

Informe sobre la Planificació de Decisions Anticipades (PDA) en salut mental a Catalunya

**Resultats de les sessions
de treball**

Març 2018

PDA

Aquestes reflexions contribueixen a explorar la situació actual de la Planificació de Decisions Anticipades (PDA) dins el sector de la salut mental a Catalunya.

La implicació de tots els agents és imprescindible per dissenyar accions futures que introdueixin la PDA no només com a eina, sinó com a canvi cultural global dins de l'àmbit de la salut mental. Una aposta futura que ha de contribuir al compliment de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat.

Autoria:

Aleix Causa (Spora Sinergies)

Gemma Serrahima (Federació Salut Mental Catalunya)

0	BLOC I – Resum Executiu	
4	BLOC II – Introducció	
	1.1. La PDA i la salut mental.....	5
	1.2. Metodologia.....	7
10	BLOC III – Anàlisi de la situació	
	2. Les limitacions o dificultats d'introduir la PDA en la salut mental.....	10
	2.1. Dificultats vinculades a la pròpia PDA.....	10
	2.2. Dificultats vinculades al sector de la salut mental.....	14
	2.3. Dificultats vinculades als agents clau del sector.....	18
	3. Les oportunitats d'introduir la PDA en la salut mental.....	21
	3.1. Les oportunitats pròpies de la PDA.....	21
	3.2. Les oportunitats per al sector.....	23
26	BLOC IV - Propostes	
	4. Propostes centrades en la PDA com a model.....	26
	5. Propostes de prevenció de crisis, pla de recuperació i ingressos.....	29
	6. Propostes per dur a terme durant els ingressos.....	35
	7. Propostes vers els agents clau.....	37
	8. Propostes vers el tractament amb medicació.....	40
43	Dinamització de les sessions de treball i participants	

BLOC I

Resum Executiu

La Planificació de Decisions Anticipades i la salut mental

A continuació presentem un resum de les principals línies vers les dificultats i les oportunitats que ens podem trobar a l'hora d'introduir la Planificació de Decisions Anticipades en el sector de la salut mental a Catalunya.

Limitacions o dificultats

- No tenim un model de consens que permeti introduir la PDA en l'àmbit de la salut mental a Catalunya i que, a més a més, contempli les diverses situacions en les quals es podria aplicar.
- Cal fer un exercici per definir els límits d'allò que la PDA pot oferir en matèria de salut mental.
- Es detecten problemes terminològics a l'hora de descriure i explicar la PDA.
- Es ressalta l'enorme dificultat per objectivar la competència que té la persona.
- Cal tenir en compte que la decisió sobre les competències d'una persona pot estar influïda pels prejudicis i estereotips, fruit de la pròpia concepció de la salut mental.

- Actualment la PDA no té validesa jurídica.
- La PDA és un procés que implica canvis en l'actual relació que estableixen les persones amb problemes de salut mental amb tot el sector de salut mental. Per tant, la PDA interpel·la l'actual *status quo* en salut mental.
- Introduir la PDA suposarà la necessitat d'adaptar el sector de la salut mental i els seus agents clau als requeriments que aquesta necessita per ser operativa.
- Una part important dels agents clau del sector de la salut mental desconeix la Planificació de Decisions Anticipades.
- La PDA és un instrument que té una lògica no sectorial.
- Si es vol que la PDA sigui transversal a la vida de la persona, els sistemes d'informació haurien de compartir les dades personals.
- El procés de desenvolupament de la PDA és obert i es pot anar modificant en funció de les necessitats, els desitjos i els valors de la persona amb un problema de salut mental.
- Actualment, tal i com està definit el sistema, no està clar que aquest pugui portar a terme la implementació dels continguts de la PDA de les persones amb problemes de salut mental.
- L'administració pública tindrà el repte de fer transversal la PDA.
- Es considera que una gran part dels serveis en salut mental són excessivament estàtics i poc flexibles.
- Introduir la PDA en el sector pot suposar que les entitats hagin de reorganitzar-se com a servei per poder oferir la PDA.
- Introduir la PDA en el sector suposarà que la figura professional hagi de canviar la seva forma habitual de treballar.
- Introduir la PDA en el sector pot suposar que les persones habituades a desenvolupar un rol més passiu en el seu procés de recuperació hagin d'afrontar un canvi complex.
- Introduir la PDA en el sector pot suposar que les famílies hagin d'acceptar que els seus familiars guanyin autonomia en el procés de recuperació encara que no estiguin d'acord amb les decisions que prengui.

Oportunitats

- La persona participa del seu procés de recuperació com un agent determinant a l'hora de decidir-ne el seu esdevenir.
- La PDA apodera la persona.
- La PDA afavoreix l'aliança terapèutica i la vinculació a la xarxa assistencial i de serveis.
- La PDA es veu com la punta de l'iceberg per a l'emergència del model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP).
- La PDA ofereix tranquil·litat quan la persona té una recaiguda o està en procés de crisi.
- Un model d'Atenció Centrat en la Persona (ACP) ens remet constantment a la transversalitat en l'atenció a la salut mental.
- La transversalitat es veu com una oportunitat per lluitar contra l'estigma i la discriminació en salut mental.
- La PDA pot ajudar a posar el focus en el projecte de vida i no en els símptomes.

Propostes

- Promoure la difusió i la formació per a la implementació de la PDA.
- Elaborar un pla específic perquè cada centre de salut mental implementi la PDA.
- Incloure el Pla Terapèutic Individualitzat (PTI) a la PDA.
- Introduir la figura del gestor de casos com a referent de la PDA.
- Prevenir les situacions de crisi des de la PDA.
- Formalitzar alternatives a l'ingrés hospitalari (domicili, hospital de dia, suport entre iguals).
- Elaborar processos de planificació prèvia a la crisi i a un possible ingrés.
- Elaborar un model d'atenció en situació de desestabilització basat en el dret a decidir.
- Pal·liar la indefensió davant d'un ingrés hospitalari involuntari.

- Permetre la gestió d'aspectes de la vida diària durant l'ingrés hospitalari.
- Permetre visites durant un ingrés a la unitat d'aguts i adaptar-ne les condicions a noves tecnologies.
- Introduir la figura del pacient expert en la unitat d'aguts i en l'acompanyament als primers episodis.
- Definir i aclarir la intervenció de la família en el procés de recuperació.
- Donar suport i assessorament per elegir els representants dins de la PDA.
- Permetre la participació activa de la persona en la gestió del tractament farmacològic.

BLOC II

Introducció

La Federació Salut Mental Catalunya fa temps que treballa per la defensa dels drets de les persones amb problemes de salut mental. Promoure la presa de decisions de manera autònoma i amb llibertat en tots els àmbits de l'atenció sociosanitària és un dels imperatius legals de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat. És per aquest motiu, i a partir de la demanda de les persones usuàries i les famílies de la xarxa associativa, que la Federació decideix posar en marxa una iniciativa que reculli quines són les valoracions que fan els usuaris i usuàries, familiars i diversos agents de la salut mental sobre la Planificació de Decisions Anticipades en salut mental.

Entendre quina és la situació actual de Catalunya de la mà de persones vinculades a l'àmbit de la salut mental ens ajuda a definir una estratègia per avançar en el respecte dels drets de les persones amb problemes de salut mental en totes les àrees de la seva vida, començant per la xarxa de salut mental.

El dia 21 de juny de 2017 la Federació SMC realitza una primera jornada al Palau Macaya de Barcelona, a la qual es convida Fernando Santos Urbaneja¹, així com diversos membres del Grup de Drets Humans i Salut Mental de l'Escola Andalusà de Salut Pública de la Conselleria de Salut d'Andalusia, format per professionals, persones usuàries i familiars, per presentar la *Guía sobre la Planificación Anticipada de las Decisiones en Salud Mental*.

¹ Fiscal delegat de Protecció de Persones amb Discapacitat a Andalusia i Coordinador del Fòrum Andalus del Benestar Mental.

L'objectiu d'aquesta jornada era organitzar una sèrie de tallers de treball orientats, en un primer moment, a iniciar una reflexió col·lectiva sobre les limitacions i les oportunitats que la Planificació de Decisions Anticipades ens pot oferir en l'àmbit de la salut mental (realitzats el mateix dia 21 de juny de 2017). I, en un segon moment, celebrar la jornada del 30 de novembre, on desenvolupar tallers per elaborar idees i propostes per implementar la PDA a Catalunya.

1.1 La PDA i la salut mental

La Planificació de Decisions Anticipades (PDA) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA) en salut mental s'han estat treballant des d'un grup de treball específic del Comitè de Bioètica de Catalunya. Al març del 2018 finalment s'ha aprovat el document *El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció: document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades*, amb l'objectiu d'identificar els problemes ètics que planteja la utilització de les directrius anticipades i fer propostes per avançar en la implementació del DVA i la PDA en el nostre entorn.

A continuació s'especifica què és la Planificació de Decisions Anticipades.

“

*La planificació de decisions anticipades (PDA) es defineix com un procés deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una persona expressa el seus valors, desitjos i preferències i, d'acord amb aquests i en col·laboració amb el seu entorn afectiu i el seu equip assistencial de referència, formula i planifica com voldria que fos l'atenció que ha de rebre davant una situació de complexitat clínica o malaltia greu que es preveu probable en un termini de temps determinat i relativament curt, o en situació de final de vida, especialment en aquelles circumstàncies en què no estigui en condicions de decidir*² ”

² Model Català de Decisions Anticipades (2016). Generalitat de Catalunya.

Plantejar la **introducció de la PDA**³ en l'àmbit de la salut mental presenta un conjunt de reptes, interrogants i desitjos que **interpel·len l'actual status quo** d'aquest àmbit. És a dir, pensar a introduir un instrument com la PDA, en què s'obre la porta a *codecidir* sobre el procés de recuperació i el tracte que rep la persona en aquest procés, suposa plantejar-se un canvi en l'actual funcionament de la xarxa de salut mental. Les institucions i les entitats, els serveis i la seva organització (itineraris clínics, protocols, etc.), els tractaments clínics i la medicació o les relacions entre els diferents agents del sector (persones amb un problema de salut mental, famílies, professionals, gestors, etc.) es desvetllen com a susceptibles de ser afectades per aquest canvi.

Com se'ns comentava en la mateixa jornada del dia 21 de juny, introduir la PDA en l'àmbit de la salut mental no és només posar una eina a disposició d'un sistema per tal de millorar-lo. Introduir la PDA en la salut mental és la manifestació de l'emergència d'un "nou" paradigma⁴ que inevitablement posa en qüestió l'actual paradigma que estructura la salut mental a Catalunya⁵.

Per exemple, introduir una eina com la PDA en un hipotètic entorn on hi ha predomini del paradigma *assistencialista* (en què el tractament es desenvolupa sense la responsabilització de l'usuari en el seu procés de cura o recuperació) i/o un paradigma biomèdic (en què s'emfasitza la curació del cos per davant de l'atenció a la persona) suposaria un xoc amb el principi que planteja la PDA: introduir el criteri de la persona usuària en el disseny i la implementació del seu tractament clínic. La PDA comporta una manera d'entendre i mirar el món de la salut mental (dins del paradigma de la recuperació) que no necessàriament concorda amb els valors, els principis i les pràctiques d'altres paradigmes com poden ser *l'assistencialista i el biomèdic*.

³ Cal diferenciar el Document de Voluntats Anticipades (DVA) i la Planificació de Decisions Anticipades (PDA). Tal i com s'explica al document *El respecte a la voluntat de la persona amb trastorn mental i/o addicció: document de voluntats anticipades i planificació de decisions anticipades* elaborat pel Comitè de Bioètica de Catalunya, el DVA i la PDA es reconeixen com a estratègies complementàries. El primer, amb un reconeixement normatiu des de fa anys i la segona com a pla d'acció del Departament de Salut que no necessita cap més reconeixement legal i que és posterior a la DVA. Cal tenir molt present que, si bé els adolescents i les persones incapacitades jurídicament no poden fer un DVA, sempre poden beneficiar-se d'una PDA (vegeu el document per a més informació).

⁴ El concepte de paradigma neix de la mà de Thomas Kuhn (1962) i es defineix com el conjunt de creences, mètodes, conceptes i valors compartits, en major o menor mesura, per un col·lectiu, i que serveix per orientar i justificar les seves pràctiques. Com ens comenta l'autor (1997): "Un paradigma governa, des d'un començament, no un afer sinó més aviat un grup de practicants".

⁵ L'àmbit de la salut mental és divers i no està "governat" per un únic paradigma. De fet, en l'àmbit de la salut mental hi conviuen diferents models que poden tenir enfocaments confrontats.

1.2 Metodologia

Des de la Federació Salut Mental Catalunya es van identificar diversos tipus d'agents clau de l'àmbit de la salut mental: persones usuàries, professionals, familiars i persones de la xarxa associativa per poder tenir una àmplia representació de cada sector i territori, i iniciar el debat sobre la situació de la Planificació de Decisions Anticipades a Catalunya.

Es van fer dos tallers (el 21 de juny i el 30 de novembre de 2017) de 2 hores de durada cadascun i amb un total de 16 subgrups d'entre 5 i 6 persones, al primer seminari, i 12 subgrups d'entre 5 i 6 persones, al segon.

Cada taller s'estructurava en dues fases. En la primera fase, cada subgrup debatia i consensuava internament els objectius del taller. En la segona fase, cada subgrup exposava els resultats de la seva activitat a la resta de membres de la seva aula en format plenari.

Els subgrups que es van crear eren heterogenis: a cada subgrup hi havia diferents agents dels sectors representats, de diversos àmbits i amb diverses vinculacions amb la salut mental: persones usuàries; familiars; professionals de psiquiatria, psicologia, infermeria, treball social i educació social; activistes; docents; i persones de l'àmbit jurídic i de la xarxa associativa, entre d'altres.

Per contextualitzar la Planificació de Decisions Anticipades a les persones participants als tallers, es van realitzar dues accions prèvies. En primer lloc, les persones que s'hi havien inscrit van rebre un conjunt d'articles i de documents vinculats a la PDA. Els recomanats abans del primer taller van ser els següents:

- Amets, S., Bono del Trigo, A., Ibáñez, V., Romero, J., Romero, M^a D., Tamayo-Velázquez, M^{al}. et al. (2016). Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 36, no. 129 [online]. Madrid. ISSN 0211-5735

- Gorrotxategi, M., Romero, J. (2012). Voluntades psiquiátricas: Una herramienta terapéutica. *Dialnet* [online].
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. EASP (2015). *Guía Planificación Anticipada de las Decisiones en Salud Mental*. Andalucía. ISBN: 978-84-608-2969-0.
- Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra*, vol. 29, supl.3: 7-17 [online]. ISSN 1137-6627.
- Ramos-Pozón, S., Robles del Olmo, B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(1): 18-24 [online].

Els articles recomanats abans del segon taller versaven sobre la literatura relacionada amb la Planificació de Decisions Anticipades, plans de crisi, directrius avançades o decisions compartides d'altres països. Aquests van ser:

- Elbogen, Eric B.; [et al.] (2007). Effectively implementing psychiatric advance directives to promote self-determination of treatment among people with mental illness. *Psychology Public Policy Law*, 13(4): 1037-1076.
- Farrelly, S.; [et al.] (2015). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, 19: 448–458.
- Hauser, K.; [et al.] (2015). Outcome-relevant effects of shared decision making: a systematic review. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(4): 665-671.
- Thornicroft G.; [et al.]. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*, 381: 1634–1641.

Tant amb l'enviament dels articles com amb les ponències de la jornada del dia 21 de juny, pretenien generar una base comuna de coneixement al voltant de les PDA en l'àmbit de la salut mental, per tal de poder iniciar un debat informat entre les persones que participarien en els tallers.

Cada taller va desenvolupar-se a partir d'una dinàmica en què es dividia els participants en subgrups i se'ls demanava que trobessin punts de consens respecte d'objectius específics.

El primer taller es va centrar a fer una valoració envers la relació de les PDA i la salut mental. Així, es va realitzar un treball per:

- Identificar, com a mínim, 3 **inconvenients o limitacions** actuals sobre l'aplicació de la PDA en salut mental.
- Identificar, com a mínim, 3 **oportunitats** que ofereix la PDA a l'àmbit de la salut mental.

En el segon taller, el treball es va centrar a recollir propostes d'actuació que permetessin introduir la PDA al sector de la salut mental. Cada subgrup havia d'elaborar de manera consensuada dues propostes concretes d'implementació de la Planificació de Decisions Anticipades a Catalunya.

Els resultats d'aquest document provenen de tot aquest treball realitzat per les persones que van participar als tallers.

BLOC III

Introducció

2

Les limitacions o dificultats d'introduir la PDA en la salut mental

Les limitacions a l'hora d'introduir la PDA a l'àmbit de la salut mental a Catalunya es poden categoritzar en tres nivells diferents.

2.1

Dificultats vinculades a la pròpia PDA

Un gran grup d'inconvenients que se li atribueixen a la incorporació de la PDA al procés de recuperació de les persones amb problemes de salut mental estan relacionats amb la pròpia eina. Per una banda, les dificultats que suposa el **procés de treball** per elaborar la PDA i, per l'altra, les dificultats per a la seva aplicació.

Límits de la PDA

El primer que es comenta és que, tot i que disposem de diferents documents que defineixen la PDA (els seus límits legals, el procés de funcionament, les diferències amb els documents de Voluntats Anticipades, els riscos), encara **no tenim un model de consens que permeti introduir la PDA en l'àmbit de la**

salut mental a Catalunya i que, a més a més, contempli les **diverses situacions on es podria aplicar**.

La contextualització en salut mental de la PDA es percep com una dificultat, perquè pot generar contradiccions i frustracions als agents implicats. Es revela la preocupació que les persones que vulguin adherir-se a la PDA demanin coses que no siguin legals o estiguin fora de les indicacions clíniques, com, per exemple, que se'ls apliqui l'eutanàsia o que se'ls apliqui un tractament de teràpies alternatives que no estiguin integrades a la xarxa de salut mental. Així, es remarca que **cal fer un exercici per definir els límits d'allò que la PDA pot oferir en matèria de salut mental**. No es pot equiparar la PDA a un menú a la carta.

Caldria respondre preguntes com ara:

Quins tractaments podem oferir o rebre? / En quins serveis volem ser atesos? / Quines condicions d'ingrés volem tenir o podem oferir? / Quina ràtio de professionals volem tenir? / Des de quina perspectiva o paradigma professional volem ser atesos? / La PDA ha d'estar contextualitzada dins la cartera de serveis de salut mental? / Podem incloure-hi d'altres serveis?

La falta de definició de límits en la PDA es percep com un risc, ja que es podrien pactar decisions que després no poden ser cobertes. La necessitat de definir els límits d'allò que pot oferir la PDA suposa una nova dificultat: *qui participa a decidir aquests límits? I com definirem aquests límits?* De ben segur, la resposta a això haurà de ser fruit d'un treball participatiu i de consens amb tots els agents clau del sector de la salut mental. Un fet per ell mateix complex i llarg, com veurem en el punt 2.2.

Els conceptes “capacitat” i “competència”

Es detecten **problemes terminològics a l'hora de descriure i explicar la PDA**. Es comenta que “s'utilitzen conceptes com *competent* o *incapacitat* de manera indiscriminada i hauríem de saber quan utilitzar una terminologia i no una altra”. L'expressió “aquesta persona no està capacitada” és una terminologia jurídica i, per tant, la capacitat s'ha de determinar a nivell judicial.

La resta d'agents hauríem de parlar de competències, en tant que valorem si en un moment determinat una persona, davant del que se li planteja i valorant els riscos i els beneficis, és capaç de fer una avaluació de la situació.

L'objectivació de la competència de la persona

Es ressalta l'enorme **dificultat per objectivar la "competència" que té la persona** amb un problema de salut mental en un moment determinat. No existeix un criteri clar i consensuat que ens ajudi a determinar quan una persona no té la competència per decidir davant una situació determinada. Aquesta dificultat afecta tant al moment de l'elaboració de la PDA com al moment en què s'ha de decidir activar-la. No existeix un *competenciòmetre* que ens permeti decidir objectivament⁶.

Cal tenir en compte que la decisió sobre les competències d'una persona pot estar influïda pels prejudicis i estereotips, fruit de la pròpia concepció de la salut mental.

La mateixa elaboració de criteris per determinar si la persona té competències per decidir es pot veure afectada per aquesta discriminació. Així, es comenta que aquesta decisió sobre la competència de l'altre estarà inevitablement afectada pels prejudicis de les persones professionals, per la seva formació i disciplina o pel seu paradigma teòric.

En la mateixa línia, es comenta que queda per aclarir *qui* valorarà la competència de la persona amb un problema de salut mental a l'hora de fer la PDA (un notari, l'informe d'un metge, un consell mixt...) per determinar que en aquell moment sí que és competent⁷ per decidir sobre la seva PDA.

⁶ Es comenta que actualment es disposa d'algunes escales validades, com la Mac CAT-T, que s'utilitzen per a un altre tipus de decisions clíniques. Hi ha molta feina feta al respecte des de la World Psychiatry Association i pel Dr. Paul S. Appelbaum que ajusten la valoració a la decisió concreta i es treballa amb nivells mòbils de competència.

⁷ En parlar de *competent* no ens referim a incapacitat o capacitat (fet que ve determinat pel *Protocol per a l'aplicació de criteris de cribatge abans d'iniciar un procés d'incapacitació*; l'article 199 del Codi Civil estableix que "ningú no pot ser declarat incapaç si no és per sentència judicial"), sinó a detectar el moment adequat per poder elaborar una PDA. Tanmateix, quedaria obert determinar si es pot fer de seguida que hi hagi estabilitat clínica o si també es requereix un context no institucional per poder decidir lliurement vers la PDA.

Les contradiccions legals

L'article 14 de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2007) diu que cal evitar el tractament involuntari i la intervenció involuntària; en canvi, en l'àmbit europeu, la Carta Europea de Drets Humans, del 23 de Març de 2017, diu que existeixen possibilitats d'incapacitar una persona en una sèrie de circumstàncies. Això suposa una certa **incongruència entre dos marcs legals de drets humans**, ja que no és el mateix dir *mai* que dir *alguna vegada*. Aquesta contradicció entre els marcs recau sobre les persones professionals, ja que les seves intervencions no estaran necessàriament validades jurídicament.

En la mateixa línia, es comenta que tothom parla de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, però no hi ha cap país que hagi desenvolupat les lleis per poder aplicar els anunciats de la pròpia Convenció. S'apunta que no només no estan alineades amb la Convenció de les Nacions Unides sinó que les lleis actuals en van justament en contra.

Aquests fets provoquen actituds defensives en el col·lectiu de professionals que respecten certes decisions de les persones usuàries, però amb la por d'una acusació posterior. Per exemple, les figures professionals temen que si apliquen el programa pactat a la PDA se les pugui denunciar per part de la família pel fet de no garantir la seguretat de la persona o per denegació d'auxili, quan l'acció professional estaria d'acord amb la decisió de la persona usuària. Un altre exemple: les unitats d'hospitalització tenen la responsabilitat de garantir la seguretat i el coneixement de la normativa (obligació *in vigilando* i *in cuidando*), però actualment **la PDA no té validesa jurídica**.

Es comenta que aquesta falta de validesa jurídica també ve marcada perquè l'àmbit judicial no està format ni té coneixement sobre tots aquests aspectes i les diferents normatives existents. Es detecta que aquest àmbit judicial està molt influenciat per una visió paternalista i que es requeriria millorar el marc legal i fer-ne una anàlisi exhaustiva.

2.2

Dificultats vinculades al sector de la salut mental

Un altre gran grup d'inconvenients que s'atribueixen a la incorporació de la PDA està relacionat amb les característiques pròpies del sector de la salut mental.

Paradigmes i salut mental

El sector de la salut mental no és homogeni i hi coexisteixen diferents paradigmes, alguns d'ells confrontats entre si. En ocasions observem els diferents paradigmes de la salut mental vinculats a disciplines professionals concretes, o bé detectem disciplines professionals que viuen immerses en una controvèrsia entre dos paradigmes que volen ser dominants. Com ja s'ha mencionat a la introducció, la PDA està vinculada al paradigma de la recuperació que conceptualment s'està imposant en l'àmbit de la salut mental des dels diferents plans estratègics a Catalunya (com el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, i el Pla Integral de Salut Mental i Addiccions). Ara bé, a nivell d'implementació, cal modificar i incorporar noves pràctiques, així com orientar bé els equips i el conjunt de serveis per tal que sigui una realitat.

Encara hi ha disciplines professionals que gaudeixen de més prestigi i poder en el sector de la salut mental. Per exemple, la psiquiatria ocupa una posició per sobre de la resta de disciplines.

Precisament perquè venim d'una tradició paternalista en salut mental, introduir de cop i volta la PDA i atorgar moltes responsabilitats a la persona podria ser entès com un abandonament o una negligència de l'encàrrec clínic.

La PDA no és únicament un document. En si mateixa **la PDA és un procés que implica canvis en l'actual relació que estableixen les persones amb problemes de salut mental amb tot el sector**: amb els professionals que les atenen, amb les seves famílies, amb els serveis que utilitzen, amb les polítiques públiques, amb la distribució de les partides pressupostàries, etc.

La transició cap a la PDA

La pròpia PDA ja està inscrita en un paradigma concret, el de la recuperació. Introduir la PDA en el sector de la salut mental no és un acte neutral i, per tant, inevitablement, pot comportar certa confrontació amb d'altres paradigmes dominants al sector.

Treballar amb la PDA suposarà la necessitat d'adaptar el sector de la salut mental i els seus agents clau als requeriments que aquesta necessita per ser operativa. És molt necessari que la mentalitat, la cultura i la formació de les persones professionals es vagi orientant, també, cap aquest model.

Certament, sí que s'observa que hi ha disciplines en salut mental que estan molt properes al paradigma de la recuperació des de fa anys. I, actualment, es detecta que aquestes disciplines comencen a introduir valors i pràctiques que serien més concordants amb la PDA. Per exemple, en la psiquiatria, la Comissió Nacional de l'Especialitat diu que és obligatori que un psiquiatre tingui formació en diferents corrents psicoterapèutics, en una manera de treballar amb la persona usuària fomentant totes aquestes coses: habilitats de treball en equip, la relació amb els altres equips, etc.

Així, es remarca que, sigui com sigui, aquest canvi de paradigma que suposa introduir la PDA haurà d'anar acompanyat d'aspectes com la dotació de recursos (materials, econòmics i humans) i de més formació per als professionals.

El desconeixement sobre la PDA

En termes generals, **la majoria dels agents clau del sector de la salut mental desconeix la Planificació de Decisions Anticipades.** Bona part de les persones professionals, les persones usuàries i familiars, i el sistema judicial ignoren aquesta eina, el seu marc i la normativa vigent.

Les dificultats per treballar globalment

La PDA és un instrument focalitzat en la persona, en tota la seva globalitat. La persona amb un problema de salut mental pot incorporar, en el procés de presa de decisions, aspectes que impliquin diferents àmbits de la seva vida. Aquest fet suposa que **la PDA és un instrument que té una lògica no sectorial**: pot fer referència a tractaments clínics, a representants jurídics, a drets socials, etc. Per contra, el món institucional amb què ens relacionem sabem que està fortament sectoritzat i segmentat.

Introduir la PDA a l'àmbit de la salut mental obligarà tot el sector a dialogar entre si i a dialogar des del sector de la salut mental amb d'altres sectors implicats en la vida de les persones amb problemes de salut mental. Per exemple, el sector salut (atenció primària i comunitària de salut) i el sector social (serveis socials o tercer sector social).

Es manifesta que actualment hi ha dificultats per portar a terme aquest conjunt de diàlegs entre els diferents agents del sector de la salut mental i els diferents sectors implicats en la vida de les persones.

Així, es percep una escassa cultura de diàleg; un fet relacionat amb què les implicades són diferents institucions i és complicat trobar-se i parlar. Hi ha, també, una manca d'eines per a la resolució de conflictes i la comunicació no violenta. No hi ha espais per a la reflexió i els professionals no tenen temps per poder dialogar, arribar a acords i reflexionar sobre l'instrument de la PDA. Com es comenta en una sessió, "a més de ser-ne pocs, els que n'estem conscienciats no estem units, no busquem espais per reflexionar".

L'accessibilitat i la protecció de dades

Així mateix, si es vol que la PDA sigui transversal a la vida de la persona, **els sistemes d'informació n'haurien de compartir les dades personals**, no només entre diferents proveïdors, sinó entre serveis socials, tercer sector, etc.⁸

⁸ Es comenta que el fet de compartir dades ens portarà irremeiablement a haver de conciliar els beneficis que hi aporta per aplicar la PDA, la seva funcionalitat pràctica, els riscos en termes del dret a la confidencialitat del pacient i els límits de la llei de protecció de dades.

Caldria poder compartir la informació per aconseguir que la PDA es faci visible davant els diferents agents que estan en contacte amb la persona amb un problema de salut mental. Per exemple, es tracta d'un document que ha d'estar integrat a la història clínica i s'ha de compartir.

Amb el SAP (història clínica informatitzada) qualsevol canvi és molt difícil, tant tècnicament (implica canviar el sistema informàtic per introduir els elements a la història clínica) com logísticament (impedir que d'altres mirin la història clínica). Cal conjugar accessibilitat i protecció de dades per incorporar la PDA al sistema

En referència a la confidencialitat encara no s'ha treballat a qui arriba la informació ni quin ús se'n fa. Encara més, si aquesta informació circula fora de contextos institucionals, com l'àmbit familiar o el cercle de persones referents.

Finalment, es comenta que actualment la PDA és una eina o un procés de difícil accés per a tots els agents i hauria d'estar a l'abast de tothom⁹.

La materialització de la PDA

La PDA no és un fi en si mateix, sinó un mitjà. La PDA vol una acció transformadora. Inevitablement, la PDA comportarà una càrrega burocràtica. Tanmateix, es remarca que cal evitar que la burocratització acabi amb la millora de drets que pot aportar la PDA.

Es menciona la por que el document de la PDA acabi matant el propi procés. **El procés en què es desenvolupa la PDA és obert, no queda tancat un cop se signa el document.** Així, hem de parlar d'un document de la PDA viu, que va incorporant l'experiència i les decisions de la persona en el govern del seu procés de recuperació.

Per exemple, es tem que acabi sent un paper burocratitzat com ho és el consentiment informat i que es firma uns minuts abans d'entrar al quiròfan. És a dir, que acabi sent un document sense prou rellevància. La burocratització pot acabar generant l'efecte contrari perseguit a la PDA (com a procés).

⁹ Es comenta que el tema de l'accés generalitzat a la informació en xarxa requereix de molts ajustos i matisos. Actualment l'HC3 (Història Clínica Compartida de Catalunya) comença a tenir un excés de documents (que la faria poc operativa) i molta informació que no és rellevant per a tota l'assistència.

2.3

Dificultats vinculades als agents clau del sector

L'últim bloc d'inconvenients que s'atribueixen a la incorporació de la PDA està relacionat amb l'**impacte** que pot tenir sobre els agents clau del sector.

L'administració pública

Es manifesta un gran dubte sobre si les administracions públiques poden sostenir la introducció de la PDA en el sector. *Realment, el sistema pot tirar endavant la decisió?*

Una cosa és el procés d'elaboració del document i l'altra, en són l'ús i la revisió. **No està clar que el sistema, com està concebut actualment, pugui portar a terme** tant el desenvolupament del document com, sobretot, **la implementació d'allò que s'ha dit a la PDA**. Caldrà alinear les polítiques generals amb les institucionals i els models d'atenció dels professionals. Es considera que és una estratègia *impressionant*, que parla de la centralitat de la persona, però que, si no està ben enfocada, pot generar frustració.

Actualment existeixen moltes dificultats que, si no es resolen, poden suposar obstacles importants per a l'aplicació de la PDA. L'administració hauria de posar més recursos per garantir que les expectatives es compleixin o fer seguiment de determinades situacions. Per exemple, es comenta que "encara no hi ha alternatives a l'hospitalització ben treballades" i que "això és un tema de consciència, de canvi de mentalitat i de recursos". S'assenyala que ja s'està avançant, precisament, en el desenvolupament d'iniciatives que promoguin alternatives a l'hospitalització, però encara queda molta feina per fer.

L'administració pública tindrà el repte de fer transversal la PDA. Com ja hem comentat, l'administració haurà de formar els diferents agents socials implicats en l'atenció de la salut mental, més enllà del sector de salut mental. És a dir, les forces de l'àmbit públic, la justícia, els serveis socials, etc.

En aquesta línia, l'administració haurà de fer esforços a l'hora de regular la PDA dins del sistema de planificació i pagament. Aquest sistema de regulació no només ha de posar el focus en la PDA. Per exemple, el control de l'assoliment d'objectius no només s'haurà de centrar en el número de PDA realitzades. La PDA requereix d'un sistema d'avaluació que contempli la rellevància del procés i els resultats que se'n desprenen per a la persona. Així, es comenta que caldria alinear el sistema de planificació i pagament amb la PDA com a procés.

Els proveïdors de la salut mental

Els serveis de salut mental estan constituïts per diferents proveïdors. Aquests proveïdors estan emmarcats en diferents paradigmes i cada proveïdor s'identifica amb un d'ells. La introducció de la PDA suposarà, per una banda, que **algunes entitats del sector hauran de reorganitzar-se com a servei per poder oferir la PDA**. Aquesta reorganització pot ser més o menys complexa en funció de les característiques de cada entitat, la tipologia de serveis que ofereix i la seva estructura funcional.

Així mateix, **es considera que un dels reptes és que els serveis en salut mental siguin més dinàmics i flexibles** per tal que puguin donar resposta a les necessitats de les persones, posant-les al centre de l'atenció. Aquest canvi s'ha de donar tant als serveis més orientats a la recuperació i la inclusió social, com als que actualment tenen funcions més adreçats a la contenció i reducció de símptomes. Probablement, en aquests segons caldran més esforços per incorporar mesures com la PDA.

Per una altra banda, es relata que **no hi ha equitat territorial en relació a la distribució de recursos** i això dificulta poder disposar de totes les eines necessàries per al desplegament de mesures com la PDA. És molt necessària l'homogeneïtat en la distribució dels recursos i la convivència entre diferents orientacions que, a més a més, afavoriria la introducció de la PDA de manera equitativa i seguint certs criteris comuns a tot Catalunya.

El col·lectiu de professionals de la salut mental

Es relata que una dificultat que tindran les persones professionals per poder desplegar la PDA és la rotació de personal, que dificultarà la continuïtat que

requereix el procés. Per exemple, el clima de confiança terapèutica que requereix la PDA es veu trencat quan hi ha rotació de personal.

Es detecta també un desconeixement dels professionals, que estan poc formats en la PDA. Aquest desconeixement previ no hi juga a favor a l'hora d'incorporar el procés de la PDA a la praxi professional.

Introduir la **PDA en el sector pot suposar que la persona professional hagi de canviar la seva forma habitual de treballar**. L'orientació de la seva praxi es pot veure afectada, essent necessari canviar pràctiques professionals que poden estar molt arrelades en el col·lectiu. Aquest fet pot provocar resistència al canvi per part dels professionals.

A més, aquesta resistència es pot veure amplificada, si les persones professionals perceben que l'entorn no les acompanya en aquest canvi. Ja sigui perquè no es té cobertura jurídica o perquè no disposen de nous recursos o de suport institucional.

Les persones amb problemes de salut mental i les seves famílies

Les dificultats que suposa el canvi de paradigma que implica la PDA també afecta les persones amb problemes de salut mental. Es relata que les persones hauran de canviar el rol que tenen en la relació terapèutica, que es manté jerarquizada des de les dues bandes. **La PDA suposa un canvi complex per a les persones que es troben habituades a desenvolupar un rol més passiu davant la figura professional** (per contra, implicarà un avenç per a aquelles que consideren que tenir un paper més actiu suposarà una ajuda al seu procés de cura i recuperació). La PDA reequilibra les posicions de poder en la relació terapèutica.

Es comenta que és necessari que la introducció de la PDA vagi acompanyada per la xarxa associativa. La persona hauria de poder estar acompanyada pel sistema que l'envolta i, actualment, es considera que aquesta xarxa encara és incipient entre el col·lectiu en primera persona.

La resistència al canvi també afectaria **les famílies**, que **hauran d'acceptar que els seus familiars guanyin autonomia en el procés de recuperació**. La PDA suposarà que situacions que són viscudes com un risc passin a ser

gestionades segons la voluntat de la persona. Aquest fet provocarà que la família també hagi de canviar les formes tradicionals de relacionar-se amb la persona amb un problema de salut mental.

En aquest sentit, caldrà que els representants de la persona (assignats a través de la PDA) puguin entendre que el seu rol pot canviar. La família haurà d'entendre que el rol de representant no és de per vida. A més, el representant no ha de confondre allò emotiu amb els aspectes pràctics: accessibilitat, no conflicte d'interessos, coneixement adequat d'allò que s'està treballant, de què és un problema de salut mental, etc.

Per tots aquests motius, es considera fonamental que la introducció de la PDA es complementi amb formació a les persones amb problemes de salut mental i a les seves famílies.

3

Les oportunitats d'introduir la PDA en la salut mental

La Planificació de Decisions Anticipades obre un conjunt d'oportunitats per al sector de la salut mental. Hem categoritzat aquestes oportunitats en dos grans blocs.

3.1

Les oportunitats pròpies de la PDA

Els punts forts de la PDA estan molt vinculats a les oportunitats que el procés obre per elaborar el document que recollirà les decisions de la persona.

Els drets de les persones amb problemes de salut mental

Es comenta que la PDA ajuda a millorar els drets de la persona amb un problema de salut mental en el procés de recuperació. S'entén que aquesta millora té a veure amb un increment del valor ètic, ja que **la persona participa del seu propi procés com un agent determinant a l'hora de decidir-ne l'esdevenir**. A més, la participació de la persona en la governança d'aquest és un component que afavoreix que els drets de la persona siguin garantits i respectats.

La PDA, com a procés, incorpora la persona en la presa de decisions per a la recuperació i, com a instrument o document, garanteix la sostenibilitat de les decisions en què ha participat la persona.

A la PDA també se li atribueixen un seguit de qualitats que estan més vinculades amb el bon esdevenir del mateix procés de recuperació. Vegem a continuació les funcions que s'atribueixen a la PDA.

La prevenció de recaigudes

Es comenta que la Planificació de Decisions Anticipades és una forma de parlar amb la persona, d'atendre els seus símptomes, de buscar mesures per evitar un ingrés, etc. Els estudis demostren que hi ha menor taxa d'ingressos quan en el procés de recuperació es parla amb la persona, se l'escolta i s'hi n'incorporen les decisions.

En la mateix línia, el procés de la PDA obre una via perquè la persona prengui consciència de la seva situació: pot identificar els símptomes d'alarma, i pot comentar-ho amb els familiars, així com prevenir l'ingrés o que hi hagi alteracions, entre d'altres.

Es relata que **la PDA apodera la persona**. És una bona eina per treballar la consciència de problema de salut, dels símptomes, del diagnòstic i de la responsabilitat vers el tractament i el procés de recuperació.

La potenciació del vincle amb el professional

Es considera **que la PDA afavoreix l'aliança amb el professional de la salut mental i la vinculació a la xarxa assistencial**, en general i a través del referent assistencial del propi procés de la PDA. La vinculació és un objectiu que normalment parteix del professional i es vol que hi hagi vinculació als serveis d'acompanyament. Així, aquesta eina força a coordinar-se, a entendre's, a consensuar i a dialogar. La persona acudirà als serveis sabent que els professionals han seguit treballant en el seu cas (implica vinculació) i això millora l'adherència al tractament.

El procés que implica la PDA ajuda a una millora de l'aliança entre les diferents parts, perquè obliga a passar per un procés participatiu i de diàleg. Per això, es comenta que, més que l'adherència al tractament (paraula que no acaba d'agradar), es pot parlar d'un espai de confiança que facilita la relació amb el professional i el vincle.

Aquesta millora del vincle amb el professional es relaciona amb el fet que la PDA no generi un conjunt d'expectatives que després no es puguin aconseguir.

A més, es comenta que la PDA obre l'oportunitat perquè la persona amb un problema de salut mental conegui millor la xarxa de salut mental i esdevingui més conscient dels serveis del territori on viu.

3.2

Les oportunitats per al sector

La PDA es percep com a quelcom que va més enllà de la relació entre la persona amb un problema de salut mental i el seu tractament. Es percep com una palanca per canviar el sector de la salut mental: per fer un procés de refundació de l'abordatge de la salut mental a Catalunya.

El canvi de paradigma

Es comenta que la PDA és la manifestació d'una gran oportunitat per promoure el canvi en:

- La mirada respecte la persona, com a ésser únic i no només biològic. Com a subjecte actiu i expert en el seu procés de recuperació.
- El posicionament dels professionals, de models més paternalistes a models més participatius.
- La relació actual entre persones amb problemes de salut mental, famílies i figures professionals a partir del diàleg i la participació.
- Els serveis, per pensar-los a partir d'un model centrat en la persona i reorientar els programes cap a un sistema d'atenció integral.
- El paper del moviment associatiu com a agent fonamental a l'hora de definir el model d'atenció en salut mental.

La PDA es veu com la punta de l'iceberg per a l'emergència del model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP). El canvi de model assistencial pot portar a canviar les actuals estructures. O bé, a incorporar-ne de noves (hi falta alguna estructura intermèdia comunitària) a partir de la detecció d'allò que hi manca i d'allò que en sobra. És a dir, a canviar el model organitzatiu actual.

A més, es demana un model més deliberatiu. Elaborar i utilitzar la PDA requereix que la persona estigui en una situació de cert equilibri i que els diferents professionals arribin a acords raonables entre les possibilitats del sector de la salut mental i la voluntat de la persona.

La tranquil·litat de saber què vol l'altre

Es comenta que **la PDA ofereix tranquil·litat quan arriba el moment en què la persona té una recaiguda o està en procés de crisi**, ja que recull com vol ser tractada, i això és beneficiós tant per a l'entorn assistencial com per a l'entorn relacional (família, amics, etc.). Fins i tot en els casos que no agrada allò que la persona ha decidit.

Les persones amb problemes de salut mental també veuen la PDA com una oportunitat de formació a les famílies a l'hora de participar de tot aquest procés. La participació de la família en la PDA permet obrir espais de diàleg que poden trencar el paternalisme que hi pot haver en les seves relacions.

Es comenta que el procés terapèutic pren un altre sentit quan la PDA obre un espai per a la pràctica del consens entre tots els agents clau (persona amb un problema de salut mental, família i professionals). És a dir, tothom exposa la seva perspectiva i s'arriba a un punt en comú. Llavors, el procés terapèutic ja no és una agressió de l'entorn.

La transversalitat

Parlar d'un **model d'Atenció Centrat en la Persona (ACP) ens remet constantment a la transversalitat**. La persona no és defineix ni viu sectorialment. A més, la necessitat d'atendre globalment la persona obliga que tot el seu entorn treballi transversalment.

Es considera la PDA com un eix des del qual pensar i organitzar una atenció unificada que incorpora les decisions de la persona¹⁰. Facilita l'acord entre diferents departaments. Seria el cas, per exemple, d'un ingrés involuntari, on les qüestions són sanitàries, però també de seguretat; on hi ha ambulàncies i Mossos d'Esquadra, i s'intenten unificar protocols però mai no es prioritza la decisió de la persona.

A més, es percep **la transversalitat com una oportunitat per lluitar contra l'estigma i la discriminació en salut mental**. La PDA fa forta la idea que som ciutadans, i que cal que es respecti la persona individualment amb les seves característiques i decisions.

El projecte de vida de la persona

Es comenta que **la PDA pot ajudar a posar el focus en el projecte de vida i no en els símptomes**. Es lliguen els valors d'autonomia i de responsabilitat, amb els quals la persona assumeix les conseqüències de les seves decisions¹¹.

La PDA es percep com un instrument que apodera perquè la persona pot decidir i pot fer-se més conscient de què vol que sigui el seu projecte de vida i què vol fer quan tingui un període de crisi. Això l'ajuda a repensar-se i prendre les regnes de la seva vida.

El dret a la rectificació s'inclou en l'acompanyament a la persona i la PDA ho permet: poder modificar i ajudar a sortir del paradigma de la cronicitat vers el paradigma de la recuperació. És a dir, la governança del propi procés de recuperació ha de permetre anar fent rectificacions segons els desitjos i moments vitals de la persona amb un problema de salut mental. Posar la persona al centre vol dir acompanyar-la en el seu esdevenir vital.

¹⁰ Es comenta si la PDA també seria un bon instrument/procés per afrontar la patologia dual, en salut mental i addiccions.

¹¹ Es comenta que caldrà valorar quan aquest risc es percep com a oportunitat necessària (risc assumible) i quan aquest risc es percep com a negligència (risc inassumible).

BLOC IV

Propostes

En aquest últim bloc recollim les propostes que van elaborar les persones participants en els tallers realitzats el dia 30 de novembre a partir de la informació expressada al bloc 3: *Anàlisi de la situació de la PDA a Catalunya*.

Les propostes que es presenten a continuació s'han d'entendre com un punt de partida des d'on es podria iniciar un treball col·lectiu per part del sector de la salut mental per a l'operativitat de la PDA al territori català. En cap cas són propostes tancades i definitives. Ans al contrari, les propostes d'aquest bloc plantegen idees sobre com es podrien aplicar les PDA a la salut mental i sobre les aportacions que podria suposar per al sector.

4

Propostes centrades en la PDA com a model

Difondre i formar per a la implementació de la PDA

Davant del desconeixement generalitzat de la PDA es proposa fer difusió i organitzar formacions per a la seva implementació. L'objectiu és que les persones amb problemes de salut mental, les famílies i les persones professionals coneguin què es la PDA i se'ls doti d'eines i estratègies per fer-ne una bona aplicació.

D'aquesta manera es podria garantir el dret a disposar de la PDA dins dels recursos de salut mental i facilitar-ne la implementació. La PDA pot ajudar a treballar l'autogestió, l'apoderament i la competència de la persona amb un problema de salut mental, i deixar constància de les decisions anticipades pactades amb el metge.

Per assolir aquest objectiu s'hauria d'elaborar un programa amb tallers i formacions a tots els centres de Catalunya per a professionals i persones amb experiència pròpia seguint, per exemple, el guió del *Prospect*, que és una formació que fan tant persones familiars, usuàries i professionals a diferents territoris.

Elaborar un pla específic per a cada Centre de Salut Mental per a la implementació de la PDA

Aquesta és una proposta per ser desenvolupada a la xarxa de salut mental. L'objectiu és definir un pla específic en cada centre de salut mental per desenvolupar la PDA. Aquest pla s'ha d'elaborar de manera participativa i hauria d'incloure: les professionals de salut del propi centre, persones expertes en salut mental, familiars i persones amb experiència pròpia del propi territori. S'ha d'elaborar un pla específic, però basat en un protocol comú adaptat a la realitat del territori i de cada centre de salut mental.

Aquesta proposta cobreix la necessitat d'implicar les figures professionals del propi centre per tal que les PDA s'implementin adequadament. La participació directa d'aquestes figures professionals també ha de garantir-ne l'apropiació i la promoció a les persones usuàries que atén el centre. També cobreix la necessitat que les veus de les persones amb problemes de salut mental i els seus familiars estiguin presents en aquesta planificació i en el com s'ha de fer la implementació.

Es requereix acabar de planificar com es realitzaria concretament aquesta participació dels agents clau. S'apunta, per exemple, que els representants dels diferents perfils de cada centre (psiquiatria, educació social, psicologia, etc.), i els representants de les entitats de famílies i entitats en primera persona podrien escollir-se a través de les Taules de Salut Mental del territori.

Incloure el Pla Terapèutic Individualitzat a la PDA

En els casos més greus, vulnerables i fràgils en persones amb problemes de salut mental es realitza el Pla Terapèutic Individualitzat (PTI). L'objectiu seria que el PTI estigui inclòs en la PDA amb la intenció de donar-li més visibilitat, ja que és una eina que no s'utilitza o és molt administrativa. Així, la PDA podria vetllar pel compliment del PTI.

Per assolir aquest objectiu es podria fer una prova pilot en algun servei i establir a la cartera de serveis que el PTI estigui inclòs en la PDA i a l'historial compartit per a persones usuàries de l'administració. Caldria formar i sensibilitzar les persones professionals, usuàries i les associacions en la utilitat de l'historial compartit que actualment ja existeix a CatSalut i que moltes persones desconeixen. En el cas concret de les persones usuàries, permetria accedir al seu historial compartit i regular quina informació volen pública i quina no per als serveis de salut.

El gestor de casos com a referent de la PDA

Per tal de garantir la implementació de la PDA es proposa que el gestor de casos actuï com a referent en el compliment de la PDA, sobretot en els casos més greus i vulnerables. El gestor de casos hauria d'assegurar que la persona usuària conegués i compregués els drets que s'emparen en la PDA. Un fet que seria una oportunitat per treballar el vincle terapèutic i per parlar de temes que d'altra manera no es parlarien (com passa amb els plans de crisi i la prevenció de recaigudes). Tanmateix, es comenta que, si darrere de la PDA no hi ha un compliment legal, és difícil que es faci servir, si no és que el gestor de casos té la consciència o la responsabilitat de les preferències de la persona amb un problema de salut mental.

Les necessitats que cobriria aquesta proposta són diverses:

- Des del punt de vista de la persona usuària, garantiria el coneixement i el compliment dels drets de la PDA.
- Des del punt de vista de la persona professional, milloraria l'aliança terapèutica i es donaria importància al PTI.
- Des del punt de vista de la família, en cas d'emergències o recaigudes deixaria clar el seu paper, ja sigui com a referent o no.

- Des del punt de vista de l'administració dels serveis, en cas de conflicte es garantiria que l'escena escollida sigui la correcta i ajudaria a prendre decisions.

5

Propostes de prevenció de crisis, pla de recuperació i ingressos

Prevenir les situacions de crisi des de la PDA

L'objectiu d'aquesta proposta és reduir les crisis mitjançant la identificació dels pròdroms i establir mesures d'intervenció precoç, incloses aquelles que no requereixin la intervenció professional. Així, es podrien reduir les hospitalitzacions, l'angoixa de la persona i de la família o l'entorn pròxim, a la vegada que augmentaria l'autoconeixement de la persona amb un problema de salut mental i facilitaria l'atenció precoç de la figura professional.

Per assolir aquest objectiu hauria d'haver-hi un diàleg entre persona usuària i professional per fer un exercici d'autoreflexió i analitzar les crisis anteriors: la situació, la causa del malestar o de l'alteració, entre d'altres signes, per registrar-ho a la història clínica. A més a més, s'identificarien les persones referents que més poden ajudar en una situació de crisi i s'establiria un circuit d'accessibilitat als serveis.

Per això seria necessari elaborar cursos de formació per a tots els agents implicats: professionals, persones referents, família o entorn pròxim, etc. La formació hauria de ser en psicoeducació, drets humans i del pacient, marc legal, escolta compassiva o activa, resolució de conflictes, comunicació no violenta i identificació d'aspectes positius (alegria, cooperació, etc.). S'hauria de pensar també una versió orientada a menors d'edat i elaborar materials de conscienciació ciutadana.

Formalitzar alternatives a l'ingrés hospitalari (domicili, hospital de dia, suport entre iguals)

Aquesta és una proposta que vol contemplar l'ingrés al domicili, l'hospital de dia o el suport entre iguals abans d'arribar a la situació de l'ingrés hospitalari. L'objectiu és que es permeti viure una situació més normalitzada i menys estigmatitzant, estressant i invasiva per a la persona que l'entorn d'una unitat d'aguts. Estar en un entorn conegut i més adequat permet sentir-se millor.

En aquest sentit també es valoraria la continuïtat assistencial, ja que la quantitat de psiquiatres atabala tant la persona com la família o entorn pròxim, que ja no saben amb qui han de parlar; en canvi, la continuïtat millora el vincle entre tothom.

Tot això milloraria la privacitat, l'acceptació i la normalització del problema de salut mental per part de la persona. De cara a la família, milloraria la proximitat amb la persona amb un problema de salut mental i la normalització en l'entorn social, ja que no és el mateix dir que el teu familiar no es troba bé a dir que l'han d'ingressar. Per tant, es trencaria amb l'estigma. Finalment, es millora el vincle terapèutic i la proximitat amb la figura professional, ja que aquesta no representaria l'ingrés (l'ingrés no seria la primera i única opció).

Per assolir aquest objectiu, s'hauria d'escriure a la PDA el pacte arribat entre la persona i la persona professional. A més, caldria fer-hi constar i respectar la visió de la família o l'entorn pròxim, que és qui normalment ha d'assumir tot el pes de l'acompanyament. Seria important consensuar el límit fins al qual respectar aquesta decisió i disposar de la informació de totes les alternatives.

En la PDA hi haurien de constar les possibilitats existents, els límits fins on es pot mantenir el pacte i quan es dona pas o no a una altra alternativa.

- En aquesta proposta es dóna molta importància al consens amb la família, així com a millorar la conciliació laboral de la mateixa (es proposa revisar la normativa laboral per adaptar-la a situacions de crisi, per exemple).
- Destaquen la necessitat de donar més suport i informació a la família.

- Importància d'un canvi de criteri en la planificació dels serveis (és a dir, que el nombre d'ingressos no sigui l'objectiu).

Elaborar processos de planificació prèvia a la crisi i a un possible ingrés

Aquesta proposta fa referència a la planificació prèvia a un possible ingrés hospitalari o domiciliari (aquest últim, com a preferible) causat per una descompensació de la persona o una situació d'agitació.

L'objectiu, en totes les propostes, és pactar el pla de crisi: on es vol treballar la crisi (entorn domiciliari o hospitalari), si cal ingrés o no i, en cas afirmatiu, si s'accepta el trasllat de forma voluntària. El que es pretén és mantenir l'autonomia de la persona i els seus desitjos a l'hora d'abordar una situació d'aquestes característiques. Es tracta d'atendre les crisis i dotar l'atenció d'un entorn el més acollidor possible, acompanyant la persona amb gent de confiança per atorgar més seguretat.

Es considera que fent una planificació d'aquest tipus és més fàcil respectar els drets de la persona i, de la mateixa manera, el col·lectiu professional també en surt guanyant. En conèixer i acceptar els interessos de la persona i disposar d'eines alternatives a qualsevol tipus de coacció, augmenta el que s'entén per ètica professional i deontològica (facilita el vincle i evita possibles lesions). La família i entorn pròxim també guanyen en tranquil·litat ja que millora la qualitat d'atenció de la persona estimada.

Aquestes propostes cobreixen la necessitat d'apoderar la persona en una situació de molta vulnerabilitat, en augmentar al màxim el seu nivell de decisió i la possibilitat de treballar les pors, la desconfiança, la incertesa i la desinformació (també per part de la família i entorn més pròxim, si es vol).

Lluitar contra l'estigma també n'és un dels objectius. El fet que els Mossos d'Esquadra i l'ambulància es presentin en una situació de crisi, per exemple, pot ser un fet perjudicial per al futur de la persona un cop estabilitzada; també es tracta de limitar l'estigma autopercebut (amb la intervenció dels Mossos la persona pot acabar tenint la percepció que és violenta). Així mateix, aquesta proposta atén la necessitat de cobrir la gestió dels riscos com el del suïcidi, el d'heteroagressivitat o el de fer-se mal d'alguna manera.

En alguns casos es parla de la possibilitat d'incorporar-hi la figura del representant per tal que pugui col·laborar en aquest procés de planificació i que, en cas de desacord entre professional i persona atesa, s'hagi acordat com es procedirà.

Els passos proposats per assolir aquesta proposta són:

Es relata la necessitat de consensuar, a través d'un treball dialèctic, el pla a través de reunions i amb la presència de tots els actors implicats per tal que quedi plasmat les diverses actuacions proposades a la Planificació de Decisions Anticipades (en aquestes propostes s'hi sumaria la persona representant). Allò important és que la persona amb un problema de salut mental arribi a un consens amb la terapeuta referent que esculli i després anar-ho ampliant a la resta per tal que es puguin respectar tots els drets de la persona.

Hi haurà casos que requeriran que la terapeuta estigui acompanyada de l'equip domiciliari, de l'equip de l'hospital o de l'equip de rehabilitació, per exemple, i que la persona estigui acompanyada d'un familiar o representant de l'entorn de confiança, això dependrà de cada cas.

En aquestes reunions s'ha de conèixer la història prèvia de la persona per poder-la valorar amb rigor, repassar els signes d'alarma que poden aparèixer en una descompensació i dissenyar les actuacions segons els diferents símptomes així com generar uns acords sobre qui intervindrà durant l'ingrés.

Es considera que la planificació s'ha de coordinar des del Centre de Salut Mental (CSMA) de referència i que en el cas que es pacti un ingrés hospitalari aquest ja es coordinaria amb urgències i l'hospital, però en una fase prèvia no.

Donada la dificultat que el servei d'urgències participi a una reunió del CSMA es comenten que la coordinació es podria fer a través d'un document presentat a l'oficina d'atenció a l'usuari perquè es faci arribar al/la supervisor/a de psiquiatria o infermeria. Segons el cas, s'hauria d'estudiar com anar ampliant la informació a l'equip domiciliari (que ha de poder negar-se a intervenir per molt que la persona ho demani), el 061, les ambulàncies, els Mossos d'Esquadra i

tothom que pugui ser susceptible d'intervenir. També hauria d'arribar la informació als familiars si hi ha una autorització prèvia per fer-ho.

Elaborar un model d'atenció en situació de desestabilització basat en el dret a decidir

Aquesta proposta versa sobre la possibilitat de decidir el model d'atenció que es posaria en marxa en cas de desestabilització: farmacològic, psicològic, tipus d'acompanyament i teràpies alternatives, entre d'altres. És a dir, una intervenció adequada a les necessitats i desitjos de la persona. El resultat hauria de formar part d'un consens establert entre la persona i l'equip terapèutic que disposa d'una informació i coneixements que ha de posar a l'abast de forma clara i senzilla i assenyalant les intervencions disponibles. Aquest procés genera una relació de confiança i apodera la persona.

Es relata que aquesta proposta cobreix la necessitat de respectar l'autonomia de la persona, a la vegada que atén la patologia amb aquelles eines disponibles que hagin demostrat ser més efectives. Es considera que el metge o la metgessa han de fer la seva proposta terapèutica i que no poden recomanar allò que no s'hagi demostrat que funciona. Alhora, també hauran de respectar la voluntat de la persona, incorporant al tractament allò que la persona considera que li pot servir i que no estigui contraindicat. Es comenta que s'ha d'arribar a un consens.

Un dels objectius que persegueix aquesta proposta és la formació de professionals en intervencions que no solen ser d'ús habitual, tot i que sembla que poden funcionar, per tal d'adaptar-se a les necessitats de les persones. Hi ha persones que, per exemple, en situacions de deliri i descompensacions psicòtiques opten per la psicoteràpia. Es tracta d'integrar diferents tractaments i incorporar eines terapèutiques als equips assistencials.

Es comenta que tot això s'ha de fer per consens, se n'ha de poder parlar obertament i cal un suport escrit per tal que quedi evidenciat el pacte terapèutic prèviament a una desestabilització (incorporant-hi la possibilitat de decidir si es du a terme a casa o a la consulta i si la intervenció hauria de ser a càrrec d'un metge o un psicòleg, entre d'altres aspectes). La revisió del pacte s'hauria de fer en funció del procés de recuperació.

La primera reunió en què es treballaria el pacte terapèutic es faria amb la persona i el referent professional. Després, s'hauria d'anar ampliant a la xarxa pública-privada¹² i als actors que hi haurien intervenir.

- Quant a la formació dels professionals es tenen en compte models europeus com el finlandès, on la formació és en teràpia familiar sistèmica, de manera que es permet la participació de la família amb un equip multidisciplinar de professionals i la persona. També fan referència a les teràpies integradores.
- Es considera que s'ha de tenir en compte l'objectiu de la persona: una cosa són el seu projecte vital i el seu procés de recuperació, i l'altra, el tractament dels símptomes. És diferent prendre fàrmacs, fer psicoteràpia o utilitzar una tècnica en concret per recuperar-se com a persona que prendre fàrmacs per anular els símptomes. Es pot arribar a un acord en les tècniques, però, si per una banda es tracten només els símptomes i per l'altra, la funcionalitat, hi poden haver complicacions.
- S'indica la importància de l'enfoc de la participació i l'escolta activa per part de professionals i família per gestionar el risc i tolerar la incertesa. Després de la recuperació, l'apoderament serà molt difícil si el que ha fet la medicació prèviament és desapoderar la persona, que sent que res no depèn d'ella, sinó de la medicació.
- Es proposa adjuntar el document de la Planificació de Decisions Anticipades a la història clínica per tal que la mobilitat de les persones no sigui un inconvenient.

¹² Es comenta que s'han de tenir en compte les persones que fan un seguiment des de la xarxa privada, ja que, en desestabilitzar-se, a vegades pot entrar en joc la pública. No es pot excloure la xarxa privada i la informació també hi hauria d'arribar d'alguna manera, si la persona decideix que el seu terapeuta de confiança és un professional privat. És necessari pensar com articular aquests casos.

6

Propostes per dur a terme durant els ingressos

Pal·liar la indefensió davant d'un ingrés hospitalari involuntari

En un ingrés involuntari el metge forense i el jutge van a l'hospital per ratificar la involuntarietat de la situació. En l'ingrés de llarga estada, el jutge apareix en les 72 primeres hores i només en sol·licita l'informe clínic. Normalment, la persona ingressada està molt sedada i en ocasions no pot ser un interlocutor vàlid. Per tant, no es pot expressar. L'única possibilitat d'interlocució són els informes que el metge envia al jutge. Tot això genera una situació d'indefensió per part de la persona.

L'objectiu de la proposta és garantir espais d'escolta de la persona. La PDA pot ajudar a garantir que la persona tingui més veu durant un ingrés involuntari. La necessitat que cobreix la proposta és que la persona sigui escoltada en relació a la seva situació de privació de llibertat.

Els agents implicats en aquesta proposta serien la pròpia persona afectada, l'hospital i el jutjat. La persona amb un problema de salut mental hauria de deixar per escrit al document de la PDA qui vol que la representi i això hauria d'arribar al jutjat.

En qualsevol moment, la persona hauria de poder demanar un advocat (ara és possible durant les 72 primeres hores, però, contradictòriament, la persona ingressada no té accés al telèfon). Si això està previst prèviament i queda per escrit a la PDA, es facilita exercir aquest dret, ja que el servei haurà de tenir-ho en compte i activar-ho. No cal que la representant de la persona ingressada sigui necessàriament un advocat; també pot ser un defensor judicial que podria exercir la representació davant del jutge en aquestes 72 hores. O es pot deixar per escrit, per exemple, que es vol que sigui el germà i que aquest, amb el paper signat, demani un advocat al jutjat.

Permetre la gestió d'aspectes de la vida diària durant l'ingrés hospitalari

En aquesta proposta es fa front a les dificultats per gestionar aspectes de la vida diària de la persona en el moment que ingressa a un hospital. A vegades, la persona no té una família que li faci de representant; no hi ha cap curatela, referent tutelar, etc., i per a les qüestions més bàsiques del dia a dia cal que hi hagi algú.

En aquest sentit, l'objectiu de la proposta és aconseguir que aquests aspectes del dia a dia no es paralitzin i quedin abandonats. Es tracta de poder seguir atenent i cobrint les necessitats que vagin apareixent en el període de temps de l'ingrés (a vegades, cal tallar l'aigua del pis de la persona; es pot perdre una prestació en no poder-se presentar a la cita; pot haver un animal de companyia que s'ha de cuidar, etc.). Es tracta de protegir els interessos i les circumstàncies de la persona ingressada que van més enllà del propi tractament a l'hospital.

Es comenta que, per aquest motiu, a la PDA hi hauria d'haver una persona designada per fer totes aquestes tasques (l'assistent personal, un familiar, veí o amic, etc.). Els agents implicats a l'hora de plasmar les decisions a la PDA serien la persona ingressada, l'equip terapèutic i la persona referent, que conjuntament elaborarien el document (al qual hauria de tenir accés tota la xarxa a través de la història clínica) on quedin anticipats els aspectes de gestió que es vulguin delegar en cas d'ingrés.

Permetre visites durant un ingrés a la unitat d'aguts i adaptació a noves tecnologies

L'objectiu d'aquesta proposta és afavorir que, durant els ingressos, les persones puguin mantenir els seus vincles i disminuir l'ansietat. La permissivitat de l'ús del mòbil i l'ordinador per xatejar o fer un Skype, entre d'altres.

La PDA podria ser l'eina que permetés canviar aquesta situació actual de desconexió total per un futur on això no sigui així i es permeti el contacte i la companyia que les noves tecnologies poden oferir. El contacte i la companyia física de la família i els amics a través de les visites hauria de ser més flexible.

Tot això podria ajudar a disminuir la pressió i la demanda cap als professionals i podria millorar el tractament, ja que la persona estaria més tranquil·la.

Per aconseguir aquest objectiu s'hauria de partir d'una unitat psiquiàtrica amb certa adaptabilitat a aquestes qüestions. Una opció seria habilitar un espai i acordar en la PDA horaris i tipologia d'ús del mateix.

Les relacions han canviat i cada vegada hi ha més joves, i no tant joves, que fan ús de la tecnologia a diari. Es tracta de disposar de la modalitat de comunicació que es vulgui (a través de les TIC, modalitat d'acompanyament, horaris de visites, etc.). En la PDA es recolliria la modalitat d'acompanyament desitjada i possible. Per què no hi poden haver visites després de sopar, si així es desitja?¹³

7 Propostes vers els agents clau

Introduir la figura del pacient expert en la unitat d'aguts i els primers episodis

L'objectiu és establir la figura d'una persona que actuï com a mentor, fent l'acompanyament i l'assessorament per facilitar tant l'ingrés com els primers passos, un cop s'ha tingut la primera crisi. La generació de la PDA i l'assessorament sobre recursos i associacions (familiars i primera persona) que poden ajudar la persona poden promocionar-se a través d'aquesta figura.

Aquesta proposta persegueix:

- Des del punt de vista de la persona amb un problema de salut mental, faria menys traumàtic el procés assistencial i n'afavoriria l'apoderament.
- Des del punt de vista de la persona professional, facilitaria el vincle i la generació de la PDA de tots els usuaris.

¹³ Es comenta que actualment ni tant sols es pot escoltar música o moure un got d'aigua durant l'ingrés.

- Des del punt de vista del servei, facilitaria l'adaptació a les seves dinàmiques.
- Des del punt de vista dels familiars, els permetria una comprensió del procés de recuperació que està realitzant el seu familiar.
- Des del punt de vista de les associacions, facilitaria la generació de vincles amb les persones i famílies, promocionant l'associacionisme.

Per assolir aquests objectius s'haurien d'identificar possibles candidats per fer l'acompanyament (des de les associacions) i formar-los. Per una banda, els serveis haurien de facilitar-ne la incorporació mitjançant convenis i, per l'altra, donar reconeixement a la persona que actua desplegant aquest rol de medidora (comptant amb una carta de drets i deures).

En la mateixa línia, s'hauria de reconèixer també la formació (validació per part de la Universitat, el Consell Català de Professionals Sanitaris i el Departament de Salut) per a la possible inclusió a la cartera de serveis i a les clàusules variables de contractes.

Paral·lelament s'hauria d'anar trencant el temor actual dels professionals sobre la competència professional d'aquestes persones amb una experiència pròpia treballant al seu costat.

Es relata que actualment existeixen algunes experiències desplegant aquesta figura des de l'associacionisme. Concretament, es parla d'una experiència amb voluntaris a l'Institut Pere Mata. S'explica que, en el seu moment, l'entrada a la institució va ser una barrera d'obstacles administratius i mentalitats professionals oposades. Posteriorment, la irrupció de persones amb experiència pròpia a les Unitats d'Aguts i primers episodis facilitaven l'apoderament dels pacients, en ser referents de millora, i informaven sobre els drets que les persones desconeixen, així com de la PDA.

- Aquesta figura i el seu reconeixement ja existeix actualment a l'àrea infantil de Sant Joan de Déu.
- La moderadora del grup explica que al Pla Integral de SM i Addiccions es contempla la figura del *peer supporter*, fet que es podria tenir en compte a la proposta.

Definir i clarificar la intervenció de la família en el procés de recuperació

L'objectiu de la proposta és consensuar quina informació referent al procés de recuperació es comparteix o no amb la família o l'entorn més pròxim, així com consensuar els moments en què la informació es comparteix.

La proposta pretén clarificar com i quan es donarà la transmissió d'informació entre les parts implicades durant el procés de recuperació. Així, tant les persones afectades com les famílies coneixen amb antelació com es procedirà per part de les figures professionals, un fet que es preveu que doni tranquil·litat (totes les parts pacten què dir i què no dir, qui sabrà què, quan ho sabrà i quins canals hi haurà per comunicar-ho). Es tracta de generar un marc de diàleg i de respecte que, en molts moments, no es produeix.

Es proposa fer un procés dialèctic amb la persona implicada, el col·lectiu de professionals i, si la persona ho vol, el o la representant. Es posa èmfasi a comunicar a la família quin tipus de participació podria exercir aquesta en segons quins moments i situacions.

Caldria detallar-ho mitjançant entrevistes. Es proposa fer servir com a model el servei de mediació de la Generalitat, que contempla unes 6 reunions quan les parts ja han decidit voluntàriament que volen iniciar un procés per arribar a un acord (prèviament, hi ha entrevistes individuals amb cadascuna de les parts implicades en l'acord). Es conclou, però, que el servei de mediació s'activa quan hi ha un conflicte.

Donar suport i assessorament per a l'elecció de representants dins de la PDA

L'objectiu d'aquesta proposta és establir un suport puntual a la persona quan vol escollir un representant, entre el seu àmbit familiar o social, perquè pugui prendre decisions i vetllar pel compliment de la PDA en els moments que ella no pugui.

Aquesta proposta cobreix la necessitat de resoldre conflictes que es poden generar pel fet d'escollir una o altra persona com a representant. No només

això, sinó que també és necessari orientar correctament la persona que ha de prendre aquesta decisió i que esculli algú de confiança i que tingui la capacitat de desenvolupar-la.

Primer de tot, caldria determinar qui ha de donar aquest suport perquè la persona pugui triar. En principi, es considera que aquesta hauria de ser la persona de referència del seu centre de salut. Caldria fer una o diverses trobades per orientar, informar i assessorar sobre què seria idoni que complís el representant perquè fos una bona elecció. S'haurien de preveure trobades de mediació amb la família per resoldre conflictes relacionats amb quina ha estat l'elecció i, si fos necessari, caldria donar un suport psicològic per superar la pèrdua de la representativitat de la persona amb un problema de salut mental i que també es pot donar en la pròpia família.

- Representant: persona que defensa els drets "en nom de" i la PDA, quan la persona afectada no és competent.
- Referent: professional del centre sanitari que vetlla pel compliment de la PDA i per la coordinació dels professionals.
- Aquesta proposta afecta l'entorn familiar i social de la persona que decideix fer la PDA.

8

Propostes vers el tractament amb medicació

Permetre la participació activa de la persona en la gestió del tractament farmacològic

Aquesta proposta posa el focus en la implicació de la persona amb un problema de salut mental en el tractament farmacològic i la medicació corresponent, per tal que, entre d'altres, es pugui sopesar la interferència dels efectes secundaris (en segons quin cas, la persona pot tolerar cert grau de simptomatologia, si amb això es redueixen els efectes secundaris de la medicació).

L'objectiu és aconseguir la coresponsabilitat entre el psiquiatre i la persona usuària (fet que pot fer millorar el vincle i la confiança); garantir una atenció adequada als efectes adversos; i apoderar i fomentar l'autonomia de la persona

en el seu procés. Pactar la disminució o l'augment de la medicació pot ajudar a mantenir l'adherència al tractament i evitar recaigudes.

Aquesta proposta buscaria disminuir la sedació, l'esgotament emocional i tots els efectes secundaris provocats per la medicació, així com que el professional conegui l'impacte dels fàrmacs en la vida de la persona. També buscaria la tranquil·litat, la seguretat i el benestar de tots els agents implicats. Llavors, la família o l'entorn pròxim ja no tindria la contraposició d'haver de ser l'agent que obliga a seguir un tractament, perquè és la persona qui ha pres aquesta decisió, conjuntament amb el metge. En el cas que una persona tingui una fòbia a les injeccions, per exemple, podria demanar que s'utilitzessin altres tractaments que no incloguin la injecció.

Per assolir aquests objectius caldria que hi hagués més atenció psicològica i psiquiàtrica que permetés escoltar i comprendre la persona. I entendre la relació d'atenció com un procés, també, d'aprenentatge per saber quin és el tractament més adequat i equilibrat en cada cas.

La proposta s'engegaria un cop la persona amb un problema de salut mental fes la demanda al professional dins de l'elaboració de la PDA. Si existeix la demanda, és més fàcil que es col·labori activament. Tanmateix, es remarca que per estar sense medicació cal una preparació prèvia, un projecte de vida on la persona es vagi recuperant, adquirint nous vincles, etc. No es pot decidir estar sense medicació en qualsevol moment.

En un primer moment, per exemple, es realitzarien reunions entre el psiquiatre i la persona amb un problema de salut mental per parlar i consensuar:

- L'orientació de la medicació i els diferents medicaments amb què es pot tractar el cas de la persona.
- Les pautes de disminució de la medicació, així com dels efectes secundaris, els signes d'alarma (si en disminuir el tractament n'hi ha).
- El pla de retorn a la medicació.
- El pla per afrontar la simptomatologia (tractament i persones de confiança que cal avisar).
- Les opcions de tractament aplicables al cas de la persona.

- La persona que caldria designar com a representant, sigui o no de la família (amb la possibilitat que també s'incorporés a les reunions amb el psiquiatre).

En un segon moment, s'haurien de consolidar els pactes elaborats. És aleshores quan tot hauria de quedar per escrit i es podria incorporar a la història clínica. Es remarca que aquest segon moment seria l'adequat per incloure-hi la família o l'entorn pròxim, si la persona està d'acord que conegui tota la planificació.

Dinamització de les sessions de treball a càrrec de la Federació Salut Mental Catalunya

Cecília Agramunt, Raquel Ariza, Mònica Carrilero, Aleix Causa, Cristina Fernández, Eva Fernández, Marta Poll, Verónica Romero, Maria Jesús San Pío, Gemma Serrahima, Cristian Vinagre i Ona Yáñez.

Han participat en les sessions de treball:

- **Alcázar Gatell, Raúl.** Director de Serveis Residencials de Sant Pere Claver – Fundació Serveis Socials
- **Alsina Arqués, Montse.** Psiquiatra CSMA Garraf
- **Andrés Mora, Hilari.** Coordinador del Pla de Serveis Individualitzats i del Programa de Continuitat Assistencial al Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- **Aresté Sentís, Mònica.** Responsable de l'Espai Situa't de Tarragona (projecte Activa't per la Salut Mental, Federació Salut Mental Catalunya)
- **Asensio Serqueda, Francesca.** Psiquiatra, directora assistencial de la Fundació Vidal i Barraquer
- **Badia i Claret, Montserrat.** Treballadora social. Suport Castellar Salut Mental
- **Baladón Higuera, Luisa.** Psiquiatra, coordinadora de CSMA, Hospital de Dia i SRC de Garraf
- **Benages, Àdam.** Treballador social. USM Badia del Vallès
- **Blanca-Tamayo, Milagrosa.** Psiquiatra de Badalona Serveis Assistencials (BSA) i presidenta del Comitè d'Ètica de BSA
- **Bodas Martínez, Mar.** Infermera gestora del Servei de Salut Mental i Addiccions de la Fundació Sanitària de Mollet
- **Busquets Font, Josep M^a.** Secretari del Comitè de Bioètica de Catalunya
- **Camps García, Claudi.** Director assistencial de salut mental de l'IAS-Girona

- **Canimas Brugué, Joan.** Filòsof, expert en ètica aplicada
- **Cañete Crespillo, Josep.** Psiquiatre, director de l'àmbit de salut mental del Consorci Sanitari del Maresme
- **Carrió Llach, Anna.** Coordinadora de l'SRC Sant Andreu, Fundació Vidal i Barraquer
- **Casals i Arnau, Alícia.** Treballadora social de CAEM. INAD - Parc Salut Mar
- **Casaus Samatán, Pilar.** Psiquiatra del CSMA de Valls
- **Castellarnau Fort, Ferran.** Educador social de serveis socials de Barcelona
- **Colom Codina, Montse.** Psicòloga del Servei de Rehabilitació Comunitària de Salut Mental Osonament
- **Conejo Rodríguez, Cristina.** Responsable de l'Espai Situa't Barcelona, dreta nord (projecte Activa't per la Salut Mental, Federació Salut Mental Catalunya)
- **Cortés Iñiguez, Esther.** Educadora Club Social La Llum
- **Da Costa Lourenço, Lurdes.** Activista d'experiència pròpia i membre de la junta directiva de l'associació i el club social Ment i Salut La Muralla
- **Eiroá-Orosa, Francisco José.** Vocal de Recerca, Desenvolupament, Innovació i Relacions Internacionals (Federació Veus - Entitats Catalanes de Salut Mental en 1a Persona), investigador Marie Sktodowska-Curie (Universitat de Barcelona)
- **Escorigüela Balaguer, Marta.** Coordinadora del Club Social "Punt de Trobada" de l'Associació per la Salut Mental del Baix Llobregat Nord
- **Ferrer, Dani.** Activista per la salut mental
- **Fortuny Olivé, Joan Ramon.** Psiquiatre, director del Procés de Rehabilitació Psicosocial. INAD. Parc de Salut Mar
- **Gabaldon Fraile, Sabel.** Cap de secció de Psiquiatria de l'Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Màster en Bioètica
- **Galindo Laiglesia, Mamen.** Treballadora social a les llars residència de Salut Mental de la Fundació Vallparadís de Mútua de Terrassa

- **Garcia Polo, Alejo.** Educador del Club Social Cap Endavant (AREP)
- **Garcia-Duran Bayona, Marisa.** Coordinadora de Serveis Comunitaris de Sant Pere Claver - Fundació Serveis Socials
- **Garcia-Ribera, Carles.** Adjunt a Direcció, Servei de Psiquiatria. Hospital de Sant Pau
- **Gías Gil, Belén.** Responsable de l'àrea de Granollers Benito Menni CASM. Coordinadora de la unitat d'aguts de psiquiatria de l'Hospital General de Granollers i del servei de rehabilitació comunitària
- **Gisbert Aguilar, Dra. Cristina.** Psiquiatra, cap d'estudis IAS. Cap de Servei de Rehabilitació. IAS Parc Hospitalari Martí i Julià
- **Hernando Robles, Pablo.** Psicòleg, membre del Comitè de Bioètica de Catalunya. Màster en Bioètica
- **Kao Ventura, Wilan.** Responsable de l'Espai Situa't Serveis Centrals (projecte Activa't per la Salut Mental, Federació Salut Mental Catalunya)
- **Leal Rubio, José.** Assessor i supervisor clínic i institucional. Serveis de Salut Mental. Barcelona
- **Llopis i Carbajo, Cisa.** Tècnica de l'Espai Situa't Serveis Centrals (projecte Activa't per la Salut Mental, Federació Salut Mental Catalunya)
- **Luz López, Francesc.** Coordinador GAT BCN Nueva Psiquiatria
- **Marieges Gordo, Àlex.** Infermer en salut mental. Supervisor del Servei de Psiquiatria FGS - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- **Martínez, Mireia.** Coordinadora d'entitats de salut mental i addiccions Salut Mental Catalunya – Terres de Lleida.
- **Martínez Zambrano, Francisco.** Treballador social Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Servei de suport a la Fiscalia de Protecció de Persones amb Discapacitat i Tuteles de Barcelona. Tècnic referent del Programa UAP/ Pla Director de Salut Mental i Addiccions / Departament de Salut
- **Martorell, Victòria.** Cap de Desenvolupament de Serveis Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

- **Masferrer i Herrera, Carme.** Psicòloga clínica. Hospital de Dia i Unitat de Subaguts, Centre Fòrum. Parc de Salut Mar
- **Massana i Riera, Roser.** Terapeuta ocupacional del Servei de Rehabilitació Comunitària de Rubí, Sant Cugat del Vallès i Castellbisbal. Consorci Sanitari de Terrassa
- **Merino Torres, Anna.** Direcció del procés d'Hospitalització d'Aguts i Urgències de Psiquiatria
- **Miranda Sabaté, Miquel.** Responsable de Programes de Formació i Apoderament de la Federació Salut Mental Catalunya
- **Miró Bosch, Francisca.** Treballadora social. CSMA Reus. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata
- **Mitats Carmona, Bàrbara.** Responsable de l'Espai Situa't Baix Llobregat (projecte Activa't per la Salut Mental, Federació Salut Mental Catalunya)
- **Molinero Blanco, Israel.** President de la Federació Salut Mental Catalunya
- **Monell Renart, Victòria.** Directora gerent Fundació Malalts Mentals de Catalunya
- **Montoro Ruiz, Maria.** Infermera especialista en salut mental del CSMA del Consorci Sanitari de Terrassa
- **Montserrat i Costa-Jussà, Anna Maria.** Presidenta de Salut Mental Sabadell
- **Mora Codony, Nati.** Responsable del Pla Local de Salut Mental al Prat de Llobregat
- **Muñoz Crespo, Cisco.** Tècnic de l'Àrea Sociocomunitària de la Federació Salut Mental Catalunya
- **Pavetto, Ileana.** Psicòloga i voluntària de Radio Nikòsia
- **Pi Méndez, Núria.** Responsable de l'Àrea Jurídica de la Fundació Tutelar de les Comarques Gironines
- **Pifarré Paredero, Josep.** Director dels serveis de salut mental de GSS-Hospital Universitari de Santa Maria i Sant Joan de Déu Terres de Lleida
- **Plasencia Caparroz, Susana.** Presidenta de Salut Mental Mataró-Maresme

- **Pradell, Elisenda.** Coordinadora de l'àrea psicosocial d'Irídia – Centre per la Defensa dels Drets Humans
- **Prat Vigué, Gemma.** Coordinadora tècnica. Projecte MOSAIC
- **Ramos Montes, Josep.** Psiquiatre. Comitè de Bioètica de Catalunya. Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya
- **Ramos Pozón, Sergio.** Professor de Bioètica. Universitat de Barcelona
- **Raventós Panyella, Sergi.** Treballador social i psicòleg. Tècnic d'inserció laboral de la Fundació Els Tres Turons (servei laboral i programa d'inserció sociolaboral per a joves amb malestar psicològic de l'Ajuntament de Barcelona "A prop jove")
- **Reyes i Martín, Belén.** Treballadora social del Servei de Rehabilitació Psiquiàtrica
- **Ribas Canturri, Mireia.** Coordinadora de l'Espai Situa't Catalunya central – Bages (Federació Salut Mental Catalunya)
- **Ribas Muñoz, Natàlia.** Treballadora social CAS i UPD Fòrum, Parc de Salut Mar
- **Roig Salas, Àlicia.** Psiquiatra, directora dels centres de salut mental d'Horta-Guinardó. Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial FCCSM
- **Rojo Rodes, Emilio.** Director mèdic BNCASM. Professor de Psiquiatria UIC
- **Rubio Chuan, Francisco.** Vocal de la Federació Salut Mental Catalunya. Junta i Direcció de l'associació La Muralla
- **Sans Pereira, Belén.** Coordinadora tècnica Fundació Privada Vol
- **Santamaria Schaaf, Míriam.** Psicòloga clínica. CSMA Corporació Sanitària Parc Taulí
- **Sanz Osorio, Maite.** Infermera especialista en salut mental, sotsdirectora de l'àmbit d'Atenció a la Salut Mental del Consorci Sanitari de Terrassa
- **Serrano Blanco, Antonio.** Psiquiatre i coordinador de la Unitat d'Aguts, Subaguts, Hospitalització Parcial, Urgències Psiquiàtriques i TEC, Parc Sanitari Sant Joan de Déu

- **Solé Chavero, Josep Maria.** Advocat i director de la Fundació Tutelar de les Comarques Gironines
- **Soriano Campos, Remei.** Fiscal en cap de la Fiscalia d'Àrea de Terrassa i membre de la Taula de Salut Mental de Terrassa
- **Tolosa Pericàs, Ricard.** Tresorer de l'entitat Salut Mental Sabadell
- **Toribio Prieto, Montse.** Antropòloga i terapeuta ocupacional a Aguts i Subaguts del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). Presidenta de la Comissió d'Apoderament del PSSJD
- **Torrentallé Rocaspana, Mercè.** Presidenta ASM La Noguera, activista per la salut mental
- **Urbina Sánchez, Àngel.** Vicepresident primer de la Federació Salut Mental Catalunya
- **Ureña, Tina.** Cap d'Àrea de Rehabilitació CPB - Serveis Salut Mental
- **Vallvé Elías, Marta.** Treballadora social del Programa d'Hospitalització Breu/Urgències i PD
- **Vega Zamora, Alícia.** Educadora del Club Social Gràcia de Salut Mental Gràcia (Grup ATRA)
- **Vicens Pons, Enric.** Coordinador Docència Salut Mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- **Vidal Poble, Montserrat.** Tècnica d'integració social. Suport Castellar Salut Mental
- **Vinue, Josep M^a.** Secretari tècnic. Parc de Salut Mar de Barcelona
- **Vinyals, Edgar.** President d'Obertament i de la Federació VEUS i director de l'associació Sàrau

Volem agrair a totes les persones voluntàries que han participat a les sessions de treball la seva col·laboració per fer realitat aquest document.

Un document de



Amb el suport de



Generalitat de Catalunya

PDA