

# Infermera clínica en cronicitat complexa

Aplicació del model de gestió de casos  
en l'atenció primària de Salut

**Juliol 2024**

*GEICS Infermera Clínica en Cronicitat Complexa – Direcció de Cures*

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent:

GEICS Infermera Clínica en Cronicitat Complexa – Direcció de Cures. *Infermeria clínica en cronicitat complexa. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut*. [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut; 2024. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/XXXXXXXXXX>

[ics.gencat.cat](https://ics.gencat.cat)

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut  
© Institut Català de la Salut, 2024

Edició: Institut Català de la Salut  
1a edició: juliol 2024

Coordinació editorial:  
Gabinet de Comunicació  
Direcció de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa



#### **Avis legal**

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de [Creative Commons](https://creativecommons.org/).

## Autoria

Alcalá González, Dulcenombre  
Brunet Reverté, Núria  
Calvet Tort, Gemma  
Campreciós Rodríguez, Paula  
Canela Armengol, Teresa M.  
Deiros Fernández, Iria  
Galán Cuevas, Maria Mercè  
García Sánchez, Paula  
González Rodríguez, Sílvia  
Griñó Salas, Ruth  
Lumillo Gutiérrez, Iris

Masachs Mestres, Eva  
Medina Muñoz, Juan Maria  
Mimoso Moreno, Sonia  
Ordorica Vázquez, Yolanda  
Peñuela Campos, Sílvia  
Planas Campmany, Carme  
Ribelles Moreno, Laia  
Rodríguez Niebla, Sonia  
Ruiz Ordóñez, Alícia  
Zafra Sánchez, Maria Vega

## Coordinació

Griñó Salas, Ruth  
Mercader Marín, Marta  
Ríos Jiménez, Ana Maria

## Revisió

Amblàs Novellas, Jordi  
Arias Periañez, Antonia  
Barnés Vallés, Isabel  
Contel Segur, Joan Carles  
Correcher Aventín, Olga  
Esteve Ferrán, Jesús  
Fàbregas Ecurriola, Mireia  
Flayeh Domínguez, Souhel  
Lladó Blanch, Magdalena

Melendo Azuela, Eva Maria  
Mir Labalsa, Maria Victòria  
Nadal Braqué, Núria  
Olmos Domínguez, Carmen  
Ricós Furio, Gemma  
Rodoreda Noguerola, Sara  
Turú Santigosa, Elisabeth  
Valenzuela Fernández, Carmen

## Directives infermeres DAP i SAP

Andrés Lorca, Ana M. Adjunta a la Direcció. SAP Barcelonès Nord  
Boixadera Vendrell, Mireia. Directora del Servei d'Atenció Primària Litoral. Barcelona  
Carrascos Gómez, Montserrat. Adjunta Direcció. SAP Bages- Berguedà- Solsonès  
Casan Albiach, Eva. Adjunta a la Direcció SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord  
Farràs Sallés, Cristina. Cap d'Àrea d'Infermeria d'APiC. DAP Lleida

Fisa Aregall, Mónica. Adjunta a la Direcció SAP Baix Llobregat Centre  
Hernández Vian, Óscar Adjunta a la Direcció. SAP Vallès Occidental  
Iglesias Lorente, Sara. Adjunta a la Direcció. SAP Vallès Oriental  
Isnard Blanchar, M. Mar. Responsable de l'Àrea d'Infermeria i Continuitat Assistencial.  
Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord  
Julbe Benbingut, Esther. Adjunta de Cures. Gerència Atenció Primària Barcelona  
Losada Barrero, Jose Antonio. Adjunt a Direcció SAP Litoral. Barcelona  
Mateo Barandiaran, Amalur Adjunta a Direcció SAP Muntanya. Barcelona  
Muniain Díaz de Ceiro, Maria del Puy. Directora de Cures d'Atenció Primària. Camp de  
Tarragona  
Oliver González, Eva . Adjunta Direcció. SAP Anoia  
Ordorica Vázquez, Yolanda. Adjunta Direcció. DAP Catalunya Central  
Pascuas Oliva, Marta. Adjunta a Direcció SAP Esquerra. Barcelona  
Peiró Robert, Mariona. Adjunta a Direcció SAP Dreta. Barcelona  
Rivilla Frias, Daniel. Adjunt a la Direcció SAP Delta de Llobregat  
Sabench Surinyach, Maria Antònia. Responsable de Processos i Continuitat d'AP i a la  
Comunitat. DAP Girona  
Sanz Espuny, Cristina. Adjunta Direcció Atenció Primària Terres de l'Ebre

## Directors i directores de DAP

Avellana Revuelta, Esteve. Director DAP Girona  
Feixes Betriu, Meritxell. Directora DAP Pirineu  
Fernández Solana, Coral. Directora DAP Metropolitana Sud  
Ferrer-Vidal Cortella, Daniel. Director DAP Camp Tarragona  
Forcada Arcarons, Anna. Gerent Atenció Primària Catalunya Central  
Gavaldà Espelta, Esther. Directora DAP Terres Ebre  
Prat Gil, Núria. Directora DAP Metropolitana Nord  
Riel Cabrera, Ricard. Gerent Atenció Primària Barcelona  
Vaqué Castilla, Pilar. Directora DAP Lleida

## ÍNDEX

<b>Presentació</b> .....	6
<b>Introducció</b> .....	7
<b>Justificació</b> .....	10
<b>1. Objectius</b> .....	12
1.1. Objectiu general.....	12
1.2. Objectius específics .....	12
1.3. Objectius operatius .....	12
<b>2. Desenvolupament competencial de l'infermer o infermera clínic en cronicitat complexa</b> .....	14
<b>3. Perfil competencial de l'ICCC</b> .....	15
3.1. Requisits .....	15
3.2. Elements que es valoraran.....	15
3.3. Competències específiques.....	16
<b>4. Funcions de l'ICCC</b> .....	19
4.1. Atenció a les persones i al seu entorn cuidador .....	19
4.2. Atenció a professionals. Funcions de coordinació.....	20
4.3. Formació i docència.....	20
4.4. Recerca .....	21
<b>5. Població diana</b> .....	22
Els criteris PCC i MACA en població adulta .....	23
Els criteris PCCP i MACAP en població pediàtrica .....	23
<b>6. Criteris d'inclusió d'atenció per l'ICCC seguint el model de gestió de casos</b> .....	25
<b>7. Escenaris d'actuació de l'infermer o infermera clínic en cronicitat complexa</b> .....	26
7.1. Proposta de primera visita de l'ICCC. Inclusió en el programa/model de gestió de casos (GC).....	26
7.2. Visita de seguiment de l'ICCC .....	30
7.3. Abordatge de les persones en situació de descompensació .....	31
7.4. Atenció pal·liativa .....	32
7.5. Coordinació .....	34
7.6. Assessorament .....	35
7.7. Alta d'atenció per la ICCC .....	35
<b>8. Indicadors d'avaluació</b> .....	36
8.1. Indicadors de Longview (SISAP) .....	39
<b>9. Bibliografia</b> .....	40

## Presentació

Els sistemes sanitaris actuals han de fer front a canvis continus d'una societat amb més problemes de salut i més complexos. Aquests canvis generen una demanda de serveis creixent i diversa que requereix un grau més elevat d'especialització i de coordinació entre els diferents professionals i nivells assistencials.

D'una banda, amb la incorporació i el desenvolupament de les figures dels professionals de la infermeria clínica en cronicitat complexa es pretén millorar l'atenció a les persones en situació de complexitat, detectant sistemàticament les situacions de risc i proporcionant una atenció individualitzada amb una coordinació efectiva i més àgil entre els serveis de salut i els serveis socials.

De l'altra, el model d'atenció a la cronicitat complexa adopta una visió integral en situacions de complexitat, dependència i fragilitat, desenvolupant pràctiques avançades i donant resposta a les necessitats creixents de la població. Així mateix, la funció d'enllaç assegura la continuïtat de les cures entre els diferents nivells assistencials. És essencial treballar amb models predictius per abordar de manera preventiva els problemes de salut de les persones emprant indicadors de fragilitat, amb l'objectiu, entre d'altres, de reduir i evitar visites i ingressos no programats a les urgències hospitalàries.

Dins aquest marc, cal tenir en compte també la importància de l'atenció a la cronicitat en edat pediàtrica amb necessitats de salut complexes i de malaltia avançada, potenciant al màxim el rol dels professionals de la infermeria clínica en aquest àmbit i proporcionant una atenció integral, integrada i de qualitat a la població pediàtrica. Aquest rol millora la seguretat dels serveis i contribueix a abordar les necessitats específiques de les persones més joves, les seves famílies i el seu entorn.

La Direcció de Cures de l'Institut Català de la Salut té la satisfacció d'oferir-vos l'actualització del document *Infermeria clínica en cronicitat complexa. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut*.

Aquesta guia pretén ser una eina útil per a tot l'equip de salut que treballa amb programes de complexitat i/o fragilitat, per unificar conceptes i establir circuits que garanteixin la continuïtat a totes les etapes de la vida, tant en la infància com en l'edat adulta i la vellesa.

El document és fruit del treball i la col·laboració d'un grup de professionals experts en l'atenció a persones amb problemes crònics complexos i en la gestió de casos, els quals han fet possible la seva actualització consensuada després de revisar tots els models ja existents, tant en el nostre entorn com en el d'altres països. Una de les funcions més importants i complexes que tenim els professionals de la salut és promoure el benestar de la persona i augmentar la seva qualitat de vida, oferint les cures adequades a cada situació de salut i d'autonomia personal.

Volem agrair a tots els professionals que han contribuït a l'elaboració d'aquest document la seva dedicació i l'esforç col·lectiu.

**Carme Planas Capmany**

Directora de Cures Infermeres del Sistema de Salut de Catalunya

## Introducció

La gestió de casos es defineix com un procés assistencial en el qual un professional ajuda un pacient o client a desenvolupar un pla que coordina i integra els serveis de suport que el pacient/client necessita per optimitzar els possibles objectius i resultats assistencials i psicosocials.

És un model de prestació de serveis que va començar a mitjan segle xx als Estats Units amb l'objectiu principal de donar resposta a persones amb necessitats de salut i socials complexes que requerien una atenció integral per pal·liar els efectes de la fragmentació dels serveis assistencials. El model de gestió de cas es va anar desenvolupant a diferents països, per diferents categories professionals i de manera desigual.

Al llarg de tot aquest temps, els professionals d'infermeria que han aplicat el model de gestió de casos s'han anat adequant i desenvolupant a cada país de manera heterogènia, i a Catalunya també s'ha desplegat de manera desigual. Això no obstant, els professionals reconeixen en el model de gestió de casos línies estratègiques fonamentals, com són l'atenció integral centrada en la persona i el seu entorn cuidador, la coordinació eficient entre serveis assistencials i la continuïtat de cures.

Hi ha experiències que evidencien que l'aplicació d'aquesta metodologia de treball té un impacte positiu en les persones amb situacions de salut d'elevada complexitat i el seu entorn cuidador, facilitant l'accessibilitat i la integració de tots els nivells assistencials dels diferents proveïdors. Es basa a fer una valoració acurada de necessitats sanitàries i socials per part dels diferents professionals fruit d'un treball en equip, tot establint un diagnòstic de situació i planificant les intervencions que cal portar a terme tant amb la persona com amb l'entorn cuidador. Tot això, el professional d'infermeria ho fa mitjançant la coordinació amb la resta dels professionals de l'equip d'atenció primària i amb els professionals de l'atenció hospitalària i d'atenció intermèdia, garantint sempre el continuïtat assistencial. S'ha de tenir en compte que la gestió social del cas correspon als professionals de treball social dels diferents sistemes d'atenció.

Aquest document és l'actualització del document de l'Institut Català de la Salut, d'ara endavant (ICS), *Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut*, de l'any 2010, en el qual es descriu per primera vegada l'infermer o infermera gestor de casos.

És aquest infermer o infermera gestor de casos qui, en l'àmbit de l'ICS, s'anomenarà *infermer o infermera clínic en cronicitat complexa (ICCC)*. És la figura que fa un pas endavant en l'aplicació del model i la metodologia de treball en gestió de casos centrada en la cura de les persones amb condicions de fragilitat i cronicitat complexa i avançada, principalment en l'edat adulta; no obstant això, a partir d'ara es vol avançar en aquest sentit per impulsar també l'atenció als infants i adolescents amb una alta intensitat de prestació de cures.

Els infermers o infermeres clínics en cronicitat complexa tenen una formació especialitzada i competències per a la presa de decisions clíniques complexes i per a la gestió dels casos clínics. Des de l'ICS s'està treballant intensament des del 2017 pel reconeixement en un futur

dels infermers i infermeres de pràctica avançada (IPA) dintre de la institució, i per aconseguir que els professionals d'infermeria clínica experts en diferents àmbits d'actuació en la seva pràctica assistencial puguin ocupar llocs de treball com a IPA.

A Catalunya, el primer programa de formació per a professionals d'infermeria de pràctica avançada es va iniciar l'any 2008. Aquesta formació, entre d'altres, té com a objectius adquirir coneixements experts i habilitats per a la presa de decisions complexes en la pràctica infermera. Aquests professionals poden ajudar a millorar la qualitat assistencial i la seguretat de les persones ateses, ja que poden detectar problemes clínics més complexos i intervenir-hi abans que esdevinguin més greus.

En les últimes dècades, a Catalunya s'ha intensificat l'envelliment de la població com a resultat de l'augment sostingut de l'esperança de vida; també ha tingut lloc una reducció de la mortalitat i s'ha millorat la supervivència de les persones en l'etapa infantojuvenil amb patologies cròniques limitants i/o amenaçants per a la vida gràcies als avenços mèdics i tecnològics. Aquests fets han comportat que augmentés la incidència i la prevalença de les malalties cròniques, degeneratives i incapacitants.

Segons l'*Informe de salut de Catalunya* del 2021, la prevalença de problemes de salut crònics és superior en dones que en homes, del 43,0 % i del 32,6 %, respectivament, i augmenten amb l'edat, sobretot a partir dels 65 anys, quan el 68,9 % de les dones i el 62,8 % dels homes declaren com a mínim un trastorn crònic autopercebut.

Respecte a l'edat infantojuvenil, segons el Registre de persones assegurades (RCA) del CatSalut, l'any 2019 Catalunya tenia 7.570.452 habitants, dels quals 1.535.006 (20,28 %) tenien menys de 20 anys. Tot i que es considera que seria necessari disposar d'estudis que permetessin ajustar les estimacions als diferents àmbits d'edat (perinatal, neonatal, infància i adolescència), seguint la metodologia i aplicant les taxes del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, s'estima que la mortalitat per malalties incurables que limiten la vida és de 0,1-0,12/1.000 nens, fet que representa que l'any 2018 a Catalunya van morir entre 154 i 184 nens per aquesta patologia de malalties. Tot i així, la prevalença d'infants amb malalties limitants o amenaçants per a la vida és deu vegades més elevada, és a dir, s'estima que l'any 2019 a Catalunya hi havia entre 1.535 i 1.842 nens amb una malaltia que amenaçava o limitava la seva vida. Del total de nens o joves amb malalties limitants o amenaçants per a la vida (MLV), es considera que el 50 % tenen necessitats més intenses i per això els cal la intervenció d'equips especialitzats de cures pal·liatives pediàtriques. Així doncs, tenint en compte la població del 2019, es calcula que entre 768 i 921 nens i joves necessitaven atenció pal·liativa per una complexitat més gran de les seves necessitats i les de la seva família i entorn cuidador.

La comorbiditat dels trastorns crònics incrementa el nivell de complexitat a l'hora d'atendre la persona i es manifesta en un ús més intensiu dels recursos sanitaris i en una taxa de mortalitat més elevada. El plantejament de la càrrega de morbiditat treu importància a les malalties concretes i posa l'èmfasi en el conjunt de les necessitats assistencials, facilitant l'abordatge integral biopsicosocial que cal tenir en compte tant en l'atenció als processos de salut física com en els de salut mental, i tant en l'atenció sanitària com en la social.

Per Ed Wagner, de l'Institut McColl, el model que calia desenvolupar per millorar i abordar apropiadament l'atenció dels pacients crònics seguia fases diferents:

- Estratificació de la població per complexitat i necessitats d'atenció.
- Disseny d'un model predictiu que permeti dur a terme l'atenció en funció del risc.
- Redisseny i reorganització del model de prestació de serveis de manera integral: gestió de casos, gestió de patologies i autocura.
- Establiment d'un conjunt mínim de dades (CMBD) a compartir entre els diversos proveïdors i professionals del sistema de salut (i també sociosanitari i social).
- Desenvolupament i implantació de sistemes experts de suport a la presa de decisions clíniques.

Actualment podem veure traces d'aquest model. A partir de la càrrega de morbiditat s'estratifica la població de Catalunya en quatre grups de risc: el 50 % està format per les persones amb la càrrega de morbiditat més baixa (nivell de risc basal); el 30 %, en un nivell de risc baix; el 15 %, en un nivell de risc moderat, i el 5 % està format per les persones en risc més elevat. Aquest darrer grup de persones són les que fan moltes més visites, consumeixen més fàrmacs, ingressen i visiten urgències més sovint que la resta de la població, i tenen la incidència de mortalitat més elevada. A l'atenció d'aquest 5 % de la població més necessitada es dedica el 51 % del pressupost sanitari.

Aquest grup del 5 % fa imprescindible assegurar una bona coordinació entre tots els serveis assistencials i un bon treball en equip entre els diferents professionals sanitaris d'infermeria, medicina, treball social, RBEC, nutrició, fisioteràpia, etc. L'envelliment de la població i l'augment de l'activitat hospitalària fet augmentar l'atenció al domicili de la persona malalta. Segons l'evidència científica, l'eix central segueixen sent els serveis integrats de salut per donar una resposta a l'increment de la demanda i al nombre destacat de persones amb malalties cròniques, que utilitza reiteradament i de manera poc eficient els diferents serveis del sistema. Aquestes persones haurien de ser ateses pels professionals d'infermeria clínica en cronicitat complexa, de manera coordinada amb els professionals que corresponguin de l'equip d'atenció primària (EAP), ja que requereixen un abordatge molt proactiu i intens amb l'objectiu de millorar els resultats clínics, de qualitat de vida i de cost.

L'evolució de la història clínica (HC) a l'estació clínica d'atenció primària (ECAP) cap a l'història electrònica de salut (HES) que unificarà les dades a compartir entre els diversos proveïdors i professionals del sistema de salut, juntament amb la conferència de cas (CdC) com a eina utilitzada pels ICCC i altres professionals dins el model de gestió de casos, facilitaran la presa de decisions clíniques per millorar els resultats en salut.

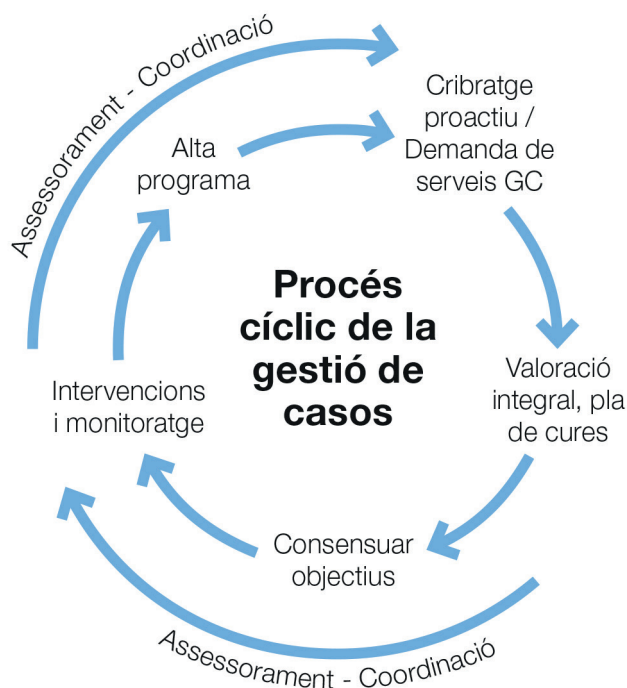
Tot això permetria incorporar i estimar més apropiadament el risc de molts pacients crònics per fer un abordatge proactiu i molt més eficient d'aquestes persones.

## Justificació

En un escenari de fragmentació i poca coordinació dels serveis, el desenvolupament d'un model de gestió de casos en persones en situació de cronicitat complexa en l'atenció primària de salut té un efecte aglutinador i integrador. Els serveis coordinats i integrats orientats a les necessitats de la persona, la família i l'entorn donen resposta a situacions de complexitat en atenció primària amb un abordatge multidimensional, interdisciplinari i de manera eficient i sostenible. Una de les característiques dels sistemes integrats és la identificació de persones amb risc i amb un gran consum de recursos sanitaris i/o socials, i per això s'han desenvolupat sistemes d'informació que ens permeten identificar-les. Aquest procés d'identificació de persones en situació de complexitat o amb risc és proactiu i està orientat a la captació de persones malaltes amb un alt risc per poder donar la resposta adequada.

El professional d'infermeria clínica en cronicitat complexa, que desenvolupa el model de gestió de casos, està integrat a l'EAP (proper als professionals de l'equip) que vetlla per la continuïtat de l'atenció i coordina i gestiona les necessitats d'aquestes persones per garantir el contínuum assistencial. L'ICCC identifica de manera proactiva persones en situació de complexitat i, a partir d'una valoració integral de la persona i de l'entorn cuidador, planifica les cures, coordina i optimitza els recursos sanitaris adequats, monitora i avalua el cas. Treballa coordinadament amb els professionals de referència de la persona i amb altres professionals de l'EAP, proporcionant un valor afegit i integrant l'aportació de tots ells sense substituir-los.

**Figura 1. Procés cíclic de la gestió de casos**



Adaptat de Case Management Society of America.

Aquest document pretén homogeneïtzar la prestació de cures per part dels ICCC a tot l'ICS i garantir l'equitat en l'accés al programa, així com servir de guia de treball per als professionals implicats en el model de gestió de casos i els equips d'atenció primària. Alhora, ha de permetre avaluar el procés i els resultats en salut mitjançant uns indicadors que simplifiquin l'anàlisi posterior de l'eficiència de la prestació de cures de l'ICCC.

## 1. Objectius

### 1.1. Objectiu general

- Ajudar a assolir el màxim nivell de salut i benestar possible de les persones ateses.
- Millorar la qualitat assistencial de la prestació de cures de les persones ateses i el seu entorn cuidador.
- Millorar l'efectivitat i l'eficiència en la utilització de recursos i serveis sanitaris.
- Contribuir al benestar de l'equip assistencial.

### 1.2. Objectius específics

- Millorar l'autonomia i l'autocura de la persona atesa.
- Millorar la qualitat de vida de la persona atesa.
- Millorar l'experiència d'atenció de la persona i el seu entorn cuidador.
- Facilitar el final de vida al lloc més adequat d'acord amb les preferències de la persona i l'entorn cuidador.
- Millorar la seguretat de les persones facilitant les transicions i la continuïtat assistencial dins el sistema sanitari i social, de manera integrada amb el treballador o treballadora social.
- Millorar la seguretat de les persones reduint complicacions de salut evitables i les conseqüències dels seus processos de salut crònics.
- Millorar la seguretat en l'aplicació dels processos terapèutics i fomentar l'aplicació de les guies i els protocols establerts.
- Vetllar perquè es respectin els drets i les voluntats de la persona atesa.
- Optimitzar i racionalitzar l'ús de recursos i serveis sanitaris, vinculant-los amb els professionals adequats per atendre les necessitats individuals específiques.
- Fomentar la coordinació i l'homogeneïtzació de processos entre els professionals de la salut de diferents àmbits assistencials.
- Prevenir reingressos no planificats, o bé gestionar ingressos programats a les persones amb complexitat per evitar trasllats innecessaris als serveis d'urgències.
- Actuar com a expert/consultor per a professionals de referència de les persones en relació amb processos clínics assistencials.

### 1.3. Objectius operatius

- Identificar persones amb situació de complexitat o amb risc d'alta dependència, duent a terme un seguiment i una vigilància del seu estat de salut.
- Avaluar les necessitats de manera holística i centrada en la persona amb objectius mutus i permetent la gestió dels recursos adequada a la persona i als proveïdors implicats.

- Identificar i abordar el control dels símptomes en les persones amb cronicitat complexa i avançada.
- Activar i mobilitzar recursos per a les persones amb cronicitat complexa i avançada i el seu entorn cuidador.
- Promoure un clima de compromís i comunicació directa entre la persona atesa, l'entorn cuidador i els professionals dels serveis.
- Contribuir a l'elaboració i actualització d'un mapa de recursos i circuits del territori, conjuntament amb altres professionals.
- Donar suport als professionals de referència de la persona atesa en relació amb els processos assistencials.
- Facilitar la pràctica col·laborativa entre els professionals dels diferents àmbits d'atenció.
- Introduir elements d'innovació en la manera d'organitzar i proveir determinades línies d'atenció.
- Millorar la coordinació assistencial i reduir la fragmentació dels serveis sanitaris.

## 2. Desenvolupament competencial de l'infermer o infermera clínic en cronicitat complexa

Són professionals de la infermeria que tenen un alt grau de competència en:

- Identificació i valoració integral de persones en situació de complexitat.
- Planificació de les cures expertes.
- Treball en equip i en xarxa de manera multidisciplinària.
- Lideratge.
- Visió integral de la persona i el seu entorn cuidador, no només de la malaltia.
- Habilitats comunicatives i motivacionals.
- Habilitat en el maneig de conflictes.
- Capacitat educativa per empoderar la persona i/o l'entorn i per ajudar en el procés de presa de decisions.
- Proactivitat en la millora del procés assistencial.
- Assessorar la resta de professionals sanitaris.
- Investigació, recerca i docència.

## 3. Perfil competencial de l'ICCC

### 3.1. Requisits

#### Formació reglada

- Diplomatura o Grau en Infermeria.
- Especialitat d'infermeria (familiar i comunitària, pediatria o geriatria) o mestratge relacionat amb el lloc de treball.

#### Coneixements

- Coneixements sobre fragilitat, cronicitat, complexitat i malaltia crònica avançada.
- Coneixements en l'adequació i el maneig terapèutic, tant en els moments d'estabilitat com de descompensació.
- Coneixement del mapa de recursos sanitaris i socials i els circuits dels territoris.

#### Experiència prèvia

- Experiència laboral d'un mínim de 2 anys en atenció primària.
- Experiència laboral en cronicitat complexa (gestor o gestora de cas, infermer o infermera de suport de residències, PADES).

### 3.2. Elements que es valoraran

#### Formació complementària

- Postgraus relacionats: infermeria de pràctica avançada, cronicitat, pediatria, geriatria, pal·liatiu, atenció domiciliària, pacient crònic complex, CADI 1, CADI 2 o similars.
- Formació complementària relacionada amb fragilitat, cronicitat d'adults, cronicitat en pediatria i geriatria.
- Formació complementària en habilitats de lideratge, treball en equip, comunicació, resolució de conflictes o gestió d'emocions.

#### Coneixements

- Coneixements de malalties minoritàries.
- Coneixements dels recursos socials i sanitaris més comuns en l'àmbit de l'atenció primària i l'atenció intermèdia.
- Coneixements dels sistemes informàtics i les tecnologies relacionades amb l'àmbit de la infermeria en l'atenció primària.

#### Experiència prèvia

- Experiència laboral en cronicitat complexa (gestió de casos, infermeria de suport de residències, atenció en cronicitat de pediatria, PADES).
- Experiència mínima de sis mesos en tutoria i docència a alumnes d'infermeria (grau, residents, professionals).

- Haver dut a terme activitat investigadora o haver participat en projectes de recerca o millora de l'atenció al pacient fràgil.

### 3.3. Competències específiques

#### Orientació a l'atenció centrada en la persona:

- Adquireix un compromís amb la persona i l'entorn cuidador, tenint en compte els seus valors i preferències a fi d'assolir un nivell de benestar òptim.
- Aplica els principis ètics del respecte a la dignitat de la persona atesa en decisions professionals i fomenta les virtuts personals per protegir els seus drets (autonomia, intimitat, confidencialitat, informació, participació).
- Situa la persona al centre de la relació assistencial i de la praxi professional, respectant-ne els drets, les creences i els desitjos, i vetllant perquè es compleixin.
- En comprèn i respecta la ideologia, els valors i les preferències, i ho demostra amb una actitud de comprensió, afavorint que les intervencions siguin coherents amb aquestes.
- Exerceix una actitud empàtica sense judicis de valor per crear un clima de cordialitat, respecte i estima cap a les persones ateses.
- Facilita que es tingui en compte tota la informació relativa a l'entorn cuidador, a fi d'afavorir la qualitat de l'atenció i l'abordatge global.

#### Planificació, organització i prioritització:

- Consensua i defineix objectius de salut i assistencials amb la persona i l'equip referent que siguin la base per planificar i desenvolupar accions per assolir-los.
- Lidera l'organització i la planificació de les intervencions que cal dur conjuntament amb l'equip assistencial referent, i n'assegura un servei eficaç, eficient, segur i de qualitat amb la visió de donar resposta a les necessitats de les persones ateses.
- Optimitza l'ús de recursos per assolir els objectius en el temps establert, prioritzant i gestionant els contratemps i les incidències que se'n derivin.
- Contribueix a la definició i l'aplicació dels diferents processos per treballar de manera sistemàtica.

#### Treball en equip i cooperació:

- Té capacitat de lideratge, de motivació i de potenciació del treball en equip.
- Treballa de manera coordinada i col·laborativa amb tots els actors socials i professionals implicats en el procés d'atenció, incloent-hi els membres de l'equip d'atenció primària, compartint informació, coneixements i responsabilitats i arribant a consensos i acords en benefici d'assolir els objectius comuns.
- Construeix una xarxa amb circuits estables i consolidats amb els diferents proveïdors sanitaris del SISCAT.
- Comparteix la metodologia de la conferència de cas/consultories per elaborar plans d'atenció compartits únics i ajudar a vincular-los amb els que es duen a terme de manera interdisciplinària.

- Col·labora de manera constructiva i contribueix al bon clima en el context de l'atenció, s'integra a l'equip del centre i contribueix a un bon treball en equip.
- Assessora els professionals del centre i d'altres equips de manera integrada, incorporant el punt de vista d'altres disciplines en la seva actuació; facilita la creació de sinergies entre equips, promou un treball en comú i els dona suport en la presa de decisions.
- Mostra una actitud proactiva per a la millora del procés assistencial i la integració del treball interdisciplinari.
- Participa, en algun cas específic, en reunions dels comitès d'ètica per abordar situacions complexes.
- Participa en algunes reunions internes del centre residencial per elaborar i fer el seguiment del pla individual d'atenció integral (PIAI) d'algunes persones que ho requereixin per la seva situació de complexitat.
- Participa en el pla de cures i en l'elaboració del pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) en els pacients crònics PCC/MACA.
- Contribueix a donar suport a altres professionals d'infermeria que treballen en l'àmbit residencial, malgrat que aquesta és una responsabilitat que correspon a les direccions dels centres residencials.
- Estableix aliances amb els professionals de salut i d'altres disciplines que puguin afegir valor al **procés assistencial**.

#### **Efectivitat i assoliment de resultats:**

- Aplica la pràctica clínica avançada: identificació, valoració, seguiment, monitoratge i avaluació de les persones i de l'entorn cuidador per a la millora dels resultats dels indicadors clínics amb l'equip interdisciplinari.
- Vetlla per la continuïtat de l'atenció i coordina i gestiona les necessitats de les persones ateses i de l'entorn cuidador per garantir el contínuum assistencial i el benestar.
- Assoleix els objectius fixats d'acord amb els estàndards establerts i cerca maneres noves per a la millora contínua dels resultats.
- Treballa amb els estàndards de quantitat, qualitat, eficiència i bona experiència d'atenció per part de les persones residents i les seves famílies assolir els objectius establerts.
- Col·labora en la definició i la formulació d'uns objectius comuns amb els professionals en relació amb la coordinació i el treball en equip per tal d'incorporar-los al pla d'atenció i poder avaluar-ne els resultats.
- S'integra en el procés d'atenció, els requisits i les normes regulades pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Té capacitat crítica amb inquietud envers la innovació, la recerca, la docència i la formació per a la **millora de resultats**.

**Gestió d'emocions:**

- Identifica les emocions i el seu efecte per tal de gestionar-les adequadament i considerar l'impacte en la persona, la família i el seu entorn.
- Gestiona amb eficiència les emocions pròpies i aborda les emocions dels altres amb empatia i **assertivitat**.

**Comunicació i persuasió:**

- Assoleix una comunicació eficaç, expressant clarament les idees i els sentiments propis. Mostra escolta activa, adaptació del llenguatge, motivacions, assertivitat, sentiments i preocupacions de l'equip.
- Té capacitat de coordinar-se amb tots els professionals implicats per poder assolir objectius i donar resposta a les necessitats de la persona, l'entorn i els professionals.
- Garanteix la continuïtat de les cures, utilitzant els canals existents i en un entorn segur.

## 4. Funcions de l'ICCC

### 4.1. Atenció a les persones i al seu entorn cuidador

#### Funcions en estabilitat clínica

- Detectar/identificar proactivament la població de més complexitat sanitària i social (PCC/MACA).
- Portar a terme l'activitat assistencial a les persones d'alta complexitat centrada en el seu entorn (EAP, domicili, residències i centres educatius).
- Valorar de manera integral les persones identificades com a PCC/MACA, la persona cuidadora i l'entorn de qualsevol edat, incloent-hi l'edat pediàtrica.
- Coliderar en l'elaboració del pla integral de la persona amb necessitats complexes conjuntament amb els altres professionals de referència.
- Valorar l'adherència al tractament farmacològic i no farmacològic de les persones d'alta complexitat.
- Educar per a la salut i fer una detecció precoç de signes i símptomes de descompensació de la patologia crònica.
- Establir el pla de cures acordat amb la persona i l'entorn cuidador sense perdre la longitudinalitat dels professionals referents.
- Comunicar i consensuar amb la persona atesa i la seva família el pla d'atenció i la seva resposta al tractament, promovent d'aquesta manera l'autonomia i procurant un abordatge ètic de les decisions consensuades.
- Participar en l'elaboració del PIIC.
- Optimitzar i racionalitzar el consum de serveis i la utilització dels recursos sanitaris disponibles.
- Activar els circuits i les rutes, i aplicar els protocols vigents.
- Conciliar les visites.
- Acompanyar i donar suport durant tot el procés d'atenció a la persona i a l'entorn cuidador.

#### Funcions en descompensacions/crisi i transicions

- Valorar els signes i els símptomes de la descompensació de les persones ateses d'alta complexitat.
- Fer un diagnòstic correcte del problema/situació de salut i avaluar la gravetat de la crisi.
- Gestionar les crisis (exacerbacions/descompensacions).
- Activar correctament el dispositiu més adequat per a l'atenció de manera coordinada, garantint el contínuum assistencial, segons la gravetat i tenint en compte la voluntat de la persona atesa.
- Fer un abordatge integral del final de vida i acompanyament del dol.

- Coliderar en l'elaboració del pla integral del pacient complex conjuntament amb els professionals referents, incloent-hi el treball social sanitari.
- Garantir l'adequació i el compliment terapèutic després de qualsevol transició.
- Valorar si cal establir i/o modificar el pla de cures acordat i el PIIC en el període de crisi i les transicions.
- Acompanyar i donar suport durant tot el procés d'atenció de la persona i l'entorn cuidador.

#### 4.2. Atenció a professionals. Funcions de coordinació

- Integrar-se i coordinar-se amb els professionals dels equips d'atenció primària i d'atenció hospitalària i amb els equips directius. En el cas de l'atenció a la infància i l'adolescència, coordinar-se amb el Servei d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica Integral i amb les unitats de cronicitat complexa i pal·liativa pediàtrica (SAPPI).
- Coordinar el pla d'atenció interdisciplinari per a la utilització adequada dels recursos, fent coincidir necessitats i prestació de serveis, i tot garantint una atenció integrada.
- Assessorar sobre la prestació de cures en processos assistencials, en derivacions i en la utilització de recursos sanitaris específics del territori.
- Promoure i liderar les conferències de cas (CdC).
- Facilitar les transicions assistencials eficients mitjançant el sistema sanitari i social d'acord amb la ruta assistencial de cada territori.
- Preveure la transició de l'edat pediàtrica a l'adult a entre els diferents professionals implicats.
- Gestionar les visites i les proves complementàries de persones incloses en el model de gestió de casos amb els dispositius corresponents, prevenint la duplicitat de serveis i facilitant la integració interdisciplinària i interinstitucional.
- Coordinar el seguiment i el procés assistencial de les persones amb malalties cròniques d'alta complexitat.
- Vetllar per la coordinació en la continuïtat assistencial.
- Participar en la planificació estratègica de rutes assistencials i de programes de millora de la qualitat d'unitats o serveis i en el disseny de processos assistencials.
- Assessorar els professionals que ho requereixin, els familiars i altres agents implicats en l'atenció a la persona.

#### 4.3. Formació i docència

- Participar com a tutor o tutora en docència de grau, postgrau, mestratges i especialitats d'infermeria.
- Formar nous professionals de la infermeria en cronicitat complexa.
- Ser docents de formacions acreditades relacionades amb la cronicitat complexa als professionals de l'atenció primària.

- Sistematitzar sessions clíniques periòdiques en l'equip d'atenció primària que permetin la formació continuada i la millora del procés de cronicitat, garantint el treball multidisciplinari col·laboratiu.

#### 4.4. Recerca

- Participar en el desenvolupament de línies específiques de recerca en cronicitat complexa.
- Difondre el coneixement infermer i el seu impacte generat mitjançant presentacions en jornades i publicacions d'articles.
- Col·laborar amb professionals de sistemes d'informació en el disseny de tecnologies per a projectes que garanteixin la qualitat, la seguretat i la investigació infermera.

## 5. Població diana

La prestació de cures dels ICCC va dirigida a la població adulta i a la població infantil assignades tant als equips d'atenció primària (EAP) en què coexisteixen l'atenció pediàtrica i d'adults com als equips territorials d'atenció pediàtrica (ETAP). Aquesta prestació requereix una intensificació elevada de cures en un procés o una situació de salut complexa. Els beneficiaris seran principalment les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (pacients crònics complexos o PCC) i les persones amb necessitats pal·liatives (malalties o condicions cròniques avançades o MACA). Per les seves característiques específiques, aquestes persones necessiten la coordinació amb diferents professionals i la mobilització de recursos per poder garantir una atenció integral i continuada que doni resposta a les seves necessitats i a les de l'entorn cuidador.

La complexitat assistencial o clínica de la persona amb una malaltia avançada, independentment de l'edat, també es determina per les necessitats de la unitat persona-família (contextual) i per la capacitat resolutiva dels recursos de l'àmbit assistencial en què es troben.

Les situacions complexes i les dificultats en la intervenció terapèutica i en la presa de decisions en fan imprescindible un abordatge intensiu, multidisciplinari, transversal i coordinat.

Les persones a les quals va dirigida la prestació de cures dels ICCC són les que tenen una condició de cronicitat en salut i amb criteris de complexitat associada, ja sigui relacionada amb la situació clínica de la persona, amb la situació en l'àmbit social/contextual i amb els professionals i el sistema assistencial.

### 1. Complexitat relacionada amb la situació clínica

- Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries.
- Evolució dinàmica de la patologia crònica.
- Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat/progressió (polifarmàcia, determinant cognitiu, fragilitat, pèrdua de la capacitat funcional, reaguditzacions freqüents...).
- Aparició d'indicadors de progressió/gravetat de la malaltia crònica infantojuvenil i adulta.
- Síntomes persistents intensos i refractaris.
- Alta utilització de serveis o consum de recursos amb una probabilitat elevada de patir descompensacions.
- Identificació de persones en situació de malaltia crònica avançada i necessitat d'atenció pal·liativa amb l'escala NECPAL positiva.
- Identificació de la població diana a pediatria que es basa a tenir una malaltia crònica greu, una malaltia progressiva, dependència tecnològica vital i/o necessitats d'atenció pal·liativa.

## 2. Complexitat relacionada amb l'àmbit social/contextual

- Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents:
  - Organització de la cura.
  - Unitat familiar i/o entorn cuidador. Gran impacte familiar.
  - Cohesió familiar i clima afectiu.
  - Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat.
  - Xarxa relacional i d'entorn.

## 3. Complexitat relacionada amb els professionals i el sistema assistencial:

- Benefici de gestió (xarxa) multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents dispositius.
- Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica.
- Benefici d'estratègies d'atenció integrada.

## Els criteris PCC i MACA en població adulta

No hi ha un instrument específic per al cribatge poblacional dels pacients crònics complexos (PCC). La identificació es fonamenta en la presència de criteris en alguna de les tres dimensions de la complexitat.

No hi ha cap pauta inequívoca sobre quants o quins criteris cal complir o sobre com s'han de combinar per rebre la consideració de PCC. Cal complir prou criteris perquè el professional referent de l'atenció primària consideri que la gestió del cas és especialment difícil i, per tant, validi de forma clínica i identifiqui, d'acord amb la persona, que és un pacient crònic complex. Una persona que no tingui cap d'aquests criteris és realment difícil que pugui presentar necessitats complexes d'atenció.

Per fer una identificació precoç o un cribatge de persones amb malalties avançades i necessitats d'atenció paliativa, així com de persones amb un pronòstic de vida limitat i/o una situació de proximitat al final de la vida entesa com l'última fase del cicle vital, que pot oscil·lar entre uns quants dies i molts mesos o alguns anys, a Catalunya es recomana fer servir l'instrument NECPAL.

## Els criteris PCCP i MACAP en població pediàtrica

### 1. Pacient crònic complex pediàtric (PCCP)

S'identificarà com a PCCP aquell infant o jove on la gestió clínica i l'atenció del qual és percebuda com a especialment difícil i que compleix criteris de complexitat, cronicitat, vulnerabilitat i necessitat d'alta intensitat de cures.

El mètode de cribatge per a aquesta població és que compleixi un punt de cadascun dels tres apartats següents:

### 1. Complexitat:

- Pluripatologia o malaltia principal greu i comorbiditat. Sovint s'acompanya de discapacitat i/o reaguditzacions/descompensacions que afavoreixen la pèrdua de capacitat funcional. Compleix almenys 1 criteri de cadascun dels punts.
- Alta necessitat de recursos sanitaris i/o socials i gran impacte per a la família: > 3 hospitalitzacions/any, > 2 ingressos UCIP en un any, > 30 dies hospitalització en els últims 3 mesos (excepte nounats), 5 especialitats mèdiques involucrades i necessitat de coordinació amb domicili, escola, especialitzada, treball social i atenció primària.

### 2. Vulnerabilitat:

- Petits canvis en l'estat de salut de l'infant provoquen situacions de risc vital.
- Malaltia greu o amenaçant per a la vida.

### 3. Dependència tecnològica i/o alta intensitat de cures:

- Pacient dependent de tecnologia de suport vital.
- Necessitat de cures diàries específiques i especialitzades.

## 2. Model d'atenció a la cronicitat avançada pediàtrica (MACAP)

S'identificarà com a PCCP aquell infant o jove que compleixi criteris de PCCP en estat avançat, progressiu, irreversible, que condiciona un pronòstic de vida limitat i que té necessitats d'atenció pal·liativa.

El mètode de cribatge per a aquesta població és:

1. Persona afectada de malaltia greu amb indicació d'adequació de l'esforç terapèutic.
2. Persona afectada de malaltia greu amb pronòstic vital inferior a 6 mesos.
3. Persona amb pregunta sorpresa («Sorprendria que morís en els propers 12 mesos?») negativa i/o almenys un criteri dels següents:
  - Indicadors de progressió (declivi funcional i cognitiu) en els últims 6 mesos no relacionat amb un procés intercurrent/reversible.
  - Simptomatologia persistent que requereix l'optimització continuada del tractament.
  - Disfunció orgànica irreversible que no es pot resoldre amb un trasplantament.

En tota aquesta població infantil cal tenir en compte la coordinació amb l'infermer o infermera de salut i escola (ISiE), referent dels centres educatius (CE) de l'EAP en el cas de requerir alguna intervenció durant l'horari lectiu en el CE.

## 6. Criteris d'inclusió d'atenció per l'ICCC seguint el model de gestió de casos

Persones en qualsevol etapa de la vida que presentin vulnerabilitat i/o fragilitat amb necessitats complexes d'atenció i/o necessitats pal·liatives, i que tinguin algunes de les característiques següents:

- Necessitat de prestació de cures d'alta intensitat.
- Alta probabilitat de patir crisis i/o descompensacions en l'evolució natural de les malalties cròniques, presència de molta simptomatologia i amb mal control (síntomes persistents intensos i refractaris).
- Evolució de la situació dinàmica i que requereix seguiment i vigilància en el temps.
- Múltiples reingressos o alta freqüentació de visites a urgències derivades de descompensació clínica en el darrer any.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents recursos sanitaris que requereix el seu procés d'atenció, especialment en situació d'agudització o crisi.
- Davallada funcional o cognitiva amb síndromes geriàtriques de nova aparició que compleixin criteris de gravetat/progressió.
- Dependència severa.
- Necessitat d'aproximació d'abordatge pal·liatiu o d'atenció pal·liativa.
- Necessitat de coordinacions amb els professionals del treball social derivades de la situació de complexitat social relacionada amb el procés de salut.
- Necessitat d'un ús elevat de recursos sanitaris.

## 7. Escenaris d'actuació de l'infermer o infermera clínic en cronicitat complexa

### 7.1. Proposta de primera visita de l'ICCC. Inclusió en el programa/model de gestió de casos (GC)

#### Fase 0. Selecció de la població susceptible d'inclusió en el programa

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<p>Seleccionar proactivament persones susceptibles de beneficiar-se del model de gestió de casos.</p> <p>Valorar la demanda d'inclusió al programa.</p>	<p>Revisar el compliment dels criteris d'inclusió.</p> <p>Revisar proactivament perfils de persones amb condicions clíniques i/o socials amb complexitat que presentin algunes de les situacions següents:</p> <p><b>Clíniques:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilitat avançada/dependència moderada-severa/discapacitat &gt; 75%.</li> <li>• Condicions de salut cròniques complexes o avançades.</li> <li>• Atenció pal·liativa.</li> <li>• Malaltia mental amb conducta disruptiva.</li> <li>• Deteriorament funcional i/o cognitiu/demència avançada GDS &gt; 6 amb abordatge complex.</li> <li>• Polifarmàcia.</li> <li>• Visites freqüents a urgències/reingressos hospitalaris per descompensacions de les patologies cròniques.</li> <li>• Dificultat per a l'autogestió i adherència als règims de salut.</li> </ul> <p><b>Socials:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreres per accedir a cures i serveis.</li> <li>• Dificultats econòmiques.</li> <li>• Manca de suport social adequat, incloent-hi el suport del cuidador.</li> <li>• Abús o negligència.</li> </ul>	<p>A través dels grups de morbiditat ajustats (GMA) o altres bases de dades (<i>triggers</i>) (BO, Longview, DBS Form...).</p>

#### Fase 1. Valoració de la fragilitat i condició de PCC/MACA

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<p>Revisar la història clínica (HC) de la persona abans de la primera visita.</p>	<p>Revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemes de salut destacables i la seva evolució. Actualitzar-los.</li> <li>• Situació basal prèvia (física, mental, sociofamiliar).</li> <li>• Visites a urgències i/o hospitalitzacions l'últim any.</li> <li>• Pla de medicació actual.</li> <li>• Proves complementàries.</li> <li>• Criteris de condició PCC/MACA.</li> <li>• Seguiment actiu a hospital o recurs sociosanitari.</li> </ul>	<p>Per a la revisió HC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECAP; historial electrònic de salut (HES); SAP; HC3.</li> </ul> <p>Per a la identificació de la seva condició:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificació PCC.</li> <li>• Identificació MACA i/o alta diagnòstic d'<u>atenció pal·liativa</u>.</li> </ul>

## Fase 2. Diagnòstic situacional

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
Fer un diagnòstic situacional	<p>Valoració multidimensional i de necessitats,* incloent-hi la personal, l'entorn...</p> <p>*La valoració de les necessitats hauria de determinar si hi ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manca d'atenció integrada.</li> <li>• Ús de serveis inadequats.</li> <li>• Falta d'un proveïdor principal o de qualsevol proveïdor.</li> <li>• Manca d'adhesió al pla d'atenció.</li> <li>• Valorar polimedicació; duplictat, efectes adversos, adherència, conciliació.</li> <li>• Barreres en la comunicació.</li> <li>• Manca d'educació/habilitats o comprensió del procés de salut.</li> <li>• Consum i abús de substàncies.</li> <li>• Determinants socials desfavorables.</li> </ul> <p>Es recomana avaluar patrons de comportament amb què s'associa l'augment de la gravetat de condició, si la seguretat del pacient està compromesa o si hi ha un retard en l'activació d'altres nivells d'atenció.</p> <p>Es recomana fer la valoració al domicili habitual de la persona, independentment de si hi està inclòs el programa d'atenció domiciliària.</p> <p>Registrar la valoració multidimensional al PIIC.</p>	<p>Valoració multidimensional, valoració clínica i valoració social/psicosocial dins del procés d'atenció (ARES):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomes: ESAS.</li> <li>• Funcional: Lawton &amp; Brody, Barthel...</li> <li>• Nutricional: MNA.</li> <li>• Mental: Lobo/Pfeifer/MMSE.</li> <li>• Emocional: Yes avage, GAD-7.</li> <li>• Social: Tirs, Zarit reduït.</li> <li>• Síndromes geriàtriques i/o aparició d'indicadors de progressió i gravetat de la malaltia crònica (si escau): caigudes o inestabilitat de la marxa (SPPB), Timed up&amp;go, lesions relacionades amb la dependència, deteriorament cognitiu o delirium (CAM), disfàgia (EAT-10/MECV), incontinència, restrenyiment.</li> <li>• Polifarmàcia (adhesió al tractament).</li> <li>• Complexitat/fragilitat: <a href="#">HexComRed</a>; <a href="#">Necpal</a>; <a href="#">Índex fràgil VIG</a>.</li> <li>• Qualitat de vida: EUROQoL-5d.</li> </ul> <p>* Valoració de les necessitats assistencials, personals, bàsiques i essencials de la persona i el seu entorn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificació de decisions anticipades i pla d'intervenció individualitzat: PDA, PIIC.</li> <li>• Document de voluntats anticipades (DVA).</li> </ul>
Consens sobre objectius assistencials	<p>Activar un pla de cures estandarditzat, individualitzant els diagnòstics i les seves intervencions en funció dels objectius acordats.</p> <p>Establir els objectius d'atenció i intervencions per gestionar les necessitats i oportunitats d'atenció identificables en consens amb la persona i/o l'entorn cuidador i altres membres de l'equip assistencial.</p> <p>Es recomana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoure la consciència d'objectius en la persona.</li> <li>• Valorar l'actitud davant els possibles riscos.</li> <li>• Identificar diferents opcions i ajudar la persona i/o l'entorn a reflexionar sobre les seves preferències. Assessorar en la presa de decisions.</li> <li>• Revisar que siguin coherents amb l'evidència existent.</li> <li>• Registrar els acords al PIIC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</li> <li>• Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA).</li> <li>• Bones pràctiques en atenció compartida: <a href="#">recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC</a>.</li> <li>• Protocol territorial d'adequació de la intensitat terapèutica. Àrea Metropolitana Sud de Barcelona.</li> </ul>
Valorar l'adequació de la intensitat terapèutica.	<p>Valorar el nivell d'intensitat terapèutica (nivells de tractament) segons el perfil de la persona.</p>	

### Fase 3. Pla d'intervenció individualitzat

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<p>Fer intervencions derivades de la valoració multidimensional.</p>	<p>Propostes generals derivades de la detecció de dèficits. Abordatge segons la pràctica clínica avançada i de manera interdisciplinària (compartir cas amb professionals de referència).</p> <p><b>Valoració clínica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneig clínic de la simptomatologia amb optimització del tractament.</li> <li>• Si hi ha reingressos múltiples: coordinació per adequar recursos en situació d'estabilitat i inestabilitat. Si hi ha malnutrició: avaluació de disfàgia, derivació a nutrició i odontologia, si escau.</li> </ul> <p><b>Valoració funcional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es detecta un declivi funcional &gt; prescripció d'exercici físic, prescripció d'ajudes tècniques, terapeuta ocupacional o RHB domiciliària.</li> </ul> <p><b>Valoració mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hi ha deteriorament cognitiu, conductual i/o emocional &gt; derivació per a estudi, optimitzar pla terapèutic i derivació a recurs per a suport psicoemocional.</li> </ul> <p><b>Valoració social-familiar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hi ha risc o problemàtica social &gt; derivació i/o atenció conjunta amb treball social de l'EAP i valorar el recurs adequat.</li> </ul>	<p>Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. <u>Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</u></p> <p>Comentar els dèficits detectats del cas amb els professionals de referència en espais per compartir informació clínica.</p> <p>Ús de la derivació a través d'ordre clínica (OC) als diferents recursos existents al territori (HDD, RHB, nutrició, HD sociosanitari, EAIA, EAPS...) per atendre la persona de manera presencial.</p> <p>Ús de la interconsulta clínica. Se sol·licita una opinió «experta» d'un altre professional sense visita presencial de la persona.</p> <p><u>Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica.</u></p> <p>Ajudes tècniques adequades, PAO, SIRIUS (Centre d'Autonomia Personal de la Generalitat), targeta CUIDA'M.</p>
<p>Revisar i adequar la prescripció farmacològica i de la realització de proves complementàries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliar i adequar la medicació. Valorar si és coherent amb els problemes, la salut i els objectius consensuats.</li> <li>• En coordinació amb els professionals referents, avaluar l'adequació de determinades proves complementàries i de l'ús de medicació preventiva, si calen canvis en els formats de medicaments per adaptar-los a la nova situació i registrar el pacte al PIIC. <u>Stoop-Start.</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteris Stopp/Start.</li> <li>• Mòdul de prescripció.</li> <li>• SIRE.</li> <li>• Criteris de Beers.</li> <li>• PIIC.</li> <li>• Activació del sistema personalitzat de dosificació (SPD), altres alternatives socials per millorar l'adherència terapèutica.</li> </ul>
<p>Fer intervencions sobre l'autocura. Fer intervencions sobre els estils de vida.</p>	<p>Donar educació sanitària per fomentar l'alfabetització en salut, l'empoderament, l'autocura, el suport i la comunicació (amb la persona i l'entorn cuidador). Recomanar i/o prescriure activitat física.</p> <p>Abordar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Els hàbits d'alimentació saludable.</li> <li>• L'adherència terapèutica.</li> <li>• El consum de tòxics.</li> <li>• Les relacions socials en l'entorn.</li> </ul>	<p><u>Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica.</u></p> <p>Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. <u>Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</u></p>
<p>Prevenir i gestionar descompensacions.</p>	<p>Revisar el nombre de descompensacions en el darrer any i l'abordatge.</p> <p>Educació sanitària per la detecció dels signes i símptomes d'alarma i de la descompensació de les seves patologies cròniques i normes de reconulta.</p> <p>Consensuar opcions per abordar possibles descompensacions facilitant dades de contacte dels circuits establerts per garantir la continuïtat assistencial.</p> <p>Donar suport als professionals de l'EAP per al maneig clínic de la descompensació.</p> <p>Coordinar amb el recurs més adequat per a la resolució de la descompensació.</p> <p>Ajudar a la presa de pactes i/o decisions.</p>	<p>Material d'educació per a la salut, pàgines web d'interès.</p> <p>Facilitar telèfon 7/24 h del territori.</p> <p>Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut en situació de descompensació. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</p> <p>Rutes assistencials presents a l'àrea d'influència.</p> <p>Treball conjunt amb professionals referents i/o altres professionals de suport.</p> <p>PIIC.</p>

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<p>Optimitzar l'ús de recursos.</p> <p>Vetllar per la qualitat i seguretat d'aquest ús.</p>	<p>Informar la persona, l'entorn cuidador i els professionals referents sobre els recursos adequats per a la situació actual.</p> <p>Canvis en la prestació de serveis.</p> <p>Valorar, si escau, la coordinació de serveis adequats a les necessitats de la persona (ex.: hospitalització a domicili, u. subaguts, h. de dia terapèutic, h. dia sociosanitari, convalsència, unitat de cures pal·liatives, PADES, unitats de cronicitat complexa i atenció pal·liativa pediàtrica. Llarga estada, unitats de salut mental SAPPI, servei d'atenció pal·liativa pediàtrica integral, etc.).</p>	<p>Facilitar un telèfon 7/24 h per garantir la continuïtat assistencial. Unificar visites i proves complementàries.</p> <p>Sessions i/o reunions periòdiques amb els diferents proveïdors del territori de referència.</p> <p>Ús de rutes assistencials de la zona d'influència.</p> <p>Mapa de recursos sanitaris i socials de la zona d'influència.</p>

## 7.2. Visita de seguiment de l'ICCC

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<p>Fer el seguiment de l'evolució clínica i avaluar el control de símptomes monitorant durant tot el procés els objectius i els resultats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment telefònic i/o presencial segons l'evolució clínica de qualsevol de les dimensions i necessitats de la persona i de l'entorn cuidador.</li> <li>• Es recomana el seguiment telefònic periòdic proactiu pactat amb l'usuari i/o cuidador per reforçar els pactes del pla d'intervenció compartint el seguiment amb la UBA referent.</li> <li>• Avaluació contínua del pla d'intervenció consensuat amb l'usuari i l'entorn cuidador i l'equip de referència adequat el pla segons les necessitats i l'evolució.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment estructurat proposat pels plans de cures ARES de les situacions i/o els problemes de salut més rellevants de la persona amb més risc de descompensació.</li> <li>• Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP). Incloure Intervencions de manera individualitzada al pla de cures de la persona:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consell (IIN01098).</li> <li>– Consell de voluntats anticipades (IIN11900).</li> <li>– Treball de decisions anticipades (AVZ511).</li> </ul> </li> <li>• Les visites de seguiment poden ser presencials al centre o al domicili i/o visites no presencials (telefònica, e-consulta).</li> <li>• Sessions de coordinació del cas amb els professionals implicats.</li> <li>• Coordinació amb professionals referents i altres professionals dels diferents dispositius assistencials del territori.</li> <li>• PIIC actualitzat com a eina de comunicació entre els diferents nivells assistencials.</li> </ul>
<p>Abordar el risc de descompensacions i situacions de crisi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar les capacitats d'autocura en el monitoratge de signes i símptomes de les patologies descompensades en el moment de l'atenció.</li> <li>• Consensuar amb l'usuari/família i l'equip de referència possibles situacions clíniques i escenaris per abordar la situació de crisi.</li> <li>• Utilitzar tècniques avançades per tractar la descompensació, si escau, de manera autònoma o col·laborativa.</li> <li>• Donar suport als professionals de l'EAP per al maneig clínic de la descompensació de manera consensuada.</li> <li>• Coordinar amb el recurs més adequat per a la resolució de la descompensació.</li> <li>• Identificar les prioritats del pacient i la família, ajudant a la presa de decisions. Tenir-les en compte durant tot el procés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguiment estructurat proposat pels plans de cures ARES de les situacions i/o els problemes de salut més rellevants de la persona amb més risc de descompensació.</li> <li>• Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP). Incloure Intervencions de manera individualitzada al pla de cures de la persona:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consell (IIN01098).</li> <li>– Consell de voluntats anticipades (IIN11900).</li> <li>– Treball de decisions anticipades (AVZ511).</li> </ul> </li> <li>• Les visites de seguiment poden ser presencials al centre o al domicili i/o visites no presencials (telefònica, e-consulta).</li> <li>• Sessions de coordinació del cas amb els professionals implicats.</li> <li>• Coordinació amb professionals referents i altres professionals dels diferents dispositius assistencials del territori.</li> <li>• PIIC actualitzat com a eina de comunicació entre els diferents nivells assistencials.</li> </ul>

### 7.3. Abordatge de les persones en situació de descompensació

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
Valorar i detectar signes i símptomes de descompensació.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecció proactiva de simptomatologia de descompensació i dels possibles desencadenants.</li> <li>• Facilitar l'accessibilitat per al pacient davant de l'aparició de símptomes de descompensació.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</li> <li>• Les visites de seguiment poden ser presencials al centre o al domicili i/o visites no presencials (telefònica, e-consulta).</li> <li>• Protocols i guies clíniques.</li> <li>• Recursos d'atenció primària, intermèdia i/o hospitalària del territori i ús segons les rutes assistencials.</li> <li>• PIIC.</li> </ul>
Abordar la descompensació.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tractar la descompensació, ja sigui de manera autònoma o col·laborativa amb altres professionals i/o dispositius.</li> <li>• Pactar una visita de seguiment.</li> <li>• Compartir informació amb els professionals de referència.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</li> <li>• Les visites de seguiment poden ser presencials al centre o al domicili i/o visites no presencials (telefònica, e-consulta).</li> <li>• Protocols i guies clíniques.</li> <li>• Recursos d'atenció primària, intermèdia i/o hospitalària del territori i ús segons les rutes assistencials.</li> <li>• PIIC.</li> </ul>
Reavaluar la intervenció postdescompensació.	Reforçar l'educació sanitària per prevenir futures descompensacions.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans de cures ARES i guies de pràctica clínica segons els problemes de salut descompensats. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</li> <li>• Les visites de seguiment poden ser presencials al centre o al domicili i/o visites no presencials (telefònica, e-consulta).</li> <li>• Protocols i guies clíniques.</li> <li>• Recursos d'atenció primària, intermèdia i/o hospitalària del territori i ús segons les rutes assistencials.</li> <li>• PIIC.</li> </ul>
Optimitzar l'ús de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar les transicions assistencials.</li> <li>• Conèixer i mobilitzar els recursos necessaris disponibles per assolir els objectius.</li> <li>• Fer sessions clíniques periòdiques multidisciplinàries per donar a conèixer els recursos i fer-ne un ús adequat.</li> <li>• Conciliar les visites i les proves complementàries.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposar d'un espai a les agendes per a consultoria.</li> <li>• Mapa de recursos del territori actualitzat, compartit i accessible.</li> </ul>

## 7.4. Atenció paliativa

### Pla d'intervenció del final de vida

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
Fer un diagnòstic situacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fer la valoració multidimensional i de necessitats, incloent-hi la persona, l'entorn cuidador i el context assistencial (vegeu l'apartat de diagnòstic situacional de visita i inclusió i gestió de casos).</li> <li>• Identificar les necessitats de les àrees afectades: clínica, psicoemocional, espiritual, sociofamiliar, ètica, procés de morir.</li> <li>• Incloure-hi necessitats essencials: espiritualitat, autonomia, dignitat, afecte /relacions familiars i personals, esperança.</li> <li>• Presa i registre de les variables exploratòries.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats paliatives i en situació de final de vida.</u></li> <li>• <u>Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats paliatives i en situació de final de la vida.</u></li> <li>• <u>Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</u></li> <li>• <u>Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</u></li> </ul> <p>HexComRed; NECPAL4. <a href="#">Pronòstic Palliative Scale (PPS).</a></p>
Consensuar els objectius assistencials.	<p>Millora o manteniment de la funcionalitat. Millora del benestar i la qualitat de vida (enfocada al control de símptomes i les necessitats essencials). Es recomana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar l'actitud davant els possibles riscos.</li> <li>• Identificar diferents opcions i ajudar la persona i/o l'entorn a reflexionar sobre les diferents opcions.</li> <li>• Assessorar en la presa de decisions.</li> <li>• Facilitar el final de vida al lloc més adequat per a la persona i el seu entorn respectant les seves preferències i els valors.</li> </ul> <p>Registrar els acords al PIIC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pla de cures d'atenció paliativa i pla de cures d'últims dies.</li> <li>• <u>Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP).</u></li> <li>• <u>Model català de planificació de decisions anticipades.</u></li> <li>• <u>Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida. Comitè de Bioètica de Catalunya.</u></li> </ul>
Fer el seguiment de l'evolució clínica i l'avaluació del control de símptomes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites de seguiment a domicili per al maneig de símptomes prevalents al final de la vida.</li> <li>• Educació sanitària de la persona i l'entorn cuidador sobre les cures al final de la vida.</li> <li>• Avaluació de la sobrecàrrega del cuidador.</li> <li>• Valoració d'ajudes tècniques.</li> </ul>	<p>Pla de cures d'atenció paliativa i pla de cures d'últims dies. Programa d'harmonització d'estàndards de cures a l'atenció primària (ARES-AP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala ESAS.</li> <li>• Escala BRISTOL.</li> <li>• Escala Zarit.</li> </ul> <p><u>Guia d'atenció als pacients amb dolor crònic no oncològic utilitzant analgèsics opioïdes.</u></p>
Fer l'avaluació i l'adequació de la prescripció farmacològica i de la realització de proves complementàries.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar conjuntament la desprescripció de determinats fàrmacs preventius, tractaments fútils i proves complementàries innecessàries.</li> <li>• Adaptar vies d'administració i dosis en situacions d'últims dies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treball conjunt amb professionals referents i/o altres professionals de suport.</li> <li>• Revisar els criteris Stoop-Start.</li> </ul>

## Assessorament dels recursos

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar dels recursos. Valorar si escau la coordinació amb les unitats de cures pal·liatives adequades a les necessitats de la persona i de l'entorn cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar dels recursos.</li> <li>• Valorar si escau la coordinació amb les unitats de cures pal·liatives de l'entorn adequades a les necessitats de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Director de recursos específics de cures pal·liatives. Pla director sociosanitari.</u></li> <li>• Intervencions que cal incloure de manera individualitzada al pla de cures: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consell (IIN01098).</li> <li>– Consell de voluntats anticipades (IIN11900), treball de decisions anticipades (AVZ511).</li> <li>– Consell: xarxes d'ajuda i recursos comunitaris (IIN11106).</li> </ul> </li> </ul>

## Coordinació

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar-se amb el seu equip de referència i altres àmbits assistencials.</li> <li>• Valorar i activar recursos, si cal.</li> </ul>	<p>Per activar el nivell assistencial adequat a la situació de final de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• *Baixa: atenció per equip referent.</li> <li>• *Mitjana: referent i especialitzat de cures pal·liatives.</li> <li>• *Alta: atenció intensa per l'equip especialitzat de cures pal·liatives, derivació probable a un altre recurs o àmbit assistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida.</u></li> <li>• <u>HexComRed.</u></li> <li>• <u>Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.</u></li> <li>• <u>Director de recursos específics de cures pal·liatives. Pla director sociosanitari.</u></li> </ul>

## 7.5. Coordinació

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donar una atenció coordinada i/o integrada i una atenció de continuïtat entre els diferents professionals i àmbits d'atenció.</li> <li>• Garantir l'ús adequat de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la demanda per determinar el tipus de coordinació amb l'equip, els proveïdors i el pacient i els seus familiars.</li> <li>• Gestionar la demanda específica, si escau.</li> <li>• Facilitar la transició eficient de les persones ateses a través del sistema sanitari.</li> <li>• Coordinar el pla d'atenció interdisciplinari per a una utilització adient dels recursos (fer coincidir les necessitats i la prestació de serveis).</li> <li>• Col·laborar amb altres professionals o serveis per optimitzar l'estat de salut de la persona atesa.</li> <li>• Evitar la duplicació de serveis i facilitar la integració interdisciplinària i interinstitucional.</li> <li>• Contribuir a mantenir actualitzats el mapa de recursos i de serveis del territori.</li> <li>• Participar en la planificació estratègica de rutes assistencials i programes de millora de la qualitat d'unitats o serveis, així com en el disseny de processos assistencials.</li> <li>• En la mesura que es pugui avançar, juntament amb treball social, establir pactes i acords amb els serveis socials de zona quan la situació clínica i social ho requereixi, per poder fer valoracions conjuntes i activar recursos que pertanyen a les dues xarxes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinació de l'actuació dels diferents professionals que atenen la persona: registrar la coordinació a la història clínica de l'usuari.</li> <li>• Ús de la interconsulta clínica: se sol·licita una opinió «experta» d'un altre professional sense que visiti presencialment la persona.</li> <li>• Quan la derivació és iniciada i finalitzada per l'ICCC gestor de casos: cal fer l'ordre clínica (OC) amb el recurs acordat/planificat (segons els circuits de cada àmbit):             <ul style="list-style-type: none"> <li>– OC &gt;&gt; PROVA &gt;&gt; AVALUACIÓ INGRÉS SS SUBAGUT.</li> <li>– OC &gt;&gt; PROVA &gt;&gt; AVALUACIÓ D'INGRÉS EN HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA.</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; LLARGA ESTADA (ATENCIÓ SOCIOANITÀRIA).</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; CONVALESCÈNCIA (ATENCIÓ SOCIOANITÀRIA).</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; HOSPITAL DE DIA TERAPÈUTIC.</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; HOSPITAL DE DIA (ATENCIÓ SOCIOANITÀRIA).</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; PAL·LIATIUS (ATENCIÓ SOCIOANITÀRIA).</li> <li>– OC &gt;&gt; PRIMERA VISITA &gt;&gt; PADES.</li> </ul> </li> </ul> <p>Pediatría: unitats de cronicitat complexa i atenció pal·liativa, centre d'atenció intermèdia i SAPPI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervencions que cal incloure de manera individualitzada en el pla de cures:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordinació (CVSC).</li> <li>– Derivació: tramitar (IIN01295).</li> <li>– Interconsulta: cursar (IIN02793).</li> <li>– Conciliació terapèutica (IIN11225).</li> <li>– Conciliació de les cures (IIN11223).</li> </ul> </li> <li>• Directori de serveis socioanitaris.</li> <li>• Formar part dels grups de treball de les rutes assistencials de cronicitat.</li> </ul>

## 7.6. Assessorament

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar els professionals sobre cures complexes i millorar la resolució de temes clínics o burocràtics.</li> <li>Assessorar els professionals, la persona, l'entorn cuidador/família, l'entorn educatiu i la comunitat per tenir cura de la salut, ús de recursos i de serveis.</li> </ul>	<p>Amb els professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Col·laborar en la formació de nous professionals.</li> <li>Col·laborar en la formació continuada dels equips.</li> <li>Consultories.</li> </ul> <p>Amb els professionals, persona, entorn cuidador/família, entorn educatiu i comunitat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar sobre l'ús de recursos més adequats per als usuaris i assessorar sobre recursos socials per part de treball social sanitari.</li> <li>Proporcionar suport en la presa de decisions.</li> <li>Valorar la demanda per determinar el tipus d'intervenció juntament amb l'equip de referència.</li> <li>Participar en l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat juntament amb la persona, l'entorn cuidador/família, l'entorn educatiu i els professionals de referència.</li> <li>Conferència de cas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fer sessions a l'equip explicant els recursos existents al territori (criteris inclusió/exclusió, circuits de derivació).</li> <li>Fer sessions a professionals de referència de les persones.</li> <li>Disposar d'un espai de temps a l'agenda per comentar casos o fer consultoria amb els professionals referents del pacient.</li> <li>Ser docent de cursos de formació continuada certificada i/o acreditada.</li> </ul> <p><a href="#">Enllaç al document, Model català de conferència de cas. Metodologia per a la presa de decisions en situacions de complexitat (gencat.cat)</a></p>

## 7.7. Alta d'atenció per la ICCC

Què s'ha de fer?	Com s'ha de fer?	Amb quin recurs?
Finalitzar el seguiment de la persona i de l'entorn cuidador al programa de gestió de casos.	<p>Identificar els motius i la idoneïtat del tancament del programa de gestió de casos, tals com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'assoliment dels objectius planificats prèviament i consensuats amb la persona, l'entorn cuidador i l'equip de referència.</li> <li>Haver aconseguit el màxim benefici de l'alta de seguiment de ICCC.</li> <li>Canvi d'entorn sanitari (coordinar en cas de continuar requerint seguiment amb GC de zona receptora, si n'hi ha).</li> <li>Ja no compleix els criteris de seguiment ICCC fruit de la no-adherència a les recomanacions.</li> <li>Defunció del pacient.</li> </ul> <p>L'evidència del tancament ha de mostrar-se de manera verbal i/o per escrit al pacient i a altres persones de l'equip assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registre de tancament a: ECAP: dades &gt; situacions especial cura &gt; gestió de casos.</li> <li>PIIC: desmarcar la inclusió en GC.</li> <li>Notificar als professionals de referència l'alta del programa en funció dels circuits interns del territori.</li> <li>Es recomana fer un informe clínic a l'ECAP: «Informe d'alta de Gestió de casos» i la seva publicació a HC3.</li> </ul>

## 8. Indicadors d'avaluació

**Objectiu general 1:** Ajudar a assolir el màxim nivell de salut i benestar possible.

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
1. Millorar la qualitat de vida de les persones ateses.	Avaluar les necessitats de manera holística i centrada en la persona amb objectius mutus.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacients en gestió de casos amb pla de cures.</li> <li>2. Pacients en gestió de casos amb valoració integral.</li> <li>3. Pacients en gestió de casos amb registre d'adherència al tractament.</li> <li>4. Pacients en gestió de casos amb càlcul del grau de complexitat: HexComRed.</li> <li>5. Pacients en gestió de casos amb valoració de l'entorn cuidador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificador del cuidador principal.</li> <li>• Valoració del cuidador principal: habilitats/relació/actitud/coneixements.</li> </ul> </li> <li>6. Pacients en gestió de casos amb valoració de la qualitat de vida (EuroQol 5D-5L).</li> <li>7. Recomanacions en cas de crisi al PIICC en PCC/MACA, pla de decisions anticipades en les persones identificades MACA.</li> <li>8. Seguiment de pacients amb MPOC en gestió de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturació O2 basal.</li> <li>• Escala disnea_BMRC.</li> <li>• Inhaladors: TAI test adherència inhaladors.</li> </ul> </li> <li>9. Seguiment de pacients amb insuficiència cardíaca en gestió de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de capacitat funcional NYHA.</li> <li>• Saturació O2 basal (VTR101A).</li> <li>• Localització de l'edema (VES1003).</li> </ul> </li> <li>10. Pacients en gestió de casos amb cribatge de caigudes.</li> <li>11. Pacients en gestió de casos amb registre de l'estat nutricional.</li> <li>12. Seguiment de pacients amb demència en gestió de casos. Registre GDS fast (VVN5108).</li> <li>13. Pacients en gestió de casos inclosos en el programa ATDOM.</li> </ol>
2. Millorar la seguretat de les persones reduint complicacions evitables i les conseqüències dels seus processos de salut crònics.	Millorar la coordinació assistencial i reduir la fragmentació dels serveis sanitaris i socials.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacients inclosos en la gestió de casos.</li> <li>2. Freqüentació dels pacients en gestió de casos.</li> <li>3. Percentatge de pacients en gestió de casos amb derivació: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre de la intervenció de derivació (IIN01295).</li> <li>• Denominador: pacients en gestió de casos.</li> </ul> </li> <li>4. Percentatge de pacients amb derivació que no estan en la gestió de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre de la intervenció de derivació (IIN01295), el registre de la qual l'ha fet un infermer o infermera amb rol de gestor de casos.</li> <li>• Denominador: pacients no inclosos en la gestió de casos durant l'últim any.</li> </ul> </li> <li>5. Percentatge de pacients en gestió de casos amb coordinació: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre de la variable coordinació (CVSC)</li> <li>• Denominador: pacients inclosos en gestió de casos</li> </ul> </li> <li>6. Percentatge de pacients amb coordinació que no estan en la gestió de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre de la variable coordinació (CVSC) el registre de la qual l'ha fet un infermer o infermera amb rol de gestor de casos.</li> <li>• Denominador: pacients atesos per l'ICCC no inclosos en la gestió de casos durant l'últim any.</li> </ul> </li> <li>7. Percentatge de pacients en gestió de casos amb intervenció d'interconsulta (IN02793): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre d'interconsulta (IN02793).</li> <li>• Denominador: pacients inclosos en gestió de casos.</li> </ul> </li> <li>8. Percentatge de pacients amb interconsulta que no estan en gestió de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerador: persones amb registre de la intervenció d'interconsulta (IN02793), el registre de la qual l'ha fet un infermer o infermera amb rol de gestor de casos.</li> <li>• Denominador: pacients atesos per l'ICCC no inclosos en la gestió de casos durant l'últim any.</li> </ul> </li> <li>9. Percentatge de persones PCC i MACA que reingressen a l'hospital.</li> </ol>
3. Millorar la seguretat de les persones facilitant les transicions dins del sistema sanitari i social.	Identificar i facilitar opcions i recursos adequats per a les persones amb malalties cròniques complexes i el seu entorn cuidador.	

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
4. Assessorament a professionals.	Fer consultoria clínica a professionals.	<p>Pacients en gestió de casos PCC o MACA amb PIIC, registre «Recomanacions en cas de crisi i descompensació».</p> <p>Pacients en gestió de casos MACA amb pla de decisions anticipades.</p> <p>Compartir el pla terapèutic en reunions multidisciplinàries:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de reunions assistides de coordinació amb l'EAP (memòria anual).</li> <li>• Nombre de reunions assistides de coordinació amb l'hospital de referència (memòria anual).</li> <li>• Nombre de reunions assistides de coordinació amb l'àmbit d'atenció intermèdia (memòria anual).</li> </ul> <p>Indicadors d'activitat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de visites presencials 9C.</li> <li>• % de visites no presencials 9E.</li> </ul> <p>Etiquetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ADM: consulta administrativa</li> <li>– CTFT: consulta farmacoterapèutica</li> <li>– GEST: gestions</li> <li>– INFC: redacció informe</li> <li>– RHC: revisió HC</li> <li>– TS: transport sanitari.</li> <li>– PREA: Prealt.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de visites a domicili 9D.</li> <li>• % de visites telefòniques 9T.</li> <li>• % de visites consultoria. <ul style="list-style-type: none"> <li>– CON1: consultoria amb els professionals de l'EAP.</li> <li>– CON2: consultoria amb PADES, ASSIR, RHB.</li> <li>– CON3: consultories amb l'atenció intermèdia i hospitalària.</li> </ul> </li> </ul>

## Indicadors d'avaluació

**Objectiu general 2:** Millorar l'experiència de l'atenció rebuda.

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Millorar la qualitat de l'atenció de les persones ateses pel programa.	Promoure un clima de compromís i comunicació directa entre el pacient, l'entorn cuidador i els professionals dels serveis.	Eina PREM – IEXPAC.

## Competència docent

**Objectiu general:** Actuar com a expert/consultor a professionals del centre i altres proveïdors.

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impartir docència a professionals.</li> <li>• Actuar com a tutor o tutora clínic d'estudiants d'infermeria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impartir formació continuada.</li> <li>• Impartir formació acreditada/certificada (amb aprofitament o sense).</li> <li>• Impartir formació reglada.</li> <li>• Participar en la docència reglada de màster.</li> <li>• Participar en la docència reglada de formació sanitària especialitzada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de sessions impartides a l'EAP de referència en 12 mesos.</li> <li>• Nombre de formacions impartides acreditades/certificada a l'equip assignat.</li> <li>• Nombre de formacions impartides a altres proveïdors o serveis.</li> <li>• Nombre d'alumnes de màster tutoritzats.</li> <li>• Nombre d'interns residents tutoritzats.</li> <li>• Nombre de tutories d'estudiants d'infermeria fetes en 12 mesos.</li> </ul>

## Competència investigadora i de pràctica basada en l'evidència

**Objectiu general:** Portar a terme investigació en l'àrea de fragilitat, cronicitat i complexitat.

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Participar en investigacions per monitorar i millorar la qualitat de les pràctiques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolupar i liderar projectes en l'àrea d'expertesa.</li> <li>Col·laborar en projectes/estudis de recerca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de projectes de recerca liderats.</li> <li>Nombre de projectes de recerca com a investigador o investigadora a col·laborador.</li> </ul>
Utilitzar la investigació per guiar la pràctica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilitzar la PBE a través dels plans de cures estandarditzats disponibles als sistemes informàtics.</li> </ul>	Nombre de plans de cures estandarditzats realitzats. Actius en els darrers 12 m.
Actualitzar documents	<ul style="list-style-type: none"> <li>Portar a terme i participar en les actualitzacions de documents de referència de la pràctica diària assistencial: protocols, procediments, guies, rutes...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de documents en els quals s'ha participat.</li> <li>Nombre de guies.</li> <li>Nombre de protocols.</li> <li>Nombre de procediments.</li> <li>Nombre de rutes.</li> <li>Nombre de plans de cures.</li> </ul>

## Competència lideratge professional

**Objectiu general:** Difondre el coneixement infermer i de la institució sanitària.

Objectiu específic	Objectiu operatiu	Indicador
Actuar com a expert en comitès / grups d'experts d'organitzacions professionals.	Formar part de comitès/grups d'experts d'organitzacions o de la institució.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de comitès o grups d'experts/professionals en què es participa.</li> <li>Memòria anual que justifiqui la participació en comitès o grups d'experts/professionals.</li> </ul>
Actuar com a portaveu infermer i/o de la institució sanitària a què pertany.	Participar en jornades/congressos/simpòsiums.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'assistència a jornades congressos/simpòsiums fets en els últims 12 mesos.</li> <li>Memòria anual que justifiqui la participació en jornades/congressos/simpòsiums.</li> </ul>

## 8.1. Indicadors de Longview (SISAP)

Codi	Descripció
GC0000	Persones incloses en gestió de casos.
GC0001	Pacients en gestió de casos amb pla de cures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GC0001A – Pacients en gestió de casos amb pla de cures crònic.</li> <li>• GC0001B – Pacients en gestió de casos amb pla de cures agut.</li> </ul>
GC0002	Pacients en gestió de casos amb valoració integral.
GC0003	Pacients en gestió de casos amb registre d'adherència al tractament.
GC0004	Pacients en gestió de casos amb cribratge de caigudes.
GC0005	Pacients en gestió de casos PCC o MACA amb PIIC.
GC0007	Pacients en gestió de casos amb registre de l'estat nutricional.
GC0008	Freqüentació dels pacients en gestió de casos.
GC0009	Pacients en gestió de casos inclosos en el programa ATDOM.
GC0010	Pacients en gestió de casos amb càlcul del grau de complexitat. <ul style="list-style-type: none"> <li>• GC0010A – Pacients en gestió de casos amb complexitat alta.</li> <li>• GC0010B – Pacients en gestió de casos amb complexitat mitjana.</li> <li>• GC0010C – Pacients en gestió de casos amb complexitat baixa.</li> </ul>
GC0011	Pacients en gestió de casos amb cuidador principal identificat. GC0011A – pacients en gestió de casos amb valoració de l'entorn del cuidador.
GC0012	Pacients en gestió de casos amb valoració de la qualitat de vida.
GC0013	Seguiment de pacients amb MPOC en gestió de casos.
GC0014	Seguiment de pacients amb insuficiència cardíaca en gestió de casos.
GC0015	Visites totals dels pacients en gestió de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GC0015A - % de visites presencials dels pacients en gestió de casos.</li> <li>• GC0015B - % de visites no presencials dels pacients en gestió de casos.</li> <li>• GC0015C - % de visites domiciliàries dels pacients en gestió de casos.</li> <li>• GC0015D - % de visites telefòniques dels pacients en gestió de casos.</li> </ul>
GC0016	Percentatge de pacients en gestió de casos amb derivació.
GC0017	Percentatge de pacients amb derivació que no estan en gestió de casos.
GC0018	Percentatge de pacients en gestió de casos amb coordinació.
GC0019	Percentatge de pacients amb coordinació que no estan en gestió de casos.
GC0020	Pacients en gestió de casos PCC amb ingrés a l'hospital.
GC0021	Pacients en gestió de casos MACA amb ingrés a l'hospital.
GC0022	Pacients en gestió de casos PCC que reingressa a l'hospital.
GC0023	Pacients en gestió de casos MACA que reingressa a l'hospital.

## 9. Bibliografia

- Bases per al desenvolupament del model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3745>.
- Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7010>.
- Conceptualització de la valoració social: document de suport al procés d'atenció social sanitària per a treballadors socials de l'atenció primària de salut comunitària (APSiC); 2021. ICS. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/8705>.
- Consens d'escalles i eines per a la valoració multidimensional de les persones a Catalunya. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10001>.
- Gil Juanmiquel L, Gili Bigatà T, Morgenstern Isaak A, Navarro Vilarrubí S, Serna Berná JV. Atenció a la població infantojuvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2024. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11486>.
- Hudon C, Chouinard MC, Pluye P, El Sherif R, Bush PL, Rihoux B, et al. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A systematic review. *Ann Fam Med*. 2019;17 (5):448-458. [Article gratuït de PMC] [PubMed].
- La gestió de casos a l'atenció primària de Metropolitana Sud; 2022. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/9208>.
- Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria [Internet]. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-aten-cionprimaria-27-pdf-S0212656716302104>.
- Model català de conferència de cas: metodologia per a la presa de decisions compartida en situacions de complexitat. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2020. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7005>.
- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1): 23-34. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-en-fermeriaclinica-35-articulo-gestion-casos-cronici-dadcompleja-conceptos-S1130862113001563>.
- Plans de cures estandarditzats per a persones ateses en atenció Primària, ICS; 2021. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5956>.
- Ruiz-Rivera M, Torres M, Ramos F, Serra-Sutton V, Espallargues M. Caracterització dels models organitzatius per a l'atenció domiciliària i a la cronicitat complexa en l'atenció primària a Catalunya. Document d'annexos. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/10513>.

- Simon et al. Pediatric Hospital Medicine and Children with Medical Complexity: Past, Present, and Future. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2012;42:113-119.
- Trabajo social con adultos con necesidades complejas. Guia NICE [NG216] Publicada: 26 de maig de 2022. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng216/resources/social-work-with-adults-experiencing-complex-needs-pdf-66143778560197>.
- Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut; 2010. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4949>.