitat, va trobar que només el fet d'enfortir els llaços comunitaris conduïa a millores substantives, com per exemple, a una reducció de delictes en l'entorn local (Domínguez & Montolio 2021).

Entre el 2015 i el 2017 un equip d'investigadors de la Universitat de Birmingham va fer una avaluació independent del model de microempreses comunitàries finançada pel Consell d'Investigacions Econòmiques i Socials enfocat als resultats de benestar (*outcomes*). Van comparar els resultats de l'atenció a domicili dels usuaris de 27 entitats diferents, entre ells 17 microempreses, dues empreses de SAD de mida petita, quatre empreses de SAD de mida mitjana i dues empreses de SAD de mida gran. Van avaluar dos dels àmbits de l'eina de mesura ASCOT: 'control sobre la vida diària' i 'oci i ocupació'. També van mesurar indicadors relacionats amb el procés per determinar el nivell de personalització, a més dels costos unitaris. Els resultats per als àmbits d'ASCOT no eren concloents, encara que els resultats per a les microempreses comunitàries eren superiors a la

mitjana dels resultats nacionals (Glasby *et al* 2018). Els de les microempreses i les empreses de SAD de mida petita estaven associats positivament amb els indicadors de personalització. Atès que els resultats es van aconseguir a un cost menor, van concloure que les microempreses eren efectives i rendibles. Van assenyalar que destacaven en els nivells de coherència, flexibilitat i autonomia que brinden a les persones usuàries. Van indicar que, a causa de la capacitat limitada de les microempreses individuals per expandir-se, el model no podria reemplaçar les empreses de SAD, però els beneficis de disposar d'una xarxa de microempreses, com a part d'un ecosistema global de serveis d'atenció domiciliària, podrien ser significatius per a persones amb necessitats entre lleus i moderades.

Impacte del model de microempresa comunitària en les persones cuidadores professionals

El valor del model de microempresa comunitària també es pot mesurar en termes del seu impacte en les (i els) cuidadores professionals. Bedford & Phagoora (2020) i Needham *et al* (2015) van trobar que les persones que treballen com a microempreses comunitàries troben la seva feina més gratificant que els seus treballs anteriors. També reporten millor remuneració, gràcies a ser pagats més per hora i poder aconseguir horaris de treball menys fragmentats, cosa facilitada per la situació de l'autònom a Anglaterra.

La majoria (però no tots) tenen experiència d'haver treballat en empreses de SAD, entre el 60-70%, depenent del lloc. Aquestes persones descriuen com es van allunyar de les empreses de SAD pel conflicte continu entre el temps, la qualitat i la flexibilitat per prestar atenció i la manca d'equilibri entre el treball i la vida a causa d'horaris fragmentats. Els seus resultats també van suggerir que almenys dos terços planejaven continuar treballant com una microempresa comunitària durant els propers cinc anys. La quantitat de treball sembla ser suficient: el 44% de microempreses comunitàries va reportar que tenia més demanda de la que podia atendre, i un 34%, la quantitat suficient ($n=125$) (Bedford & Phagoora 2020). Needham *et al* (2015) han demostrat que trobar maneres de promoure la visibilitat i la legitimitat de les microempreses comunitàries és crucial. Així mateix ho han descrit els “catalitzadors comunitaris” entrevistats per a aquest informe.

Els equips de benestar (Anglaterra)

04.

Els equips de benestar són un model innovador de serveis d'atenció a domicili al Regne Unit, considerat com a model d'excel·lència per la Comissió de Qualitat de l'Atenció (l'organisme regulador, conegut com a CQC, inicials de *Care Quality Commission*). Els equips de benestar han estat dissenyats i impulsats per Helen Sanderson, una autoritat reconeguda i líder, des de fa vint anys, en el desenvolupament de pràctiques centrades en la persona i en la personalització dels serveis d'atenció a la dependència al Regne Unit (vegeu Sanderson & Lepkpowsky 2014 i Sanderson & Lewis 2012, entre d'altres).

El model dels equips de benestar presenta dues peculiaritats: com ofereix suport a les persones i com l'equip treballa de manera conjunta. El seu objectiu és **maximitzar la capacitat de les persones en situació de dependència per viure bé als seus domicilis i sentir-se part de la seva comunitat**. Per assolir aquest objectiu es parteix d'una avaluació altament personalitzada de la situació de cada persona. Es reconeix que el servei proporcionat pel SAD és només un ingredient i que per viure bé als seus domicilis i sentir-se part de la seva comunitat, les persones en situació de dependència requereixen un pla que contempli tots els possibles recursos, a més de les prestacions públiques de suport i de la cura informal prestada per un(a) cuidador(a) familiar principal (on n'hi hagi).

Els equips de benestar, com qualsevol SAD, proporcionen atenció directa a Activitats Bàsiques i/o Instrumentals de la Vida Diària, segons el pla d'atenció construït pels treballadors socials, però el seu compromís amb les persones a qui acompanyen té altres aspectes afegits.



Els cinc elements clau per al disseny d'equips de benestar són:

- Suport centrat en les relacions
- Un enfocament pel que fa a la persona i el seu benestar, no només en la cura personal
- Ajudar les persones a formar part de la comunitat
- Reclutament dels cuidadors professionals basat en valors
- Autogestió dels equips

Els equips de benestar atenen qualsevol perfil de persona dependent. Com molts proveïdors de SAD a Anglaterra, la seva demanda es basa en una combinació d'usuaris, finançats per l'autoritat local i autofinançats¹ dins d'una zona. Com en el model holandès de Buurtzorg, l'abast geogràfic dels equips de benestar es limita a una zona amb accés a tots els usuaris en 15 minuts, amb un equip d'entre 8 i 10 persones. Als professionals de l'equip de benestar que no condueixen se'ls ofereixen bicicletes elèctriques.

4.1 Avaluacions i plans d'atenció basada en les fortaleces

Els equips de benestar treballen en base a la idea que cada individu té forces o capacitats latents en la seva vida i en el seu àmbit local que poden ser millorades, coordinades, reforçades i dirigides cap a objectius específics i detallats per obtenir, pas a pas, millores en la qualitat i la sostenibilitat de la vida de l'individu (i de les persones més afectades per la dependència de la persona usuària, com els cuidadors familiars principals). Aquestes forces latents poden ser difícils d'identificar a primera vista ja que la vellesa i la dependència estan associades amb pèrdues acumulatives en relació amb la capacitat d'autocura, les xarxes socials, la mobilitat etc. Els cuidadors dels equips de benestar actuen com a facilitadors per crear plans d'atenció molt detallats, basats en els principis de coproducció (acompanyant les persones a prendre decisions sobre la seva vida) i mitjançant una "avaluació basada en fortaleces"

1. El terme "autofinançades" (*self-funders*) inclou tant els que no arriben al llindar de dependència necessari per rebre serveis finançats per l'estat com els que opten per no rebre'ls, per estar en franges de renda que impliquen un copagament màxim.

(*strengths based evaluation*). A diferència de **les avaluacions** realitzades pel personal de treball social, les avaluacions realitzades pels treballadors de l'equip de benestar **es duen a terme mitjançant interaccions repetides**, en lloc d'en una sola sessió. L'avaluació realitzada pels equips de benestar va molt més enllà d'abordar les necessitats de suport funcional, necessitats nutricionals, o problemes de seguretat a la llar. Els plans individuals **aborden com garantir que la persona percebi que la seva vida en el dia a dia és significativa i connectada**.

Per començar, els “treballadors de benestar” construeixen un vincle amb la persona durant les seves interaccions en les tasques de suport. Comprendre el que importa a cada persona es considera el component bàsic per abordar les seves necessitats. Un cop establert aquest enllaç, exploren repetidament els interessos, coneixements i capacitats de la persona, les seves aspiracions i motivacions; això revela les potencialitats de l'individu, pensant no només en l'objectiu de garantir la sostenibilitat de la permanència de la persona al seu domicili, sinó també com garantir que la persona percebi que la seva vida en el dia a dia és significativa i connectada. L'avaluació explora **les fortaleses de la seva xarxa de suport i vincles, que poden incloure amics, família, veïns, a més de professionals**. A banda de tractar d'estendre i coordinar el suport informal, els treballadors de benestar **busquen connexions entre les habilitats, els coneixements, els interessos i les motivacions de persones de l'entorn** amb els de la persona atesa. Els plans individuals especifiquen metes (petites o grans, de curt termini o de llarg termini), capaces de marcar diferències en la vida d'aquesta persona, i en aspectes que reconeixen elles mateixes com a importants, tenint en compte el que pot aportar l'entorn humà d'aquesta persona.

Els treballadors de benestar han de disposar d'un coneixement profund dels serveis comunitaris en l'àmbit local (entitats del tercer sector, atenció primària, grups informals, iniciatives solidàries gestionades per empreses etc.). Aquesta base de coneixement s'aplica, a més, durant l'avaluació per identificar possibles oportunitats per millorar la qualitat i la sostenibilitat de la vida de l'individu en combinació, a més d'altres possibilitats identificades per assolir els objectius de benestar de la persona. Finalment, l'avaluació comprèn una anàlisi del potencial de la teleassistència, com a font addicional per enfortir l'estabilitat i la resiliència del pla d'atenció (que es transmetrà a l'autoritat local).

4.2 Avaluació i seguiment

En el cas de les persones finançades pel sistema públic, cada usuari derivat a un equip de benestar arribarà amb un pla d'atenció (PIA) que especifica els resultats que cal obtenir i un “pressupost personal” que descriu la intensitat del servei finançat per l'autoritat local.

El PIA el desenvolupa un treballador/a social basat en: 1) necessitats elegibles establertes segons principis relacionats amb la dependència observada i la necessitat de prevenir més dependència i/o garantir el benestar (això es tradueix en una prescripció d'hores d'atenció setmanal i resultats que cal aconseguir), i 2) una estimació del cost que faci referència al pla d'atenció i al preu unitari mitjà i la quantitat (en hores) dels serveis que normalment cobririen aquestes necessitats.

Els equips treballen **dins i des del pla d'atenció desenvolupat per la treballadora social**. El compliment del PIA per part del equip de benestar del SAD serà avaluat per un treballador social als sis mesos, i a intervals que no excedeixin els 12 mesos a partir de llavors (Clements 2019), com per a qualsevol altre usuari o servei.

El PIA estableix el que se sol considerar com “resultats d'alt nivell” a assolir: allò que dona lloc als proveïdors de SAD - en aquest cas els equips de benestar - a definir un pla d'atenció personalitzat en detall. Però, en general, les entitats que presten SAD no s'involucren gaire en la posada a punt dels plans de suport dels usuaris o en l'avaluació addicional de necessitats. Si ho fan, tendeix a ser amb finalitats administratives o normatives i amb una implicació nominal de l'usuari i la seva família. Els equips de benestar es diferencien perquè consideren que això és una part **essencial** de la funció. A més, ho fan de manera molt global tenint en compte que el PIA només prescriu objectius de suport i atenció vinculats a necessitats elegibles i que no cobreix tot el que pot influir en el benestar de la persona.

Com dèiem, una prioritat fonamental dels equips de benestar és ajudar les persones a aconseguir “allò que els importa” (*what matters to them*), i assegurar que tot el que és important per a la persona es reflecteixi en l'atenció que rep.

Aquesta frase inclou aspectes com l'estat d'ànim de la persona, la salut física, la interacció social, les necessitats i preferències respecte a la cura personal, les tas-

ques domèstiques en què requereix ajuda, les finances, l'accés i els vincles amb la localitat, o les seves activitats de lleure preferides.

Comprendre el que més importa als clients és un procés llarg, però una característica distintiva dels equips és el nivell de detall i atenció que es presta per assolir aquest nivell de comprensió de cada usuari.

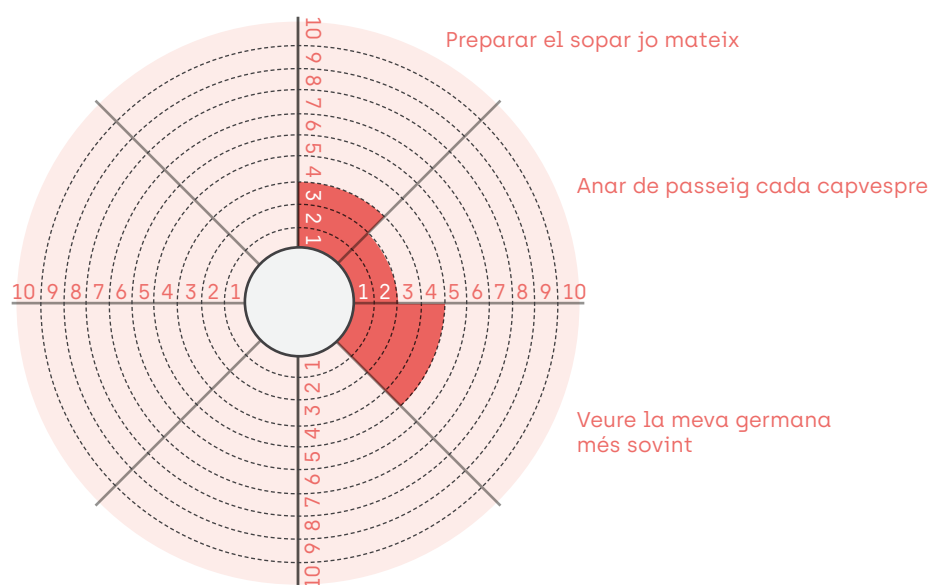
Una de les primeres coses que els membres de l'equip desenvolupen amb cada usuari és **un perfil d'un full** que descriu la persona, les seves necessitats i preferències. Aquest perfil es desenvolupa aplicant la metodologia i els valors de la coproducció i és definit per l'usuari. Aquest perfil d'un full el porten (digitalment) tots els membres de l'equip, no només per informar en cas de substitució, sinó també com a base de les comunicacions i les reflexions *interequip* sobre el treball (vegeu "gestió de l'equip"). També està disponible per a qualsevol membre de la família involucrat.

Altres informes breus desenvolupats amb la persona en les primeres etapes del treball inclouen: una breu història de vida, un resum de les persones importants per a la persona (família, amics, contactes professionals) i una descripció de la seva rutina diària (Figura 6). En conjunt, aquests informes coproduïts (i les converses que tenen lloc durant el seu desenvolupament) guien la conversa sobre "el que més importa".



Durant la seva conversa sobre "el que més importa", la professional (o el professional) dels equips de benestar treballarà amb la persona per completar una "roda del que importa". (Figura 6). Aquesta és una roda "en blanc" amb espai al voltant de la vora per indicar el que importa a la persona. Els objectius són completament individualitzats i definits per a cada persona. No es tracta de redefinir o resumir els objectius del PIA, sinó d'establir fins a 8 metes en aspectes que podrien realment canviar la qualitat de vida de la persona. A la Figura 6 se'n veuen tres exemples: el primer, relacionat amb l'autonomia (p. ex: preparar el sopar jo mateix); el segon, relacionat amb l'accés a l'aire lliure i a la natura (p. ex: anar de passeig cada capvespre); i el tercer, relacionat amb la participació social i vincles amb la família (p. ex: veure la meva germana més sovint).

Figura 6: La roda del que importa – *The What Matters Wheel*.



Font [Sanderson 2018a]

Paral·lelament a aquesta conversa, se'n duu a terme una de nova per reflexionar sobre “allò que no funciona” a la vida de la persona, vist des de diverses perspectives (Figura 7).

Un cop establertes les metes, el següent pas és traçar un full de ruta per assolir els objectius. En aquest punt, l'empleada (o l'empleat) dels equips de benestar ja tindrà un ampli coneixement de la xarxa de suport i vincles de la persona, de les seves fortaleses i deficiències. Les solucions per apropar-se a les metes no han de formar part de l'assistència prestada pels SAD dels equips de benestar. Tot depèn de què es tracti, quin tipus “d'intervenció” sigui necessària, en quin horari, i si pot ser interpretat com a part de PIA. Frequentment, les persones que intervenen per ajudar l'usuari a assolir els seus objectius poden ser persones de la xarxa o nous contactes que els equips de benestar els ajuden a establir, per exemple, mitjançant serveis comunitaris d'àmbit local. En alguns casos, els usuaris poden optar per autofinanciar el suport per treballar en algun (o alguns) objectius, i els membres de l'equip els donaran suport per veure quina és la millor manera de fer-ho. (Per exemple, podrien emprar part de la prestació estatal per a persones dependents anomenada *subsidi d'assistència*, que és completament independent de les prestacions de serveis).

D'aquesta manera, el treballador d'un equip combina, per dir-ho així, el paper de cuidadora professional amb una cosa semblant al de “coordinador d'àrea local” o “prescriptor social” (vegeu el *capítol 3*), paper que si existís en l'autoritat local seria font d'informació. En base al seu coneixement de les circumstàncies i les xarxes de la persona i en base a la seva implicació amb la persona, en el cas dels equips de benestar aquest paper és de

caràcter més intensiu i continu.

Dins del model d'equips de benestar, aquest rol de facilitador adreçat a ajudar les persones a mobilitzar els seus recursos inherents i a accedir als recursos comunitaris per promoure la inclusió social i el benestar s'ha conegut com el model de Cercles Comunitaris (*Community Circles*), avaluat econòmicament en treballs de LSE (London School of Economics and Political Science), (Wistow et al 2016).

La roda del que importa representa una de les eines enfocades específicament en l'aspecte d'assistir la persona a assolir objectius personals per marcar diferències en la seva vida.

Els equips de benestar fan una revisió de cada persona, després dels primers tres mesos i a continuació cada 6 mesos (és a dir, més freqüentment que les revisions per part de l'autoritat local).

Utilitzen la roda del que importa com a eina visual en el procés d'avaluar com han millorat les coses i esbrinar si ha canviat “allò que l'importa”. Es demana a la persona que qualifiqui quant a prop està d'aconseguir “allò que li importa” en cada afirmació (1 = vol aconseguir-ho i 10 = ho ha aconseguit). Si les metes encara no s'han aconseguit, tornaran a reflexionar sobre si les accions realitzades estan tenint o no l'efecte desitjat, quines són les barreres persistents i quines poden ser les possibles accions per continuar avançant cap a l'assoliment dels seus objectius (Figura 8). Un cop hagin aconseguit algun objectiu, tornaran a avaluar la situació utilitzant la roda de “el que importa”.



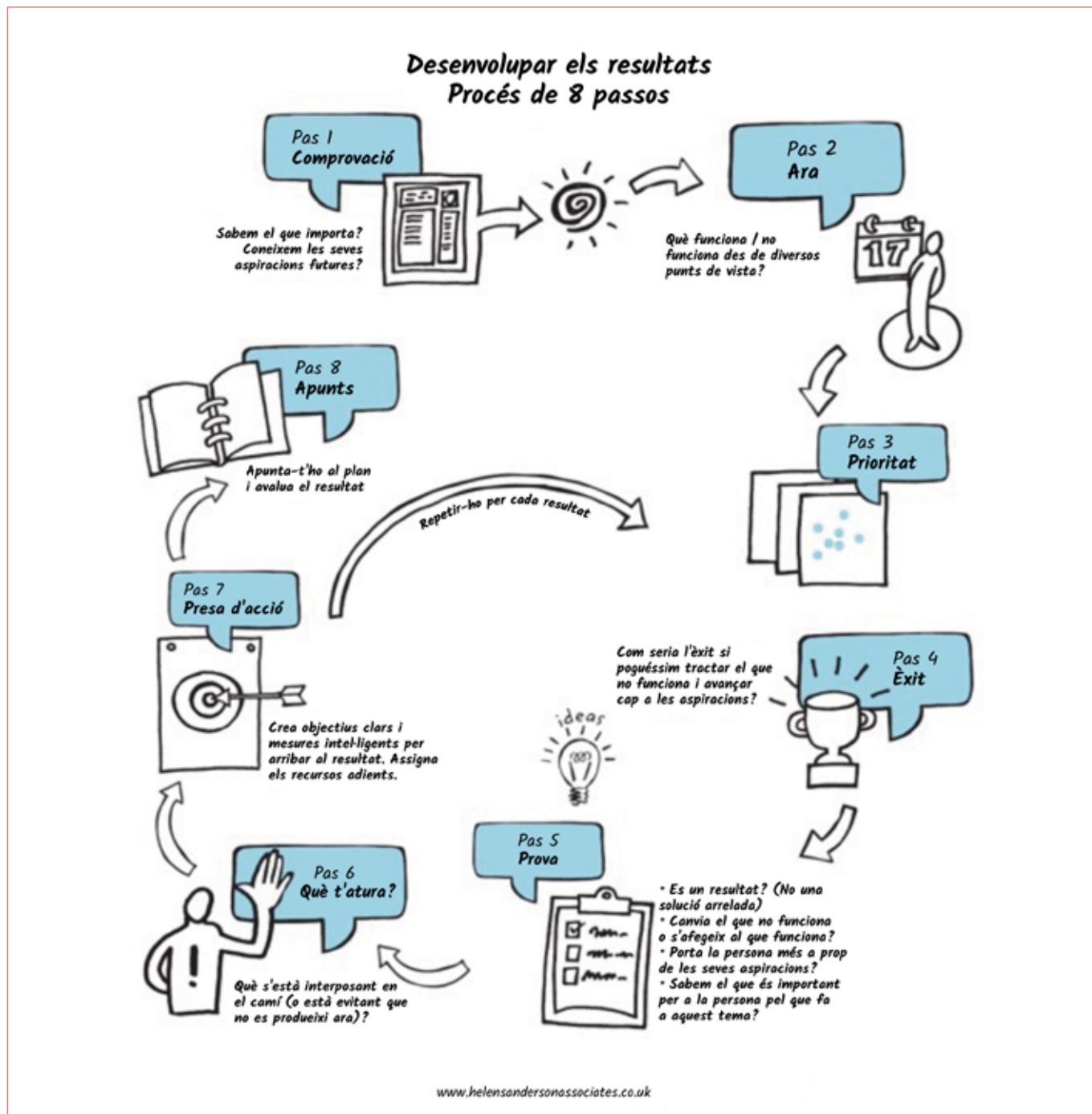
4.3 Fent que cada dia sigui especial

Un dels valors fonamentals del treball diari és que els membres de l'equip s'han d'esforçar per fer que cada dia sigui especial per a les persones que acompanyen. A banda d'actes improvisats, els membres de l'equip de benestar porten "kits de moixaines" amb articles de tocador perquè "cada dutxa pugui ser una sauna". Cada

setmana els membres de l'equip comparteixen els seus moments de benestar ensenyant als seus companys exemples de com han pogut fer alguna cosa especial per als usuaris.

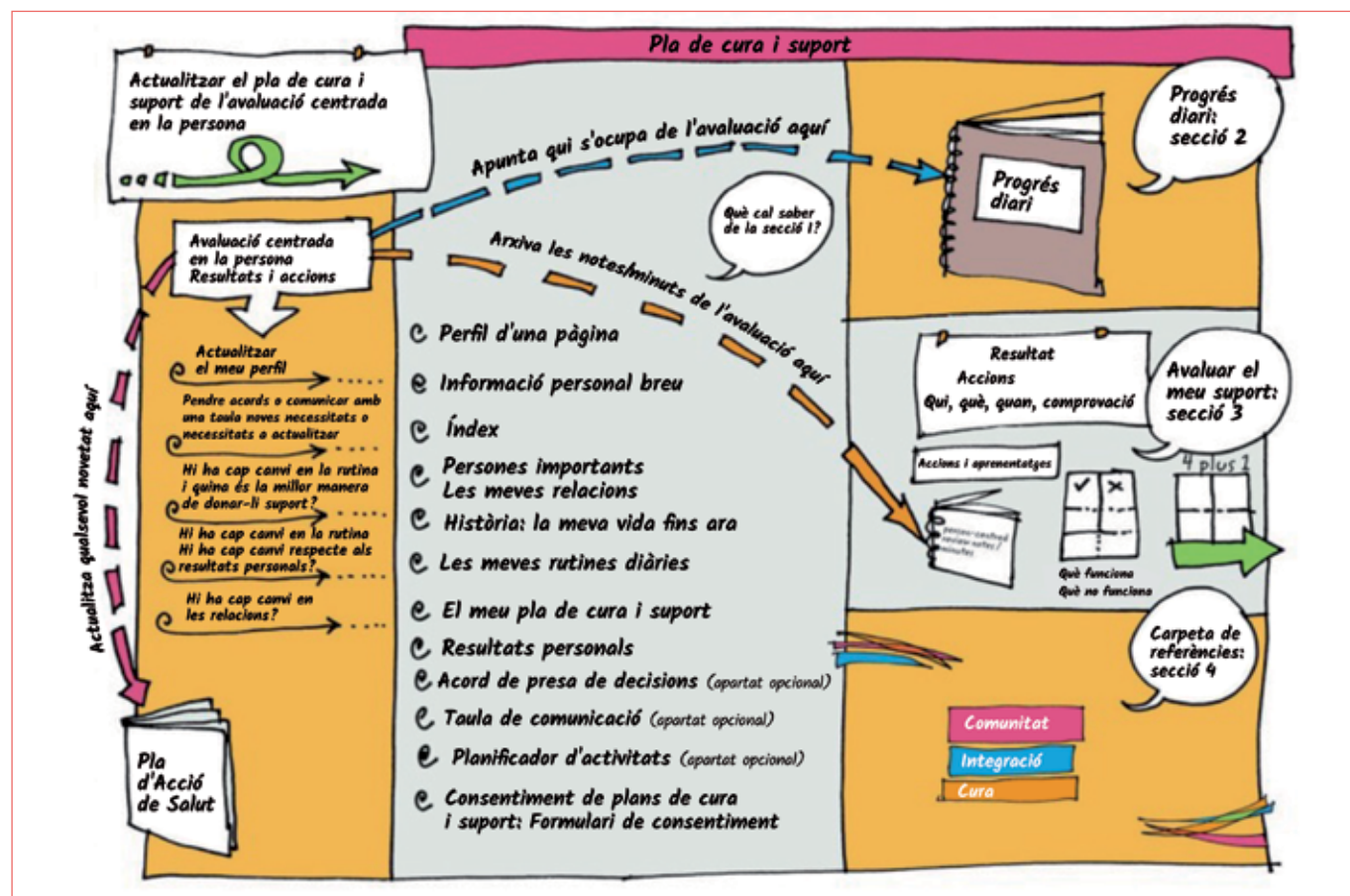
Els equips també desenvolupen un cronograma mensual d'esdeveniments de benestar, com ara grups de teixit, clubs de lectura, tes de la tarda...

Figura 7: El procés de vuit passos per desenvolupar els *outcomes* [resultats]



Font: Sanderson [2015]

Figura 8: Com realitzar l'avaluació, el seguiment i la revisió centrada en la persona



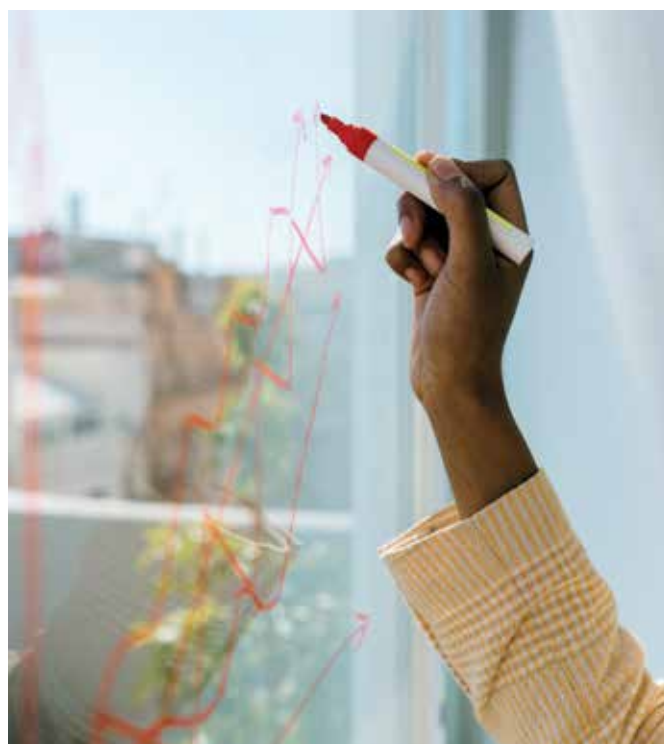
Font: Murphy [2015]

4.4 Gestió d'equip

El funcionament dels equips de benestar depèn molt de la qualitat del treball en equip i dels seus vincles amb la comunitat. Per tant, el model es basa en **petits equips de barri autogestionats**.

Els equips de benestar no tenen un gerent tradicional. Els rols que exerciria un gerent són compartits pels membres de l'equip segons les capacitats. Això inclou la programació, reclutament, màrqueting i comunicacions. Treballar d'aquesta manera es considera útil per apropar les decisions del dia a dia a les persones que acompanyen.

El "benestar" del seu nom ve no només del benestar de les persones a qui presten suport, sinó també del benestar dels seus treballadors, que reben **formació i supervisió contínua**. Aquesta es basa en els valors de l'empresa i inclou treballs orientats en equip, designats com a "zones d'aprenentatge", "cercles de governança", "converses valentes", etc.



Es promou una cultura de treball oberta. Cada setmana es revisen “en grup” els progressos, èxits i dificultats experimentades amb els usuaris. Moltes d’aquestes converses tenen lloc virtualment. Per exemple, aprofiten les possibilitats que ofereixen les plataformes digitals per crear canals de comunicació on, entre altres coses, animen els membres del personal a compartir les seves experiències laborals i idees (Caixa 13). Així estableixen a través d'exemples positius “normes de treball” i promouen el treball i compromís en equip, cosa que la creadora dels equips de benestar, Helen Sanderson, descriu com “portar tot el teu ésser al treball”. Aquesta filosofia es promou, entre altres coses, mitjançant l'intercanvi de “perfils d'una pàgina”. Cada membre del personal ha de completar el seu propi perfil en unir-se a l'equip. El perfil de cada membre del personal té com a objectiu copsar allò que la persona creu que els altres aprecien d'ella/ell, allò que els importa i allò que perceben com les millors formes per donar suport a la feina. S'anima el personal a compartir informació sobre allò que els interessa i els preocupa a la seva vida, tant personal com professional. Es consideren un mitjà per fomentar l'estima mútua, crear un sentit de pertinença al grup i ajudar l'equip a trobar les millors maneres d'utilitzar els talents dels seus membres i donar suport al benestar de cadascú (Figura 9).

Caixa 13: Aplicacions per Smartphones i plataformes digitals utilitzades pels equips de benestar

- **Slack** - Per mantenir l'equip en contacte dia a dia. Això inclou un canal de “moments” on els membres de l'equip comparteixen com estan intentant alegrar el dia a les persones i un canal de “els divendres” en què les persones comparteixen el que ha sortit malament durant la setmana i el que n'han après.
- **Peakon** – Una aplicació dissenyada per encoratjar la participació dels empleats i promoure la integració d'equips treballant en remot que s'integra amb l'aplicació Slack. És particularment útil per mesurar el benestar dels equips i per a enquestes que recullen les opinions dels empleats.
- **Loomio** - Un programari que ajuda grups en els processos de presa de decisions de manera conjunta. És utilitzat pels equips de benestar per emmagatzemar documents i desenvolupar una votació transparent sobre assumptes diversos.
- **Trello** – Una aplicació per Smartphones per crear i gestionar projectes, organitzar tasques i fomentar un treball conjunt i col·laboratiu des d'un mateix lloc.
- **Google Docs** - Per compartir registres de reunions i altra informació.

• **Aplicacions per promoure la creativitat** – com *Touchnote* per crear cartes postals.

• **Aplicacions d'informació essencial** – p.e., una aplicació sobre *Safeguarding* de l'NHS (*National Health Service*). L'aplicació *NHS England Safeguarding* és un recurs dissenyat per a professionals de la salut, cuidadores i persones del públic per familiaritzar-los amb els requisits de protecció (*safeguarding*). L'aplicació proporciona informació sobre com registrar una inquietud, dona informació sobre la legislació vigent, les recomanacions i els processos de recerca. També ofereix un directori de contactes per a cada autoritat local a Anglaterra, que es poden cercar per regió.

Cada equip designa rols als seus membres, com ara “navegador de la comunitat” (Caixa 14), “planificador de visites i rutes”², “representant en tecnologia assistencial”³ i “el coordinador de reclutament”⁴, d'acord amb les seves fortaleces i interessos identificats a l'orientació. Aquests rols es mantenen entre 6 i 12 mesos i després es roten. Altres rols assumits pels membres de l'equip són formatius. Així, cada rol específic és facilitat per un altre membre de l'equip. Per exemple, la funció de “navegador de la comunitat” està dirigida pel “connector del cercle de la comunitat”, que el supervisa durant els primers tres mesos o fins que sigui capaç d'exercir el paper de manera autònoma. L'**entrenador de l'equip** és el responsable de l'orientació del personal i la resolució de problemes, entre d'altres coses (Caixa 15).

L'èxit de l'autogestió dels equips de benestar depèn de cinc dinàmiques clau (Sanderson & Gill 2020):

La seguretat psicològica - que permet als membres de l'equip prendre riscos i mostrar la seva vulnerabilitat entre ells.

La confiança - entre l'equip, per fer les coses a temps i amb una qualitat alta.

L'estructura i claredat - cada membre de l'equip té rols, metes i plans clars.

El significat del treball - el treball té una importància personal per a cada membre de l'equip.

2. El “planificador” de rutes té la responsabilitat d'optimitzar els desplaçaments entre usuaris en col·laboració amb l'equip i d'acord amb l'assignació de personal establert i necessari cada dia.

3. La persona de referència per a tecnologia assistencial és responsable d'ajudar altres membres de l'equip a identificar usos potencials de la tecnologia que augmentin l'autonomia i el benestar dels usuaris.

4. El coordinador de reclutament assisteix l'entrenador de l'equip a identificar possibles candidates (o candidats) per cobrir places a la plantilla.

L'impacte del treball - els membres de l'equip creuen que el seu treball és important i que genera canvis i beneficis per als usuaris i els seus familiars.

Els equips de benestar han estat premiats per l'excel·lència i la innovació en gestió d'equip (Sanderson 2018c), com s'explica a continuació. Els rols addicionals assumits pels membres de l'equip representen una oportunitat per millorar la distribució d'horaris combinant el treball amb l'horari específic i el treball en horari flexible.

Caixa 14: El rol del "navegador comunitari" als equips de benestar

El "navegador comunitari" és un paper que comparteix moltes característiques amb el dels prescriptors socials o els coordinadors de l'àrea local [vegeu capítol 3]. Un navegador comunitari encoratja i ajuda els usuaris a assistir a grups, activitats i serveis a la comunitat que puguin ajudar-los a millorar el seu benestar. El paper de "navegador comunitari" té l'origen en els serveis per a persones amb malalties mentals i la seva efectivitat per a persones grans en situació de solitud no desitjada ha estat comprovada [Lloyd Evans et al 2020]. Segons

Lloyd Evans et al [2020], el "navegador comunitari" sol actuar en tres components principals. Primer, fa un mapa de les persones, llocs i activitats que l'usuari identifica a priori com a importants utilitzant una eina de mapatge de xarxes. El "navegador comunitari" ajuda la persona a identificar els seus interessos, les relacions actuals, els mitjans per enfortir les relacions existents i les àrees potencials per a noves activitats socials. Es crea així un "Pla de connexions" que identifica objectius per augmentar la connectivitat i les relacions socials i passos per assolir-los. El "navegador comunitari" també pot oferir ajuda pràctica o suport per assolir aquests objectius: localitzant activitats socials i grups que encaixen amb els interessos i la identitat social de la persona, planificant un viatge o acompanyant un participant a un nou esdeveniment social o normalitzant i resolent contratemps o desafiaments. En tercer lloc, els "navegadors" organitzen reunions de grup amb altres usuaris oferint a les persones l'oportunitat de conèixer-se, entaular amistats i compartir experiències, recomanacions sobre grups locals i oportunitats socials. Dins del context d'un equip de benestar, tots els processos de "navegació comunitària" es desenvolupen de forma complementària a les altres actuacions, evitant la repetició de converses i informació i s'inclouen dins de l'avaluació continuada de l'impacte del servei sobre el benestar de la persona.

El "navegador comunitari" assignat a cada moment rep formació específica de l'entrenador de l'equip i el suport dels membres de l'equip que han tingut experiència en aquest rol en rotacions anteriors.

Figura 9: Els beneficis de desenvolupar un perfil d'una pàgina i compartir-lo entre companys



Font: Sanderson & Gill 202

Caixa 15: El paper de l'entrenador de l'equip als equips de benestar

Els equips de benestar són singulars, ja que donen a cada equip responsabilitat i autonomia per organitzar el seu propi treball i donar suport a les persones de la millor manera possible. Els membres de l'equip necessiten treballar en col·laboració, respectant les seves diferències i resolent problemes junts.

Treballar així serà nou per a la majoria de les persones que aconsegueixen un lloc de treball en un equip de benestar. Segons la fundadora del model, Helen Sanderson, això ofereix als treballadors una oportunitat per créixer i desenvolupar-se tant personalment com laboralment. Hauran de tenir cura de si mateixos i donar suport als seus companys, acordant formes de treball conjunt i fent-se responsables els uns dels altres. L'entrenador de l'equip té un paper clau en el desenvolupament de l'equip.

1. Entrena els membres de l'equip, individualment i com a equip, perquè aprenguin a reflexionar críticament i guanyin capacitat i confiança en la capacitat d'autoorganització.

Proporciona retroalimentació constructiva i suport pràctic, per exemple, a la recerca de companys per desenvolupar habilitats d'acord amb els plans de desenvolupament individuals i d'equip. Té una presència activa en l'aplicació digital *Slack*, per mantenir l'equip en contacte dia a dia i impulsar els membres de l'equip a desenvolupar bones relacions, basades en l'amabilitat, la generositat i el respecte. També treballa per encoratjar i ensenyar l'equip a prendre decisions, ser responsable de planificar i crear oportunitats per a la millora continua i crear un entorn de treball feliç i saludable utilitzant la retroalimentació, les aplicacions *Peakon* i *Slack* i les reunions de l'equip.

2. Cofacilita el treball en equip

Observa allò que funciona i allò que no dins dels equips i en l'organització en general, i ajuda a identificar accions apropiades per resoldre problemes i activar allò que funciona, tant en grup com a través de l'avaluació setmanal amb membres individuals de l'equip. Dona suport als equips a crear un entorn segur i confidencial on puguin cabre converses franques entre els membres de l'equip. Ajuda amb la comunicació, per assegurar que els missatges siguin clars i que es comuniquin de manera que protegeixi el benestar de l'equip.

3. Proporciona feedback

Aporta comentaris cada 7 dies a cada membre de l'equip en una proporció de 5: 1 d'agraïment i suggeriments constructius de canvi. Proporciona comentaris estructurats a l'equip cada semestre com a part de la revisió del pla d'equip.

4. Dona suport a l'equip i als seus membres perquè aprofitin les reunions de grup

Ajudarà el facilitador de la reunió a ser competent i segur en la seva funció. Treballarà amb el ponent durant i després de la reunió per ajudar-lo a detectar oportunitats i desenvolupar el pla d'equip.

5. Assegura que tots els membres de l'equip parin atenció al seu benestar.

Proporciona sessions de desenvolupament per a tot l'equip i assessora cada membre de l'equip en el desenvolupament del pla de benestar propi. Dona suport a l'equip en la presa de decisions sobre com gastar de la millor manera el "pressupost de benestar" assignat a l'equip.

6. Proporciona un exemple a seguir.

Predica amb l'exemple i demostra com treballar dins d'un equip autogestionat, parant atenció al propi benestar i al dels seus companys.

7. Dona suport al reclutament i l'orientació de nous membres de l'equip.

Dona suport al coordinador de reclutament i la resta de l'equip a utilitzar processos de reclutament i orientació basats en valors, i per prendre decisions junts.

8. Facilita la rotació de rols estesos dins de l'equip.

Encoratja els membres de l'equip a nominar i presentar-se per als rols estesos. És responsable d'orientar cada empleat en aquests rols i aparellar els membres d'equip que han tingut experiència del rol en rotacions anteriors amb els que acaben d'accedir al rol, per compartir-ne els coneixements i l'experiència.

9. És un membre proactiu de la comunitat d'entrenadors d'equips de benestar

Contribueix al desenvolupament i intercanvi de nous coneixements i pràctiques al camp.

Adaptat de: Wellbeing Teams (2018) Role description Wellbeing Team Coach. Disponible en xarxa: <http://wellbeingteams.org/wp-content/uploads/2018/03/Team-Coach-Role-description-FINAL-9.3.18.pdf>

4.5 Reclutament dels equips

El model d'equips de benestar fa servir nous mitjans per contractar cuidadors professionals. Per establir si un candidat potencial "encaixa", ofereixen als candidats l'oportunitat de conèixer l'equip, els seus membres i el treball a través de tallers dissenyats perquè els candidats demostrin els seus valors i competències (Sanderson 2021). Així, per exemple, els candidats poden discutir amb l'equip sobre situacions hipotètiques (usant targetes de "què passaria si"). Altres mètodes utilitzats són encara més inusuals. Per exemple, per avaluar la competència de "toc compassiu", demanen als candidats que facin a algú un massatge a la mà seguint instruccions escrites. Una part central de la sessió és la presentació d'ells mateixos i altres membres de l'equip. Per presentar-se, a cada candidat se li demana que desenvolupi el "perfil d'una pàgina" amb anticipació. Per



mesurar la capacitat d'autoreflexió d'un candidat, se'ls demana que reflexionin cap al final del taller sobre alguna cosa que hagin après sobre ells mateixos a través del procés i quelcom que hagin après sobre l'equip. El treball en equip es pot avaluar mitjançant exercicis grups com l'activitat de construir una torre d'espagueti.

Tot i el seu estil poc ortodox d'avaluar candidats potencials, els equips de benestar han estat el primer SAD a posar en pràctica el "reclutament basat en valors", ara recomanat com a millor pràctica per *Skills for Care*, l'organisme que supervisa i avalua la força laboral dels cuidadors professionals a Anglaterra.

El reclutament basat en valors (VBR) té com a objectiu trobar persones que estiguin disposades i interessades en "ajudar d'altres" d'alguna forma, i amb **valors i capacitats compatibles** amb la promoció d'autonomia i cures dignes i centrades en la persona, com poden ser les competències transversals o "habilitats toves" (*soft skills*), que poden incloure l'habilitat de prendre decisions, el compromís, habilitats de comunicació interpersonal, la compassió i l'empatia, la intel·ligència emocional i la flexibilitat, (p.e., saber adaptar-se a les circumstàncies i no témer els nous desafiaments), i capacitat en la gestió de temps incloent-hi la delegació.

Els mètodes de reclutament basat en valors utilitzen tècniques innovadores i indirectes per trobar candidats potencials i per identificar persones amb valors i capacitats compatibles amb el treball de cuidador professional, que no hagin entrat en el mercat laboral de cures professionals per la raó que sigui (preconceptes, prejudicis, disponibilitat limitada, manca de coneixement de la varietat de treballs que existeixen i maneres d'accedir etc.). Com a tal, la recerca de candidates es fa, sense prejudicar sobre l'edat, el nivell educatiu, les ocupacions anteriors o el temps disponible de la persona, i oferint l'oportunitat de participar en tallers i esdeveniments per poder considerar la possibilitat de treballar com a cuidador professional i aprendre'n.

Segons els estudis elaborats per l'organisme que supervisa i avalua la força laboral dels cuidadors professionals a Anglaterra, el VBR és eficaç per trobar individus que tinguin qualitats per ser cuidadors excel·lents. La rotació és menor i la capacitat costa menys i és més efectiva entre el personal contractat mitjançant el reclutament basat en valors (*Skills for Care* 2020).

Als equips de benestar, al voltant del 85% de les persones que contracten venen de fora de l'àmbit de cures professionals (Sanderson 2018 b,c), contribuint així a un creixement de la població activa del sector. Els membres de l'equip han inclòs persones l'experiència prèvia de les quals ha estat en l'àmbit de la puericultura, perruqueria, dependents comercials i auxiliars d'ensenyament/educació infantil.



El model dels equips de benestar ha estat valorat positivament per apropar les persones al sector de cures, retenir-les i oferir-los condicions de treball dignes. La rotació als equips de benestar és inferior al 5% i la taxa d'absentisme, un terç de la mitjana nacional (*Centre for Public Impact* et al 2021).

Segons el model d'autogestió, els equips de benestar no tenen un departament de recursos humans. La responsabilitat és compartida i liderada pel coordinador de reclutament amb el suport de l'entrenador de l'equip. Tots els membres de l'equip participen en l'avaluació de candidats.

4.6 Formació

A Anglaterra, la responsabilitat de proporcionar formació inicial la tenen els serveis d'atenció domiciliària (SAD). La formació de base és el "Certificat de cures" (CA – *Care Certificate*), considerat com un punt de partida, "el començament d'una carrera professional en l'atenció" (vegeu *capítol 2* per a més informació).

El certificat de cures s'exerceix amb referència a un marc relativament flexible que permet als ocupadors adaptar-lo a la forma de treballar i al camp de treball.

Una característica pertinent del "Certificat de cures" és el seu enfocament sobre els valors professionals i les *soft skills*, a més de les habilitats tècniques bàsiques. El CA és prou genèric per poder adaptar-se a cada entorn de treball individual. S'espera que els ocupadors desenvolupin el CA amb cada empleat fent servir l'eina d'autoavaluació.

Després del certificat de cures hi ha diverses opcions per ampliar la formació als instituts de formació professional, que permeten treballar com a auxiliar d'infermeria al sector sanitari, com el *National Vocational Qualification* (vegeu *capítol 2*).

Tots dos tipus de formació són recolzats pels equips de benestar. Tot i això, els equips estan més reconeguts pel seu desenvolupament de rols estesos i responsabilitats compartides entre els membres de l'equip, que es faciliten mitjançant mètodes nous i supervisió contínua. Actualment no hi ha plans externs de capacitació que cobreixin o reconeguin formalment els rols estesos assumits pels membres dels equips de benestar.



4.7 Ús de la tecnologia

Els equips de benestar són organitzacions la documentació de les quals és completament electrònica i que aprofiten la tecnologia. Tots els membres de l'equip compten amb un Smartphone i assignació de dades per poder accedir a tota la informació que requereixen durant els torns de treball i per poder estar en contacte amb tot l'equip, a més dels usuaris i els seus familiars segons la necessitat. Per a aquest propòsit utilitzen diverses aplicacions digitals per a Smartphones per guardar i mantenir els plans d'atenció i suport, i a través de les quals els familiars poden accedir al pla i es faciliten les comunicacions entre els membres de l'equip.

L'equip està capacitada per ajudar les persones a fer servir Alexa⁵ per a tasques pràctiques; els exemples inclouen carregar la bateria d'una cadira de rodes, tancar cortines, apagar llums, fer servir Alexa per a recordatoris, reproduir música i audiollibres...

5. Alexa és un assistent virtual, amb un altaveu intel·ligent que té un potencial divers per a persones en situació de dependència.

Els equips han provat l'ús de la tecnologia portàtil (*wearables*). Treballen amb la plataforma *MySense*, que utilitza intel·ligència artificial (IA) per analitzar milers de punts de dades per persona cada dia i aprendre sobre els comportaments individuals relacionats amb la nutrició, la hidratació, la independència, l'activitat i una sensació general de benestar, i capta informació mitjançant un rellotge intel·ligent i sensors passius que es col·loquen discretament al voltant de la casa de l'individu per capturar patrons de comportament de benestar.

Els equips han proposat als usuaris del servei un gat robot com a companyia o han ajudat un usuari del servei amb problemes de dolor crònic mitjançant un casc de realitat virtual.

4.8 Finançament i sostenibilitat

Els equips de benestar han crescut com a conseqüència de dos tipus de finançament. En primer lloc, al mercat lliure, dirigint la seva oferta de serveis a les persones que reben fons públics mitjançant els pagaments directes i a les persones autofinançades (servei privat), tots dos resultant en contractació individual (*individual commissioning* – vegeu Wistow, Waddington & Davey 2011-). Aquesta via és la manera més comuna en què les noves empreses de SAD es desenvolupen, degut al fet que els concursos de licitació afavoreixen fortament les empreses establertes amb una trajectòria contrastada.

Tot i això, després d'establir una reputació d'atenció centrada en la persona d'alta qualitat, els equips de benestar han ofert i han estat guanyadors en el procés de licitació en algunes autoritats locals (p.e., en l'autoritat local de Thurrock). Malauradament, han trobat problemàtica la contractació mitjançant la licitació pels preus tan ajustats pagats per les autoritats locals, que, segons Helen Sanderson, són "incompatibles amb la sostenibilitat del model". Aquests preus són justificats, segons les administracions, pel seu compromís amb un volum de servei, però no s'han mantingut al dia respecte als costos de prestar serveis tenint en compte els creixents costos laborals i el perfil dels usuaris (NAO 2021).

En canvi, quan presten serveis a les persones usuàries que contracten el servei directament, poden aplicar un preu per hora que consideren sostenible (si això supera la tarifa per hora prestada als usuaris dels pagaments directes, la diferència la paga la persona usuària o la família).



Una nova via de finançament és mitjançant un contracte de suport amb l'autoritat local utilitzant un mecanisme anomenat Fons de Serveis Individuals (*Individual Service Funds*, ISF, vegeu Annex). El model dels fons de serveis individuals encara és als seus inicis a Anglaterra, però bàsicament implica un acord bidireccional entre autoritat local i proveïdor i entre el proveïdor i l'usuari. Cada acord és individual amb finançament a través del pressupost personal que es transfereix al proveïdor (vegeu el capítol 2).

El contracte de suport regula: 1) l'actuació del proveïdor de SAD com a intermediari en la gestió i la planificació d'atenció i en la utilització dels fons, 2) la flexibilitat amb què el proveïdor de SAD pot utilitzar els fons, i 3) la possibilitat de subcontractar atenció a altres "proveïdors", definits en el sentit més ampli. El SAD proveïdor del model ISF comporta la responsabilitat d'informar l'autoritat local de la despesa amb periodicitat mensual (o trimestral). Un dels elements de la flexibilitat que permet el contracte de suport entre autoritat local i proveïdor del SAD és "l'estalvi" de fons per poder-los utilitzar per a objectius específics en el futur, sempre que estiguin

relacionats amb les necessitats elegibles. S'anticipa que el proveïdor de SAD proporcionarà part de l'atenció directa, però també que subcontractarà atenció a altres "proveïdors" quan sigui en el millor interès de l'usuari. Aquests proveïdors podrien incloure una microempresa comunitària (vegeu el *capítol 3*), una entitat del tercer sector, o un altre tipus de professional. Una de les característiques clau del disseny dels fons de serveis individuals és que es conceben com una forma de contractar els proveïdors de SAD que respon al desenvolupament de "rols addicionals" assumits per certs proveïdors, com la facilitació o intermediació dels equips de benestar (veure *capítol 2*). Així es pot incloure certa compensació extra, que ajuda a equilibrar els costos addicionals de la feina. També permet la incorporació de finançament sanitari si la persona és elegible per a atenció sanitària de continuïtat⁶ (*continuing health care* o *continuing care*). És per aquestes raons que el desenvolupament de fons de serveis individuals és molt benvingut com un mitjà per compensar millor a SAD, com ara els equips de benestar. Alhora, permet que els casos més complexos, amb necessitats socials i sanitàries, es puguin beneficiar del suport d'un equip de benestar.

Un aspecte clau del model d'equips de benestar és la preocupació pel benestar del seu personal, a banda del seu compromís ampli i innovador en els aspectes de gestió, formació i supervisió ja esmentats anteriorment (*Centre for Public Impact* 2021). Aquesta preocupació es manifesta en ser l'únic SAD que paga als treballadors de cura per torns complets de 7 hores amb una taxa superior al salari mínim. Aquest compromís crea reptes financers, atesos els preus d'abonament aplicats als SAD. Per mantenir la sostenibilitat financera amb el que paguen les autoritats locals, els equips de benestar han calculat que han d'aconseguir que el 85% del temps del personal sigui temps de contacte directe amb els



usuaris. Això és difícil d'aconseguir a la pràctica, atès l'abast limitat de l'atenció prescrita per les autoritats locals. Tot i això, els equips han desenvolupat maneres de fer-ho possible.

- S'utilitzen períodes d'inactivitat -com de 11:00 a 12:00- per a reunions d'equip, mentre que la majoria dels SAD no pagarien als seus treballadors en aquests moments.
- Ofereixen funcions i beneficis afegits complementaris, més enllà dels establerts al PIA, seguint un model d'atenció domiciliària plus que aborda els problemes sistèmics amb l'atenció domiciliària tradicional, i ofereix **beneficis addicionals** relacionats amb les necessitats de segon ordre (vegeu *Caixa 2, capítol 2*). Com hem esmentat, l'atenció personalitzada incorpora aspectes com ara la "navegació comunitària" (semblant a la prescripció social) el valor de la qual ha estat reconegut (vegeu *capítol 3*).
- Exploren les possibilitats d'integrar la seva atenció domiciliària amb l'atenció sanitària, capacitant els membres de l'equip per seguir plans d'atenció en conjunt amb personal clínic, com ara els terapeutes ocupacionals, els fisioterapeutes i les infermeres comunitàries.
- Operen a través del model d'autogestió, la funció del qual es desprèn dels rols addicionals assumits pels membres de l'equip ("navegador comunitari", planificador de visites i rutes, representant en tecnologia assistencial i el coordinador de reclutament), i que redueix significativament els costos indirectes del servei i assegura l'aprofitament dels torns complets.

⁶ "L'atenció sanitària de continuïtat" és una font de finançament destinada a persones de 18 anys o més, vivint a la comunitat, les necessitats de les quals, resultat d'una discapacitat, accident o malaltia, han estat categoritzades a través d'una avaluació estandarditzada com a "necessitats" de salut primària". L'elegibilitat per a "atenció sanitària de continuïtat" denota que les necessitats d'atenció de la persona afectada són d'una naturalesa que excedeix la responsabilitat dels serveis socials, passant la responsabilitat sobre les necessitats de la persona de l'autoritat local al sistema nacional de salut (vegeu Annex). L'atenció sanitària de continuïtat no imposa límits als entorns en què el finançament pot ser destinat, ni als tipus de suport, o als serveis que s'han de prestar, llevat que els serveis proporcionats s'han de veure en el context de les millors pràctiques per a cada grup de clients (*Department of Health & Social Care* 2012). Des de l'any 2014, el finançament per a l'atenció continua per a la salut pot ser prestat com un "pressupost personal per a la salut" utilitzat com un pagament directe i/o un fons de serveis individuals (vegeu *capítol 2*).

4.9 Resultats i reflexions

Els equips de benestar s'han avaluat molt positivament en relació amb el compliment dels objectius dels usuaris i la resposta a les necessitats, així com en índexs relacionats amb la situació dels seus treballadors, rotació, satisfacció etc. El primer any en servei va ser avaluat com a model d'excel·lència per l'organisme regulador (CQC), un valor que habitualment reben un 4% de proveïdors i mai el primer any de servei (Sanderson & Lowe 2021). En l'informe públic, els inspectors del CQC van escriure (Sanderson & Gill 2020):

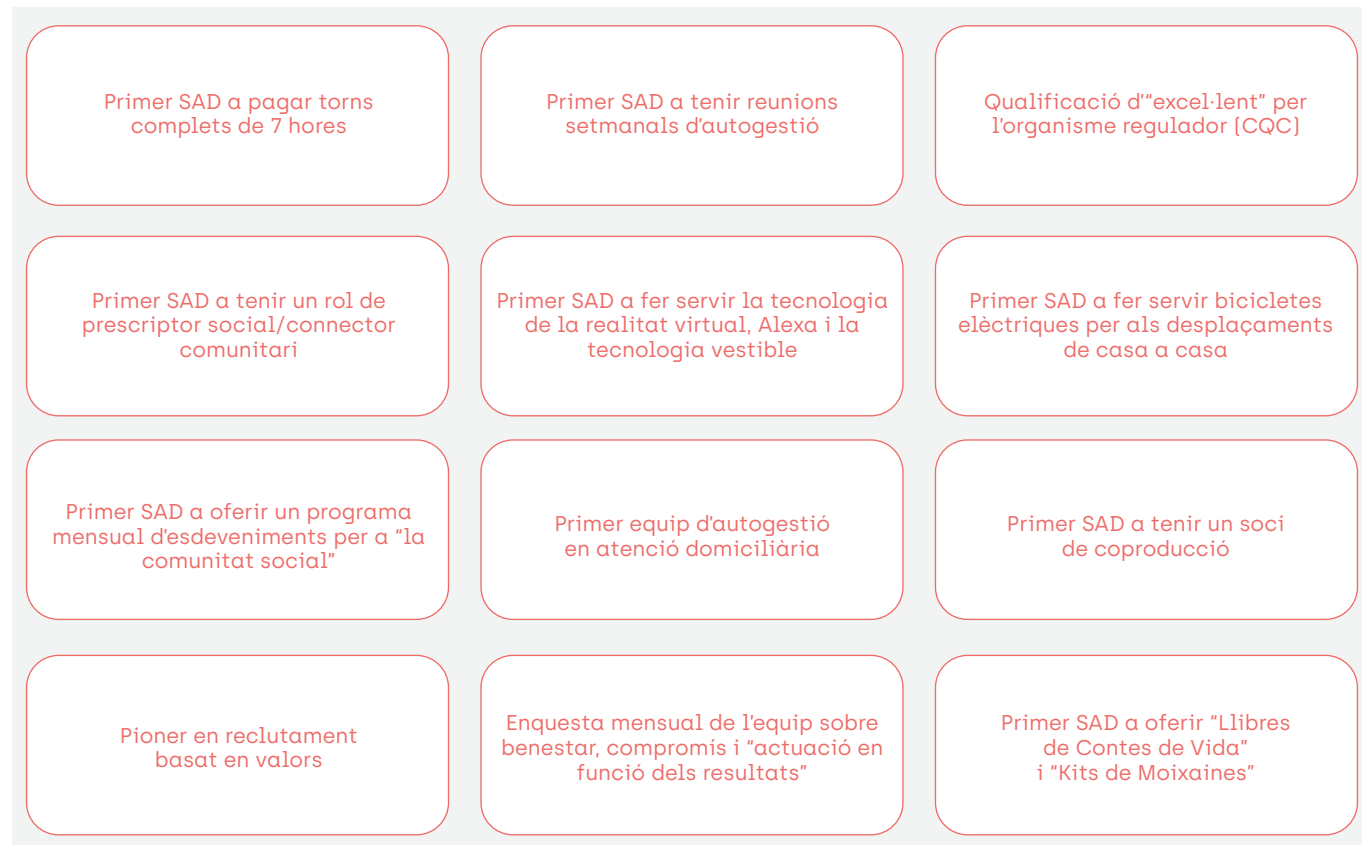
“Les persones (usuaris) ens van dir que eren socis de la cura i tenien control sobre el suport que tenien. El servei, sense excepció, va respectar les decisions de les persones i va trobar formes innovadores i afectuoses de donar suport a les persones... les persones van dir que coneixien bé els seus treballadors del benestar i que anaven més enllà del que normalment se n'esperaria “.

El model ha guanyat diversos premis i és considerat el model de referència per al futur dels SAD (Figura 10),

ja que incorpora els principis de prevenció en un model de cures que fomenta i enforteix la connexió dels usuaris amb les comunitats. Fins ara, no s'han realitzat avaluacions sistemàtiques dels resultats dels usuaris, però l'avaluació sobre un dels projectes pilot dels equips de benestar ha indicat que els usuaris dels equips de benestar tenen cinc vegades menys probabilitat d'acudir a la seva metge de capçalera que els usuaris de SAD tradicional (Centre for Public Impact et al 2021). Se suposa que el model té beneficis amplis per a la qualitat de vida dels usuaris a curt i llarg termini i per a l'erari públic. S'està treballant per rastrejar l'impacte longitudinal dels equips de benestar en comparació amb el SAD tradicional.

Ja el 2015, els equips de benestar donaven suport a unes 4500 persones a l'any a Anglaterra i continuen creixent, però el seu creixement s'ha vist obstaculitzat per desafiaments financers que han contribuït a l'escassa aplicació dels fons de serveis individuals com a manera de contractar els SAD per promoure la flexibilitat, compensar el valor afegit del servei i assegurar-ne la sostenibilitat.

Figura 10: Assoliments del model dels equips de benestar



Font: Sanderson [2020]



En algunes autoritats locals, se li ha demanat a Helen Sanderson Associates que reorienti el SAD existent cap al model de benestar, típicament com a projectes pilot. En general, la lliçó ha estat que és molt més viable crear

equips en lloc de reorientar els equips a causa de les formes de treball arrelades. Tot i això, l'experiència ha donat lloc a reflexions sobre el paper de l'autoritat pública en *Projectes Transformadors* amb SAD resumits a la *Taula 2*.

Taula 2: Reflexions sobre el paper de l'autoritat pública dins d'un projecte transformador per poder reorientar un SAD existent cap al model de benestar

Paper tradicional de l'autoritat pública als projectes pilot	El que es requereix per establir noves maneres de brindar els SAD...
Especificar detalladament les expectatives des del principi [per exemple, hores d'atenció]	Abordar la implementació com un procés d'aprenentatge en acció. Entendre que aconseguir un model operatiu viable requereix experimentació i avaluació continuada
Gestionar la implementació pas a pas, incloent: a) la concepció del projecte, b) la posada en marxa i, 3) l'avaluació de model	
Identificar durant la planificació del projecte i abans del seu inici objectius predeterminats per avaluar-ne l'èxit	Estar disposat a identificar i desenvolupar noves mesures i indicadors per mesurar l'èxit del projecte, a través del procés d'aprenentatge i a mesura que sorgeixen i evolucionen les metes i els enfocaments del projecte.
Mantenir-se a una distància per assegurar independència i objectivitat	Col·laborar amb els proveïdors com a part integral del procés de descobriment, interpretació, priorització i aprenentatge actiu.
Utilitzar els processos de rendició de comptes per responsabilitzar els proveïdors	Emfatitzar la reciprocitat, l'esforç col·lectiu i la corresponsabilitat.

Font: Sanderson (2020)

La contractació per resultats (Anglaterra)

05.

En els capítols anteriors s'han presentat diverses alternatives als serveis d'atenció a domicili (SAD) “tradicionals”, és a dir, prestats per gestió directa o indirecta. En aquest capítol es considera la possible adaptació dels SAD existents mitjançant el model de contractació per resultats – conegut com a *Outcomes Based Commissioning* o OBC.

Els serveis d'atenció a domicili poden atendre persones amb necessitats diferents incloent-hi (Bolton 2015):

- Persones amb necessitat de rehabilitació p.e., després d'un ingrés hospitalari o després de malaltia aguda associada a deteriorament funcional.
- Persones amb necessitat de suport preventiu, p.e., en resposta a un període o una fase de més vulnerabilitat, com després de perdre un cònjuge.
- Persones amb necessitats de suport a llarg termini per a activitats bàsiques de la vida diària, activitats instrumentals de la vida diària i/o per aconseguir la qualitat de vida òptima.
- Persones amb malalties cròniques que, a causa d'una descompensació, requereixen suport (o un increment de suport a curt termini) per després poder cuidar-se a si mateixes als seus domicilis.
- Persones amb problemes de memòria o amb diagnòstic de demència que necessiten solucions específiques per poder mantenir-se als seus domicilis, així com solucions tecnològiques per a activitats bàsiques o instrumentals de la vida diària que redueixin l'impacte de la seva condició sobre ells mateixos i els cuidadors familiars.
- Persones en estat de final de vida.

Per resultats (*outcomes*) s'entenen els impactes positius d'un servei. En el cas de la contractació per resultats, cal partir d'un acord sobre quins impactes es volen i com mesurar-los. Els resultats desitjats es poden establir a nivell d'usuari (impacte a nivell individual), o per població (impacte a nivell estratègic). Els impactes es poden conceptualitzar com els béns que resulten de l'activitat.

Abans de la contractació per resultats, la monitorització del SAD s'enfocava en:



El rendiment o l'activitat dels serveis – nombre d'hores dispensades, cronometratge (si es disposa de monitorització remota), o temps de resposta en situació d'urgència.

Els processos – es valorava l'establiment de processos, procediments i protocols de treball i el seu correcte encaix en les normes *preespecificades* pels reguladors (com la Comissió de Qualitat de l'Atenció o *Care Quality Commission*, l'organisme regulador), les pròpies autoritats locals, i els exemples de bona pràctica difosos pels instituts d'excel·lència (com l'Institut d'Excel·lència en les Cures Socials - *Social Care Institute of Excellence* (SCIE), o l'Institut de Capacitats per a les Cures – *Skills for Care*, entre altres). Es valorava també l'acompliment en els processos, procediments i protocols especificats per al treball. L'establiment de processos generalment es mesura a través de la revisió de la documentació, mentre l'acompliment dels processos es mesura indirectament, per exemple, a través d'enquestes de satisfacció dels usuaris o les queixes.



Els recursos fan referència als recursos requerits per a l'activitat i per quantitat de servei, com ara el nombre o la ràtio de cuidadors professionals, nivells de formació, capacitats professionals (o interpersonals), pressupostos, locals o materials.

Aplicant l'analogia d'un pastís d'aniversari, es poden comparar els recursos als ingredients, els processos a la cocció, el rendiment al pastís i el resultat o impacte, al nen feliç quan rep el pastís. Lògicament, definir els resultats o els impactes desitjats de l'atenció a domicili és molt més complex. Per poder mesurar els impactes és imprescindible definir els impactes desitjats, però, si es busca una atenció centrada en la persona i la personalització dels SAD, el desafiament és encara més gran, ja que cal definir impactes desitjables a nivell individual, però que puguin mesurar-se i comparar-se dins un subgrup d'usuaris.

Les mesures que s'han utilitzat per desenvolupar la contractació per resultats varien en la pràctica d'acord amb si el que es busca són impactes descrits a nivell poblacional o individual, i segons la categorització de l'atenció, és a dir, si es tracta d'una atenció prescrita per un temps limitat, per a rehabilitació o prevenció, o si és una atenció a llarg termini.

5.1. La contractació per resultats per al SAD per a episodis de rehabilitació o prevenció

Entre les dues modalitats de SAD, és a dir, el SAD per a la rehabilitació o prevenció, o el SAD per a atenció a llarg termini, la contractació per resultats s'utilitza amb més freqüència en la primera.

A Anglaterra, el SAD per a la rehabilitació o prevenció, conegut com a *reablement*, és un servei de temps limitat (de sis a dotze setmanes), disponible per a situacions on una persona ha experimentat un deteriorament físic, psicològic o psicosocial que amenaça la seva autonomia. L'objectiu és recuperar l'autonomia i el benestar de la persona millorant la capacitat funcional i/o la confiança de la persona, i millorant o desenvolupant la seva participació social.

El seu propòsit global és evitar i/o reduir la demanda de serveis d'atenció per a la dependència i en particular, prevenir l'atenció institucional.

El SAD preventiu es finança pel sistema nacional de salut (NHS) a través dels *Clinical Commissioning Groups* o CCG, els quals planifiquen i contracten els serveis sanitaris d'atenció primària i atenció hospitalària per a una zona¹. Això és així, malgrat que la Llei de cures del 2014 identifica "promoure el benestar individual" i "prevenir les necessitats d'atenció i suport" com a responsabilitats generals de les autoritats locals (Marczak *et al* 2019).

Per contractar i gestionar el SAD per a rehabilitació és comú que els CCGs col·laborin amb les autoritats locals, mitjançant la presència d'un equip o diversos equips de SAD de prevenció dins d'una autoritat local, organitzats per zones geogràfiques². El SAD preventiu o servei de *reablement* està estretament relacionat amb els serveis de cures intermèdies domiciliàries (*intermediate care*), que ofereixen una atenció molt semblant (amb nivells similars de personal, combinació d'habilitats, etc.), però centrada específicament en la rehabilitació posterior a l'alta hospitalària. Part de la raó per la qual la rehabilitació és finançada per l'NHS és perquè és un servei que ha evolucionat a partir de l'atenció intermèdia i se la considera una subcategoria (Age UK 2021). La derivació a un SAD preventiu la pot fer un treballador social o qualsevol professional sanitari d'atenció primària.

1. El CCG són entitats responsables de la planificació i contractació de serveis d'atenció primària i la majoria dels serveis hospitalaris (vegeu Annex). Cobreixen una zona geogràfica representant poblacions d'entre 100.000 i 300.000 habitants.

2. En moltes autoritats locals la població coberta és més o menys la població de la qual el CCG local n'és responsable. Tot i això, en el cas dels grans comtats, una autoritat local tindrà diversos CCG, no necessàriament tots dins dels límits de l'autoritat local. En aquestes circumstàncies, és probable que la CCG s'encarregui d'un SAD de rehabilitació sense la col·laboració de l'autoritat local.

Encara que no hi ha una formació específica acreditada en SAD preventiu, els cuidadors professionals han de tenir, com a mínim, un NVQ (Qualificació Vocacional Nacional) en salut i assistència social nivell 2 (vegeu *capítol 2*). També han de rebre formació específica sobre els principis d'un servei de prevenció i estar capacitats per fer seguiment i avaluació continuada dels usuaris. A través de xarxes de bones pràctiques, els equips de SAD preventiu poden contribuir a nous coneixements i pràctiques, així com obtenir guies per a la capacitat dels equips assistencials.

Els autors d'un estudi longitudinal sobre els impactes dels serveis de *reablement* (Glendinning et al 2010) també assenyalen la importància del compromís i l'entusiasme de l'equip, així com de les mesures per promocionar la qualitat d'atenció i satisfacció de l'equip, com ara la supervisió contínua i el suport entre col·legues.

El fet que la contractació basada en resultats sigui tan comú per al SAD preventiu a Anglaterra està, sens dubte, vinculat amb l'ocupació generalitzada de la contractació basada en el pagament per resultats (*payment by results*) al sistema nacional de salut. El lideratge del sistema nacional de salut en el desenvolupament del SAD preventiu ha estat molt present, com es reflecteix en els deu principis que l'inspiren (NHS England 2016) (Caixa 16):

Caixa 16: Els 10 principis per als serveis de rehabilitació

Principi 1 – Treballar per optimitzar el benestar físic, mental i social, i maximitzar l'autonomia i la qualitat de vida tant dels usuaris com dels cuidadors.

Principi 2 – Promoure la col·laboració entre agents, incloent-hi el tercer sector, entitats que presten ajudes tècniques i els serveis d'habitatge, d'acord amb les necessitats i preferències dels usuaris i els cuidadors.

Principi 3 – Donar suport als usuaris per prendre el control de la seva rehabilitació i establir metes individualitzades i centrades en la persona, enfocant-se en el seu empoderament.

Principi 4 – Capacitar els usuaris en l'autogestió segons les seves condicions i limitacions funcionals, habilitant l'usuari per prevenir qualsevol deteriorament a través de l'educació i la informació.

Principi 5 – Realitzar avaluacions i revisions primerenques i contínues per identificar les necessitats de rehabilitació i proporcionar intervencions terapèutiques apropiades per obtenir els millors resultats.

Principi 6 – Comptar amb un equip degudament format, capaç d'utilitzar una varietat d'intervencions i habilitats, recolzades en l'evidència.

Principi 7 – Ser un servei rendible i eficient disponible 7 dies per setmana.

Principi 8 – Tenir un lideratge fort i responsable a tots els nivells i exercir una comunicació eficaç.

Principi 9 – Compartir bones pràctiques (a nivell local, regional, nacional i internacional), recopilar dades i contribuir a la base d'evidències mitjançant la realització de projectes, científicament vàlids, de recerca, avaluació i auditoria.

Principi 10 – Disposar de sistemes robustos de mesurament i seguiment que siguin estandarditzats, consistents i comparables.

L'enfocament de la contractació per resultats per al SAD preventiu es basa en els impactes al nivell poblacional. Es mesura mitjançant indicadors globals, calculats sobre el conjunt d'usuaris assignats al proveïdor de SAD preventiu. Exemple de tals indicadors poden ser (Government Outcomes Lab 2017):



- la taxa d'ingrés en l'atenció residencial
- la taxa d'altres hospitalàries endarrerides per falta d'un SAD
- la taxa de reingrés a l'hospital (en el cas d'usuaris post-alta)
- el percentatge de persones que requereixen SAD després de 6 setmanes de rehabilitació
- el cost mitjà de la continuació dels SAD després del període de temps assignat per a l'atenció preventiva o de rehabilitació - típicament un període de 6 setmanes, encara que l'experiència ha demostrat que l'impacte total es mesura millor als 6 mesos (Bolton 2015).

Pagament als proveïdors del SAD per rehabilitació en un marc de contractació per resultats

On l'OBC difereix dels pagaments per resultats és en aspectes de la licitació i la contractació relacionats amb els resultats que el servei ha d'aconseguir i la seva medicació. En el pagament per resultats, *strictu sensu*, la relació de reemborsament amb el compliment de resultats és molt més estreta i inflexible. En altres paraules, és un sistema que sol penalitzar els proveïdors que no aconsegueixen els resultats especificats.

L'OBC en general és una versió més "lleugera", més apropiada en circumstàncies de complexitat, on el servei consisteix en atenció i on la majoria del cost està relacionat amb el contacte directe amb els usuaris. Així que la contractació per resultats per al SAD preventiu intenta **incentivar millores en la qualitat i l'efectivitat del servei**.

S'han experimentat diverses mesures d'incentiu en programes pilot de contractació per resultats per al SAD preventiu, basant-se en la premissa que, si el servei té un impacte positiu sobre els clients i redueix la necessitat d'atenció a llarg termini, el proveïdor del servei ha de ser recompensat. Per exemple, al comtat d'Hertfordshire (a Anglaterra), **si el proveïdor redueix la necessitat d'atenció de continuació després de sis setmanes de rehabilitació, se li abonarà el 50% de les hores d'atenció estalviades durant 12 mesos** (Bolton 2015). En un estudi sobre l'impacte d'un servei de SAD preventiu al comtat de Norfolk (Anglaterra) que prestava

serveis a uns 400 usuaris per any, la intensitat setmanal d'atenció rebuda per les usuàries de SAD dependència que van passar al servei de SAD preventiu durant sis setmanes era una mitjana de 6 hores per setmana, davant de 9 hores per setmana abans de la intervenció (Allen & Glasby 2010).

En altres casos s'ha aplicat un enfocament de *pal i pastanaga*, combinant incentius i penalitzacions, però en alguns casos l'autoritat local ha inclòs al contracte una clàusula **fent al proveïdor de SAD responsable d'un percentatge del cost de l'atenció residencial** durant el mateix temps (12 mesos), en cas que la persona sigui ingressada en una residència. En altres exemples (menys freqüents) hi ha penalitzacions per no complir els resultats acordats (LGiU 2013).

Implementació del model OBC per a episodis de rehabilitació

El sistema de contractació per resultats requereix mecanismes de pagament ben pensats, que ofereixin cert grau de seguretat i autonomia a nivell de microgestió, per garantir que el servei sigui atractiu i significatiu per als proveïdors de SAD.



Per tal de proporcionar l'espai necessari per administrar els recursos, en alguns pilots dels sistemes de contractació per resultats, el pagament per SAD preventiu és per episodi (cada episodi és de 6 setmanes), per tarifa general (igual per a tots els usuaris i relativament generosa, en comptes de per hores per usuari i segons el nivell de dependència de la persona), i, finalment, és pagada per avançat (Bolton 2015). Això es justifica, en primera instància, pel nivell de risc que assumeix el proveïdor (si la persona acaba fent la transició a la residència) i, en segon lloc, d'acord amb els indicadors de resultats acordats que seran monitoritzats periòdicament.

És comprensible que aquests acords requereixin un cert grau de confiança entre les autoritats públiques i els proveïdors de SAD, així com un cert grau de confiança en els seus empleats. Per garantir millors condicions per als treballadors, es poden incorporar clàusules de valor social al contracte. Tot i això, un prerrequisit important per a la implementació és certa confiança, així com l'establiment de mecanismes per al seguiment dels resultats.

Resultats de l'OBC per al SAD preventiu

L'evidència científica sobre l'efectivitat del SAD preventiu és poc clara. El SAD preventiu comparteix característiques amb altres intervencions complexes, on una perspectiva d'eficàcia o efectivitat no sempre és l'enfocament òptim, i perspectives i dissenys alternatius poden funcionar millor per reduir la incertesa de qui pren les decisions (Skivington et al 2021). Una metaanàlisi de Cochrane de *reablement*, publicada el 2016, només va trobar dos estudis que complien els seus criteris (un d'Austràlia Occidental i l'altre de Noruega) i va acabar conclouent que l'efectivitat dels serveis de *reablement* no es va poder demostrar ni refutar (Cochrane et al 2016). Tot i això, l'estudi més important a Anglaterra sobre l'impacte longitudinal dels serveis de *reablement* conclou que, en comparació amb els usuaris de SAD convencional, aquest va tenir impactes positius en la qualitat de vida (de la salut i relacionat amb l'atenció a la dependència) observats fins a deu mesos després de rebre el SAD preventiu (Glendinning et al 2010)³. També hi ha evidència que el SAD *reablement* és eficient des del punt de vista econòmic (Bauer et al 2019).

3. Aquests resultats són consistents amb un altre estudi longitudinal de Noruega, més recent, que suggereix que els usuaris de *reablement* poden fer un menor ús de cures a llarg termini i patir menor mortalitat fins a 4 anys després de la intervenció (Anthem, Lillefjell & Anthem 2021, Preprint).



Altres investigadors han suggerit que la barrera més gran per a l'eficàcia del SAD preventiu és l'absència de personalització i la manca d'orientació cap a objectius definits per les persones grans (Clotworthy et al 2021). Els ajuts tècnics, les adaptacions de l'habitatge, la teleassistència i els programes de prevenció de l'atenció sanitària també es consideren fonamentals perquè el SAD preventiu doni els seus fruits (Allen & Glasby 2010). Un estudi recent del comtat d'Essex (Anglaterra) va demostrar que alguns dels factors més importants amb impacte negatiu sobre els beneficis de *reablement* en els usuaris és la seva pertinença a veïnats desafavorits (Jacobi, Thiel & Allen 2021).

El debat acadèmic continua sobre aspectes com ara el perfil d'usuari més apropiat per al SAD preventiu; quant de temps ha de durar la intervenció, quina intensitat ha de tenir, quins resultats s'han d'avaluar i quant de temps després de la intervenció... (Beresford et al 2019; Bauer et al 2019). La contractació per resultats al SAD preventiu ofereix una solució, ja que en absència d'una fórmula clara sobre com configurar el servei per aconseguir els millors resultats, canvia l'èmfasi de "seguir l'evidència" a "seguir els resultats".

Un nombre cada vegada més gran d'autoritats locals estan emprant la contractació per resultats per al SAD preventiu, però lamentablement els estudis publicats segueixen centrats en l'impacte del servei sense contemplar l'ús, o no ús, de la contractació per resultats, o la importància de certs factors d'implementació al desplegament. En general, les dades que podrien servir per a una avaluació de l'efectivitat de l'OBC per al SAD preventiu no solen estar publicades. Segons el Professor John Bolton, un expert en aquesta àrea, els resultats han estat mixtos, tirant a positius (Bolton, en entrevista 2021).

El plantejament de “seguir els resultats” no està exempt de riscos. Específicament, poden distorsionar els fluxos del sistema si dona com a resultat que els usuaris siguin “seleccionats” per la seva capacitat de rehabilitació. Si això fos així, l'enfocament per objectius seria menys rendible que la contractació tradicional. Per tant, el control dels mecanismes de derivació i assignació d'usuaris és molt important.

Segons Bolton, el SAD preventiu serà més eficaç quan estigui format per un equip integrat⁴ on professionals de la salut i de l'atenció comunitària cooperen amb els cuidadors professionals sociosanitaris i quan els professionals de salut fan les avaluacions i les prescripcions per a la rehabilitació. Això també permet distingir entre les persones amb potencial per beneficiar-se d'una rehabilitació funcional i les persones la manca de confiança o aïllament social de les quals pot ser atesa per una persona voluntària (Bolton, en entrevista 2021). Finalment, per a les persones que esdevenen o tornen a ser usuàries de SAD dependència al final de la intervenció, l'orientació del SAD dependència és fonamental per evitar que es perdi tota la bona feina del SAD preventiu (Glen-dinning *et al* 2010).

5.2 La contractació per resultats per als SAD de dependència

En el cas dels SAD de dependència contractats per autoritats locals, emprar la contractació per resultats ha requerit un canvi de cultura molt més gran que per al SAD preventiu. En general, s'assumeix que un SAD continuarà indefinidament, potencialment amb més intensitat a mesura que augmentin les necessitats dels usuaris. Tot



i això, segons els defensors del model d'OBC, fins i tot entre persones que requereixen suport continu d'un SAD per romandre al domicili, és possible que hi hagi un marge considerable per millorar l'eficàcia de l'atenció perquè:

- La majoria de persones (a Anglaterra) reben la primera avaluació en un moment de crisi, de manera que inevitablement se'ls fa certa *sobreprescripció* d'atenció, que reforça la dependència (Whalley 2017).
- Els mecanismes de contractació clàssics no ofereixen cap incentiu als SAD per explorar el potencial de satisfer necessitats a través de rutes alternatives, (una de les fortaleeses del model dels equips de benestar), o per explorar si és possible reduir l'atenció contínua mitjançant suport flexible (disponible quan calgui).

Quan s'enfoquen les prioritats del servei cap a la millor manera d'optimitzar l'autonomia personal (en comptes de complir les mateixes tasques i hores d'atenció), es tracta no només de reduir la demanda dels SAD sinó també de millorar el benestar i la qualitat de vida de les persones ateses.

Com calia esperar, aquestes afirmacions han provocat diversos arguments en contra de la viabilitat de l'OBC com a model per assolir aquests objectius.

1. L'argument principal afirma que els nivells creixents de dependència dels usuaris i la complexitat de les seves necessitats proporciona menys marge per incorporar flexibilitat i menor potencial per aconseguir unes millores “mesurables”.
2. En segon lloc, es parla de la dificultat per acordar i monitoritzar els resultats a nivell individual; o, alternativament, per dissenyar mesures adequades per incentivar i monitoritzar els resultats per a tots els usuaris.

4. Inclouent-hi terapeutes, com els fisioterapeutes i les terapeutes ocupacionals, els dietètics (etc), així com millores en l'accés a les ajudes tècniques.

Model 1 – OBC basat en l'especificació de resultats individuals

Com a resposta a aquestes objeccions s'han categoritzat, com segueix, els potencials resultats que es poden observar a nivell individual (Paley & Salsberg 2007):

Resultats de canvi – on hi ha una clara capacitat de millora a l'inici de la intervenció, que és, alhora, mesurable.

Resultats de procés - relacionats amb l'experiència de les persones en rebre serveis; inclou aspectes com la dignitat, flexibilitat percebuda, nivell de participació o elecció en relació amb tasques i horaris.

Resultats de manteniment - mesures de quant contribueix el servei a les necessitats habituals (que es poden mesurar per àmbits, com “la cura personal i la higiene”, “la nutrició”, “la participació social”, etc).

Aquesta conceptualització reflecteix el camí inicial d'OBC en la contractació per resultats per al SAD de dependència que es va començar a posar en pràctica al voltant del 2005 en algunes autoritats locals innovadores (una mica abans del desenvolupament dels presupostos personals a Anglaterra).

Inicialment, la definició de resultats es concebia com a part del paper dels treballadors socials en la gestió de casos. El desenvolupament del model OBC va donar així lloc a una gran discussió sobre el paper dels treballadors socials en la seva implementació. Com que el model s'enfoca a mesurar l'exercici basat en resultats individuals, la definició dels resultats requerits sembla primordial. Això, aleshores, s'entenia com una responsabilitat dels treballadors socials, però també es va reconèixer que necessitava alinear-se amb les perspectives del personal del SAD. Així que es va posar molt èmfasi en l'existència d'un pla d'atenció individualitzat acordat entre l'autoritat local i el proveïdor. A més, es va considerar que els treballadors socials haurien de rebre capacitat sobre avaluacions “basades en resultats” per poder desenvolupar plans d'atenció individualitzats compatibles amb l'OBC.

En segon lloc, es va produir també el debat sobre el paper dels proveïdors de SAD i els cuidadors professionals que utilitzen: si bé els treballadors socials desenvolupen plans d'atenció inicials marcant els resultats a complir, els proveïdors de SAD i, sobretot, els cuidadors

professionals que dispensen atenció, els han de posar en pràctica. Per això han d'incloure els usuaris i els seus cuidadors per obtenir-ne la comprensió, l'acceptació i la participació. Cal entendre què importa i què preocupa a la persona, identificar metes que poden beneficiar la persona, i considerar quina seria la manera més productiva d'aconseguir els resultats. Treballar així requereix canvis en la cultura i formació dels empleats dels SAD, així com canvis en la gestió i supervisió dels cuidadors professionals.

En tercer i darrer lloc, es va produir una reflexió profunda sobre l'especificació de l'atenció en temps i tasques.

En el model tradicional, els SAD es contracten per una quantitat específica d'hores d'atenció per setmana i una tarifa per hora acordada. Per maximitzar la seva rendibilitat en aquest context, els SAD poden emprar diverses mesures: maximitzar el nombre de visites per dia i cuidadora professional, limitar els sous pagats al salari mínim, limitar el suport i capacitat a la feina que pres-ten als seus cuidadors al mínim requerit (segons les normes regulatòries o contractuals), o canviar la manera de contractar els cuidadors professionals per pagar-los únicament quan hi ha demanda per al servei (com en els contractes de zero hores). Es podria argumentar que totes aquestes tàctiques es deriven de la manca d'incentius per maximitzar l'impacte (positiu) dels serveis als usuaris.



Segons l'argument teòric, si els proveïdors estan motivats econòmicament per millorar l'impacte (positiu) dels seus serveis en els usuaris, hi ha menys necessitat de fer servir mesures indirectes de "qualitat", com les enquestes de satisfacció de l'usuari (que se sap són relativament insensibles a la qualitat de vida dels usuaris) o un enfocament excessiu en la documentació, que augmenta els costos de transacció per a les autoritats públiques. Assegurar-se que se segueixen els processos, els procediments i els protocols correctes i que s'apliquen d'acord amb les millors pràctiques sempre serà menys efectiu per augmentar la qualitat de l'atenció que crear l'incentiu perquè els proveïdors garanteixin que els principis integrats en aquests protocols es transfereixin en la pràctica per millorar l'eficàcia del servei.

Algunes autoritats locals van intentar implementar OBC basant-se en aquesta conceptualització sobre la base de resultats especificats per usuari, Wiltshire & Thurrock.

Van optar per un model de reemborsar als proveïdors, dissenyat per donar un grau de seguretat financera, així com autonomia a nivell de microgestió i planificació d'atenció per a cada usuari.

El model desenvolupat era semblant al model de *Fons de Servei Individuals* descrit al capítol 2, en el sentit que els proveïdors de SAD van rebre un pressupost acordat, establert per l'autoritat local (basat en l'avaluació del treballador social). El pressupost era en hores que podien variar sense excedir la prescripció. En principi, això oferia la flexibilitat per moure recursos entre usuaris del servei, segons les necessitats, sempre que treballessin dins de la seva assignació pressupostària total (hores agregades). L'expectativa era que sent més efectiu (en promoure l'autonomia), es reflectiria en una lleu reducció en l'atenció requerida per alguns usuaris. Les hores "estalviades" d'un client podrien ser redistribuïdes per atendre altres usuaris, segons la prioritat establerta per l'empresa SAD, de manera que seguia facturant el mateix (en aquest sentit, el model es diferencia fonamentalment del model de Fons de Servei Individuals, perquè en el model de Fons de Servei Individuals qualsevol temps estalviat per a l'atenció roman en el compte de l'usuari i només eventualment,⁵ si s'estableix que els fons no estan obligats a satisfer necessitats elegibles, l'autoritat local els pot recuperar).



Per sobre de garantir la quantitat reemborsada, el model inicial d'OBC per al SAD de dependència va introduir un incentiu financer per estimular l'interès del proveïdor de SAD en reduir les hores d'atenció dels usuaris al llarg termini, quan fos factible. Va estipular que l'empresa de SAD podria reclamar un percentatge (p.e., el 50%) de qualsevol reducció observada en la facturació global (ajustat pel nombre d'usuaris i si els usuaris són nous i de continuïtat)⁶ per invertir en el servei.

La combinació de demanda garantida i incentiu financer per millorar l'autonomia dels seus usuaris es va considerar (i continua sent considerada) necessària per motivar els SAD a augmentar la supervisió i capacitat dels cuidadors professionals, per canviar el seu enfocament cap a l'atenció centrada en la persona i cercar solucions creatives.

Més tard, aquest "model 1" d'OBC va evolucionar cap al que més avall anomenem "model 2". En primer lloc, es va observar que l'esforç de prescriure i monitoritzar els resultats individuals crea una càrrega administrativa addicional, que incrementa costos de transacció (Bolton 2015). En segon lloc, va tenir competència d'altres models, sobretot amb el desenvolupament dels pressupostos personals, que no semblava compatible amb l'OBC per al SAD de dependència.

5. Per exemple, passat un trimestre.

6. Això requereix un sistema senzill en què els usuaris es classifiquin com a "nous" o "de llarg termini", sent nous els usuaris amb menys de 6 mesos de continuïtat.

Independentment, els debats sobre el funcionament del model van alimentar nombroses reflexions sobre la gestió dels SAD, que van influir en innovacions posteriors, que inclouen no només el model actual d'OBC per al SAD de dependència, sinó també els equips de benestar, i models vinculats amb la disponibilitat dels pressupostos personals i els pagaments directes com els fons de serveis individuals.

Debats sobre la viabilitat de l'OBC per al SAD de dependència

El model 1 d'OBC basat en l'*especificació de resultats individuals* va conduir a debats intensos sobre el potencial dels SAD per a la contractació, reemborsament, planificació de l'atenció i control de qualitat adequada.

1. És realista pensar que l'OBC per al SAD de dependència pot crear oportunitats per millorar l'autonomia d'una persona dependent?

Es pot afirmar que, mitjançant el mecanisme de contractació tradicional, els serveis d'atenció no tenen incentius per millorar l'autonomia d'una persona dependent, però és realista pensar que el SAD pugui millorar l'autonomia d'una persona dependent?

Responent als arguments respecte al fet que els creixents nivells de dependència dels usuaris i el seu augment en complexitat de necessitats proporciona poc marge per incorporar flexibilitat i encara menys per aconseguir unes millores "mesurables", es recorda que "promoure autonomia o treballar per evitar la necessitat d'incrementar un paquet d'atenció" no és reduir atenció als que la necessiten. Es tracta de prioritzar el manteniment de les capacitats de les persones, mitjançant una atenció que promogui l'autocura en comptes de fer més dependents a les persones, que promogui activitats saludables i que millori la qualitat de vida de la persona. També es tracta d'oferir una continuïtat d'atenció centrada en la persona amb prou qualitat per identificar de manera prèvia alteracions en la seva salut i benestar, per actuar com més aviat millor i prevenir una crisi.

En termes de promoure l'autonomia o evitar la necessitat de més intensitat d'atenció d'un SAD, una de les àrees d'influència potencial en els usuaris de SAD es relaciona amb la soledat no desitjada, un problema reconegut en persones grans que elles busquen pal·liar en la atenció primària (Gené-Badias *et al* 2016).

La solitud no desitjada s'ha associat durant molt de temps amb resultats de salut adversos, més risc de mortalitat per totes les causes (Vingeliene *et al* 2019), deteriorament funcional i progressió de la fragilitat (Gale, Westbury & Cooper 2018). És reconeguda com a rellevant per a la progressió cap a la demència (Poey, Burr Rafnsson *et al* 2020; Sundström *et al* 2020), com a factor que augmenta el risc de la institucionalització (Harratty *et al* 2018), i que condueix a "costos excessius" d'atenció mèdica (Mihalopoulos *et al* 2020).

Així mateix, és conegut que la fragilitat, un concepte multidimensional utilitzat en medicina⁷ i mesurable amb eines estandarditzades, pot predir la demanda de SAD i d'ingrés a residència (Cegri *et al* 2020).

Viure en un veïnat urbà desfavorit és un factor de risc significatiu per a la solitud (Weldrick & Grenier 2018), un factor que també incrementa la dependència dels SAD (Julià, Escapa & Gallo 2021).

De tots els professionals que podrien estar en contacte amb una persona que rep SAD, la seva cuidadora professional serà probablement la professional amb qui tingui més contacte i la persona amb més potencial per introduir un pla amb la persona per reduir la solitud no desitjada. No obstant això, no aconseguiran reduir la solitud, si estan orientats a prestar atenció centrada únicament en assistir a Activitats de la Vida Diària (AVDs) i Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVDs) (Fernández *et al* 2020).

A més, l'empresa SAD que utilitza la cuidadora no té cap incentiu per canviar o reorientar les visites a una persona que no té xarxes socials o experimenta soledat no desitjada, ja que prestant l'atenció prescrita compleix la seva funció i pot facturar. Seria normal que l'empresa SAD argumenti que la visita és molt valorada per l'usuari i que la persona està molt contenta amb la seva cuidadora. Si bé pot semblar difícil (o fins i tot injust) qüestionar aquest argument, seria lògic que l'administració pública vulgui que el valor de la visita vagi més enllà "d'omplir el temps" (no importa com d'agradable i valorat sigui el temps), i serveixi per millorar la vida de la persona, tenint un impacte que continuï, fins i tot, quan la cuidadora professional no hi sigui present.

7. La fragilitat s'entén com un estat de vulnerabilitat als factors estressants que augmenta el risc de resultats adversos, com ara el deteriorament funcional i la institucionalització (Cegri *et al* 2020).

Tot i això, la realitat és que, en l'actual sistema de prescripció per temps i tasca, les empreses de SAD no tenen llibertat per reorientar l'atenció o mirar més enllà del que ha estat prescrit. Per això és vital assegurar prou autonomia a les empreses de SAD contractades per assolir resultats, per permetre la reorientació raonable de l'atenció prescrita amb l'objectiu d'aconseguir un resultat específic. En el cas d'una persona socialment aïllada, si el resultat especificat és reduir el grau de solitud no desitjada que s'experimenta, i l'empresa SAD es pot beneficiar tant econòmicament com en reputació d'aconseguir aquest resultat i té autonomia per reorientar l'atenció per a aquest propòsit, es crea una estructura que afavoreix que l'empresa SAD explori noves iniciatives i maneres de treballar amb l'usuari. D'aquesta manera poden aprofitar la capacitat de les seves cuidadores professionals per acompanyar la persona, millorar els seus vincles amb la comunitat i les seves connexions en formes que encaixin amb la seva situació (capacitat de mobilització, capacitat digital, preferències i interessos etc.), o desenvolupar vincles amb entitats del tercer sector o altres agents comunitaris com a ruta alternativa o complementària per satisfer les necessitats de la persona.

D'altra banda, és cert que la capacitat de les cuidadores professionals per intervenir amb els usuaris depèn: 1) de la seva capacitat i de la supervisió que rebin en desenvolupar la seva feina, i 2) de l'estructura i la gestió de l'empresa de SAD. Així doncs, això planteja la pregunta de si els proveïdors de SAD estan a l'alçada

per incorporar els canvis necessaris per treballar amb un model d'OBC. Les autoritats locals van informar, en les seves experiències primerenques, que alguns sí que ho eren i d'altres no, i que, en tots els casos, poder fer-ho requeria un important suport i inversió en el SAD per part de les autoritats locals. Això es pot comparar amb el model dels equips de benestar, estructurats per al propòsit, on la gestió de l'equip s'ha desenvolupat molt per afavorir que la cura es converteixi en una mesura d'intervenció per millorar el benestar dels usuaris (vegeu el capítol 4). No obstant això, es considera que capacitar els cuidadors professionals per poder ajudar i facilitar els seus usuaris a complir fites els donarà una satisfacció laboral més gran (Glasby *et al* 2015).

2. És aconsellable permetre que el SAD pugui separar-se de la prescripció d'atenció (tasques i temps) dels usuaris per obtenir més autonomia en la microgestió de l'atenció dels usuaris?

Per orientar i facilitar l'activitat dels proveïdors en un marc d'OBC cal assegurar certa flexibilitat en la microgestió de l'atenció dels usuaris, fet que suposa permetre, *fins a cert punt*, que el SAD se separi de les prescripcions d'atenció (tasques i temps) establertes als plans d'atenció elaborats pels treballadors socials. Com queda dit en aquest i altres capítols, la flexibilitat és clau per permetre una atenció que s'adapti a les necessitats de l'usuari, però qui pot donar aquesta flexibilitat? En els models d'autogestió com els pagaments directes, és la persona que rep el servei, o bé la seva fa-



mília, els qui n'assumeixen la microgestió -encara que sigui amb suport extern en aspectes com ara reclutament, etc.- i per tant, els qui tenen llibertat per organitzar l'atenció segons les seves preferències i necessitats. Si els sembla bé, poden desvincular l'atenció, fins a cert punt, del pla d'atenció acordat, mentre no excedeixi el pressupost i mentre l'atenció continuï cobrint les necessitats elegibles de primer ordre.

Què passa, aleshores, si, en comptes de ser la família qui adapta la prescripció d'atenció a l'usuari, ho fa l'empresa de SAD, en col·laboració amb l'usuari i —si n'hi ha—, amb el cuidador? Doncs passen algunes coses. En primer lloc, en l'àmbit de la prestació de SAD, tots els processos de contractació han estat desenvolupats per controlar les accions de l'empresa a l'hora de prestar atenció. El que es coneix com a “control de la qualitat”, en realitat serveix majoritàriament per complir requisits administratius comptables i de gestió de pressupostos, verificant processos i normes relacionades amb el reemborsament dels serveis subcontractats. Tots aquests procediments generen costos de transacció significatius, compensats, en principi, pel coneixement que l'administració pública obté allò que paga (*get what it pays for*). És a dir, es dona més pes a la confirmació que s'ha efectuat una hora d'atenció que no pas si a aquest temps se li ha donat el millor ús.

Segons el sistema, el millor ús s'estableix al principi a través d'un pla d'atenció elaborat per un professional, el treballador social. No obstant això, el coneixement i l'experiència del treballador social s'apliquen, en un punt fix del temps, a un usuari que, sovint, amb prou feines coneix, i les necessitats i preferències del qual variaran amb el temps. Després, pel fet que el sistema indica que l'atenció no es pot variar de la prescripció inicial, segons el pla d'atenció individualitzat, no queda lloc perquè els proveïdors de SAD adaptin el tracte a qualsevol usuari o, de fet, al conjunt d'usuaris dels que són responsables. Per tant, podem concloure que cal permetre que el proveïdor de SAD es pugui desvincular fins a cert punt de la prescripció inicial d'atenció (tasques i temps) si es vol guanyar la flexibilitat necessària per treballar en un model d'atenció adreçat als resultats.

No obstant això, aquest model no encaixa fàcilment dins dels procediments de facturació i comptabilitat, per la qual cosa es va concloure que, si les autoritats locals permetien que les empreses de SAD reorganitzessin i reorientessin l'atenció als seus usuaris per



millorar resultats, hi hauria d'haver sistemes adaptats no només per mesurar els resultats, sinó també per comptabilitzar la seva activitat.

3. Quin paper podrien tenir les plataformes digitals de planificació de l'atenció i la gestió de casos en el desenvolupament de l'OBC per al SAD de dependència?

La “solució” a aquestes dificultats va aparèixer en forma de plataformes digitals de planificació de l'atenció i la gestió de casos, amb accés compartit entre els empleats i gestors de SAD, treballadors socials i personal administratiu del contractant (PS Health 2014; 2017). Aquestes aplicacions, per a ús amb *smartphones*, combinen eines de planificació de l'atenció, registre d'atenció remota, seguiment de visites, seguiment de resultats, elaboració d'informes... (LGiU 2016). Poden adaptar-se a les necessitats de cada autoritat local i ajudar a les avaluacions de qualitat de la Comissió de Qualitat de l'Atenció (CQC). Segons els seus creadors, els avantatges d'aquestes plataformes inclouen l'eliminació de paperassa ineficient, la monitorització en temps real, la facilitació del treball en equip i la comunicació entre agents. Es considera que ajuda el personal a treballar millor, de forma més segura i productiva. Per descomptat, faciliten a les autoritats locals sentir-se al dia de tot el que fa l'empresa de SAD, augmentant en principi la confiança entre les empreses i l'administració pública, cosa molt necessària per a la implementació d'un sistema d'OBC al SAD de dependència.

Tot i això, els proveïdors de SAD han descobert que l'element de seguiment de visites s'ha utilitzat en excés per reduir costos, per exemple no abonant hores d'atenció prescrita no efectuades per causes com absències de l'usuari, ingrés hospitalari etc. Aquestes accions van realment en contra del concepte d'OBC, que subratlla la necessitat de confiar en els proveïdors (i els seus equips) i donar-los un marge de flexibilitat financera, per poder organitzar el servei de la millor manera per optimitzar els resultats per als usuaris i poder invertir en supervisió i formació.

Invertir en les plataformes digitals de planificació de l'atenció i la gestió de casos ha estat molt popular entre el personal administratiu de les autoritats locals, el treball del qual es veu reduït (particularment si se subcontracta el rastreig i l'anàlisi de les dades, cosa que es fa cada cop més freqüentment).

Hi ha dubtes sobre fins a quin punt aquests sistemes promouen la flexibilitat i l'atenció centrada en la persona. John Bolton, expert en OBC, recorda que l'ús d'aquests sistemes no garanteix assolir els objectius basats en la contractació per resultats (Bolton en entrevista, 2021), una perspectiva compartida per diverses autoritats locals en una taula rodona el 2012 (Ogun & Lucas 2013). Aquests sistemes –implementats en molts casos principalment per controlar i monitoritzar visites– poden crear *desincentius* per canviar la gestió de les cures d'atenció a domicili. Aquí cal recordar que promoure l'autonomia requereix un marge per poder treballar activament amb les persones usuàries ajustant el servei segons els seus progressos. Els cuidadors professionals recorden que ajudar algú a fer alguna cosa per si mateix pot portar més temps que fer-ho directament un professional. Un factor important en la tendència dels SAD a inhabilitar les persones usuàries en comptes d'habilitar-les és el conflicte amb el control del temps prescrit (Maxwell et al 2021).

Una de les barreres més importants en el desenvolupament de l'OBC al SAD de dependència és el fet que el sistema d'avaluació i desenvolupament de plans d'atenció segueix vinculat a la prescripció d'hores i tasques per a un conjunt de dèficits (Wurr 2016). Sense “trencar aquest circuit”, sembla impossible buscar alternatives i fer canvis significatius en la manera com s'efectua l'atenció al SAD. Existeix la preocupació que els sistemes de monitoritzar el temps i les tasques dels cuidadors professionals puguin reforçar aquest model.

D'aquesta manera, i si bé les aplicacions continuen sent populars entre les autoritats locals, els defensors de la contractació per resultats han intentat allunyar el discurs de les “solucions tecnològiques” com la solució per a la implantació de l'OBCS al SAD de dependència, i dirigir-lo cap a la promoció d'avaluacions basades en les fortaleces (vegeu el *capítol 3* sobre les micro-empreses comunitàries i el *capítol 4* sobre els equips de benestar) considerades com l'element més important (Bolton 2019).

Model 2 – El model d'OBC per al SAD de continuïtat: des dels resultats individuals als resultats per a la població usuària.

El model de l'OBC per al SAD dependència ha evolucionat tenint en compte: 1) les dificultats esmentades al model 1 d'OBC per al SAD de dependència basat en resultats especificats per usuari, 2) les dificultats per canviar el model de dèficits que domina la prescripció de SAD, i 3) la incompatibilitat del model inicial amb els pressupostos personals.



En línia amb el desenvolupament de l'OBC per al SAD preventiu, l'OBC per al SAD de dependència, ara reconegut com “el patró or” per a la contractació de SAD dependència (Glasby *et al* 2015), es basa en especificar resultats a nivell poblacional (és a dir, per a la cohort d'usuaris SAD de cada servei). Es deixa així l'especificació a nivell *micro* de resultats individuals, (que, en un marc de la personalització, es continua considerant desitjable) a la col·laboració entre proveïdor, usuari (i família) i el treballador social, a través d'un desenvolupament de plans d'atenció centrats en les persones, i un cicle d'avaluació continuada pel personal del SAD, i les avaluacions de seguiment realitzades pels treballadors socials (vegeu *capítol 2* per a més informació).

Els objectius definits per al SAD dependència reflecteixen els objectius estratègics dels proveïdors de SAD (Caixa 17), i alhora adequats per poder monitoritzar el progrés senzillament (Caixa 18).

Caixa 17: Els objectius estratègics dels proveïdors de SAD

- Oferir una continuïtat d'atenció centrada en la persona, de qualitat, capaç de satisfer les necessitats de la persona i d'identificar de manera prèvia alteracions en la salut i el benestar, per actuar com més aviat millor i prevenir una crisi.
- Prioritzar el manteniment de les capacitats de les persones, mitjançant una atenció que promogui l'autonomia i l'autocura en comptes de fer les persones més dependents.
- Promoure activitats saludables.
- Millorar la qualitat de vida i autodeterminació de la persona i dels cuidadors familiars.
- Acompanyar i cuidar les persones al final de la vida.

Això es basa en la creença, formada durant anys de desenvolupament del model, que la funció principal de l'autoritat local que contracta els SAD és definir objectius i monitoritzar resultats globals, i és funció dels proveïdors fer la microgestió per aconseguir els resultats especificats dins del marc de referència del pla d'atenció realitzat pel treballador social. Això requereix una planificació dels recursos d'atenció a l'usuari, centrada en la persona i els cuidadors informals i en avaluacions freqüents del progrés relacionat amb el compliment dels objectius globals (Caixa 18) – a part del seguiment oficial de cada usuari individual que fan

els treballadors socials després dels primers 6 mesos i cada 12 mesos a partir de llavors (descriu detalladament en capítols anteriors)-.

Caixa 18: Exemples d'indicadors de resultats per a usuaris permanents dels SAD (Isle of Wight, Anglaterra)

% d'usuaris que ingressen en una residència
No més del 5% (10% per a les persones amb demència)

% de persones el paquet de cures de les quals s'ha pogut reduir sense impactar negativament en el seu benestar¹
10% dels usuaris

% de persones que reben suport amb necessitats de salut que informen que les seves necessitats estan satisfetes²
El 95% dels usuaris han d'informar que les seves necessitats de salut estan satisfetes.

% de persones la prestació d'atenció de les quals ha hagut de ser incrementada
No més del 10%

% de persones que han rebut suport al final de la vida [cures pal·liatives] que van experimentar dignitat al final de la vida
El 95% dels familiars han d'informar que la persona va morir amb dignitat.

% de cuidadors familiars que senten que les seves responsabilitats de cura s'han reduït com a resultat dels serveis prestats pels SAD
El 95% dels cuidadors familiars han d'indicar que senten una reducció de les seves responsabilitats.

1. Subjecte a un acord sobre una mesura apropiada [o mesures apropiades] per establir el nivell de benestar dels usuaris.

2. Això es pot interpretar en relació amb funcions específiques i esteses de “salut” cada cop més comunes en els serveis d'atenció a domicili, com ara la cura amb una sonda de gastrostomia endoscòpica percutània o 'PEG', o una sonda urinària. Però també es pot interpretar com la mesura que els SAD asseguruen una comunicació adequada i oportuna amb els familiars i professionals de la salut rellevants si detecten un canvi en l'estat físic, psicològic o cognitiu de la persona. Una mesura complementària podria ser la taxa d'ingrés hospitalari no planificat per una condició de salut crònica. S'estima que el 26% dels ingressos aguts es podria evitar mitjançant una comunicació millor entre els serveis d'atenció primària i els serveis socials dels quals els SAD són el principal punt de contacte per a moltes persones [Whalley 2017].

Font: Bolton 2019

El procés d'aprenentatge en la implementació de l'OBC al SAD de dependència també ha emfatitzat la importància d'adoptar sistemes de reemborsament senzills, que ofereixin cert grau de seguretat i autonomia a nivell de microgestió als proveïdors. Segons els experts, aquest nivell de llibertat es pot equilibrar amb clàusules específiques relatives, per exemple, a les condicions de treball dels cuidadors professionals (Cawley 2016).

Pel que fa als mecanismes de reemborsament, la tendència ara és establir tarifes per als graus de dependència (això representa una simplificació significativa de la pràctica anterior, en què es calculava un pressupost específic per a tots i cadascun dels usuaris), eliminant així la prescripció de temps i tasques per complet. Les tarifes planes garanteixen un grau de seguretat financera, així com autonomia a nivell de microgestió i planificació d'atenció per a cada usuari, i són, en principi, prou generoses per incentivar els proveïdors a treballar en el marc d'OBC i invertir en el seu funcionament.

Com es veu a la Caixa 19, aquestes tarifes incorporen serveis d'alta intensitat.

La contrapartida d'aquesta generositat i flexibilitat és un sistema de control estret sobre l'avenç en relació amb als objectius i els resultats especificats en el contracte.

Caixa 19: Tarifes per a l'atenció a domicili dins del model d'OBC per grau de dependència per setmana

	Tarifa per setmana	Equivalència aproximada en hores setmanals*
Grau baix	£75	5
Grau alt de dependència	£150	10
Grau intensiu i/o especialitzat	£320	21

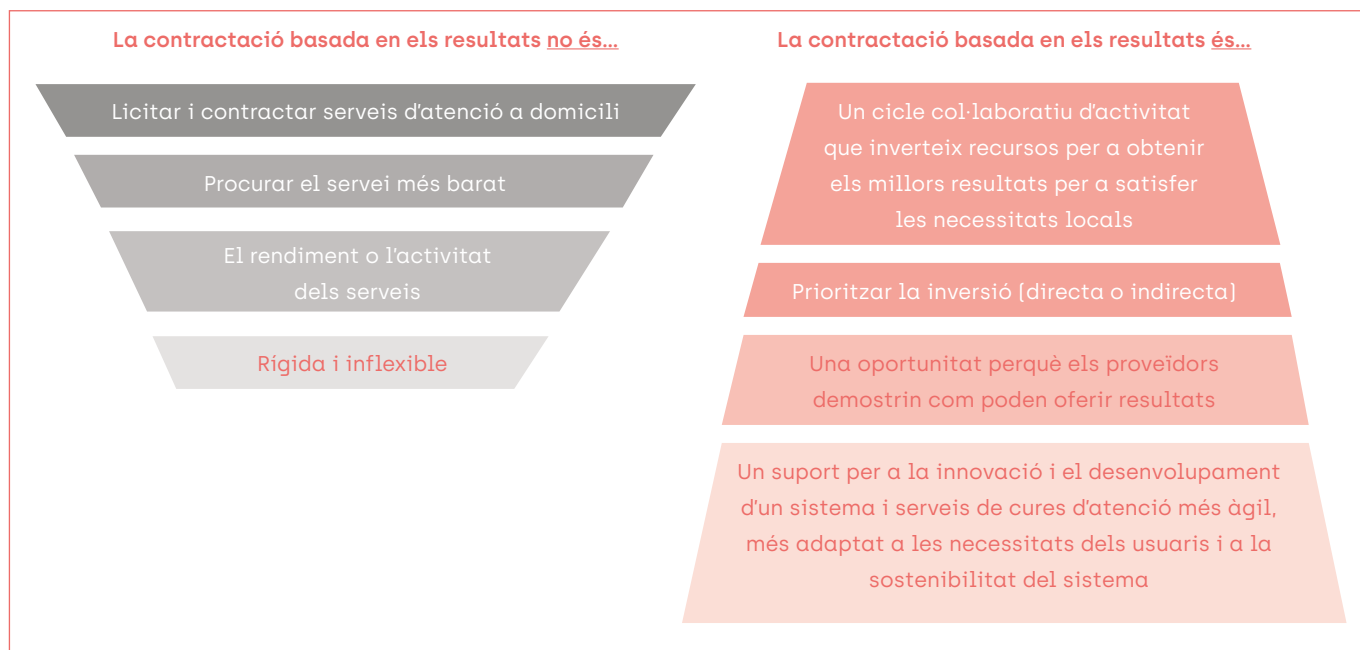
*Basat en un preu de mitjana d'hora de SAD el 2015 aproximada de £15.00



Finalment, malgrat el paper dels sistemes de monitorització estrictes, és important subratllar que la implementació de l'OBC de dependència és un model que requereix esforç col·laboratiu i funciona quan es desenvolupa sobre una base del model col·laboratiu de responsabilitat compartida. Les autoritats locals també poden i han d'assumir un paper de lideratge en la formació de proveïdors i personal en els principis i les pràctiques d'OBC com a part de la seva inversió en la sostenibilitat i la productivitat del sistema (Figura 11). De particular importància és la necessitat de comprendre les llacunes en el coneixement i les competències dels cuidadors professionals, i prestar atenció a la necessitat d'un canvi de cultura (*Government Outcomes Lab 2017a*).



Figura 11: Què és i què no és la contractació basada en els resultats?



Font: Adaptat de Ross [sense data]

Finalment, cal recordar que una implementació reeixida de l'OBC en el SAD de dependència requereix que els proveïdors de SAD siguin conscients que la seva continuïtat com a tals depèn d'assolir resultats específics. Les bones pràctiques implicaran la presentació periòdica dels resultats de forma oberta i transparent, comparant els resultats de cada proveïdor de SAD (on n'hi hagi diversos), fomentant així la competència entre els proveïdors. També són importants les reunions periòdiques per compartir bones pràctiques. No hi ha dreceres disponibles per orientar la contractació dels SAD cap a un model basat en els resultats. És un procés que requereix molta implicació, com es descriu a la secció següent.

Mètodes d'implementació

Bolton (2007), el principal expert al Regne Unit en la contractació per resultats, ha detallat alguns dels passos necessaris per orientar la contractació dels SAD cap a un model basat en els resultats. Aquests passos poden variar depenent de si és un contracte amb un proveïdor existent o amb un proveïdor desconegut. Si hi ha diversos proveïdors competidors en la zona, o si el contracte surt a licitació, els resultats esperats han de ser determinats i especificats per l'administració pública, és a dir, "dirigits pel comprador". Tot i això, si només hi ha un proveïdor que pot oferir serveis en la zona, o si

la intenció és renovar els termes amb un proveïdor que ja s'està utilitzant, l'especificació de resultats esperats pot ser una tasca més conjunta.

Fins i tot si la tasca està dirigida per l'administració pública, l'administració pot consultar o negociar amb els proveïdors locals sobre els mitjans proposats per definir i monitoritzar els resultats. Acordar nous termes de contracte, basat en els resultats, no és un procés fàcil, i certs factors hi poden influir. Canviar la naturalesa d'una relació contractual amb un proveïdor de SAD que l'autoritat pública ja té contractat pot implicar una resistència considerable. A més, els monopolis o monopsonis⁸ locals poden provocar una resistència al canvi (especialment si l'administració pública no és proactiva en consultar-los). En aquestes circumstàncies, pot ser beneficiós fer servir un tercer per dur a terme algunes de les negociacions.

8. El monopsoni és una estructura de mercat on hi ha diversos oferents (venedors) i un únic demandant o comprador, de manera que aquest té el control sobre el preu dels productes.

Els 5 passos necessaris per orientar la contractació dels SAD cap a un model basat en els resultats són:

1. Acordar els paràmetres del Projecte

- Si és possible, identificar un o més proveïdors disposats a adaptar-se a un canvi
- Quan es tracta de negociar amb un proveïdor existent, començar el procés amb una reunió per parlar de les implicacions de canviar a un contracte basats en els resultats
- Proporcionar seminaris sobre el model i facilitar grups de discussió
- Involucrar els proveïdors en discussions sobre possibles mesures per medir els resultats i protocols de monitorització
- Informar els proveïdors d'un valor indicatiu (o rang de valors) per al contracte en oferta
- Determinar en quin punt el procés passarà de la discussió preliminar (amb diversos proveïdors) a la conclusió de la negociació (amb un subconjunt). En general, aquest serà el punt en què els proveïdors interessats generaran dades de referència i proposaran una metodologia per incorporar l'exercici basat en resultats al seu servei



2. Definir i acordar els objectius per al contracte

- Establir mesures de resultats està condicionat per les dades disponibles. Tot i això, hi ha una varietat de fonts de dades a partir de les quals es poden establir punts de referència. Per exemple: exemples de bona pràctica, normatives, la investigació, i/o evidència específica sobre necessitats en el context local
- Independentment de com es defineixin els resultats, l'administració pública ha de deixar clar als proveïdors dels SAD quina és la justificació dels resultats demanats i d'on s'han derivat
- Els proveïdors de SAD han de tenir temps per pensar en els resultats proposats i comunicar si consideren que són apropiats i/o podrien millorar
- Ser clar sobre el sistema de reemborsament dels serveis prestats dins el marc del model d'OBC
- Recordar que molts proveïdors hauran definit el seu èxit en la satisfacció i el suport a l'usuari. Un canvi d'enfocament requereix una justificació per part de l'administració pública. La interlocució és imprescindible per comunicar i transmetre idees, conceptes i coneixements



3. Mètodes proposats i les raons de la proposta

- Establir una línia de base:
- Quina experiència té cada proveïdor? Quina és la seva posició al mercat? Quin és el seu historial de resultats?
- Com proposa el proveïdor implementar el model OBC? Són els seus plans realistes?
- Han identificat clarament els requisits de recursos com: personal, temps de gestió o noves tecnologies?

4. Arribar a acords de mesura i seguiment

- Són significatius els indicadors de resultats proposats?
- És possible que els indicadors de resultats proposats causin efectes no desitjats?⁹
- Les eines que es faran servir per mesurar els resultats són vàlides, fiables, factibles i adequades per auditar?
- Quines mesures es faran servir per demostrar als proveïdors de SAD els seus progressos i amb quina freqüència?
- Com es pot garantir la precisió i la imparcialitat en el procés de seguiment?

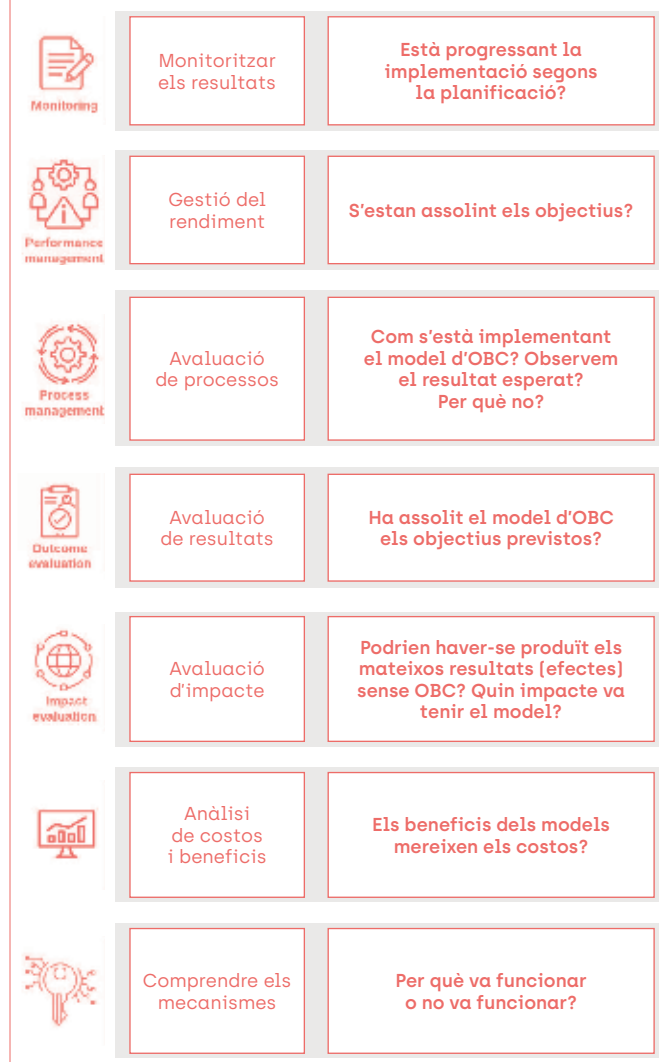
Resultats de l'OBC per al SAD de dependència

A Anglaterra encara hi ha una gran bretxa entre la percepció de la contractació basada en resultats com una cosa important i l'avaluació de la seva aplicació (LGiU 2013). Tot i això, s'han desenvolupat metodologies específiques per a l'avaluació del model de contractació basat en els resultats. La **Figura 12** presenta la recomanada pel *Government Outcomes Lab*).

Lamentablement, actualment no hi ha avaluacions independents dels resultats del model OBC, inclòs el seu impacte en els usuaris del servei, cuidadors familiars i cuidadors professionals. Tampoc no hi ha avaluacions sistemàtiques del seu impacte sobre el sistema, incloent-hi aspectes com l'ingrés a l'atenció residenci-

9. Com, per exemple, l'interès per aconseguir resultats afecta quins usuaris reben atenció, a causa d'una selecció d'usuaris per part del SAD (*cream skimming*).

Figura 12: Metodologia per a l'avaluació del model de contractació basat en resultats



Font: Adaptat de *Government Outcomes Lab* (2017b)

al, els ingressos hospitalaris d'emergència o altres aspectes. Això és degut, principalment, al fet que, mentre que el model s'ha desenvolupat a poc a poc en resposta als obstacles esmentats, no s'ha finançat una avaluació *multisite*. La majoria de la informació presentada per autoritats locals ha estat en forma de "lliçons d'implementació" en lloc de dades concretes i allà on hi ha dades concretes no són d'accés públic o el model encara es troba en les primeres etapes d'implementació.

Resultats preliminars de l'Illa de Wight (Anglaterra) demostren que la viabilitat d'assolir els resultats (Caixa 18) no només depèn de la formació i de les capacitats del personal dels SAD, sinó també d'una millor integració (o connexió) amb l'atenció comunitària sanitària i els agents comunitaris (Bolton 2021, en entrevista).

L'exemple de les Superilles Socials i les Vilaveïnes de l'Ajuntament de Barcelona

06.

6.1 Origen del model

Considerant-ne l'import, la prestació de SAD representa el segon contracte municipal més important de la ciutat de Barcelona, després del servei de neteja (Moreno-Colom 2021a). Naturalment això el situa com una prioritat política, com també és el cas dels ajuntaments de Mataró i Arbúcies, analitzats en aquest informe. Entre els anys 2015 i 2016, l'Ajuntament de Barcelona va formar un grup de treball per analitzar les necessitats de les persones grans i com es podrien atendre de la millor manera, considerant futurs escenaris.

En aquell moment Barcelona tenia gairebé 350.000 residents més grans de 65 anys, 82.000 dels quals vivien sols. S'ha estimat que, el 2030, aquest nombre serà d'uns 375.000, i s'aproparà al 25% de la població total. Entre els anys 2015 i 2018 la despesa anual de SAD va passar de 53 a 84 milions d'euros anuals, fet que va representar un increment del 57%, mentre que la despesa mitjana per persona usuària superava els 4.275 euros anuals (Torrens 2019). Actualment hi ha gairebé 19.000 usuaris de SAD a Barcelona. Al voltant del 77% són persones més grans de 75 anys, i s'estima que en deu anys aquest col·lectiu haurà augmentat un 11% (Torrens, Ruitort, Juan 2022).

Per tal de planificar els serveis futurs, l'Ajuntament va fer una sèrie d'estudis per entendre la situació actual, elaborats amb dades de l'Enquesta de Persones en Situació de Dependència Funcional de 2018:

- Un estudi per comprendre els factors que determinen l'ús dels serveis públics per a l'atenció a la dependència (Julià, Escapa & Gallo 2021)¹
- Un estudi sobre els perfils de cuidadors no professionals que estan rebent la prestació econòmica per a cures en entorn familiar (PECEF)²

1. Agrupats com característiques predictores (com sexe, gènere o ètnia), característiques facilitadores (com ingressos, mobilitat o conviure amb familiars) i característiques de la necessitat (com nivell o tipus de dependència) (Julià, Escapa & Gallo 2021: 7)

2. Edat, sexe, accés a altres serveis d'atenció: atenció dels serveis sanitaris públics, ambulatoris; atenció contractada finançada per la prestació econòmica vinculada al servei (PEV), atenció contractada autofinançada, atenció d'un cuidador remunerat de forma informal, atenció d'un cuidador d'una empresa privada de serveis socials o sanitaris, atenció de voluntaris d'entitats socials (Càritas, Amics de la gent gran...), atenció d'un amic/ga, veï/ina (no remunerat) o altres.



- Un estudi sobre la relació entre la intensitat de serveis d'atenció rebuts en qualsevol modalitat (pública, privada, familiar o diversos), el nivell de dependència i la percepció de la suficiència de l'atenció rebuda (la mesura en què se satisfan les necessitats de l'usuari)³

Els estudis van mostrar que, si bé la convivència entre diferents formes de cura és comuna a Barcelona (53,3% de la mostra), hi ha una probabilitat molt alta que les persones grans que viuen soles no rebin ajuda de la família (Julià, Escapa & Gallo, 2021), de manera que es genera més dependència de l'atenció institucional (en residències).

Un 13,1% de les persones en situació de dependència funcional a la mostra, (n = 631) no estava satisfeta amb l'ajuda que rebia per satisfer les seves necessitats. D'aquestes, un 22,5% indicava que l'escassetat d'atenció adequada els provocava 'molta dificultat', un altre 20,3% indicava 'dificultat' i un 24,3% 'certa dificultat' (Ajuntament de Barcelona 2019). Les persones que indicaven més mancances eren les usuàries del SAD de prestació pública, amb un servei que prestava una mitjana d'1,2 hores d'atenció per dia per usuari (Julià, Escapa & Gallo 2021).

3. L'estudi classifica les persones amb alguna dificultat en la realització de les activitats quotidianes que està totalment coberta com a 'persones amb les seves necessitats cobertes' i a les persones que declaraven que l'ajuda que van rebre no satisfia les seves necessitats totalment com a 'persones per a qui l'ajuda rebuda no satisfà totalment les necessitats'.

Altres mostres de la insuficiència de l'atenció a domicili per satisfer les necessitats dels dependents grans es veien a través d'indicadors de suport social i solitud no desitjada. El 10,6% de la mostra tenia un nivell baix de suport social, i especialment les persones amb ingressos baixos i els usuaris de SAD estaven associats amb el menor suport social. El 62,3% de la mostra va indicar que es va sentir exclòs i/o que els va faltar companyia en els 12 mesos anteriors, i un 5% de la mostra experimentava solitud severa, és a dir que no tenien amics, ni familiars o altres persones properes, que veiessin com a mínim mensualment.

Un altre factor que es veia amb preocupació era les condicions dels cuidadors professionals. Dades dels departaments de recursos humans de les empreses proveïdores (Torrens 2019) revelaven que, per a uns 3.536 treballadors estables (en un 90% dones) associats amb la prestació de SAD, la rotació anual de plantilla era superior al 20% i l'absentisme estava per sobre del 14%. D'aquests treballadors, el 39% tenien contracte temporal (51% comptant uns 900 treballadors/es substituïts/tes), un 74% eren contractats a temps parcial i el 97% rebien un sou inferior a 9,47€ /hora bruts. Un 31% dels treballadors estava en situació d'alta precarietat (amb combinació de sou baix, contracte temporal i a temps parcial).

Es va decidir que era urgent la necessitat d'intensificar les polítiques de cures, especialment a les llars amb menys recursos i per a les persones amb dependència vivint soles, i en situacions on la principal persona cuidadora era un familiar d'edat avançada (Julià 2021). A Barcelona, tot i que la piràmide demogràfica està desequilibrada a tota la ciutat, i els estudis de dependència indiquen que la base d'usuaris potencials SAD és dispersa, la demanda de SAD varia per zones. Una revisió dels serveis prestats va revelar l'existència de nuclis geogràfics en diferents zones de la ciutat on es prestava un volum relativament alt de SAD, que coincidien amb les zones de menor renda, més concentració de discapacitat a la població i més densitat poblacional.

En fer exercicis de planificació es va constatar que el nombre d'hores i el nombre de persones ateses en aquestes zones eren suficients per facilitar la introducció de noves formes d'organització del servei. La idea de reorganitzar els SAD optimitzant els recursos disponibles s'inspirava principalment en el model holandès *Buurtzorg*. Aquest nom descriu una organització de

serveis sanitaris domiciliaris, prestats per equips autogestionats i limitats a zones geogràfiques de proximitat, que es va iniciar a Holanda i es va adoptar després a diversos països (Kreitzer 2015; Leask & Gilmartin 2018). El model *Buurtzorg* és compatible amb les característiques del SAD a Barcelona (clústers geogràfics en territoris d'alta densitat poblacional), persones en situacions de complexitat amb un alt percentatge de persones vivint soles i experimentant aïllament.

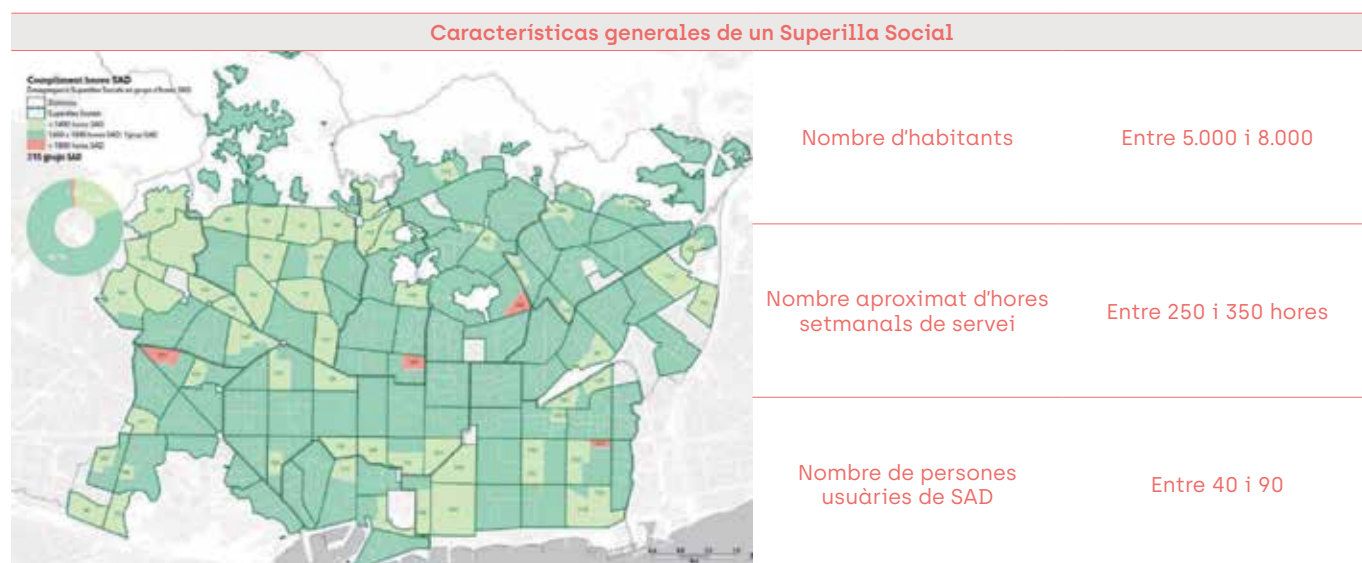
Entre els avantatges que van veure al model *Buurtzorg* hi havia el seu potencial de millorar l'atenció a les persones usuàries garantint una atenció flexible i personalitzada, i alhora de millorar les condicions de treball de les professionals. El seu disseny, basat en petits equips autogestionats i limitats territorialment, ofereix a més, segons revela l'estudi del cas holandès (Sheldon 2017), la possibilitat d'obtenir sinèrgies: p.e., entre el cuidador professional i la cura no professional (de familiars, amics, veïns i altres membres de la comunitat), entre l'àmbit sociosanitari i el sanitari (estant més connectats als centres de salut de cada zona), de manera que es pot donar així una resposta coordinada i integrada a les persones en situació de dependència, vulnerabilitat o fragilitat, de manera econòmicament més sostenible que amb el SAD tradicional.

6.2 El model Superilles Socials

Les Superilles Socials són petits equips de SAD, anomenats SAD de proximitat, amb entre 10 i 13 cuidadors professionals i un tècnic de referència per 1.300 hores de servei. La "superilla" es defineix per zona geogràfica, de territoris de determinades poblacions, persones usuàries de SAD i hores setmanals de SAD típicament prestades a la zona (Figura 13). La mateixa zona coincideix amb un Centre de Serveis Socials (CSS) o equip de SAD Dependència (SADEP), que facilita la coordinació entre l'equip del SAD i els i les professionals dels CSS o SADEP i, sempre que sigui possible, dins d'una mateixa zona d'atenció d'una Àrea Bàsica de Salut.

Basant els equips en petites zones d'autogestió (com en els equips d'atenció domiciliària de *Buurtzorg* i els equips de benestar, vegeu el capítol 4, les Superilles Socials estan dissenyades per millorar la qualitat del servei del SAD i optimitzar els recursos disponibles per promoure una sèrie d'objectius per als usuaris de SAD i els familiars, per als cuidadors professionals i per a la sostenibilitat social i econòmica dels SAD.

Figura 13: Característiques generals de les Superilles Socials



Els objectius de l'Ajuntament de Barcelona en la implantació de les Superilles Socials són:

Objectius per als usuaris de SAD i els seus cuidadors familiars

1. Millorar la qualitat dels serveis prestats per les empreses de SAD, oferint una orientació que promou la personalització de serveis en funció de les necessitats i prioritats i creant proximitat a les persones usuàries.
2. Flexibilitzar l'atenció amb un model de gestió que facilita la planificació de l'atenció amb una freqüència i durada més ajustada a les necessitats dels usuaris, possibilitant durades d'atenció més curtes (de fins a 30 minuts) i/o visites més freqüents.
3. Disminuir l'impacte negatiu dels canvis de professionals, canviant la fórmula d'un professional de referència⁴ a una dinàmica de petit equip de professionals de referència (fins a tres persones) compost per diferents perfils (per exemple, un treballador familiar i un auxiliar de neteja).
4. Des de feia anys, l'Ajuntament havia promocionat el model "d'un professional de referència" en la gestió dels SAD, però és conegut que la dependència respecte a una sola persona com a persona de referència amb les expectatives que comporta pot causar dificultats a l'hora de respondre a les situacions sobrevingudes als SAD, de manera que es generi major insatisfacció o inconveniències per als usuaris i els seus cuidadors familiars. Des del 2021, l'avaluació de l'acompliment de l'atenció prestada pels SAD a Barcelona especifica com a "indicador de qualitat" un estàndard que el 60% o més del percentatge de persones usuàries ateses hagi tingut un nombre igual o inferior a 3 treballadors familiars al llarg de l'any.
4. Garantir la comunicació d'informació als cuidadors no professionals sobre els usuaris i el seguiment continuat, gràcies a equips de proximitat i la dinàmica de tres professionals de referència.
5. Disminuir la concentració de serveis en determinades franges horàries que obliguin a la contractació en jornades parcials, a través de la flexibilització de la gestió.
6. Millorar la resposta a situacions inesperades mitjançant equips en què l'autogestió i la proximitat de l'equip facilita una resposta ràpida.





La proximitat de les Superilles Socials caracteritzada per la interrelació i la inserció en un context comunitari facilita la cohesió i la coherència de l'atenció de cures professionals amb la xarxa primària (familiar i social) que presta atenció de manera majoritària a les persones amb necessitats. També permet una millor integració amb altres iniciatives que es duuguin a terme al territori, i col·laborar en el desenvolupament d'intervencions que permetin la relació de les persones usuàries amb l'entorn comunitari, evitar-ne l'aïllament i promoure noves oportunitats d'obtenir altres suports a la cura que complementin els que ofereix el propi SAD. En aquest sentit, les Superilles Socials són considerades com un àmbit d'actuació intermedi entre el domicili i el barri capaç de generar economies d'escala i sinergies amb l'entorn comunitari, a més del servei de SAD.

Adaptació del SAD al model Superilles Socials

L'Ajuntament de Barcelona va començar el 2017 el desplegament dels primers quatre projectes pilot als barris de La Marina de Port (1), Sant Antoni (2), Poblenou (3) i Vilapicina (4) amb la col·laboració de dues empreses de SAD adjudicatàries de la prestació de SAD en aquell moment. Al començament va representar només un 1% del servei de SAD prestat. El 2017, els quatre pilots van atendre 211 persones (Torrens 2019).

Cada zona, assignada a una Superilla Social va ser seleccionada a partir d'una anàlisi dels serveis a la zona i les característiques de la població que havia de ser atesa.

Entre altres activitats destinades a desenvolupar el model, un equip de coordinadors del projecte de l'Ajuntament va viatjar a Holanda per visitar un dels equips autogestionats de *Buurtzorg*.

Durant l'any 2019 es van desplegar quatre equips més de SAD Superilles Socials a zones adjacents a les Superilles Socials inicials, treballant amb les mateixes empreses i arribant a donar servei a un total de 534 persones usuàries amb una mitjana de 18 hores d'atenció per mes i per persona usuària⁵.

L'Ajuntament aplica una metodologia per al desenvolupament de cada equip/zona nova, descrit a la Figura 14.

5. Figures d'elaboració pròpia basades en dades de Torrens (2019). Entre els 8 equips de SAD Superilla Social el 2019, la intensitat d'atenció va variar per equip/zona entre 11 hores per mes i per persona usuària (Sant Antoni - Sepúlveda) i 24.5 hores per mes i per persones usuària (Poblenou - Camí Antic).

Objectius per als cuidadors professionals

1. Reduir la precarietat laboral i generar ocupació estable que respecti els drets dels treballadors.
2. Promoure la contractació a jornades completes fomentant una ocupació de qualitat i el desenvolupament professional de les persones treballadores.
3. Distribuir de manera més equitativa les càrregues de treball físiques i psicològiques entre els professionals.
4. Generar un major apoderament a través d'un model de més autogestió promovent la professionalització i el prestigi del treball de cures.

Objectius per a la sostenibilitat social i econòmica dels SAD

1. Disminuir els temps de desplaçament i, per tant, els costos improductius associats.
2. Promoure les sinergies amb l'entorn comunitari per evitar les duplicitats, millorar la coordinació i optimitzar els recursos, millorant l'eficàcia i l'eficiència del servei.
3. Optimitzar el temps de treball dels treballadors. Es genera una dedicació més gran de temps a reunions d'equip, però es redueix el temps de desplaçaments.

Així mateix, l'Ajuntament té programada la progressiva extensió del SAD Superilles Socials. L'any 2021 va signar un nou contracte amb dues empreses per a la prestació de SAD, en el qual les empreses que es presentaven han estat valorades (entre altres coses), pel seu interès i compromís amb el desplegament del model de "SAD de proximitat". Al final del període de contracte més la pròrroga (cinc anys en total) l'objectiu és disposar, com a mínim, de sis superilles per districte, arribant a 60 superilles en tota la ciutat.

Segons l'Ajuntament, en el cas que les condicions del desplegament de la modalitat de SAD de proximitat Superilles Socials siguin favorables, la valoració de la implementació de la modalitat sigui satisfactòria i que hi hagi acord entre les adjudicatàries i l'Ajuntament, es pot ampliar el nombre de Superilles Socials fins a sis més per districte. D'aquesta manera es contempla la progressiva extensió del nou model de gestió amb l'objectiu d'implementar entre 60 i 120 Superilles abans del 2025 i dividint eventualment la ciutat de Barcelona en 316 Superilles (Ajuntament de Barcelona 2021; Torrens, Ruitort, Juan 2022).

En una avaluació de les persones usuàries de les Superilles durant la primera fase del desenvolupament del projecte, un 84% considerava que havia millorat la seva autonomia; el 93% havia experimentat millores en el seu estat d'ànim; el 95% va percebre més inclusió social; el 68%, millores en el coneixement del barri; i un 58% veia millores en les seves relacions amb el veïnat (Torrens 2019).



Figura 14: Metodologia per desenvolupar un nou equip SAD Superilla Social



* Radars és un projecte comunitari impulsat pels Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona per pal·liar els efectes de la soledat no desitjada i prevenir situacions de risc de les persones grans. Treballa amb els veïns i les veïnes, comerços, farmàcies, persones voluntàries, entitats i equipaments d'un barri, amb l'objectiu de transformar els barris en comunitats humanes, segures, participatives i solidàries.

Gestió de l'equip

La realització del servei, i encara més, la personalització del servei, recau en l'equip en conjunt, no en un professional aïllat. Dins l'equip, diverses professionals coneixen cada cas i poden atendre'l de manera personalitzada i de manera continuada. Els equips amb coneixement de les persones usuàries tenen molta capacitat de fer propostes que s'adaptin a les preferències i necessitats de les persones usuàries, tant en com fer les tasques, com quan fer-les (freqüència i franges horàries).

Els Equips Bàsics d'Atenció Social prescriuen el servei i determinen el nombre d'hores setmanals assignades, però, per norma general, no en concreten la freqüència (dies), ni els horaris, fet que permet a l'equip, amb l'ajut de la coordinació tècnica, adaptar el servei a les necessitats de les persones usuàries i la disponibilitat de les treballadores (amb l'objectiu d'aconseguir torns menys fragmentats i horaris més estables).

Tot i que el SAD Superilles Socials garanteix horaris estables (sense retards o substitucions inesperades), respectant l'autonomia dels usuaris i els seus ritmes vitals, és important destacar que el model SAD Superilles Socials permet la flexibilització de l'atenció en els sentits següents:

1. Realitzar serveis en franges de 30 minuts o, fins i tot, si cal, en períodes inferiors, per donar cobertura a tasques que requereixen poc temps i que poden ser necessàries cada dia.
2. Modificar l'horari d'atenció per ajustar-lo a les necessitats dels usuaris⁶ i les consideracions de l'equip per optimitzar el servei per al conjunt d'usuaris. (Les modificacions han de ser, en tot cas, acordades amb antelació). De la mateixa manera, si les persones usuàries requereixen un canvi d'horari per necessitat també ho podran sol·licitar.

6. Per exemple, els usuaris poden sol·licitar un canvi d'horari per compatibilitzar l'atenció amb una cita sanitària o semblant, o alguna activitat social, o per ser acompanyades si ho requereixen. També l'equip pot suggerir modificacions per adaptar-se a canvis en la situació d'un usuari i poder-li donar l'atenció més adequada en el moment més adequat. Com que això pot influir en l'atenció d'altres usuaris, és imprescindible que les modificacions siguin acordades entre l'usuari (i el seu cuidador familiar) i l'equip mitjançant una comunicació fluida.

En aquesta modalitat de gestionar l'atenció és essencial:

- Que la persona usuària valori i compregui el concepte de flexibilitat, entenent que li permetrà tenir una atenció més ajustada a les seves necessitats, però, a canvi, l'equip li pot demanar petites modificacions en el seu horari, de tant en tant, per atendre les necessitats d'altres persones en la mateixa zona.
- Mantenir una comunicació fluida i oberta entre l'usuari (i el cuidador familiar), els cuidadors professionals de referència i la coordinadora tècnica.
- Que la persona usuària compregui que rebrà atenció d'un equip petit de professionals, en comptes de tenir un únic cuidador professional de referència.

Com a equip autogestionat, els equips són responsables de:

- Atendre el grup de persones usuàries de la Superilla Social.
- Realitzar el seguiment continu de les persones usuàries⁷.
- Mantenir contacte amb els equips bàsics d'atenció social per transferir informació sobre les persones usuàries.
- Organitzar-se internament.
- Ajudar els equips a planificar els torns de servei de cadascun dels seus membres⁸.
- Cobrir absències curtes d'algun membre de l'equip⁹.

7. A Barcelona, els coordinadors tècnics són els últims responsables del seguiment dels usuaris, atès que les normatives del conveni col·lectiu del sector i el plec de condicions de la concessió impedeixen als treballadors familiars ser responsables del seguiment de les persones usuàries.

8. En el moment inicial de desplegar un equip "Superilles", el coordinador tècnic ajuda l'equip amb la planificació. Al llarg del temps, els equips fan la programació de manera autònoma, excepte en determinades circumstàncies més complexes, quan intervé el coordinador.

9. Als equips no els correspon la gestió de vacances ni la cobertura de baixes llargues.

Un dels suposats beneficis d'un equip SAD autogestionat és que permet que l'equip serveixi per esmorteir les càrregues de treball que comporten alguns serveis a persones usuàries en situacions molt complexes i vulnerables, i també com a element d'equilibri en el desenvolupament de les tasques encomanades als mateixos professionals.

Els equips estan integrats per persones treballadores d'atenció directa i combinen cuidadors professionals (titulats treballadors familiars) i auxiliars de neteja, amb un nombre variable d'entre 10 i 15 en funció del volum de persones ateses i hores de servei. Com a mecanisme per mitigar el dinamisme del servei (altes, baixes, baixes temporals, etc.) s'admeten les opcions següents:

- Que dos cuidadors professionals formin part de dos equips de SAD de proximitat adjacents
- Que a cada barri hi hagi un cuidador professional "volant".
- Altres que pugui proposar l'empresa SAD.

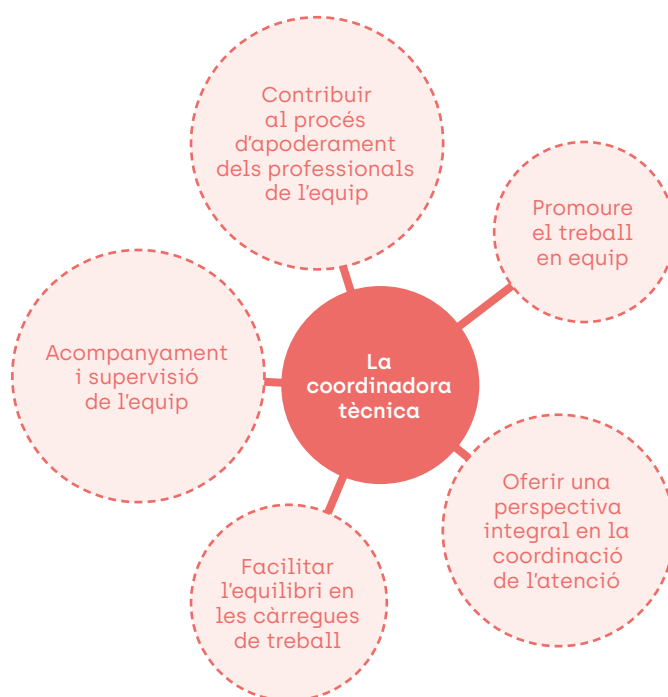
L'equip, en conjunt, és responsable d'atendre totes les persones usuàries del SAD que tenen el domicili en la zona a la qual pertany l'equip, i comptaran amb els professionals de suport que s'estableixin per al conjunt del SAD, els quals variaran en funció de les característiques dels usuaris. (El personal de suport pot incloure un/a infermera, un/a terapeuta ocupacional i un professional d'integració social.)

Cada equip també compta amb el suport d'una persona de coordinació tècnica de l'empresa (que també pot fer el mateix amb un altre equip)¹⁰.

En base als principis dels equips autogestionats (Vermeer & Wenting 2018), la coordinadora tècnica té una visió àmplia de l'equip de treball que permet ajudar l'equip en l'assignació de les tasques a cada treballadora d'acord amb les seves fortaleeses, facilitar l'equilibri de les càrregues de treball i, en general, contribuir al desenvolupament harmònic de l'atenció a les persones usuàries i de l'equip. Com a professional de suport a l'equip té

unes funcions diferenciades (Figura 15). L'organització dels SAD en equips de proximitat com en el cas de les Superilles Socials permet desenvolupar el seu rol amb més interacció amb les treballadores d'atenció directa, que li permeten tenir una informació molt actualitzada de l'evolució i la situació de les persones. Per tant, té més capacitat d'incidència en la qualitat de la prestació del servei.

Figura 15: Les funcions de la coordinadora tècnica segons els principis del model Buurtzorg



Els equips es reuneixen sovint per compartir casos i comentar-los, i per acordar accions per millorar el servei, ajustant planificacions o introduint noves formes de personalitzar els serveis. Durant els primers sis mesos, les reunions són cada setmana i, posteriorment, es pot modificar aquesta freqüència sempre que no se superin les tres setmanes entre reunions. Després de les reunions, un membre de l'equip (rotant entre els membres) introdueix la informació sobre qualsevol nou pla i/o modificació dels serveis al sistema d'informació de SAD.

Formació de l'equip

La configuració de les Superilles Socials implica que el personal d'atenció directa assumeix canvis en la forma de dur a terme el procés d'atenció i en l'organització i l'orientació de l'atenció, i té més implicació en el seguiment del cas, comparteix l'anàlisi i la presa de decisions amb la coordinadora tècnica i, amb més

10. A la coordinació tècnica se li assigna un territori format per Superilles Socials adjacents. Actualment treballen en una ràtio entre 60-80 casos per coordinadora tècnica, però amb l'ampliació del model es preveu que un coordinador tècnic cobrirà fins a 5 equips Superilles amb una ràtio d'entre 140-180 persones per coordinadora tècnica.

coordinació, amb el/la professional de referència de l'Equip Bàsic d'Atenció Social. També destaca la necessitat d'habilitats d'autogestió per poder participar en totes les tasques assignades, incloent-hi la planificació i la gestió dels serveis, i la capacitat de decisió en el procés de gestió i organització del servei.

Els equips de SAD Superilles Socials estan compostos per cuidadors professionals amb perfil d'assistent/a d'atenció domiciliària o treballador/a familiar (professional que desenvolupa intervencions d'atenció sociosanitària dirigides principalment a persones grans i persones amb discapacitat al domicili) i un tècnic de referència. Aquest darrer coneix les necessitats de les persones que viuen a la zona, pot coordinar les respostes comunitàries i fa d'interlocutor amb les persones que cuiden o necessiten atenció de suport i cura a la zona. La coordinació tècnica experimenta un canvi de rol significatiu i molt important en passar d'un SAD "tradicional" a un equip de SAD de proximitat autogestionat, atès que assumeix una influència molt més clara en la millora de la qualitat del servei.

Per ser reconegut com a perfils professionals d'assistent/a d'atenció domiciliària o treballador/a familiar, els membres de l'equip necessiten disposar de la qualificació professional que estableix l'article 1 de l'ORDRE TSF/216/2019, de 28 de novembre, per la qual es regula la qualificació i l'habilitació professional del personal auxiliar d'atenció a les persones en situació de dependència, comptant les qualificacions de grau mitjà de "cures auxiliars d'infermeria" i "atenció a persones en situació de dependència" com les adequades per a l'àmbit de SAD. Tot i això, segons Lluís Torrens, Director d'Innova-

ció Social de l'Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI de l'Ajuntament de Barcelona, en la pràctica, la formació vinculada a la qualificació professional segueix estant força allunyada de la realitat. És a dir, la formació que s'imparteix no reflecteix ni contempla la complexitat de situacions, necessitats i dilemes que es troben en la pràctica. Això és un desavantatge per desenvolupar un equip on els cuidadors professionals realitzin les seves activitats amb més autonomia.

L'Ajuntament de Barcelona considera que la formació representa un element determinant en la prestació d'un servei de qualitat pels professionals de les Superilles Socials. En línia amb la filosofia de l'autogestió de l'equip, els equips poden proposar plans de formació propis, per ser consensuats (i finançats) per l'Ajuntament.

Caixa 20: Obligacions de formació professional contínua especificades al Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció a domicili de Catalunya

La formació professional a l'empresa s'orientarà cap als objectius següents:

- a) Adaptar el titular al lloc de treball i a les seves modificacions.
- b) Actualitzar i posar al dia els coneixements professionals exigibles a la categoria i lloc de treball.
- c) Especialitzar, en els diferents graus, en algun sector o matèria del propi treball.
- d) Facilitar i promoure l'adquisició de títols acadèmics i professionals al personal.
- e) Reconversió professional.
- f) Conèixer idiomes nacionals i estrangers.
- g) Ampliar els coneixements del personal que permeti prosperar i aspirar a promocions professionals i adquisició dels coneixements corresponents a d'altres llocs de treball.
- h) Formar teòricament i pràcticament de manera suficient i adequada en matèria preventiva quan es produeixin canvis en les funcions que s'ocupin o s'introdueixin noves tecnologies o canvis en els equips de treball i en les condicions establertes a l'article 19 de la Llei de prevenció de riscos laborals.
- i) Facilitar l'accés als certificats de professionalitat corresponents a través de l'acreditació de les competències professionals segons l'experiència laboral i la formació continuada.



Per aquesta raó, a banda de la formació de base, les empreses SAD que participen al model Superilles Socials estan obligades a formar l'equip en temes de treball en equip, en autogestió d'equip (en línia amb els principis del model *Buurtzorg*) i en solucionar conflictes, a banda de les obligacions de formació professional contínua, especificades al Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció a domicili de Catalunya (RESOLUCIÓ TSF/2699/2020) (Caixa 20). A més d'aquesta base, durant el desenvolupament



del model, han afegit formació en temes sanitaris per millorar la capacitat de detectar i prevenir el deteriorament de la salut física dels usuaris (vegeu a baix). La necessitat de formació pràctica continua sent una realitat, encara que veuen que la pandèmia ha donat possibles solucions. Per exemple, una de les necessitats detectades és la d'atenció a persones amb demència, especialment per respondre a problemes de comportament. Utilitzant mitjans de formació virtual, hi ha la possibilitat d'organitzar sessions de forma més econòmica a mesura que les zones amb equips de SAD Superilles Socials van augmentant o que sorgeixen temes que requereixen enfortir les competències i els coneixements dels equips. Es valoren en particular formats on els cuidadors puguin parlar sobre els dilemes i conflictes que troben en la pràctica i explorar eines i tècniques per solucionar-los.

Integració amb el sistema de salut

En una de les zones (Vilapicina) s'ha desenvolupat un projecte d'integració sociosanitària amb els cuidadors professionals dels equips Superilles de la zona, amb l'objectiu d'"explorar la col·laboració i la coordinació entre les treballadores familiars i les persones professionals de la salut per a millorar l'atenció a domicili" (Moreno-Colom 2021a: 38). Aquest projecte va ser impulsat per l'Ajuntament de Barcelona i el Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), i es va desenvolupar a la zona de referència del CAP Cotxeres, l'Àrea Bàsica de Salut (CSC 2017) a partir d'un curs de formació que van impartir professionals de salut del CAP Cotxeres als equips Superilles, buscant formes per millorar la comunicació entre els equips Superilles i el CAP.

Entre altres coses, s'esperava que la col·laboració podria:

- Facilitar l'intercanvi d'informació i la presa de decisions de les persones ateses, reduint la duplictat de tasques i millorant l'ús de recursos.
- Permetre introduir un enfocament preventiu al sector de serveis d'atenció a domicili, ajudant a frenar o alentir el deteriorament de les persones ateses més fràgils.
- Promocionar l'estabilitat i la seguretat de les persones ateses, millorant l'agilitat tant dels serveis socials com dels sanitaris en una situació d'urgència.
- Informar millor de la feina que fan els professionals dels dos sectors (sociosanitari i sanitari).



La formació va abordar dues temàtiques generals: atenció a les persones amb malalties cròniques (com la diabetis, problemes cardíacs, etc.), i detecció de deteriorament en situació de malaltia sobtada (com podria ser un ictus). La formació va tenir lloc en nou sessions (Torrens 2019), que van ser molt ben rebudes, i van generar molta satisfacció entre l'equip, que es va sentir més preparat i *empoderat*.

La seva utilitat es va demostrar de seguida, quan una setmana després, un membre de l'equip va detectar precoçment un ictus aplicant la formació que va rebre. Per a l'equip d'atenció primària, equipar els cuidadors professionals aporta valor associat quant a potencial de prevenció i d'actuació primerenca.

La iniciativa també va propiciar la creació de canals de comunicació entre l'equip SAD Vilaveïna i el CAP. Van posar a disposició dels treballadors familiars “una línia vermella”, un telèfon de contacte directe amb un professional de salut per resoldre qualsevol dubte.

Segons una avaluació que va fer el Consorci de Salut i Social de Catalunya, “compartir la informació bàsica de la persona atesa entre serveis socials i sanitaris dona una visió global en tot moment als responsables del cas, ampliant la informació dels professionals, enriquint la presa de decisions i fent guanyar temps, evitant alhora circuits que no aporten valor” (CSC 2017: 20).

Condicions per als cuidadors professionals

En línia amb les experiències internacionals (*Alders 2015, capítol 4*), s'ha vist que treballar en un equip autogestionat i limitat territorialment millora les condicions de les persones treballadores (tant com per a les persones usuàries). Entre els canvis més notables que han percebut els cuidadors professionals implicats en el SAD Superilles Socials destaquen els relacionats amb el seu reconeixement (Moreno-Colom 2021a,b). Aquest reconeixement s'obté:

- **Dels equips** on treballen, ja que obtenen un sentiment de pertinença relacionat amb el treball en un equip estable, la seva participació i corresponsabilitat en l'autogestió del SAD i l'establiment d'una identitat de grup visible, coneguda i reconeguda per l'administració i l'empresa
- **Amb les persones usuàries i els seus familiars**, generat per: 1) les característiques de la gestió d'aten-

ció a les Superilles Socials i l'autonomia i capacitat de decisió que els permeten assumir un paper important en la personalització de l'atenció, 2) la seva elevada responsabilitat en el seguiment continu dels usuaris i en la modificació dels plans d'atenció, i 3) la continuïtat amb els usuaris, que els fa més visibles al seu entorn familiar, i més coneguts per la persona

- **Als barris** on treballen, pel fet que la seva feina comença a formar part de la vida quotidiana, de manera que les treballadores senten que elles també formen part de la comunitat, igual que les persones que atenen i acompanyen. El fet de ser conegudes i reconegudes al mateix espai els aporta un sentit de valor social, que alhora fomenta el compromís amb la seva feina

Entre altres aspectes positius s'assenyala també la percepció d'una redistribució més gran de la càrrega física i emocional entre els treballadors i un intercanvi de comunicació molt més eficient, encara que segueixen experimentant certes dificultats de comunicació amb altres professionals de l'àmbit de la salut i els serveis socials.

Segons l'estudi de Moreno-Colom (2021b:15), el nou model de gestió “facilita un retorn als orígens de la professió posant en valor el conjunt de competències actitudinals i professionals que implica el seu exercici” i ampliant i visibilitzant el conjunt de competències tècniques, instrumentals i actitudinals que acumulen els cuidadors professionals en la prestació de SAD. A més, es tradueix en una millora de la percepció subjectiva de les condicions laborals.

Cal notar que una part de les treballadores de SAD són dones que provenen de situacions precàries. Una de les dues empreses de SAD implicades en el desenvolupament de les Superilles Socials col·labora amb associacions i entitats del tercer sector que els deriven persones que es troben en situació de vulnerabilitat, afavorint-ne la inserció social (Nació Digital 2018). Segons l'empresa, s'ofereix als cuidadors formació continuada que els ajuda a créixer professionalment i a poder operar professionalment d'acord amb el model de SAD.

A banda de les notables millores en les condicions laborals per als cuidadors professionals en el model Superilles, l'Ajuntament ha actuat d'altres maneres per millorar les condicions per als cuidadors professionals en tota la ciutat. Per exemple, a la licitació per al contracte actual (realitzat a principis de l'any 2021), van incloure diverses

clàusules socials relacionades amb les condicions dels cuidadors professionals (Ajuntament de Barcelona 2021a). Així, es valorava el percentatge de personal contractat a jornada completa, les mesures per reduir els riscos laborals, en particular els riscos psicosocials (p.e., suport terapèutic individualitzat i confidencial), el compromís de les empreses a revertir part del benefici industrial obtingut del contracte en millores del servei (amb impacte directe en les persones usuàries i en els riscos laborals per als treballadors). Finalment, també es preveia un increment salarial del 4% d'acord amb el nou conveni del sector (Moreno-Colom 2021a).

Control de qualitat

Des del desplegament del nou contracte per a la prescripció de SAD (2021), l'Ajuntament recull una àmplia gamma d'informació per mesurar la qualitat de l'atenció prestada per les empreses de SAD, mitjançant un sistema d'indicadors classificats en tres blocs (Taula 3) (Ajuntament de Barcelona 2021b):

- Indicadors de compliment de l'activitat
- Indicadors de qualitat percebuda
- Indicadors de qualitat tècnica

En total han creat 59 indicadors de qualitat, dels quals la gran majoria té un estàndard (n=55). Gairebé tots seran avaluats mitjançant dades del sistema de gestió, amb periodicitat anual, trimestral, o mensual, segons l'indicador.

Semblant al model de contractació per resultats (*vegeu capítol 5*), el nou contracte incorpora un sistema per penalitzar les empreses SAD per incompliment dels estàndards especificats.

Segons el Plec de clàusules tècniques particulars, la repercussió que s'aplica mensualment en valor econòmic per a cadascun dels incompliments es defineix pels intervals següents:

- Fins a 5 incompliments: 400 € per incompliment
- De 6 a 10 incompliments: 800 € per incompliment
- D'11 a 15 incompliments: 1.600 € per incompliment
- Més de 16 incompliments: 2.400 € per incompliment

Per exemple, davant la detecció de vuit incompliments mensuals, la seva repercussió econòmica seria:

Incomp.1	Incomp.2	Incomp.3	Incomp.4
400€	400€	400€	400€
Incomp.5	Incomp.6	Incomp.7	Incomp.8
400€	800€	800€	800€

Les repercussions econòmiques dels incompliments mensuals es reflecteixen en la facturació de la mensualitat que determini l'Ajuntament, d'acord amb el temps que requereixi la verificació de l'incompliment.

En relació amb els equips de SAD Superilles Socials cal notar que hi ha distincions en els indicadors aplicats. Alguns dels indicadors que s'apliquen a la resta dels SAD són específicament no aplicables als equips de SAD Superilles Socials, i n'hi ha d'altres que només són aplicables per a les Superilles de SAD.

Els indicadors no aplicables per als equips de SAD Superilles són el grau de compliment de la durada del servei prescrit¹¹ i el grau de compliment de la prescripció horària. Aquest canvi permet als equips de SAD Superilla desvincular l'atenció, fins a cert punt, del pla d'atenció individual, mentre no excedeixi ni incompleixi el total d'hores prescrites per mes, i mentre l'atenció segueixi cobrint les tasques més essencials, de manera que es guanyi així un marge de flexibilitat per poder organitzar i orientar l'atenció segons les preferències i prioritats dels usuaris per millorar-ne el benestar.

Per mesurar la continuïtat d'atenció prestada pels equips de Superilles, com a concepte de la 'qualitat percebuda' (Taula 3) s'aplica un indicador addicional: el percentatge de persones ateses per professionals que no són de l'equip estable de les Superilles, dividit pel nombre de persones ateses per l'equip. El valor d'aquest indicador ha de ser igual o inferior al 10%.

Finalment, per mesurar el desenvolupament del model Superilles segons l'acord amb les empreses SAD, un dels indicadors avalua el percentatge de persones usuàries ateses en la modalitat SAD de proximitat per Superilles Socials, i ho compara amb allò que s'esperava.

11. Per als SAD prestats fora del model de les Superilles Socials, el percentatge de serveis amb una reducció de la durada de prestació efectiva superior a 15 minuts respecte del programat ha de ser igual o inferior al 10%, i el percentatge de serveis iniciats amb un retard superior a 15 minuts, igual o inferior al 10%.

Taula 3: Indicadors de qualitat en la prestació de SAD al municipi de Barcelona

Típus d'identificador de qualitat	Exemples	Estàndard
Indicadors d'acompliment de l'activitat	Inclouen indicadors relacionats amb:	
	1) El procés d'alta de l'usuari	
	La mitjana de dies que transcorren des que l'adjudicatària rep una sol·licitud d'alta fins que la persona usuària té el servei actiu	15 dies naturals
	El percentatge de persones usuàries que han iniciat el servei i que han rebut la trucada de validació dins dels 15 dies següents a l'inici del servei	El 95 % dels usuaris en aquesta situació
	2) L'acompliment de l'atenció prescrita	
	El percentatge d'hores d'atenció assignades als cuidadors professionals no realitzades	Igual o inferior al 15 %
Indicadors de qualitat percebuda	3) El seguiment de l'usuari	
	El grau d'acompliment de la visita de seguiment	El 90 % dels usuaris als quals correspon la visita anual
	El grau d'acompliment de l'actuació d'informes de seguiment de cas i el percentatge de persones usuàries amb dos informes de seguiment anuals realitzats	El 90 % dels usuaris corresponent
Indicadors de qualitat percebuda	Percentatge de baixes del servei degudes a insatisfacció, respecte al total de baixes	Igual o inferior al 10 %
	Percentatge de queixes respecte al conjunt de la població atesa	Igual o inferior al 10 %
	Percentatge de persones usuàries ateses que han tingut un nombre igual o inferior a tres cuidadors professionals durant l'any	Igual o inferior al 60 %
Indicadors de qualitat tècnica	Percentatge de persones usuàries amb dependència reconeguda que han rebut assessorament en l'adequació de la llar i necessitats d'ajudes tècniques	Igual o superior al 40 %
	Nombre de professionals que realitzen control de presència als serveis assignats respecte al conjunt de personal d'atenció directa	Igual o superior al 95 %
	Percentatge mensual de rotació de treballadors d'atenció personal	Inferior al 4%

Reptes per al desplegament del model de SAD Superilles Socials

Tot i els molts beneficis que s'han vist amb la implantació del model Superilles (ara anomenat freqüentment com el “SAD de proximitat”), aquest té encara alguns desafiaments per endavant:

- El SAD de proximitat no ofereix cobertura en horaris especials (nocturns, caps de setmana i festius), atès que els equips de SAD realitzen els serveis únicament en dies feiners en horari de 7 h a 22 h. Això afecta, sobretot, els usuaris amb més dependència (tot i que els equips es miren de coordinar de la millor manera possible amb els equips que donen cobertura en horaris especials per mantenir un servei de continuïtat). També s'han observat dificultats per cobrir serveis d'última hora (19h-21 h) (Torrens 2019)
- Tot i que el model Superilles redueix les barreres socioculturals en el sistema de cures derivades de les jerarquies professionals, les normatives tendeixen a reforçar-les. Per exemple, els treballadors familiars tenen un paper actiu en el seguiment continu de les persones usuàries (comptant amb la informació més directa de la situació i l'estat de les persones usuàries). Tot i això, tant les normatives del conveni col·lectiu del sector com el plec de condicions de la concessió els impedeix ser responsables (i per tant reconegut professionalment) del seguiment de les persones usuàries. Aquesta responsabilitat està adscrita al rol de coordinador tècnic. Aquesta realitat no encaixa amb els principis en què es va basar el model SAD Superilles (i el model holandès *Buurtzorg*)
- Relacionat amb això cal millorar l'apreciació del model i aspectes com la centralitat de la cura relacional, l'autogestió d'equips i el paper avançat que poden tenir els treballadors familiars en l'atenció.
- De manera semblant a l'experiència dels equips de benestar (*capítol 4*), en el model SAD Superilles Socials s'intervé en com proveir el servei i en com organitzar la provisió i el treball, però no hi ha canvis en la prescripció dels serveis ¹². Per augmentar

el benefici del servei per a les persones usuàries, s'adapta a les seves necessitats, permetent la flexibilització de l'atenció fins a cert punt. L'autonomia dels treballadors de l'equip per variar la freqüència i la durada del suport és una de les característiques principals del model, però entra sovint en conflicte amb les normes d'atenció social (Leask, Bell & Murray 2020). Per exemple, a Barcelona, com a la resta de Catalunya, la llei de contractació pública obliga l'ajuntament a establir el detall dels treballs a realitzar i abonar-los per unitats temporals (hores), reforçant el model *Fordista* (Torrens 2019)

- Com hem vist en el cas dels equips de benestar (*vegeu el capítol 4*), els equips de proximitat del model Superilles Socials comporten un cost alt. Això subratlla la necessitat d'una perspectiva més àmplia, d'un ecosistema de cures per crear sistemes sostenibles que reparteixin els costos associats amb les cures de forma més equitativa, siguin aquests monetaris o de temps, i que incloguin diferents formes de provisió (de les administracions, els usuaris, les famílies i la comunitat) (Torrens 2019). D'aquí va néixer el concepte de les Vilaveïnes (*vegeu més avall*). Altres línies de desenvolupament urgents identificades incloïen la necessitat d'habitatges adaptats i “solucions habitacionals alternatives mitjançant espais de serveis compartits i conviviais” (Torrens 2019: 38)
- Per justificar el cost del servei, és important optimitzar la coordinació amb altres equipaments (centres de dia, centres cívics, centres esportius) amb entitats i activitats comunitàries i voluntàries i amb els sistemes de teleassistència, així com valorar la integració de personal terapèutic com ara treballadors ocupacionals, fisioterapeutes, etc., a més de seguir buscant maneres d'optimitzar la col·laboració amb el sector sanitari seguint l'exemple de Vilapicina (Torrens 2019)

Finalment, cal mesurar l'impacte del model Superilles en el mitjà i llarg termini, sobre aspectes com ara els beneficis per a les persones usuàries i els cuidadors no professionals, el desenvolupament de la dependència i l'impacte en els serveis sanitaris (*com s'ha fet, per exemple, en el cas dels equips de benestar —vegeu el capítol 4—*).

12. Com per a tots els usuaris de SAD, són els Centres de Serveis Socials els que identifiquen els usuaris i prescriuen el servei. Amb les regles actuals, aquests defineixen el nombre d'hores que els usuaris han de ser atesos.

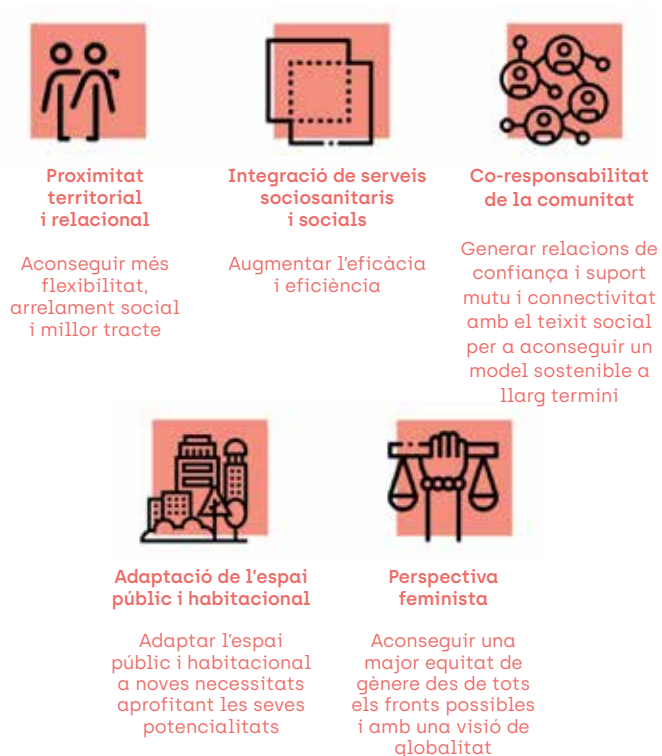
6.3 El projecte Vilaveïnes

A partir del model de les Superilles Socials ha crescut el projecte de les Vilaveïnes que parteix de l'experiència de les Superilles Socials i que té com a objectiu generar un escenari on el veïnat de cada entorn pugui gaudir dels beneficis de la proximitat que té viure en un barri on l'eix vertebrador és la cura de les persones. A Vilaveïnes es posen en marxa projectes i accions concretes per reconèixer la centralitat de les cures en el sosteniment de la vida, per afavorir el sorgiment de comunitats que es cuiden i per millorar la situació tant de les persones que es dediquen a cuidar com de les que tenen necessitats de cura, durant tota la vida, però especialment en dues franges d'edat: la petita infància i el procés d'envelliment. L'objectiu últim és millorar el benestar i la qualitat de vida de la ciutadania, també a partir d'una millor coordinació dels serveis i recursos del territori, cosa que permetrà afrontar amb més eficiència i anticipació els canvis demogràfics i socials de la ciutat que es produiran en els propers anys.

Els aprenentatges del model Superilles Socials i altres projectes municipals han estat clau per acabar de definir el disseny del projecte (Caixes 1, 2, 3) a més d'algunes influències internacionals.¹³ El projecte Vilaveïnes aspira a revertir les actuals desigualtats existents respecte de la provisió de la cura, així com a promoure una responsabilitat més gran, dignificar la tasca de les persones cuidadores, crear espais de treball compartit entre professionals, serveis, entitats i ciutadania i impulsar una sensibilització més gran entorn al reconeixement i centralitat social de les cures (Figura 16). D'aquesta manera, la construcció de Vilaveïnes dona suport a la contribució dels equips de SAD de proximitat a través de les Superilles Socials perquè les persones puguin romandre als seus domicilis el màxim temps possible, de manera que s'eviti la institucionalització (amb la seva desvinculació de les xarxes primàries) i alhora es redueixi la sobrecàrrega dels cuidadors familiars. Assolir aquesta missió implica la interrelació comunitària i l'articulació dels serveis de SAD de proximitat amb xarxes associatives i altres serveis i prestacions.

13. Altres influències en la visió de les Superilles Socials han estat els Blocs d'Atenció de Bogotá, els llocs basats en actius (*Asset Based Places*), el model 'el cercle' del Regne Unit, els models PACE i NORC (*Naturally Occurring Retirement Communities*) i 'el poble' dels Estats Units.

Figura 16: Els principis del model Vilaveïnes



Font: Ajuntament de Barcelona

La visió és que cada persona que visqui dins una Vilaveïna tindrà, en un territori abastable a peu, un equip i un espai de referència que disposaran de la informació sobre el conjunt de serveis que ja hi ha a la ciutat.

En concret, cada Vilaveïna tindrà una persona referent i un espai físic dins o molt a prop de l'àmbit, que podrà ser un espai dins d'una oficina municipal o un local específic. Aquest espai de referència serà obert al conjunt de la ciutadania.

L'objectiu és que cadascuna d'aquestes oficines sigui el punt d'accés on es pugui derivar la gent per a necessitats relacionades amb les cures. També és concebut com un espai on els veïns puguin elaborar plans de millora de l'espai públic més proper per fer una ciutat més amable i preparada per cuidar i rebre cures a l'entorn més proper a casa.

La persona referent de territori és qui coneix les necessitats de les persones que viuen a la Vilaveïna, i pot

coordinar les respostes comunitàries i fer d'interlocutora entre les persones que tenen cura o necessiten ser cuidades.

Cada Vilaveïna té una cartera de serveis compartida amb tots els territoris, més altres serveis i elements propis de les necessitats, característiques i singularitat de cada zona de Vilaveïna, dissenyats i desenvolupats a partir d'una diagnosi participativa i mètodes de codisseny i promoció de l'autoorganització ciutadana.

A part dels equips de SAD del model Superilles Socials, els serveis disponibles poden incloure espais de criança compartida, un grup de suport emocional i espais de respir per a persones que tenen cura, bancs d'ajudes tècniques, suport per a projectes comunitaris de cura que facilitin l'organització col·lectiva, així com assessorament legal i laboral per a treballadores de la llar i de les cures.

Es disposa d'un equip de coordinació, que s'encarrega de promoure la coordinació entre els diferents agents municipals, és a dir, de coordinar tota la implementació dels serveis al territori i de vetllar pel desplegament correcte del projecte.

A diferència de les Superilles, les zones Vilaveïnes són més àmplies, cobrint poblacions d'entre 10.000 i 30.000 habitants, i integren dos o més equips de SAD de proximitat (Figura 17).

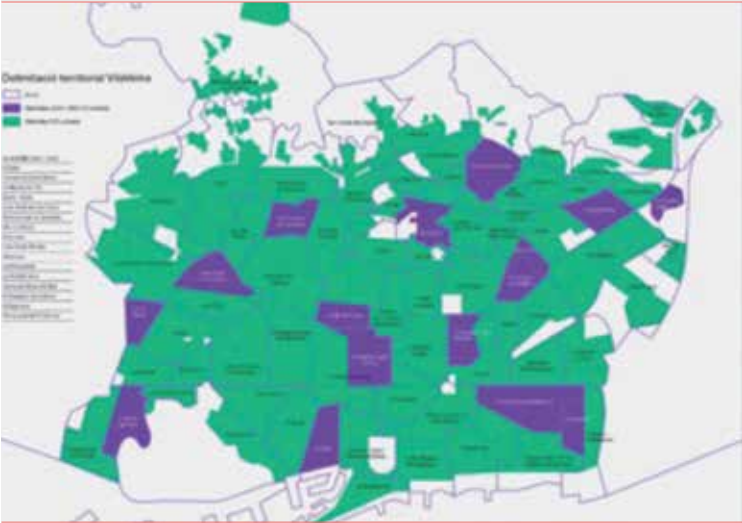
Les primeres 16 VilaVeïnes, que s'estan desplegant, s'han definit sobre la base d'un índex compost de vulnerabilitat social que ha tingut en compte el volum de persones de 75 anys o més que viuen soles, la població de 0 a 2 anys que no està matriculada en cap escola bressol o bé que la renda mitjana per persona i població sigui inferior als 7.500 euros anuals, tot això amb la correcció que suposa incorporar d'entrada una part de les Superilles Socials del SAD que ja funcionen actualment o facilitar el desenvolupament de nous equips. Les primeres 16 unitats territorials engloben una població d'uns 300.000 habitants i estan distribuïdes per tota la ciutat.

A la primera fase, durant el 2021, s'han desplegat les primeres quatre oficines als barris de Vilapicina i la Torre Llobeta (Nou Barris), Provençals del Poblenou (Sant Martí), la Marina del Port (Sants-Montjuïc) i el Congrés i els Indians (Sant Andreu).

Durant l'any 2022 es desenvoluparà la segona fase amb la incorporació de 12 Vilaveïnes més i, segons els càlculs de l'Ajuntament, la ciutat podria quedar totalment coberta durant els anys següents després d'implementar al voltant de 115 experiències similars que convertiren Barcelona en la primera ciutat del món en promoure la cura des d'un àmbit comunitari i de proximitat.

L'objectiu a llarg termini és desplegar el projecte a tota la ciutat, implementant al voltant de 115 experiències de Vilaveïna per construir xarxes de suport a la cura en un horitzó de 20 o 30 anys.

Figura 17: Característiques de les "Vilaveïnes"

Característiques de les Vilaveïnes		
	Nombre d'habitants	Entre 10.000 i 30.000 habitants
	16 zones Vilaveïnes desplegades a la primera fase [2021-2022]	Les primeres 16 unitats territorials englobaran una població d'uns 300.000 habitants i estaran distribuïdes per tota la ciutat
	Nombre de persones usuàries de SAD	Dos o més equips de SAD de proximitat [Superilles Socials] Un equip físic per a projectes comunitaris Una persona de referència Cartera de serveis [generals i específics]

Caixa 21: Projectes municipals a Barcelona per combatre la solitud no desitjada

Vincles/ VinclesBCN – és un projecte que proposa trencar amb l'aïllament social de les persones grans de la ciutat mitjançant l'ús de les noves tecnologies. Incorpora el préstec de tauletes tàctils, el suport d'un equip de dinamització social i una xarxa de suport públic (de l'entorn personal, que podria incloure la família, els amics, els treballadors socials i els voluntaris) per facilitar l'ús de les noves tecnologies (Cano & Orozco 2020).

Nascut del projecte Vincles, **VinclesBCN** és una aplicació per a tauleta tàctil o dispositiu telefònic dissenyada per ajudar a reforçar les relacions socials de la gent gran que se senten soles i crear-ne de noves. A través de l'aplicació, les persones grans poden crear cercles de confiança personalitzats amb qui poder mantenir un vincle, cercar la millora de la seguretat i de la seva independència.

Radars - és un altre projecte comunitari impulsat pels serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona per pal·liar els efectes de la soledat no desitjada i prevenir situacions de risc de la gent gran, amb l'objectiu de transformar els barris en comunitats humanes, segures, participatives i solidàries (Rubio et al 2020).

S'articula mitjançant la creació d'una xarxa de barri amb diversos espais de participació. La base d'aquesta xarxa la formen els radars és a dir: els veïns i les veïnes, els comerços i les farmàcies del barri que, amb una mirada sensible i respectuosa, estan atents a la dinàmica diària de la gent gran del seu entorn i, si detecten algun canvi important, es posen en contacte amb Radars. En aquesta detecció també s'hi impliquen els centres de salut del barri.

Un cop informats, des dels serveis socials es valora si cal intervenir-hi o no. Per pal·liar el sentiment de soledat d'aquestes persones, els voluntaris i voluntàries de la Plataforma de seguiment telefònic de Radars les truquen de forma periòdica i estableixen una relació de confiança, que serà un primer pas per promoure'n la vinculació al territori. Aquesta tasca es complementa amb la coordinació entre diferents recursos i entitats (casals, centres

cívics, entitats de voluntariat, etc.) i amb la creació de noves iniciatives comunitàries que contribueixin a la inclusió de la gent gran al seu entorn més proper.

Baixem al carrer– és un programa que pretén reduir la soledat i l'aïllament i millorar la qualitat de vida, la salut mental i l'estat físic de la gent gran amb dificultats per sortir de casa a causa de barreres arquitectòniques (Ramos et al 2020). Ofereixen sortides setmanals amb voluntaris/es a persones en situació d'aïllament en espais comunals i altres espais d'interès per participar en la vida popular i comunitària del barri. Promouen l'ús del transport públic, faciliten l'accés al transport adaptat i gestionen ajudes tècniques per superar barreres arquitectòniques.

El projecte Edificis Positius - ajuda a crear comunitats integrades per a persones que vulguin viure positivament l'experiència de ser veïns i veïnes a l'edifici, transformant la seva vida quotidiana cap a un model més sostenible, solidari i integrador.

Es basa en el desenvolupament d'activitats i projectes per millorar les infraestructures i els serveis dels seus edificis comptant amb grups de "veïns positius", enfocat en temes com la sostenibilitat ecològica i el consum d'energia responsable, així com l'activació del bon veïnatge a nivell socioassistencial i solidari, la cultura, l'esport o altres activitats cíviques i relacionals.

Compta amb una subvenció de la Generalitat de Catalunya, a través del programa Singulars de la Direcció General d'Economia Social i Solidària, el Tercer Sector i les Cooperatives del Departament d'Empresa i Treball.

Segons la informació disponible, disposa del suport de cada vegada més entitats. Entre elles, administradors de finques, comerços i empreses de serveis a edificis i empreses SAD com la cooperativa Suara, que ha signat un acord de col·laboració amb el projecte Edificis Positius per contribuir a crear comunitats integrades per persones que vulguin viure positivament l'experiència de ser veïns i veïnes en les comunitats adherides a Edificis Positius on presten SAD.



Caixa 22: Projectes municipals a Barcelona per promoció de la vida independent

El **Banc del Moviment** – és un servei municipal que ofereix cadires de rodes, caminadors, llits articulats i altres productes de suport a persones amb discapacitat i/o dificultats de moviment, de totes les edats, residents a Barcelona. També ofereix productes tecnològics de suport per a tot tipus de discapacitat, com ara dispositius per a l'ordinador o joguines adaptades.

El Banc del Moviment funciona gràcies a la solidaritat de particulars i entitats que donen productes per reutilitzar-los. Persones voluntàries i professionals els revisen, homologuen i acompanyen les persones sol·licitants per assegurar-se que en fan un bon ús. Quan hi ha demanda de productes de suport no disponibles al Banc del Moviment, també se'n compren de nous.

El préstec és per a un període inicial de sis mesos, prorrogable en cas de necessitat, i requereix una fiança solidària. Cada mes descompten una part de la fiança per al manteniment dels productes, mentre que la part restant es torna a la devolució del producte.

El servei es presta amb la col·laboració de les entitats Associació Catalana de l'Afectat d'Esclerosi Múltiple, Nexa Fundació i l'Associació per la Vida Independent.

B-MINCOME – és un projecte pilot de lluita contra la pobresa i la desigualtat en zones desfavorides de Barcelona, que s'acull al programa Urban Innovative Actions de la UE. El projecte tracta de testear l'eficiència i l'eficàcia de combinar un ajut econòmic en forma d'un Suport Municipal d'Inclusió amb quatre polítiques actives sociolaborals en deu barris de l'Eix Besòs de Barcelona: 1) Un pla combinat de formació i ocupació en projectes de coproducció; 2) Accions per fomentar l'economia social i cooperativa; 3) Ajuts a l'habitatge per rehabilitar i llogar habitacions; 4) Programa de participació en xarxes comunitàries.



Caixa 23: Projectes municipals a Barcelona relacionats amb les cures

Barcelona Cuida - és un centre pioner que pretén donar visibilitat a tots els recursos existents a la ciutat dins l'àmbit de les cures, millorant els processos interns per poder oferir informació de manera àgil, accessible i adaptada als diferents col·lectius. Compta amb una única llista de més de 1.100 recursos relacionats amb les cures, tant d'entitats com d'equipaments que tenen la seu social a la ciutat de Barcelona.

Els equips de Barcelona Cuida estan especialitzats en oferir informació, assessorament i orientació a tota la ciutadania en l'àmbit de les cures i pensats específicament per acompanyar i facilitar la tasca de les persones cuidadores i les que són cuidades.

Les consultes més habituals que s'atenen a l'equipament estan relacionades amb formacions, recursos de suport emocional, vinculació amb entitats, prestacions i tràmits diversos i grups de suport a la criança o a la salut mental, entre d'altres.

El **projecte Concilia de cangur municipal** – ha creat un nou servei de cangur municipal gratuït impulsat dins del Pla de Xoc Social per la covid-19, integrat al Pla de Barris, disponible en 19 barris i gestionat per una cooperativa d'iniciativa social, sense ànim de lucre. El servei està destinat a persones que, per raons de cures, feina, formació o assumptes personals requereixen un servei de cangur. Més de la meitat dels usuaris són famílies monoparentals i un terç tenen una feina precària.

L'exemple de la lliure elecció de l'Ajuntament de Mataró



7.1 Origen i especificació del model

Mataró és un dels ajuntaments més grans de la província de Barcelona amb uns 130.000 habitants, dels quals el 17,7% està per sobre dels 65 anys. Actualment, a Mataró (2021) hi ha uns 1.541 usuaris d'atenció a domicili (SAD), que representa el primer contracte de l'Ajuntament.

L'any 2005, en anticipació de l'aprovació de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (2007), l'Ajuntament va apostar per desenvolupar la seva capacitat de prestar els SAD a través d'un quasi-mercat, posant "xecs servei" a disposició de les persones elegibles per als SAD. Aquest enfocament va suposar un treball conjunt dels serveis socials i promoció econòmica per a l'homologació d'empreses, que va portar al desenvolupament al territori de diverses empreses de SAD de mida petita o mitjana, entre les quals els usuaris, amb o sense el suport dels seus cuidadors familiars, podien triar.

Amb el temps, aquest enfocament va derivar en una gestió més típica de SAD, a través de la licitació de grans contractes que van excloure les petites empreses, però va mantenir el principi de "lliure elecció". Això es va fer utilitzant un mecanisme de "contracte basat en un acord marc" on el volum de servei per a cada empresa SAD no està assegurat al contracte i és indicatiu. Així passen la responsabilitat a cada empresa SAD d'atreure i fidelitzar els usuaris i cercar el seu volum òptim de serveis per garantir la sostenibilitat de l'empresa. Tot i que el volum de servei és indicatiu, el procés de licitació és molt semblant a l'empleat en altres casos: l'ajuntament detalla les condicions de prestació del servei, els elements relacionats amb la qualitat de l'atenció, les condicions mínimes per als cuidadors professionals (d'acord amb els convenis) i el preu del servei. La diferència entre la gestió indirecta tradicional de SAD i el sistema de lliure elecció a Mataró és que, en comptes de ser els professionals els que assignen nous usuaris a un proveïdor de SAD, són els usuaris els que escullen, excepte en situacions excepcionals.

La lliure elecció és un dels mecanismes més comunament aplicats per millorar la resposta dels proveïdors als usuaris a través de la competència. La competència entre proveïdors pot promoure una major qualitat de servei i una assignació més eficient de recursos, amb impactes positius sobre el benestar individual (Le Grand

2011), sempre que es garanteixin alhora les condicions laborals adequades i l'acompanyament perquè la llibertat vagi acompanyada d'equitat social en l'accés a la informació. També es pot considerar que la lliure elecció és "un bé" en si mateix. La llibertat d'elecció, en el sentit global, està vinculada al concepte d'autonomia i la seva limitació excessiva redueix la qualitat de vida (Steffansson et al 2016).

És pertinent reconèixer que, si bé la lliure elecció pot ser una manera de promoure un servei de SAD més eficaç que presta més atenció a les opinions i preferències dels usuaris (Steffansson et al 2016), les polítiques de "lliure elecció" han estat generalment rebudes amb cautela, si no àmpliament criticades (Baxter & Glendinning 2011; Dunér, Bjälkebring, & Glendinning 2008; Johansson 2019a,b; Vamstad 2016). Aquestes crítiques se sintetitzen a la (Taula 4), on també s'indiquen les diferències amb el cas de Mataró. Així, l'experiència de Mataró ens recorda que el resultat depèn molt del context i de l'aplicació pràctica de la política (Christensen & Pilling 2016).

Hi ha també altres aspectes que demostren la iniciativa de l'ajuntament per situar la prestació de SAD al centre de la resposta a les necessitats de persones dependents al territori.



- Un dels elements distintius de Mataró és que compagina la prestació econòmica per a cures en entorn familiar (PECEF) amb la prestació de SAD amb l'express propòsit de donar suport a la cura familiar formalitzada a través de la PECEF, assegurant, per una banda, la competència i idoneïtat de la cura familiar en cada cas, i, per altra banda, actuant com un recurs de suport per a la persona cuidadora. Un servei professional que mantingui una continuïtat i presència amb la família ocupa una posició clau per poder proporcionar instruccions, consells, suport pràctic i emocional. Alhora també és un agent observador de les cures que es presten a casa per garantir que la PECEF es dedica adequadament a la seva finalitat de cura.
- Promouen la coordinació entre l'equip de serveis socials bàsics i les empreses SAD, mitjançant la regla que els treballadors socials, sempre que poden, acudeixen a la primera visita de l'empresa SAD a l'usuari, juntament amb el tècnic coordinador i la cuidadora professional de referència.
- Les empreses de SAD operen a tot el territori per facilitar la lliure elecció de l'usuari i, a més, les empreses estan obligades a radicar-se al municipi, per facilitar l'accés dels usuaris.
- Es manté una relació estreta de col·laboració amb les empreses que presten SAD al territori i els

representants dels cuidadors professionals que hi treballen. Per exemple, se'ls inclou en la formulació de protocols, es posa a la seva disposició formació professional i se celebren reunions freqüents amb els directores de les empreses SAD i, per separat, amb els representants dels cuidadors professionals. Així, l'ajuntament es manté informat sobre les condicions laborals i les necessitats dels cuidadors professionals i, d'altra banda, obté informació sobre l'experiència de l'usuari, atès que els cuidadors professionals parlen obertament sobre la planificació i la programació de treball, les tasques que realitzen etc.

- Des que va començar la pandèmia de COVID-19, van prioritzar i actuar de forma àgil en tots els temes de protecció de salut¹ per minimitzar els riscos, tant per als treballadors que presten els SAD com per als usuaris.

Serveis socials, juntament amb el servei de promoció econòmica en coordinació amb la referent comunitària de dependència, es mantenen informats respecte a la creació de noves empreses i col·laboren per facilitar la integració laboral de les persones joves com a tècnics i tècniques d'integració social i d'atenció sociosanitària en les empreses que poden ser contractades per les persones usuàries mitjançant l'ajuda de la Prestació Econòmica Vinculada al Servei d'Ajuda Domiciliària (PEV-SAD).

1. Formació entorn els EPI, prestació d'EPI, prioritització per a les vacunes etc.

Taula 4:

Problemes potencials de la lliure elecció	Explicació	Resposta a Mataró
L'esforç d'elecció i el risc d'"elecció subòptima".	La lliure elecció pot resultar desconcertant per als usuaris, que s'enfronten a la tasca d'haver d'investigar possibles opcions i prendre una decisió sobre la base d'"informació imperfecta" (Baxter, Wilberforce & Birks 2020; Baxter & Glendinning 2011; Shwartz 2004; Vamstad 2016). Davant d'una situació així, es corre el risc que l'elecció sigui "subòptima", sobretot en situacions de fragilitat.	A Mataró, l'Ajuntament ofereix 3 proveïdors de SAD, una fórmula viable per ser un número petit ² . Això redueix la càrrega i complexitat de l'elecció per als usuaris, alhora que manté cert incentiu perquè els proveïdors competeixin pels usuaris. Els treballadors socials donen suport als usuaris a prendre una decisió informada, descrivint breument les similituds i diferències entre els proveïdors (assenyalant els serveis que ofereix cada empresa), a banda de brindar informació de contacte de cada empresa de SAD.
La manca d'experiència per poder fer una elecció informada	En una àrea com l'atenció per a la dependència, on "el bé" que es compra és un "bé d'experiència" (Lewis & West 2014) (és a dir, una cosa la qualitat i l'adequació de la qual no pot ser completament compresa fins que ha estat experimentada), hi ha molt poca relació entre els aspectes del servei que importen als usuaris i la informació disponible per als usuaris sobre la qual poden basar la seva elecció de proveïdor de SAD.	L'Ajuntament de Mataró entén que el valor de l'elecció està limitat si no s'ha tingut experiència del servei. Per això asseguren que l'elecció estigui sempre disponible, informant als usuaris que poden canviar d'empresa de SAD en qualsevol moment sense repercussions, i facilitant el procés de sortida, que és tan important en el funcionament de la lliure elecció.

2. En comparació amb algunes parts d'Estocolm (Suècia) els usuaris de SAD poden haver de triar entre més de cent proveïdors registrats (Yeandle, Kröger & Cass 2012).

Problemes potencials de la lliure elecció	Explicació	Resposta a Mataró
Com que no es garanteix un volum de servei, es transfereix el risc als proveïdors obrint la porta a degradar les condicions dels treballadors	A Anglaterra, l'ús de "contractes marc" ha estat molt intens després de la implementació dels pressupostos personals, una política que pretén garantir la lliure elecció per a tots els usuaris de SAD. Les empreses de SAD estan subjectes a una tarifa per hora i han de competir, en principi, a través de la qualitat dels seus serveis i la reputació de les empreses, per assegurar un volum de servei. El risc per als proveïdors s'amplifica a causa d'una remuneració de serveis (per hora i mitja hora) que no s'ha mantingut al dia respecte als costos laborals creixents, ni la complexitat de prestar serveis a un perfil d'usuaris cada vegada més dependents. Com a resposta per mantenir la viabilitat, moltes empreses de SAD han optat per mantenir una plantilla de dimensió mínima per cobrir les hores de servei als seus clients habituals i fer servir empleats contractats amb zero hores per cobrir els nous clients i augments inesperats en la demanda de serveis. A banda de degradar les condicions de treball, s'ha arribat a una situació en què la retenció de treballadors és tan baixa que les empreses de SAD no disposen de prou cuidadors professionals per donar el volum de servei requerit.	La situació a Mataró és molt lluny de la d'Anglaterra. Tot i la política de la lliure elecció, la demanda de serveis es manté ben distribuïda entre els proveïdors de SAD de l'ajuntament. El territori és relativament compacte, (Mataró ocupa una zona d'aproximadament 5 km x 5 km), i totes les empreses de SAD poden operar en tot el territori sense haver d'assumir costos excessius per desplaçaments (per sobre del valor de desplaçament compensat per l'ajuntament). L'ajuntament paga un preu per hora per als SAD basat en la metodologia del càlcul del cost unitari de referència de l'Ordenança Fiscal del SAD de la Diputació de Barcelona i fins a 3 quilòmetres de desplaçament amb metratge, encara que una condició de la prestació de SAD és que es gestioni de la millor manera possible per reduir els desplaçaments (p. ex., assignant els treballadors a llocs propers) i planejant els desplaçaments per optimitzar els viatges i la puntualitat. Pel que fa a les condicions dels treballadors, els salaris dels cuidadors professionals estan definits pel conveni i les empreses de SAD mantenen plantilles estables i no tenen problemes per contractar nous treballadors. L'Ajuntament de Mataró valora la importància de la força laboral per prestar SAD, malgrat la subcontractació a entitats externes. Es reuneixen amb responsables dels equips de SAD cada tres mesos i també amb els representants dels treballadors per parlar de les experiències laborals.

7.2 Impacte del model de lliure elecció de Mataró

L'Ajuntament de Mataró considera que la competència entre proveïdors, que resulta del model de lliure elecció, ha portat a la millora de la qualitat d'alguns dels serveis oferts. Segons ells, això es veu reflectit en les accions de les empreses per fidelitzar els seus usuaris, en la baixa freqüència de queixes i incidències amb els



SAD per part dels usuaris i familiars i per les experiències dels cuidadors professionals, que són generalment positives en relació amb la feina. El percentatge de persones usuàries que sol·liciten canvi d'empresa és molt baix, al voltant del 10%.

Quanta utilitat ofereix l'elecció del proveïdor als usuaris?

L'Ajuntament de Mataró ha posat l'èmfasi en l'elecció del proveïdor com a eina per millorar la resposta dels proveïdors als usuaris del servei, replicant els models nòrdics. Cal notar que a la literatura sobre la lliure elecció es distingeix entre diferents components d'elecció:

- Elecció de proveïdor
- Elecció de cuidador(a) professional
- Elecció d'horaris
- Elecció de tasques

A Mataró, els usuaris no tenen elecció de cuidador(a) professional, perquè això correspon a l'empresa de SAD que contracten. Tot i això, se'ls informa sobre el seu dret de demanar un canvi de cuidador, en qualsevol moment després de començar a rebre atenció.

Tot i això, a Mataró, així com passa a Suècia (Dunér; Bjälkebring & Johansson 2019b) i Dinamarca (Rostgaard 2007), la capacitat d'elecció dels usuaris sobre tasques en les quals reben assistència és poc flexible i es limita al moment d'elaboració del PIA o del pla de treball per al SAD social. Pel que fa a l'elecció dels horaris, es demana a les empreses que s'adaptin a les preferències dels usuaris “en la mesura del possible”. En el cas de Mataró això és degut, sobretot, a la preocupació per assegurar el compliment del PIA, i al desig de prevenir que les empreses s'aprofitin de qualsevol flexibilitat per gestionar els serveis segons la seva conveniència, i no donin servei en l'horari que l'usuari requereix (p.e., atenent persones molt tard o molt aviat, en les hores de baixa demanda, per “optimitzar” l'ús de la plantilla). Aquesta postura és habitual en aquest context, i es veu també reflectida als indicadors de qualitat que l'Ajuntament de Barcelona ha desenvolupat per a la prestació de SAD fora del model Superilles, que, entre altres coses, mesura la qualitat, a través del grau de compliment de la prescripció horària. Tot i això, l'experiència de molts dels models innovadors presentats és que les dimensions d'“elecció” en la prestació de SAD més valorades pels usuaris i els seus familiars són, precisament, les relacionades amb horaris i tasques d'atenció (vegeu Dunér; Bjälkebring & Johansson 2019b; Steffanson *et al* 2016; Kaambwa *et al* 2015). A més, com s'ha explicat als capítols anteriors, aquesta flexibilitat podria resultar en impactes beneficiosos per als usuaris i per als cuidadors familiars. Aquestes dimensions de flexibilitat reflecteixen els principis de la personalització que, en el seu fons, aspira a garantir el dret de les persones que requereixen serveis de suport i atenció, a “controlar la seva vida” (Cubero Garcia & Yusta Tirado 2021). Però també són aspectes on la flexibilitat és freqüentment molt necessària per respondre a situacions “inesperades”, perquè les situacions de les persones amb necessitat de cura i condicions cròniques solen ser precàries i canviants, de manera que afecten tant els usuaris com qualsevol cuidadora informal implicada.

L'èmfasi a “controlar la qualitat” a través d'“indicadors indirectes de qualitat”, amb aspectes de l'atenció mesurables a través de la documentació (en paper, o bé de forma digital), com el compliment de l'horari prescrit al PIA, és la resposta més comuna a l'administració pública. Tot i això, no hi ha evidència que aquest tipus de control contribueixi a millorar la qualitat del servei o el benestar dels usuaris (vegeu capítol 5), i pot conduir a

serveis preocupats per aspectes que no reflecteixen les prioritats dels usuaris. Per exemple, en la seva anàlisi de la baixa utilització de SAD a Alemanya, davant de la cura en entorn familiar, Eichler i Pfau-Effinger (2009) van concloure que, malgrat la llibertat d'elecció de proveïdor, les idees sobre una bona qualitat d'atenció que tenia la gent gran (i els seus familiars) i les empreses de SAD eren “substancialment diferents”.

En l'estudi de l'impacte de la lliure elecció en la prestació de SAD a Finlàndia, Steffanson *et al* (2016), partint del treball de Pearson (2014) i d'altres, indiquen que l'elecció del proveïdor és característic dels principis que informen la “nova gestió pública”, mentre que descriuen com a “nova governança pública” aquella centrada en les dimensions d'elecció que faciliten la participació dels usuaris, permetent que negociïn i codissenyin la seva atenció de forma activa. Conclouen també que els responsables polítics haurien de centrar-se en permetre que les persones grans que necessiten suport es converteixin en coproductors i socis en el disseny i la gestió de la seva atenció. De manera semblant, Rostgaard (2007) va notar que, a Dinamarca, allò que realment volien els usuaris de SAD era poder tenir més influència sobre el contingut de l'atenció, més opcions sobre els horaris d'atenció, elecció sobre el seu treballador d'atenció domiciliària (i no només del proveïdor) i continuïtat de l'atenció. Els dos últims són prioritzats i facilitats a Mataró, donant molta importància a garantir la continuïtat del professional que presta l'atenció, mentre que els dos primers (tasques i horaris) no estan realment disponibles, llevat de la participació que tingui l'usuari i el seu familiar en el moment puntual de definir el PIA.

Quin impacte sobre el benestar i la qualitat de vida tenen els SAD?

A diferència d'altres països, a Espanya encara no s'ha prestat prou atenció a desenvolupar indicadors de l'impacte dels serveis en els usuaris (p.e., qualitat de vida, necessitats satisfetes) que vagin més enllà de la simple constatació d'activitat (Davey 2021a). Cap de les experiències de SAD desenvolupades a Catalunya no compta amb avaluacions del seu impacte sobre la qualitat de vida dels receptors. A més, igual que passa a la gran majoria de Catalunya i Espanya, Mataró encara no disposa d'un sistema de seguiment i avaluació contínua dels usuaris. Tot i això, les inesperades exigències en la prestació de serveis comunitaris durant la pandèmia

de COVID-19 han donat llum sobre la realitat de les cures en alguns casos. Es va descobrir, per exemple, que era relativament comú que la principal funció de la visita de SAD fos el que es podria anomenar “acompanyament”. Concretament, no era estrany trobar que, en arribar a la casa, els usuaris de SAD no requerissin suport amb les activitats bàsiques de la vida diària, ni amb les instrumentals, sinó simplement que volguessin que els cuidadors professionals els acompanyessin una estona, per exemple, veient la televisió junts. Els cuidadors professionals consideren que, fins i tot així, les visites tenen una funció important d’acompanyament i de supervisió (per identificar canvis etc.). També van indicar com els usuaris solien recollir casa seva i arreglar-se bé abans de la visita de l’auxiliar de SAD, per així donar una “bona impressió”.

El que han descobert a Mataró es podria trobar a qualsevol lloc. Una proporció significativa dels SAD – al voltant del 40% – es presta a persones “vulnerables” que no tenen una classificació formal de dependència (Aguilar-Hendrickson 2020). La seva funció no és substituir la persona en activitats bàsiques o instrumentals de la vida diària que no pot fer, sinó reforçar la capacitat d’autocura de la persona i observar-ne l’evolució per poder intervenir de manera oportuna i proactiva si s’observa un deteriorament. Entre les circumstàncies més valorades en una avaluació per al SAD Social trobem (Diputació de Barcelona 2015):

1. Casos on es perceben problemes de salut que requereixen alguna supervisió, orientació o substitució (parcial o total) en els hàbits d’autocura
2. Casos on es detecten oportunitats per a la rehabilitació o recuperació dels hàbits d’autocura, incloent-hi la cura de la llar, cura de dependents, les tasques de la vida externa (com les compres) o les relacions amb la família, els veïns i la comunitat

Tot i això, a diferència del seu equivalent anglès (el “SAD preventiu” - *vegeu capítol 5*) el SAD Social es presta durant un temps indefinit. Com s’ha esmentat al *capítol 2*, no hi ha un marc per al seguiment dels usuaris de SAD (siguin del SAD Social o de SAD Dependència) que permeti ajustar la prestació d’atenció al llarg del temps. Els usuaris de SAD solen rebre la seva primera avaluació en un moment de crisi, que els SAD intenten pal·liar. Probablement al llarg del temps es produeix una certa sobreprescripció, si no hi ha un sistema de seguiment, o en les circumstàncies de deteriorament gradual, una intensitat d’atenció subòptima.



Un altre factor que estan contemplant a Mataró és el paper dels SAD per a persones la major “vulnerabilitat” de les quals és el seu aïllament i manca de xarxes de suport³. És el SAD realment el més eficaç i cost-efectiu per a persones les necessitats principals de les quals són d’aquesta naturalesa?

Alhora, la pandèmia ha intensificat les reflexions sobre la capacitat d’augmentar la resposta a persones molt dependents, a través dels SAD. La intensitat d’atenció prestada pels SAD a Mataró és relativament generosa, amb una mitjana d’atenció de SAD dependència de 18,75 hores per usuari al mes, encara així, està lluny de la intensitat de servei disponible en altres països, on els SAD tenen un paper fonamental en les cures de llarga durada i en la desinstitucionalització (*vegeu capítol 1*). Mataró reconeix que, així com succeeix en altres llocs, són relativament escassos els casos on usuaris amb el grau de dependència màxim (Grau III) depenen dels SAD, i més aviat compten amb una alta disponibilitat i dedicació de la cura informal.

Aquestes reflexions condueixen a pensar que potser caldria reorientar els SAD. En aquest sentit el model de Mataró està en un procés de revisió constant davant de nous reptes.

3. Situacions també associades amb factors com l’accessibilitat del barri on viuen i la precarietat habitacional (*vegeu Lebrusán Murillo*).

Reptes i objectius per al futur

Com a primer pas per entendre les necessitats actuals i futures, Mataró acaba de contractar un estudi per avaluar els SAD partint d'una anàlisi de les tasques que es fan al domicili i de l'experiència dels usuaris, de manera que es pretén així entendre fins a quin punt els serveis estan tenint un impacte positiu en els usuaris i si es podrien aconseguir resultats millors gestionant l'atenció d'una altra manera.

La segona línia d'avenç consisteix en buscar opcions alternatives i més adequades per donar suport a la gent gran en situació de vulnerabilitat, en situacions on aquestes persones disposen de molt pocs contactes socials, o tenen dificultats per sortir de casa o demostren signes de fragilitat⁴ associats amb la demanda dels SAD i de l'atenció institucional, d'ingrés en residència (Cegri et al 2020; Inzitari et al 2016). Han vist que la prestació SAD no és la manera més eficaç o econòmica d'actuar en aquestes situacions i estan intentant reorientar la resposta cap a intervencions comunitàries. En aquest sentit, s'estan plantejant analitzar l'impacte de la tele-assistència avançada (vegeu Piera-Jimenez et al 2020), en conjunció amb recursos comunitaris de voluntariat, per atendre aquestes realitats.

Això requereix dos canvis. El primer és reorientar els equips de serveis socials bàsics perquè prevegin i valorin opcions alternatives en la prestació d'un paquet de prevenció de SAD. El segon és generar la capacitat comunitària, en línia amb el concepte de crear un ecosistema de cures⁵.

S'espera que aquestes actuacions ofereixin possibilitats per reduir la despesa en prestacions de SAD de baixa intensitat, i per poder invertir recursos en oferir SAD de més intensitat a persones amb limitacions funcionals.



Un altre aspecte que preocupa a l'Ajuntament és la càrrega administrativa de gestionar els SAD i la capacitat de fer seguiment dels usuaris. Desenvolupar un sistema de seguiment és una prioritat urgent. Durant la resposta a la pandèmia de COVID-19 s'ha vist que el seguiment dels usuaris és clau per poder assegurar eficiència a mesura que evolucionen els usuaris, i per poder garantir la qualitat dels SAD. Tot i això, les condicions actuals (uns 500 usuaris per treballador social) no fan possible el seguiment dels usuaris (Ginesta et al 2017). El desemborsament associat amb els llocs administratius dedicats a la gestió de factures i monitorització dels SAD és cada vegada més gran, a més de les hores de dedicació dels treballadors socials a la coordinació amb les empreses SAD, entre altres elements. Subratlla Maria Gil, cap del servei de benestar social de l'Ajuntament de Mataró, que aquestes despeses indirectes "no estan contemplades enlloc", cosa que impossibilita aconseguir grans canvis.

4. La fragilitat es pot identificar a través d'eines senzilles (sí/no) que busquen elements indicatius com ara dificultat per agafar el son, gana reduïda, caminar lent i manca d'ànim o de memòria i augment en el cansament (vegeu Abellan Van Kan et al 2009; Sindi et al 2020; Pérez Bazán et al 2019).

5. En una anàlisi DAFO elaborada per la Generalitat de Catalunya, pel que fa al desplegament d'un model d'atenció integral domiciliària, una de les debilitats considerada pel grup de treball, era la "poca o nul·la capacitat del SAD per interrelacionar-se amb l'entorn comunitari" (Generalitat de Catalunya, 2020: 164).



L'exemple de col·laboració amb l'economia social al municipi d'Arbúcies

08.

Arbúcies és un municipi de la comarca de la Selva, pertanyent a la província de Girona, amb al voltant de 6600 habitants (6.608 el 2020) dels quals entre 1050 i 1100 són majors de 65 anys. És un municipi de superfície gran (86,2 km²) i gairebé la meitat forma part del Parc Natural del Montseny, per la qual cosa rep subvencions de la Diputació de Barcelona i de la de Girona.

L'any 2018 Arbúcies va recuperar la gestió dels serveis d'atenció a domicili a escala municipal en línia amb la promoció d'innovació social impulsada per la Comissió Europea en l'àmbit de les cures de llarga durada (Illinca *et al* 2021). Ha desenvolupat un model que inclou tres elements:

1) Un servei d'atenció a domicili a escala municipal desenvolupat en col·laboració amb una empresa de l'economia social, oferint serveis de proximitat, atenció flexible i centrada en la persona. Del servei se'n deriven beneficis diversos per als habitants d'Arbúcies. D'una banda, la generació de nous llocs de treball de qualitat al sector de cures de manera que es supera la precarietat i l'estacionalitat del sector; d'altra banda, es crea un servei que estableix un vincle entre la persona cuidada, el cuidador o cuidadora i la ciutadania. La figura més valorada pels usuaris a les enquestes és la cuidadora, des de la voluntat d'establir un vincle.

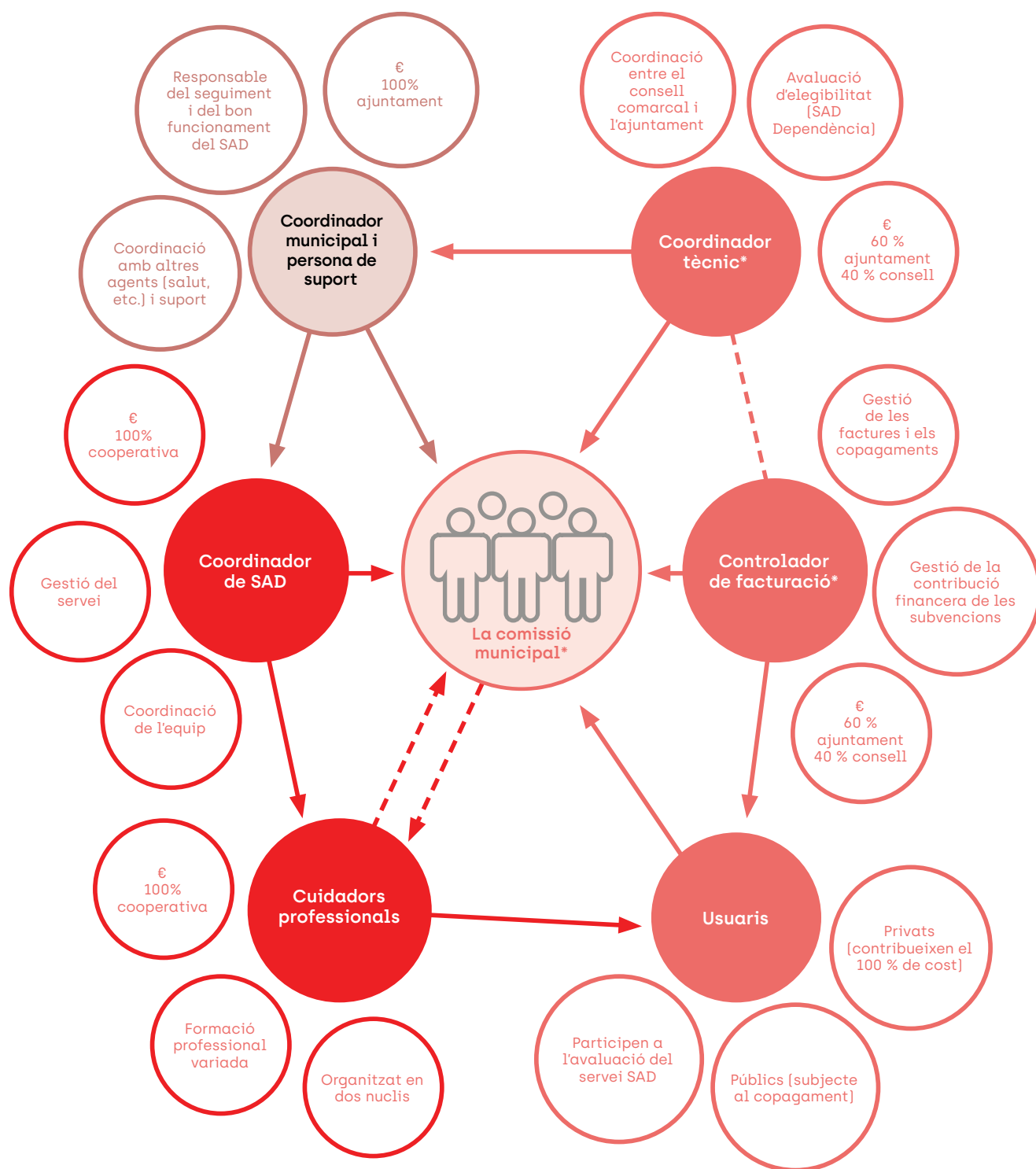
2) Un equip integrat. Aquesta integració opera en diversos sentits. En primer lloc, de forma física, ja que el treballador social responsable de l'avaluació i el seguiment dels usuaris de SAD, la coordinadora del servei SAD de l'entitat prestadora i l'administratiu responsable de la gestió (facturació, gestió dels copagaments, gestió de subvencions etc.) comparteixen el mateix espai. En segon lloc, per un protocol de funcionament que incorpora la creació d'una comissió municipal de cogestió, amb una posició estratègica en la revisió de reptes i incidències en la gestió del dia a dia, en l'avaluació general del servei i en la definició i seguiment d'objectius futurs (Figura 18). Finalment, en el sentit de polivalència en tractar-se d'un equip integrat amb treballadors de diversos perfils socio-sanitaris. La importància de l'equip també es reflecteix en el fet que un dels aspectes en què més es focalitzen les enquestes de satisfacció del servei és sobretot en l'equip professional, inclòs fins i tot l'administratiu. Aquestes enquestes es duen a terme a través de professionals d'un programa d'inserció laboral de persones joves amb discapacitat física o psíquica, que han rebut formació per fer enquestes, i són conegudes pels veïns i veïnes, de manera que es genera confiança i es subratlla l'anonimat.



3) Un servei d'atenció a domicili que ha incorporat de mica en mica una àmplia gamma de serveis addicionals a l'atenció personal¹ més enllà de la tradicional gamma de serveis disponibles a través dels SAD. Per exemple, les especificacions dels 'tradicionals' serveis per atendre les necessitats instrumentals de la vida diària, o per acompanyament, s'han orientat cap a opcions preventives i educatives, habilitadores per a la vida autònoma, tenint en compte els elements prioritzats per la població local mitjançant un exercici de codisseny al respecte (XMESS 2019) (Figura 19). En el cas del servei de transport d'acompanyament, l'Ajuntament d'Arbúcies ha establert el preu públic del servei de transport i acompanyament a persones amb mobilitat reduïda d'acord amb el que preveu l'article 41 del RD Legislatiu 2/2004, de 5 de març (Ajuntament d'Arbúcies 2016).

1. Higiene diària, dutxa o bany, higiene d'enllitats, suport en el vestir, control de l'alimentació, seguiment de la medicació simple, ajuda o suport per al desplaçament a l'interior de la llar, mobilització de l'usuari/ària. Exclou activitats que, per naturalesa, requereixin intervenció de personal sanitari qualificat.

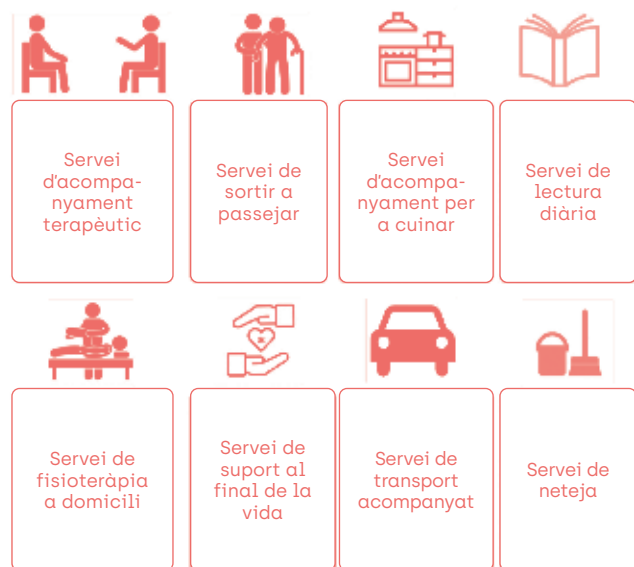
Figura 18: Representació gràfica del SAD Arbúcies



* La comissió municipal manté una posició estratègica en la revisió de reptes i incidents en la gestió del dia a dia; en l'avaluació general del servei i en la definició i seguiment d'objectius futurs.

* A Arbúcies el coordinador tècnic i el controlador de facturació és una figura conjunta.

Figura 19: Serveis addicionals disponibles dins del servei d'assistència a domicili



8.1 Origen del model

El model es comença a desenvolupar l'any 2011, després d'un canvi de govern municipal que va prometre anteposar les necessitats socials a altres consideracions. Van començar a actuar el 2012, amb un treball de camp per conèixer les necessitats de les persones més grans de 65 anys. Entrevistaren aproximadament el 70% de la població de 65 anys i més ($n = 735$). L'estudi va permetre identificar usuaris potencials dels serveis que no els coneixien, perquè no se'ls havien ofert, i altres perquè encara no hi havia una situació de dependència o necessitat.

En el moment de fer l'enquesta, els serveis d'atenció a domicili de la població d'Arbúcies els prestava una empresa contractada pel consell comarcal, ja que, com que Arbúcies és un municipi de menys de 20.000 habitants, en principi no tenia responsabilitat en la provisió dels SAD. El 2012, de les aproximadament 1050 persones grans residents a Arbúcies llavors, només 13 eren beneficiàries d'un SAD.

L'estudi va demostrar l'existència de necessitats no reconegudes, moltes de les quals no podien satisfer-se amb el sistema de SAD existent, centrat en l'atenció personal i en certs elements d'atenció a la llar. Això reflecteix el diagnòstic de Martínez-Virto & Hermoso-Humbert (2021) sobre la baixa adequació del model de cures davant les necessitats emergents.

L'avaluació va donar veu a les persones grans per expressar allò que els faltava per al benestar i les barreres i dificultats amb què vivien. Va ser clau en la decisió de recuperar la competència del SAD a escala municipal per respondre de manera flexible a les necessitats presents al context local. Segons Jaume Salmeron, regidor d'atenció i serveis a les persones i impulsor del model,

“Saber on tens la gent, i en quines condicions viuen i qui són és fonamental.”

A partir d'un informe jurídic, que van encarregar per facilitar el procés, van demanar al Consell Comarcal recuperar la competència per a la prestació del SAD. Això es va fer recolzant-se en la Llei de bases de règim local² i en la Llei de serveis socials³, que contempen la possibilitat que els municipis tinguin la competència per a la prestació de SAD per oferir un servei a escala municipal, independentment de la grandària del municipi, segons els seus interessos.

Caixa 24: Clàusules socials valorades en la selecció del proveïdor SAD

- Retribucions salarials per sobre de conveni laboral. Puntuades en funció de la millora, amb més força entre un 1% i un 3% d'increment.
- Activitat única de l'empresa: cures.
- Si l'empresa s'emmarca en l'àmbit de l'economia social o el tercer sector, també es puntuava.
- Evidència de responsabilitat social: polítiques actives en igualtat de gènere o inserció de persones vulnerables.

Van rebre l'autorització l'any 2015. Des del principi, van tenir la intenció que la prestació de SAD es basés en un model d'"economia social", ja que creien, com han assenyalat Jiménez Lara & Rodríguez Castedo (2012: 7), que les empreses d'Economia Social han demostrat "una capacitat notable per impulsar i sostenir activitats econòmiques generadores d'ocupació estable i de qualitat" i que afavoreixen un desenvolupament local equilibrat. Després d'un procés de licitació, desenvolupat amb cura per tenir en compte les especificacions del model i incloure-hi clàusules socials (Caixa 24), es va seleccionar la cooperativa Trafad, que ja havia demostrat la seva eficiència empresarial a més de la seva capacitat d'assumir una gestió responsable, vinculada a la població i amb la persona usuària al centre del procés de cura (Carreras Roig 2007).

2. D'acord amb l'art 25 de la Llei de Bases de Règim Local de Catalunya, el municipi per a la gestió dels seus interessos i en l'àmbit dels seus interessos i competències pot promoure tota mena d'activitats i prestar els serveis públics que contribueixin a satisfer les necessitats i aspiracions de la comunitat veïnal.

3. La Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials, en el seu art. 31.1, detalla les competències dels municipis.

8.2 Sostenibilitat de la cogestió publicoprivada

El model de cogestió publicoprivada (Figura 18) que hi ha entre la cooperativa i l'Ajuntament és una singularitat, resultat de les prioritats de l'Ajuntament en el desenvolupament d'un SAD municipal. La cooperativa escollida era coneguda pel seu important rol en la prestació del SAD a la població de Blanes i pels seus valors (gestió responsable, proximitat a la població, atenció centrada en la persona i condicions favorables per als seus treballadors). Tot i això, una de les principals prioritats d'Arbúcies era desenvolupar un SAD totalment local, amb treballadors del territori. Van buscar diferenciar el servei de Blanes del d'Arbúcies, tant pel que fa a la seva administració, com pel que fa al personal i a l'atenció als usuaris, a través d'un conveni de cogestió entre la cooperativa i l'Ajuntament d'Arbúcies.

La viabilitat de la col·laboració publicoprivada per prestar un SAD municipal es deu, en part, a l'extensió del mateix servei a usuaris privats que contribueixen amb el 100% del cost (establert amb el mateix preu per hora que paga l'ajuntament) i que, actualment, representen el 26% de la demanda. En el cas dels usuaris privats, es fa una entrevista i seguiment des dels serveis socials, per poder-los conèixer, acompanyar i intervenir millor posteriorment si apareix una situació de necessitat social o dependència.

Segons xifres del 2020, el servei dona suport a 35 usuaris "públics", entre ells el 60% receptors del SAD dependència (n=21) i el 40% restant del SAD social (n=14). A més, donava suport a 41 usuaris classificats com a "privats o altres" dels quals 20 eren usuaris assumint el total del cost del servei, i 21 eren usuaris subvencionats per l'Ajuntament pel seu estat de "vulnerabilitat", que no entrava en la classificació de SAD social ni en la del SAD de la dependència, o per estar pendents dels expedients per implementar un servei de qualsevol dels dos. Com a exemple, van citar el cas d'una persona amb síndrome de Diògenes, que no entrava en el SAD social. En aquest cas, l'Ajuntament va subvencionar part del servei de neteja de xoc seguint els plans de treball temporals establerts per les tècniques dels serveis socials.

L'èxit del SAD municipal d'Arbúcies ha captat l'interès dels municipis veïns. Darrerament, l'Ajuntament d'Arbúcies ha signat un conveni de col·laboració amb el municipi de Sant Feliu de Buixalleu per prestar-hi serveis, amb un acord en base al qual l'Ajuntament de Sant Fe-

liu de Buixalleu farà una aportació anual a l'Ajuntament d'Arbúcies en concepte de col·laboració en les despeses administratives en funció de la quantitat d'usuaris de Sant Feliu de Buixalleu, segons una escala acordada.

Flexibilitat i intensitat dels serveis

El treball de camp esmentat va demostrar la necessitat d'un servei flexible per respondre a les circumstàncies presents: la dependència creixent i els desafiaments al benestar social de la població més gran d'Arbúcies. L'avaluació participativa de la població gran va portar a revisar prioritats de l'oferta pública que no es contemplaven en l'oferta tradicional de SAD. Recuperar la competència de prestar SAD va permetre que l'Ajuntament d'Arbúcies planifiqués el servei des de zero. Van decidir facilitar serveis "no tradicionals" dins l'oferta de SAD (Figura 19) d'acord amb les prioritats de les persones grans i els cuidadors, recollides a través de l'estudi inicial i d'estudis posteriors que s'han continuat fent. Per agilitzar l'administració, van prendre la decisió d'aplicar el mateix criteri als usuaris de serveis no tradicionals que als usuaris de SAD, centrat en el marc de cures tradicionals (cures personals o de la llar).

Entre les innovacions que van implementar en la gamma d'atenció prestada pel SAD, hi ha serveis enfocats a la promoció de l'activitat física, la interacció social i l'assistència per realitzar activitats de lleure que promouen el benestar psicològic i cognitiu, com, per exemple, el "servei de lectura diària" per a persones amb visió reduïda que estan molt afectades per la pèrdua de capacitat de llegir. Una altra innovació ha estat la incorporació d'un servei de transport acompanyat i/o no acompanyat (segons necessitat) que en el context rural la població valorava com una prioritat absoluta, ja que les limitacions del transport públic i les distàncies resultaven un gran desavantatge en l'accés als serveis diürns, com ara tallers ocupacionals o cites d'atenció sanitària, per a la població amb discapacitats o problemes de mobilitat. Els serveis complementaris són prestats pel mateix equip de treballadors que els serveis tradicionals del SAD.

Els criteris d'accés a un SAD públic són els mateixos que a la resta de municipis, però el canvi en la gamma d'atencions disponible ha fet el servei més adequat. En determinades circumstàncies, l'Ajuntament es compromet a finançar hores addicionals a les determinades per les avaluacions d'elegibilitat de SAD dependència/SAD social d'acord amb els criteris del consell comarcal.

El nombre de beneficiaris de SAD 'públic' (SAD dependència i/o SAD social) ha crescut, des dels 13 usuaris que van heretar el 2018, quan van recuperar la competència, a 35.

Amb el nou model, Arbúcies ha assolit un nivell d'intensitat de servei⁴ dins dels rangs recomanats segons la severitat i la complexitat de cada cas de dependència, a diferència de la resta de Catalunya i de la majoria de les comunitats autònomes a Espanya (Davey 2021). A més, es prioritza el SAD sobre la prestació econòmica de cures en l'entorn familiar (PECEF) i entre persones que tenien una PECEF perquè van començar a rebre-la abans del canvi de model del SAD, s'han donat casos que han sol·licitat passar de la prestació econòmica al SAD.

Una de les raons per les quals les prestacions de SAD resulten més adequades a Arbúcies és pel fet de: 1) disposar localment de la figura de coordinador tècnic, per fer les avaluacions d'elegibilitat, i 2) que aquesta figura formi part d'una comissió municipal, una estructura integrada amb l'empresa i la població d'usuaris. La comissió municipal compta amb representació del coordinador de SAD, els cuidadors professionals i els usuaris (Figura 18). Aquests dos factors condueixen a una millor comprensió de la població local i, en particular, de les condicions diàries dels beneficiaris actuals i potencials dels SAD.

L'augment de l'accés als serveis es pot explicar per múltiples factors. A banda de la idoneïtat de l'oferta de SAD, hi va haver una campanya per informar la població sobre el seu dret a rebre atenció en condicions de dependència i situacions de vulnerabilitat i la varietat de serveis disponibles. El fet que l'empresa atengui tots els usuaris del territori (tant públics com privats) també augmenta el valor que li atorguen els habitants d'Arbúcies.



Gestió d'equip SAD

La gestió de l'equip es fa en funció de la proximitat i de la necessitat. Cada usuari nou rep una avaluació a domicili per entendre la seva situació, no només en termes d'autonomia/dependència en les activitats instrumentals i bàsiques de la vida diària, sinó també per entendre el seu entorn —les barreres arquitectòniques, etcètera— i la seva situació relacional, és a dir, les seves relacions familiars i les seves xarxes socials.

La majoria de l'equip viu actualment al municipi d'Arbúcies i treballa des del centre d'Arbúcies, on hi ha la majoria dels usuaris. També hi ha una altra persona de l'equip que dona servei als nuclis geogràfics disseminats, que són Joanet i Figueres de Montsoriu i el municipi de Sant Feliu de Buixalleu. Quan cal una substitució temporal, els membres de l'equip central s'ocupen dels usuaris de les zones disseminades. Aquesta proximitat de l'equip afavoreix la creació de llaços i també va facilitar la continuïtat del servei quan els desplaçaments eren més complicats durant el període de confinament a causa de la COVID-19, per la qual cosa pot ser un model més resilient davant d'emergències.

4. El Butlletí Oficial de l'Estat Núm. 185 de divendres 3 d'agost de 2012, a la Sec. III. Pàg. 55661 especifica la intensitat mínima esperada i la intensitat màxima esperada de SAD per a la dependència, expressada en hores al mes per usuari. Amb aquestes xifres de referència i informació sobre la proporció d'usuaris per grau de dependència, és possible mesurar com de prop està cada localitat de complir amb la prestació de dependència que prescriu la llei (vegeu Davey 2021). Segons les xifres actuals, l'Ajuntament d'Arbúcies presta una mitjana del 42% del màxim d'intensitat de servei especificat.

L'equip de SAD està format per diversos perfils professionals, entre els quals hi ha tècnics d'atenció a la dependència (amb un grau mitjà d'estudis), infermeres i un fisioterapeuta. La contractació de personal està mediada per la comissió municipal (Figura 18). La comissió municipal manté una posició estratègica en la revisió de reptes i incidents en la gestió del dia a dia, en l'avaluació general del servei, en els processos de contractació i formació del personal i en la definició i el seguiment d'objectius futurs; lidera el desenvolupament de guies estratègiques, estudis d'avaluació, plans de formació professional i ampliació dels serveis en funció de noves demandes; i compta amb la participació de totes les parts interessades, incloent-hi el coordinador municipal i la persona de suport.

La coordinació del servei depèn actualment de tres coordinadors (per a una mitjana de 76 usuaris, incloent-hi els 20 usuaris privats que assumeixen el cost total del servei). Com que és un municipi menor de 20.000 habitants, no els correspon tenir un equip de serveis socials bàsics complet. Quan depenien d'un equip gestionat pel consell comarcal, es produïen temps d'espera insatisfactoris per als habitants d'Arbúcies. A més, l'equip municipal sentia que tenir un sistema d'avaluació on persones allunyades de la situació local determinaven l'elegibilitat d'un servei i desenvolupaven el pla d'atenció individualitzat no conduïa a posar la persona al centre de les decisions sobre la seva atenció, ja que desconeixien els habitants i el seu entorn. Per millorar aquesta situació, van negociar amb el consell comarcal que els cedís un treballador social el cost del qual està compartit entre el consell comarcal i l'Ajuntament, per treballar tant en control de la facturació com en coordinació tècnica (Figura 18).

Gràcies a compartir el mateix local que les coordinadores de SAD, la comunicació entre ells és molt fluida. Tenen reunions setmanals i solen anar a dinar plegats.

També cada mig any fan una assemblea amb les treballadores i els treballadors per conèixer les seves inquietuds i propostes.

La proximitat de l'equip als usuaris de SAD ha estat un gran avantatge durant la pandèmia de COVID-19. Per exemple: es van coordinar amb el centre d'atenció primària per repartir medicació; també van detectar persones grans vivint soles en llocs aïllats sense suport social que depenien del servei de lliurament de butà per escalfar casa seva; i van trobar solucions mentre la repartició de butà estava suspesa.



Condicions per als cuidadors professionals

Entre els termes del contracte que té el municipi d'Arbúcies amb la cooperativa Trafad, hi ha una especificació del salari mínim dels cuidadors professionals, que incrementa un 5% els mínims establerts pels convenis, segons perfil professional. Aquestes condicions van ser negociades considerant la quantitat de servei garantit, amb una aportació econòmica addicional de l'Ajuntament, i van ser acordades en el marc de la comissió municipal (Figura 18).

Aquesta entitat col·labora amb un institut de formació professional a Santa Coloma de Farners (on ofereixen el grau mitjà de tècnic d'atenció a la dependència) per al desenvolupament de pràctiques i per encoratjar els nous cuidadors professionals a considerar el SAD Arbúcies com a ocupador futur. També han aconseguit millorar les connexions amb transport públic entre Arbúcies i Santa Coloma de Farners (augmentant l'accessibilitat a la formació professional).

A banda del creixement per expansió de servei, la plantilla de cuidadors professionals s'ha mantingut estable des del 2018, llevat de dues jubilacions i un trasllat per fer estudis avançats. L'equip d'Arbúcies creu que l'estabilitat laboral no només és deguda a les "condicions laborals preferencials" en termes de retribució, sinó també a la manera com l'equip és valorat pels usuaris, les seves famílies i la població en general. Consideren que han aconseguit amb cert èxit un dels objectius en recuperar la competència de SAD: la creació de llocs de treball locals sostenibles i atractius, el propòsit dels quals és el benestar dels ciutadans locals.



Pel que fa al desenvolupament professional de l'equip, a través de la comissió municipal, que es reuneix cada tres mesos, es desenvolupa un pla de formació professional contínua. D'aquesta manera han identificat com a prioritat formar l'equip en cuidar persones al final de la vida. Aquests cursos puntuals poden ser finançats per l'Ajuntament o per la cooperativa, o per tots dos.

També promouen i faciliten la formació avançada. Alguns dels seus auxiliars d'ajuda a domicili han convertit el grau mitjà en dependència en un grau superior, seguint estudis a Santa Coloma, i després han tornat a l'equip. Segons l'institut de formació professional INS Santa Coloma de Farners, el servei de SAD a Arbúcies demostra el cercle virtuós de "treball-pràctiques-estudi-treball". Darrerament, l'Ajuntament ha establert una altra col·laboració amb l'institut de formació professional Antoni Pous de Manlleu.

Adaptació a les necessitats de les persones amb dependència severa

Actualment, un 19%⁵ dels beneficiaris de SAD dependència a Arbúcies té un grau 3 de dependència. Solen ser persones que conviu amb fills. Es treballa activament per assegurar que qualsevol persona pugui mantenir-se al domicili en la mesura que sigui possible:

"La nostra filosofia és no dir no a cap cas, atendre la voluntat de la gent i intentar adaptar l'atenció amb les mesures materials que tinguem o allò que es necessita en cada cas..."

5. La majoria (64%) dels usuaris de SAD dependència a Arbúcies són del Grau II, i el 17% restant són de Grau I-

Aquesta filosofia s'ha concretat en accions notables. En primer lloc, l'Ajuntament ha creat el banc d'ajudes tècniques en col·laboració amb el centre de salut de la zona. La majoria prové de donacions i recuperació de materials aconseguits per usuaris anteriors, encara que l'Ajuntament també fa algunes compres. La segona acció ha estat generar un canal de comunicació i una cultura de col·laboració amb l'equip d'atenció primària, que ha permès aconseguir atenció coordinada entre l'equip d'atenció primària i l'equip de SAD per respondre a nivells de dependència alta al domicili, amb serveis de continuïtat de caràcter individualitzat. Finalment, el desenvolupament d'un equip de SAD amb diversos perfils professionals ha facilitat la resposta en situacions de dependència severa. A més, no només és oportú per a l'exercici d'assignar clients a treballadors, segons les necessitats, sinó també per oferir condicions en què els treballadors amb menys formació puguin ser supervisats quan atenen necessitats complexes de caràcter més sanitari. Entre els temes que s'han tingut en compte hi ha la necessitat de formació en cures al final de la vida.



8.3 Perspectives per al futur

En la situació actual, el servei de SAD està contractat a una cooperativa que opera en altres llocs, però que disposa d'un equip que opera exclusivament a Arbúcies, compost per treballadors que viuen al municipi i cogestionat per la comissió municipal, segons els termes del contracte. Davant la necessitat d'escalar el model, i amb la intenció de garantir més control estratègic, l'Ajuntament va demanar una subvenció al Programa Singular de la Generalitat de Catalunya per crear una cooperativa de serveis públics amb l'Ajuntament com a soci cooperatiu majoritari. El projecte proposat tenia tres bases:

- una primera proposta de passar el SAD a la cooperativa de manera que fos una empresa pública de l'Ajuntament en forma de cooperativa
- una segona proposta per desenvolupar un centre de dia, però gestionat de la mateixa manera que el SAD, amb la mateixa cooperativa
- un estudi teòric que recollia evidències sobre l'aplicació pràctica del SAD que ja estaven prestant

El projecte va ser el més valorat de Catalunya en aquella convocatòria (89 de 100 punts). Van rebre la subven-



ció i van encarregar un estudi detallat del marc legal i jurídic que permetia elaborar el projecte. Van arribar a registrar el nom de la cooperativa al registre de cooperatives i d'economia social i, quan ho van fer, van rebre una comunicació de la Direcció General de la Generalitat rebutjant el projecte, citant que la llei no permet que l'Administració Pública sigui el soci majoritari en una empresa cooperativa i, per tant, haurien de crear una societat limitada o tornar la subvenció.

Per al futur, aspiren a crear una nova cooperativa, en què l'ajuntament seria un soci col·laborador que aportaria finançament i podria actuar de manera més activa



en el desenvolupament del servei, per exemple, diversificant-lo per incorporar-hi un centre de dia. Entre els avantatges que veuen a aquest camí s'inclou augmentar les oportunitats per als cuidadors en els seus camins professionals a través de la possibilitat d'assumir un estatus de soci, si ho volen, tenint així un control com a membre, poder assegurar la defensa i l'aplicació dels principis de solidaritat i responsabilitat en les seves activitats, i assegurar un desenvolupament sostenible (Fajardo García 2012).

El servei actual aporta al voltant de 16.042 hores d'atenció per any (xifra del 2020). Jaume Salmeron, el responsable del projecte, va descriure la responsabilitat que comporta:

“Has d'estar cada X temps parant per veure on ets i planificar perquè si no... i en l'àmbit de l'economia social més, perquè és un àmbit molt més feble que l'economia tradicional i són projectes que impliquen molt més compromís personal, molt més compromís professional, i requereixen que tinguis molta més coordinació amb certes persones que opinen i hi participen”

Entre altres coses, va subratllar la importància d'entendre “la capacitat”, entesa com els mitjans, els recursos, la gestió i la incorporació d'indicadors de control de qualitat.

Reflexions al voltant dels estudis de cas

09.

Aquest informe ha presentat diversos exemples de formes alternatives i innovadores de gestionar o proporcionar SAD a Anglaterra i també algunes experiències de Catalunya. Totes intenten prestar SAD en funció de les preferències i necessitats dels usuaris, prioritzant un servei flexible, adequat i idoni per als usuaris; alhora, en tots els casos es presta àmplia consideració a les condicions dels cuidadors professionals que exerceixen el servei.

Actualment, hi ha grans expectatives sobre el paper dels SAD en la transformació de les cures de llarga durada. D'una banda, les anàlisis coincideixen a diagnosticar que el subdesenvolupament del SAD ha portat a una dependència excessiva de l'atenció institucional i a limitar l'autodeterminació i les opcions de les persones que tenen necessitat de suport (Navarro-Varras *et al*, 2020). La prioritat seria llavors estendre la disponibilitat dels SAD, tant en la cobertura com en la intensitat de l'atenció prestada. D'altra banda, es discuteix també com s'haurien d'orientar els SAD. Aquesta discussió inclou elements relacionats amb **els valors**, com la importància de crear SAD que proporcionin atenció centrada en la persona, o de millorar el reconeixement dels cuidadors professionals i les famílies implicades en la cura; amb **l'organització**, com ara la coordinació amb el sector sociosanitari i la continuïtat amb l'àmbit comunitari; amb **les característiques de les cures**, la seva flexibilitat i la seva qualitat; i amb **el finançament**, incloent-hi la seva adequació i el paper dels copagaments.

No obstant això, ateses les dificultats que tenen els SAD per prestar serveis genuïnament centrats en la persona, per ser "flexibles" i per proporcionar condicions de treball saludables i dignes per als cuidadors professionals, resulta difícil que aquestes expectatives es compleixin, fins i tot amb la disponibilitat de més finançament.

Com s'ha detallat a l'inici del present apartat de l'informe, els problemes associats amb els SAD semblen intrínsecs i intractables: les dificultats amb la retenció del personal, el desajust orgànic entre la capacitat habitual i la demanda en hores punta i/o períodes de vacances, les limitacions del seu impacte en la qualitat de vida i el benestar de les persones ateses i les seves famílies.

A més, la gestió dels SAD és una tasca complexa. Hi ha diversos nivells que requereixen decisió organitzativa en la gestió del SAD. Tradicionalment és l'autoritat responsable qui especifica la durada i la freqüència de l'atenció

(nivell 1), l'horari de cures (nivell 2) i les tasques a realitzar o fites a aconseguir (nivell 3). Qui ofereix l'atenció (nivell 4) depèn del proveïdor del servei, però està subjecte a certes polítiques normatives (com les relatives a la formació mínima). Podríem dir que la innovació és crucial per millorar l'èxit dels SAD i generar sostenibilitat. En aquest apartat d'experiències de l'informe hem detallat set models diferents de gestionar SAD: quatre models d'Anglaterra i tres de Catalunya, dos de la província de Barcelona. Són models molt variats i cal preguntar-se quines lliçons i reflexions es poden extreure considerant-los en conjunt.

Una reflexió que salta a la vista, quan es considera el detall de cada model, és que innovar en SAD de manera efectiva requereix sovint repensar la funció de cada "tasca complexa", així com els papers tradicionals de les empreses de SAD, dels usuaris i els seus cuidadors familiars i dels cuidadors professionals, i fins i tot, en alguns casos, remodelar les estructures en què els SAD es despleguen. Cal preguntar-se, llavors, si val la pena aquest esforç. Tot i que la varietat dels models limita les generalitzacions, es poden identificar tres principis transversals en tots ells que ofereixen lliçons sobre la necessitat d'innovació en el disseny dels SAD.



9.1 Lliçó 1: El temps

Es parla molt de la importància de promoure la flexibilitat dels SAD, sense aprofundir sobre què vol dir “flexibilitat” i com s’aconsegueix. Aportar o oferir flexibilitat pot significar moltes coses, no necessàriament properes a la coproducció, que s’entén com una forma de desenvolupar serveis permetent que els usuaris negociïn i “codissenyin” la seva atenció de forma activa. De vegades sembla que “la flexibilitat” (significant el que sigui), és quelcom que passarà, gairebé naturalment, quan tant la persona que presta atenció com l’empresa de SAD que la contracta comparteixi els valors d’atenció centrada en la persona. Malauradament, les observacions mostren que les condicions estructurals mitiguen l’atenció centrada en la persona, específicament pel que fa a factors com l’assignació de temps per a les visites i la prescripció de tasques (Backhouse & Ruston 2021). Per tant, la flexibilitat, a banda de ser un terme ambigu, obert a moltes interpretacions (no necessàriament compartides entre usuaris, cuidadors familiars, cuidadors professionals, empreses de SAD, treballadors socials i administració pública), té el problema que es fa més difícil la seva incorporació a l’atenció a domicili. En canvi, el concepte de temps és molt més concret.

Els estudis sobre “elecció i control” als serveis d’atenció a domicili assenyalen que les dimensions d’“elecció” en la prestació de SAD més valorades pels usuaris i els seus familiars són, precisament, les relacionades amb horaris i tasques d’atenció. Prenent el primer d’aquests, ens plantegem com es poden flexibilitzar els horaris d’atenció als SAD.

Els models descrits tenen molt a dir sobre l’ús del temps. Demostren una estreta relació entre l’ús del temps i l’impacte potencial del servei, i indiquen com les raons per flexibilitzar el temps d’atenció varien individualment i segons els objectius de l’atenció. Posem alguns exemples.

En els **models d’autogestió**, com els pagaments directes (*capítol 2*), és la persona que rep el servei, o bé la seva família, qui gestiona *el temps*, ja que microgestiona la seva atenció (encara que sigui amb suport extern en aspectes com ara reclutament, etc). No obstant això, aquesta gestió del temps té *certes limitacions*. En primer lloc, està limitada segons allò que està permès o no per gastar els fons. Aquest nivell de control es basa en el pla d’atenció individual (PIA) acordat entre la persona usuària i el treballador social. En el model anglès

d’autogestió, el PIA funciona com a marc d’objectius globals per a l’individu. Especifica les necessitats de primer ordre que han de ser satisfetes mitjançant l’ús dels fons prestats per a l’atenció (els pagaments directes), i quan això no passa, l’autoritat local es reserva el dret de rescindir-ne la prestació. En avaluar si aquest requisit es compleix o no, (el que passa en moments pautats de seguiment), la interpretació haurà de ser oberta, és a dir, que es permet inequívocament que l’autogestió resulti en un horari d’atenció que divergeixi del PIA, sempre que les necessitats de primer ordre especificades siguin satisfetes, i s’accepta qualsevol ús dels fons, que compleixi necessitats de segon nivell (és a dir, no prioritzades en els criteris d’assignació), mentre no afecti el compliment de les necessitats de primer ordre prioritzades al PIA.

Prima facie, no sempre és fàcil entendre que tenir control sobre l’horari d’atenció pot ser molt beneficiós per a les persones dependents i els seus cuidadors familiars. Això requereix comprendre la dinàmica de la cura en cada situació individual i visualitzar com el control de l’horari d’atenció pot aportar valor afegit, front a opcions d’atenció amb horari prescrit i menor flexibilitat. La clau és considerar la **logística** de l’atenció.

El model de pagaments directes assumeix que l’usuari és qui coneix millor el seu horari ideal d’atenció. A partir d’aquest reconeixement sorgeix la idea que permetre



l'ús dels fons per contractar un assistent personal (AP) és la millor manera de desenvolupar els pagaments directes. Quan es contracta atenció a través d'una empresa SAD, la flexibilitat d'atenció que aquesta pot oferir depèn del volum i la continuïtat dels serveis requerits i de les responsabilitats adquirides amb el conjunt d'usuaris. La flexibilitat és més gran amb un AP i també és convenient per facilitar-ne el reclutament. És força freqüent que els AP tinguin diverses feines i troben que la relació directa amb l'usuari facilita la logística de l'atenció a l'usuari i l'encaix d'aquesta atenció amb els altres compromisos, molt més que sent ocupats per una empresa de SAD.

En els models basats en el conegut model holandès d'equips autogestionats *Buurtzorg*, flexibilitzar la dedicació de temps a cada usuari és també una prioritat. En els casos dels **equips de benestar** d'Anglaterra, i de les Superilles socials de la ciutat de Barcelona, la possibilitat d'aconseguir canvis en els horaris d'atenció respon a altres condicionants logístics; en primer lloc, al de la proximitat. La proximitat ofereix la possibilitat d'ajustar millor l'horari d'atenció a les necessitats i les preferències de cada persona usuària, per diverses raons. La proximitat de l'equip augmenta la interacció entre les treballadores d'atenció directa. Gràcies a un intercanvi d'informació més eficaç entre l'equip, s'estalvia temps de gestió i s'accelera el temps de resposta. En el SAD de proximitat, la coordinació tècnica té

una influència clara en la millora de la qualitat del servei, i afavoreix la presa de decisions d'equip per facilitar flexibilitat en l'horari d'atenció. Per descomptat, la reducció de temps de desplaçament en els serveis de proximitat permet ajustar els horaris del servei a les necessitats de les persones usuàries, per exemple, dividint les hores d'atenció per aconseguir més visites i/o espaiant les visites de manera uniforme al llarg del dia, reduint el temps d'atenció perdut quan aquest s'assigna mitjançant principis estàndard.

El model de **contractació per resultats** (OBC pel seu acrònim anglès) també posa de manifest la importància del temps i concretament la flexibilitat permesa a les empreses de SAD de "microgestionar" el temps per aconseguir: a) resultats individuals basats en una especificació codissenyada entre proveïdor i usuari (i la seva família) i avaluats amb regularitat, i b) indicadors globals relacionats amb els impactes de servei sobre el conjunt d'usuaris, per mesurar l'impacte de l'atenció en els objectius estratègics per a l'atenció a domicili (com pot ser reduir el percentatge d'usuaris que ingressen en una residència). A l'OBC hi ha dues modalitats: el SAD preventiu, que ofereix un servei de temps limitat (de sis a dotze setmanes), cofinançat pel sistema nacional de salut, disponible per a situacions on una persona ha experimentat un deteriorament físic, psicològic o psicosocial que amenaça la seva autonomia (no tan diferent del criteri de prioritat per al SAD Social a Catalunya – vegeu Diputació de Barcelona (2015)-.



En el SAD preventiu s'accepta que l'horari d'atenció per a cada usuari evolucioni amb el temps segons el seu progrés, i es pot adaptar a les activitats que són beneficioses per al procés de rehabilitació. És per això que, en el model OBC per al SAD preventiu, l'administració pública concedeix a les empreses SAD la llibertat de "microgestionar" els horaris d'atenció dels usuaris de tarifa general, i asseguren la flexibilitat d'atenció mitjançant un règim de compensació pagat per avançat i relativament generós. Inicialment, els usuaris del SAD preventiu requereixen més temps. Tenint la llibertat de "microgestionar" l'atenció, les empreses de SAD poden treballar més amb els nous usuaris per aconseguir els seus objectius. El control sobre els horaris d'atenció és clau per facilitar la rehabilitació; una de les raons més conegudes de per què els SAD tendeixen a inhabilitar els usuaris en comptes d'habilitar-los és perquè es triga més a ajudar algú a fer alguna cosa per si mateix que fer-ho els treballadors mateixos (Maxwell *et al* 2021).

9.2 Lliçó 2: L'impacte

Un fil recurrent en l'informe és la centralitat de l'impacte del servei sobre l'orientació i la microgestió de les cures aportades pels SAD. Per “impacte” s'entén, en els models anglesos, el grau de diferència en benestar que aporta el SAD a l'usuari. En un context de peticions generalitzades per augmentar la cobertura del SAD i la seva intensitat, és fàcil oblidar que ni una cobertura més gran, ni una major intensitat equivalen necessàriament per si soles a millors resultats, i en quina mesura el recurs contribueix a la qualitat de vida relacionada amb l'atenció (SCRQoL – vegeu Netten et al 2012; Forder et al 2018-), en el desenvolupament de la dependència o bé en l'impacte en els serveis sanitaris (vegeu Forder, Gousia & Salonki 2019; Liu et al 2021; Martin et al 2021).

Hem parlat del valor de la flexibilitat en els horaris d'atenció i de la capacitat de controlar-los (com en el cas dels pagaments directes), però el benefici de poder controlar o negociar l'horari d'atenció no és intrínsec, sinó que es deriva d'allò que millora el benestar de l'usuari.

El valor potencial d'aquesta flexibilitat el poden identificar els mateixos usuaris (en el cas dels pagaments directes) i/o el seu cuidador principal (en el cas dels pagaments directes tutelats) de forma autònoma, o amb el suport d'un servei d'intermediació; o pot ser facilitat pels cuidadors professionals, mitjançant interaccions repetides. Els plans individuals i el seguiment garanteixen que la persona percebi que la seva vida en el dia a dia és significativa i connectada (com en el cas dels equips de benestar).

És important subratllar que, sense una orientació clara sobre els impactes desitjats, la llibertat de gestionar l'horari d'atenció o les tasques no té sentit ni garanteix resultats. D'aquesta manera, cal entendre que la flexibilitat del temps o les tasques requereixen acompanyar-se d'una orientació molt clara sobre els impactes desitjats i les maneres d'avaluar-ne el compliment al llarg del temps.

Els models dels equips de benestar i els SAD basats en la contractació per resultats són molt diferents de l'atenció de SAD tradicional. No només se centren a identificar els impactes desitjats, sinó que també incorporen avaluacions periòdiques del progrés, i permeten als SAD ajustar i reorientar l'atenció després de cada avaluació.

En aquest punt cal recordar la importància del paper dels cuidadors professionals en l'impacte del servei. Els models analitzats permeten als cuidadors professionals exercir un paper avançat en l'especificació de metes i objectius centrats en la persona, així com en l'avaluació continuada. El reconeixement que són els cuidadors professionals els qui treballen per garantir que la persona percebi que la seva vida en el dia a dia és significativa i connectada, i promoure que la permanència de la persona al seu domicili sigui tan sostenible com sigui possible, resulta en un model on és central el suport als cuidadors professionals. En aquest sentit, es fa evident el paper de la formació i supervisió continuada, encara que els equips no tinguin un gerent tradicional. Aquests models demostren notables innovacions en l'ús de la tecnologia per a la gestió de la dinàmica de l'equip, l'optimització de la comunicació i el reforç dels valors de l'equip i les competències de cura, així com per avaluar el “benestar” de l'equip i els seus membres.

En la **contractació per resultats** també es reconeix la centralitat del paper dels cuidadors professionals, però l'experiència suggereix que el desafiament més gran d'implementació són les barreres per optimitzar el paper dels cuidadors professionals. Com s'ha esmentat anteriorment, una d'aquestes barreres és la flexibilitat permesa per gestionar l'horari d'atenció dels usuaris. La literatura també subratlla la importància d'educar els cuidadors professionals per animar els usuaris a definir els seus objectius, la necessitat d'empoderar i donar suport als cuidadors professionals perquè apliquin i comparteixin les pròpies capacitats de planificar, comunicar i compartir responsabilitats i decisions, i el valor de mecanismes eficaços per donar suport al treball en equip (Maxwell et al 2021). Aquests problemes són sempre presents en l'atenció domiciliària. Per exemple, Leverton et al (2021; 2021b) han demostrat que la pràctica d'atenció centrada en la persona requereix canvis en el context organitzatiu dels SAD per complir la necessitat de suport a l'equip i entre parelles de professionals, per desenvolupar i aplicar habilitats relacionals i emocionals en les trobades de cura, i poder discutir situacions i casos desafiadors. Entre els factors estructurals que impedeixen l'atenció centrada en la persona pel que fa als cuidadors professionals es troba treballar de manera aïllada, sense un lloc de treball compartit. Els models de SAD de proximitat inclosos en l'informe (els equips de benestar, les superilles socials de Barcelona i el cas de l'Ajuntament d'Arbúcies) són exemples de lluita contra aquest problema. És important reconèixer que el valor dels models de proximitat també

resideix en estructures laborals i pràctiques organitzatives que fomenten l'aplicació d'atenció centrada en la persona (oferint relacions estretes entre els membres d'equip i la supervisió contínua) i, per tant, l'impacte del servei.

Entre altres coses, l'informe d'estudis de cas té com a objectiu il·lustrar que els diferents models d'atenció tenen diferents rols en la prestació d'atenció a domicili i per evitar l'excés d'institucionalització. Una altra lliçó de l'informe sobre el possible impacte de l'atenció a domicili és la reflexió sobre el paper de l'atenció autogestionada com en el cas dels pagaments directes. El paper dels pagaments directes ha estat objecte d'un llarg debat en les administracions públiques i els àmbits acadèmics. No obstant això, la majoria dels desenvolupaments pràctics han vingut de baix, com a resultat d'esforços per garantir que les llibertats de la cura autodirigida ofereixin el benefici més gran als usuaris amb el menor risc. D'aquesta manera, i centrant-se en l'impacte final, s'ha identificat el paper de les organitzacions amb funcions d'orientació i assessorament i el seu paper important com a facilitadores en la planificació de l'atenció mitjançant pagaments directes (Davey 2021). També s'ha posat de manifest la importància de tenir en compte els valors (dels cuidadors professionals) i les expectatives (dels usuaris) a l'hora de reclutar assistents personals.

D'aquí, ha sorgit el concepte del **reclutament basat en valors (VBR)** que té com a objectiu trobar persones que estiguin disposades i interessades a “ajudar-ne d'altres” d'alguna forma, i amb valors i capacitats compatibles amb la promoció d'autonomia i cures dignes i centrades en la persona. Aquestes capacitats són competències transversals o “habilitats toves” (*soft skills*) que poden incloure l'habilitat de prendre decisions, el compromís, habilitats de comunicació interpersonal, la compassió i l'empatia, la intel·ligència emocional, la flexibilitat, per saber adaptar-se a les circumstàncies i no témer als nous desafiaments, i capacitat en la gestió de temps, incloent-hi la delegació.

En vista de l'èxit del VBR en el model dels pagaments directes, aquest ha estat transferit a altres models d'atenció a domicili, notablement en el cas dels equips de benestar. Ara el VBR es considera molt recomanable en qualsevol àmbit que treballi amb cuidadors professionals. La seva intenció és promoure una major alineació entre els valors, les capacitats i les actituds dels cuidadors professionals que els usuaris reporten com a més importants per a ells i les característiques dels cuidadors professionals. S'ha demostrat que el VBR pot incorporar persones al sistema de cures que, si no fos per la seva metodologia, no haguessin considerat aquesta





feina; també que la rotació és menor, i la capacitació costa menys i és més efectiva entre el personal contractat mitjançant el VBR. L'escenari ideal és quan el VBR es combina amb estructures organitzatives que facilitin formes de treball que s'alinien amb els valors dels treballadors de cures (com als equips de benestar o SAD de proximitat en el marc de les superilles socials).

Recordem que l'impacte de cada model d'atenció no es limita als usuaris i a les seves famílies, sinó també als cuidadors professionals. En el cas dels pagaments directes i la contractació directa dels assistents personals, els serveis d'intermediació tenen un paper important en el benestar laboral dels assistents personals. Com a mínim, això passa quan els intermediaris aconseguixen que els usuaris dels pagaments directes coneguin i entenguin les seves responsabilitats com a ocupadors. També és important recordar l'assessorament als usuaris i/o als seus cuidadors familiars en temes de relacions laborals i resolució de conflictes, o en la relació amb l'agència tributària i ACAS (el Servei

de Assessorament, Conciliació i Arbitratge), una organització nacional pública i independent que brinda assessorament gratuït i imparcial a empleats i ocupadors sobre drets en el treball.

En els altres models també s'ha tingut en compte la situació dels cuidadors professionals (com per exemple, en el cas dels ajuntaments de Mataró i Arbúcies).

Finalment, en relació amb la importància de dissenyar els models priorititzant-ne l'impacte, el model de les **microempreses comunitàries** serveix per reforçar l'atenció a domicili mitjançant el desenvolupament d'un registre de cuidadors que treballen de manera autònoma, oferint serveis de baixa intensitat a diversos usuaris.

El model de microempresa comunitària es va desenvolupar per respondre a la pregunta: com millorar l'impacte de l'atenció a domicili? Aquesta pregunta va il·luminar “buits assistencials” entre altres preocupacions de les autoritats públiques i els usuaris. Per exemple, els pagaments directes no eren gaire accessibles a les persones amb dependència, per les dificultats que tenia contractar un assistent personal per poques hores a la setmana. El valor de les cures en la comunitat no era molt visible i treballar com a cuidadora professional no era una elecció freqüent, tot i que hi havia feina local. Les famílies i els usuaris dels serveis de cura van reportar una manca de diversitat en les opcions d'atenció i els professionals consideraven que la possibilitat de trobar maneres de reforçar les cures estava limitada per la manca d'integració entre el tercer sector i la ciutadania. La prioritat del model de les microempreses comunitàries ha estat generar serveis, que serveixin de pont entre el tercer sector i la ciutadania en el marc d'un projecte de regeneració comunitària destinat a millorar i diversificar l'ocupació local i fer més visible el valor de les cures a la comunitat. És un model que existeix per haver pensat primer en l'impacte de l'atenció. Com en el cas de l'Ajuntament d'Arbúcies, també veiem en el model de les microempreses comunitàries la importància dels processos participatius.

9.3 Lliçó 3: L'ecosistema

Per elaborar aquest informe s'han entrevistat diversos experts, inclosos diversos representants d'algunes de les autoritats locals amb més bons resultats a Anglaterra. Malgrat la seva experiència diversa, una paraula va sorgir una i altra vegada: l'ecosistema.

Hi ha un ampli consens d'opinió sobre la conveniència que cada localitat busqui una varietat d'opcions o models –com els presentats aquí– per prestar atenció a domicili. Aquest és el primer ús del terme “ecosistema”, que descriu la idea de promoure simultàniament diversos models d'atenció, cadascun amb un paper diferent, però complementari.

Aquest terme, “ecosistema”, també es va utilitzar amb freqüència en relació amb la sostenibilitat de les cures a llarg termini. La sostenibilitat inclou altres aspectes, però també la relació cost/benefici de cada model. Els serveis es dissenyen tenint en compte l'adequació del model davant de les necessitats i preferències dels usuaris. Segons la lògica de la “nova governança pública” la participació activa dels usuaris (i cuidadors) en el disseny del servei de cura hauria de garantir-ne el benefici. Tot i això, és gairebé impossible que un model d'atenció pugui oferir el mateix valor a tots els usuaris. Els models presentats no són només formes diferents d'oferir atenció, sinó que també representen un diferencial de costos, adaptats a diverses necessitats i preferències.

Els models basats en la prestació de SAD a través d'organitzacions (com és el cas dels equips de benestar, la contractació basada en resultats i els exemples catalans) tenen un cost elevat. Els models anglesos esmentats han demostrat que els SAD poden assolir un impacte més gran desenvolupant rols estesos, anant més enllà d'una perspectiva d'atenció centrada únicament en combatre dèficits respecte a les Activitats de la Vida Diària (AVD) i a les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD). Aquest paper estès ha de ser clar, *mesurable* i enfocat a metes (petites o grans, de curt o llarg termini) que marquin diferències en la vida de la persona, en aspectes que elles mateixes reconeguin com a importants, i que tinguin en compte el que pugui aportar l'entorn humà de la persona. Aquestes metes poden ser relacionades amb l'autonomia en sentit ampli; per exemple, aconseguir accés a l'aire lliure i a la natura (anar de passeig cada capvespre) o millorar els vincles amb la família, els amics i la comunitat, o establir noves relacions. L'avenç cap a aquestes metes s'ha de documentar. Com s'ha dit, generar SAD capaços d'actuar així requereix inversió suficient, a més d'un marc conceptual que consideri com els models avançats de SAD aconsegueixen múltiples beneficis, no només per als usuaris i els seus cuidadors, sinó també per als sistemes de salut (s'ha vist amb els equips de benestar).

Tot i això, l'efectivitat d'aquests mètodes també depèn de recórrer a recursos alternatius, com es descriu al llarg de l'informe. Com es descriu al capítol sobre **els equips de benestar**, les solucions per apropiarse a les metes no han de resultar només de l'assistència prestada pels membres de l'equip, sinó també de serveis comunitaris d'àmbit local. El seu èxit depèn així de la capacitat de les comunitats, dels coneixements dels cuidadors professionals de l'àmbit i de les seves habilitats per ajudar les persones a adoptar diferents maneres de solucionar les coses que no funcionen o que falten en les seves vides (un paper facilitador).

Entre els models descrits reconeixem **la capacitat de les comunitats per alimentar la resposta a les necessitats dels usuaris dels SAD**, un objectiu del model Vilaveïnes nascut de **les Superilles Socials** (Manzini et al 2021). El model de **les microempreses comunitàries**, el disseny de les quals s'ha basat en els objectius de generar serveis i diversificar la disponibilitat de serveis comunitaris, deu part del seu èxit al desenvolupament paral·lel del model de **coordinació de l'àrea local**, orientat a potenciar les comunitats. La feina dels coordinadors de l'àrea local (o dels agents de poble) té dues cares: la primera, treballar amb les comunitats per descobrir i treure a la llum les seves fortaleces, donant suport a les persones, grups i xarxes que són ja “actius comunitaris,” perquè es vinculin amb els recursos dins de la comunitat; el segon és donar suport directament a persones derivades per aprofitar els recursos de la comunitat, ajudant en el desenvolupament de mecanismes de suport mutu, en resposta a la situació de cada persona.



El model de coordinació de l'àrea local no és l'únic amb aquest propòsit, també compartit per models com el suport dirigit per la comunitat i la prescripció social (vegeu capítol 3). La figura del “navegador comunitari” (capítol 3) també emfatitza el benefici de tenir un únic punt d'accés per al personal d'atenció sanitari, sociosanitari i els treballadors socials, a una miriada de recursos basats en la comunitat.

En termes més generals, es repeteix el valor d'establir punts de contacte i col·laboració entre salut i SAD (p.e., en el cas del SAD de proximitat de Barcelona, de l'Ajuntament d'Arbúcies o la contractació basada en els resultats), subratllant la necessitat de veure l'atenció primària com a part de l'ecosistema de cures.

Una altra manera com el terme ecosistema va ser utilitzat sovint pels experts en la matèria va ser en relació amb la necessitat de diversificar “els proveïdors d'atenció”. El desenvolupament de la figura de microempresa comunitària, en realitat una variant del paper d'assistent personal, ha estat impulsat (i acceptat) per tal de remodelar el mercat d'atenció domiciliària cap a un ecosistema diversificat. En ell coexisteixen entitats que tradicionalment han estat el pilar de l'“atenció domiciliària”, finançades amb fons públics, és a dir, les empreses de SAD, amb altres figures reconegudes com la de l'assistent personal i la cuidadora (microempresa) comunitària, ofereixen serveis que també podrien ser contractats

amb fons públics (a través dels pagaments directes). Per tal que la seva incorporació i acceptació a l'ecosistema de cures sigui una realitat, cal ressaltar la centralitat dels serveis d'intermediació per als pagaments directes (capítol 2) i el rol de la “catalitzadora comunitària” (capítol 3) per donar suport a la situació dels assistents personals. Les seves activitats inclouen fomentar una xarxa de suport entre els assistents personals, mediar en temes de formació aconsellant o, fins i tot, obtenint subvencions per a la formació o facilitant accés a cursos de formació rellevants i generar així un segell/aprovació de qualitat, que els permeti (a les microempreses comunitàries) ser incloses i promocionades a escala local on estan disponibles en xarxa i als centres de serveis socials. Tots aquests mecanismes que marquen el valor de l'atenció que presten aquestes figures, eviten la imatge que qualsevol persona pot ser cuidadora, i actuen contra el risc de l'aïllament entre els assistents personals, tot assegurant que es diferencia la seva tasca de la cura domèstica.

Finalment, el significat d'ecosistema té a veure amb la comprensió de diferents maneres d'atenció com a part d'un sistema. Per exemple, després d'un episodi agut, hi pot haver un argument sòlid per dirigir un usuari cap a un servei de SAD preventiu, però, per al llarg termini, un pagament directe pot ser la solució més adequada, ateses les circumstàncies de l'usuari i la seva família i allò que busquen de l'atenció.



BIBLIOGRAFIA

- Abellan Van Kan, G., Rolland, I., Andrieu, S. et al. (2009) Gait speed at usual pace a predictor d'adverse outcomes in community-dwelling older people a l'International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *Journal of Nutritional Health & Aging*, 13: 881–889.
- Age UK (2021) Intermediate care and reablement. Factsheet 76. Disponible en xarxa: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf
- Allen, K., Glasby J. (2010) *'The billion dollar question' prevention in older people's services – 10 'high impact' changes*. HSMC policy paper 8. University of Birmingham: Health Services Management Centre.
- Aguilar-Hendrickson, M. (2020) Long-term care in Spain: a reformes failure or the regulation of a development path? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40 (11):1301-1317.
- Ajuntament d'Arbúcies (2016) *Ordenança fiscal reguladora del preu públic pel servei d'ajuda a domicili i transport d'acompanyament*. ORDENANÇA FISCAL NÚM.58. Ajuntament d'Arbúcies.
- Ajuntament de Barcelona (2021a) Plecs de Clàusules Administratives Particulars. Institut Municipal de Serveis Socials. Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI.
- Ajuntament de Barcelona (2021b) Plec de Clàusules Tècniques Particulars. Institut Municipal de Serveis Socials. Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI.
- Ajuntament de Barcelona (2019) Resultats de l'Enquesta de Persones en Situació de Dependència funcional (EPSD2018). Departament de Recerca i Coneixement. Àrea de Drets Socials
- Ajuntament de Mataró (2021) Mataró s'adhereix al projecte "Barris i comunitats: motors de transformació social" amb un projecte a Cerdanyola. Disponible en xarxa: <https://www.entitatsmataro.cat/ca/posts/mataro-sadhereix-al-projecte-barris-i-comunitats-motors-de-transformacio-social-amb-un-projecte-a-cerdanyola>
- Alders, P. (2015) Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *International Journal of Care Coordination*, 18(2–3): 57–61
- Al-Janabi, H., Coast, J., Flynn, T. (2008) What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta ethnography with interview follow-up. *Social Science & Medicine*, 67: 111-121.
- Al-Janabi, H., Coast, J., Flynn, T. (2008) What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta ethnography with interview follow-up. *Social Science & Medicine*, 67: 111-121.
- Allison T.A., Balbino R.T., Covinsky KE (2019) Caring community and relationship centre care on end-stage dementia special care unit. *Age & Ageing* ; 48 (5): 727–734.
- Anthun, K., Lillefjell, M., Anthun K. (2021) Reablement in A Small Municipality, A Survival Analysis. Research Square Preprint. DOI: 10.21203/rs.3.rs-143988/v1
- Association of Directors of Adult Social Services (2020a) *Revising Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) Developing the right narrative for Adult Social Care. Part One – Reviewing the current ASCOF*. Institute of Public Care, Oxford Brookes University.
- Association of Directors of Adult Social Services (2020b) *Revising Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) Developing the right narrative for Adult Social Care. Part Two - Exploring the options for developing the right 'performance narrative' for Adult Social Care*. Institute of Public Care, Oxford Brookes University.
- Backhouse T., Ruston (2021) Home-care workers' experiences of assisting people with dementia with their personal care: A qualitative interview study. *Health Soc Care Community*.00:1–11
- Bartnik I, Broad R. (2021) Power and Connection. The International Development of Local Area Coordination. Sheffield: Centre for Welfare Reform.

- Batchelder, L., Saloniki, EC, Malley, J., Burge, Peter, Lu, Hui, Forder, Julien E. (2017) for carers. *Value in Health*, 22 (12): 1427-1440.
- Bauer, A., Fernández, JL., Henderson, C., Wittenbrg, R., Knapp, M. (2019) Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health & Social Care in the Community*; 27 (5): 1241-1250.
- Baxter, K., Glendinning, C. (2011) Making choices a support services: disabled adults' and older people's use of information. *Health and Social Care in the Community*, 19, 3, 272-279.
- Baxter K, Mann R, Birks I, Overton L. (2021) Scoping Review of Evidence on Use and Effectiveness of Decision Aids in Adult Social Care. *Journal of Long-Term Care* : 100–113. DOI: <http://doi.org/10.31389/jltc.56>
- Baxter K, Wlberforce M, Birks I (2020) What Skills Do Older Self-Funders in England Need to Arrange and Management Social Care? Findings from a Scoping Review of the Literature. *The British Journal of Social Work*, bcaa102, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa102>
- Baxter K, Heavey E, Birks Y (2019) Choice and control in social care: Experiences of older self-funders in England. *Social Policy & Administration*; 54 (3): 460-474.
- Bedford S, Phagoora J (2020) Community micro-enterprise in social care – drivers of local economic development. New Economics Foundation.
- Beresford, B., Mayhew, E., Duarte A., Faria, R., Weatherly, H., Mann, R., Parker, G., Aspinall, F., Kanaan, M. (2019) Outcomes of reablement and their measurement: Findings from an evaluation of English reablement services. *Health & Social Care in the Community*; 27 (6): 1438-1450.
- Boletín Oficial Estado (2012) BOE. Núm. 185 viernes 3 de agosto de 2012 Sec. III. Pág. 55661.
- Bolton, J. (2019) New developments in adult social care. Oxford: The Institute of Public Care
- Bolton, J. (2015) Emerging practice in outcome-based commissioning for social care. Oxford: The Institute of Public Care.
- Bolton J (2007) Implementing outcome-based commissioning. Oxford: The Institute of Public Care.
- Bolletín Oficial Estado (2012) Núm. 185 Viernes 3 de agosto de 2012 Sec. III. Pág. 55661
- Booth, R (2021) Worst care homes more likely to have poorest residents, official data shows. *The Guardian*, 15th October 2021.
- Brimblecombe, N., Fernandez, J.-L., Knapp, M., Rehill, A., & Wittenberg, R. (2018a). Review of the international evidence on support for unpaid carers. *Journal of Long-Term Care*; 25–40. DOI:10.21953/lse.ffq4txr2nftf
- Brimblecombe, N., Pickard, L., King, D., Knapp, M. (2018a) Barriers to receipt of social care services for working carers and the people they care for in times of austerity. *Journal of Social Policy*, 47 (2): 215-233.
- Brimblecombe, N., Fernandez, J.-L., Knapp, M., Rehill, A., & Wittenberg, R. (2018b). Review of the international evidence on support for unpaid carers. *Journal of Long-Term Care*, September, 25–40. DOI:10.21953/lse.ffq4txr2nftf
- Burns D, Earle J, Folkan P, Froud J, Hyde P, Johal S, Rees I, Killett A, Williams K (2016) Why we need social innovation in home care for older people. CRESC Public Interest Report, University of East Anglia.
- Bolton J (2020) New developments in adult social care. Oxford: The Institute of Public Care
- Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R (2013) Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*; 27 (2): 180-183.
- Brown H, Carrier J, Haydn C, Harflett N, Mitchell F, Clifford C, Girling F (2020) CLS Evidence & Learning Briefings 2020. Paper 1: Programme findings and lessons about what makes Community Led Support work well for people and places across the UK. Bath: National Development Team.
- Buck D; Ewbank L (2020) What is social prescribing? London: The Kings Fund.

- Cano, E., Orozco, M. (2020) VinclesBCN: la lucha contra la soledad en Barcelona. *Barcelona Societat*, 25: 1-7
- Care Quality Commission (2020) *Guidance: Individual Care Workers, Introductory Agencies, and the meaning of 'ongoing direction and control' of personal care*. Leeds: Care Quality Commission.
- Carreras Roig L (2007) *El subsector empresarial no financiero de la economía social*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili
- Cawley J (2016) Wiltshire Council's Help to Live at Home Service. Video presentación. Disponible en xarxa: <https://www.youtube.com/watch?v=GApTerlNJQA>
- Cegri, F., Orfila, F., Abellana, R.M. et al. (2020) The impact of frailty on admission to home care services and nursing homes: eight-year follow-up of a community-dwelling, older adult, Spanish cohort. *BMC Geriatrics*; 20, 281. DOI:1
- Centre for Public Impact et al (2021) Human Learning Systems: public service for the real world. Disponible en: <https://realworld.report/>
- Challis, L., Henwood, M. (1994) Equity and Community Care. *BMJ*;30: 1496-9
- Christensen, K., Pilling D. (2014). Policies of Personalisation in Norway and England: On the Impact of Political Context. *Journal of Social Policy*, 43(3), 479-496.
- Clements L (2019) *Community Care and the Law*. Seventh Edition. London: Legal Action Group.
- Clotworthy, A., Kusumastuti, S.-, Westendorp, R.G.J. (2021) Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*; 21. DOI: 10.1186/s12877-020-01958-1
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D.W., Stevenson, M., Donnelly, M. (2016) Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD010825.
- Cofiño R (2017) ¿Qué es eso la prescripción social? ¿Funciona? Artículo en el blog Salud Comunitario. Disponible en: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2017/02/06/que-es-eso-la-prescripcion-social-funciona/>
- Coll-Planas L, Rodríguez-Arjona D, Pons-Vigués M, Nyqvist F, Puig T, Monteserín R. (2021) "Not Alone in Loneliness": A Qualitative Evaluation of a Program Promoting Social Capital among Lonely Older People in Primary Health Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 18(11):5580. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115580>
- Comas-d'Argemir, D., Bofill-Poch, S. (2021) El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19, Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas.
- Commission for Social Care Inspection (2005b). *The State of Social Care in England 2004-05*. London: CSCI.
- Community Catalysts (2021) Communities care: re-imagining home care. Somerset's micro-provider journey. Community Catalysts.
- Community Catalysts (2019) It's time for Local Area Coordination. Disponible en: <https://lacnetwork.org/wp-content/uploads/2019/07/Its-Time-for-Local-Area-Coordination.pdf>
- Community Catalysts (2017) Community micro-providers in Somerset. The impact and outcomes of the Community Catalysts Project. Community Catalysts.
- Community Catalysts (2015) Somerset Community Micro-enterprise project. End of year report. Community Catalysts.
- Consejo Económico y Social España (CES) (2020) *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Colección Informes. Número 03/2020. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Consorci de Salut i Social de Catalunya (2017) Model Integrat d'Atenció Domiciliària.

- Crowther C (2021) Encircled with love. Disponible en xarxa: <https://www.community-circles.co.uk/blog/encircled-with-love/>
- Cubero García, M., Yusta Tirada, R. (2021) *Marco para el desarrollo de la Atención Centrada en la Persona y la humanización de los apoyos y los cuidados en el ámbito de la gerontología*. Madrid: Colegio Oficial de Trabajo Social.
- Davey, V. (Pendiente de publicación). Working and managing care: working carers account of managing direct payments. *International Journal of Care and Caregiving*.
- Davey, V. (2021) *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Madrid, Informes Envejecimiento en xarxa nº 28, 18 p
- Davey, V. (2021a) Influences of service characteristics and older people's attributes on outcomes from direct payments. *BMC Geriatrics*, 21 (1).
- Davey, V. (2021b) *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Madrid, Informes Envejecimiento en xarxa nº 28, 18 p
- Davey, V. (2018) *Social Care for Older People: The Role and Function of Direct Payments*. (Doctoral dissertation). London School of Economics & Political Science, London.
- Davey, V. (2013) Impacto de la prestación económica sobre la interacción entre los servicios formales de cuidados y los cuidados informales a las personas mayores. *Año Gerontológico*, 13: 233-271.
- Davey, V., Snell, T., Fernández, J.L., Knapp M, Tobin R, Jolly D, Perkins M, Kendall J, Pearson C, Vick N, Swift P, Mercer G, Priestley M (2008) *Schemes Providing Support to People Using Direct Payments: A UK Survey*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Davies, K., Dalgarno, E., Davies, S., Roberts, A., Hughes, J., Chester, H., ...Challis, D. (2020). The challenges of commissioning home care for older people in England: commissioners' perspectives. *Ageing and Society*, 1-20. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000021>
- Davies, B., Fernández, J.L., Saunders, R. (1998) *Community-Care in England and France*. Aldershot: Ashgate.
- Department of Health (DH) (2010) Supporting Micro Markets. London: Department of Health.
- Department of Health and NAAPS (2009) Supporting micro-market development: a concise practical guide for local authorities. London: Department of Health.
- Lunt N, Bainbridge L, Rippon S. (2020) Strengths, assets and place – The emergence of Local Area Coordination initiatives in England and Wales. *Journal of Social Work*. Apr 11. <https://doi.org/10.1177/1468017320918174The>
- Department of Health & Social Care (2012) National framework for NHS continuing healthcare and NHS-funded nursing care. London: Department of Health & Social Care
- Department of Health (2012) Personal health budgets guide. Budget setting for NHS Continuing Healthcare. London: Department of Health
- Domínguez, M., Montolio, D. (2021) Bolstering community ties as a mean of xarxaucing crime. *Journal of Economic Behavior & Organization*; 191: 916-945
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2021) *RESOLUCIÓ TSF/2699/2020, de 20 d'octubre, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya (codi de conveni núm. 79001525011999)*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Núm. 8264 - 5.11.2020
- Diputació de Barcelona (2015) *Escala de Valoració SAD Social*. Barcelona: Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona.
- Diputació de Barcelona (2022) Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la Província de Barcelona. Barcelona: Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona.
- Dunér, A., Bjälkebring, P., Johansson, B. (2019a) Merely a rhetorical promise? Older users' opportunities for choice and control in Swedish individualised home care services. *Ageing and Society*, 39 (4); 771-794.

- Dunér, A; Bjälkebring, P.; Johansson, B. (2019b). Autonomy, Choice and Control for Older Users of Home Care Services: Current Developments in Swedish Eldercare. *Journal of Social Service Research*, 45(1), 129–141.
- Eichler, M., Pfau-Effinger, B. (2009) The ‘Consumer Principle’ in the Care of Elderly People: Free Choice and Actual Choice in the German Welfare State. *Social Policy & Administration*, 43 (6): 617–633.
- Ellis, K. (2011), “‘Street-level bureaucracy’ revisited: the changing face of frontline discretion in adult social care in England.’ *Journal of Social Policy and Administration*, 45(3), pp. 221–244
- Fantova F. (2020) ¿Se dedican los servicios sociales a proporcionar cuidados? Blog Fantova [en-red], 9 de Noviembre, 2020. Disponible en: <http://fantova.net/?p=3164>
- Fernandez, J.L., Malley, J., Marczak, J., Snell, T., Wittenberg, R., King, D., Wistow, G. (2020) *Unmet social care needs in England. A scoping study for evaluating support models for older people with low and moderate needs*. London School of Economics and Political Science: Care Policy and Evaluation Centre.
- Fernández, J.L., Kendall, J., Davey, V., Knapp, M. (2007) Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. *Journal of Social Policy*, 36 (1): 97–121
- Fajardo García G. (2012) El concepto legal de economía social y la empresa social. *GEZKI*, n.º 8: 63–84.
- Flemming P., Mc Gilloway S., Thomas, S. (2021) Individualised Funding: A Realist Analysis to Identify the Causal Factors That Facilitate Positive Outcomes. *Disabilities*, 1 (1): 45–57.
- Foot J, Hopkins T. (2010) *A glass half-full: how an asset based approach can improve community health and well-being*. Improvement and Development Agency. Local Government Association.
- Forder, J., Gousia, K., Saloniki, E-C. (2019) The impact of long-term care on primary care doctor consultations for people over 75 years. *The European Journal of Health Economics*, 20: 375–387
- Forder, J., Vadean, F., Rand S., Malley J. (2018) The impact of long term care on quality of life. *Health Economics*, 2018;27: e43 e58.
- Forder J, Jones K, Glendinning C, Caiels J, Welch E, Baxter K, Davidson J, Windle K, Irvine A, King D; Dolan P (2012) *Evaluation of the Personal Health Budget Pilot Programme*. Department of Health.
- Gale CR, Westbury L, Cooper C (2018) Social Isolation and Loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age & Ageing*, 47: 392–397. DOI:0.1186/s12877-020-01683-9
- Gené-Badia J, Ruiz-Sanchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E (2016) Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48 (9): 604–609.
- Generalitat de Catalunya (2008) Criteris per determinar les compatibilitats i incompatibilitats entre les prestacions del Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SCAAD) i les prestacions del Sistema Públic de Serveis Socials (SPSS), en l'àmbit territorial de Catalunya. Ordre ASC/55/2008.
- Generalitat de Catalunya (2020) *Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut i Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Generalitat de Catalunya (2021) *Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suport de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya. Recomanacions per impulsar el nou model*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Ginesta, M., Civit, M., Rivera, J., Rodríguez, A. (2017) *Los Servicios Sociales Básicos (SSB) en la provincia de Barcelona*. Monográfico 13 de Trabajo Social. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
- Glendinning C. (2008) Increasing Choice and Control for Older and Disabled People: A Critical Review of New Developments in England. *Social Policy & Administration*. 42 (5): 451–469.

- Glendinning, C., Arksey, H., Jones, K., Moran, N., Netten, A., Rabiee, P. (2009) *The Individual Budgets Pilot Projects: Impact and Outcomes for Carers*. Working Paper No 2298. Social Policy Research Unit, University of York.
- Glasby J, Needham C, Allen K, Hall K, McKay S. (2018) The Goldilocks questions: what size is 'just right' for social care providers? *International Journal of Care and Caring*, 2 (1): 65-87.
- Glasby, J., Newbigging, K., Mangan, C., Miller, R., Ward, C (2015) Commissioning for better outcomes: a route map. Local Government Association.
- Glendinning C, Challis D, Fernandez J, Jacobs S, Jones K, Knapp M, Manthorpe J, Moran N, Netten A, Stevens M and Wilberforce M (2008) *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final report*. University of York.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L., Wilde, A., Arksey, H. and Forder, J. (2010) Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts. York: Social Policy Research Unit.
- Gollins T, Fox A, Walker B, Romeo L, Thomas J, Woolham G (2016) Developing a wellbeing and strengths-based approach to social work practice: changing culture. Think Local Act Personal (TLAP), London.
- Government Outcomes Lab (2017a) Better Commissioning for Older People's Services. GO Lab; Oxford.
- Government Outcomes Lab (2017b) Moving towards outcome based commissioning: The local authority perspective. Video presentación. Disponible en xarxa <https://www.youtube.com/watch?v=HieC5hFkHdo>
- Grubnic, S. and Woods, M. (2009), "Hierarchical control and performance regimes in local government", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 22 No. 5, pp. 445-455.
- Hall K, Needham C, Allen K (2014) Grass Roots Entrepreneurship and Innovation: Micro-Enterprise in Social Care. Paper for International Research Society for Public Management Annual Conference, Ottawa, Canada, April 2014.
- Hanratty B, Stow D, Collingridge Moore D, Valtorta NK, Matthews F (2018) Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudinal Study of Ageing. *Age & Ageing*, 47: 896-900.
- Hardy, B., Wistow, G. (1997) Developing Domiciliary Care Markets in Britain. In, Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K., Wistow, G. (1997) *Developing Quality in Personal Social Services*. Aldershot: Ashgate.
- Harfleet N, Bown H (2020) CLS Evidence & Learning Briefings 2020. Paper 6a: Learning from local approaches to implementing Community Led Support in Somerset. Bath: National Development Team for Inclusion.
- Harfleet N, Edwards D (2019) Building Community Capacity. Seven Economic Case Studies. Bath: National Development Team for Inclusion.
- Hayes LJB, Morre S. (2017) Care in a time of austerity: the electronic monitoring of homecare workers' time. *Gender, Work & Organisation*, 24 (4): 299-344.
- Hussein S. (2017) "We don't do it for the money"... The scale and reasons of poverty-pay among the frontline long' care workers in England. *Health & Social Care in the Community*, 25 (6): 1817-1826.
- Hussein S. (2018) Job demand, control and unresolved stress within the emotional work of long-term care in England, *International Journal of Care and Caring*, 2 (1): 89-107.
- Ilinca S., Simmons C., Zonneveld N., Benning K., Comas-Herrera A., Champeix C., Nies H., Leichsenring K. (2021) Social Innovation in LTC in Europe: Towards a common narrative for change. InCARE Short Report no. 1. Disponible en xarxa: https://incare.euro.centre.org/wp-content/uploads/2021/04/InCARE-Short-Report-1-Social-Innovation-_150421.pdf
- Inzitari, M., Ruiz, D., Martos, J., Santa Eugenia, S. (2016) "Move on against frailty": time to raise awareness about frailty and prevention of disability in the community. *The Journal of Frailty & Ageing*, 5 (4):201-203.
- Isaksoon D, Blomqvist P, Winbald (2017) Privatization of social care delivery – how can contracts be specified. *Public Management Review*, 20 (11): 1643-1662.

- Ismail, M., et al. (2017) 'Do Personal Budgets Increase the Risk of Abuse? Evidence from English National Data', *Journal of Social Policy*, 46, 2: 291-311. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0047279416000623>
- Jacobi CJ, Thiel D, Allum N (2020) Enabling and constraining successful reablement: Individual and neighbourhood factors. *PLoS ONE* 15(9): e0237432. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237432>
- Jiménez Lara A, Rodríguez Castedo A (2012) *La Economía Social y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 177/2012.
- Jones, R. (2007) A Journey through the Years: Ageing and Social Care. *Ageing Horizons*, 6: 42-51.
- Julià, A., Escapa, S., Gallo, P. (2021) Influence of socio-economic profile of neighbourhoods on the selection of home care strategies for older dependants. *Ageing & Society*, 1-19. DOI:10.1017/S0144686X21000040
- Julià, A. (2021) Factors associats als tipus de cures domiciliàres de les persones en situació de dependència funcional a Barcelona. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n.º 22:19-41. DOI: 10.17345/aec22.19-41
- Kaamba, B., Lancsar, E., McCaffrey, N., Chen, G., Gill, L., Cameron, I.D., Crotty, M., Ratcliffe, J. (2015) Investigating consumers' and informal carers' views and preferences for consumer directed care: A discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 140: 81-94.
- Knapp, M., Cyhlarova, E., Comas-Herrera, A., Lorenz-Dant K. (2021) *Crystallising the Case for Deinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*. London: Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.
- Knapp, M., Hardy, B., Forder, J. (2001) Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England. *Ageing & Society, Journal of Social Policy*, 30 (02): 283-306.
- Kreitzer, M. J. (2015). Buurtzorg Nederland. A global model of social innovation, change and whole systems healing. *Global Advances in Health and Medicine Journal*, 4(1):40-44.
- Kröger T, Puthenparambil JM, Aerchit LV (2019) Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3 (4): 485- 500.
- Leask, C.F., Bell, J., Murray, F. (2020) Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health*, 179: 111-117.
- Leask, C.F., Gilmartin, A. (2018) Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context—views from patients. *AIMS Public Health*, 6(2): 143-153.
- Lebruán Murillo I. (2019) La vivienda en la vejez: problemas y estrategias para envejecer en sociedad. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Leturia, M., (2019)., Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional. Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2019, 380 p.
- Lewis, J., Glennerster H. (1996) *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Lewis, J., West, A. (2014) Re-Shaping Social Care Services for Older People in England: Policy Development and the Problem of Achieving 'Good Care'. *Journal of Social Policy*, 43, 1: 1-18.
- Le Grand J. (2011) Quasi-Market versus State Provision of Public Services: Some Ethical Considerations. *Public Reason*, 3 (2): 80-89.
- Leverton M., et al (2021a) Supporting independence at home for people living with dementia: a qualitative ethnographic study of homecare. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 56:2323-2336
- Leverton M., Burton A., Beresford-Dent J., Rapaport, J., Manthorpe, J., Downs, M., Samus, Q., Dow, B. (2021b) 'You can't just put somebody in a situation with no armour'. An ethnographic exploration of the training and support needs of homecare workers caring for people living with dementia. *Dementia*. 0(0) 1-24
- LGiU (2016) Achieving outcomes-based commissioning in home care. London: LGiU.

- Lipsky, M. (2010) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, NY, Russell Sage Foundation
- Liu, D., Pace M-L., Goddard, M., Jacobs, R., Wittenberg, R., Mason, A. (2021) Investigating the relationship between social care supply and healthcare utilization by older people in England. *Health Economics*, 30 (1): 36-54.
- Local Government Lawyer (2010) Audit Commission disbanded after “losing its way”. August 13th 2010. Disponible en xarxa: <https://www.localgovernmentlawyer.co.uk/adult-social-care/307-adult-care-features/3516-audit-commission-axed-after-qlosing-its-wayq>
- Lozano M, García-Calvente M, Calle-Romero J, Mac-hón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. (2017) Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12):3227-3238
- Lloyd, L., Calnan, M., Cameron, A., Seymour, J., Smith, R. (2014) Identity in the fourth age: perseverance, adaptation and maintaining dignity. *Ageing & Society*, 34, 1: 1-19.
- Lloyd-Evans B, Frerichs J, Stefanidou T, Bone J, Pinfold V, Lewis G, et al. (2020) The Community Navigator Study: Results from a feasibility randomised controlled trial of a programme to reduce loneliness for people with complex anxiety or depression. *PLoS ONE* 15(5): e0233535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233535>
- Makai, P., Brouwer, W.B.F, Koopmanschap, M.A., Stolk, E.A., Nieboer, A.P. (2014) Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review, *Social Science & Medicine*, 102: 83-93.
- Malley JN, Towers AM, Netten AP, Brazier JE, Forder JE, Flynn T. (2012) An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health & Quality of Life Outcomes*. 10:21
- Malley, J., Trukeschitz, B., Trigg, L. (2015) Policy instruments to promote good quality long-term care services. In: Fernández, J.L., Gori, C., Wittenberg, R. (eds.) *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol, UK: Policy Press.
- Máñez Ortiz M.A. (2015) Ganchillo basado en la evidencia: la prescripción social. Artículo en el blog Saludconcosas. Disponible en: <https://saludconcosas.es/ganchillo-basado-en-la-evidencia-la/>
- Manzini, E., Benini, J., Parameswaran, L., Herczeg, L., Doradas, A. (2021) Nurturing Communities of Care. The Care Lab. Disponible en xarxa: <https://medium.com/@THECA-RELAB/nurturing-communities-of-care-8b382abae85a>
- Marczak, J., Wistow G., Fernández, J.L. (2019) Evaluating Social Care Prevention in England: Challenges and Opportunities. *Journal of Long-Term Care*: 206-217
- Marczak, J., Wistow, G. (2015) Commissioning long-term care services. In: Gori, C., Fernández, J.L., Wittenberg, R. (Eds) *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*. Bristol: Policy Press.
- March H (2015) Social value of local area coordination in Thurrock: A forecast social return on investment analysis for adult social care. Thurrock council. Westerham: Kingfishers.
- Martin, S., Longo, F., Lomas, J., Klaxton, K. (2021) Causal impact of social care, public health and healthcare expenditure on mortality in England: cross-sectional evidence for 2013/2014. *BMJ Open*, 11: e046417. doi:10.1136/bmjopen-2020-046417
- Martínez-Virto L, Humber-Hermoso A (2021) Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *Revista Española de Sociología*, 30 (2), a26.
- Maxwell, H., Bramble, M., Prior, S.J., Heath, A., Reeves, N.S., Marlow, A., Campbell, S., Doherty, D. (2021) Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian Community: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 29: 685-693.
- McBride A. (2011) Lifting the Barriers? Workplace Education and Training, Women and Job Progression. *Gender, work and organization*; 18 (5): 528-547.

- McDaid D, Park A.L, Knapp M. (2017) Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill Health, London, Public Health England.
- McDonald A, Lolich L, Timonen V, Warters A (2019) "Time is more important than anything else": tensions of time in the home care of older adults in Ireland. *International Journal of Care and Caring*, 3 (4): 501-515.
- Mihalopoulos C, Khanh-Dao Le L, Chatterton ML, Buchok J, Holt-Lunstad J, Lim MH, Engel L (2020) The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55 (7): 823-836.
- Ministerio de Sanidad (2021) Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en xarxa para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Moran, N., Glendinning, C., Wilberforce, M., Stevens, M., Netten, A., Jones, K., Manthorpe, J., Knapp, M., Fernandez, J.L., Challis, D., Jacobs, S. (2013) Older people's experiences of cash-for-care schemes: evidence from the Individual Budgets pilot projects. *Ageing & Society*; 33 (5): 826-851.
- Moreno-Colom, S. (2021a) Prestigiando el trabajo de cuidados en los servicios de ayuda a domicilio. *Migraciones*, (53): 27-57. <https://doi.org/10.14422/mig.i53y2021.002>
- Moreno-Colom, S. (2021b) Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Sociales. *Revista Española de Sociología*, 30 (2), a27. DOI:10.22325/fes/res.2021.27
- Nació digital (2018) Quan l'atenció domiciliària es converteix en un benefici a dues bandes. 7 de novembre de 2018. Disponible en xarxa: <https://www.naciodigital.cat/noticia/165464/quantencio-domiciliaria-es-converteix-benefici-dues-bandes?rlc=an>
- Muñoz, O. (2021) *Los cuidados de larga duración para personas mayores y/o en situación de dependencia efectuados en la esfera del hogar en un contexto de crisis económica*. Estudio cualitativo para el Área Metropolitana de València. Tesis doctoral. Universidad de València.
- Muratore, A.M., Earl, J.K. (2015) Improving retirement outcomes: the role of resources, pre-retirement planning and transition characteristics. *Ageing & Society*, 35, 2015, 2100-2140.
- Murphy S (2015) Person-centred review training for facilitators. Disponible en xarxa: <http://helensandersonassociates.co.uk/person-centred-review-training-facilitators/>
- National Audit Office (2021) The Adult Social Care Market in England. London: National Audit Office.
- Navarro-Varas, L., Gómez, N., Fusté, P., Porcel S. (2020) *Polítiques locals de cura i atenció a l'envelliment*. Una mirada metropolitana. Barcelona: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona.
- Needham, C., Burn, E., Hall, K., McKay S., Mangan, C., Allen, K., Henwood, M., Carr, S., Glasby, J. (2018) *Shifting Shapers: Report of Work Package 1 – National interviews, local authority survey and secondary data analysis*. University of Birmingham.
- Needham C, Hall K, McKay S, Glasby J, Carr S, Littlechild R, Tanner D (2015) Micro-enterprises: Small enough to care? University of Birmingham.
- Netten, A., Burge, O., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A-M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J., Wall, B. (2012) Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technol Assess*, 16 (16).
- Netten A, Trukeschitz B, Beadle Brown J, Forder J, Towers A, Welch E (2012b) Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? *Age and Ageing*, 41: 512-517.
- NHS England (2021a) Statistical Press Notice. NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care data Q1 2021-22. Disponible en xarxa: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2021/08/CHC-and-FNC-Statistical-Release-Q1-2021-22_3vYUR2.pdf
- NHS England (2021a) Personal Health Budgets data collection. October – December 2020.

- NHS England & NHS Improvement (2019) Guidance on the legal rights to have personal health budgets and personal wheelchair budgets. Disponible en xarxa: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/09/guidance-on-the-legal-rights-to-personal-health-budgets.pdf>
- NHS Digital (2020) Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework, England. Disponible en xarxa: <http://digital.nhs.uk/pubs/aduscooccareof1920>
- NICE (2018) *People's experience in adult social care services: improving the experience of care and support for people using adult social care services*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- NICE (2015a) *Older people with social care needs and multiple long-term conditions*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- NICE (2015b) *Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- Ogun, M., Lucas L. (2013) Outcome-based commissioning in domiciliary care: overview of regional roundtables. London: LGiU.
- Ottma, G., Maragoudaki, M. (2015) Fostering resilience in later life: a narrative approach involving people facing disabling circumstances, carers and members of minority groups. *Ageing & Society*, 2015, 2071-2099.
- Paley C, Slasberg C (2007) Implementing outcome based commissioning. *Journal of Care Services Management*, 1, 4: 353-361.
- Pattyn, E., Werbrouck, A., Gemmel, P., Trybou, J. (2021) The impact of cash-for-care schemes on the uptake of community-based and residential care: A systematic review. *Health Policy*, 125(3): 363-374.59
- Pearson, C., Ridley, J., & Hunter, S. (2014). Self-directed support: Personalisation, choice and control. Edinburgh, London: Dunedin.
- Pennikilampi R, Casey, A, Faitarine Singh M, Brodarty H (2018) The association between social engagement, loneliness and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimers*, 66 (4): 1619-1633.
- Pérez Bazán, L.M., Enfedaque-Montes, M.B., Cesari, M. et al. (2019) A Community Program of Integrated Care for Frail Older Adults: +AGIL Barcelona. *Journal of Nutritional Health & Aging*, 23: 710–716.
- Pickering S., Thompson J. (2017) Supporting Working Carers. Association of Directors of Adult Social Services (ADASS)/ Think Local Act Personal (TLAP), London.
- Piera-Jiménez, J., Daugbjerg, S., Stafylas, P., Meyer, I., Müller, S., Lewis, L., da Col, P., Fokvord, F., Lupiáñez-Villanueva, F. (2020) BeyondSilos, a Telehealth-Enhanced Integrated Care Model in the Domiciliary Setting for Older Patients: Observational Prospective Cohort Study for Effectiveness and Cost-Effectiveness Assessments. *JMIR Med Inform*, 8 (10): e20938
- Poey JL, Burr JA, Scott Roberts J (2017) Social connectedness, perceived isolation and dementia: does the social environment moderate the relationship between genetic risk and cognitive well-being. *The Gerontologist*, 57 (6): 1031-1040.
- PS Health (2016) Outcome-Based Commissioning. The impact on providers? Video presentación. Disponible en xarxa: <https://www.youtube.com/watch?v=Kquat-3Nx9g>
- PS Health (2014) psMOBILE 2.0 The App. Video presentación. Disponible en xarxa: <https://www.youtube.com/watch?v=kUdsw-e4VLg>
- Public Health England (2015) A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London: Public Health England.
- Puga González MD, Abéllan García A, Pujol Rodríguez R. (2015) Dónde y entre quién viven las personas mayores. Blog Envejecimiento [en-red], 29 de octubre, 2015. ISSN 2387-1512. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/donde-y-entre-quien-viven-las-personas-mayores/>
- Quinn C, Hart N, Henderson C, Litherland R., Pickett J, Clare L. (2021) Developing supportive local communities: Perspectives from people with dementia and caregivers participating in the IDEAL

- programme. *Journal of Aging & Social Policy*, DOI: 10.1080/08959420.2021.1973341
- Ramos, P., Daban, F., Garcia, I., Juárez, O., Diez, E., Andrés, E., Solanes, P., Porthé, V. (2020) “Baixem al carrer” [Bajamos a la calle]: diez años trabajando para mejorar la salud de las personas aisladas por barreras arquitectónicas. *Barcelona Societat*, 25: 104-113.
- Rand, S., Silarova, B., Towers, A. (2021) Social care-related quality of life of people with dementia and their carers in England. *Early View*, DOI:10.1111/hsc.13681
- Rand, S., Feasibility, factor structure and construct validity of the easy-read Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT-ER)
- Rand, S., Malley, J., Towers, AM., Netten, A., Forder, J. (2017a) Validity and test-retest reliability of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT-SCT4) with adults with long-term physical, sensory and mental health conditions in England. *Health Qual Life Outcomes* 15: 163.
- Rand S, Caiels J, Collins G, Forder J. (2017b) Developing a proxy version of the adult social care outcome toolkit (ASCOT). *Health Qual Life Outcomes*. 15:108.
- Rand, S & Malley J (2016) The factors associated with care-related quality of life of adults with intellectual disabilities in England: implications for policy and practice, *Health and Social Care in the Community*, 25 (5) 1607-1619.
- Rand, S., Malley, J., Netten, A., Forder, J. (2015) Factor structure and construct validity of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer). *Quality of Life*, 24: 2601-2614
- Rand, S., Malley, J. (2014) Carers' quality of life and experiences of adult social care support in England, *Health and Social Care in the Community*, 22(4), 375-385.
- Redmond, J (2020) *Independent Review into the Oversight of Local Audit and the Transparency of Local Authority Financial Reporting*. Ministry of Housing, Communities and Local Government. London, OGL.
- Renwick, D (1996) Community Care and Social Services. *BMJ*, 313: 869-72.
- Richardson, E., Walshe, K., Boyd, A., Roberts, J., Wenzel, L., Ruth Robertson, R., BA (Hons), Smithson, R (2019) User involvement in regulation: A qualitative study of service user involvement in Care Quality Commission inspections of health and social care providers in England. *Health Expectations*, 22(2): 245-253.
- Rostgaard, T. (2007) The construction of consumerism –Free choice of care for the elderly in Denmark. *European Societies*, 8 (3): 443-463.
- Rosenthal, C.J., Matthews, A.M. (1999) *Families as Care Providers Versus Care-Managers? Gender and Type of Care in a Sample of Employed Canadians*. SDAP Research Paper No 4. McMaster University, Canada.
- Ross L (Sin fecha) Outcomes-based commissioning. Presentación en Powerpoint. Disponible en xarxa: <https://slideplayer.com/slide/7881725/>
- Rubery J., Grimshaw D., Hebson G., Ugarte SM. (2015) “It’s all about time”: time as contested terrain in the management and experience of domiciliary care work in England. *Human Resources Management*, 54 (4): 753-772.
- Rubio, R., Costas, C., Farré, I., Giner, G., Bordes, A., Carrasco, V., Matas, A. (2020) El proyecto Radars: abordar la soledad de manera comunitaria. *Barcelona Societat*, 25: 121- 128.
- Salman S (2017) Community approach to social work delivers more personalised care. *The Guardian*, Monday 11th December 2017.
- Sancho Castiello M., Martínez Rodríguez, T. (2021) El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19. En, Martín Patino J.M. (2021). *Informe España 2021*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Sanderson H (2021) Human Learning Systems at Well-being Teams: Values-Based Recruitment in Practice. Disponible en xarxa: <https://www.humanlearning.systems/blog/values-based-recruitment-insights-from-well-being-teams/>

- Sanderson H, Lowe T (2020) 'Learning together': reconceiving home care in England. Disponible en xarxa: <https://www.centreforpublicimpact.org/insights/learning-together-reconceiving-home-care-in-england>
- Sanderson G, Gill L (2020) What difference could self-managed teams make to staff and patients? Disponible en xarxa: <https://www.uicc.org/what-difference-could-self-managed-teams-make-staff-and-patients>
- Sanderson H (2020) Case study report: wellbeing Teams. No disponible en xarxa.
- Sanderson H (2018a) Outcomes – the challenge of meaningful measurement. Disponible en xarxa: <https://www.linkedin.com/pulse/outcomes-challenges-meaningful-measurement-helen-sanderson-frsa>
- Sanderson H (2018b) Self-managed Teams: An insider's story. Disponible en xarxa: https://www.ted.com/talks/helen_sanderson_self_managed_teams_an_insider's_story
- Sanderson H (2018c) Why are Wellbeing Teams seen a so radical? Disponible en xarxa: <https://www.linkedin.com/pulse/why-wellbeing-teams-seen-radical-helen-sanderson-frsa/>
- Sanderson H (2015) All about outcomes. Disponible en xarxa: <http://helensandersonassociates.co.uk/outcomes/>
- Sanderson H; Lepkowsky M.B., (2014) Person-Centred Teams: A Practical Guide to Delivering Personalisation Through Effective Team-work. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sanderson H; Lewis J. (2012) A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-Centred Practice in Health and Social Care. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Schwartz, B. (2004) The Paradox of Choice: Why More is Less. New York: Harper Collins.
- SCIE (2012) Making the move to delivering reablement. At a glance 56. Leeds: Social Care Institute for Excellence.
- Sheldon T (2017) Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ* 358: j3140.
- Sindi, S., Pérez, L.M., Vetrano, D.L. et al. (2020) Sleep disturbances and the speed of multimorbidity development in old age: results from a longitudinal population-based study. *BMC Med* 18, 382. DOI:10.1186/s12916-020-01846-w
- Skills for Care (2021) *Individual employers and personal assistant workforce report*. Leeds: Skills for Care.
- Skills for Care (2020) The state of the adult social care sector and workforce in England. Leeds: Skills for Care. Disponible en xarxa: <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>
- Skills for Care (2019) *Being a personal assistant*. Leeds: Skills for Care.
- Skills for Care (2017a) *Understanding the employment status of personal assistants (PA's). A guide for the Individual Employer*. Leeds: Skills for Care.
- Skills for Care (2017b) *Recruitment and retention in adult social care: secrets of success*. Leeds: Skills for Care.
- Skills for Care (2015) *A practical guide to learning and development for personal assistants*. Leeds: Skills for Care.
- Skills for Care (2016a) Personal Assistant in Social Care – Kelly and Em. Video disponible en: <https://vimeo.com/162966955>
- Skills for Care (2016b) Personal Assistant in Social Care – Sue. Video disponible en: <https://vimeo.com/162964238>
- Skills for Care (2016c) Personal assistant in social care - Tuija and Charlotte. Video disponible en: <https://vimeo.com/162964237>
- Skills for Care (2016d) Individual employer funding. Video disponible en: <https://vimeo.com/160217079>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., Whiter, M., Morre, L. (2021) A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ* ;374: n2061.

- Spann A, Vicente J, Allard C, Hawley M, Spreeuwenberg M, de Witte L. (2020) Challenges of combining work and unpaid care, and solutions: A scoping review. *Health & Care in the Community*, 28 (3): 699-715.
- Starr, M., Szebehaly, M. (2017) Working longer, caring harder – the impact of ‘ageing-in place’ policies on working carers in the UK and Sweden. *International Journal of Care and Caring*, 1 (1): 115-119.
- Steffansson M, Pulliainen M, Kettunen A, Linnosmaa I, Halonen M. (2016) The Association between Freedom of Choice and Effectiveness of Home Care Services. *International Journal of Integrated Care*;16(1):5. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2448>
- Stevens, K., Brazier, J., Rowen, D. (2018) Estimating an exchange rate between the EQ-5D-3L and ASCOT. *Eur J Health Econ*, 19:653–661.
- Sundström A, Nordin Adolfsson A, Nordin M, Adolfsson R (2020) Loneliness increases the risk of all-cause dementia and Alzheimer’s disease. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 75 (5): 919-926.
- Surrey Independent Living Council – ‘SILC’ (sin fecha) *Personal assistants’ statutory rights and entitlements*. Guildford: SILC.
- Sundström G., Jegermalm M., Abellán A., Ayala A., Pérez J., Pujol R., Javier Souto J. (2018) Men and older persons also care, but how much? Assessing amounts of caregiving in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*; 12(1): 75-90
- TLAP (2019) *Payment cards as a means of managing a personal budget*. London; Think Local Act Personal.
- Thornton A. (2019) NHS continuing care: why you may lose. The meaning of “nursing and other healthcare”. London: Wrigley’s solicitors.
- Torrens, L., Riutort, S., Juan, M: (2022) Towards a New Social Model of the City: Barcelona’s Integral Superblocks. In, Heckman, E. (Ed) *Future Urban Habitation*. New York: John Wiley & Sons
- Torrens, L. (2019) *Hacia un nuevo modelo de gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)*. Presentación en la jornada sobre innovaciones en atención domiciliaria y en la comunidad. 15 de marzo de 2019, Tafalla (Navarra).
- Towers, N., A., Palmer, S., Smith, N., Collins, G., Allan, S. (2019) A cross-sectional study exploring the relationship between regulator quality ratings and care home residents’ quality of life in England. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17:22
- Towers A, Smith N, Palmer S, Welch E, & Netten A (2016) The accessibility and feasibility of using the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) to inform practice in care homes. *BMC Health Services Research*, 16:523.
- Towers, Ann-Marie (2016) Measuring the outcomes of social care: an overview of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). In: Arts Health Institute, 29 Oct 2016, Robertson, Australia. (Unpublished)
- Turnpenny, A., Caiels, J., Whelton, B., Lisa Richardson, L., Beadle-Brown, J., Crowther, T., Forder, J., Apps, J., Rand, S. (2018) Developing an Easy Read Version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). *JARRID Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31 (1): e36-e48
- Vamstad, J. (2016) Exit, voice and indifference – older people as consumers of Swedish home care services. *Ageing & Society*; 36, 10: 2163 – 2181.
- van Leeuwen, K.M., J. Malley, J., Bosmans, J.E., Jansen, A.P.D., Ostelo, R.W., van der Horst, H.E., Netten, A. (2014) What can local authorities do to improve the social care-related quality of life of older adults living at home? Evidence from the Adult Social Care Survey, *Health & Place*, 29: 104-113,
- Vermeer, A., Wenting, B. (2018) *Self-management. How it Does Work*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vingeliene S, Hiyoshi A, Lentjes M, Fall K, Montgomery S (2019) Longitudinal analysis of loneliness and inflammation at older ages: English longitudinal study of ageing. *Psychoneuroendocrinology* Dec; 110:104421. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.104421.
- Vlachantoni, A., Shaw, R., Willis, R. et al. (2011) Measuring unmet need for social care amongst older people. *Population Trends* 145, 60–76 <https://doi.org/10.1057/pt.2011.17>

- Wanless, D (2006) *Securing Good Care for Older People*. London: Kings Fund Publishing.
- Wellard S (2018) *Thurrock Microenterprise Project 2016-2018*. Final Report. Thurrock Council.
- Whalley R (2017) *Why not home? Why not today?* Newton Europe.
- White C, Wray J, Whitfield C (2020) 'A fifty-mile round trip to change a lightbulb': An exploratory study of carers' experiences of providing help, care and support to families and friends from a distance. *Health & Social Care in the Community*, 28, 5: 1632-1642.
- Wikipedia (2021) Contrato de cero horas. Disponible en xarxa: https://es.wikipedia.org/wiki/Contrato_de_cero_horas
- Wikipedia (2022) Audit Commission (United Kingdom). Editado por última vez el 3 de febrero de 2022 a las 12:48, [https://en.wikipedia.org/wiki/Audit_Commission_\(United_Kingdom\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Audit_Commission_(United_Kingdom))
- Wistow G, Perkins M, Knapp M, Bauer A, Bonin EM (2016) Circles of support and personalisation: exploring the economic case. *Journal of Intellectual Disabilities*.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B., Forder, Kendall, J., Manning, R. (1996) *Social Care Markets. Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.
- Woolham, J. et al. (2019). *Roles, responsibilities, and relationships: hearing the voices of Personal Assistants and Directly Employed Care Workers*. London: NIHR Policy Research Unit in Health and Social Care Workforce, The Policy Institute, King's College London. <https://doi.org/10.18742/pub01-005>
- Wurr M (2016) Outcomes – are we getting there? Video presentación. Disponible en xarxa: <https://www.youtube.com/watch?v=Kquat3Nx9g>
- XMESS (2019) *L'ABC de la Economia Social i Solidària als Municipis*. Barcelona, Xarxa de Municipis per l'Economia Local i Solidària.
- Yanguas J (2020) *Los cuidados de larga duración y la epidemia de COVID-19: apuntes para la reflexión*. Fundación General CSIC. Ágora FGCSIC.
- Yeandle, S., Buckner, L. (2017) Older Workers and Care-Giving in England: the Policy Context for Older Workers' Employment Patterns. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 32 (3): 303–321.
- Yeandle, S., Kröger T., Cass, B. (2012) Voice and choice for users and carers? Developments in patterns of care for older people in Australia, England and Finland. *Journal of European Social Policy*, 22(4) 432– 445.
- Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Ortero A (2003) Social networks; social integration and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology*, 58B, S93-S100.

ENTREVISTES REALITZADES

Per a l'elaboració dels estudis de casos s'han fet entrevistes semiestructurades l'any 2021 a les persones següents amb responsabilitat en l'àmbit dels serveis socials:

John Bolton, Professor Associat a la Universitat d'Oxford Brookes University, consultor independent (col·laborador de Newton, Europe), i exdirector de serveis socials per a adults i habitatge, Coventry, Anglaterra

Rhys Davies, Gerent de desenvolupament comunitari i empresarial, consell del comtat de Somerset

Maria Gil, cap del Servei de Benestar Social, de la Direcció d'igualtat d'oportunitats de l'Ajuntament de Mataró

Sian Lockwood, fundadora i exdirectora de l'empresa social Community Catalysts que desenvolupa el model de microempreses comunitàries a Anglaterra

Pep Riera, dinamitzador de projectes de l'economia social i solidària de l'Ajuntament d'Arbúcies

Jaume Salmeron, Regidor d'Atenció i serveis a les persones, Cooperació, Educació i Ensenyament, Habitatge de l'Ajuntament d'Arbúcies

Helen Sanderson, MBE, fundadora de Helen Sanderson Associates i els Equips de Benestar (*Wellbeing Teams*) a Anglaterra, experta en atenció centrada en la persona

Lluís Torrens, Director d'Innovació Social de l'Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI de l'Ajuntament de Barcelona

Chris Watson, Fundador de Self Directed Futures ('futurs autodirigits') i expert en els Fons de Serveis Individuals (*Individual Service Funds*)

Sue Wellard, Gerent de Desenvolupament de Microempreses, consell de Turrock, Anglaterra.

Lisa Williams, Directora de la planificació estratègica i contractació de serveis socials per a Essex County Council, Anglaterra.

LLISTA D'ABREVIATURES

- AQUES. Advisory, Conciliation and Arbitration Service (Servei d'Assessorament, Conciliació i Arbitratge)
- ACO Accountable Care Organisation (Organització Responsable de la Cura)
- ASCOF Adult Social Care Outcomes Framework (Protocol Per Mesurar els Resultats de l'Atenció)
- ASCOT Adult Social Care Outcomes Tool (Instrument per mesurar la qualitat de vida en relació amb l'atenció)
- ASCS Adult Social Care Survey (Enquesta Nacional d'Atenció Social per a Adults)
- AIVD. Activitats Instrumentals de la Vida Diària
- AP. Assistent Personal
- AVD. Activitats de la Vida Diària
- BCF Better Care Fund (Fons Per a una Millor Atenció)
- CA. Certificat de cures (Care Certificate)
- CASA. Care & Share Associates
- CCG. Clinical Commissioning Groups (Grups de Planificació i Contractació d'Atenció Clínica)
- CHC NHS Continuing Healthcare National Health Service (L'atenció sanitària de continuïtat del Servei Nacional de Salut)
- CLD. Cures de Llarga Durada
- CPA Comprehensive performance assessment (Avaluació integral de l'acompliment)
- CSCI – Commission for Social Care Inspection (La Comissió d'Inspecció de l'Atenció Social – anys 2003-2009)
- CSS. Centre de Serveis Socials
- CQC. Care Quality Commission (Comissió de Qualitat de l'Atenció – 2010 en endavant)
- DPSS. Direct Payments Support Service (Servei de Suport als Usuaris dels Pagaments Directes)
- FNC NHS Funded Nursing Care National Health Service (L'atenció d'infermeria a domicili del Servei Nacional de Salut)
- HMRC. Her Majesty's Revenue and Customs (Agència Tributària Britànica)
- IA. Intel·ligència Artificial
- ICS Integrated Care System (Sistemes d'Atenció Integrada)
- ISF. Individual Service Funds (Fons per a Serveis Individuals)
- JCG Joint Commissioning Group (Grups de Contractació Conjunta)
- JSNA Joint Strategic Needs Assessment (Avaluació Conjunta de Necessitats Estratègiques)
- LAA Local Area Agreement (Acord Estatutari d'Àrea Local)
- LAPAD. Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència
- LSP Local Strategic Partnership (Associació Estratègica Local)
- NCSC National Care Standards Commission (Comissió Nacional de Normes d'Atenció – anys 2001-2004)
- NHS. National Health Service (Servei Nacional de Salut)
- NICE National Institute of Health & Care Excellence (L'Institut Nacional Per a Excel·lència en l'Atenció de Salut i de Cures).

- NVQ. National Vocational Qualification (Qualificació Vocacional Nacional)
- OBC. Outcomes Based Commissioning (Contractació per Resultats)
- PAU. Program of All Inclusive Care for the Elderly (Programa d'Atenció Inclusiva per a la Tercera Edat)
- PEAP. Prestació Econòmica d'Assistència Personal
- PECEF. Prestació Econòmica de Cura a l'Entorn Familiar
- PCG Primary Care Groups
- PCT Primary Care Trusts
- PIA. Programa individualitzat d'atenció
- SAD. Servei d'Ajuda Domiciliària
- SAAD. Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència
- SADEP. Equip de serveis d'atenció a domicili per a persones en situació de dependència
- SCIE. Social Care Institute of Excellence (Institut d'Excel·lència als Serveis Socials)
- SCRQoL Social Care Related Quality of Life (Qualitat de vida relacionada amb l'Atenció Social)
- STP Sustainability and Transformation Partnership (Associació per a la Sostenibilitat i Transformació)
- TLAP Think Local Act Personal (Organització que promou la personalització de l'atenció social a Anglaterra)
- UE. Unió Europea
- VBR. Values Based Recruitment (Reclutament Basat en els Valors)

ANNEX. El paper de les autoritats locals en la prestació de cures de llarga durada (*long-term care*) a Anglaterra

10.

La innovació que ha passat (i està passant) al SAD a Anglaterra deriva d'un context específic, corresponent a un sistema madur de cures de llarga durada, que va començar el camí cap a la desinstitucionalització a finals de la dècada de 1980 i que ha estat pioner en:

- Mesurar el rendiment de l'atenció i els resultats per a les persones usuàries
- La investigació i promoció de bones pràctiques en atenció social
- El control de qualitat de l'atenció
- La gestió de qualitat mitjançant el desenvolupament del *comissionament* (*strategic commissioning*)
- La personalització
- El cofinançament entre el sistema de cures de llarga durada i el sistema nacional de salut
- La integració del sistema de cures de llarga durada i el sistema nacional de salut

Aquesta secció final de l'informe s'ha elaborat per informar sobre aquests desenvolupaments a Anglaterra, intentant il·lustrar l'evolució del sistema i les rutes que ha pres buscant donar el millor suport i atenció possible a les persones usuàries i als seus cuidadors. Això permet entendre millor el context de la innovació actual al SAD, com aquesta sorgeix de les necessitats i problemes encara presents, i com reflecteix l'enginy (*Ingenuity*) i la visió de futur dels diferents actors implicats, tenint en compte totes les reformes ja empreses.

Perspectiva històrica

El camí cap a la desinstitucionalització de les cures de llarga durada es va obrir a Anglaterra a finals de la dècada de 1980, mitjançant importants canvis legals que van afectar:

- l'estructura de les autoritats locals
- la divisió de responsabilitats entre les autoritats locals i les (llavors) "autoritats sanitàries"
- el finançament de totes dues

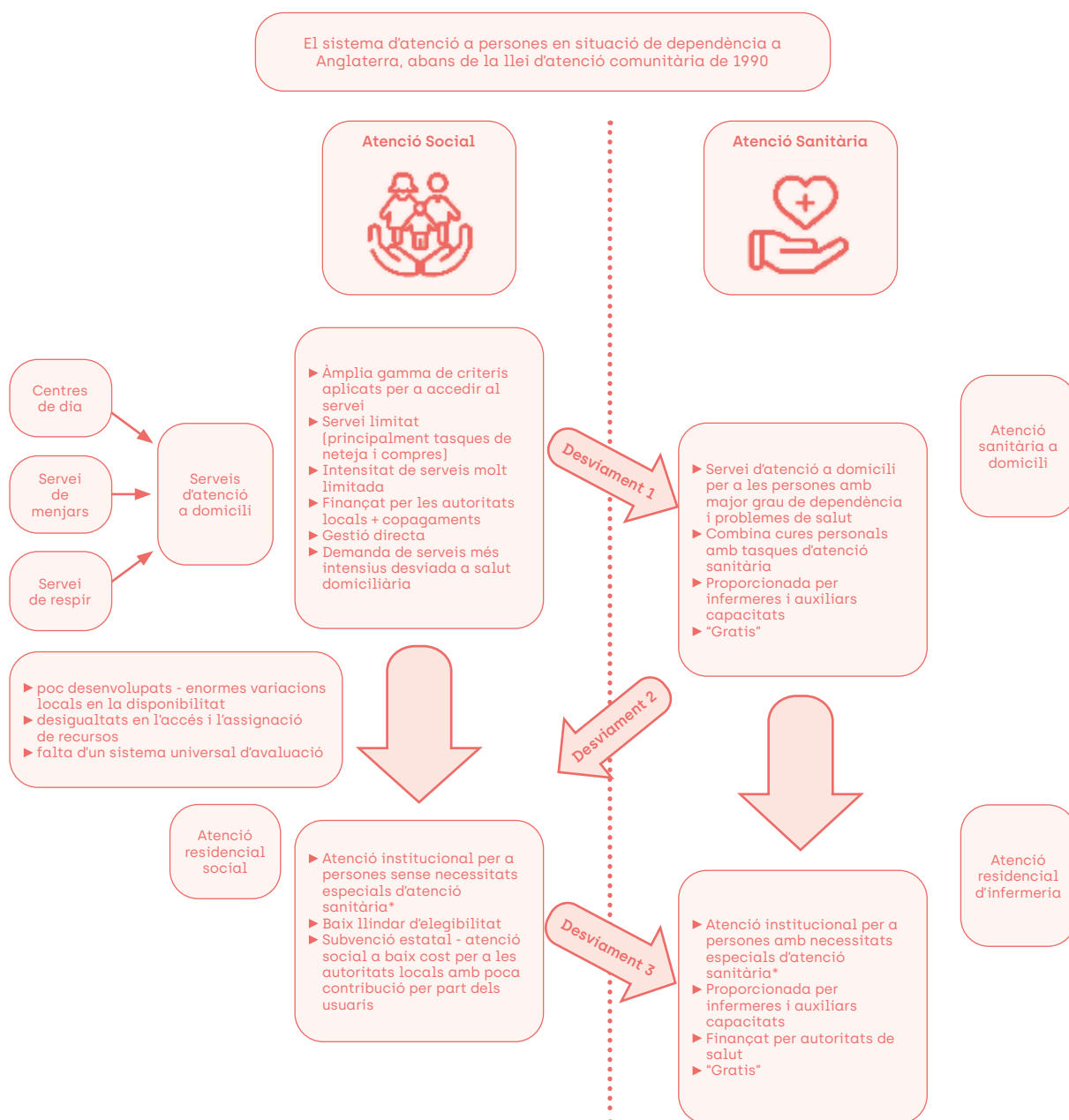
Cal resumir aquests passos per comprendre el paper que ara tenen les autoritats locals en la planificació i la gestió de serveis per a persones en situació de dependència i, específicament, el paper dels serveis d'atenció a domicili en el sistema.

Fins a la reforma de l'atenció comunitària del 1990, la responsabilitat per donar atenció a les persones en situació de dependència es dividia entre les autoritats locals i el sistema nacional de salut.

Les autoritats locals tenien la responsabilitat de proporcionar *atenció comunitària* a persones en situació de dependència. Prestaven serveis d'atenció a domicili mitjançant gestió directa, amb personal ocupat per l'autoritat local. El nivell de cobertura quedava determinat per prioritats pressupostàries. Més enllà d'això, la llei vigent (Llei d'Assistència Nacional de 1948) establí que s'havien d'oferir serveis complementaris, com ara centres de dia, servei de menjars i serveis de respir.

En general, aquesta responsabilitat s'afrontava sense gaire compromís, a causa d'una sèrie de factors que permetien a les autoritats locals desviar el pes de la demanda d'atenció a domicili cap a altres opcions d'atenció (Figura 20). En aquella època, les autoritats de salut disposaven d'un servei d'atenció a domicili, anomenat 'atenció domiciliària de salut', que parava atenció a les persones més dependents que romanien a casa seva. Encara que la seva tasca era proporcionar atenció d'infermeria, el concepte de necessitat era considerablement més ampli del que és actualment. Actualment, l'atenció domiciliària de salut s'especialitza en tasques que requereixen atenció d'una infermera capacitada (com ara el tractament de ferides, la *venopunció* perifèrica o la *venoclisi*, el subministrament de medicació per via intravenosa o intramuscular, el suport amb la nutrició artificial i el tractament i suport amb la continuïtat, i la cura al final de la vida). Als anys 80, la disponibilitat d'aquestes teràpies fora de l'entorn hospitalari era molt més limitada que ara, mentre que la disponibilitat de l'atenció domiciliària de salut era més gran. Aquesta combinació feia que l'atenció domiciliària de salut actués com a substitut del servei d'atenció a domicili prestat per les autoritats locals. Aquesta substitució era freqüentment el resultat de la insuficiència del SAD de les autoritats locals, que proporcionava poc més que neteja domèstica i compres, de vegades intercalades amb menjars a domicili (Davies, Fernández & Saunders 1998).

Figura 20: L'organització d'atenció per a persones en situació de dependència abans de la llei de cures comunitàries del 2000.



Un altre mitjà per reduir la demanda de serveis d'atenció i cura en la comunitat era l'atenció residencial. Les autoritats locals tenien, històricament, algunes residències amb gestió i finançament directe, encara que la demanda superava amb escreix el nombre de places. Un decret de l'any 1980 va donar el dret a un *benefici suplementari* per cobrir els elements d'hostaleria (el dinar i l'allotjament) d'una plaça residencial en una residència privada a les persones que ja rebien beneficis de la seguretat social per a la

renda i l'habitatge, i que volien ingressar en una residència del sector privat o voluntari. Per a les persones usuàries, això va funcionar com un xec servei per accedir a l'atenció residencial. L'única aprovació requerida era una verificació senzilla de la manca de mitjans propis per pagar-ho, que duia a terme l'autoritat local. Aquest mecanisme no només va conduir a una ràpida expansió de les residències de gestió indirecta, sinó que també va assegurar la indiferència de les autoritats locals respecte al seu cost.

El resultat va ser un augment molt important en el nombre de residències d'atenció social durant els anys 80 i un creixement corresponent a la despesa estatal en seguretat social (de £ 10 milió el 1980 a £ 1.5 mil milions el 1993 – Davies, Fernández & Saunders 1998-). L'atenció residencial social tenia els seus límits, no brindava atenció a persones amb certs símptomes com, per exemple, incontinència persistent o certs graus de limitacions de mobilització; per tant, hi havia una altra alternativa per a les persones en situacions de més dependència a les residències d'atenció sanitària finançades per les autoritats de salut (Figura 20). El resultat va ser un sistema en què les persones que requerien suport i atenció eren sistemàticament desviades d'una banda del sistema a l'altra. Sovint els trasllats passaven després d'estades hospitalàries perllongades. Aquest era el cas de les persones que vivien en atenció residencial d'atenció social que, després d'un deteriorament en el nivell d'independència, es designaven com 'amb necessitat d'una plaça en una residència d'atenció sanitària,' i havien d'esperar que una plaça estigués disponible.

Era un sistema en el qual les autoritats locals tenien una responsabilitat financera mínima respecte a l'atenció de llarga durada i no tenien incentius per crear una gamma més àmplia de serveis a la comunitat.

La reforma de l'atenció comunitària

Les reformes d'atenció comunitària (*Community Care Act*, 1990) van ser dissenyades per consolidar la responsabilitat política, l'autonomia i la rendició de comptes a escala local, i trencar així la inèrcia de les autoritats locals.

Per evitar el desplaçament de la demanda cap a l'atenció sanitària, la llei va passar la responsabilitat presupostària de les residències d'atenció sanitària a les autoritats locals. Les residències van passar així a formar part del sistema d'atenció social. Aquest canvi va ser progressiu, ja que les autoritats locals acabarien essent financerament responsables de totes les noves admissions.

Es va incentivar la desinstitucionalització, posant les autoritats locals a càrrec d' **un pressupost únic per a tota l'atenció comunitària i institucional**. Així mateix, es va revocar el dret de les persones usuàries a destinar les prestacions de la seguretat social per a l'habitatge per pagar les despeses d'hostaleria en residències, ja que estava subvencionant l'explosió de l'atenció residencial privada.

Això es va compensar amb una subvenció especial (la 'subvenció de transició') pagada en quatre quotes a les autoritats locals durant tres anys per un total estimat a l'equivalent al 32% del pressupost estatal pagat a les autoritats locals pels serveis socials l'any 1992/3.

Les noves responsabilitats van arribar amb una sèrie d'expectatives, també especificades a la llei. Totes les persones en atenció residencial, la plaça de les quals estava parcialment finançada per la seguretat social, havien de ser avaluades per un treballador social de l'autoritat local i havien de rebre un pla d'atenció individual. Això també s'aplicava a totes les noves persones usuàries que necessitaven suport (ja fos a casa seva o en una residència).

El govern d'aleshores volia evitar que les autoritats locals utilitzessin la seva major capacitat financera per augmentar els serveis municipals de gestió directa. Així que una clàusula de la subvenció de transició va ser que el 85% s'havia de gastar al 'sector independent', un terme que inclou les empreses amb fins de lucre, de l'economia social o del tercer sector (Lewis & Glennerster 1996). Tenint en compte l'enorme càrrega administrativa que les reformes van imposar a les autoritats locals, part de la subvenció també es podia gastar en costos administratius. Per assegurar que les autoritats locals fossin més "equànimes" en el tractament amb els serveis dels proveïdors independents, es van veure també obligades a convertir els serveis de gestió directa en empreses de l'economia social (Wistow *et al* 1996).

Una de les moltes controvèrsies al voltant de la implementació de la llei de l'atenció comunitària va sorgir pel **trasllat de l'atenció institucional del sistema de salut al sistema d'atenció social**, ja que -enfront d'un sistema de salut universal i gratuït- la llei permetia que les autoritats locals exigissin algun tipus de cofinançament de les persones usuàries a través de copagaments (encara que no totes ho feien). Responent a les preocupacions dels representants de les persones usuàries, van néixer, els conceptes d'atenció sanitària de continuïtat (*NHS Continuing Healthcare* o 'CHC' en anglès) i 'atenció d'infermeria (*NHS-funded nursing care* o 'FNC'). Totes dues són prestacions del sistema sanitari, atorgades de forma individual, segons criteris específics, per pagar les cures i atenció de persones les necessitats de les quals, resultat d'una discapacitat, accident o malaltia, es categoritzen com a "necessitats de salut primària".



La gestió de l'atenció havia d'estar “**guiada per les necessitats**”, oferint una gamma de serveis capaços de fomentar “la màxima independència dels qui desitgen viure a casa en lloc d'ingressar a la cura institucional” (Renwick 1996). Els components de l'atenció comunitària que havien de ser prestats per les autoritats locals de serveis socials incloïen:

- adaptacions d'habitatge¹
- ajudes tècniques²
- telèfons i teleassistència
- serveis d'atenció domiciliària
- serveis de respir
- servei de menjars
- centres de dia

S'esperava que les autoritats locals operessin com a **facilitadors** (*'enablers'*), renunciant al seu paper com a proveïdors directes a favor de gestionar, monitoritzar i regular els proveïdors d'atenció.

Aquestes prestacions es van concebre per: 1) assegurar que les persones usuàries que abans havien percebut atenció del sistema de salut poguessin evitar copagaments, malgrat el trasllat de la seva atenció al sistema d'atenció social, i 2) proporcionar un mitjà de finançament creuat de l'atenció sanitària a l'atenció social. Principalment s'aplicaven a persones residents en institucions del sistema de salut, que van ser reemplaçades per residències de gestió indirecta de l'autoritat local. Tot i això, la primera de les dues, l'atenció sanitària de continuïtat, també estava disponible per a les persones ateses al domicili.

Tot i que la disponibilitat dels dos mecanismes de finançament va patir una enorme variabilitat local, el conjunt de reformes va ser efectiu per aplanar el camí cap a l'expansió del SAD amb capacitat de donar suport a les persones amb més dependència, de manera que es va reduir la demanda sobre l'atenció sanitària a domicili.

Les autoritats locals com a planificadores socials

La llei d'atenció comunitària va imposar per primera vegada **la planificació social com un requisit legal** (Lewis & Glennerster 1996). Un dels principals objectius establerts al llibre blanc *Caring for People* que va precedir la llei de 1990 era “fomentar l'orientació dels serveis basats en la llar cap a aquelles persones la necessitat de les quals és més gran.”

Per això havien de desenvolupar el seu paper de ‘compradors’ (*'purchasers'*) i implementar un enfocament pressupostari, amb la responsabilitat d'assolir objectius controlant els recursos necessaris per assolir-los (Davies *et al* 1998). Les reformes obligaven les autoritats locals a demostrar habilitats en la **identificació de necessitats, planificació de serveis, especificació de serveis i garantia de qualitat**, així com la **gestió pressupostària**.

Un aspecte molt important de les reformes va ser l'obligació de fer una avaluació individual de les necessitats de cada persona usuària i, mitjançant aquesta, desenvolupar un **pla d'atenció individual**. D'aquesta manera, l'atenció seria gestionada i optimitzada tant a nivell micro (individual), com macro o estratègic (mitjançant la planificació de serveis).

1. Les adaptacions d'un valor ‘menor’ (fins a £ 500) havien de ser finançades pels departaments de serveis socials de les autoritats locals, i les adaptacions d'un valor ‘major’ (≥ 500 £) eren finançades pel departament de l'habitatge. Les adaptacions d'un valor menor eren gratuïtes per a les persones usuàries. Les adaptacions més grans estaven subjectes a copagaments segons ingressos. (Renwick 1996). Eren avaluats per un equip de serveis per a la discapacitat (un equip de terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes i treballadors socials),

2. Les ajudes tècniques es dividien en ajudes tècniques per a la vida independent (ajuts a la mobilitat, cadires de rodes, passamans, seients de dutxa, *polipastos* de bany, adaptacions de cuina) i ajudes tècniques per a l'atenció sanitària (matalassos; llits, etc.).

Això requeria una revolució cultural de dalt a baix als departaments de serveis socials. Específicament, les noves expectatives sobre els treballadors socials suposaven un gran canvi respecte a les seves formes tradicionals de treballar, així com un gran desafiament respecte a la capacitat i les competències de la força laboral a causa de l'escassetat dels treballadors socials i el desenvolupament escàs professional dels **practicants** (Lewis & Glennerster 1996). Els treballadors socials van haver de desenvolupar noves maneres de pensar i comportar-se, i els departaments de treball social van ser empesos a un nou equilibri entre el *gerencialisme* i el professionalisme.

L'impacte de la reforma a curt termini

La política de convertir les autoritats locals en responsables pressupostàries per a tota l'atenció comunitària i institucional va tenir, en general, l'efecte desitjat. Tot i que les autoritats locals van trigar un temps considerable a adaptar-se a la divisió entre la funció d'administració i de prestació del servei (*'purchaser - provider split'*), a partir dels mitjans dels noranta, hi va haver un reequilibri gradual entre les dues principals maneres de prestar atenció (en una institució o al domicili) (Knapp, Hardy & Forder 2001). A poc a poc, persones usuàries ingressaven en residències i s'observaven canvis notables en la gamma de serveis oferts per atendre les persones en situació de dependència. Aquests canvis, típicament, implicaven més opcions, més flexibilitat i més intensitat, com ara el nombre de serveis disponibles pel cap de setmana i 'fora de l'horari laboral', incloent l'atenció nocturna, el percentatge de la prestació de serveis preventius de curta durada, i l'aparició de plans d'atenció per al SAD segons el nivell de dependència.

Pel que fa a la intensitat del servei, el canvi era gradual: entre 1992 i 1998 la mitjana d'hores de SAD prestades per persona usuària, va augmentar de 3,2 a 5,8 per setmana (*Ibid*), i va continuar pujant progressivament arribant p.e., fins a una mitjana de 10,1 hores per setmana, per persona usuària cap el 2004-2005 (Jones 2007). En aquest punt de desenvolupament va quedar clar que el SAD d'atenció 'intensiva' (definit tradicionalment com a > 10 hores per setmana, per persona) podia substituir l'atenció residencial. Dades de la Comissió d'Inspecció d'Atenció Social de l'any 2005 demostraven que on hi havia menys places residencials hi va haver més incidència de SAD d'atenció 'intensiva'. Per contra, per cada 10 places residencials addicionals per cada 1.000

persones grans, hi havia una disminució del 2% en la quantitat de cures intensives domiciliàries utilitzades, i 3 persones grans menys per 1.000 es mantenien a casa (CSCI 2005, a Wanless 2006).

Quan va expirar la subvenció especial de transició, el sistema per assignar els fons d'atenció social a les autoritats locals s'havia reformat per basar-se en les necessitats de la població, i es va crear així finalment un mitjà per abordar algunes de les desigualtats territorials en la prestació de serveis d'atenció en la comunitat. Tanmateix, aquests canvis no haurien tingut lloc sense la pressió contínua del govern nacional, exercida a través d'una diversitat de formes (vegeu a baix).

Actualment, el sistema d'atenció de llarga durada compta amb 444.128 persones usuàries que reben atenció en la comunitat finançada amb diners públics i gestionada per les autoritats locals a Anglaterra (NHS Digital 2021). A més, hi ha aproximadament 248.153 persones més vivint en residències gràcies a una plaça de finançament públic (ONS 2021).

Les palanques del canvi

Des de les primeres reformes d'atenció comunitària fins a l'actualitat, el govern nacional ha emprat nombroses palanques per influir en el comportament de les autoritats locals i incentivar-les cap a comportaments desitjats, o pressionar-les per abandonar els no desitjats.



El 2004, Jones va enumerar sis (sovint superposades) palanques de canvi:

1. “gestió per recomanacions basades en l’evidència”, a través de mecanismes com l’ús d’indicadors d’acompliment en la prestació de serveis (activitat i qualitat), la recol·lecció i l’anàlisi de dades i la publicació de resultats de totes les autoritats locals; o bé a través de desenvolupament i disseminació de marcs de qualitat, guia de millors pràctiques etc.
2. “gestió per dades”; en base al que es mesura, es fa.
3. “direcció per motivació”, amb recompenses (estrelles i honors) per èxits i amb càstigs (més inspeccions o avaluacions negatives a l’informe mensual) per errors.
4. “gestió per diners”, amb subvencions específiques, el govern nacional defineix com es poden fer servir els recursos
5. “gestió competitiva”, aconseguint un impacte a través d’amenaques i intimidació (més freqüent al sistema nacional de salut que al de l’atenció social). Pot incloure el fet de ser públicament “assenyalat i avergonyit” per un exercici deficient evidenciat
6. “gestió per error”, on hi hagi un efecte no intencionat a conseqüència de les palanques utilitzades per orientar la gestió (un exemple seria com els indicadors aplicats per incentivar canvis en la prestació de serveis van tenir com a conseqüència que, durant molts anys, les autoritats locals passaven per alt les àrees que no s’estaven mesurant, com ara la inversió en construir capacitat de la comunitat per millorar les oportunitats de vida i l’experiència general per a la gent gran)

Tot i els canvis successius en el color polític dels governs del Regne Unit, tots els mecanismes anteriors han seguit exercint un paper central en la configuració del sistema de cures de llarga durada. No es pot subestimar la importància de la cultura gerencial que inicialment es va imposar a les autoritats locals des de les reformes d’atenció comunitària de l’any 1990, ni la seva acceptació actual.

Gran part d’això es pot atribuir al paper de la Comissió d’Auditoria (*Audit Commission* en anglès), una corporació pública independent que va existir entre l’1 d’abril de 1983 i el 31 de març de 2015. La Comissió d’Auditoria es va establir en virtut de la Llei de Finances del Govern Local de 1982 (*Local Government Financing Act 1982*), amb la finalitat de designar auditors per a totes les autoritats locals d’Anglaterra i Gal·les, i va entrar en funcionament l’1 d’abril de 1983 (Wikipedia 2022). La Llei del Servei Nacional de Salut i Atenció Comunitària de 1990 va ampliar el mandat de la comissió per cobrir els organismes de serveis de salut. La Comissió d’Auditoria va treballar en associació amb diversos departaments governamentals, però operant de manera independent (la major part dels seus ingressos eren els honoraris d’auditoria pagats per les autoritats locals). El 1996, la comissió va iniciar revisions conjuntes dels serveis socials (amb la Inspecció de Serveis Socials del Departament de Salut).

Des de l’any 2000, les avaluacions de la Comissió d’Auditoria es van basar en el principi del millor valor fixat en la llei de govern local de 1999 (*Local Government Law 1999*), i establert amb un règim d’indicadors coneguts com el règim de més valor (*Best Value regime*). L’enfocament de les inspeccions incloïa l’equilibri entre l’atenció residencial i comunitària, l’externalització de l’atenció i els processos de contractació i seguiment en línia amb els objectius de la política. També van buscar evidències de la col·laboració amb salut i iniciatives “transversals” d’altres departaments del govern local (principalment, habitatge), i van revisar com les autoritats locals estaven involucrant els usuaris del servei, els cuidadors i el públic en general en la seva planificació de serveis. Els informes sobre cada autoritat local, que eren contundents i estaven disponibles públicament, eren estudiats a fons pels gerents de les autoritats locals i pels qui formulaven polítiques a nivell nacional.

Quan el govern laborista va prendre el poder el 1997, l’enfocament es va desplaçar cap a palanques per millorar la qualitat de l’atenció a través de la inspecció de serveis i la participació de les persones usuàries (vegeu més avall). Tot i això, el control gerencial de les autoritats locals es va mantenir amb un nou règim d’auditoria anomenat avaluació integral de l’acompliment (*comprehensive performance assessment*, CPA per les sigles en anglès). El CPA es va basar en el règim de més valor, amb l’objectiu de reduir la fragmentació de l’auditoria (enfocada a l’exercici per departament), de manera que es va convertir el procés en una inspecció d’acompliment general

per a cada autoritat local, en què es classificava cada autoritat local inicialment en una escala de cinc punts (deficient, feble, regular, bo o excel·lent, durant el període 2002-2005) i successivament per estrelles, igual que la qualificació d'organismes del sistema nacional de salut (0 estrelles, 1 estrella, 2 estrelles, 3 estrelles i 4 estrelles). Les autoritats locals de puntuació feble estaven subjectes a nivells d'intervenció més grans del govern central, mentre que les que obtenien una puntuació excel·lent obtenien recompenses.

Segons Grubmic & Woods (2009), la història de control jeràrquic per part del govern central sobre els governs locals a Anglaterra es legitima sobre la base del control i el finançament. Les autoritats locals d'Anglaterra no tenen posició constitucional independent i estan obligades a actuar d'acord amb la legislació. A més, el govern central proporciona més del 70% d'ingressos del govern local, recaptats en gran part a través dels impostos.

Tot i això, la comissió d'auditoria va ser eliminada el 2010 amb la promesa que la seva eliminació “estalviaria al contribuent 50 milions de lliures esterlines a l'any” (*Local Government Lawyer* 2010). A canvi, es va permetre que les autoritats locals triessin la seva pròpia empresa d'auditoria. En principi es buscava una redistribució de “l'experiència professional en auditoria a tot el país en un entorn competitiu”. Tot i això, una investigació independent publicada el 2020 (l'informe ‘Redwood’) va ser mordaç sobre l'impacte d'aquests canvis, expressant serioses preocupacions respecte a l'estat del mercat d'auditoria local i l'eficàcia final del treball realitzat per les firmes d'auditoria. La conclusió és que el sistema actual no compleix “el seu objectiu primordial de proporcionar una funció d'auditoria local coherent que ofereixi garanties a les parts interessades i al públic en termes d'acompliment i de responsabilitat de l'autoritat local i l'auditor” (Redwood 2020: 3).

El mesurament del rendiment i dels resultats per a les persones usuàries (2011 en endavant)

Tot i el recent debilitament de la vigilància (auditoria) sobre les autoritats locals, moltes de les palanques de canvi s'han enfortit i millorat en els darrers anys, en particular les tres primeres, és a dir, *la gestió per missatge, la gestió per mesura i la direcció per motivació*.

El mesurament (i publicació) de dades sobre l'exercici del sistema de cures de llarga durada ocupa un



lloc central en la gestió de l'atenció. A destacar com, des de l'any 2011, s'ha afegit al ja ampli quadre d'indicadors sobre atenció social de totes les autoritats locals, -analitzat i publicat anualment per l'entitat 'NHS Digital'- **un protocol per mesurar els resultats (“outcomes”) de l'atenció**, 'ASCOF' ('Adult Social Care Outcomes Framework' en anglès) (Caixa 25).

Fins a la introducció del protocol ASCOF, la recollida de dades se centrava en aspectes com '**l'activitat**' (p.e., el nombre de persones ateses per tipus de servei), '**la despesa**' (p.e., la despesa mitjana per tipus de servei, per perfil de persones usuàries), i '**la capacitat de resposta**' (p.e., el temps d'espera per ser avaluada i el temps d'espera entre ser avaluat i rebre un servei). Partint d'aquesta recopilació de dades, integral i fiable, els governs successius han reforçat prioritats en la gestió i la prestació de serveis, basant-se en indicadors de rendiment. Aquests indicadors es revisen i s'actualitzen periòdicament, d'acord amb l'evolució de les polítiques de cura de llarga durada, recollint resultats de la recerca i comptant amb els representants de les persones usuàries i els cuidadors no professionals.

Els indicadors actuals d'ASCOF inclouen set àmbits: l'impacte dels serveis sobre el benestar de les persones usuàries; la prevenció, la *desinstitutionalització*, la interrelació del sistema de cures de llarga durada amb el sistema de salut, la personalització de l'atenció, la inclusió social i laboral, i el suport per als cuidadors no remunerats (Caixa 25).

Caixa 25: Indicadors de rendiment del sistema de cures de llarga durada

Impacte dels serveis sobre el benestar de les persones usuàries

- Proporció de persones usuàries que perceben que tenen control sobre la vida diària
- Proporció de persones usuàries que perceben que tenen un nivell de contacte social com els agradaria tenir
- Proporció de persones usuàries que se senten tan segures com els agradaria. La proporció de persones a qui els serveis les ajuden a sentir-se segures
- Proporció de persones usuàries satisfetes amb els serveis detenció a persones en situació de dependència

Rehabilitació i prevenció

- Proporció de persones grans [de 65 anys o més] que van rebre serveis de rehabilitació després d'una alta hospitalària
- Proporció de persones grans [de 65 anys o més] que van rebre serveis de rehabilitació després d'una alta hospitalària i que romanen a casa seva passats 91 dies
- Proporció de persones usuàries noves que no van necessitar suport continu després de rebre un servei de prevenció a curt termini

Desinstitutionalització

- Ràtio, per cada 100.000 habitants, de persones en edat laboral rebent cures de llarga durada en una residència finançada pel sistema de cures de llarga durada
- Ràtio per 100.000 habitants d'adults majors (65 anys) i és cures de llarga durada en una residència finançada pel sistema de cures de llarga durada

Interrelació amb el sistema de salut

- Altes hospitalàries endarrerides per 100.000 habitants
- Altes hospitalàries endarrerides atribuïbles a una manca de disponibilitat d'atenció social/atenció per a persones en situació de dependència, per 100.000 habitants
- Altes hospitalàries endarrerides atribuïbles conjuntament al sistema nacional de salut i atenció social, per 100.000 habitants

Personalització

- Proporció de persones usuàries que reben un pressupost personal (atenció autodirigida)
- Proporció de persones usuàries a les qui resulta fàcil trobar informació sobre serveis de cures i suport
- Proporció de persones que usen serveis rebent pagaments directes

*Aquest indicador inclou les persones en espera d'una avaluació dels serveis d'atenció social/atenció per a persones en situació de dependència.

Inclusió social i laboral

- Proporció de persones adultes amb una discapacitat intel·lectual que tenen una feina remunerada
- Proporció de persones amb una discapacitat intel·lectual vivint a casa o amb la família
- Proporció de persones adultes rebent serveis de salut mental que tenen una feina remunerada
- Proporció de persones adultes rebent serveis de salut mental que viuen de forma independent, a casa seva, amb suport o sense

Suport per a les persones cuidadores no professionals

- Proporció de persones cuidadores no professionals reconegudes per l'autoritat local que reben un servei per protegir el seu benestar i que reben un pressupost personal (atenció autodirigida)

- Proporció de persones cuidadores no professionals reconegudes per l'autoritat local que reben un servei per protegir el seu benestar i que reben pagaments directes

Descomptant l'indicador sobre la *satisfacció* amb els serveis (que no és pròpiament una mesura de l'impacte dels serveis de cura de llarga durada sobre el benestar de les persones usuàries), les mesures d'impacte sobre el benestar de les persones usuàries provenen d'**una enquesta a les persones usuàries que les autoritats locals han de fer cada any, en el marc de l'enquesta nacional d'atenció social per a adults (*English national Adult Social Care Survey* o "ASCS" en les sigles en anglès)**. El seu objectiu és que la definició de qualitat i eficàcia dels serveis socials se centri en el principi del benestar de les persones usuàries i de les persones cuidadores familiars, de manera estandarditzada, transparent i homògena.

L'enquesta **ASCS** es basa en una **eina de resultats de l'atenció social per a adults (*Adult Social Care Outcomes Tool* o 'ASCOT' en les sigles en anglès)**, que mesura la qualitat de vida relacionada amb l'atenció (***Social Care Related Quality of Life*** o 'SCRQoL' – vegeu Netten et al 2012-). ASCOT es pot utilitzar de diverses maneres per mesurar l'impacte dels serveis d'atenció a les persones en situació de dependència:

1. Per mesurar el canvi en la qualitat de vida actual (SCRQoL actual)³
2. Per mesurar el canvi en la qualitat de vida experimentada abans i després de la prestació d'un servei (o combinació de serveis) (SCRQoL pre i post)⁴
3. Per estimar la necessitat d'un servei o intervenció (SCRQoL anticipat)⁵
4. Per mesurar el guany de SCRQoL associat amb un servei, conjunt de serveis o intervenció⁶

3. Aquesta mesura captura l'impacte de la totalitat de recursos que rep la persona usuària, incloent-hi, per exemple, la quantitat d'assistència retribuïda d'una cura no professional.

4. Ibid.

5. Aquesta mesura pot desagregar l'impacte del servei(s) prestat(s) per l'autoritat local de qualsevol altre recurs que rep la persona, com ara l'assistència retribuïda d'una cura no professional.

6. Ibid.

5. Per mesurar el canvi en la necessitat d'un servei o intervenció de llarga durada (SCRQoL anticipat pre i post).⁷

ASCOT es va desenvolupar mitjançant una sèrie de projectes finançats pel Departament de Salut i Atenció Social. El treball va revelar vuit àmbits pertinents (Taula 5) proposats per garantir la sensibilitat i rellevància per als serveis d'atenció social i els usuaris (Rand *et al* 2015; Netten *et al* 2012; Malley *et al* 2012). Incorpora aspectes bàsics dels serveis de cura de llarga durada (àmbits 2 a 4 i 7) i d'ordre superior (1, 5 i 6). A més, el domini dignitat (8) valora com els serveis de cura de llarga durada afecten l'autoestima dels usuaris del servei.

ASCOT s'ha avaluat posteriorment de manera independent (Makai *et al* 2014; Stevens, Brazier & Rowen 2018) i s'ha utilitzat en nombrosos estudis, incloent-hi les avaluacions de cost/benefici. Ha estat traduït i emprat en diversos països, entre ells, Àustria, Austràlia, Canadà, Alemanya, Japó, Països Baixos i Finlàndia.



L'eina original d'ASCOT va ser dissenyada per a la investigació (i per ser emplenada per un/a investigador/a). Posteriorment s'ha desenvolupat una versió que pot ser autocompletada (Rand *et al* 2017a), i aquesta és la versió que s'utilitza per a l'enquesta **ASCS**.

7. Ibid.

Taula 5: Els àmbits de l'eina ASCOT per mesurar l'impacte dels serveis d'atenció a la dependència sobre les persones usuàries.

#	Domini 'ASCOT'	Definició
1	Control sobre la vida diària	Tenir control sobre la vida i les activitats diàries; ser capaç d'escollir què fer i quan fer-ho
2	Higiene personal	Sentir-se net i còmode, estar presentable i vestit d'una manera que reflecteixi les preferències personals
3	Menjar i beguda	Tenir una dieta nutritiva, variada i culturalment apropiada, amb prou aliments i begudes a intervals regulars i oportuns
4	Allotjament	Sentir que l'ambient de la llar és net i còmode
5	Seguretat personal	Sentir-se segur/a i protegit/da. Això significa estar lliure de la por a l'abús, a caïgues o a altres danys físics, i de la por a ser atacada o robada.
6	Participació social	Estar content/a amb la situació social, on la situació social s'entén com el suport de relacions significatives amb amics/gues i familiars, i sentir-se involucrat/ada o part d'una comunitat.
7	Ocupació	Estar suficientment ocupat/da en una varietat d'activitats significatives, ja sigui ocupació formal, treball no remunerat, cura d'altres o activitats d'oci.
8	Dignitat	L'impacte psicològic positiu o negatiu que tenen el suport i la cura en l'autoestima de la persona usuària del servei. ¹

1. La definició original de l'àmbit de la dignitat no es pot traduir literalment i s'ha adaptat d'acord amb l'adaptació del Trukeschitz *et al* (2020). L'ús oficial de les eines ASCOT en un altre idioma requereix un procés de traducció i adaptació cultural seguint els lineaments estrictes.

Font: Rand & Malley (2017: 1609)

Altres versions desenvolupades inclouen una versió que pot ser completada per un/a representant de la persona usuària (per un ‘proxy’ – Rand *et al* 2017b) i una altra que pot ser completada per un/a professional que coneix la persona usuària, per assegurar que sigui accessible per a persones amb necessitats complexes. Ha estat validada per a persones amb discapacitat intel·lectual (Rand *et al* 2020; Turnpenny *et al* 2018; Rand & Malley 2016) i persones amb demència (Rand, Silarova & Towers 2021). Finalment, se n’ha desenvolupat una versió per mesurar l’impacte dels serveis d’atenció a les persones cuidadores no professionals sobre la seva qualitat de vida, independentment de si aquests serveis s’ofereixen al cuidador no professional, o directament a la persona que té cura. (Batchelder *et al* 2017; Rand & Malley 2014)

ASCOT és aplicable a tots els entorns d’atenció per a persones en situació de dependència, incloent-hi les residències (vegeu Netten *et al* 2012b; Towers *et al* 2016). Cada àmbit té quatre opcions de resposta que reflecteixen els desitjos de les persones (l’estat *ideal*, codificat 3), una situació *adequada* (codificat 2), un estat de qualitat de vida *reduïda*, on la persona segueix experimentant força necessitats (codificat 1) i una situació en què la salut física o mental es veu afectada o aviat ho estarà perquè la persona no té les seves necessitats satisfetes (codificat 0).⁸ La puntuació bruta de cada àmbit es converteix en una puntuació ponderada basada en la diferència en el valor que les persones usuàries atribueixen a cada estat de cada àmbit, segons la investigació (Towers 2016). D’aquesta manera, la necessitat d’hidratació i de nutrició té més pes que la necessitat de participació social.

Des del primer recull anual de dades sobre el benestar de les persones usuàries dels serveis d’atenció a la dependència mitjançant l’enquesta **ASCS** l’any 2011, s’ha acumulat una quantitat considerable de dades que ara es poden aprofitar per a estudis longitudinals. Per exemple, Leeuwen *et al* (2014) han estudiat els factors en què les autoritats locals podrien millorar l’SCRQoL de les persones usuàries amb accions diferents de les estrictament lligades a l’atenció. Resulta significativa l’accessibilitat de l’entorn local, les adaptacions als habitatges i l’accés a informació relacionada amb la cura i l’atenció.

Per entendre l’acceptabilitat de ‘la gestió per evidències’ en el sistema de cures de llarga durada a Anglaterra, convé subratllar la participació en el desenvolupament i la implementació d’investigadors/es, representants de les autoritats locals de tots els nivells de gestió, persones usuàries, cuidadors/es i entitats. Aquesta elaboració participativa requereix inversió de temps i diners. La introducció del marc **ASCOT** per mesurar els resultats (‘outcomes’) de l’atenció va ser ben rebuda, malgrat el compromís més gran que suposava per a les autoritats locals recollir i gestionar les dades.

Els informes recents de l’Associació de Directors de Serveis Socials amb l’Institut d’Atenció Pública revisant l’ASCOT (ADSS 2020 a, b) il·lustren una cultura política que encoratja els suggeriments sobre com es pot modificar i revisar el sistema de mesurar el rendiment de les autoritats locals en la prestació de serveis per a persones en situació de dependència.

Un altre factor important per entendre l’acceptabilitat del marc és la notable capacitat d’“autoauditoria” de les autoritats locals. Això es vincula, per una banda, amb el deure d’optimitzar el rendiment de l’atenció, mitjançant la planificació activa (vegeu més avall) i amb l’obligació de subministrar dades anuals a l’entitat NHS Digital, encarregada del disseny, desenvolupament, gestió i anàlisi de dades “que donen suport a les autoritats locals per millorar la salut i l’atenció”.

La recerca i promoció de bones pràctiques a l’atenció social (2001 en endavant)

L’Institut d’Excel·lència en Atenció Social (Social Care Institute of Excellence – ‘SCIE’)

Seguint el mode de “gestió per recomanacions”, es va crear l’**Institut d’Excel·lència en Atenció Social (Social Care Institute of Excellence – ‘SCIE’)** l’any 2001, amb característiques de fundació. Classificat com una “**agència de millora**” (*improvement agency*), el seu paper se centra en la identificació i difusió de coneixements base per a les bones pràctiques en tots els aspectes de l’atenció social al Regne Unit.

Entre els seus productes destaquen les guies de bones pràctiques, disponibles en diferents formats, inclosos els conjunts d’eines especialitzades i materials d’aprenentatge més generals, que cobreixen qüestions de gestió i polítiques, així com de serveis.

8. La puntuació bruta dels vuit àmbits arriba a d’un total de 0 (pitjor estat) a 24 (estat ideal).

Entre altres funcions hi ha la gestió d'un arxiu electrònic d'evidències relacionades amb l'atenció social, la capacitat, la consultoria, els seminaris web i la investigació. Els seus productes es coprodueixen amb persones usuàries que usen els serveis i cuidadors/es, i mitjançant la col·laboració amb proveïdors d'atenció, gerents d'atenció social de les autoritats locals, legisladors i investigadors.

L'institut d'habilitats per a la cura (Skills for Care)

Skills for Care és una organització independent amb característiques de fundació, també creada l'any 2001, que rep fons del govern per desenvolupar una força laboral en el sector de les cures millor qualificada.

Treballa amb els proveïdors de serveis i altres ocupadors (com les persones que reben pagaments directes) per recopilar dades sobre la força laboral en el sector d'atenció social, cosa que permet obtenir així evidències sòlides per analitzar problemes emergents al sector d'atenció social. Les dades estan disponibles per a totes les autoritats locals per ajudar a la planificació de serveis⁹. Es dona informació sobre aproximadament 22.000 serveis assistencials i 750.000 treballadors/es. Les dades s'analitzen i es publiquen en informes anuals (p.e., *Skills for Care* 2021).

Skills for Care produeix una àmplia selecció de recursos relacionats amb la formació i amb la situació dels/les professionals del sector, amb èmfasi especial sobre la situació dels/les cuidadors/es professionals i els perfils emergents, com els de la microempresa comunitària i d'assistent personal. Els seus recursos estan dirigits als professionals del sector, als proveïdors d'atenció i a les autoritats locals (entre d'altres).

La seva funció se solapa i complementa la de la CQC (*Care Quality Commission*, l'organisme d'acreditació nacional de serveis de cura), al passar a la CQC informació actualitzada sobre desenvolupaments en aquest camp. El treball de *Skills for Care* es canalitza a través de quatre xarxes regionals, cosa que permet estrènyer vincles amb el treball de recerca en el terreny. Una altra característica de la feina és l'èmfasi en la coproducció.

9. Fins al 2019, es van publicar a través del Conjunt Nacional Mínim de Dades per a Atenció Social (NMDS-SC) quan es va canviar a un sistema actualitzat conegut com a Conjunt de dades de la força laboral d'atenció social per a adults (ASC-WDS).

Per acabar, també administren fons per al desenvolupament de la força laboral, equivalents a subsidis per millorar la qualitat (Malley, Trukeschitz & Trigg 2015). Aquests fons són accessibles per a tots els proveïdors elegibles, ja que no estan vinculats a un sector o tipus de proveïdor en particular.

L'Institut Nacional per a Excel·lència en l'Atenció al Sector Sanitari i Sociosanitari (National Institute of Health & Care Excellence, NICE)

NICE va ser fundat el 1999 amb el propòsit de desenvolupar informes amb recomanacions basades en evidències, elaborats per comitès independents, que inclouen professionals i ciutadania, i consultes a les parts interessades. Els aspectes relacionats amb els serveis d'atenció a la dependència constitueixen una de les línies principals de treball.

Els seus informes sobre estàndards de qualitat sobre aspectes específics de l'atenció juguen un paper important, al informar sobre el treball de la CQC. Així mateix, els seus productes compleixen un paper important en l'educació i la formació contínua dels professionals del sector.



En els darrers anys, entre les seves moltes publicacions rellevants per al sector de l'atenció a persones en situació de dependència, s'hi inclouen:

- Gent gran amb necessitats d'atenció social i múltiples condicions cròniques. (*Older people with social care needs and multiple long-term conditions*, NICE 2015a)
- Atenció domiciliària: brindar atenció personal i suport pràctic a la gent gran que viu a les seves pròpies llars. (NICE 2015b)
- Experiència de les persones als serveis d'atenció social per a adults: millorar l'experiència d'atenció i suport per a les persones que utilitzen els serveis d'atenció social per a adults (NICE 2018)

10.1 El control de la qualitat de l'atenció a Anglaterra

Un marc nacional per a la regulació, l'acreditació i la inspecció dels serveis d'atenció a la dependència (2001 en endavant)

La Llei d'estàndards en l'Atenció del 2000 (*Care Standards Act*) va permetre l'establiment d'un òrgan independent per acreditar i inspeccionar tots els centres o serveis sociosanitaris d'atenció a la dependència a Anglaterra (públics, privats i voluntaris) inclòs el SAD. Inicialment, es va nomenar la Comissió Nacional de Normes d'Atenció (*National Care Standards Commission*, 'NCSC') que es va establir l'1 d'abril de 2001 i va assumir-ne les funcions un any després. La va seguir de prop l'establiment de la Comissió d'Inspecció de l'Atenció Social (*Commission of Social Care Inspection*, CSCI)¹⁰.

La Comissió de Qualitat de l'Atenció, la CQC va ser establerta com a regulador únic i integrat per als serveis d'atenció social per a adults i de salut d'Anglaterra per la Llei d'Atenció Social i de Salut de 2008 (*Health & Social Care Act 2008*). Es va formar a partir de la unió de l'antiga CSCI i de la comissió de salut (responsable d'inspeccionar els serveis de salut) dins l'objectiu general del govern de promoure la integració entre l'atenció sanitària i social.

Com les seves predecessores, els seus deures estatutaris inclouen:

- Registre de tots els centres o serveis sociosanitaris d'atenció a la dependència a Anglaterra de caràcter regulat.
- Realització d'inspeccions de tots els centres sanitaris i tots els centres o serveis sociosanitaris d'atenció a la dependència a Anglaterra de caràcter regulat.
- Estimulació de la millora de la qualitat del servei.

Per aconseguir el seu principal objectiu de protegir i promoure la salut, la seguretat i el benestar de les persones usuàries dels serveis, la CQC desenvolupa diverses funcions (Caixa 26). A diferència dels estàndards mínims nacionals aplicats per les seves predecessores, els estàndards de qualitat establerts per la CQC no són específics, sinó que engloben **cinc principis genèrics de la qualitat en l'atenció**: la seguretat, l'efectivitat, la diligència, la flexibilitat i una adequada gestió, de manera que constitueixen així un marc en què s'han d'integrar tots els serveis i centres, entre ells, els d'atenció a la dependència. Basant-se en aquests principis, la CQC publica 13 'estàndards' que han de ser evidents en l'atenció per poder aprovar les avaluacions i les inspeccions. La CQC produeix informació per guiar els proveïdors de serveis en relació amb cada estàndard segons l'entorn, p.e., en una residència o en un servei d'atenció a domicili (Taula 6).



10. La NCSC va existir entre el 2001 i el 2002 (operativa 2002-2004). La CSCI la va seguir, operant entre 2003 i 2009.

Taula 6: Els estàndards de qualitat especificats per la Comissió de Qualitat d'Atenció (CQC)

Estàndard	Descripció
Atenció centrada en la persona	La persona usuària ha de rebre l'atenció o tractament adequat a les seves preferències i necessitats.
Dignitat i respecte	La persona usuària ha de ser tractada amb dignitat i respecte en tot moment
Consentiment	La persona usuària o una altra persona que actuï legalment en nom seu ha de donar el seu consentiment abans de rebre qualsevol atenció o tractament
Seguretat	La persona usuària no ha de rebre atenció o tractaments no segurs, ni córrer el risc de patir danys que es podrien evitar. Les entitats proveïdores de l'atenció o el tractament han d'avaluar els riscos per a la salut i seguretat de la persona usuària en tot moment, i han d'assegurar-se que el personal del centre o servei té la qualificació, les competències, les habilitats i l'experiència necessàries per a garantir la seguretat de la persona usuària
Protecció davant dels maltractaments	La persona usuària no ha de patir cap forma d'abús o tractament inadequat mentre rep l'atenció. Inclou: abandonó, tractament humiliant, subjeccions innecessàries o desproporcionades, límits inadequats en la llibertat de la persona usuària
Alimentació i hidratació	La persona usuària ha de rebre el menjar i la beguda necessàries per mantenir-se en bon estat de salut
Instal·lacions i equipament:	Els espais on es rep l'atenció o el tractament, així com l'equip utilitzat, han d'estar nets, ser els adequats i rebre el manteniment necessari
Queixes	Les persones usuàries han de tenir la possibilitat de queixar-se de l'atenció o el tractament rebut. L'agent proveïdor del servei ha de facilitar un sistema per rebre i contestar les queixes de les persones usuàries. Totes les queixes han de ser investigades per les persones responsables del centre o servei i emprendre les accions necessàries davant dels problemes identificats
Bona gestió	L'agent proveïdor del servei ha de tenir una planificació que garanteixi que pot complir els estàndards. Ha de disposar d'un sistema eficaç per comprovar la qualitat i seguretat del servei
Plantilla	El centre o servei sociosanitari ha de comptar amb el personal qualificat, competent i experimentat suficient per garantir l'aplicació dels estàndards de qualitat i seguretat. La plantilla ha de rebre el suport, la formació i la supervisió necessaris per al correcte exercici de la seva activitat
Personal adequat	El centre o servei ha de disposar de personal capacitat, d'acord amb les activitats que exercirà en la provisió d'atenció o tractament. Per això, el centre o servei ha de disposar de processos de contractació sòlids que permetin comprovar, per exemple, l'historial laboral del/la professional
Deure de franquesa	Durant l'atenció o el tractament, s'ha de mantenir una actitud oberta i transparent amb la persona usuària. Si alguna cosa surt malament, cal explicar a la persona usuària què ha passat, donar-li suport i disculpar-se
Publicació de les avaluacions	L'agent proveïdor de cura ha de mostrar la valoració realitzada per la CQC. Tant la puntuació rebuda com l'informe d'avaluació han d'estar disponibles per a les persones usuàries

Caixa 26: Les funcions de la Comissió de Qualitat d'Atenció o 'CQC'**Funció #1: Registre**

La majoria dels centres o serveis sociosanitaris d'atenció a la dependència s'han de registrar a la CQC, el segell del qual suposa una acreditació necessària per poder prestar serveis en totes les categories de clients (persones usuàries privades, autoritats locals a través de la contractació directa i persones usuàries mitjançant els pagaments directes [prestats per les autoritats locals]).

En el procés de registre, la CQC comprova que el centre o el servei compleix els requisits establerts per la normativa. El procés de registre es desenvolupa en tres etapes: sol·licitud escrita, valoració i dictamen, on als agents proveïdors se'ls notifica la decisió i se'ls atorga, si escau, el certificat.

Funció #2: Avaluació i inspecció

La CQC utilitza diversos mètodes per monitoritzar la qualitat dels serveis d'atenció:

Informació dels proveïdors

Els centres o serveis sociosanitaris d'atenció a la dependència estan obligats a mantenir el seu propi sistema o processos d'auditoria, que avaluen i monitoren la qualitat i la seguretat dels serveis que presten i l'experiència de les persones usuàries. En principi, haurien d'estar preparats per a una avaluació de la CQC en qualsevol moment. S'espera també que siguin capaços de detectar i avaluar precoçment qualsevol risc relacionat amb la salut, la seguretat i el benestar de les persones usuàries del servei. La CQC té dret a demanar informació als proveïdors de serveis sobre les dades que haurien de recollir, notificant aquest requeriment amb quatre setmanes d'antelació, via un formulari [el 'Provider Information Return' o 'PIR']. Les avaluacions mitjançant el PIR són la primera fase de les avaluacions rutinàries. La CQC avalua la PIR usant cinc paràmetres: la seguretat, l'efectivitat, la diligència, la flexibilitat i l'adequació de la gestió. Tret que sorgeixi una preocupació específica i imprevista (vegeu a baix), la valoració basada en el PIR s'utilitza per planificar les inspeccions.

Informació de diverses fonts

A partir de la informació requerida als proveïdors de serveis, la CQC alimenta un sistema informàtic anomenat 'CQC Insight' que recopila informació en línia de diverses fonts en temps real, que podria indicar un problema amb la qualitat d'un servei.

Aquesta informació pot incloure notificacions legals sobre incidents de seguretat o amb la higiene dels aliments, informació sobre el personal (de l'entitat Skills for Care) o informació que rep la CQC de forma directa de les persones usuàries i/o els seus representants, o qualsevol ciutadà o ciutadana, incloent-hi membres del personal, mitjançant el seu sistema de retorn públic. Com que funciona com a sistema d'alerta, si hi ha una indicació que la qualitat de l'atenció en un servei ha disminuït, la CQC augmenta la seva activitat d'avaluació. Això pot implicar:

- posar en marxa un procés de seguiment amb inspeccions regulars
- demanar al proveïdor més informació i explicacions sobre el canvi que durà a terme
- repetir una inspecció abans del que s'esperava
- dur a terme una inspecció enfocada o integral (segons el nivell de preocupació)

Una altra funció del **CQC Insight** és unir tota la informació que tingui la CQC que sigui rellevant sobre cada proveïdor. Els detalls que recopilen inclouen:

- Les dades del registre amb la descripció del servei o serveis que presta el proveïdor
- Un historial de les valoracions del servei realitzades en les avaluacions i inspeccions per la CQC
- La carrera professional dels gerents del servei registrats, incloent-hi qualsevol període de baixa d'activitat professional
- Indicadors de seguiment del rendiment del proveïdor al llarg del temps, per exemple, el seu rendiment en comparació amb serveis comparables en funció d'una varietat de fonts de dades diferents

Inspecció

Els articles 46 i 60 de la Llei de Salut i Atenció Social del 2008 (Health & Social Care Act 2008) permeten a la CQC realitzar 'revisions d'acompliment' in situ per recopilar evidències, conegudes públicament com a 'inspeccions'.

Els intervals entre les inspeccions depenen d'un sistema de prioritització que permet que la CQC redueixi l'interval entre inspeccions per a serveis de pitjor qualitat i que augmenti per als serveis de millor qualitat. De tal manera, els serveis qualificats com a bons o excel·lents se solen inspeccionar al cap dels 30 mesos a partir de l'anterior inspecció; els centres o serveis considerats que cal millorar s'inspeccionen als 12 mesos del darrer informe d'avaluació publicat; els serveis qualificats com a inadequats s'inspeccionen, normalment, als sis mesos posteriors a la darrera inspecció. Finalment, als centres i serveis de recent creació, la inspecció es duu a terme entre els 6 i 12 mesos a partir de la data de registre.

La CQC fa quatre tipus d'inspecció:

'L'exhaustiva' – una inspecció de màxima intensitat per a quan: i) es creu que hi ha un risc per a la seguretat o el benestar de les persones que utilitzen el servei, o bé hi ha hagut un deteriorament significatiu en la qualitat del servei, o, en cas contrari, ii) quan es creu que hi ha hagut una millora substancial en la qualitat que podria augmentar la qualificació general. Les inspeccions exhaustives generalment no s'anuncien, i en cas que avisin el proveïdor és amb la mínima antelació (48 hores per a les residències i una setmana per als serveis d'atenció a domicili).

'L'enfocada' – una inspecció de menor escala que l'exhaustiva, enfocada als aspectes de més interès, segons les troballes d'inspeccions prèvies i l'avaluació del PIR (entre d'altres). Les inspeccions enfocades no són anunciades i, si la situació ho requereix, poden passar a una inspecció exhaustiva.

'La dirigida' – una inspecció per avaluar una preocupació particular, per exemple, seguint una alerta o avis d'avertiment, o després d'observar preocupacions específiques

relacionades amb la seguretat de les persones usuàries. No són anunciades i normalment aniran seguides per una inspecció exhaustiva.

Les inspeccions *in situ* les realitza un petit equip d'experts/es en els serveis d'atenció sociosanitària, dirigit per un/a inspector/a de la CQC, i incorporen persones expertes per experiència [*experts by experience* en anglès], que poden ser des d'una persona usuària fins al representant d'una persona usuària. Durant les inspeccions, la persona experta és l'encarregada de parlar amb les persones usuàries, així com amb els familiars, sobre les seves experiències amb el servei. Aquesta informació s'integra en les avaluacions i es pot incloure en els informes d'inspecció.

Per ser registrat per primera vegada per la CQC, sempre cal una inspecció exhaustiva. La valoració d'un servei només es proporciona després d'una inspecció exhaustiva o enfocada.

Altres canvis recents inclouen fer un major ús de la tecnologia per recolzar la manera com es recopila evidència sobre la qualitat dels serveis i la realització d'alguns aspectes de les 'inspeccions' de forma telefònica i en línia [per correu electrònic].

Funció #3: Base de dades pública gratuïta

Una altra funció de la CQC és mantenir una base de dades pública gratuïta sobre tots els serveis d'atenció registrats. El sistema inclou un cercador per trobar serveis per zona geogràfica i especialitat. Les dades disponibles inclouen els informes de les avaluacions i les inspeccions (les més actuals i anteriors), dades sobre l'especificació del servei, un número de contacte, adreça, dades del gerent, etc.

Funció #4: Elaboració i disseminació de guies de bones pràctiques

La CQC produeix informació per guiar els proveïdors de serveis en relació amb cada estàndard de qualitat específic de cada entorn d'atenció [p.e., atenció hospitalària, atenció residencial o atenció a domicili]. Aquestes guies tenen una funció doble: promoure la qualitat en els serveis d'atenció i orientar els proveïdors per poder millorar els seus serveis i guanyar la màxima puntuació en la valoració de qualitat del CQC.

Reflexions sobre el paper de la CQC

Un organisme regulador pot ser jutjat amb diverses mides. La CQC és indiscutiblement un organisme àmpliament acceptat i respectat, tant pels proveïdors dels serveis d'atenció com per les autoritats locals i la ciutadania. Els equips que fan la inspecció es consideren imparcials, experts i representatius de diversos punts de vista (inclosos els de les persones usuàries).

Des de fora, els mecanismes de la CQC de 'regular la qualitat' poden semblar escassos, mancants de detalls

específics tals com els típics indicadors estructurals que es poden trobar en altres sistemes de cures de llarga durada (p.e., mida mínima d'una habitació en una residència o ràtio mínima de personal per persona usuària), mancants també algunes mesures molt específiques (com la prevalença d'úlceres de decúbit en persones vivint a residències). Tot i això, es considera que les seves avaluacions i inspeccions donen una mesura precisa de la qualitat. Destaca especialment per les seves inspeccions *in situ* i la inclusió dels usuaris del servei (Richardson *et al* 2019), davant d'altres sistemes reguladors de les cures de llarga durada (Malley, Trukeschitz & Trigg 2015). Un estudi de Towers *et al* (2019) va confirmar que les qualificacions de qualitat de la CQC en residències estan associades amb la qualitat de vida relacionada amb l'atenció (l'SCRQoL) dels residents.

Tot i això, qualsevol sistema per regular la qualitat ha de ser jutjat no només per la seva capacitat per produir valoracions fiables de qualitat, consistents amb els beneficis per a les persones usuàries, sinó també per la seva capacitat per induir qualitat, conduint a millores en els serveis de pitjor qualitat (Kiersey & Coleman 2017). Des d'aquest punt de vista, sembla que la capacitat de la CQC és més limitada, però per entendre la dificultat en aquest punt cal entendre la dinàmica en el sistema de prestar i contractar serveis d'atenció. Gran part del que impulsa (o no) la qualitat es vincula amb les condicions del mercat. A tall d'exemple, l'any passat el diari *The Guardian* (15.10.21) va revelar que "les pitjors residències tenen més probabilitats d'albergar els residents més pobres" citant que el 69% de les persones que viuen en residències a Anglaterra qualificades com a "inadequades" per la CQC, tenen la seva plaça finançada pel sistema públic de cures de llarga durada. Molts argumentarien que aquestes xifres proven que les tarifes pagades per les autoritats locals per places residencials són "insostenibles", encara que també cal assenyalar que les places finançades amb fons públics es concentren en les zones més desfavorides, on millorar la qualitat pot ser més difícil per diverses raons.

10.2 L'emergència de la planificació activa i el paper de les autoritats locals en la gestió del mercat

La llei de l'atenció comunitària del 1980 requeria que els departaments de serveis socials de les autoritats locals desenvolupessin sistemes de gestió per optimitzar els recursos disponibles i produir els millors resultats en

cada localitat. Aquest canvi fonamental en *la responsabilitat i l'autonomia* de les autoritats locals¹¹, (la responsabilitat financera de totes les places residencials, alhora que l'atenció comunitària), va donar lloc a una nova terminologia per descriure la forma de gestió per a la prestació de serveis, conegut en anglès com a *comissionament* (*commissioning*).

En la literatura britànica, 'comissionament' és un concepte ampli amb definicions que competeixen entre si, depenent del context, i, de vegades s'aplica de forma intercanviable amb altres termes. La *European Social Network* (ESN 2021: 57) el defineix, de manera genèrica, com "el procés mitjançant el qual les autoritats públiques especifiquen, garanteixen i monitoritzen els serveis... un procés que involucra una àmplia gamma d'activitats des de la planificació social... fins a l'autorització, acreditació i contractació de proveïdors, així com el control i la garantia de la qualitat."

Incorpora diversos aspectes, per exemple (Marzcek & Wistow 2015):

- La definició, identificació i avaluació de necessitats
- La determinació de prioritats i objectius estratègics
- El disseny i especificació de models d'atenció per satisfer aquestes necessitats dins dels recursos disponibles
- El monitoratge i la revisió dels serveis d'atenció, incloent, per exemple, les necessitats satisfetes i les despeses realitzades
- La negociació, la renegociació, la cancel·lació o l'extensió de contractes per als serveis d'atenció

En l'origen del *comissionament*, com a principi de gestió a l'administració pública, hi va haver un cert escepticisme respecte a la idea que un model de prestació de serveis basat purament en l'"acció del mercat" sigui suficient per garantir serveis de qualitat, amb un equilibri òptim de serveis que satisfaci les necessitats i preferències dels usuaris (Bovaird 2006). Segons Bovaird (2016), aquest concepte s'havia de revisar per tenir en compte el potencial de col·laboració entre les múltiples parts

interessades al domini públic. Aquest principi s'ha aplicat molt en la gestió dels serveis d'atenció a la dependència a Anglaterra.

De tal manera, per poder entendre la gestió de SAD a Anglaterra, cal familiaritzar-se amb els conceptes següents associats amb l'activitat de *comissionament* en el context britànic:

1. Planificació activa o estratègica ("*strategic commissioning*"). Com es veu a la Figura 21, es conceptualitza com un cicle que podríem anomenar **el cicle de gestió de la qualitat**. Encara que la figura ho mostra en forma cíclica, en realitat hi ha molta anada i tornada entre les quatre etapes d'*anàlisi, planificació, acció i revisió*. Els treballs i les accions realitzats en cada etapa haurien d'influir en tots els aspectes relacionats amb la gestió de la provisió i la prestació de serveis, informant de forma contínua del planejament estratègic de l'atenció i les accions i de les relacions que es generen amb els agents i les entitats implicades en la prestació de serveis.

2. Conformació del mercat ("*market shaping*") En virtut de la Llei de cures de 2014 (*Care Act 2014*), les autoritats locals tenen el deure de promoure la diversitat i la qualitat en el mercat de proveïdors locals d'atenció i suport. Han de garantir la disponibilitat d'una varietat de proveïdors, que aquests responguin a les demandes dels individus, famílies i cuidadors, i que donin serveis d'alta qualitat. Aquest paper i les accions que s'hi relacionen s'engloben en el terme "conformació del mercat". Aquesta és una responsabilitat contínua que requereix accions abans de **la licitació i al llarg de la durada dels contractes vigents**. Un exemple important d'aquesta activitat és la col·laboració amb proveïdors mitjançant esdeveniments per compartir informació sobre les futures necessitats per a l'atenció i les prioritats establertes i facilitar l'intercanvi de perspectives, com poden ser les preocupacions relatives als treballadors o les necessitats de suport per reorientar serveis cap a les prioritats de l'atenció i aspectes de sostenibilitat. Una altra tàctica per orientar els proveïdors de serveis que té cada cop més importància és el recurs a **processos participatius** que reuneixen les persones usuàries i els seus cuidadors familiars, potencials i reals, amb els proveïdors.

11. Assumint també, encara que de manera gradual, la responsabilitat financera de totes les places residencials, alhora que l'atenció comunitària

També es recomana que les autoritats locals prenguin mesures més directes per modelar el mercat, mitjançant la **gestió i el finançament de projectes pilots** per explorar nous models d'atenció i la **disseminació de coneixements**.

3. **Cerca de proveïdors** (“*procurement*”) – S’ha d’entendre com el procés per establir un protocol per a la licitació o oferta, així com la pròpia licitació. Requereix seleccionar proveïdors, recopilar, analitzar i valorar ofertes i negociar contractes per adquirir serveis, segons els estàndards acordats, que donin valor per diners i permetin complir el pla d’acció. Aquest procés no es desenvolupa sense intervenció dels possibles proveïdors, sinó que, de manera transparent, recull i té en compte les seves aportacions.
4. **Gestió de contractació** (“*contracting*”) – La contractació fa jurídicament vinculant el resultat de la licitació. La gestió de contractes és el procés que garanteix que els serveis se segueixin prestant amb els **estàndards de qualitat** acordats. El seu èxit depèn de les accions anteriors, a més de la **capacitat de monitorar** la qualitat de serveis i **d’actuar** si les condicions ho requereixen.

El *comissionament* implica així un enllaç **multidimensional** entre les autoritats locals (els compradors) i els serveis d’atenció (els proveïdors) (Knapp, Hardy, Forder 2001). El terme s’utilitza de manera àmplia per descriure les relacions, els processos i les estructures al voltant de les decisions d’assignació de recursos.

Cal notar alguns aspectes:

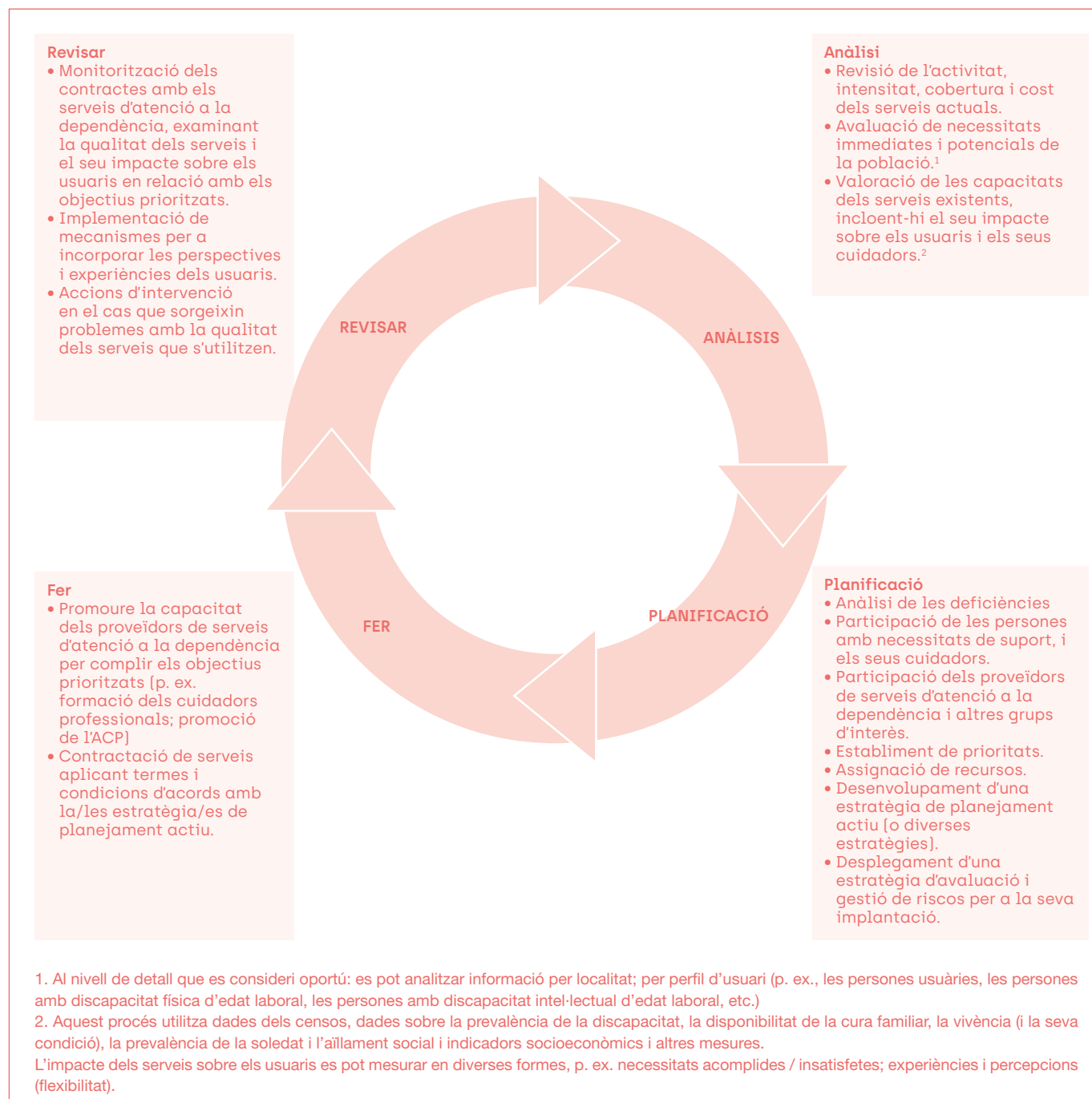
1. **Un repte tècnic requereix un ampli rang d’habilitats (Figura 22), sent un dels aspectes més subestimats pel que fa al seu impacte sobre la qualitat i l’eficiència dels serveis d’atenció.** Tenir capacitat i personal capacitat a escala municipal per al *comissionament* és clau per a implementar canvis estratègics, reduir bretxes entre les necessitats de la població i els serveis disponibles i reduir les desigualtats en l’atenció disponible entre localitats, millorar la qualitat de serveis, identificar i compartir millors pràctiques i millorar les condicions per als cuidadors professionals. La quantitat d’estudis sobre *local authority commissioning* (Davies et al 2021, 2020, 2019; Jefferson et al 2017;

Needham et al 2022) i recomanacions al respecte (Glasby et al 2015; *Local Government Association* 2015; Granville et al 2014) demostren la seva centralitat per millorar la qualitat de l’atenció dels SAD a Anglaterra (Figura 23)

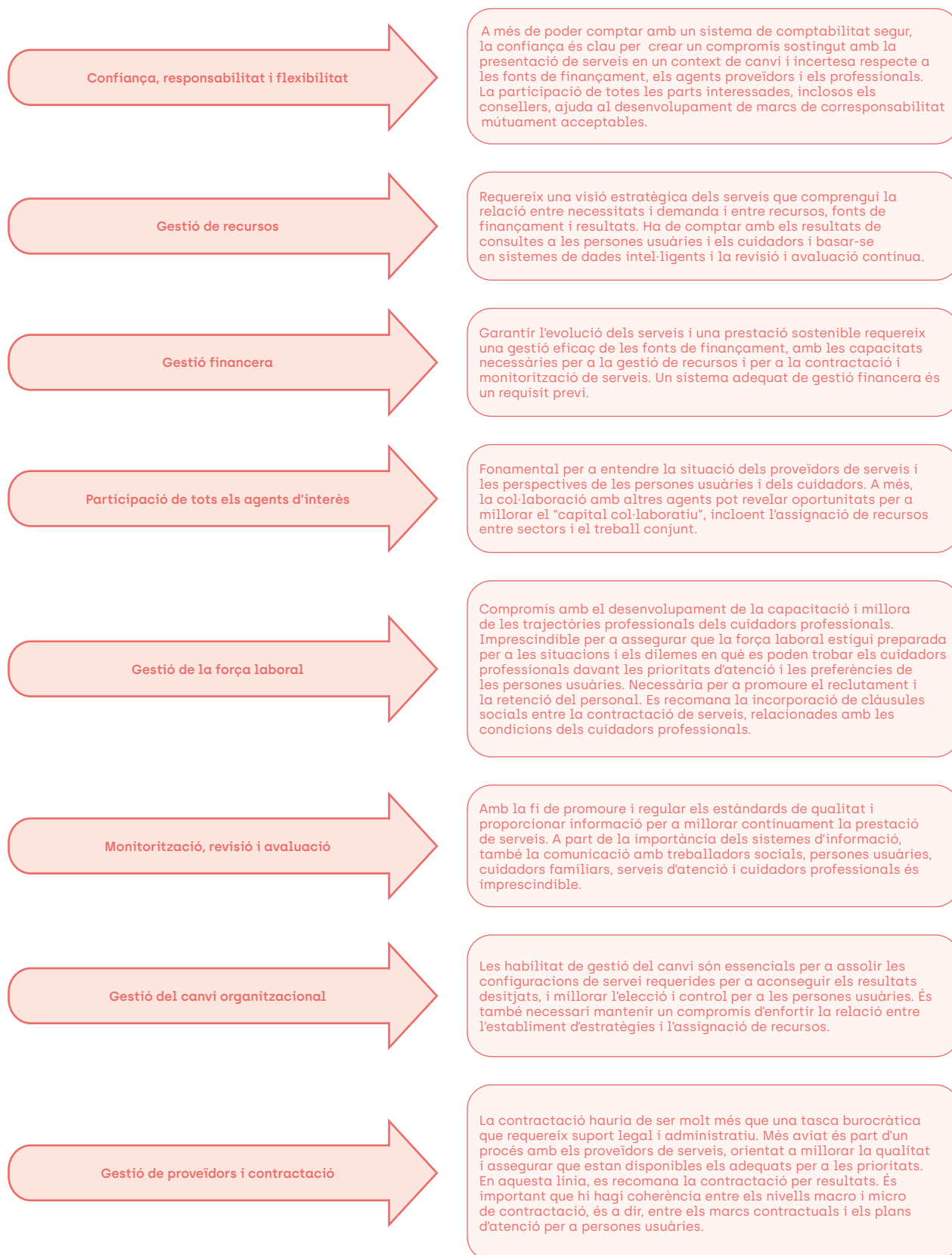
2. El *comissionament* estratègic (“*strategic commissioning plans*” en anglès), incorpora entre altres condicionants factors com la mida de la població, la densitat i dispersió de la població, les seves característiques socioeconòmiques, les característiques dels serveis, les relacions entre ells i la seva micro-cultura (per anomenar-ne només alguns)
3. El *comissionament*, amb tots els components esmentats, és un procés altament polititzat, que reflecteix els valors i els principis d’actors públics democràtics. Com a tal, els proveïdors que vulguin participar en el procés s’han d’adaptar al llenguatge, la cultura i les intencions que es troben darrere de la planificació estratègica i la contractació
4. En relació amb la capacitat per a la gestió, cal notar que la mida mitjana d’una autoritat local a Anglaterra és d’al voltant de 250,000 habitants ¹². Això comporta paral·lelismes amb els municipis grans de Catalunya (com són la ciutat de Barcelona i Mataró). Tot i això, l’experiència del municipi d’Arbúcies demostra com els municipis petits poden adoptar els mateixos principis per millorar la prestació de serveis

12. A Anglaterra hi ha quatre categories d’autoritat local: les de Londres, les unitàries, les metropolitanes i els comtats. A Londres, la població mitjana de les 32 autoritats locals *representatives* és de 280.985 persones (exclouent-ne una autoritat anomenada “la ciutat de Londres”). En la mateixa línia, les autoritats locals unitàries (“*unitary local authorities*” en anglès) tenen una població mitjana de 250,706 persones (descomptant l’illa de Scilly amb una mida atípica de 2,226 persones). Les autoritats “metropolitanes” estan, en general, una mica més poblades, amb uns 316,877 habitants, però no són lluny de la mida de població que pot tenir un CCG. No obstant això, els comtats són molt més grans en població i en superfície (en general són zones de densitat de població baixa), tenint de mitjana una població de 869.796 persones (i la més gran, Essex, una població de gairebé 1 milió i mig).

Figura 21: El cicle de gestió de la qualitat

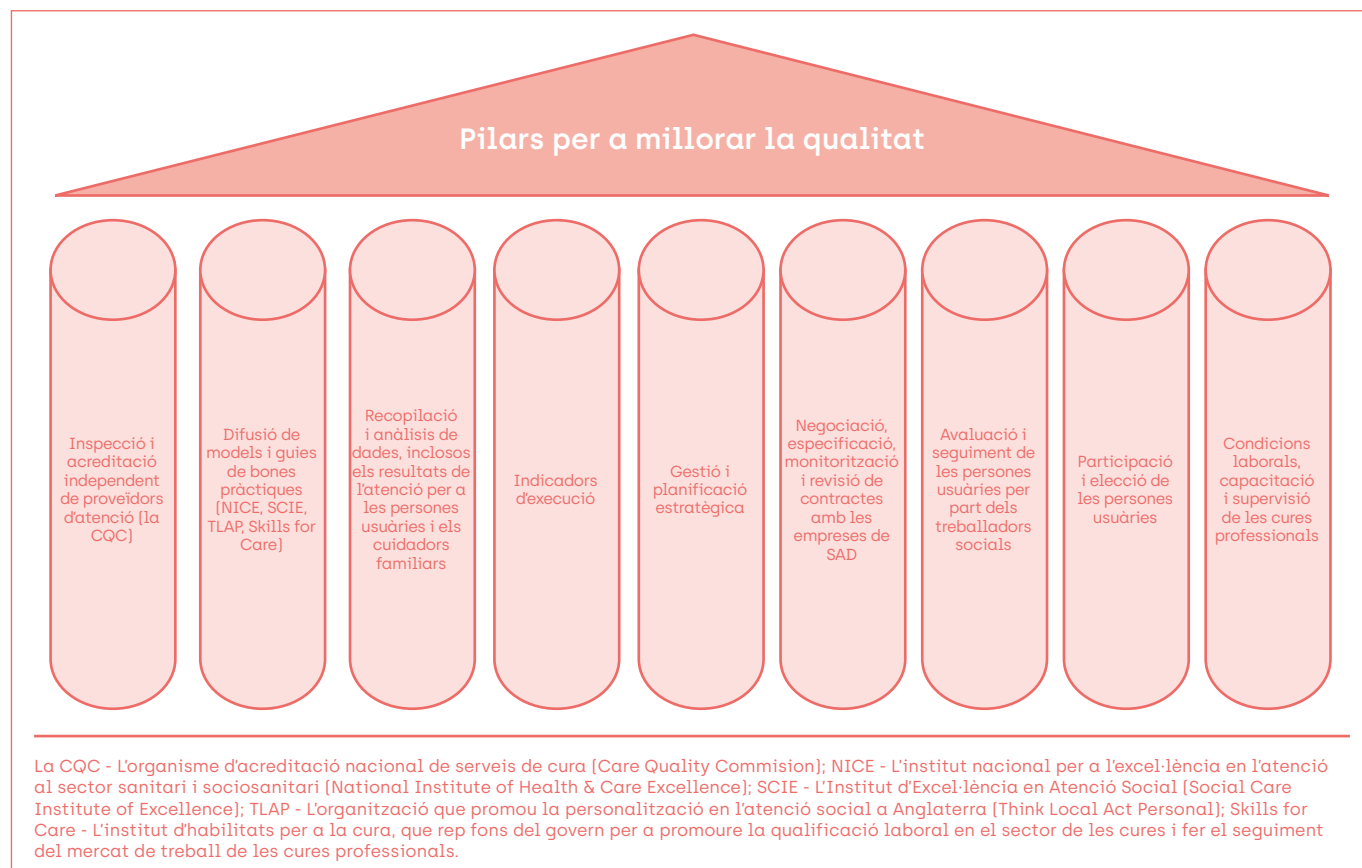


Font: Elaboració pròpia, basat en Wistow, Waddington & Davey [2011]

Figura 22: Habilitats per a la gestió de qualitat (*commissioning en anglès*)

Font: Elaboració pròpia, adaptat de Davey, Henwood & Knapp (2004)

Figura 23: Els nous pilars per millorar la qualitat de l'atenció dels SAD a Anglaterra



Font: Elaboració pròpia.

10.3 Mecanismes de cofinançament entre el sistema de cures de llarga durada i el sistema nacional de salut

Hi ha un mecanisme d'integració financera i de compartir costos amb el sistema de salut per promoure la sostenibilitat de la permanència al domicili.

L'atenció sanitària de continuïtat

Hi havia 19.560 persones que reben pressupostos personals per a la salut amb finançament de l'atenció sanitària de continuïtat, durant el darrer trimestre de 2020-21. Els CCGs (*Clinical Commissioning Group*) van contribuir a finançar 13.876 pressupostos personals per a la salut més amb un acord de cofinançament amb les autoritats locals (*NHS England 2020*). La cobertura del total de pressupostos personals per a l'atenció sanitària de continuïtat va ser del 0,05% de la població d'Anglaterra per al 2020, i suposava el 6,02% de la població de persones rebent atenció de llarga durada per a la dependència a la comunitat.

“L'atenció sanitària de continuïtat” (*NHS Continuing Healthcare* o ‘CHC’ en anglès), és una font de finançament per a l'atenció de persones de 18 anys o més, que visquin a la comunitat i les necessitats de les quals, resultat d'una discapacitat, accident o malaltia, han estat categoritzades com a “necessitats de salut primària”. Això significa que la major part de l'atenció que necessita la persona es considera imprescindible per atendre i/o prevenir necessitats de salut física o mental. Quan algú és elegible per a “atenció sanitària de continuïtat”, les seves necessitats d'atenció són d'una naturalesa que excedeix la responsabilitat dels serveis socials, i així passa la responsabilitat sobre la seva atenció de l'autoritat local al sistema nacional de salut.

L'atenció sanitària de continuïtat és **per a persones en situació de dependència molt alta** que compleixin certes característiques respecte a la naturalesa de la seva condició i estat de dependència. Pren en consideració factors com ara la complexitat de la condició de la persona, la imprevisibilitat de les seves necessitats o la intensitat de l'atenció requerida. Per a aquest darrer aspecte es té en compte no només la quantitat i la

continuitat de l'atenció requerida, sinó també les capacitats requerides per satisfer les necessitats de la vida diària i protegir i mantenir la salut de l'usuari.

Aquest mecanisme no està dissenyat per cobrir els costos de suport de personal sanitari, que són finançats pel sistema nacional de salut a través de l'*NHS Funded Nursing Care* o FNC. L'atenció sanitària de continuïtat pot cobrir:

1. El cost d'ajuts tècnics i/o reformes a l'habitatge de la persona
2. El cost de les cures incloent la cura personal, cures domèstiques (preparació d'aliments, compres, neteja de la llar, bugada etc.), i suport per accedir a equipaments comunitaris
3. Serveis de respir per als cuidadors

L'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat canvia la responsabilitat sobre les necessitats d'una persona en situació de dependència severa, que passen de l'autoritat local al sistema nacional de salut. Específicament, les persones considerades elegibles per a l'atenció sanitària de continuïtat recauen sota la responsabilitat financera dels grups de planificació i contractació d'atenció sanitària (*Clinical Commissioning Group* o CCG en anglès). Els CCG són organismes territorials del sistema nacional de salut que tenen la responsabilitat de planificar i contractar serveis d'atenció primària, així com la majoria dels serveis hospitalaris dins de la zona geogràfica. Gestionen aproximadament el 60% del pressupost del sistema nacional de salut.

Tradicionalment, l'atenció sanitària de continuïtat es limitava a dos usos: el primer, per subvencionar, en casos elegibles, el cost de l'atenció a domicili en casos complexos que requereixen moltes hores d'atenció; en segon lloc, per finançar places residencials per a les persones amb un elevat grau de dependència, combinada amb necessitats d'atenció sanitària. Tot i això, des de l'any 2014, el finançament per a l'atenció sanitària de continuïtat pot donar-se com un "pressupost personal per a la salut" utilitzat com un pagament directe i/o un fons de serveis individuals (vegeu *capítol 2*).

L'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat és un pas important per a les autoritats locals i per a les persones en situació de dependència i els seus familiars.

A diferència dels serveis per a persones en situació de dependència finançats per les autoritats locals, **l'atenció sanitària de continuïtat no està subjecta a copagaments**. La CCG traspasa a l'autoritat local el pressupost per a l'atenció social anteriorment esmentada de les persones que reben l'atenció sanitària de continuïtat. **La gestió del cas és integrada i es realitza conjuntament per una treballadora social de l'autoritat i una professional sanitària a càrrec de la CCG**. Òbviament, les persones que reben atenció sanitària de continuïtat són ateses al domicili també pels professionals sanitaris, que assessoren i supervisen les tasques de les treballadores familiars o assistents personals. El procés d'avaluació d'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat s'explica a la Caixa 27.

Els pressupostos personals per a la salut finançats per l'atenció sanitària de continuïtat

L'establiment de pressupostos personals per a la salut mitjançant la Llei de Cures del 2014 (*Care Act*) ha estat un pas important per a les persones amb necessitats d'atenció social i sanitària molt complexes que volen continuar vivint a casa seva, ja que els pressupostos personals promouen la continuïtat, flexibilitat i elecció.

En els darrers anys, el departament de salut i atenció social del govern britànic ha realitzat un gran esforç per promoure la utilització dels pressupostos personals, insistint que un pressupost personal per a la salut és una de les millors opcions per a persones elegibles per a atenció sanitària de continuïtat que prefereixin romandre al domicili, i suggerint que s'han de considerar com l'opció per defecte per finançar l'atenció sanitària de continuïtat.

S'ha posat també molt èmfasi en augmentar la consciència sobre la flexibilitat permesa en el seu ús, subratllant que la llei no imposa límits als entorns als quals es pot aplicar aquest finançament, ni als tipus de suport, o als serveis que s'han de prestar, llevat que els serveis proporcionats s'han de contemplar en el context de les millors pràctiques per a cada grup de clients (*Department of Health & Social Care* 2012).

Segons xifres del darrer trimestre del 2019-20 (*NHS England* 2020), hi havia 19.560 persones amb finançament per a atenció sanitària de continuïtat, de les quals 6.111 la rebien com a pagament directe; 1.517, a través d'un tercer, com en el cas dels Fons de Servei Individuals (vegeu el *capítol 2*) i 12.694 es gestionaven per la CCG.

És relativament comú, en casos on la persona demana l'atenció contínua per a la salut i aprova el primer pas d'avaluació, però no el segon, que l'autoritat local i la CCG en qüestió engeguin un acord de cofinançament (i corresponsabilitat) per compartir el cost del paquet d'atenció. Amb els *mecanismes d'integració de l'atenció sanitària i sociosanitària* (vegeu més avall), això sol articular-se mitjançant els pressupostos integrats (*pooled budgets*). A banda de les 19.560 persones en situació de dependència severa, l'atenció a domicili de les quals va ser finançada pel CHC, unes 8,820 persones més en situació de dependència severa (però no elegibles per al CHC) van rebre atenció cofinançada. D'aquests, la meitat la van rebre com un pagament directe (*capítol 2*), i dels PHBs, el 32% l'utilitzaven com un pagament directe ¹³. És obvi que, davant de les 444,128 persones rebent atenció de llarga durada a la comunitat a Anglaterra, ambdós mecanismes són excepcionals, sent casos de molta complexitat.

Avaluació accelerada per a persones amb condicions que fan preveure un deteriorament ràpid

Hi ha una manera accelerada d'aprovar l'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat per a persones amb condicions que facin preveure un ràpid deteriorament, i així permetre que les necessitats siguin ateses amb urgència. Aquesta mesura està pensada principalment per a persones entrant en fase terminal, per assegurar un suport adequat al final de la vida, permetent-los anar a casa a morir (si volen) o ingressar en una residència.

L'avaluació accelerada la pot completar un metge autoritzat, guiat per una eina per a la presa de decisions. El metge ha de presentar les raons per les quals la persona compleix amb el criteri requerit per prendre la decisió per la via ràpida.

Durant el darrer any (2020/21), la taxa d'aprovació d'avaluacions estàndard de l'NHS CHC va ser del 20%, i la taxa d'aprovació d'avaluacions accelerades va ser del 96% (*NHS England* 2021).

Caixa 27: Avaluació d'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat

L'avaluació de l'elegibilitat per a l'atenció sanitària de continuïtat és un procés amb dues etapes:

Pas 1: La "Llista de verificació"

El procés de selecció inicial es basa en una llista de verificació que han de completar dos professionals diferents, que poden ser professionals de la salut o treballadors socials. La llista de verificació requereix avaluar onze àmbits d'atenció per a la salut i el benestar. Entre ells hi ha quatre àmbits prioritaris, les puntuacions dels quals compten més: "comportament", "capacitat respiratòria", "medicaments" i "estat alterat de consciència".

Els reclamants tenen dret que hi sigui present un membre de la seva família, un amic o algú que actuï en nom de la persona (un defensor) per garantir que se li proporci-ona una avaluació justa. Si s'arriba a una recomanació d'atenció contínua per a la salut, la persona ha de sotmetre's a una avaluació completa.

Pas 2: Recomanació de l'equip multidisciplinari

El *Care Commissioning Group (CCG)* implementa una reunió multidisciplinària. La data, lloc i hora de la reunió s'han de notificar a la persona i/o als seus representants amb temps suficient perquè puguin preparar el seu cas. La reunió multidisciplinària inclou un panell amb professionals de diferents disciplines, que poden ser metges, infermeres, treballadors socials, terapeutes ocupacionals, etc. Per arribar a una decisió, l'equip utilitza una eina de suport a la presa de decisions. El sol·licitant i el seu representant són presents a la reunió i tant l'usuari com el seu cuidador i/o familiars seran també entrevistats durant la reunió. Poden portar la seva pròpia evidència amb una còpia per al panell. Si el sol·licitant rep la indicació de "prioritat" respecte a una necessitat o de "necessitats greus" respecte a dues, es pot esperar que compleixi els requisits per a l'elegibilitat. La decisió del panell ha de ser consensuada.

Una vegada que un cas és considerat pel panell com a elegible per a "l'atenció sanitària de continuïtat", el cas es deriva a la CCG perquè doni el seu vistiplau i assigni els recursos que consideri necessaris per satisfer les necessitats detallades en l'informe del panell. Llevat de circumstàncies excepcionals, el CCG confirma la recomanació del panell.

10.4 La personalització

Antecedents

Un dels objectius principals de les reformes d'atenció comunitària del 1990 va ser generar un mercat divers de SAD, donant així opcions a les persones usuàries. Knapp (2007) recorda que una de les frases més àmpliament citades del Llibre Blanc del 1989 era l'objectiu de "donar a la gent una major elecció sobre com viuen

13. Elaboració pròpia basat en les dades de NHS Digital (

les seves vides i els serveis que requereixen per a fer-ho¹⁴ (*Secretaries of State*: 4). Tot i això, l'esforç per fer el millor ús dels recursos disponibles a través del 'co-missionament', va portar a utilitzar contractes massius amb poques empreses SAD, cosa que permetia a les autoritats locals obtenir serveis a un preu que es negociava a canvi d'un volum garantit de serveis. Aquestes accions no obeïen únicament a criteris econòmics; en la pràctica, centrar-se en un nombre reduït d'empreses SAD permetia a les autoritats locals maximitzar la seva capacitat per influir en la qualitat de l'atenció i assegurar condicions que l'afavorissin (permetent a les empreses emprar plantilles estables i fent convenient la inversió en desenvolupament professional¹⁵). Tot i això, va començar a ser cada vegada més comú escoltar dels treballadors socials, gestors de casos, persones usuàries i els seus familiars que en diversos aspectes claus, els serveis no tenien "qualitat". La impuntualitat va ser una de les queixes principals.

Ràpidament, les autoritats locals van començar a introduir indicadors de qualitat i a mesurar aspectes com el nombre de cuidadors professionals que donava atenció al mateix client, la **puntualitat** de les visites, o la finalització consistent en una **llista de tasques** estipulades al pla d'atenció (Patmore 2001). No obstant això, diversos investigadors van començar a ressaltar les **diferents prioritats individuals que existien pel que fa a la qualitat del servei**. A través de grups focals i entrevistes individuals amb persones usuàries, es van revelar distincions importants. Per exemple, mentre que unes persones comentaven que els afectava de manera negativa rebre visites de diversos cuidadors professionals diferents, altres gaudien de la varietat de personal, de les diferents personalitats i anècdotes sobre les seves vides personals (Ibid). En la mateixa línia es mostrava que, per a les persones usuàries dels serveis, introduir una certa flexibilitat quant a l'horari d'atenció i les tasques resultava en una millor percepció del servei que un ajustament estricte a les tasques i els horaris especificats (Netten, Jones & Sandhu 2007). De la mateixa manera la Comissió Auditada (2004: 7, citat a Knapp 2007) va indicar que "les persones grans tenen opinions clares i consistents

sobre el que els ajuda a mantenir-se independents..." afegint que "en el cor dels grans, el sentit d'independència i benestar de les persones rau en la capacitat de prendre decisions i exercir control sobre les seves vides".

Així doncs, l'interès per consultar sistemàticament cada persona usuària i ajustar el servei a les seves preferències era cada cop més potent, però, alhora, la flexibilitat dels serveis estava cada cop més limitada per les condicions en què es contractava el SAD.

Implementació dels pagaments directes

El concepte d'una prestació econòmica que permet a les persones en situació de dependència triar com gastar els fons assignats individualment per cobrir les necessitats d'atenció i suport va arribar a l'agenda política a través d'un grup de pressió poderós de persones discapacitades. Aquest formava part del moviment per la vida independent que, des de finals dels anys 80 en parts d'Anglaterra i Escòcia, advocava perquè la prestació econòmica a persones amb discapacitats es proporcionés a través d'entitats intermediàries i autogestionades, els centres de vida independent. Aquestes idees es van plasmar en la legislació l'abril de 1997¹⁶, que va garantir a les persones amb discapacitat el seu dret a rebre de forma directa una prestació econòmica per a l'autogestió de la seva atenció i cures, que es va anomenar el 'pagament directe' (*direct payment*). El febrer de l'any 2000 es va ampliar aquest dret a les persones usuàries de més de 65 anys, encara que en realitat no es pensava en la majoria d'usuaris de SAD, sinó que el petit nombre d'usuaris (discapacitats) d'aquesta prestació que ja havien arribat al límit de 65 anys poguessin continuar utilitzant-la. A les autoritats locals hi havia un desconeixement pràcticament total de l'existència dels pagaments directes, i encara més, de com podien funcionar en la pràctica. Aquest canvi tampoc no va rebre atenció d'organitzacions de persones grans.

Va ser el govern laborista qui va promoure l'ús dels pagaments directes com a part de les seves polítiques de "posar les persones primer" (*Putting People First* – vegeu HM Government 2007). El document del mateix nom, que va rebre suport de diversos departaments governamentals i parts interessades, inclosa l'associació de directors de serveis socials, va ser anunciat com a

14. En anglès la frase era, "give people a greater individual say in how they live their lives and the services they need to help them to do so".

15. Tan aviat com l'any 2007, vam trobar estudis demostrant una associació positiva entre factors com 'tenir cuidadors professionals treballant amb la mateixa empresa SAD durant diversos anys seguits (5 anys i més)' i 'garantir l'horari dels cuidadors professionals' i la qualitat del servei percebuda per les persones usuàries (Netten, Jones & Sandhu 2007).

16. *Community Care (Direct Payments) Act 1996* (Llei de 1996 d'Atenció Comunitària - Pagaments Directes).

protocol històric. Entre els compromisos establerts s'inclouia 'assegurar que s'ofereixen els pagaments directes a totes les persones usuàries per permetre que els usuaris planifiquin i comprin la seva pròpia atenció' i 'acordar i compartir resultats sobre el desplegament de les polítiques de vida independent i mecanismes d'elecció i el seu control'.

En molts sentits, el paper d'aquestes declaracions va ser consagrar el suport a les polítiques ja establertes. Per exemple, des del 2003 (quatre anys abans), el sistema d'avaluar l'acompliment de l'atenció de llarga durada va incorporar un indicador sobre la proporció de persones usuàries amb dret a l'atenció comunitària que rebien pagaments directes (Davey et al 2007).

Dins del govern laborista hi va haver una diferència important entre la primera fase d'intervenció en les polítiques de l'atenció de llarga durada (aproximadament 1995-2005) i la segona (2006-2010). En la fase inicial, la introducció dels pagaments directes va ser una resposta a les peticions de les persones usuàries. Com hem vist anteriorment, l'herència principal de la primera fase del govern laborista va ser el desenvolupament de sistemes per promoure la qualitat de l'atenció. Quan el govern va entendre que oferir prestacions econòmiques en lloc d'un servei directe podria servir per millorar la percepció de qualitat del servei i el seu impacte sobre la persona usuària, van llançar polítiques per promoure la implementació dels pagaments directes a tots els usuaris, amb especial atenció a les persones grans (sent el grup amb més usuaris). Gran part de la promoció es va produir a través de canals ja establerts, amb el moviment de persones discapacitades i els centres per a la vida independent jugant un paper destacat (vegeu Davey et al 2007; 2008).

La introducció dels pressupostos personals

Durant la segona fase, la influència política va venir d'un gabinet estratègic d'esquerres (*Demos*) cristal·litzat en un informe destacat titulat 'Fent-ho Personal' (Leadbeater; Bartlett & Gallagher 2008). En aquesta fase es va passar d'un esforç general i sostingut per millorar l'accés a totes les persones usuàries del sistema d'atenció comunitària a les eines de la vida independent com una possible alternativa al SAD tradicional, a vendre l'**'elecció i control'** com l'**eix principal del sistema d'atenció**. Així, doncs, va esdevenir crític per a les polítiques que l'elecció i el control haurien d'estendre's a totes les

persones usuàries, i no només a la proporció relativament marginal que rebia pagaments directes (Fernández et al 2007).

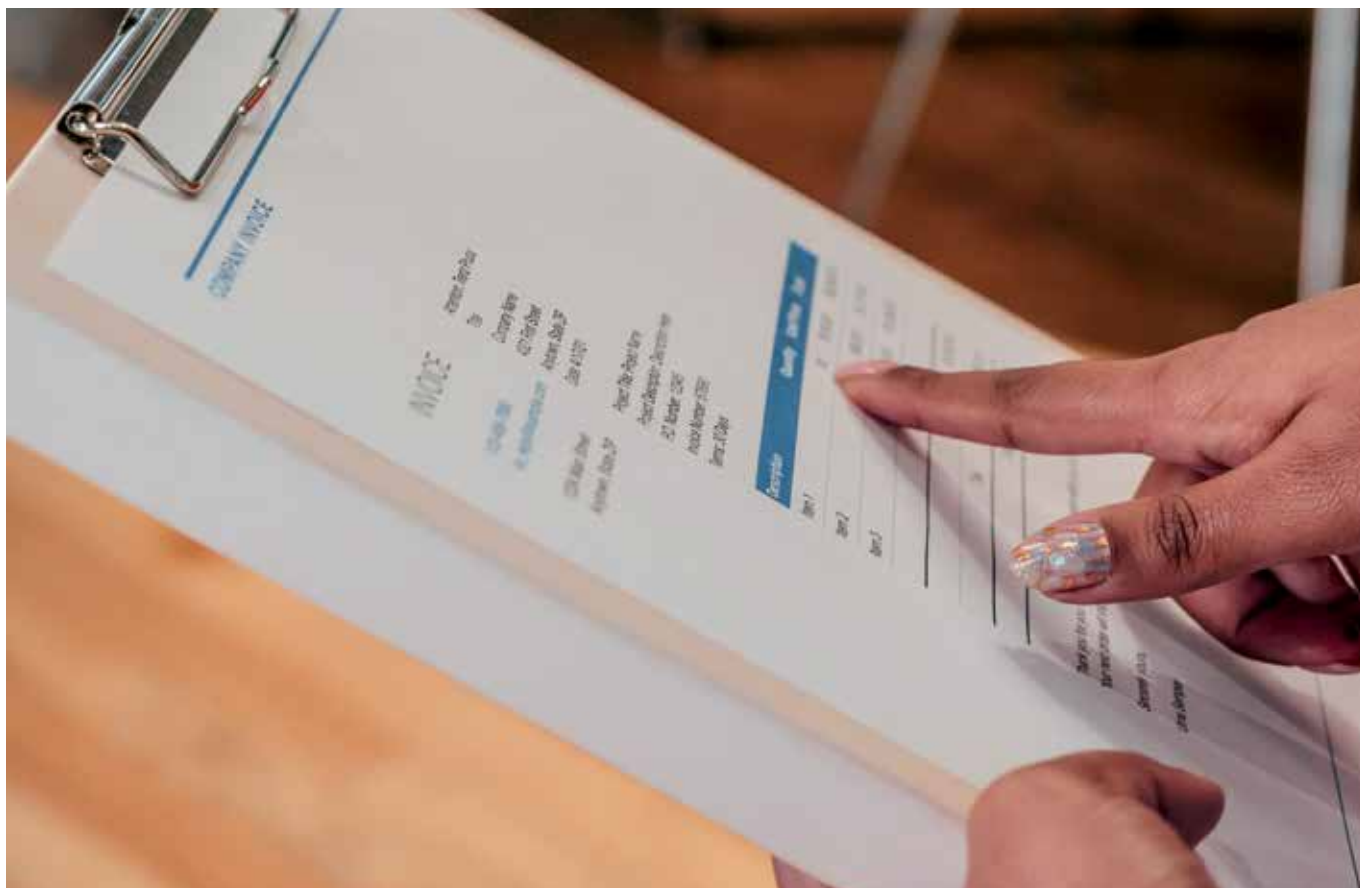
Segons Leadbeater et al (2008: 9) "la revolució dels serveis autodirigits", mitjançant **pressupostos personals**, oferiria un enfocament participatiu capaç d'oferir "solucions *personalitzades* i duradores", adaptades a les necessitats de les persones usuàries, "a un cost menor que els serveis tradicionals i inflexibles", "mobilitzant la intel·ligència de milers de persones usuàries". Tot i que l'informe es va basar en resultats favorables d'un estudi de viabilitat dels pressupostos personals liderat per l'entitat *In Control*, les seves conclusions van reflectir un moviment eminentment polític basat en "l'eficiència ideològica" de la personalització (West 2012).

Quina diferència hi havia, aleshores, entre els pressupostos personals i els pagaments directes?

És important entendre que els pressupostos personals en si mateixos no són prestacions econòmiques que sempre vagin directament a la persona usuària, com ho són els pagaments directes. El pagament directe es manté, però només com a opció.

El pressupost personal es refereix al **recurs assignat a cada individu** que representa, per a la persona usuària, un valor econòmic i un dret a destinar-lo a l'atenció i el suport que requereixi, segons les seves preferències i el nivell de control factible segons el model d'atenció triat (Figura 24).





La implementació dels pressupostos personals va incorporar dos nous models de prestar atenció en el seu disseny: **els pressupostos personals dirigits** i **els fons de servei individuals** (capítol 2), a més de la llavors coneguda opció dels pagaments directes. Cada model ofereix un grau de control i flexibilitat diferent, amb l'opció dels pressupostos personals dirigits sent més semblants al sistema tradicional de prestar atenció, com es veu indicat a la Figura 24. El seu objectiu era permetre que totes les persones usuàries que utilitzessin serveis d'atenció poguessin influir en el disseny de la seva atenció (i no només aquelles que optessin per autogestionar la seva atenció mitjançant els pagaments directes).

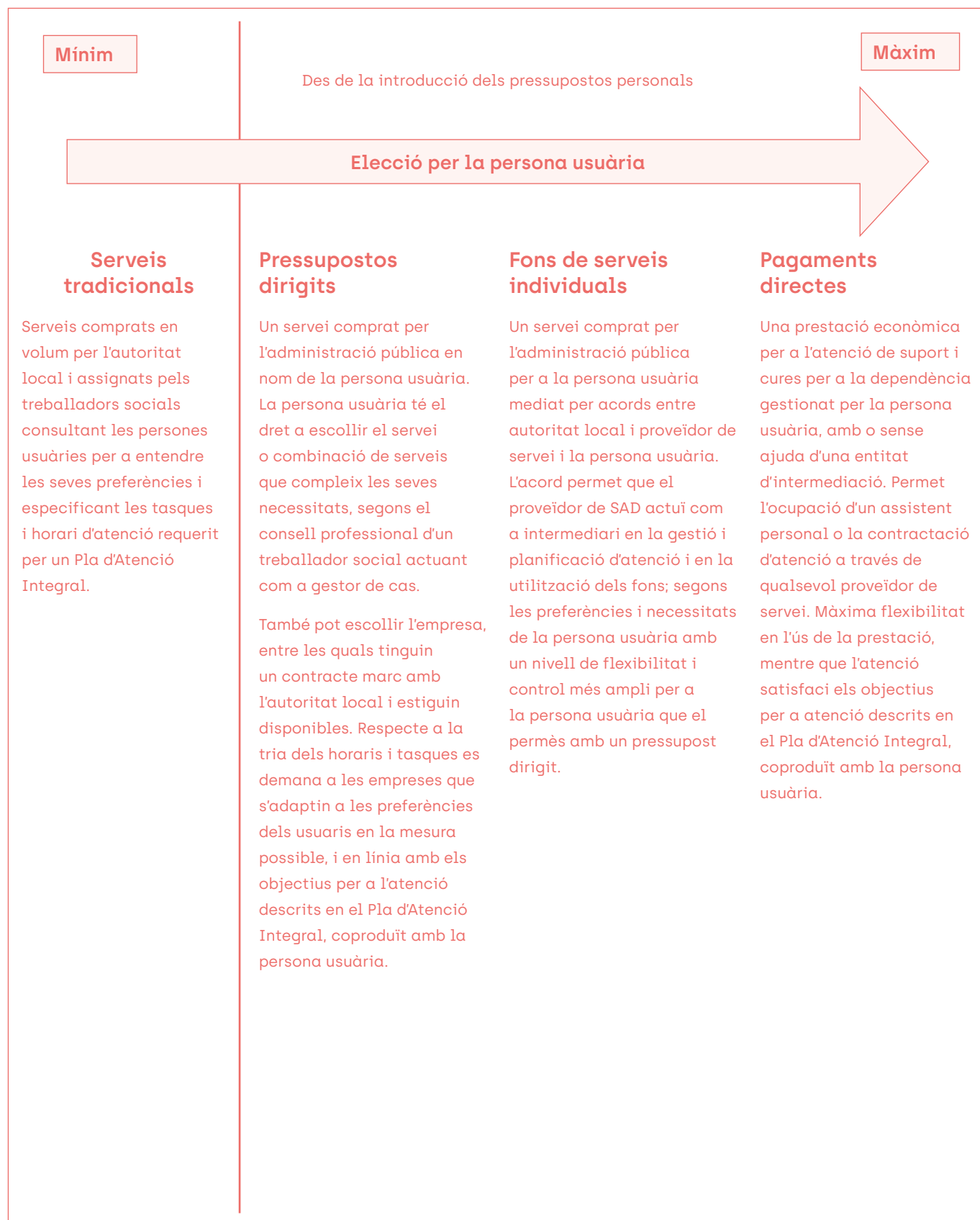
A més de la incorporació de nous models d'atenció, la introducció dels pressupostos personals a través de la llei de cures del 2014 va ser revolucionària per altres raons importants i menys reconegudes:

1. **Va fer transparent l'assignació de recursos a cada persona usuària**, i es va convertir així tots els recursos dels serveis que financen en qualsevol

moment l'atenció comunitària en pressupostos personals, que es podrien rastrejar fins a les persones usuàries, identificant la persona i el valor de cada pressupost

2. Va permetre la integració i incorporació del finançament sanitari en la forma de **l'atenció sanitària de continuïtat** (vegeu a dalt) en els pagaments directes (que fins aleshores no es podia fer legalment), establint un marc legal per permetre que l'autoritat local rebés i gestionés aquests recursos quan la persona optés per un **pressupost personal de la salut dirigit**
3. Va crear un **nou marc d'avaluació** basat en el concepte de **"necessitats d'atenció i benestar"** i un **nou marc per al desenvolupament de Plans d'Atenció Integrals** amb les persones usuàries (i els cuidadors familiars) **basats en els objectius de l'atenció (outcomes)** i **els principis de coproducció**, en comptes d'una prescripció de tasques i temps per part dels treballadors socials (Clements 2019)

Figura 24: Les opcions d'elecció i de control disponibles per a les persones usuàries des de la introducció dels pressupostos personals



Respecte al desenvolupament dels tres models d'atenció disponibles, la gran majoria de les persones usuàries a Anglaterra utilitzen el model de **pressupostos personals dirigits**, que és el més semblant a la prestació d'atenció tradicional. El 85% de les persones usuàries de 65 i més van rebre pressupostos personals dirigits l'any 2020-2021. La resta (15%) va rebre pagaments directes. La utilització del model de Fons de Serveis Individuals, tot i ser recomanat pels experts del sector, continua sent molt marginal i no apareix en les estadístiques nacionals.

Entre les persones usuàries en edat laboral, hi ha un percentatge més alt que fa servir els pagaments directes (un 38%). De tota manera, la variació entre les autoritats locals és enorme. L'autoritat local que recolza més els pagaments directes els presta al 57% de les persones usuàries d'edat laboral i al 25% de les persones usuàries de 65 anys i més.¹⁷

10.5 La contractació de les empreses SAD

Se sap des de fa molt de temps (Patmore 2004) que la qualitat de l'atenció domiciliària es pot veure afectada per les polítiques del comprador públic i els procediments mitjançant els quals s'adquireix l'atenció (per exemple, si els proveïdors poden variar la durada de les visites o els horaris). Com s'ha explicat al *capítol 2*, a Anglaterra les empreses SAD competeixen per la demanda derivada de l'atenció pública en preu i qualitat.

Abans de la introducció dels pressupostos personals, la gran majoria del SAD es comprava a través de contractes de volum, amb garanties per a les empreses SAD; això –en principi– els ajudava a invertir en els seus equips de cuidadors professionals i a millorar la qualitat del servei. El SAD era assignat pels treballadors socials consultant amb les persones usuàries per entendre les seves preferències i especificant les tasques i l'horari d'atenció requerit per un Pla d'Atenció Integral. Des de la introducció dels pressupostos personals, les autoritats locals han canviat la manera de contractar serveis per facilitar l'elecció de les persones usuàries. De les opcions disponibles en allò que s'anomena “les opcions d'elecció i control”, les autoritats locals continuen negociant

amb les empreses SAD, sobretot per assegurar serveis per a les persones usuàries que opten per **pressupostos dirigits**. Per això utilitzen un mecanisme de “contracte basat en un acord marc” (*framework contracts* en anglès) on el volum de servei per a cada empresa SAD no està assegurat en el contracte i és indicatiu. Així passen la responsabilitat a cada empresa SAD d'atreure i fidelitzar els usuaris i de cercar el seu volum òptim de serveis per garantir la sostenibilitat de l'empresa.

Les persones usuàries que opten per un pressupost dirigit tenen dret a triar el servei o la combinació de serveis que compleixi les seves necessitats, segons l'orientació professional d'un treballador social, que actua com a gestor de cas. El SAD és el servei de més importància en l'atenció de les persones grans en situació de dependència. Amb un pressupost dirigit, la persona usuària pot, en principi, triar l'empresa SAD entre les que tinguin un contracte marc amb l'autoritat local i estiguin disponibles. Pel que fa a l'elecció dels horaris i les tasques, es demana a les empreses que s'adaptin a les preferències dels usuaris en la mesura del possible, i en línia amb els objectius per a l'atenció descrits al Pla d'Atenció Integral, coproduït amb la persona usuària.



17. El màxim percentatge de persones usuàries de 65 anys i més rebent pagaments directes, en una autoritat local a Anglaterra, és actualment el 44% (NHS Digital 2021), tot i que és important recordar que aquesta xifra indica que l'autoritat local està prestant els pagaments directes en bones condicions seguint les bones pràctiques i recomanacions explicades al *capítol 2*.

Per gestionar la prestació de SAD mitjançant els contractes basats en un acord, el procés de licitació és molt semblant a l'empleat en altres casos: les autoritats detallen les condicions de prestació del servei, els elements relacionats amb la qualitat de l'atenció, les condicions mínimes per als cuidadors professionals (d'acord amb els convenis) i el preu del servei. La diferència entre la gestió indirecta tradicional de SAD que existia abans de la introducció dels pressupostos personals i després, mitjançant un pressupost dirigit, és que, en comptes de ser els professionals els qui assignen nous usuaris a un proveïdor de SAD, són els usuaris els qui trien, excepte en situacions excepcionals. Per a les persones usuàries i les empreses SAD, la situació és semblant al sistema de lliure elecció a Mataró (Catalunya), llevat que a Mataró, el nombre de proveïdors de SAD és limitat (tres), la qual cosa redueix la càrrega i complexitat de l'elecció per als usuaris, i crea més estabilitat per a les empreses SAD.

La introducció de contractes basats en un acord marc es considera un factor important en la desestabilització del mercat de SAD a Anglaterra en els darrers deu anys. El sistema de licitació requereix pràcticament la mateixa preparació per part de les empreses SAD per aconseguir una aprovació que quan competien per un volum de servei assegurat, però ara s'acaba donant a les empreses només el dret d'estar incloses en una llista de proveïdors aprovats. A diferència de la situació a Catalunya, les autoritats locals exigeixen als treballadors socials que planifiquin l'atenció usant les mínimes unitats de temps factibles. La visita de mitja hora és comuna i també es fan servir visites de 15 minuts. El pagament només s'atorga pel període exacte de la visita, més una tarifa negociada per al cost del desplaçament.

Durant el mateix període, les tarifes negociades s'han vist fortament restringides, mentre que els costos salarials han augmentat (Jefferson *et al* 2018)¹⁸. S'ha d'entendre que els anys d'austeritat s'han reflectit en l'estancament de les tarifes pagades al SAD a causa de les enormes retallades imposades als pressupostos de les autoritats locals. Actualment les tarifes pagades a les empreses SAD per moltes autoritats locals estan per sota dels requisits raonables per complir els augments salarials (no només els canvis salarials, que

són canvis necessaris, tant moralment com pràcticament, sinó també els obligatoris, derivats d'augment en el salari mínim legal i el sou mínim per la cura nocturna).

Davant d'aquestes condicions (i en absència de sistemes que ho impedeixin) les empreses SAD han incrementat la freqüència dels contractes de zero hores que ofereixen als cuidadors professionals. D'altra banda, el creixement de l'economia de "bolos" (*"gig economy"*) ha normalitzat aquestes condicions (la precarització).

Un contracte de zero hores és un tipus de contracte entre un ocupador i un treballador pel qual l'ocupador no està obligat a proporcionar un mínim nombre d'hores de treball, i el treballador no està obligat a acceptar qualsevol feina que li ofereixin. El treballador pot signar un contracte d'aquest tipus amb l'objectiu d'estar disponible per treballar quan li ho requereixin, de manera que no s'especifica ni un nombre d'hores diàries ni els intervals horaris en què treballarà (Wikipedia 2021).

El creixement dels contractes de zero hores es pot veure com una resposta pragmàtica, encara que lamentable, a un conjunt de condicions que ha portat a la *insostenibilitat* de la prestació de SAD. Així, moltes empreses han optat per mantenir una plantilla de dimensió mínima que satisfaci les seves necessitats per cobrir les hores de servei per als clients habituals i dependre d'empleats contractats amb zero hores per cobrir els nous clients i augments inesperats en la demanda de serveis. Per organitzar i cobrir els torns de treball, l'empresa SAD es posa en contacte amb els treballadors per dir-los les hores que necessiten cobrir cada setmana, i en el pitjor cas truquen per cobrir un torn el mateix dia. Habitualment, els cuidadors professionals contractats a zero hores tenen contractes amb més d'una empresa SAD.

Per als cuidadors professionals, aquests contractes tenen nombrosos aspectes negatius, de manera que es veuen danyats molts aspectes de les seves vides, entre ells, la capacitat de gestionar les seves despeses, incompatibilitat amb els compromisos familiars a causa de la necessitat d'estar sempre disposat a treballar, limitacions en els drets laborals i en la reclamació de beneficis (Pennycook, Cory & Alakeson 2013).

Juntament amb els efectes de la pandèmia de COVID-19, aquests factors han portat a una escassetat massiva dels cuidadors professionals en l'àmbit del SAD, a més de reduccions en l'oferta de SAD.

18. A Anglaterra, els salaris dels cuidadors professionals no estan fixats per conveni laboral sinó simplement subjectes a la legislació sobre salaris mínims i influenciats per les forces del mercat. És comú que els cuidadors professionals que treballen al sector del SAD cobrin menys per hora que els assistents dels supermercats.

10.6 La integració del sistema de cures de llarga durada amb el sistema de salut

Antecedents i objectius generals

El debat al voltant de la coordinació entre el sistema de cures de llarga durada gestionat per les autoritats locals i l'atenció sanitària té una llarga història (Hudson & Henwood 2002). Els intents d'integrar aspectes del sistema d'atenció de llarga durada s'han dut a terme per mitjà de legislació, incentius, règims de seguiment i control, orientació sobre millors pràctiques, etc. Aquests intents han sorgit de vegades de la pràctica, però també de la investigació. Els nivells d'actuació en què es planteja la integració se solen categoritzar amb tres termes: macro, meso i micro (Figura 25 ; vegeu també *Curry & Ham*, 2010).

A Anglaterra, aquesta diferenciació de nivells ha ajudat a entendre que la integració pot significar coses molt diferents. Entre el sistema d'atenció de llarga durada i l'atenció sanitària, el d'atenció de llarga durada sempre ha estat percebut com el cosí pobre, empetitit pel poder i la capacitat financera del sistema de salut. També hi ha importants desafiaments organitzacionals per al "treball conjunt", atès que el sistema d'atenció de llarga durada és -i ha estat- liderat per les autoritats locals, mentre que l'atenció sanitària, és-i ha estat- liderada per uns organismes sanitaris que operen en diferents nivells jeràrquics. Per això ha calgut implementar polítiques que forcin, fins a cert punt, la integració de serveis d'atenció social i de salut, a través d'accions i activitats en els diferents nivells. Els governs successius han ac-



tuat alhora (encara que no necessàriament en tàndem) per modificar l'estructura, els límits geogràfics, l'autonomia i la responsabilitat de diferents parts del sistema de l'atenció sanitària, apuntant, entre altres objectius, a crear estructures de salut més aptes i alineades per treballar conjuntament amb el sistema d'atenció social (Lorne *et al* 2019). Les principals raons per buscar la integració de salut i atenció social es resumeixen a la Caixa 28. A continuació es presenta una descripció general dels esforços realitzats en aquesta direcció a Anglaterra, que han portat al canvi actual cap als sistemes d'atenció integrats.

Figura 25: Mecanismes d'integració per nivell d'actuació organitzacional



Macro
Gestió estratègica mitjançant aliances per a la implantació i gestió de serveis, avaluacions compartides i multisectorials de les necessitats locals, pressupostos compartits

Micro
Eines i sistemes d'avaluació i seguiment compartits.
Atenció integrada per cas [gestió de cas integral i compartit].
Cofinançament de l'atenció de la persona usuària



Meso
Equips integrats i multidisciplinaris. Models de promoció i prevenció integrats i basats en la corresponsabilitat (p. ex. la navegació comunitària; la prescripció social)

Font: Elaboració pròpia

Caixa 28: Raons principals per a la cerca de la integració de la salut i l'atenció social

- La idea que per poder reduir les bretxes de salut, benestar i oportunitats durant la vida que es deriven de les desigualtats socioeconòmiques cal integrar els serveis d'atenció sanitària, d'atenció de llarga durada i d'atenció social (en general) i planificar-los i coordinar-los al voltant de les necessitats de les poblacions locals
- La preocupació per la fragmentació de serveis i perquè la manca de coordinació i comunicació entre si pugui conduir a pitjors experiències a les persones que reben atenció, i que la situació sigui especialment inadequada per donar resposta a la població creixent que viu amb condicions de salut complexes, que requereixen cada cop més suport de diversos serveis i professionals
- La necessitat de reduir l'ús innecessari de serveis que resulta de la manca de serveis apropiats on són necessaris

Primer intent de descentralització dels pressupostos de l'atenció sanitària

La primera reforma notable va tenir lloc l'any 1991, quan el govern conservador va permetre¹⁹ als centres de salut d'atenció primària tenir pressupostos descentralitzats. En aquesta reforma, els centres d'atenció primària podien optar per convertir-se en “titulars de fons per a la pràctica de medicina genèrica” (*General Practice o GP Fundholders* en anglès) amb un nivell d'autonomia pressupostària variable (Kay 2002):

L'opció *comunitària* era destinada a petits centres d'atenció primària (amb 3000 pacients o menys) i assignava un pressupost per a dotació de personal, medicaments, proves diagnòstiques i la majoria dels serveis de salut comunitaris.

L'opció *estàndard* era per a centres amb un mínim de 7000 pacients, i els donava un pressupost per cobrir tots els aspectes de l'opció anterior i, a més a més, el servei d'infermeria comunitària, el servei de podologia, el servei de dietètica i els serveis de salut mental comunitaris.

L'opció *total* cobria tota l'atenció hospitalària i comunitària dels pacients, així com la dotació de personal.

En el seu moment, aquest sistema de gestió de fons de GP semblava generar diversos beneficis, (Kay 2002), com reduccions en les taxes de derivació als hospitals,

en les estades hospitalàries en altes per emergència i en les llistes d'espera per a tractaments urgents. La participació dels metges de capçalera en la planificació de l'atenció sanitària i el desenvolupament d'atenció integrada es van veure també positivament, i semblava que la coordinació entre els nivells de l'atenció sanitària (primària, comunitària, intermèdia i secundària) era una millora. Tot i això, el sistema també anava associat amb un augment dels costos de gestió i transacció, una reducció en la satisfacció dels pacients i errors de coordinació entre el sector d'atenció sanitària i les cures de llarga durada.

En oposició, el partit laborista es va oposar al *GP Fundholding* – particularment perquè la conversió a ser un *GP Fundholder* era opcional i conduïa a un sistema de dues categories-. Per tant, la seva abolició va ser pràcticament una necessitat política, un cop van guanyar el poder l'any 1994. No obstant això, les noves polítiques van continuar afavorint i fins i tot enfortint la descentralització de pressupostos d'atenció sanitària.

Segon intent de descentralització pressupostària en el sistema de salut: cap a una col·laboració més gran amb el sistema d'atenció de llarga durada

La col·laboració entre el servei de salut i el sistema d'atenció de llarga durada era una prioritat per al govern laborista, tant com l'*empoderament* de les persones usuàries, i la seva **visió** cercava desenvolupar un sistema amb una **“major integració” de l'atenció sanitària i l'atenció social**.

Durant el període en què es van desenvolupar els *GP Fundholders*, l'estructura del sistema de salut incloïa un nivell de governança intermedi, anomenat les autoritats de salut familiar (*family health authorities*). Per sobre se situaven les autoritats regionals de salut. El govern laborista va abolir les autoritats de salut familiar i, en canvi, va establir el 1999 481 ‘grups de salut primària’ (*primary care groups - PCGs*).

Com si es tractés de l'opció d'autonomia ‘total’ disponible al model de *GP Fundholders*, als PCG se'ls va donar responsabilitat per proveir els serveis de salut primària i comunitària, així com serveis hospitalaris i serveis de salut mental²⁰. Els PCG eren diferents per la seva dimensió (tenien una cobertura de població mitjana de 100.000 habitants), i pel fet que fossin obligatoris i no optatius.

19. En base a certs criteris.

20. Van contractar serveis dels proveïdors de l'NHS o del sector privat.

La seva dimensió significava que ja no eren específics per a un centre de salut primària, sinó per a diversos centres de salut geogràficament adjacents. Això va requerir instituir capacitat gerencial específica, en lloc de confiar en la idea que els metges de capçalera podien evolucionar en gestors, com va ser el cas amb el model de *GP Fundholders*.

Una actualització primerenca de les reformes de PCG va ser modificar-ne la mida, creant els fideïcomisos d'atenció primària (*Primary Care Trusts* – PCTs). Els PCTs eren més grans encara i, significativament, en la seva majoria **coincidien amb els límits geogràfics de les autoritats locals, per tal de facilitar-ne la col·laboració.**

Els PCT eren gestionats per un equip de directors executius, membres de la direcció del PCT, juntament amb altres directors no executius, designats mitjançant convocatòria oberta. El president de cada PCT era un director no executiu. Altres membres de la junta incloïen el president del comitè executiu professional (PEC) del PCT (elegit entre els metges d'atenció primària, infermers comunitaris, farmacèutics, dentistes, etc. de la zona i, significativament, també pels gerents dels serveis d'atenció social) a més de membres no professionals, que actuaven com a representants de la ciutadania. Els PCT eren, en gran mesura, organismes administratius responsables de proveir serveis de salut primaris, comunitaris i secundaris als proveïdors. Fins al 31 de maig del 2011, també prestaven serveis de salut comunitaris directament. En conjunt, **els PCT eren responsables de gastar al voltant del 80 per cent del pressupost total de l'NHS.**



Coincidint amb la creació dels PCG/PCTS, va haver-hi iniciatives per eliminar els problemes legals, administratius i financers que representen barreres per a una major integració de serveis. La **Llei de Salut de 1999** (*Health Act 1999*) va introduir un “**deure de col·laborar**” en totes les organitzacions del sistema nacional de salut, mentre que la Llei de Govern Local de 2000 (*Local Government Act 2000*) va autoritzar les autoritats locals a treballar més estretament amb organismes de salut).

L'article 31 de la Llei de Salut del 1999 va establir **tres mecanismes d'integració**, coneguts des de llavors com ‘les flexibilitats de la Llei de Salut’ (*Health Act Flexibilities*) que eren:

- **combinar els pressupostos** per a l'atenció sanitària (principalment dels PCG/PCT) i l'atenció social (de les autoritats locals) per poder fer *comissionament* conjunt (**‘joint commissioning’** en anglès via ‘joint’ o **‘pooled budgets’**)
- delegar la gestió de serveis per a un objectiu o conjunt específic **a una agència “principal”** que podria ser, per exemple, la gestió d'un SAD preventiu
- **la integració dels professionals de l'atenció sanitària i social en una sola organització**

Els beneficis potencials de les flexibilitats de la Llei de Salut es consideraven importants (Davey & Henwood 2003). Per exemple, des del punt de vista individual o micro, els pressupostos combinats podien permetre assignar recursos per a paquets unificats d'atenció, mitjançant un pla d'atenció integrat, l'elaboració del qual també va passar a ser obligatori.²¹

Des del punt de vista 'macro', els pressupostos combinats podien, en principi, reduir els costos de transacció associats amb els processos de comptabilitat separats, afavorint la col·laboració en la prestació de serveis de gestió directa o indirecta. També va oferir la possibilitat d'establir equips integrats al nivell 'meso'.

Altres dos articles de la mateixa llei afegien possibilitats extra de col·laboració, per si les flexibilitats anteriors no eren suficients: l'article 29 va fer possible la transferència de fons dels PCT²² a les autoritats locals, p.e., per finançar centres per promoure una vida saludable, instal·lacions de lleure o qualsevol programa per al benefici general de la comunitat. L'article 30 va permetre noves transferències de fons de les autoritats locals a organitzacions de l'NHS, per a funcions que incloïen serveis per a la salut comunitària, inclosa la rehabilitació o qualsevol servei adreçat a la prevenció d'ingressos hospitalaris.

Per acabar, l'any 2000, el govern laborista va anunciar la possibilitat d'unificar un PCT i una autoritat local com una sola organització legal, amb l'atenció sanitària i social totalment integrada. D'això se'n diria un Fideïcomís d'Atenció (*Care Trust*).

Amb raó, Hudson & Henwood (2002:159) van descriure aquestes mesures com "la primera estratègia coherent sobre el treball integrat en la història de la política social britànica". El govern va declarar que volia veure una floració d'aliances locals que posessin les necessitats de les persones usuàries al centre de tota la seva tasca.

Poc després d'atorgar les flexibilitats es va considerar necessari reorganitzar l'estructura de les autoritats sanitàries regionals per tal de centrar la seva activitat en el suport a la funció dels PCT i crear vincles més significatius amb els PCT (tant geogràficament com administrativament). Aquestes autoritats eren fiscalitzades



pel govern nacional a través de mecanismes de control financer i objectius dirigits. Va ser llavors quan es van crear les autoritats sanitàries estratègiques (*strategic health authorities*), en virtut de la Llei de Professions Sanitàries i de Reforma del Servei Nacional de Salut de 2002 (*National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002*) i va representar la primera vegada que el nivell regional de l'NHS havia de reportar directament al govern nacional en comptes d'actuar de manera autònoma (a través d'una junta i membres no executius). Els pressupostos financers i una gran part de l'agenda dels PCT eren determinats per les autoritats sanitàries estratègiques.

Gran part de les directives de l'època exigien una planificació conjunta de serveis entre els PCT i les autoritats locals. Per exemple, el Pla d'Acció Local (*Local Delivery Plan*) era un requisit obligatori en què calia especificar els plans de finançament i activitats integrades. Per desenvolupar el pla, els socis creaven una junta d'associació estratègica local (*Local Strategic Partnership* o 'LSP s'), i convidaven altres agents a participar-hi, inclosos habitatge i salut pública. El desenvolupament del Pla d'Acció Local es va subdividir per àrees: gent gran, persones amb discapacitat intel·lectual, salut mental, nens i adolescents, a través de grups de *comissionament* conjunt (*Joint Commissioning Groups* o JCG, un per cada àrea (Davey & Henwood 2004). Pel que fa als serveis per a gent gran, els PCTs i les autoritats locals van avançar en el finançament de pressupostos conjunts, que incloïen fons per a les places de residències per a les persones amb necessitat d'atenció sanitària (típicament finançat per tots dos), pel es coneix en anglès com '*nursing home care*' així com finançament per als ajuts tècnics i serveis de rehabilitació (també conegut com '*cura intermèdia*' o '*intermediate care*').

21. Les directives van obligar els PCTs i les autoritats locals a introduir un procés únic d'avaluació (*Single Assessment Process*).

22. O una altra organització del sistema nacional de salut.

Es va fer evident la coincidència entre les visions dels PCT i les autoritats locals sobre el futur dels serveis per a gent gran, pel que fa a proporcionar un ampli ventall de serveis, atenció preventiva primerenca via la subcontractació al tercer sector i un enfocament continu centrat en la prevenció de l'atenció institucional, basat en utilitzar el SAD en un suport de més intensitat i la disponibilitat de cura intermèdia per a persones *posthospitalitzades* o en risc de ser ingressades²³ (Davey & Henwood 2004). Els gerents dels PCT i les autoritats locals tenien intenció de garantir la continuïtat i la coherència entre les dues administracions, especialment en relació amb els recursos i els processos d'atenció. En aquesta línia, alguns PCT i autoritats locals unides van començar a **ubicar el personal en oficines compartides per millorar la col·laboració**.

Tot i aquests canvis prometedors, els nous mecanismes i estructures, dissenyats per garantir una major integració dels dos sistemes, no van aconseguir eliminar completament les barreres en la provisió i finançament integrat de serveis per a la dependència. Entre les barreres més resistents hi havia les diferències en els mecanismes generals de planificació dels PCT i les autoritats locals, fora de les àrees específiques d'integració, les incongruències en els cicles pressupostaris de cadascun i els diferents marcs de gestió de l'exercici i rendició de comptes, sense esmentar les disparitats organitzacionals i culturals. Les "guerres territorials" interprofessionals han contribuït durant anys a una incomprensió mútua i al desacord entre els professionals de salut i els professionals dels serveis socials (els treballadors socials, els professionals del tercer sector i l'àmbit de serveis comunitaris, etc.), i poc es va fer per canviar aquesta situació.

El progrés general amb l'ús de les flexibilitats de la llei de salut i/o l'establiment de fideïcomisos d'atenció va ser divers i lent. Gran part de la tasca d'avaluar el progrés es va assignar a la Comissió d'Auditoria (*Audit Commission*), com a part de les avaluacions sobre el funcionament

de les autoritats locals. També hi va haver una proliferació de grups de treball (*task forces* en anglès) establerts pel govern per brindar suport i instrucció de forma directa als líders i administracions locals per millorar la situació on el progrés era deficient. Hi va haver un canvi general envers l'aplicació obligatòria, en lloc de dependre de la bona voluntat dels socis locals per formar associacions productives. El govern podia imposar un fideïcomís d'atenció (*Care Trust*).

Juntament amb això, es va convertir en un requisit legal l'any 2007²⁴ que les autoritats locals i les organitzacions responsables de la gestió d'atenció sanitària duguessin a terme una avaluació de necessitats estratègiques de forma conjunta i periòdica (*Joint Strategic Needs Assessment* o 'JSNA' en anglès) per comprendre les necessitats de salut i benestar actuals i futures de la població local, tant a curt termini (de tres a cinc anys) com a llarg termini (de cinc a deu anys). Això plasma l'aliança estratègica local (*Local Strategic Partnership* o LSP en anglès), que també es va convertir en una obligació estatutària a través de la mateixa llei. La llei estipulava que el JSNA havia de conduir a un 'acord estatutari d'àrea local' (*Local Area Agreement* o 'LAA' en anglès) que registrés formalment la participació i el compromís dels socis de l'LSP. Finalment, totes les flexibilitats i mecanismes d'integració descrits anteriorment es van unificar en la Llei de l'NHS de 2006, secció 75, per la qual cosa ara es coneixen com flexibilitats de la secció 75.

Reestructuració posterior de les estructures sanitàries descentralitzades de planificació, contractació i prestació de l'assistència sanitària i el seu efecte en la integració

L'última etapa del govern laborista, l'any 2010, va marcar un nou gir en la visió de com modificar les organitzacions del sistema d'atenció sanitària dins un model de planificació, contractació i prestació de serveis descentralitzats. Tot i que qualsevol acció d'aquest tipus té ramificacions enormes per al progrés de la integració, val la pena assenyalar que la principal preocupació política, al començament del període d'austeritat, era la despesa dels PCT en l'atenció primària i secundària de salut.

23. Els primers serveis de cures intermèdies per a la rehabilitació es van organitzar en institucions, principalment en residències de gestió directa (gestionat per les autoritats locals), amb equips integrats al lloc de treball, però ocupats per una de les dues institucions (un PCT o una autoritat local). Posteriorment, les polítiques van canviar per promoure'l com un servei d'atenció a domicili (el SAD preventiu) limitat a un màxim de 12 setmanes (6 de les quals són finançades pel sistema nacional de salut), després d'avaluacions que indicaven que els espais residencials no eren aptes per a la rehabilitació i que la relació cost/benefici no mereixia el desenvolupament en residències.

24. Via la Llei de Govern Local i Participació Pública en la Salut de 2007 (*Local Government and Public Involvement in Health Act 2007*)

De forma força incongruent amb la resta de les seves polítiques, durant els últims anys de poder, el govern laborista havia tornat a la idea de posar en mans dels metges de capçalera, infermeres i altres professionals d'atenció primària el poder de decisió sobre la despesa en atenció de salut primària, secundària i integrada a la seva àrea local -a través del *comissionament* basat en els centres de salut' (*Practice Based Commissioning* en anglès). Això recordava la política de *GP Fundholding* encara que fossin recolzats pels PCT. La jugada amb el comissionament basat en centres de salut va ser molt breu (2005-2008): aviat va quedar clar que els centres de salut necessitaven agrupar-se amb altres centres de salut per poder encarregar serveis amb l'escala i l'eficiència necessària. Aquests consorcis van començar a ser coneguts com a 'grups de planificació i contractació d'atenció clínica' (*Clinical Commissioning Group* o 'CCG' en anglès).

La primera actuació del govern de coalició (2010-2015) al camp de la integració i la devolució de gestió de l'atenció sanitària va ser abolir els PCT per mitjà de la Llei de Salut i Atenció Social (2012), estenent la pràctica dels consorcis de planificació i contractació d'atenció clínica (CCG). Aquests es feien responsables de la planificació, la contractació i la gestió de serveis d'atenció primària, així com de la majoria dels serveis hospitalaris dins de la seva zona geogràfica, així com d'aspectes d'atenció en els límits entre la salut i l'atenció social.



La Llei de 2012 va introduir les juntes de salut i benestar (*Health and Wellbeing Boards* en anglès) com la nova institució local per promoure la integració. Això va ser, en la pràctica, un canvi de marca dels LSP (*Local Strategic Partnerships*) necessari per poder adaptar-los al nou panorama organitzacional. Com els LSP, les juntes de salut i benestar tenen el deure estatutari de promoure la integració, avaluar les necessitats de la seva població local mitjançant una avaluació conjunta de necessitats estratègiques (JSNA) i acordar un pla estratègic que detalli com aquestes necessitats seran satisfetes (el pla de salut i benestar). Tot i això, a diferència de la situació anterior amb els PCT i les autoritats locals, la responsabilitat sobre el *comissionament* de serveis com a resultat dels canvis organitzacionals ha quedat "seriosament fragmentada" amb pressupostos que anteriorment eren controlats pels PCT, dividits entre 211 CCG, NHS England i 152 autoritats locals (Humphries & Wenzel 2015).

En general, la Llei de Salut i Atenció Social del 2012 es va centrar més en donar llibertat als CCG i, en general, al sistema nacional de salut per contractar empreses privades per a la prestació d'atenció sanitària que no pas en la integració de l'atenció sanitària amb l'atenció social. No va ser sinó en esmenes a la llei ²⁵ com es van mantenir les anteriors flexibilitats legislatives per establir pressupostos integrats, el *comissionament* conjunt i la provisió integrada (Humphries & Wenzel 2015). Tot i això, s'ha produït una gran quantitat d'activitat per promoure la integració a causa de poderosos incentius financers, seguint una llarga tradició a Anglaterra d'impulsar iniciatives particulars per crear tracció en les prioritats polítiques i en la implementació de les lleis mitjançant subvencions específiques. Va ser així com, entre el 2013 i el 2018, es van desenvolupar importants exemples d'integració a Anglaterra, gràcies a les subvencions de Fons Per a una Millor Atenció (*Better Care Fund* o BCF), i el Programa Vanguardia dels Nous Models d'Atenció (*Vanguard New Care Models Programme*).

El BCF consistia en: (a) un fons que es feia servir per pagar els serveis relacionats amb la salut i l'atenció social, amb diners proporcionats pels CCG i les autoritats locals, (b) plans aprovats sobre com s'usaria el Fons, (c) finançament condicionat parcialment a l'exercici, i (d) un paquet de suport per ajudar els districtes (Forder *et al* 2018). La seva comesa era centrar-se en aspectes concrets: les transferències d'atenció a les altes hospitalàries

25. Article 75 de Llei de Salut i Atenció Social del 2012



endarrerides (per exemple, quan una persona no pot sortir de l'hospital a causa d'una manca d'atenció per a la dependència disponible), els ingressos hospitalaris no programats, els ingressos en residències i l'eficàcia dels serveis de la rehabilitació (com ara el SAD preventiu).

L'enfocament del Programa Vanguardia dels Nous Models d'Atenció ha estat molt divers (Checkland *et al* 2019), però ha promogut models per millorar la continuïtat de l'atenció sanitària en residències (el model '*Enhanced Health in Care Homes*' o 'EHCH') (McCarthy *et al* 2019) i els proveïdors multiespecialitat en la comunitat (*Multispeciality Community Providers* o 'MCPs') centrats en traslladar l'atenció especialitzada dels hospitals a la comunitat i desenvolupar una atenció sanitària i social integrada al voltant de zones de població i de l'atenció primària (Coleman *et al* 2021).

Juntament amb aquests programes destacats (Vanguardia i el BCF) i específicament en les zones on hi participen, el govern conservador va introduir, un nou comitè organitzatiu anomenat 'l'Associació de sostenibilitat i transformació' (*Sustainability and Transformation Partnerships* o 'STP') el 2016 per impulsar el treball per millorar la salut pública a través de la prevenció. Se suposava que aprofitarien el treball de les juntes de salut i benestar, incloses les avaluacions de necessitats locals i les estratègies de salut i benestar, i que les juntes de salut i benestar serien centrals per al desenvolupament dels STP, com un fòrum de tot el sistema amb un mandat democràtic de les comunitats locals. (*Local Government Association* 2016). Els criteris de governança per a les STP es van deixar oberts i la implementació dels STP va ser, sobretot, alimentada per la disponibilitat de finançament addicional i un altre tipus de suport vinculat amb els programes esmentats.

Com en el cas dels comitès anteriors generats, a banda de la planificació, s'esperava que les accions del STP se centrarien en la contractació de serveis de gestió indirecta mitjançant el "*comissionament conjunt*" (*joint commissioning*) i la prestació d'atenció de gestió directa finançada amb pressupostos integrals i equips combinats i multidisciplinaris (Coleman *et al* 2021, McDermott *et al* 2019). Com una extensió del mateix, el govern va oferir la possibilitat d'avançar fins a una estructura encara més integrada sota el terme, "Organització Responsable de la Cura" (*Accountable Care Organisation* o 'ACO' - basat en les ACO dels Estats Units), una organització única amb responsabilitat per a la salut de la població i la prestació de serveis integrats de salut i atenció per a una àrea definida (Billings *et al* 2016) ²⁶.

Els nous sistemes d'atenció integrats

Alimentat pels aprenentatges dels programes de *Better Care Models* i *Better Care Fund* i la generació dels STP, el govern conservador va anunciar la creació de noves institucions a Anglaterra, els anomenats sistemes d'atenció integrats (*Integrated Care Systems* o ICS). Inicialment aquestes estructures no tenien estatus legal, però la Llei de Salut i Atenció Social recentment aprovada els ha atorgat un estatus legal complet. D'altra banda, **exigeix que totes les autoritats locals i CCG a Anglaterra s'uneixin a un ICS** (*Department of Health & Social Care* 2021).

Els ICS es componen de dues parts: un "organisme de l'NHS d'ICS" i una "ICS de l'atenció sanitària i social" (*Department of Health & Social Care* 2021). L'estructura dual és un desenvolupament nou i reconeix les dues formes d'integració que es necessiten per adoptar un enfocament destinat a millorar la salut i el benestar de les poblacions locals: integració dins l'NHS (entre diferents organitzacions de l'NHS) i integració entre l'NHS i govern local (i socis més amplis) (The Kings Fund 2021).

Cada ICS d'atenció sanitària i social és responsable de desenvolupar un pla per abordar les necessitats de salut, salut pública i atenció social del sistema, a través dels mateixos processos i organismes ja establerts (la JSNA, i la Junta de Salut i Benestar) integrats, com abans, en el cicle de gestió per a la qualitat de les autoritats locals (Figura 21). De manera similar a la junta d'associació

26. Essencialment, com el concepte del Fideïcomís d'Atenció (*Care Trust*) contemplat l'any 2000.

estratègica local que actuava amb els PCT, l'ICS de l'atenció sanitària i social inclou representació dels proveïdors d'atenció secundària de l'NHS, la salut pública, representants del sector de la comunitat de l'economia social i de l'habitatge, així com de les autoritats locals.

Els ICS cobriran àrees molt més grans que els CCG, en principi adjacents amb els límits de les autoritats locals, i estaran subjectes a auditoria per la Comissió de Qualitat d'Atenció (la 'CQC').

Com abans, la funció del pla estratègic (JSNA) seria:

- Caracteritzar l'estat de salut i el benestar de la població local
- Identificar desigualtats
- Il·lustrar les tendències
- Descriure les opinions de la comunitat local
- Destacar les troballes clau

Els plans per als ICS encara no han rebut l'aprovació legislativa completa (*prevista per al juliol de 2022*). Molts comentaristes temen que no enderroquin les barreres a la integració. Per exemple, el *Kings Fund* assenyala el desafiament que suposa l'existència de sistemes de pagament extremadament complexos a tot arreu, sovint en conflicte, incentivant diferents activitats o maneres d'administrar la cura. En segon lloc, hi ha incerteses sobre la gestió i l'intercanvi d'informació sobre les persones usuàries. Continuen existint tensions importants al voltant del poder, autonomia i control de les autoritats locals en un ICS.

El 2020 es comptava amb 42 ICS, generats de forma "voluntària" (encara que en realitat tots eren STP que van ser anomenats ICS). D'aquests, **només 13 es consideraven en un estat avançat de desenvolupament**. Així mateix, Manchester (Anglaterra) ha estat un dels casos exemplars pel seu entusiasme i rapidesa en la implementació, combinat amb la seva llarga història prèvia d'integració de la salut i l'atenció social. No obstant això, una avaluació independent del *Centre for Policy Studies* (2021) va concloure que els resultats de salut i atenció social a l'ICS de Gran Manchester²⁷ eren significativament

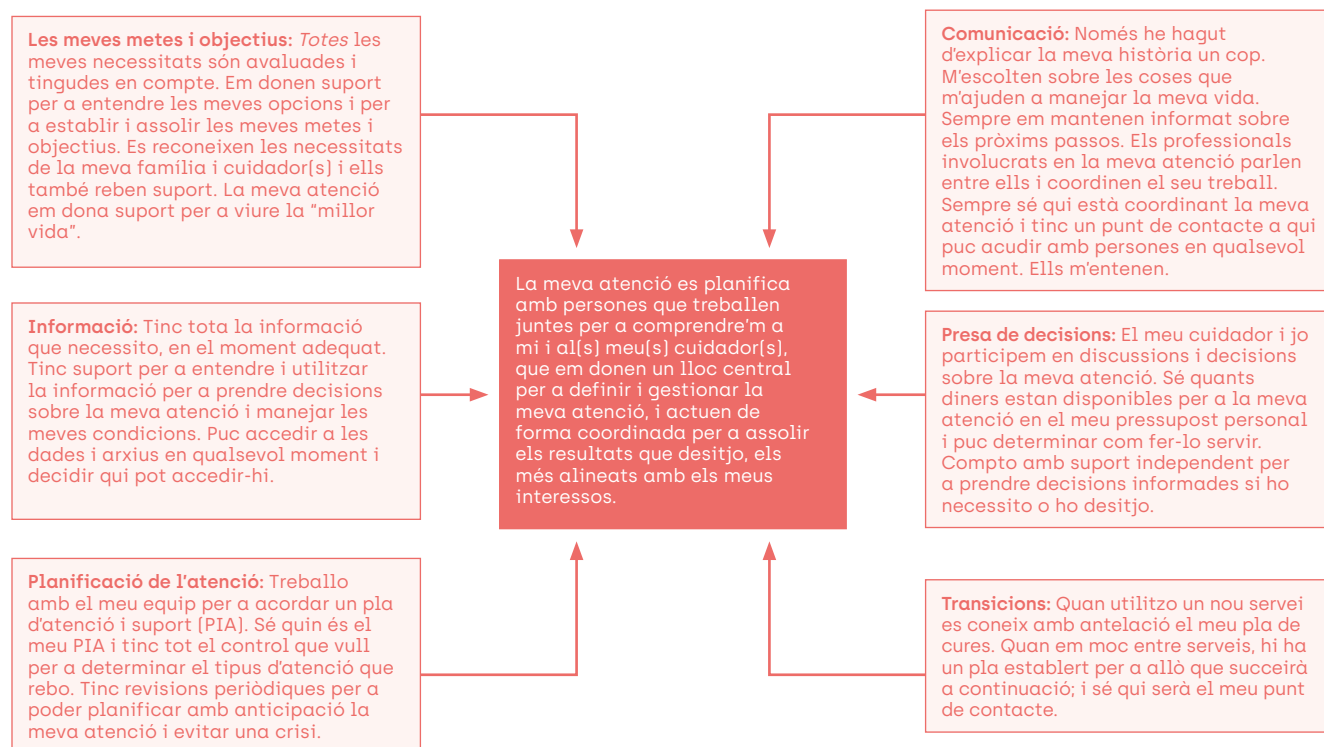
pitjors del que s'hagués esperat sobre la base de les tendències anteriors a 2016 a l'àrea, l'exercici nacional a tota Anglaterra, i els mateixos objectius declarats de l'ICS de Manchester. Briggs et al (2020) també van concloure que l'evidència d'una relació entre la implementació dels STP (en què es va basar el model d'ICS) i la prevenció de malalties i millora de la salut era molt feble. No obstant això, Coleman et al (2021) argumenten que convertir els objectius de llarg termini en indicadors d'èxit no sol reflectir el progrés a curt termini. Al respecte de la relació entre la integració i l'atenció per a les persones fràgils o en situació de dependència, un informe destacat de *The Nuffield Trust* (Reed et al 2021) va advertir que, sense una inversió simultània en el sistema d'atenció de llarga durada gestionat per les autoritats locals, era "molt probable" que les reformes addicionals no donessin els resultats desitjats.

Al llarg de la història s'ha basat l'objectiu de la integració de l'atenció sanitària i sociosanitària a Anglaterra, tant en la cerca de millores en la salut i el benestar de les poblacions locals (a través de diverses iniciatives) com en la millora de l'experiència de les persones usuàries (suposant que així milloraria també l'eficàcia i el cost-eficàcia de l'atenció). Per tant, a banda dels indicadors quantitatius que ofereixen evidència sobre l'impacte general, l'èxit de la integració també s'ha de mesurar en relació a l'experiència de la persona usuària. La **Figura 26** demostra com ha de ser el resultat de la integració des de la perspectiva de la persona usuària.



27. L'ICS de Manchester es diu el "Greater Manchester Health & Social Care Partnership" (GMHSCP).

Figura 26: Definició de l'atenció integrada des de la perspectiva de la persona usuària



Elaboració pròpia, basat en National Audit Office [2018: 21] 'Definition of Integrated Care'

Encara s'ha de veure si els ICS obriran nous camins sobre això. L'any 2012, Wistow (expert en la integració de l'atenció sanitària i l'atenció social/sociosanitària) va recordar que entre les barreres fonamentals de la integració a Anglaterra hi ha el problema de basar el desplegament en les habilitats de les organitzacions i no en les necessitats de les persones usuàries, i va assenyalar la necessitat de "construir ponts **als marges de les organitzacions en lloc de tractar d'entretreure els seus sistemes i processos principals**" (Wistow 2012: 101).

Per acabar, exposo algunes raons per les quals les reformes de l'ICS poden tenir més èxit que les polítiques anteriors. Entre elles cal destacar:

- Els plans per reformar el règim d'avaluació del NHS i de les autoritats locals per garantir que tinguin els mateixos incentius (Audit Office 2018)
- Un enfocament molt més **centrat en els resultats** que en la mera activitat col·laborativa, en comparació del *comissionament* conjunt primerenc entre els PCT i les autoritats locals (Morciano *et al* 2020)



- El reconeixement dels diferents nivells (paràmetres organitzacionals) en què es durà a terme el treball de l'ICS (Department of Health & Social Care 2022 (Taula 7), entre ells el nou **nivell de barri (veïnàt)**, la qual cosa està en consonància amb la importància creixent de l'enfocament basat en els actius de la comunitat i el desenvolupament d'activitats com la prescripció social (capítol 3) (Sandhu, Alderwick & Gottlieb 2022), i el model de SAD de proximitat (Capítols 4 i 6) (Martin 2022).

Taula 7: Nivells d'activitat per als sistemes d'atenció integrada

Nivell	Expectatives
Veïnat (neighbourhood) (c. 30.000-50.000 habitants)	Equips multidisciplinaris integrats d'atenció primària i d'atenció comunitària
	Xarxes d'atenció primària de diversos centres de salut que treballen conjuntament amb les autoritats locals
	Iniciatives com la prescripció social i serveis que aprofiten els recursos de la comunitat, el sector voluntari i independent, així com d'altres serveis públics (p.e., habitatge) <i>(capítol 3)</i>
	Un enfocament basat en els actius de la comunitat que treballen des de la proximitat a les persones, com ara el model de coordinació de l'àrea local o el model de suport dirigit per la comunitat i navegació comunitària <i>(capítols 3 i 4)</i>
Autoritat local (place) (c. 250.000-500.000 habitants)	Un enfocament de gestió a la salut de la població i la reducció de l'impacte de les desigualtats socioeconòmiques
	Implementació de models integrats d'atenció (especialment en temes de rehabilitació, prevenció dels ingressos hospitalaris i dels ingressos a residències – <i>capítol 5</i> -)
	Models d'atenció basat en els resultats <i>(capítol 5)</i> .
	Models de millorar la salut a les residències
Sistema (c. 1 milió a 3 milions d'habitants)	Identificar i compartir les millors pràctiques
	Desenvolupar marcs de governança, responsabilitat (i corresponsabilitat) i rendició de comptes
	Avaluar i mesurar l'exercici

BIBLIOGRAFIA

- Association of Directors of Adult Social Services (2020a) *Revising Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) Developing the right narrative for Adult Social Care. Part One – Reviewing the current ASCOF*. Institute of Public Care, Oxford Brookes University.
- Association of Directors of Adult Social Services (2020b) *Revising Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF) Developing the right narrative for Adult Social Care. Part Two - Exploring the options for developing the right 'performance narrative' for Adult Social Care*. Institute of Public Care, Oxford Brookes University.
- Batchelder, L., Saloniki, E.C., Malley, J., Burge, Peter, Lu, Hui, Forder, Julien E. (2017) Carer social care-related quality of life outcomes: establishing preference weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit for carers. *Value in Health*, 22 (12): 1427-1440.
- Booth, R (2021) Worst care homes more likely to have poorest residents, official data shows. *The Guardian*, 15th October 2021.
- Bovaird T (2016) The ins and outs of outsourcing and insourcing: what have we learnt from the past 30 years? *Public Money & Management*, 36 (1): 67-74.
- Bovaird, T. (2006) Developing new forms of partnership with the 'market' in the procurement of public services. *Public Administration*, 84 (1): 81-102.
- Billings, J. and Davis, A. (2016), "Developing a joint outcomes contracting model for integrated health and social care for older people", *Journal of Integrated Care*, Vol. 24 No. 5/6, pp. 282-299
- Briggs ADM, Göpfert A, Thorlby R, et al Integrated health and care systems in England: can they help prevent disease? *Integrated Healthcare Journal* 2020;2:e000013. doi: 10.1136/ihj-2019-000013
- Challis, L., Henwood, M. (1994) Equity and Community Care. *BMJ*, 30: 1496-9
- Checkland, K, Coleman, A, Billings, J, MacInnes, J, Mikelyte, R, Laverty, L and Allen, P. (2019) *National Evaluation of the Vanguard's New Care Models Programme Interim Report: Understanding the National Support Programme*. Manchester: University of Manchester.
- Clements L (2019) *Community Care and the Law*. Seventh Edition. London: Legal Action Group.
- Coleman, A., Billings, B., Allen, P., Mikelyte, R., Croke, S., MacInnes, J., Checkland, K. (2021) Ambiguity and Conflict in Policy Implementation: The Case of the New Care Models (Vanguard) Programme in England. *Journal of Social Policy*, 50 (2): 285-304.
- Commission for Social Care Inspection (2005b). *The State of Social Care in England 2004-05*. London: CSCI.
- Curry, N., Ham, C (2010) *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. London: The Kings Fund.
- Davey, V., Snell, T., Fernández, J.L., Knapp M, Tobin R, Jolly D, Perkins M, Kendall J, Pearson C, Vick N, Swift P, Mercer G, Priestley M (2008) *Schemes Providing Support to People Using Direct Payments: A UK Survey*, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, London.
- Davey, V., Fernández, J.L., Knapp, M., Vick, N., Jolly, D., Swift, P., Tobin, R., Kendall, J., Ferrie, J., Pearson, C., Mercer, G., Priestley, M. (2007) *Direct Payments Survey: A National Survey of Direct Payments Policy and Practice*, London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Davey, V., Henwood, M., Knapp, M. (2004) *Integrated Commissioning for Older People's Services*. LSE Health & Social Care Discussion Paper 1833. London: London School of Economics.
- Davies, K., Dalgarno, E., Davies, S., Roberts, A., Hughes, J., Chester, H., Jasper, R., Wilson, D., Challis, D (2021a) The challenge of commissioning home care for older people in England: commissioners' perspectives. *Ageing & Society*, 41 (8): 1858 – 1877.
- Davies, K., Dalgarno, E., Angel, C., Davies, S., Hughes, J., Chester, H., Jasper, R., Rowberts, A., Challis, D (2020) Home-care providers as collaborators in commissioning arrangements for older people. *Health & Social Care in the Community*, 30 (29): 644-655.

- Davies, K., Hughes, J. Ahmed, S., Clarkson, P., Challis, D. (2019) Commissioning social care for people with dementia living at home: Findings from a national survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35 (1):53-59.
- Davies, B., Fernández, J.L., Saunders, R. (1998) *Community-Care in England and France*. Aldershot: Ashgate.
- Department of Health & Social Care (2022) *Joining up care for people, places and populations*. London: Department for Health & Social Care
- Department for Health & Social Care (2021) *Integration and innovation: working together to improve health and social care for all*. London: Department for Health & Social Care
- European Social Network (2021) *Putting Quality First. Contracting for Long-Term Care*. Brussels: European Social Network.
- Fernández, J.L., Kendall, J., Davey, V., Knapp, M. (2007) Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. *Journal of Social Policy*, (36), 1: 97-121
- Forder, J., Caiels, J., Harlock, J., Wistow, G., Malisaukaite, G, Peters, M., Marczak, J., D’Amico, F., Fernández, J.L., Fitzpatrick R., Jones K. (2018) *A system-level evaluation of the Better Care Fund: Final Report*. Kent: Quality and Outcomes of Person-Centred Care Policy Research Unit, University of Kent.
- Glasby, J., Newbigging, K., Mangan, C., Miller, R., Ward, C (2015) Commissioning for better outcomes: a route map. Local Government Association.
- Granville, G., Carrier, J., Patel, M., Barker, S. (2014) Commissioning Relationship-Centred Care in Essex. An Evaluation.
- Grubnic, S. and Woods, M. (2009), “Hierarchical control and performance regimes in local government”, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 22 No. 5, pp. 445-455.
- Hardy, B., Wistow, G. (1997) Developing Domiciliary Care Markets in Britain. In, Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K., Wistow, G. (1997) *Developing Quality in Personal Social Services*. Aldershot: Ashgate.
- HM Government (2007) *Putting People First*. London: HM Government.
- Hudson, B., Henwood, M. (2002) The NHS and social care: the final countdown? *Policy & Politics*, 30, 2: 153-66.
- Humphries, R., Wenzel, L (2015) *Options for integrated commissioning. Beyond Barker*. London: The Kings Fund.
- Jefferson, L., Bennett, L., Hall, P., Cream, J., Dale, V., Honeyman, M., Birks, Y., Bloor, K., Murray, R (2018) *Home care in England: Views from commissioners and providers*. London: The Kings Fund.
- Jefferson, L., Cream, J., Birks, Y., Bloor, K., Murray, R. (2017) *Adult Social Care Local Authority Commissioning Behaviours*. London and York: The Kings Fund & University of York.
- Jones, R. (2007) A Journey through the Years: Ageing and Social Care. *Ageing Horizons*, 6: 42-51.
- Kay, A (2002) The abolition of the GP fundholding scheme: a lesson in evidence-based policy making. *British Journal of General Practice*, 52(475): 141-144.
- Kiersey, R. A., Coleman, A. (2017) Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries. Health Research Board.
- Knapp, M (2007) Social care: choice and control. In Hills, J., Le Grand, J., Piachaud, D (Eds) *Making Social Policy Work*. Bristol: Policy Press.
- Knapp, M., Hardy, B., Forder, J. (2001) Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England. Ageing & Society, *Journal of Social Policy*, 30 (02): 283-306.
- Leadbeater, C., Bartlett, J., Gallagher, N. (2008) *Making it Personal*. London: Demos.
- Leturia, M., (2019)., Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional. Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2019, 380 p.
- Lewis, J., Glennerster H. (1996) *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.

- Local Government Association (2016) The role of HWBs in STPs. Disponible en red: <https://www.local.gov.uk/our-support/our-improvement-offer/care-and-health-improvement/integration-and-better-care-fund/better-care-fund/sustainability-and-transformation-plans/role-of-hwbs> [Accedido 04.05.22]
- Local Government Association (2015) *Commissioning for Better Outcomes: A Route Map*. London: Local Government Association.
- Local Government Lawyer (2010) Audit Commission disbanded after “losing its way”. August 13th 2010. Disponible en red: <https://www.localgovernmentlawyer.co.uk/adult-social-care/307-adult-care-features/3516-audit-commission-axed-after-qlosing-its-wayq>
- Lorne, Colin; Allen, Pauline; Checkland, Kath; Osipovic, Dorota; Sanderson, Marie; Hammond, Jonathan and Peckham, Stephen (2019). Integrated Care Systems: What can current reforms learn from past research on regional co-ordination of health and care in England? A literature review. London School of Hygiene & Tropical Medicine, London. (Unpublished)
- Martin, B (2022) Let’s make neighbourhoods integrated care systems – without the capital letters. Disponible en red: <https://www.buurtzorg.org.uk/lets-make-neighbourhoods-integrated-care-systems-without-the-capital-letters/> [Accedido 04.05.22]
- McDermott I, Checkland K, Moran V, et al Achieving integrated care through commissioning of primary care services in the English NHS: a qualitative analysis *BMJ Open* 2019;9:e027622. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027622
- National Audit Office (2018) *The Health & Social Care Interface*. London: Ministry of Housing, Communities and Local Government, Department of Health & Social Care and NHS England
- Makai, P., Brouwer, W.B.F, Koopmanschap, M.A., Stolk, E.A., Nieboer, A.P. (2014) Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review, *Social Science & Medicine*, 102: 83-93.
- Malley JN, Towers AM, Netten AP, Brazier JE, Forder JE, Flynn T. (2012) An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health & Quality of Life Outcomes*. 10:21
- Malley, J., Trukeschitz, B., Trigg, L. (2015) Policy instruments to promote good quality long-term care services. In. Fernández, J.L., Gori, C., Wittenberg, R. (eds.) *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol, UK: Policy Press.
- Mannion, R (2008) General practitioner commissioning in the English National Health Service: continuity, change, and future challenges. *International Journal of Health Services*, 38(4):717-30.
- Marczak, J., Wistow, G. (2015) Commissioning long-term care services. In, Gori, C., Fernández, J.L., Wittenberg, R. (Eds) *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*. Bristol: Policy Press.
- McCarthy, A., McMeekin, P., Haining, S., Bainbridge, L., Laing, C., Grey, J. (2019) Rapid evaluation for health & social care innovations: challenges for “quick wins” using interrupted time series. *BMC Health Services Research*, 19:964.
- Morciano, M., Checkland, K., Billings, J., Coleman, A., Stokes, J., Tallack, C., Sutton, M. (2020) New integrated care models in England associated with small reduction in hospital admissions in longer-term: A difference-in-differences analysis. *Health Policy*, 124 (8): 826-833. National Audit Office (2017) *Health & Social Care Integration*. London: National Audit Office.
- Needham, C., Allen, K., Burn, E., Hall, K., Mangan, C., Al-Janabi, H., Tahir, W., Carr, S., Glasby, J., Henwood, M., McKay, S. (2022) How do you shape a market? Explaining Local State Practices in Adult Social Care. *Journal of Social Policy*: 1-21.
- Netten, A., Burge, O., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A-M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J., Wall, B. (2012a) Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technol Assess*, 16 (16).
- Netten A, Trukeschitz B, Beadle Brown J, Forder J, Towers A, Welch E (2012b) Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? *Age and Ageing*, 41: 512-517.
- Netten, A., Jones, K., Sandhu S. (2007) Provider and Care Workforce Influences on Quality of Home-Care Services in England. *Journal of Aging & Social Policy*, 19 (3): 81-9.

- Newman, M., Bangpan, M., Kalra, N., Mays, N., Kwan, I., Roberts T (2012) Commissioning in health, education and social care. Models, research bibliography and in-depth review of joint commissioning between health and social care agencies. Report. In: Research Evidence in Education Library. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London
- NHS Digital (2022) Personal Health Budgets: Quarter 3 2021-22. Disponible en red: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/personal-health-budgets/2021-22-q3/personal-health-budgets-q3-2021-22> [Accedido: 04.05.22]
- NHS Digital (2021) Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework (ASCOF), England 2020-21. Disponible en red: <http://digital.nhs.uk/pubs/adus-coccareof2021> [Accedido 04.05.22]
- NHS England (2021a) Statistical Press Notice. NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care data Q1 2021-22. Disponible en red: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2021/08/CHC-and-FNC-Statistical-Release-Q1-2021-22_3vYUR2.pdf
- NHS England (2021a) Personal Health Budgets data collection. October – December 2020.
- NHS England & NHS Improvement (2019) Guidance on the legal rights to have personal health budgets and personal wheelchair budgets. Disponible en red: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/09/guidance-on-the-legal-rights-to-personal-health-budgets.pdf>
- NHS England (2016) New Care Models: Vanguard - developing a blueprint for the future of NHS and care services. London: NHS England.
- NICE (2018) *People's experience in adult social care services: improving the experience of care and support for people using adult social care services*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- NICE (2015a) *Older people with social care needs and multiple long-term conditions*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- NICE (2015b) *Home care: delivering personal care and practical support to older people living in their own homes*. York: National Institute for Health & Care Excellence.
- Office of National Statistics (2021) *Care homes and estimating the self-funding population, England: 2019 to 2020*. Disponible en red: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/socialcare/articles/carehomesandestimatingtheselffundingpopulationengland/2019to2020> [Accedido 04.05.22]
- Patmore, C. (2004). Quality in home care for older people: Factors to pay heed to. *Quality in Ageing*, 5(1), 32-40.
- Patmore, C. (2001) Improving Home Care Quality: An Individual-Centred Approach. *Quality in Ageing*, 2 (3): 15-24.
- Rand, S., Silarova, B., Towers, A. (2021) Social care-related quality of life of people with dementia and their carers in England. *Early View*, DOI:10.1111/hsc.13681
- Rand, S., Feasibility, factor structure and construct validity of the easy-read Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT-ER)
- Rand, S., Malley, J., Towers, AM., Netten, A., Forder, J. (2017a) Validity and test-retest reliability of the self-completion adult social care outcomes toolkit (ASCOT-SCT4) with adults with long-term physical, sensory and mental health conditions in England. *Health Qual Life Outcomes* 15: 163.
- Rand S, Caiels J, Collins G, Forder J. (2017b) Developing a proxy version of the adult social care outcome toolkit (ASCOT). *Health Qual Life Outcomes*. 15:108.
- Rand, S & Malley J (2016) The factors associated with care-related quality of life of adults with intellectual disabilities in England: implications for policy and practice, *Health and Social Care in the Community*, 25 (5) 1607-1619.
- Rand, S., Malley, J., Netten, A., Forder, J. (2015) Factor structure and construct validity of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer). *Quality of Life*, 24: 2601-2614
- Rand, S., Malley, J. (2014) Carers' quality of life and experiences of adult social care support in England, *Health and Social Care in the Community*, 22(4), 375-385.

- Reed, S., Oung, C., Davies, J., Dayan, M., Scobie, S (2021) *Integrating health and social care: A comparison of policy and progress across the four countries of the UK*. York: The Nuffield Trust.
- Redmond, J (2020) *Independent Review into the Oversight of Local Audit and the Transparency of Local Authority Financial Reporting*. Ministry of Housing, Communities and Local Government. London, OGL.
- Renwick, D (1996) Community Care and Social Services. *BMJ*, 313: 869-72.
- Richardson, E., Walshe, K., Boyd, A., Roberts, J., Wenzel, L., Ruth Robertson, R., BA (Hons), Smithson, R (2019) User involvement in regulation: A qualitative study of service user involvement in Care Quality Commission inspections of health and social care providers in England. *Health Expectations*, 22(2): 245–253.
- Sandhu, S., Alderwick, H., L.M. Gottlieb, L.M. (2022) Financing Approaches to Social Prescribing Programs in England and the United States. *The Milbank Quarterly*, 100 (2): 1-31
- Secretaries of State (1989) *Caring for People: Community Care in the Next Decade*, Cmd 849, London: HMSO.
- Stevens, K., Brazier, J., Rowen, D. (2018) Estimating an exchange rate between the EQ-5D-3L and ASCOT. *Eur J Health Econ*, 19:653–661.
- Thornton A. (2019) NHS continuing care: why you may lose. The meaning of “nursing and other healthcare”. London: Wrigley’s solicitors.
- Towers, N., A., Palmer, S., Smith, N., Collins, G., Allan, S. (2019) A cross-sectional study exploring the relationship between regulator quality ratings and care home residents’ quality of life in England. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17:22
- Towers A, Smith N, Palmer S, Welch E, & Netten A (2016) The accessibility and feasibility of using the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) to inform practice in care homes. *BMC Health Services Research*, 16:523.
- Towers, Ann-Marie (2016) Measuring the outcomes of social care: an overview of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). In: Arts Health Institute, 29 Oct 2016, Robertson, Australia. (Unpublished)
- Turnpenny, A., Caiels, J., Whelton, B., Lisa Richardson, L., Beadle-Brown, J., Crowther, T., Forder, J., Apps, J., Rand, S. (2018) Developing an Easy Read Version of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). *JARID Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31 (1): e36-e48
- van Leeuwen, K.M., J. Malley, J., Bosmans, J.E., Jansen, A.P.D., Ostelo, R.W., van der Horst, H.E., Netten, A. (2014) What can local authorities do to improve the social care-related quality of life of older adults living at home? Evidence from the Adult Social Care Survey, *Health & Place*, 29: 104–113.
- Welch, E., Jones, K., Fox, D. and Caiels, J. (2022), “Personal health budgets: a mechanism to encourage service integration?”, *Journal of Integrated Care*, DOI:10.1108/JICA-07-2021-0038
- West, K. (2014) The grip of personalization in adult social care: Between managerial domination and fantasy. *Critical Social Policy*, 33 (4) 638–657
- Wanless, D (2006) *Securing Good Care for Older People*. London: Kings Fund Publishing.
- Wistow, G. (2012), “Still a fine mess? Local government and the NHS 1962 to 2012”, *Journal of Integrated Care*, 20 (2):101 – 114
- Wistow, G., Waddington, E., Davey, V. (2011) *Involving older people in commissioning: more power to their elbow?* London: Joseph Rowntree Foundation.
- Wistow, G., Knapp, M., Hardy, B., Forder, Kendall, J., Manning, R. (1996) *Social Care Markets. Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press.
- Wikipedia (2022) Audit Commission (United Kingdom). Editat per últim cop el 3 de febrer de 2022 a les 12:48.

CRÈDITS IMATGES

Coberta. David Pereiras / Shutterstock.com

Pàg 4. Julia Larson / Pexels.com

Pàg 5. Ivan Samkov

Pàg 6. Vlada Karpovich

Pàg 10. Thirdman

Pàg 19. Kampus Production

Pàg 20. Isadora Hermann

Pàg 21. Ron Lach

Pàg 22. DC Studio

Pàg 23. Fizkes / Shutterstock.com

Pàg 24. Ground Picture / Shutterstock.com

Pàg 27. Towfiqu barbhuiya

Pàg 28. Polina Tankilevitch

Pàg 28-29. New Africa

Pàg 32. Thirdman

Pàg 36. Olena Yakobchuk

Pàg 47. Pixabay

Pàg 48. cottonbro studio

Pàg 49. Rachel Claire

Pàg 50. fauxels

Pàg 50. fauxels

Pàg 51. Fauxels

Pàg 52. cottonbro studio

Pàg 53. Tima Miroshnichenko

Pàg 56. RODNAE Productions

Pàg 57. Vlada Karpovich

Pàg 59. cottonbro studio

Pàg 60. Marc Mueller

Pàg 62. Nuva Frames

Pàg 63. Linkedin Sales Navigator

Pàg 66. Samuel Wolf

Pàg 67. Pixabay

Pàg 69. Engin Akyurt

Pàg 70. Fauxels

Pàg 72. Nataliya Vaitkevich

Pàg 76. Kampus Production

Pàg 76. Nataliya Vaitkevich

Pàg 77. Cliff Booth

Pàg 78. RODNAE Productions

Pàg 79. Anna Tarazevich

Pàg 81. Nuva Frames

Pàg 82. Pierre Blaché

Pàg 83. Pavel Danilyuk

Pàg 84. Karolina Grabowska

Pàg 85. New Africa / Shutterstock.com

Pàg 86. Yuri A. / PeopleImages.com

Pàg 87. Marina Santarovich

Pàg 88. Pixabay

Pàg 89. Anna Shvets

Pàg 90. cottonbro studio

Pàg 92. fizkes

Pàg 93. Edward Jenner

Pàg 94. Pavel Danilyuk

Pàg 96. Tima Miroshnichenko

Pàg 96. Dmytro zinkeveych

Pàg 98. Studio Negarin

Pàg 98. Anete Lusina

Pàg 100. Alexey Komissarov

Pàg 101. Vlad Chetan

Pàg 103. Carlos Pernaletе Tua

Pàg 104. Monstera

Pàg 105. Keith Wako

Pàg 108. Leeloo Thefirst

Pàg 109. Sinitta Leunen

Pàg 109. Leeloo Thefirst

Pàg 116. ArTono / Shutterstock.com

Pàg 117. Oleg Prachuk

Pàg 117. Pavlo Luchkovski

Pàg 118. Mati Mango

Pàg 119. cottonbro studio

Pàg 121. Fauxels

Pàg 123. cottonbro studio

Pàg 124. Hananeko Studio

Pàg 125. Dragana Gordic

Pàg 126. Josep Renalias

Pàg 127. Joan301009

Pàg 131. Phanupong Ratta

Pàg 132. Efrem Efre

Pàg 133. Sorapop Udomsri

Pàg 134. Joan Bautista / Shutterstock.com

Pàg 135. beytlik

Pàg 136. Su Casa Panamá

Pàg 137. Evrymmnt

Pàg 138. Mike

Pàg 141. Pixabay

Pàg 142. Kampus Production

Pàg 143. Julia Larson

Pàg 144. Ryutaro Tsukata

Pàg 162. Olga Lioncat

Pàg 166. Africa Studio

Pàg 167. Monica Silvestre

Pàg 169. Tima Miroshnichenko

Pàg 171. Anna Shvets

Pàg 173. RF_.studio

Pàg 174. Anete Lusina

Pàg 186. Nataliya Vaitkevich
Pàg 187. Kindel Media
Pàg 189. Ryutaro Tsukata
Pàg 191. Yuri A / PeopleImages.com
Pàg 191. Fizkes / Shutterstock.com
Pàg 193. Anete Lusina
Pàg 193. EVG Kowalievskia
Pàg 194. Halfpoint / Shutterstock.com
Pàg 196. Varavin88 / Shutterstock.com
Pàg 197. Pikselstock / Shutterstock.com
Pàg 198. Mikael Blomkvist
Pàg 199. The Coach Space

Els serveis d'ajuda a domicili (SAD) han constituït durant dècades el principal suport públic per ajudar les persones amb limitacions en l'autonomia personal a continuar vivint en el seu entorn.

Aquest informe pretén analitzar àmpliament algunes experiències detectades com a innovacions en la prestació del SAD en països del nostre entorn i en municipis catalans per tal de reflexionar sobre com promoure models de prestació de SAD que facilitin una major autonomia i qualitat de vida de les persones usuàries, així com una millora de les condicions laborals i de la professionalització en la prestació del servei.

Aquest document forma part del projecte transformador "Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat", el qual té per objectiu enfortir els serveis locals de provisió o suport a les cures en el domicili i la comunitat; ampliar el suport a les persones cuidadores, i promoure el reconeixement i la corresponsabilitat en el treball de cures.



**Diputació
Barcelona**

Àrea d'Igualtat
i Sostenibilitat Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
www.diba.cat/benestar

