

# Model català de conferència de cas Metodologia per a la presa de decisions compartida en situacions de complexitat



# ppac | pdss

programa de prevenció  
i atenció a la cronicitat  
pla director  
socio-sanitari

## Model català de **conferència** de **cas**

---

Metodologia per  
a la presa de decisions  
compartida en situacions  
de complexitat

Barcelona, 2020



Generalitat  
de Catalunya

/Salut

## **Alguns drets reservats**

© 2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 internacional.

La llicència es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

## **Figures i resum visual**

Jordi Amblàs Novellas

## **Disseny gràfic**

Víctor Oliva

## **Edició**

Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut

## **1a edició**

Barcelona, juliol de 2020

## **Assessorament lingüístic**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

## **Revisió corporativa**

Oficina de Comunicació

## **Núm. de registre**

81.463

## **Coordinació i edició del document** (per ordre alfabètic)

- Jordi Amblàs Novellas. Metge. Departament de Salut.
- Joan Carles Contel Segura. Infermer. Departament de Salut.
- Carme Guinovart Guinovart. Treballadora Social. Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic.
- Joan Espauella Panicot. Metge. Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic.

## **Han participat en el grup de treball de consens** (per ordre alfabètic)

- Albi Visus, Nuria. Metgessa. UGAP Sabadell Nord.
- Balboa Mus, Carme. Serveis Socials Porta-Vilapicina BCN
- Bigas Aguilera, Olga. Metgessa. CAP Ca N'oriac
- Burdoy Joaquin, Emili. Metge. DAP Consorci Maresme
- Cid Colom, Jordi. Psicòleg. Model col·laboratiu Pla Estany
- Cristofol Alluè, Ramon. Metge. Consorci Sanitari Maresme
- Doménech Prat, Montse. Treballador Social. Serveis Socials Consell Comarcal. Alt Penedès
- Espauella Panicot, Joan. Metge Hospital Universitari Santa Creu Vic
- Fernández González, Dèbora. Treballadora Social .EAP Montblanc.
- Girona Real, Raquel. Metge Família. EAP Montblanc
- Guinovart Guinovart, Carme. Treballadora Social Hospital Universitari Santa Creu de Vic
- Losada Barrero, Jose. Infermer. Institut Català de la Salut. Barcelona.
- Malagon Vico, Mari Carmen. Treballadora Social. Cap Nord
- Morcillo Mercader, Romi. Infermera At. Primària ICS Vic-Nord
- Moreta Rovira, Anna. Metgessa At. Primària ICS Vic- Nord
- Palau Morales, Lidia. Metgessa. CAP Concòrdia. Sabadell
- Parés Baulenas, Gemma. Treballadora social Serveis Socials Bàsics Ajuntament Vic
- Pere Cantó, Judit. Treballadora Social. Serveis Socials Consell comarcal Conca Barberà.
- Piñeiro Méndez, Pilar. Infermera Adjunta a la Direcció de l'ABS Penedès Rural ICS.

- Regaña Velázquez, Dani. Infermer. Hospital Sagrat Cor de Barcelona.
- Rovira Soler, Eva. Treballadora Social SS Bàsics Centelles. Projecte PGAC
- Rufian Franco, Cristina . Treballadora social . Mancomunitat La Plana
- Salvans Moyano, Lucia. Infermera. CAP Cotxeres Barcelona
- Serreta Cortina, Lluís. Treballador Social. EAP Vic Nord. ICS
- Serrarols Soldevila, Marta. Metgessa At. Primària EBA Vic- Sud
- Valdevira Castillo, Ivana. Infermera CAP Ca N'Oriac
- Viñas Segales, Nuria. Treball Social Consell Comarcal Osona

## **Revisió del document** (per ordre alfabètic)

- Paloma Amil Bujan
- Íngrid Bullich Marín
- Esther Gil Sánchez
- Gemma Giráldez Navas
- Eva M<sup>a</sup> Melendo
- Victòria Mir Labalsa
- Sebastià J. Santa Eugènia González

# Índex

<b>Resum executiu</b>	8
<b>Resum visual</b>	9
<b>Prefaci</b>	10
<b>1. Què és una conferència de cas (CdC)?</b>	12
<b>2. Elements clau per garantir l'efectivitat de la CdC</b>	14
2.1 Formació dels professionals	14
2.2 Elements instrumentals	15
2.3 Metodologia	15
<b>3. Per a quines persones o situacions pot ser útil la CdC?</b>	16
<b>4. Qui ha de proposar la CdC?</b>	17
<b>5. Quins professionals han de participar en la CdC?</b>	18
5.1 Professionals que haurien de participar-hi habitualment	18
5.2 Professionals que poden participar-hi segons situació i/o disponibilitat	18
<b>6. El rol de facilitador de la CdC</b>	19
<b>7. Com s'ha de fer una CdC? Metodologia</b>	21
7.1.- Preparació	21
7.1.1. Revisió de la informació	
7.1.2. Opinió- valoració de la persona. Competència cognitiva	
7.2 Presentació de la reunió	24
7.3 Descripció de la situació (Diagnòstic situacional)	25
7.3.1 Valoració multidimensional	
7.3.2 Valoració de les necessitats, problemes i potencialitats	
7.3.3 Ús de recursos el darrer any	

7.4 Consens d'objectius	28
7.4.1 Consens amb l'equip	
7.4.2 Validació amb la persona	
7.5 Pla d'atenció	30
7.6 Registre al pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) i seguiment del cas	32
<b>8. Referències bibliogràfiques</b>	34
<b>9. Annexos</b>	37
Annex 1. Exemple de full de registre de la CdC	38
Annex 2. Exemple de full de registre del pla d'atenció	41
Annex 3. Proposta per a la transferència de la informació del pla d'atenció al PIIC 2.0.	43

# Resum executiu

## Què vol promoure la conferència de cas?

- Vol ser una **eina facilitadora** en el procés de **presa de decisions compartida** entre les persones i els diferents professionals que intervenen de forma significativa en la seva atenció.
- Vol ajudar a fomentar les **pràctiques col·laboratives i integrades** entre múltiples professionals (metges, infermeres, treballadors socials, fisioterapeutes, ...) de tots els àmbits d'atenció a les persones (tan a nivell comunitari com hospitalari, tan des de la perspectiva social com sanitària).

## Per què és important?

- Perquè aporta una **metodologia específica**, ordenada i pragmàtica.
- Perquè s'ha **elaborat de forma col·laborativa**, amb la participació de múltiples professionals de diferents àmbits d'atenció, i partint d'experiències concretes d'utilització d'aquesta metodologia en la pràctica real.

## Com vehiculitzar les conferències de cas a nivell local?

- Si bé aquesta és una pràctica d'excel·lència, en algunes situacions i contextos pot ser complicat de portar a terme. En aquest sentit, aquesta es proposa com una **metodologia flexible, eficient i adaptable** a les realitats de cada entorn, de la que es poden adaptar en la mesura de les possibilitats de cada entorn aquells elements més factibles i útils per al dia a dia dels professionals.
- Si bé teòricament hi ha un gran nombre de persones que es podrien beneficiar d'aquest enfocament, i donat que aquesta pràctica requereix del temps de múltiples professionals, probablement caldrà prioritzar-ne la utilització a aquelles **persones que més se'n poden beneficiar** (habitualment, aquelles amb major situació de complexitat i/o concurrència de necessitats sanitàries i socials).
- Per aquest motiu, podria ser d'utilitat vehiculitzar el desenvolupament dinàmiques de conferència de cas en context de les **rutes assistencials de complexitat**.

## Quin és l'impacte esperable?

- La utilització de la metodologia de conferència de cas ha de facilitar la presa de decisions compartida, de manera efectiva i eficient, entre persones i professionals-fet que s'ha de traduir en el **consens de plans d'atenció únics** per a cada persona-.
- D'aquest procés se n'hauria de derivar, doncs, una **millora** de la qualitat dels plans d'intervenció individuals compartits (**PIIC**), així com dels **indicadors relacionats amb l'atenció centrada en la persona**.



# Resum visual



# Prefaci

El document que teniu a les mans parteix d'una **necessitat**: la que tenim els professionals, equips i organitzacions –però també les persones i les seves famílies o entorns cuidadors– de **disposar d'instruments** que facilitin les **dinàmiques col·laboratives** en la presa de decisions –especialment davant de situacions de complexitat. En aquest sentit, la **conferència de cas** (CdC) emergeix com a eina de primera magnitud amb una evidència sòlida –tant a la bibliografia com a les múltiples experiències que s'han desenvolupat a casa nostra.

Efectivament, aquests darrers anys, ja sigui a proposta dels professionals, equips i organitzacions de diferents àmbits, o en relació a projectes d'innovació (com és el cas del projecte SUSTAIN), a **Catalunya** han sorgit múltiples iniciatives de **discussió de casos** estructurada, interdisciplinària i interinstitucional, com és el cas de les propostes de l'Alt Penedès, Barcelona, la Conca de Barberà, el Maresme, Osona, el Pla de l'Estany o Sabadell, entre d'altres. El Departament de Salut ha volgut reunir totes aquestes **pràctiques d'excel·lència** per tal d'impulsar l'elaboració d'aquest **model català de conferència de cas**, fruit d'un treball de consens amb tots aquests professionals.

El document s'adreça a tots els professionals, equips i organitzacions que vulguin incorporar aquesta metodologia com a eina ad hoc en el procés de presa de decisions complexes. Amb l'objectiu de facilitar-ne la implementació –entenenent que serà necessari un procés d'aprenentatge, i que aquesta dinàmica requerirà temps– s'està desenvolupant **material didàctic** i un **pla de difusió**.

Donat que en el nostre entorn, la CdC no deixa de ser una pràctica disruptiva, és probable que trobem algunes **barreres** que caldrà superar, com la compartimentació de la informació, la duplicació en les avaluacions de les persones ateses –que sovint generen múltiples plans d'intervenció–, dinàmiques de treball disharmòniques entre proveïdors, poca cultura de treball interdisciplinari... Per altra banda, si bé teòricament hi ha un gran nombre de persones que es podrien beneficiar d'aquest enfocament, atès que aquesta pràctica requereix del temps valuós de múltiples professionals, resulta imprescindible **identificar** molt bé quines són les **persones** que més se'n poden beneficiar.

Si bé la proposta de model català de CdC s'ha desenvolupat des del punt de vista metodològic com una **pràctica d'excel·lència**, en algunes situacions i contextos pot ser complicat de portar a terme. En aquest sentit, els autors advoquem per un model català de CdC **flexible, eficient i adaptable** a les realitats de cada entorn, invitant-vos a incorporar, en la mesura de les vostres possibilitats (i si cal, progressivament) els elements de la CdC que considereu més factibles i útils per al vostre dia a dia.

I, per acabar, una darrera **reflexió**: si l'atenció centrada en la persona requereix de la capacitat de personalitzar, adaptar i consensuar els objectius i el pla d'atenció, per què no ens donem l'oportunitat de personalitzar, adaptar i consensuar una metodologia de CdC en la nostra pràctica habitual? Al cap i a la fi, podria ser que més enllà d'un instrument facilitador, la CdC representés també una actitud, una manera d'entendre la presa de decisions des d'una visió interdisciplinària i centrada en la persona.

# 1. Què és una conferència de cas?

La conferència de cas és una **reunió formal, estructurada i planificada** en què tots els proveïdors de serveis implicats en l'atenció a una persona o que, a partir d'una valoració inicial de les seves necessitats, s'identifiquen com a potencials proveïdors de nous serveis, treballen conjuntament amb l'objectiu de definir un **pla individualitzat d'atenció integrada**, que és únic per a aquesta persona, i compartit entre ella i tots els proveïdors de serveis. El pla busca corresponsabilitzar els professionals pel que fa a la cura i l'atenció continuada de la persona i garantir-ne el compliment.

La CdC permet formar un **equip interdisciplinari i transversal** ad-hoc que, a partir del diagnòstic de situació de la persona, posa en comú el seu coneixement i esforç per a la definició d'aquest **pla d'atenció**.

Ja sigui de forma presencial o delegada, cal garantir la **participació de la persona** afectada en la CdC. Si es fa de forma delegada, cal haver parlat prèviament amb ella i/o les seves persones properes –les que considera que li donen suport i vetllen per ella: familiars, veïns, amistosats– sobre la intenció de la CdC i sobre els seus objectius, valors i preferències en relació a la seva salut i benestar. La validació posterior per part de la persona i/o persones properes del pla d'atenció que en derivi és un element clau per a la seva efectivitat.

La conferència de cas ja té uns quants anys d'**història**; tal com s'entén en aquest document, ha estat una evolució de les Family Group Conferences (FGC), un mètode innovador introduït a Nova Zelanda a finals dels anys 80 en l'àmbit de l'atenció a menors i joves amb problemes legals;<sup>1</sup> les FGC es plantejaven com un espai de trobada per fer un pla de treball compartit que incloïa totes les parts implicades: el o la menor, la família i els serveis que podien donar resposta a les necessitats identificades. Alguns dels valors en què se sustentaven les FGC eren l'empoderament, l'autonomia, la responsabilitat i l'equilibri de poder entre la família i els professionals en la presa de decisions en l'atenció del o la menor.<sup>2</sup>

Posteriorment, aquesta eina de treball s'ha adaptat –especialment en el món anglosaxó– per treballar l'abordatge de situacions complexes en col·lectius vulnerables com, per exemple, el de l'àmbit de la salut mental,<sup>3</sup> persones amb discapacitat, demència, multimorbiditat i/o que es troben al final de la seva vida.<sup>4,5</sup>

Algunes **definicions** poden ajudar a entendre que és la CdC:

*“La CdC és una reunió en què totes les parts involucrades en un cas mèdic, legal o de treball social es troben juntes per discutir-lo”*.<sup>1</sup>

*“La CdC difereix de la coordinació habitual. La CdC és un esdeveniment més formal, planificat i estructurat, separat dels contactes regulars. L’objectiu és proveir serveis holístics, coordinats i integrats entre els proveïdors i reduir duplicitats. Les CdC són habitualment multidisciplinàries i inclouen un o múltiples proveïdors interns o externs si és possible i apropiat per al o la pacient i els membres de la família o suport proper. Les CdC poden servir per identificar o clarificar aspectes en relació al o la pacient o estatus col·laterals, necessitats i objectius, revisar activitats que poden incloure progressos i barreres cap als objectius, concretar rols i responsabilitats, resoldre conflictes o adoptar estratègies cap a solucions i per ajustar els plans d’atenció/serveis. Les CdC poden ser presencials, telefòniques o per videoconferència, dutes a terme en intervals regulars o davant de canvis significatius. Les CdC estant documentades en els registres clínics dels pacients”*.<sup>2</sup>

L’**objectiu** de la CdC és millorar els resultats de l’atenció, centrant-se en les **necessitats** i els **resultats** importants per a les persones. En aquest sentit cal considerar el següent:

*“L’interès per la informació sobre els resultats que la persona identifica com a importants per a ella és un prerrequisit per a l’atenció centrada en la persona (ACP) que ha estat especialment reconegut com a imperatiu ètic en l’atenció moderna de la salut.”*<sup>6</sup>

A nivell conceptual, doncs, dos conceptes essencials o *concepte paraigua* emmarquen la CdC: 1) des d’una perspectiva d’atenció individualitzada (nivell micro), es basa en els principis del model d’**atenció centrada en la persona**<sup>6</sup> i 2) des d’un punt de vista poblacional/organitzatiu (nivell meso), es percep com una situació paradigmàtica d’**atenció integrada**.<sup>7-10</sup> En aquest sentit, si bé la CdC es pot considerar una intervenció a nivell micro, necessita elements de nivell meso per portar-se a terme, ja que requereix de canvis en l’organització del treball quotidià.

Cal considerar que la CdC no és un activitat de coordinació d’actuacions professionals, encara que les inclogui, sinó que va **més enllà de les estratègies de coordinació**, ja que és una activitat d’**atenció integrada i compartida** que demana el compromís global de totes les persones implicades en l’atenció i els resultats que es volen assolir.

Finalment, si bé la CdC té com a principal funció la de facilitar la resolució dels problemes de persones amb necessitats complexes d’atenció, facilitant-los una atenció cada cop més centrada en elles, alhora pot esdevenir extraordinàriament útil com a **eina formativa** (formació en servei) i d’enriquiment entre els professionals.

## 2. Elements clau per garantir l'efectivitat de la CdC

D'acord amb la revisió bibliogràfica, però també a partir de les experiències d'iniciatives locals d'atenció integrada recollides en el marc del projecte de recerca europeu SUSTAIN<sup>11,12</sup> es constata que cal cuidar **tres aspectes clau** per assegurar l'efectivitat de la CdC: la formació dels professionals, els elements instrumentals facilitadors i la metodologia.

### 2.1 Formació dels professionals

Els professionals implicats en l'atenció a la persona i participants en la CdC haurien de tenir un **coneixement bàsic** dels conceptes essencials (ACP i atenció integrada), així com de les seves implicacions, tant des d'un punt de vista conceptual com en la pràctica de treball.

Per altra banda, és important que hi hagi certa experiència en el **diagnòstic situacional**<sup>13</sup> o **avaluació de necessitats**, en les **accions o intervencions** del pla d'atenció, així com **habilitat o competència** en comunicació dialògica, detecció de **valors i preferències**, **planificació avançada** de decisions, acompanyament en la **presa de decisions** i valoració de les **implicacions ètiques**, **harmonització terapèutica**, així com de **treball en equip**.

També resulta clau un coneixement actualitzat dels diferents serveis i prestacions existents en el territori als quals pot accedir la persona (i en quines circumstàncies, o en compliment de quins requisits). En aquest sentit, pot ser d'utilitat un exercici previ conjunt de **situar en el mapa els recursos** de salut, socials i comunitaris, disponibles per a tots els membres de l'equip. Aquesta eina pot facilitar la proposta dels recursos específics més alineats amb les necessitats i preferències, però també la coherència entre els missatges que els diferents professionals de l'equip transmeten a la persona afectada o persones properes.

Tot i que és factible desenvolupar **estratègies formatives específiques**, resulta especialment recomanable la **formació en servei**, és a dir, que l'entrenament inicial es faci en reunions presencials (dinàmiques, registres, diàleg facilitador...). En aquest sentit, el mateix treball en equip i la metodologia utilitzada en la CdC són elements afavoridors de l'aprenentatge en la detecció de necessitats, l'elaboració de plans d'atenció integrats i les habilitats de deliberació.

## 2.2 Elements instrumentals

Hem identificat quatre elements necessaris per garantir l'efectivitat de les reunions (i que tractarem en aquest document):

- La **selecció adequada** de les **persones** i/o situacions a comentar.
- Una bona **organització prèvia**.
- Assegurar una bona **conducció**.
- **Documentar** bé totes les aportacions i acords

## 2.3 Metodologia

Aquest tercer element clau es descriu a l'apartat 7. Com s'ha de fer una CdC?

# 3. Per a quines persones o situacions pot ser útil la CdC?

Les persones i/o situacions per a les quals la CdC pot ser especialment útil són les que, per la seva **vulnerabilitat, fragilitat o complexitat**, necessiten de manera imprescindible la **intervenció de diversos equips** d'atenció que actuïn de forma simultània o amb requeriments de continuïtat /flexibilitat entre els serveis, en funció de les necessitats de cada moment de l'evolució. A la bibliografia, els grups poblacionals amb més experiència sobre la utilitat de la CdC fan referència a persones amb demència i atenció pal·liativa <sup>4,14,15</sup> —i és en aquestes darreres situacions on hi ha més evidència del resultat de la seva aplicació. <sup>16,17</sup>

Així doncs, es podria considerar fer una CdC en les situacions següents:

- **Criteris de complexitat, situació de final de vida i/o fragilitat moderada/avançada.** Per exemple, per a persones identificades com a pacient crònic complex (PCC) o amb malaltia crònica avançada (MACA), o persones especialment fràgils (per exemple, amb un Índex Fràgil-VIG  $\geq 0.4$ ).
- Necessitat de **presa de decisions especialment complexes.**
- Necessitat d'**intervenció de diversos serveis** sanitaris i/o socials alhora.
- El procés de presa de decisions i la tria d'opcions d'atenció plantegen alternatives com ara un **pla col·laboratiu que aporti benefici addicional** significatiu per a la persona.



## 4. Qui ha de proposar la CdC?

La proposta de fer una CdC pot sorgir de **qualsevol dels equips** que atenen habitualment la persona usuària –més freqüentment l'atenció primària de salut, els serveis socials, o l'atenció especialitzada en geriatria, cures pal·liatives o altres equips de l'àmbit hospitalari. En el cas de contextos assistencials integrats i/o models de gestió de casos, serà el professional de gestió de casos qui de forma habitual proposarà la CdC.

L'equip que fa la proposta es responsabilitza de dur a terme les **tasques organitzatives prèvies** següents:

- Detecció i acord inicial. Contactar amb els altres proveïdors d'atenció i **consensuar la conveniència o l'adequació** del cas o la situació a comentar.
- **Informació i consentiment de la persona** i/o interlocutor de referència. Informar-la que es proposa revisar la seva situació en una CdC.
- Configuració de l'equip. Decidir **quins professionals** (persones o perfils) han de participar en la CdC.
- **Agenda. Coordinar** la data, el lloc i l'hora de la CdC, presencial o virtual.
- **Logística.** Reservar l'espai de treball, que hauria de contenir tots els elements materials facilitadors de la CdC (ordinador, projector, pantalla...)

# 5. Quins professionals han de participar en la CdC?

Idealment, hi haurien de participar **tots els professionals** d'atenció sanitària i social (proveïdors de serveis) que participen habitualment en l'atenció a la persona, els que actuen simultàniament en un cas o ho hagin de fer en el futur, donades les característiques clíniques i/o socials de la persona.

## 5.1 Professionals que haurien de participar-hi habitualment

En la majoria de casos l'equip transversal ha d'estar format pels professionals d'**atenció primària** de salut (metge o metgessa de família, infermer o infermera referent, treballador o treballadora social sanitari), dels **serveis socials bàsics** (treballador o treballadora social bàsic, treballador o treballadora familiar...) i d'**atenció especialitzada** en **geriatria, cures pal·liatives o altres equips** de l'àmbit hospitalari.

En contextos assistencials més integrats i/o models de gestió de cas pot resultar especialment útil la presència del o la **professional de gestió de cas**.

## 5.2 Professionals que poden participar-hi segons la situació i/o la disponibilitat

Segons el cas i la vinculació que la persona tingui amb **especialistes hospitalaris**, es pot demanar la seva participació directa o de forma delegada, recollint prèviament la seva valoració de la situació i fent el retorn del pla un cop validat amb la persona.

En altres casos, pot ser rellevant la participació d'**altres professionals**, tant dels àmbits assistencials de salut com dels serveis socials. Per exemple, professionals de rehabilitació domiciliària, dels serveis socials d'atenció domiciliària (SSAD), del banc d'ajudes tècniques (BAT), del tercer sector...

# 6. El rol de facilitador de la CdC

La bibliografia avala la importància del **rol** d'un **facilitador o facilitadora** de la CdC. Tot i que la mateixa metodologia de la CdC afavoreix una dinàmica ordenada, és important la presència d'una persona que s'ocupi específicament de les **tasques** següents:

- **Facilitar la discussió** i canalitzar la comunicació efectiva entre els assistents.
- Garantir que en el transcurs de la CdC s'han tingut en consideració totes **dimensions i aspectes rellevants** necessaris per a la construcció del pla d'atenció i la presa de decisions.
- **Introduir preguntes** per a la reflexió i l'anàlisi.
- **Centrar l'atenció** en el motiu pel qual s'ha plantejat la CdC.
- Vetllar per una **adequada distribució del temps**, amb l'objectiu de permetre arribar a acords concrets. Les primeres vegades que els equips fan una CdC, és probable que es requereixi d'una mica més de temps, ja que cal un procés d'aprenentatge en la metodologia de CdC.
- Fer un **resum escrit** in situ de les informacions, valoracions i acords que van sorgint al llarg de la reunió.
- En el **cas de presència de la persona** i/o persones cuidadores a la CdC, el facilitador o facilitadora també s'ha d'encarregar del seu benestar emocional; en aquest sentit, convé que tingui formació en comunicació verbal i no verbal, i vetlli perquè la persona i les persones properes puguin expressar-se en un entorn receptiu. Tanmateix, cal procurar que durant la CdC les informacions i explicacions es donin amb sensibilitat i respecte per a tothom.

Aquest rol el podria exercir algun dels professionals assistents, tot i que cal tenir en compte que qui l'exerceixi ha d'estar centrat en les tasques pròpies de la conducció i dinàmica de la reunió i no tant en la discussió mateixa del cas. Pot ser d'ajuda que aquest rol l'assumeixi el o la professional que hagi revisat prèviament la informació disponible del cas en els sistemes d'informació –per exemple, el o la professional que es cuida de la gestió de cas. El rol del facilitador o facilitadora també el pot dur a terme un o una professional no implicat directament en el cas i que tingui les competències necessàries.

La bibliografia diferencia a vegades entre el facilitador o facilitadora (o dinamitzador o dinamitzadora) i el **registrator o registratora**, que és la persona res-

ponsable de registrar el que es discuteix, amb l'objectiu que un cop finalitzada la reunió, el pla d'atenció estigui completat i escrit. En l'experiència de l'estudi SUSTAIN a Osona aquestes tasques s'han repartit entre el facilitador de la reunió que pren nota in situ més una revisió-correcció posterior del text per part de l'equip que ha proposat el cas, que una vegada validat amb la persona, es fa arribar a tots els equips implicats.

# 7. Com s'ha de fer una CdC? Metodologia



## 7.1 Preparació

La preparació requereix:



- Revisar la **informació disponible** sobre la persona.
- Conèixer les **opinions**, els **valors** i les **preferències** de la persona, així com el seu nivell de **competència** en la presa de decisions.

### 7.1.1 Revisió de la informació



Abans de fer la CdC, cal que tots els professionals participants **revisin la informació** que tenen sobre la situació seguint les indicacions de l'apartat 7.3. Descripció de la situació (Ús de recursos el darrer any) i de l'apartat 7.1 Preparació (Opinió-valoració de la persona. Competència cognitiva)\*. Si la persona assisteix a la CdC es pot incorporar la informació en el seu transcurs.

\* En l'experiència d'Osona, la informació s'ha recollit sempre en el contacte-entrevista previ amb la persona ja que encara no s'ha donat el cas que aquesta o un representant seu participin directament a la CdC. Quan la proposta de CdC provenia de l'equip d'atenció primària, la tasca prèvia d'actualització generava amb molta probabilitat una visita específica de la persona al CAP o al domicili. Generalment, quan la proposta de CdC provenia de l'equip de geriatría, habitualment en una planificació d'alta després d'un ingrés o d'un seguiment especialitzat a consultes externes, es disposava d'informació recent.

En qualsevol cas, resulta especialment útil que **tots els professionals** implicats en la CdC participin en la revisió/actualització, atesa la complementarietat de la informació continguda en els diferents sistemes. Quan hi ha professionals que poden tenir informació rellevant per al cas, però que no poden participar en la CdC, cal fer arribar aquest coneixement a un o una professional de referència –per exemple, de gestió de cas. És important recordar que els professionals del servei d'atenció domiciliària sovint disposen d'informació rellevant sobre la quotidianitat de les persones ateses i que tant en casos amb implicació familiar com especialment en d'altres sense família o sense implicació familiar, aquesta informació pot esdevenir molt rellevant per a l'adequació dels plans d'atenció.

L'equip que fa la proposta de CdC és el responsable de **registrar la informació disponible** mitjançant, abans de la reunió, un registre escrit en format electrònic al full de CdC (annex 1) –idealment s'hauria de poder compartir en línia. Aquest registre ha de constituir la base de la presentació descriptiva de la situació a la reunió, i s'hi ha d'afegir les observacions o informacions que la resta de professionals coneguin a partir de la seva intervenció/revisió recent del cas i la seva expertesa. En el context del Programa de gestió de l'atenció complexa (PGAC) –projecte d'atenció integrada social i sanitària a la comarca d'Osona– s'ha consensuat un **full d'avaluació únic social i sanitari** (corresponent a l'apartat *Avaluació multidimensional* del full de CdC) que facilita significativament la recollida d'informació rellevant i ajuda a disminuir la durada de la CdC.

Les experiències prèvies han confirmat que el **rigor** amb què es faci la preparació del cas és un element clau per a l'optimització de l'esforç professional i la dedicació que requereix la CdC. La preparació prèvia seguint l'esquema proposat proporciona a tots els professionals un esquema d'anàlisi i llenguatge comú, estructura la presentació de la informació de forma exhaustiva (amb les dades clau comunes) i permet iniciar la part més valorativa dels problemes i les necessitats que genera cada cas concret i entendre la seva interrelació.

### 7.1.2 Opinió valoració de la persona.

#### Competència cognitiva



Per a l'elaboració del pla d'atenció resulta imprescindible que l'equip conegui de primera mà l'**opinió** de la persona sobre la seva salut i el seu benestar (sanitari i social), els seus **objectius** en referència a aquesta, els **resultats que poden ser importants** per a ella, així com els **valors** i les **preferències** que la guien.

- La situació ideal és que la **persona o persones properes siguin presents** a la CdC, i que havent escoltat la descripció i la valoració de les necessitats que els professionals comenten, tinguin un torn de paraula per expressar la seva opinió, els seus objectius i les seves preferències. Aquest plantejament, tot i que és probablement el més desitjable, en el context assistencial actual pot resultar difícil de portar a terme atès que requereix un espai no

intimidatori i competències comunicatives específiques que facin efectiu el model dialògic.

- Una bona alternativa és que un o una dels professionals de referència **explori amb antelació** a la CdC tot els aspectes comentats anteriorment amb la persona usuària i persones properes i els faci de portaveu. Evidentment, després de la CdC caldrà consensuar amb tots ells el pla d'atenció proposat.

En el procés de conversa/diàleg amb la persona, i tenint en compte que s'ha assegurat que tant ella com les persones properes tenen la informació prèvia necessària, algunes preguntes poden ser d'ajuda per explorar aquesta àrea:

- Com se sent respecte a la seva situació de salut o benestar?
- Què el preocupa (si el preocupa) de la seva situació de salut o benestar?
- Quins són els aspectes importants per a vostè que fan que la seva vida tingui sentit? Què és el que més valora?
- Quin suport rep i com se sent atès (família, recursos formals...)?
- De cara al futur, què considera que caldria fer si les seves necessitats d'atenció augmenten?
- Fins a quin punt creu que caldria tractar les recaigudes o complicacions que poden sorgir a conseqüència de la seva situació? A quin nivell d'atenció creu que caldria arribar? A quina intensitat de tractament?
- Quina persona del seu entorn considera el seu referent (la persona en qui vostè confia i comparteix o comenta les decisions pel que fa a com se l'atén) i vol que el representi si en un moment determinat vostè no es pot expressar?
- Ha elaborat un document de voluntats anticipades? Què preveuen?

Es recomana parlar amb la persona del que el **preocupa** en relació a la seva situació —més que no pas d'objectius— per fer aflorar les seves preferències sobre com vol ser atesa. Es pot considerar també la possibilitat de fer hipòtesis (anticipar) sobre situacions que es podrien donar en el futur i les decisions que podrien comportar.<sup>18</sup> Cal tenir present que l'opinió de la persona sobre la seva salut i els resultats que són importants per a ella hauria de permetre als professionals de la CdC consensuar les **implicacions concretes sobre el pla d'atenció**: nivell assistencial i limitacions terapèutiques, tractament d'infeccions, pèrdua de la via oral, etc...

### Competència cognitiva

El plantejament anterior parteix de la consideració que la persona té la competència cognitiva necessària per participar en la presa de decisions sobre els objectius que vol assolir i quina atenció vol rebre per fer-los possibles. L'alta prevalença de persones amb deteriorament cognitiu, però, condiciona la necessitat d'avaluació prèvia d'aquesta competència, amb l'objectiu d'ajustar la participació de la persona al nivell que pugui assumir o pensar en la participació delegada mitjançant persones properes, com poden ser el cuidadors.

La competència cognitiva de la persona en la presa de decisions pot tenir di-

ferents **nivells d'afectació** i, per tant, cal avaluar-la en funció de la informació disponible sobre el seu estat cognitiu i psicològic i sobre l'efecte d'aquest en la seva vida quotidiana; l'objectiu és ajustar la seva participació en les decisions, graduant-la **en funció** de la complexitat/gravetat de **la decisió a prendre**. Cal tenir en compte que en molts casos la situació cognitiva de la persona pot impedir total o parcialment l'abordatge de la valoració. En situacions d'afectació cognitiva inicial o moderada, cal abordar els mateixos temes en la mesura que la persona els pugui comprendre i participar-hi. En els casos avançats cal recollir les manifestacions de la seva voluntat fetes anteriorment a la família o a l'equip d'atenció sanitària i social.

Un petit esquema de comprovació de l'entesa (competència) pot ser el següent:<sup>19</sup>

**1. La persona ha de comprendre de manera acceptable:**

- La informació que rep del o la professional que l'atén.
- La seva situació vital real.
- Els valors en joc (relacions personals, costos i oportunitats, sacrificis o renúncies, compromisos...).
- Les conseqüències de les possibles accions a emprendre, tant les beneficioses com les perjudicials.
- Que se li demana que al final haurà de prendre una decisió.

**2. La persona ha de ser capaç de processar la informació i prendre la decisió.**

**3. La persona ha de ser capaç d'expressar i justificar adequadament la decisió presa.**

## 7.2 Presentació de la reunió



El **facilitador** o **facilitadora** inicia la sessió amb un breu **recordatori** de l'objectiu de la reunió, que és fer una avaluació multidimensional de les necessitats de la persona, de manera compartida entre tots els professionals rellevants per al cas, tenint en compte els objectius i les preferències de la persona i les seves persones properes, amb la finalitat última d'establir un pla individualitzat d'atenció integrada que consideri la combinació de recursos i serveis que millor respongui a les necessitats de la persona.

A continuació, el facilitador o facilitadora **presenta i registra** al full de la CdC (annex 1) els professionals participants i la seva afiliació institucional, així com la data i lloc de la reunió.



El o la professional, o l'equip que ha proposat el cas, n'exposa el **motiu principal** (per exemple: unificar criteris, comentar discrepàncies en l'enfocament assistencial entre els professionals, percepció de la possibilitats de millora dels resultats...).



## 7.3 Descripció de la situació (Diagnòstic situacional)

Per fer el diagnòstic cal el següent:

- Descriure/compartir la **valoració multidimensional** de la persona.
- Descriure/identificar les **necessitats, els problemes i les possibilitats** de la persona i l'entorn.
- Descriure/compartir l'ús de recursos de la persona el darrer any.

### 7.3.1 Valoració multidimensional



Es recomana iniciar la reunió amb una **descripció en profunditat** de la situació de la persona des d'una perspectiva **multidimensional**; la comença l'equip que ha proposat la CdC –pot ser útil el registre escrit projectat a la pantalla– i s'hi afegeixen les informacions descriptives que la resta de professionals poden aportar i que són complementàries o desconegudes per l'equip que exposa la situació.

Aquesta descripció inicial ha de ser el més objectiva possible i no s'han de fer valoracions de les necessitats o els problemes que, a judici de cadascú, poden causar els fets que es descriuen. Aquest aspecte pot ser complicat per als professionals que s'inicien en la CdC atès que les possibles idees preconcebudes de quin és el problema i de quina podria ser la solució s'han de discutir i validar entre tots. La valoració de necessitats i problemes que genera la situació descrita cal fer-la a posteriori (en un altre apartat es descriu com fer-la).

L'objectiu d'aquesta etapa és, doncs, obtenir un **diagnòstic situacional**<sup>13</sup> referent al resultat del **procés de valoració multidimensional i de necessitats** (percebudes, expressades, normatives o comparades) que permet als professionals determinar el **grau de fragilitat** de la persona atesa (com de vulnerable és? per quin punt passa de la seva trajectòria vital?) així com quins són els **dèficits o les dimensions** afectades i les **necessitats** a què cal donar resposta. En aquest procés diagnòstic és tan important tenir en compte la situació en un moment del temps (la *fotografia* de la situació, la seva gravetat) com la seva evolució dinàmica (la *pel·lícula* o criteris de progressió) (figura 1):

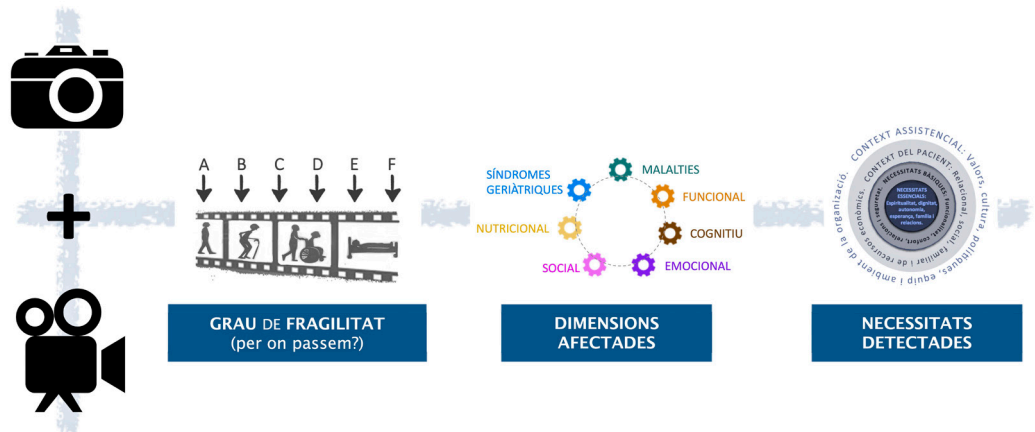


Figura 1: Elements clau del diagnòstic situacional

Aquest procés requereix, doncs, una **aproximació multidimensional**, essent la **valoració geriàtrica integral (VGI)**<sup>20</sup> l'eina més adequada per fer-lo en el cas de la gent gran. La valoració multidimensional cal que inclogui la descripció de les àrees clínica, funcional, mental (emocional i cognitiva) i social. Actualment, a Catalunya s'està desenvolupant un joc d'eines (*toolkit*) per a la valoració geriàtrica integral.

Una alternativa a la VGI són els **sistemes ràpids d'avaluació multidimensional (rapid geriatric assessment)**, ja sigui mitjançant propostes basades en la selecció específica d'un joc d'instruments,<sup>22</sup> o bé d'eines multidimensionals quantitatives com els índex de fragilitat.<sup>23-25</sup> Actualment a Catalunya es treballa per consensuar un sistema de valoració multidimensional ràpida.

### 7.3.2 . Valoració de les necessitats, problemes i possibilitats



L'**avaluació de necessitats** va des de les necessitats contextuais (relacionals, de comunicació, culturals...), fins a les necessitats bàsiques (de funcionalitat, confort o seguretat), així com les necessitats essencials (espiritualitat, dignitat, autonomia, esperança...).<sup>21</sup> En aquest punt també cal incorporar els **problemes detectats** a partir de la valoració multidimensional\*, així com destacar les **potencialitats** a tenir en compte en la planificació de l'atenció.

\*Des d'una perspectiva multidimensional, són necessitats o problemes els següents:

- De l'**àrea clínica**: la polifarmàcia, la necessitat d'oxigen al domicili, un mal control de les malalties de base (glucèmia alta, tensió arterial elevada, etc.), dolor, dificultat per moure's a causa de l'obesitat, manca de compliment del tractament, etc.
- Pel que fa a l'**àrea funcional**, caldria fer la llista de les activitats instrumentals i/o bàsiques en què la persona requereix ajuda i la seva intensitat: supervisió, ajut d'una o més persones, suplència de l'activitat per part de la persona cuidadora, etc.

- En l'**àrea mental**, inclosos aspectes cognitius i emocionals, hi pot haver problemes o necessitats com ansietat, tristesa, labilitat, manca de competència per a la presa de decisions, alteracions de la conducta (irritabilitat, agressivitat verbal, prejudicis, idees obsessives), etc. Tanmateix, s'hi poden incloure necessitats afectives (soledat, dol, rancúnia, sentiment d'incomprensió, frustració...).
- De l'**àrea social**, cal comentar els problemes o les dificultats per assegurar l'adequada atenció de les necessitats de la persona: manca de persones o xarxa cuidadores o persones cuidadores amb problemes diversos per oferir atenció (segons la capacitat o formació, disposició, disponibilitat i les dinàmiques de l'entorn que ho dificultin), condicions econòmiques i d'habitatge que comportin dificultats en aquest sentit, balanç de suficiència i insuficiència entre l'ajut informal i el formal, etc. També en l'àrea social cal fer referència a l'efecte de l'atenció de les persones sobre les persones cuidadores i les necessitats i/o dificultats que aquesta tasca els genera.
- Des de la perspectiva de les **necessitats**, cal considerar, per exemple, els elements relacionats amb l'atenció i les cures de la persona, però també els aspectes relacionals, de dignitat o espirituals.

Cal definir, doncs, els **problemes** i/o les **necessitats** constatades i/o els **riscos** que en deriven o en poden derivar intentant ser el més concret i detallat possible (per exemple: dispnea de mínims esforços, dolor a la mobilització, deambulació nocturna, alteració del ritme de son (vigília, cuidador o cuidadora principal amb problemes de salut, dificultats econòmiques per sostenir una atenció continuada a casa...). Cal tenir en compte que no sempre l'existència de diagnòstics, síndromes o situacions socials deriven o comporten necessitats o problemes; per exemple, tenir una malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) pot comportar dispnea o no, viure sol és un fet que pot derivar en problemes d'aïllament, incapacitat per cobrir les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) o pot no comportar-ne si la persona viu sola però és autònoma i li agrada viure sola.

### 7.3.3 Ús de recursos el darrer any



Per *recurs* s'entén el conjunt de serveis i de prestacions econòmiques o en espècie que utilitza la persona per cobrir les seves necessitats. Cal revisar els recursos sanitaris, socials i comunitaris, públics o privats, durant el darrer any. Si s'han necessitat altres recursos d'especial rellevància per entendre el cas més enllà del darrer any, cal incloure'ls. D'altra banda, se suggereix distingir si actualment el recurs està activat (la persona se'n beneficia) o no. Els tipus de recursos que cal incloure són:

- **Sanitaris:** atenció a urgències (atenció primària i/o hospital), ingressos hospitalaris aguts i/o intermedis, especialitats implicades (amb seguiment actiu de la persona, visites programades, etc.), així com escenaris d'atenció

específics, com el Programa d'atenció domiciliària de salut (ATDOM).

- **Socials:** intervenció i seguiment per part de serveis socials bàsics, Llei de la dependència (LAPAD), programa individual d'atenció (PIA) –en cas de disposar de recursos, cal especificar-los: pla de cuidador no professional (PCNP), serveis socials d'ajut a domicili (SSAD, que pot incloure: treballador o treballadora familiar, servei de neteja, àpats a domicili, teleassistència, bugaderia...), centre de dia, prestació vinculada a serveis, plaça residencial pública, en llista pública... o altres recursos socials no vinculats a la LAPAD: SAD social –transitori, centre de dia– residència privada, cuidadors externs privats a domicili (parcial, 24 hores, etc.).
- **Comunitaris:** recursos que la persona utilitza com a part del manteniment i la promoció de la seva salut i benestar general: activitats de centres cívics o culturals (dansa, pintura, taller de memòria, gimnàs suau, ioga, poesia), programes de voluntariat, tercer sector, associacions, etc.



## 7.4 Consens d'objectius

Aquest pas inclou els dos aspectes següents:

- L'**acord sobre els objectius** a què arriben els **professionals** presents en la CdC.
- La **validació amb la persona i/o les persones properes** dels objectius i les implicacions corresponents en el pla d'atenció.

Si la persona i/o persones properes són presents en la CdC, la validació es pot fer in situ i simultàniament a la discussió amb l'equip. En l'experiència fins a l'actualitat, el més habitual ha estat que un o una professional de referència participant en la CdC faci, en els 15 dies següents, una visita a domicili per presentar la proposta d'objectius del pla d'atenció i validar-la amb la persona i/o persones properes; aquest pas és imprescindible per donar el pla per consensuat.

### 7.4.1 CONSENS amb l'equip



Amb tota la informació recollida i estructurada fins ara, cal una reflexió conjunta dels professionals presents en la CdC per consensuar l'estratègia general d'atenció.

En aquest sentit, pot ser d'utilitat agrupar els objectius en tres categories:

- Millora de la **supervivència:** tenen sentit estratègies per incrementar el temps de supervivència?
- Millora o manteniment de la **funcionalitat o estabilitat:** tenen sentit les estratègies orientades a l'estabilització o el manteniment de la situació actual, hi ha marge de millora funcional?

- Millora del **benestar** i la **qualitat de vida**: té sentit una aproximació paliativa, d'orientació simptomàtica i prioritització dels aspectes de qualitat de vida?

El diagnòstic situacional previ –juntament amb l'opinió de la persona– esdevé essencial per garantir la coherència entre els objectius proposats i la realitat individual, com es constata esquemàticament a la figura 2:

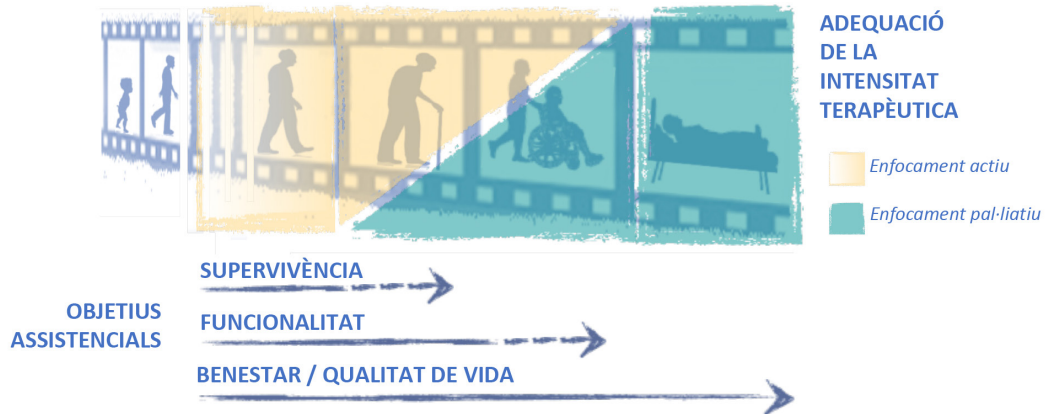


Figura 2: Objectius assistencials i adequació de la intensitat terapèutica: esquema conceptual.

Elements que poden ajudar a la reflexió i al relat compartit en l'anàlisi-discussió dels casos:

- **Perspectiva evolutiva fins a l'actualitat**: considerar l'evolució de la persona en els darrers mesos des d'una perspectiva multidimensional (estabilitat, davallada, millora), la gravetat i la progressió dels problemes, la identificació com a persona PCC-MACA, l'evolució probable i la resolució fins a l'actualitat de l'atenció a les seves necessitats.
- **Reversibilitat o irreversibilitat** dels problemes detectats.
- **Cost-benefici de les intervencions.**
- **Perspectives evolutives de futur** en previsió de possibles escenaris evolutius i les implicacions assistencials corresponents i **anticipació de necessitats futures**, considerant les descompensacions o crisis que poden esdevenir, les seves característiques i com es gestionaran.
- **Capacitat de les persones i de l'entorn** per fer front a noves necessitats, atenció i problemes.
- Valors i preferències de **la persona**.
- **Anàlisi de la discrepància**: contradiccions entre les diverses valoracions professionals i/o entre objectius/preferències de la persona i objectius i accions proposades per l'equip.

Establert l'objectiu general de consens, cal concretar les seves **implicacions** en la gestió clínica i social de situacions específiques que poden esdevenir en el context evolutiu i que tindrien la consideració de “bones pràctiques” en cada cas. Així, caldria concretar què fer davant dels aspectes següents, entre d'altres:

- Ús de medicació preventiva.
- Gestió d'infeccions i ús d'antibiòtics.
- Nutrició si apareixen problemes d'ingesta.
- Nivell assistencial d'actuació (domicili, intermedi, aguts).
- Proves complementàries.
- Indicació d'adequació de la intensitat terapèutica i del nivell assistencial.
- Suport per a AAVD, ABVD i AIVD en cas de pèrdua momentània/definitiva de l'autonomia.
- Relleu de la persona cuidadora principal per claudicació/incapacitat temporal...

#### 7.4.2 Validació amb la persona



Els objectius generals consensuats per l'equip en el marc de la CdC, així com les propostes específiques en la gestió de la situació previstes en el pla d'atenció, s'han de **compartir i validar** amb la persona i/o persones properes, i no es pot donar aquest apartat per tancat fins que no s'hagi fet aquesta validació. És probable que, per a la persona i les persones properes, resulti més senzill i proper partir de la revisió de les actuacions proposades sobre les situacions específiques, de cara a copsar i entendre bé l'objectiu general que es proposa. Una fórmula que ha resultat d'utilitat per tal de reflectir en el mateix document de la CdC i Pla d'atenció el procés de validació dels objectius amb la persona i persones properes és l'emprada en el cas de Sabadell Nord, que distingia tres apartats: objectius de la persona (què vol), objectius proposats per l'equip (què proposa com a resposta més adequada, segura i factible) i els objectius consensuats, els que finalment s'adopten per acord entre professionals, persona usuària i persones properes.



### 7.5 Pla d'atenció

#### Intervencions proposades i responsabilitats

El *pla d'atenció* és el conjunt d'accions i recursos de salut, socials i comunitaris que cal activar arran de la CdC (si la persona no ho rebia prèviament) i mitjançant els quals es dona resposta a les necessitats de la persona per assolir els objectius generals i específics que també formen part d'aquest pla.

Hi ha dos elements clau per desenvolupar el pla d'atenció (figura 3):

- El consens previ dels **objectius assistencials**, sobre la base dels valors i les preferències de la persona, així com la seva situació de fragilitat.
- Les **dimensions afectades** (dèficits) i les **necessitats** que en deriven.

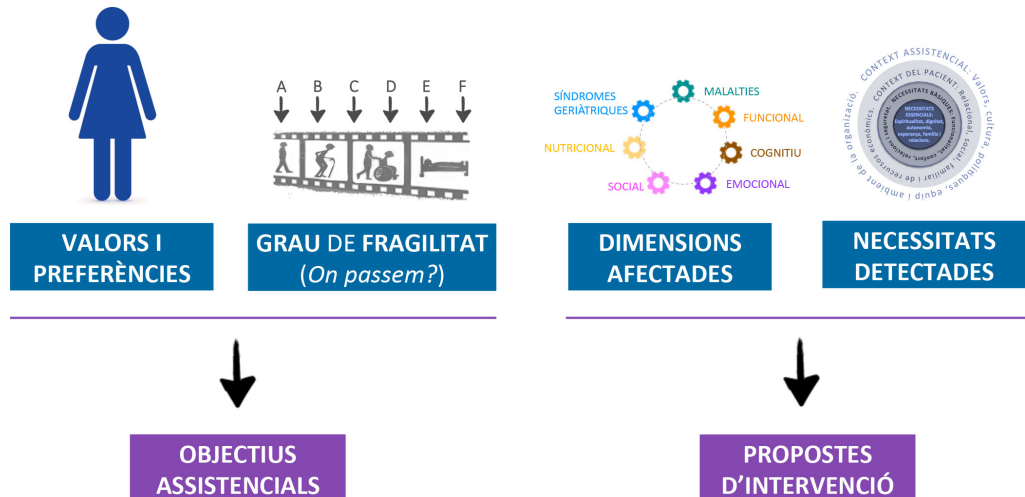


Figura 3: Elements clau del desenvolupament d'un pla d'atenció

Definir el pla d'atenció implica que, partint de la llista de problemes i necessitats definits a **cada dimensió o àrea** de valoració, s'estableixin **accions concretes** per abordar-los, en congruència amb l'objectiu general consensuat per tot l'equip de professionals i les implicacions corresponents en la gestió de situacions específiques (annex 2). En les experiències fetes en el marc del projecte SUSTAIN s'ha vist la utilitat de construir el Pla d'atenció de la forma més **transversal** possible, i s'ha constatat que les **accions** que els professionals proposen es poden **agrupar en quatre grans àrees**: canvis en la prescripció farmacològica, canvis en els serveis (sanitaris, socials i comunitaris), intervencions d'alfabetització sobre la salut (empoderament, formació i autocura) i intervencions relacionals i de comunicació (amb la persona i l'entorn cuidador).

Així doncs, es proposa estructurar el pla d'atenció en **quatre grans àrees d'acció** (annex I):

- Estratègia de **prescripció farmacològica** i compliment del tractament.
- **Provisió de serveis** socials, sanitaris i comunitaris.
- Intervencions d'**alfabetització en salut** (empoderament, formació, autocura, autonomia i seguretat).
- **Intervencions relacionals i de comunicació** amb la persona i/o l'entorn cuidador.

També cal acordar les **responsabilitats** específiques dels professionals que intervenen en l'atenció a aquestes persones per a cadascuna de les accions del pla, determinant l'**estratègia de gestió de cas** més adient i sobre qui recaurà

aquesta gestió (serveis de salut o serveis socials). Cal també acordar en quin període de temps caldrà **revisar el pla d'atenció**.

Es proposa tenir identificats i fer constar en el pla els **professionals referents** de la persona i/o persones properes per a cada equip implicat, així com el nom i el vincle de la persona propera que la persona usuària assenyali com a **interlocutor** o **interlocutora** amb els equips i en la presa de decisions si ella no pot participar-hi.

Aquest pla individualitzat d'atenció integrada, una vegada validat amb la persona i/o persones properes, ha de ser l'eina fonamental per guiar el procés assistencial. Cal fer constar que aquest pla s'ha consensuat en el context d'una CdC i s'ha de treballar per garantir-ne l'encaix en els sistemes d'informació de l'àmbit de la salut i de l'àmbit dels serveis socials utilitzats habitualment pels professionals (eCAP, JADE...). En aquest sentit, cal replantejar l'accés i la interacció entre els sistemes d'informació del sector sanitari i del sector social, ja que idealment el pla d'atenció l'han de poder veure indistintament tots els professionals implicats.

El **responsable de registrar** el pla d'atenció a la història clínica és l'**equip d'atenció primària** de salut. El registre ha d'incloure, a més, la periodicitat del seguiment acordat en la CdC. Per la seva banda, els serveis socials bàsics han d'identificar en cada cas qui és responsable de registrar el pla d'atenció als seus sistemes d'informació per a la consulta i actualització posteriors.



## 7.6 Registre al pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) i seguiment del cas

### Intervencions proposades i responsabilitats

Una vegada validat el pla d'atenció amb la persona o persones properes, cal també **compartir la informació més rellevant** (podríem dir-ne un *destil·lat* del pla d'atenció) amb la resta de professionals i serveis que hipotèticament puguin intervenir en l'atenció de la persona.

Així doncs, en l'àmbit sanitari, cal transferir la informació més rellevant als corresponents apartats del pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) dels serveis d'atenció primària de salut, seguint l'esquema proposat a l'annex 3.

El **responsable del registre** al PIIC de la persona és l'**equip d'atenció primària** de salut. El registre ha d'incloure, a més, la periodicitat del seguiment acordat en la CdC.



## PLA AMIGABLE



Un aspecte de futur que cal considerar és que la persona mateixa disposi (físicament i/o a la carpeta digital “la meva salut”) del **pla individualitzat** en un **format amigable**. Aquesta possibilitat implica un treball de conversió i d’adaptació del llenguatge al pla que realment pot esdevenir una línia de treball molt interessant a desenvolupar, però que requereix encara un procés de maduració i treball.

## SEGUIMENT



Una vegada consensuat i compartit el pla d’atenció, és imprescindible fer-ne un **seguiment actiu** perquè:

- És important **monitorar** que el resultat de les intervencions sigui l’esperat.
- Considerant que la **realitat és dinàmica**, les necessitats de les persones poden ser també canviants, amb la necessària adaptació del pla.

# 8. Referències bibliogràfiques

1. Levine M. The family group conference in the New Zealand children, young persons, and their Families Act of 1989 (CYP and F): Review and evaluation. *Behav Sci Law*. 2000; 18(4):517-56.
2. Lupton C. User empowerment or family self-reliance? The family group conference model. *The British Journal of Social Work*, Volume 28, Issue 1, February 1998 (107–128).
3. De Jong G, Schout G. Family group conferences in public mental health care: An exploration of opportunities. *Int J Ment Health Nurs*. 2011 Feb;20(1):63-74.
4. Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med*. 2008 Dec;22(8):904-12.
5. To THM, Tait P, Morgan DD, et al. Case conferencing for palliative care patients- A survey of South Australian general practitioners. *Aust J Prim Health*. 2017 Oct;23(5):458-463.
6. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care: from ideas to action. The health Foundation. 2014. Disponible a: [www.health.org.uk](http://www.health.org.uk)
7. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. King's Fund. 2014. Disponible a: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf)
8. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8(4):e021194.
9. Blay C, Limón E. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona. 2016. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematics/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxius/doc\\_complexitat\\_final\\_5.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/doc_complexitat_final_5.pdf)
10. PIAISS. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. 2016. Disponible a: <http://presidencia.gencat>.

- cat/web/.content/departament/plans\_sectorials\_i\_interdepartamentals/PIAISS/PIAISS\_atencio\_centrada\_en\_la\_persona\_201601.pdf
11. Khan U, Leichsenring K, Paat-Ahi G, et al. The SUSTAIN Project: A European Study on Improving Integrated Care for Older People Living at Home. *Int J Integr Care* 2018;18(1):6.
  12. Reynolds, J., Masana, L., Cayuelas-Mateu, N., Espallargues M. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project). Lessons learned from improving integrated care in Catalonia (Spain). 2018. Disponible a: <http://www.sustain-eu.org/products/sustain-country-reports/>
  13. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med* 2015;6(2):189–194.
  14. Phillips JL, West PA, Davidson PM, Agar M. Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *Int J Nurs Stud*. 2013 Aug;50(8):1122–35.
  15. Wales S. Planning dementia care through case conferencing. Disponible a: [https://www.caresearch.com.au/caresearch/Portals/0/Advanced Dementia Case Conf/FAQs-for-families-FINAL.pdf](https://www.caresearch.com.au/caresearch/Portals/0/Advanced%20Dementia%20Case%20Conf/FAQs-for-families-FINAL.pdf)
  16. King MA, Roberts MS. Multidisciplinary case conference reviews: Improving outcomes for nursing home residents, carers and health professionals. *Pharm World Sci*. 2001 Apr;23(2):41-5.
  17. Crotty M, Halbert J, Rowett D, et al. An outreach geriatric medication advisory service in residential aged care: A randomised controlled trial of case conferencing. *Age Ageing* 2004 Nov;33(6):612-7
  18. Lasmarías C, Loncan P, Vila L, Blay C, et al. Model català de planificació de decisions anticipades. 2015. Accessible a: [http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS\\_model\\_PDA.pdf](http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_model_PDA.pdf)
  19. Dementia Australia. Start2Talk [Internet]. Disponible a: <https://www.dementia.org.au/planning-ahead>
  20. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011;343:d6799.
  21. Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Calsina-Berna A, et al. The Institut Català d'Oncologia model of palliative care: An integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 2013;29:237–43.
  22. Morley MB JE, Little DO MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc* 2016;18(3):195–9.

23. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:722–7.
24. Amblàs-Novellas J, Martori J, Molist Brunet N, Oller R, Gomez-Batiste X, Espauella J. Índice Frágil-VIG: diseño y evaluación de un Índice de Fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;52(3):119–23.
25. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr* 2018;18(1).

# 9. Annexos

**Annex 1.** Exemple de full de registre de la conferència de cas

**Annex 2.** Exemple de full de registre del pla d'atenció

**Annex 3.** Proposta de la transferència de la informació del pla d'atenció al pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC 2.0.)

# Annex 1.

## Full de registre de la CdC: avaluació multidimensional i detecció de problemes i necessitats

Lloc de la CdC	Data de la CdC

	Persona avaluada	Persona cuidadora principal / Referent
Nom		
Edat		
CIP		

Àmbits professionals	Professionals	Centre de treball
Atenció primària de salut		
Serveis socials bàsics		
Atenció especialitzada		
Altres (recursos comunitaris...)		



Avaluació multidimensional			Valoració de problemes/necessitats/potencialitats detectades	
<b>CLÍNIC</b>	Malalties actives (+/- criteris gravetat) progressió	1. 2. 3.	5. 6. ...	
	Síndromes geriàtriques i símptomes			
	MEDICACIÓ ACTUAL			
<b>FUNCIONAL</b>	Activitats instrumentals			
	Activitats bàsiques			
<b>MENTAL</b>	Cognitiu			
	Emocional			



<b>SOCIAL</b>	Estructura (nucli familiar / xarxa)		
	Funció social Funció social (capacitats, disponibilitat i disposició de la persona cuidadora principal / nucli de suport)		
	Habitatge		
	Economia		



ÚS DE RECURSOS SANITARIS el darrer any	ÚS DE RECURSOS SOCIALS el darrer any	ÚS DE RECURSOS COMUNITARIS el darrer any



OPINIÓ, VALORS I PREFERÈNCIES de la persona. Competència cognitiva	
Informació	Quina informació té la persona? Hi ha persones que han o no han de ser informades?
Opinió sobre la situació i els objectius personals	En quin moment es veu la persona (respecte de la malaltia i/o circumstàncies)? Com es veu atès /se sent? I en el futur? Què el preocupa i/o és important per a ella? Quin són els aspectes que fan que la seva vida tingui sentit? Què dona sentit a la seva vida? Com i on voldria tractar les complicacions /recaigudes?
Capacitat per a la presa de decisions i/o delegació	Té capacitat per prendre decisions sobre la seva salut/cura? Quin grau de competència té i sobre quines decisions? Existeix un document de voluntats anticipades? Què preveuen?



# Annex 2

## Full de registre del pla d'atenció



El pla d'atenció inclou les propostes específiques sorgides de la conferència de cas, segons els problemes i necessitats detectades.

NOM de la persona	DATA (proposta de pla d'atenció)

OBJECTIUS
Proposta de l'equip de professionals i consens amb el o la pacient i/o la seva família/persona cuidadora

Tenint en compte la llista de necessitats i problemes detectats per les àrees clínica, funcional, mental, i social, es defineixen les accions d'un pla únic pensat en termes de *què cal fer* en els àmbits següents:

ÀMBIT	ACCIONS	RESPONSABLE	DATA REVISIÓ
En relació als fàrmacs	Proposta de canvis (retirada, modificació de dosi, inici de fàrmacs), accions per millorar el compliment del tractament...		
En relació a la provisió de serveis sanitaris			
En relació a la provisió de serveis socials i comunitaris (funcionalitat, economia, suport cuidador/a...)			
Intervencions d'empoderament, formació i autocura			
Intervencions relacionals i de comunicació (amb persona i/o entorn cuidador)	Informació, increment del coneixement, motivació, sosteniment de les capacitats....		

De l'equip d'atenció primària de salut		
Dels serveis socials bàsics		
De recursos especialitzats		
Responsable de la gestió del cas (assegurar l'acompliment del pla compartit)		

# Annex 3



## Proposta per a la transferència de la informació del pla d'atenció al PIIC 2.0 (versió actual)

INFORMACIÓ DE LA CONFERÈNCIA DE CAS per abocar	Apartat del PIIC de l'HC3 on s'abocarà la informació (ICS)	Apartat del PIIC de l'HC3 on s'abocarà la informació (altres SSII)
<b>Opinió /valoració de la persona</b> sobre la seva situació de salut i social i objectius personals relacionats	PDA	Resum PDA (text lliure)
<b>Objectiu global consensuat</b> amb la persona i/o la família o persona cuidadora	Ha de quedar recollit responent tots els apartats de recomanacions en cas de crisi (específiques, genèriques i altres) i al PDA.	Ha de quedar recollit responent tots els apartats de recomanacions en cas de crisi (específiques, genèriques i altres) i al PDA.
<b>Pla d'atenció</b> amb accions i responsables	Queda recollit només en el document de la conferència de cas.	Queda recollit només en el document de la conferència de cas.
<b>Avaluació</b> de les <b>necessitats dels cuidadors</b>	Informació addicional (el test de Zarit apareix en l'apartat de valoració multidimensional-tests). A la pantalla ATDOM de valoració del cuidador de l'HCAP de la persona, també trobarem informació del cuidador/a.	Dades del cuidador/a principal
<b>Condicions i relacions</b> de la persona amb l'entorn	Valoració multidimensional (text lliure).	Resum de la situació actual
<b>Utilització de recursos</b> en el darrer any	Apartats específics d'atenció a la persona i indicadors.	Apartat de recursos
Informació sobre el <b>compliment</b> amb la medicació, <b>pautes</b> per mantenir l'autonomia, risc de caigudes, polifarmàcia...	Polifarmàcia: quedarà reflectida en el pla de medicació activa. La resta d'informació només es reflectirà en el document de conferència de cas i en els tests d'Intel·ligència activa d'ECAP	Polifarmàcia: quedarà reflectida en el pla de medicació activa. La resta d'informació només es reflectirà en el document de conferència de cas i en els tests d'Intel·ligència activa d'ECAP

- La identificació de professionals referents i de la persona, avaluació per àrees, les reaccions adverses i les al·lèrgies i el pla de medicació, aquests tenen **apartats específics** al PIIC.
- El document de la conferència de cas s'ha d'escanejar i desar a l'apartat de **Documents de l'usuari** de l'HCAP (ECAP) de la persona. Cal fer menció del document i de la realització de la conferència de cas en el MEAP de la persona.

