

ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

Dr. Jordi Esquirol Causa^{1,7,8}, Dr. Josep Sánchez Aldeguer^{2,7,9}, Dr. Ishar Dalmau i Santamaria^{3,7,10},
Sra. Maider Sánchez Padilla^{4,5,7}, Sra. Vanessa Bayo Tallón^{4,5,6,7}

¹ Doctor en Medicina Interna ² Doctor en Medicina ³ Doctor en Medicina i Cirurgia ⁴ Fisioterapeuta ⁵ Màster en Osteopatia ⁶ Màster en Investigació Translacional en Fisioteràpia ⁷ Servei Universitari de Recerca en Fisioteràpia. Escoles Universitàries Gimbernat (adscrites a la Universitat Autònoma de Barcelona) ⁸ Centre Mèdic Teknon. Barcelona ⁹ Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona ¹⁰ Dept. de Medicina, Grau de Fisioteràpia. Universitat Autònoma de Barcelona

Contacte (primer autor): Dr. Jordi Esquirol Causa. Tel.: 93.589.37.27 jordi.esquirol@eug.es

Agraïm la col·laboració i l'impuls d'aquest projecte al Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

RESUM

L'Atenció Centrada en la Persona comprèn la implicació de la persona atesa (i el seu entorn familiar) en el disseny de les actuacions clíniques i en la presa de decisions; és respectuosa amb la persona atesa i respon a les seves preferències, necessitats i valors assegurant que són els seus valors els que guien el procés de decisions clíniques. L'avaluació clínica ha de comprendre els punts de vista subjectius i objectius de l'anamnesi i exploració, afegit a una exploració explícita dels valors i creences de la persona atesa incloent els seus objectius i expectatives de la intervenció.

L'Atenció Centrada en la Persona és un procés que inclou el coneixement de l'estat clínic i les circumstàncies de la persona atesa i l'evidència científica de major qualitat disponible, modulades per les seves preferències personals per tal d'obtenir decisions clíniques a partir d'un procés de Decisió Clínica Compartida realitzat mitjançant l'entrevista motivacional, permetent millorar la comprensió de l'abordatge, la motivació de la persona i l'adherència al tractament, obtenint uns resultats òptims en salut, en un cercle de millora contínua.

PARAULES CLAU: Atenció Centrada en el Pacient. Presa de Decisions. Participació del Pacient.

INTRODUCCIÓ

El terme de **Atenció Centrada en la Persona** (ACP) o Atenció Centrada en el Pacient és usat amb freqüència creixent durant els darrers anys en totes les professions i disciplines sanitàries, generalment en relació a l'obtenció d'uns millors resultats de les intervencions. De tota manera, el concepte d'ACP presenta diverses accepcions, definicions i formes operatives, tant en la fisioteràpia com en totes les altres professions sanitàries; tampoc els resultats del treball mitjançant ACP ha estat sistemàticament avaluat. De tota manera, l'ACP es considera inherent a l'exercici de la fisioteràpia encara que manca una definició acceptada universalment.

Des de ja fa anys estem assistint a la fi del *despotisme il·lustrat* de les professions sanitàries en matèria de pràctica clínica i de la recerca, amb la fi de l'anomenat *paternalisme*. El pacient, com el cinema, ha deixat de ser mut i per fi els professionals sanitaris estem escoltant la seva veu en l'*acte sanitari centrat en la persona*.

Amb l'Atenció Centrada en la Persona, el professional i la persona atesa debaten què és "el millor" per a la segona i arriben a un acord tenint en compte els seus valors, prioritats i opinions. La persona atesa (ja sigui sana i acudeixi per fer prevenció de la malaltia o presenti un problema de salut) és tractada com un adult, un major d'edat, un fi en si mateix, una persona capaç de decidir lliurement sobre la seva pròpia vida.

L'ACP comprèn la implicació de la persona atesa (i el seu entorn familiar) en el disseny de les actuacions clíniques i en la presa de decisions; és respectuosa amb la persona atesa i respon a les seves preferències, necessitats i valors assegurant que són els seus valors els que guien el procés de decisions clíniques (Institute of Medicine, 2001). L'ACP sempre entén l'ésser humà de manera holística com un tot en les seves dimensions biològiques, psicològiques i socials, és individualitzada i respectuosa, vetllant per donar el poder (empoderar) a la persona atesa donant-li el poder de decisió després de proveir-lo de la informació completa i entenedora sobre el seu cas i totes les opcions possibles. Sovint s'atribueix a l'ACP el lema "No decision about me, without me" ("Cap decisió sobre mi sense comptar amb mi").

En l'acte sanitari centrat en la persona, la primera avaluació ha de comprendre, a més de l'acte sanitari positivista (incloent els punts de vista tant subjectius com objectius de l'anamnesi, interrogació de símptomes i exploració de signes), una exploració explícita dels valors i creences de la persona atesa incloent els seus objectius i expectatives de la intervenció; amb tota aquesta informació i a través d'un procés analític de *Raonament Clínic* s'arriba a un diagnòstic de la situació. Amb aquest coneixement i aquesta informació es pot portar a terme un procés de deliberació entre el professional sanitari (o l'equip de professionals) i la persona atesa, que permetrà definir els objectius i els mètodes de la intervenció (*Pla d'Intervenció*), havent comptat

amb totes les opcions possibles i la decisió informada de la persona (veure Il·lustració 1). La implementació d'aquest pla elaborat a partir d'aquest procés permetrà uns resultats preventius o terapèutics òptims des del punt de vista de l'usuari, que hauran de ser avaluats i permetran revisar el pla de nou en un procés de millora contínua. Aquest procés es coneix internacionalment per l'acrònim encunyat durant els anys 1970 pel Dr. Lawrence Weed SOAPIER o SOAP (acrònim de Subjective-Objective-Assessment-Plan-Intervention-Evaluation-Review).

És important que tot aquest procés quedi documentat en la *Història Clínica Orientada per Problemes* de la persona atesa, per tal d'assegurar que es respecten els drets del professional sanitari i del pacient, com a mètode de comunicació amb un altre professional o com a eina de planificació d'actuacions addicionals o subseqüents. La Història Clínica Orientada per Problemes permet al fisioterapeuta i als altres professionals sanitaris organitzar el procés de raonament clínic de la cura de la persona a la presa de decisions clíniques, com a eina de recerca clínica i com a eina d'avaluació i millora de la qualitat assistencial.

L'ACP és un procés que inclou el coneixement de l'estat clínic i les circumstàncies de la persona atesa i l'evidència científica de major qualitat disponible, modulades per les seves preferències personals per tal d'obtenir decisions clíniques amb resultats òptims (veure Il·lustració 2) a partir d'un procés de *Decisió Clínica Compartida*. La presa compartida de decisions és una expressió humana de l'atenció solidària i amb cura de la persona atesa, i es realitza a través d'una conversa entre el professional i la persona atesa, en la qual es pensa, es parla i es tenen sentiments conjuntament de com resoldre la situació. Les opcions basades en l'evidència són tractades com hipòtesis i avaluades en la conversa fins a trobar la solució que tingui més sentit intel·lectual, emocional i pràctic, atesa la situació de l'usuari.

Les decisions clíniques compartides que donen un resultat òptim en salut inclouen la necessitat de disposar i oferir diversos objectius i diverses opcions terapèutiques, exposades pel professional sanitari de manera honesta i fidel a la realitat, emetent una recomanació personal adaptada als valors i objectius del pacient, fugint del relativisme moral.

Per aquest procés, el professional sanitari necessita, a més del coneixement de l'evidència científica, tenir unes eines de comunicació centrades en assegurar la comprensió de la persona atesa (veure Il·lustració 3) per poder aconseguir l'òptim procés assistencial mitjançant la Decisió Clínica Compartida.

Aquestes eines de comunicació centrada en la persona atesa giren al voltant de mantenir una veritable *entrevista motivacional*, amb l'objectiu de millorar la comprensió de la informació sanitària de l'usuari. Aquesta

entrevista motivacional inclou, a més de l'anamnesi i exploració clínica completa, l'avaluació psicosocial de la persona atesa per tal de poder-la informar dels resultats clínics i de l'avaluació. Mitjançant l'estandardització del consell sanitari i el suport ofert, la interacció permetrà una millor comprensió empàtica del problema de salut i un consell més adequat sobre la manera d'abordar les qüestions de salut. Això permet millorar la comprensió de l'abordatge, la motivació de la persona i l'adherència al tractament, obtenint uns òptims resultats en salut, en un cercle de millora contínua (veure Il·lustració 4).

Totes les aproximacions a l'ACP incorporen estratègies per aconseguir la comunicació efectiva, la complicitat entre el professional i l'usuari i la promoció de la salut; això indica que qualsevol aproximació que segueixi els mecanismes de l'ACP pot aconseguir respectar les necessitats individuals de la persona atesa i alhora satisfer els tres elements centrals de la provisió de serveis de salut: la comunicació efectiva, la complicitat entre el professional i l'usuari i la promoció de la salut.

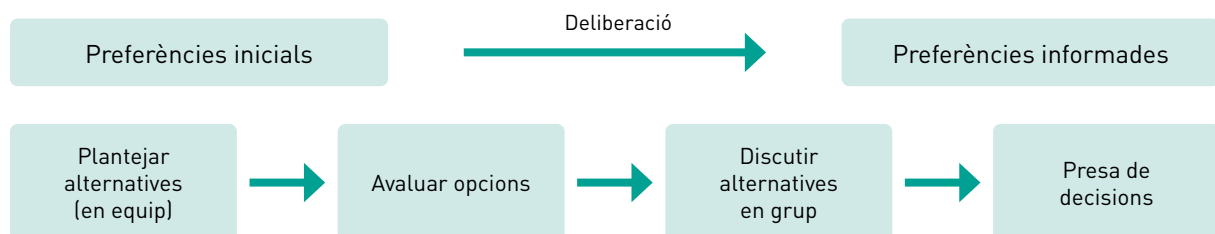
En conclusió, l'Atenció Centrada en la Persona (ACP) es basa en quatre principis bàsics, que són personalització, coordinació, habilitació i dignitat (Il·lustració 5):

- **Personalització:** les accions sanitàries centrades en el pacient parteixen de la individualització de les propostes d'acció, basades en la situació de la persona atesa i els seus valors, objectius i expectatives.
- **Coordinació:** el professional a càrrec del cas ha de coordinar les accions diagnòstiques, terapèutiques i les modificacions en l'estil de vida, segons el que es conclouï en la decisió clínica compartida després de l'entrevista motivacional.
- **Habilitació:** la persona atesa, després del procés i l'entrevista motivacional, restarà habilitada per decidir amb llibertat i coneixement el camí a seguir que el portarà als resultats òptims adaptats a les pròpies circumstàncies.
- **Dignitat:** tot el procés es basa en el respecte a la dignitat de l'usuari, incloent el respecte a les seves decisions informades i la compassió pròpia de l'exercici humanístic de les professions sanitàries.

TAULES, GRÀFICS I FIGURES

Il·lustració 1

Procés de presa de decisions en l'Atenció Centrada en la Persona.



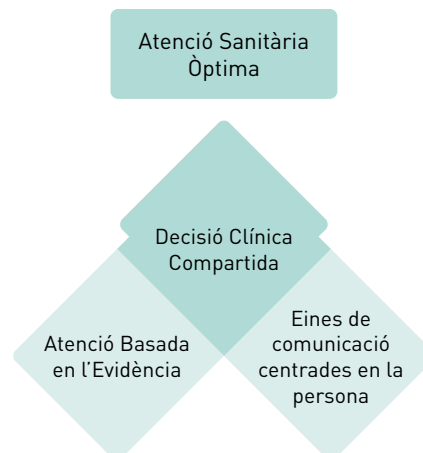
Il·lustració 2

Factors que influeixen en els processos de l'Atenció Centrada en la Persona.



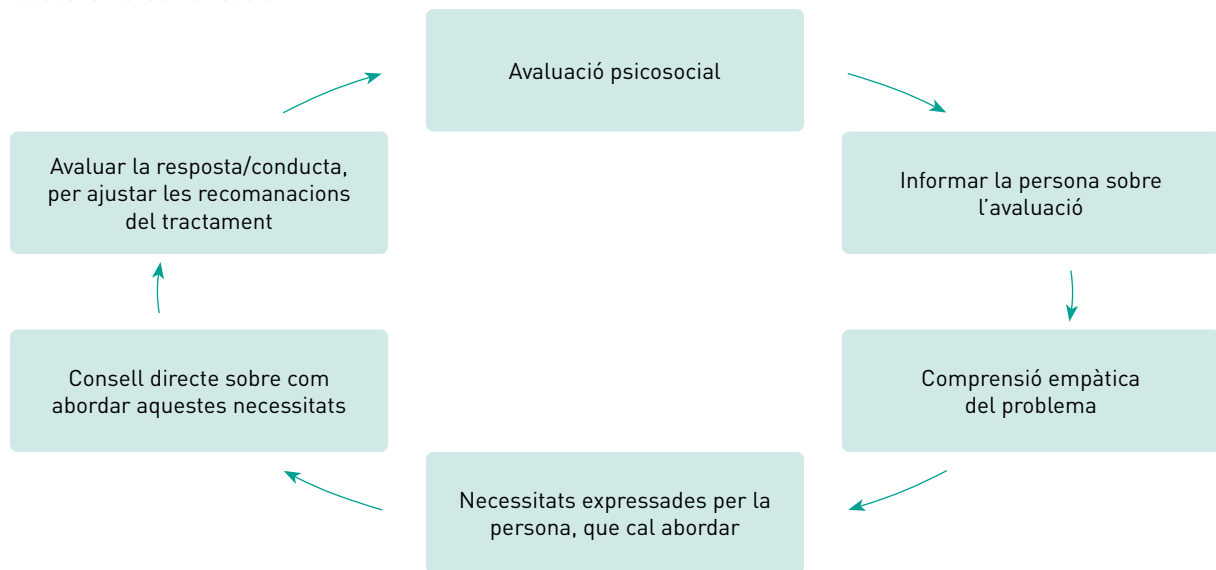
Il·lustració 3

Components i resultat del procés de Decisió Clínica Compartida.



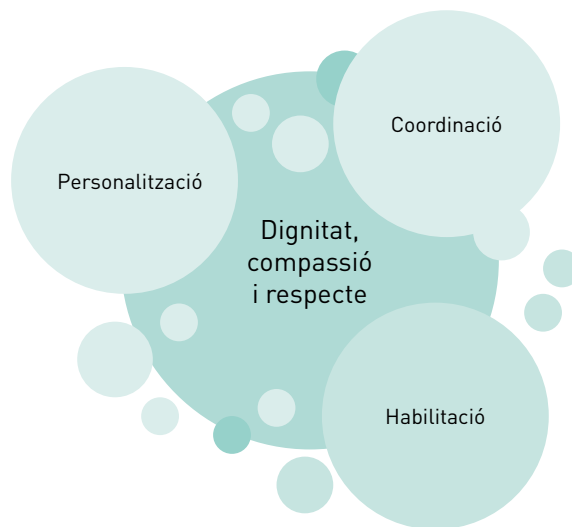
Il·lustració 4

Cicle de l'entrevista motivacional.



Il·lustració 5

Els quatre principis de l'Atenció Centrada en la Persona.



BIBLIOGRAFIA I INFORMACIÓ ADDICIONAL

1. American Physical Therapy Association. *Guide to Physical Therapist Practice 3.0*. Disponible a: <http://guidetoptpractice.apta.org/> [consultat el 01/06/2017].
2. American Physical Therapy Association. Of course we practice 'patient-centered care!' So what does that mean?. Disponible a: <http://www.apta.org/ProfessionInTransformation/Professional/PatientCenteredCare/> [consultat el 01/06/2017].
3. American Physical Therapy Association. Professionalism for the Physical Therapist. Disponible a: <http://www.apta.org/Professionalism/> [consultat el 01/06/2017].
4. Cheng L, Leon V, Liang A, Reiher C, Roberts D, Feldthusen C, et al. Patient-centered care in physical therapy: definition, operationalization, and outcome measures. *Phys Ther Rev*. 2016;21(2):109-123.
5. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in Healthcare. *BMC Health Services Research*. 2014;14:271.
6. Esquirol Causa J, Herrero Vila E, Sánchez Aldeguer J. Metodologia i estadística per a professionals de la salut. (Trivium 5) I- Conceptes bàsics de Metodologia científica. Bellaterra (Barcelona): Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
7. Jewell DV. *Guide to Evidence-Based Physical Therapy Practice* 3rd ed. Jones and Bartlett Learning, LLC. Burlington, MA. 2014.
8. Mesaroli G, Bourgeois AM, McCurry E, Condren A, Petropanagos P, Fraser M, Nixon SA. Enhanced Patient-Centred Care: Physiotherapists' Perspectives on the Impact of International Clinical Internships on Canadian Practice. *Physiother Can*. 2015 Fall; 67(4): 385-392.
9. Allen SV, Sparling K, Montori VM. Patient and family engaged care-going beyond tactical buzzwords. *BMJ*. 2017 Mar 8;356:j1155.
10. Montori V. Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center. Disponible a: <http://shareddecisions.mayoclinic.org> [consultat el 01/06/2017].
11. Stevens A, Köke A, van der Weijden T, Beurskens A. The development of a patient-specific method for physiotherapy goal setting: a user-centered design. *Disabil Rehabil*. 2017 May 13:1-8.