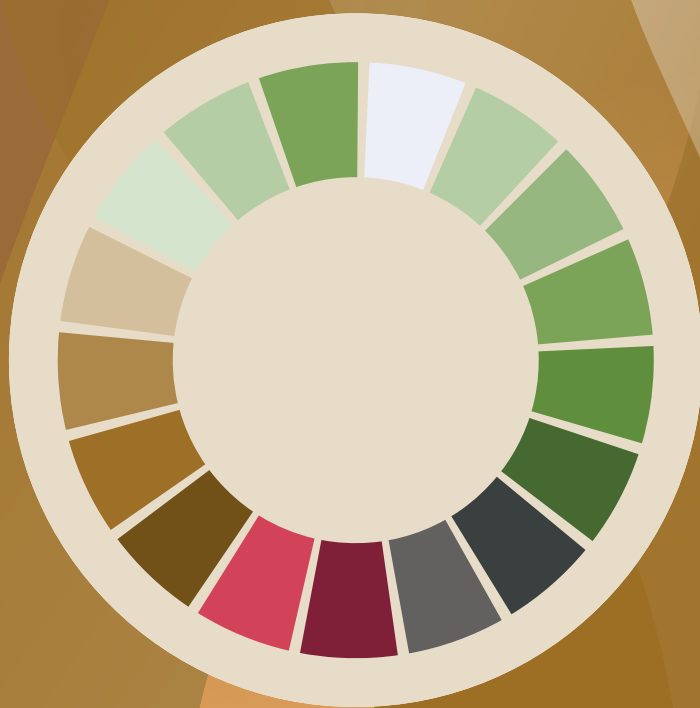


# Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

Línies estratègiques, projectes i actuacions



# **Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya**

---

Línies estratègiques, projectes i actuacions

Alguns drets reservats

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



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.

**Unitat promotora:**

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

**1a edició:**

Barcelona, març de 2023.

**Assessorament lingüístic:**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**Pla editorial 2023:**

Núm. de registre 3420

### **Direcció/Coordinació:**

- Sebastià J. Santaegúenia. Director del Pla director sociosanitari
- Eva M. Melendo. Pla director sociosanitari
- Sonia Mariscal. Pla director sociosanitari

### **Autors o redactors:**

- Albert Monterde Martínez. Badalona Serveis Assistencials.
- Ana B. Vena Martínez. Gestió Serveis Sanitari. Institut Català de la Salut.
- Antoni Salvà Casanovas. Fundació Salut i Envel·liment.
- Benito J. Fontecha-Gómez. Consorci Sanitari Integral.
- Carme Casas Martínez. Consorci Sanitari de Terrassa.
- Conxita Barbeta Mir. Departament Drets Socials.
- Cristina Farriols Danés. Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona.
- Elisabeth Hernández Del Arco. Sant Andreu Salut.
- Emma Costas Muñoz. Grup Mutuam.
- Eva M<sup>a</sup> Jiménez Zafra. Institut Català de la Salut.
- Ignasi Carrasco Miserachs. Servei Català de la Salut.
- Íngrid Bullich Marín. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí.
- Jordi Amblàs Novellas. Departament de Salut.
- Jordi Roca Casas. Fundació Hospital Santa Creu de Vic.
- Jordi Trelis Navarro. Institut Català d'Oncologia.
- Marco Inzitari. Parc Sanitari Pere Virgili.
- Marta López Elias. Fundació "la Caixa".
- Miquel Domenech Rodeja. Departament de Drets Socials.
- Mireia Boixadera Vendrell. Institut Català de la Salut.
- Mireia Llonch Masriera. Consorci Sanitari de Terrassa.
- Montse Solé Casals. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.
- Montserrat Blasco Rovira. Residència i Centre de Dia El Nadal-Fundació. Hospital de la Santa Creu de Vic.
- Núria Gutiérrez Jiménez. Institut Català de la Salut.

- Ramon Miralles Basseda. Institut Català de la Salut.
- Rosa M. Montoliu Valls. Institut Català d'Oncologia.
- Rosa Planesas Colomer. Servei Català de la Salut.
- Sergi Navarro Vilarrubí. Hospital Sant Joan de Déu.
- Sonia González Bautista. Badalona Serveis Assistencials.
- Xavier Gomez-Batiste Alentorn. Càtedra de Cures Pal·liatives. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

### **Han participat en aquest document:**

- Direcció estratègica d'atenció primària i comunitària.
- Direcció estratègica d'atenció integrada social i sanitària.
- Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Unió Catalana d'Hospitals.
- Associació Catalana d'Entitats de Salut.
- Institut Català de la Salut.
- Societat Catalana de Geriatria.
- Gerontologia Societat Catalanobalear de Cures Pal·liatives.

### **Amb la revisió del Consell Assessor del Pla director sociosanitari:**

- Núria Berga Quintana. Consorci Sanitari de Terrassa.
- Ingrid Bullich Marín. Parc Taulí Hospital Universitari.
- Emma Costas Muñoz. PADES Mutuam.
- Ana Maria De Andrés Lázaro. Parc Sanitari Pere Virgili.
- Benito Fontecha Gómez. Consorci Sanitari Integral.
- Susanna Forner González. Fundació Seu Hospital.
- Edurne Gutiérrez Moreta. Fundació Hospital Sant Pau i Santa Tecla.
- Elisabeth Hernández Del Arco. Hospital de Sant Andreu. Sant Andreu Salut.
- Marco Inzitari. Parc Sanitari Pere Virgili.
- Sergi Navarro Vilarrubí. Hospital Sant Joan de Déu.
- Gerard Piñol Ripoll. Hospital Santa Maria Gestió de Serveis Sanitaris.

- Noemí Pou Canales. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme.
- Pedro J. Regalado Doña. Hospital Sant Joan de Déu.
- Esther Risco Vilarasau. Parc Taulí Hospital Universitari.
- Jordi Roca i Casas. Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic.
- Sara Rodoreda Noguerola. Institut Català de la Salut.
- Montse Solé Casals. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.
- Lluís Soto Bagaria. Parc Sanitari Pere Virgili.
- Jordi Trelis Navarro. ICO Hospitalet, ICO Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre.

# Índex

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓ</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>IDENTIFICACIÓ D'ÀREES DE MILLORA DE L'ATENCIÓ GERIÀTRICA I PAL·LIATIVA ESPECIALITZADA DE CATALUNYA</b>	<b>10</b>
	Àrea de millora 1. Actualització i harmonització del model i eines d'atenció a les persones grans amb necessitats complexes i amb malalties cròniques avançades o amenaçants ateses per l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya	10
	Àrea de millora 2. Unificació a la codificació i registre de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada	11
	Àrea de millora 3. Adequació dels criteris de planificació de recursos d'atenció geriàtrica i pal·liativa a les necessitats actuals de les persones a atendre per garantir una resposta adequada a la demanda creixent futura	12
	Àrea de millora 4. Establiment de les xarxes territorials d'atenció geriàtrica i pal·liativa que garanteixin un abordatge equitatiu a les persones i el seu entorn afectiu	14
	Àrea de millora 5. Desenvolupar noves estratègies d'atenció a les condicions i malalties especialment prevalents en les persones grans	15
	Àrea de millora 6. Abordatge des del sistema de salut dels recursos formatius per a professionals sanitaris (especialistes i no especialistes) tant al grau com al postgrau en atenció pal·liativa especialitzada	16
	Àrea de millora 7. Promoció des del sistema de salut d'activitats i iniciatives que millorin la percepció social sobre la gent gran, les cures pal·liatives, la mort i el dol	17
	Àrea de millora 8. Millorar la investigació al voltant de l'envelliment i les cures pal·liatives en les estratègies i el finançament de l'R+D+I	18
<b>3</b>	<b>LÍNIES ESTRATÈGIQUES DEL PLA</b>	<b>20</b>
	3.1 Línia estratègica 1. Actualitzar, homogeneïtzar i implementar de forma transversal el model català d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya	20
	3.2 Línia estratègica 2. Disponibilitat de recursos d'atenció adequats per a una atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada equitativa a les persones grans i amb necessitats pal·liatives que així ho requereixin	22
	3.3 Línia estratègica 3. Desenvolupament de l'atenció integrada a la gent gran i aquelles amb necessitats pal·liatives	23
	3.4 Línia estratègica 4. Optimització de l'us de fàrmacs en les persones grans	25
	3.5 Línia estratègica 5. Adequació i millora dels sistemes d'informació (SSII) i procediments de registre relacionats amb l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada	26
	3.6 Línia estratègica 6. Millorar la prevenció i atenció a les condicions i malalties d'especial prevalença en la gent gran	27
	3.7 Línia estratègica 7. Formació i capacitació dels professionals en geriatría i cures pal·liatives	28

3.8 Línia estratègica 8. Educació i sensibilització vers la gent gran i l'atenció geriàtrica especialitzada.....	29
3.9 Línia estratègica 9. Impuls de l'R+D+I en geriatría i cures pal·liatives.....	31
<b>4 AVALUACIÓ I SEGUMENT DEL PLA ESTRATÈGIC.....</b>	<b>32</b>
4.1 Quadre d'indicadors.....	32
4.2 Model d'avaluació i seguiments del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya.....	34



## 1 Introducció

Fruit del treball intensiu estratègic desenvolupat amb anterioritat en els corresponents plans estratègics d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya publicats per part del Pla director sociosanitari, amb el suport del seu consell assessor i les societats científiques i professionals referents, s'ha efectuat un treball en dos fases per poder transformar la proposta estratègica, recollida en aquests documents, en propostes concretes a desenvolupar. En l'abordatge de l'atenció de futur s'ha de tenir present la visió de les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives i del seu entorn cuidador.

En primer lloc s'ha fet un treball interdisciplinari de detecció d'**àrees de millora** en l'atenció geriàtrica i pal·liativa de Catalunya, entenent que al llarg de la implementació del model d'atenció sociosanitària d'aquest país des de l'any 1986, l'evolució no ha estat harmònica en totes les seves dimensions i per tant és el moment de poder fer una reflexió dels aspectes que han quedat més endarrerits com a elements claus de millora futura.

Aquest aspecte previ és clau per al segon punt. Partint de les àrees de millora detectades, s'han elaborat (sense oblidar els aspectes que ja de per si estan adequadament evolucionats) tota una sèrie d'**actuacions** concretes que defineixen els passos a seguir per millorar aquestes àrees. Entenem que algunes actuacions són complementàries o se superposen entre elles, a la vegada, s'han agrupat en projectes comuns i, finalment, en grans àrees denominades com a línies estratègiques.

El darrer apartat estableix el sistema d'avaluació del desplegament d'aquests dos plans estratègics. Per tal de portar a terme aquesta avaluació es proposen els indicadors que permetran fer el monitoratge d'aquest desplegament.

## 2 Identificació d'àrees de millora de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

Les àrees més rellevants detectades per part del grup de professionals es poden veure a la taula següent.

### Àrees de millora de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya

1. Actualització i harmonització del model i eines d'atenció a les persones grans amb necessitats complexes i amb malalties cròniques avançades o amenaçants ateses per l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya
2. Unificació a la codificació i registre de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada
3. Adequació dels criteris de planificació de recursos d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a les necessitats actuals de les persones a atendre per garantir una resposta adequada a la demanda creixent futura
4. Establiment de les xarxes territorials d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada que garanteixin un abordatge equitatiu a les persones i el seu entorn afectiu
5. Desenvolupar noves estratègies d'atenció a les condicions i malalties especialment prevalents en les persones grans
6. Abordatge des del sistema de Salut dels recursos formatius per a professionals sanitaris (especialistes i no especialistes) tant a grau com a postgrau en atenció
7. Promoció des del sistema de salut d'activitats i iniciatives que millorin la percepció social sobre la gent gran, les cures pal·liatives, la mort i el dol
8. Millorar la investigació al voltant de l'envelliment i les seves condicions associades i les cures pal·liatives en les estratègies i en el finançament de la R+D+I

Font: elaboració pròpia

### Àrea de millora 1. Actualització i harmonització del model i eines d'atenció a les persones grans amb necessitats complexes i amb malalties cròniques avançades o amenaçants ateses per l'atenció geriàtrica i pal·liativa de Catalunya

Des de la creació de la xarxa sociosanitària, un dels pilars de l'atenció sociosanitària ha estat el treball interdisciplinari basat en un model d'atenció integral (biopsicosocial), individualitzat i centrat en la persona.

Tot i així l'envelliment poblacional intensiu viscut els darrers anys a Catalunya, va determinar l'aparició del **Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut**, la concepció d'una atenció pal·liativa especialitzada progressiva i més precoç, ha generat un impacte profund en l'atenció de persones grans i en situació de final de vida per part dels equips interdisciplinaris d'atenció geriàtrica i

pal·liativa especialitzada de Catalunya a tots els àmbits del sistema sanitari (centre hospitalari d'aguts, atenció intermèdia i domiciliari).

Aquesta nova realitat que mostra que la immensa majoria de persones ateses als centres sociosanitaris tenen una elevada comorbiditat, alta dependència, necessitat de cures complexes han demanat de l'atenció geriàtrica i pal·liativa una intensificació de la seva atenció, sacrificant en alguns moments el model conceptual inicial per donar resposta a la demanda assistencial i a les necessitats de les persones.

En un moment com l'actual on el Pla de salut 2021-2025 situa com a prioritari donar una millor resposta assistencial a les persones amb necessitats cròniques complexes (PCC) i a les persones amb malalties cròniques avançades (MACA), és el moment de revisar i actualitzar el model d'atenció dels equips d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a Catalunya, aportant l'expertesa de ser la població diana habitual d'aquests dispositius.

És necessari, doncs, recuperant i defensant els pilars conceptuals del model d'atenció sociosanitària de 2006, homogeneïtzar i actualitzar el model d'atenció incorporant les eines, criteris i passos del model d'atenció a la cronicitat del Departament. Aquest pas ha de facilitar una menor heterogeneïtat territorial en l'atenció, facilitar una atenció integrada vertical que millori la comunicació derivada de compartir eines comunes al llarg del sistema i sigui més accessible per a aquests equips a l'atenció primària de salut i la resta de dispositius hospitalaris no específics arreu del territori català.

Aquesta àrea de millora és urgent i ha de disminuir la manca d'accessibilitat als recursos específics, especialment a l'atenció primària i comunitària, en què és fonamental definir uns criteris de prioritització i desenvolupar intervencions cost-efectives que ajudin a orientar la tasca de l'atenció intermèdia de cara al futur.

## **Àrea de millora 2. Unificació a la codificació i registre de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada**

La codificació i el sistema de registre de l'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya i la seva compartició amb la resta de professionals i àmbits assistencials és clau per garantir una informació veraç, adequada, propera i de qualitat de les actuacions desenvolupades per part d'aquests equips, així com millorar l'atenció

integrada vertical en el marc del sistema sanitari, i horitzontal en els dispositius o recursos socials quan així es requereixi.

El sistema del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) sociosanitari ha estat clau per poder monitorar al llarg dels darrers trenta anys l'activitat dels diferents dispositius sociosanitaris a Catalunya. Amb tot, al llarg dels anys, hem objectivat les mancances i debilitats d'un sistema de registre no integrat amb els altres sistemes d'informació i que no permet interpretar els resultats dispars entre centres al comparar aquest sistema a mode de benchmarking (com ha passat a les diferents edicions de la central de resultats).

Entendre el paper clau que tenen els equips i dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya passa per emprar sistemes de codificació, registre i informació que tinguin la mateixa potència i capacitat d'anàlisi que els emprats en altres àmbits assistencials (per exemple, les estacions clíniques d'atenció primària –ECAP- i el seu sistema de quadre d'indicadors d'intel·ligència activa o el mapa de llits dels centres hospitalaris d'aguts).

Poder donar respostes transparents i actualitzades de l'activitat, de la complexitat de les persones que atenem, de l'activitat i resultats en salut que obtenim de la intervenció dels equips d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya és cabdal per entendre la importància d'aquests dispositius i els seus professionals.

### **Àrea de millora 3. Adequació dels criteris de planificació de recursos d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada a les necessitats actuals de les persones a atendre per garantir una resposta adequada a la demanda creixent futura**

Els criteris de planificació establerts el 2008 en el mapa sanitari han permès als dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada establir una xarxa de recursos al llarg del territori català que no es pot comparar amb cap altra regió d'Espanya (els llits sociosanitaris catalans suposen aproximadament el 52% de tots els llits de mitjana i llarga estada d'Espanya)<sup>1</sup> i només és comparable a algun altre país europeu com França.

L'envelliment intensiu de la població catalana, el desenvolupament de polítiques d'atenció a les persones amb necessitats complexes

---

<sup>1</sup> Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro*. Madrid, octubre 2016.

(PCC i MACA), la nova realitat de les cures pal·liatives precoces, i el desenvolupament de l'atenció geriàtrica com a camp de coneixement especialitzat, demana una reflexió de la planificació feta ara fa més de deu anys. És necessari, doncs, desenvolupar i actualitzar una cartera de serveis més moderna i orientada a aquesta nova realitat i a la nova tipologia i necessitats dels usuaris. Aquesta nova cartera basada en la millor evidència científica nacional i internacional, amb criteris objectius ha de permetre establir els criteris poblacionals de recursos específics necessaris per donar resposta a la població diana amb necessitats d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada del territori català, podent dibuixar un mapa de recursos actuals i necessitats futures a desenvolupar en els propers anys a partir del present Pla estratègic.

Aquesta àrea de millora ha de plantejar respostes a reptes claus com són:

- El redimensionament de les necessitats de professionals especialistes o experts en atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada al sistema sanitari català per garantir una atenció de qualitat excel·lent per donar resposta a les necessitats d'atenció de la població diana.
- El dret a una atenció especialitzada geriàtrica i pal·liativa de les persones que ho necessitin independentment de forma transversal a tot el sistema de salut (hospitalària o primària). Aquesta atenció especialitzada ha de garantir:
  - El desenvolupament d'un model d'atenció geriàtrica transversal a tots els nivells del sistema de salut, que atengui les múltiples alteracions i els problemes sanitaris-socials de la gent gran amb necessitats complexes que, de forma aguda i subaguda, presenten com a trets comuns la pèrdua de la seva **autonomia** física o social.
  - La capacitat de planificar les cures i veure el resultat del pla de cures efectuat, a mitjà i llarg termini de persones grans amb necessitats complexes d'atenció, en situació de dependència que són ateses en unitats d'atenció de llarga durada. L'organització d'una assistència de llarga durada a les persones grans que ho necessitin.
  - La mobilització dels recursos assistencials **disponibles, per fer efectiu l'objectiu de mantenir a la comunitat** el major nombre de gent gran possible.

- La capacitat de donar suport a l'atenció primària de salut i altres especialistes de l'àmbit hospitalari quan així ho requereixin, a la vegada que liderar l'atenció en dispositius propis.

#### **Àrea de millora 4. Establiment de les xarxes territorials d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada que garanteixin un abordatge equitatiu a les persones i el seu entorn afectiu**

Des de la concepció de la xarxa d'atenció socio sanitària com a àmbit propi, el fet de situar-la com un àmbit diferenciat ha comportat grans avantatges, però també alguns inconvenients. La visió de l'atenció massa centrada en el recurs o fins i tot en la unitat, ha restat visibilitació dels dispositius geriàtrics i pal·liatius al territori on desenvolupen la seva atenció, que desenvolupa un model més reactiu que no propositiu i, en certa forma, inequitatiu respecte a l'accessibilitat per a altres àmbits i respecte a la població a qui ha de garantir l'atenció. Desenvolupar una atenció integrada, amb visió poblacional, ha de permetre reconèixer que cada persona tributària d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada té circumstàncies individuals diferents i demana l'assignació dels recursos adients i les oportunitats necessàries per obtenir un resultat igualitari al llarg de tot el país. Aquestes xarxes territorials han d'evolucionar partint de tenir els recursos individuals a orientar-se a tenir els recursos accessibles i adients d'acord a la realitat del territori, les característiques i necessitats de la seva població i segons els resultats objectius que es vulguin aconseguir amb una visió quàdruple AIM i amb una visió de cobertura 7x24, des de la premissa que les persones especialment vulnerables han de poder accedir a una atenció propera al seu entorn habitual, fins i tot poder desenvolupar més intervencions col·laboratives a escala domiciliària amb altres àmbits, que no prioritzar el desenvolupament d'iniciatives estructurals que triguen anys de poder donar resposta a les necessitats de la població.

Les xarxes territorials d'atenció són, doncs, un element cabdal de millora per poder treballar de forma homogènia en un mateix territori on els diferents proveïdors reorienten la seva forma de treballar de la competència per a l'excel·lència a l'excel·lència en l'atenció, d'acord amb la cooperació, aliances o atenció integrada necessària per donar resposta de forma integral a les necessitats de les persones i el seu entorn afectiu.



## **Àrea de millora 5. Desenvolupar noves estratègies d'atenció a les condicions i malalties especialment prevalents en les persones grans**

L'envelliment és un factor associat a la presentació de condicions específiques com són les síndromes geriàtriques que són característiques d'aquest grup poblacional. La presència d'aquest tipus de condició impacta negativament en els resultats de salut de les persones grans. Les síndromes geriàtriques o les grans *ís*<sup>2</sup> com les va denominar Robert Kane, són especialment prevalents en entorns agressius envers les persones grans on la vulnerabilitat associada a la inestabilitat clínica de la persona els fa estar en especial risc. Així l'evidència d'aquest fet en els darrers anys ha portat a desenvolupar estratègies d'abordatge i prevenció de l'aparició d'aquests tipus de síndromes geriàtriques en aquestes persones. En l'àmbit de Catalunya els darrers anys s'hi ha desenvolupat alguna iniciativa com la detecció precoç de la disfàgia en les persones grans, la desnutrició en aquelles persones grans amb necessitats complexes i la síndrome confusional aguda, tot i així encara queden reptes al voltant de la fragilitat, caigudes, incontinència, etc.

D'altra banda, al llarg de l'envelliment de la persona el risc d'aparició de malalties s'incrementa i algunes d'elles prenen especial importància com poden ser les malalties neurodegeneratives (demència, Parkinson...), malalties metabòliques (*diabetis mellitus*), les malalties cardiovasculars, les malalties de l'aparell locomotor (osteoporosi, fractures per fragilitat, etc.) o símptomes especialment prevalents en les persones grans com el dolor crònic. Aquestes especificitats que tenen les malalties i condicions en les persones grans han de poder abordar-se des de l'àmbit del grup poblacional partint de la millor evidència disponible per adaptar les recomanacions internacionals a les peculiaritats d'aquestes.

Aquestes estratègies d'atenció han de ser transversals, que incorporin el coneixement de l'atenció primària i hospitalària (en què és imprescindible la participació de l'atenció geriàtrica pels seus coneixements i capacitació en el maneig d'aquest grup poblacional) amb la finalitat d'aconseguir, treballant de forma integrada, la utilització de recursos de manera coordinada, eficaç i eficient, amb especial cura en els moments

---

<sup>2</sup> Kane RL, Ouslander JG, Resnick B, Malone ML. *Essentials of clinical geriatrics*. 8a ed. New York, N.Y: McGraw-Hill Education LLC.; 2018.

d'especial vulnerabilitat de la persona i el seu entorn afectiu com poden ser les transicions.

**Àrea de millora 6. Abordatge des del sistema de salut dels recursos formatius per a professionals sanitaris (especialistes i no especialistes) tant al grau com al postgrau en atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada**

Atesa la situació actual d'envelliment poblacional intens i sobreenvelliment i la concepció de la detecció precoç de les necessitats pal·liatives de les persones amb malalties cròniques avançades o amenaçants, el present Pla estratègic considera necessari impulsar un redimensionament de les necessitats de professionals especialistes en geriatria i amb coneixements avançats en cures pal·liatives al sistema sanitari català, dotant-se entre d'altres accions, d'un major nombre d'unitats docents acreditades multiprofessionals, de professionals amb reconeixement oficial d'expertesa en cures pal·liatives (diploma acreditació) i millorar la formació i sensibilització de la resta dels professionals envers l'atenció a les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives en tots els àmbits assistencials de la xarxa sanitària.

Aquesta tasca ha de començar ja en la formació de grau dels futurs professionals sanitaris, tot garantint que accedeixen a un itinerari formatiu específic al voltant de l'envelliment i les característiques específiques que tenen les persones grans i de l'atenció pal·liativa que obliguen a un abordatge interdisciplinari, individualitzat i específic clarament diferenciat de l'abordatge a la població general.

La millora en la formació de grau ha de revertir en una atenció a les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives més sensibles amb les necessitats individuals que permet arribar a un major nombre de persones i el seu entorn familiar o afectiu, i facilitar la comunicació entre professionals experts i no experts en l'abordatge de situacions associades a aquesta població.

La promoció dels recursos formatius i la potenciació de referents experts en geriatria i cures pal·liatives des del sistema de salut, amb la col·laboració de les societats científiques, dels professionals i entitats associatives, es considera essencial per tal de garantir un coneixement actualitzat basat en la millor i més actualitzada evidència científica en aspectes que inclouen des de les eines diagnòstiques a les claus de la comunicació entre el sistema sanitari i les persones.



## Àrea de millora 7. Promoció des del sistema de salut d'activitats i iniciatives que millorin la percepció social sobre la gent gran, les cures pal·liatives, la mort i el dol

La percepció social de la gent gran i la vellesa està plena d'estigmes. Com a societat parlem de la vellesa com una etapa de la vida plena de malalties i limitacions amb poques oportunitats i sense un paper o rol actiu a la societat. Des de la creació del Pla de vida als anys s'ha lluitat contra els estereotips associats a la vellesa, essent en ple segle XXI en el marc d'una societat marcada per la imatge, un gran àmbit de millora.

És necessari, doncs, la col·laboració estreta del Departament de Salut amb els mitjans de comunicació, les associacions de gent gran i voluntariat per tal de millorar la percepció social de la vellesa i de la gent gran per treballar plegats a sensibilitzar més la societat per aconseguir una mirada des de l'optimisme i la positivitat d'aquesta etapa de la vida.

D'altra banda, les cures pal·liatives continuen tenint un cert estigma a la societat tot i les iniciatives que ha portat a terme el Pla director sociosanitari per difondre els beneficis i aclarir els mites freqüents que hi estan associats (figura1).

Figura 1. Cartell de 10 mites sobre les cures pal·liatives

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

CANADIAN  
VirtualHospice

Una part de la ciutadania catalana continua mal interpretant les cures pal·liatives. A continuació, es presenten 10 mites freqüents

### 10 MITES SOBRE LES CURES PAL·LIATIVES

**MITE 1:** Les cures pal·liatives acceleren la mort.  
**REALITAT:** Les cures pal·liatives no acceleren la mort. Proporcionen benestar i una millor qualitat de vida des del diagnòstic d'una malaltia en fase avançada fins al final de vida.

**MITE 2:** Les cures pal·liatives només són per a persones que s'estan morint de càncer.  
**REALITAT:** Les cures pal·liatives poden beneficiar persones i familiars des del moment del diagnòstic de qualsevol malaltia que escurci el temps de vida.

**MITE 3:** Les persones receptors de cures pal·liatives que deixen d'alimentar-se es moren d'inanició.  
**REALITAT:** Les persones que pateixen malalties en fase avançada no experimenten la gana i la set de la mateixa manera que una persona sana. Les persones que deixen d'alimentar-se moren per la seva malaltia, no d'inanició.

**MITE 4:** Les cures pal·liatives només es proporcionen als hospitals.  
**REALITAT:** Les cures pal·liatives es poden proporcionar a qualsevol lloc que es consideri el domicili de la persona, és a dir, la seva llar, residència, centre sociosanitari o hospital.

**MITE 5:** Cal protegir els infants d'estar en contacte amb la mort i el procés de morir.  
**REALITAT:** Permetre que els infants parlin de la mort pot ser d'ajuda per desenvolupar actituds saludables que els poden beneficiar en l'etapa adulta. De la mateixa manera que els adults, els infants necessiten temps per acomodar-se de les persones que els són importants.

**MITE 6:** El dolor físic és part del procés de la mort.  
**REALITAT:** El dolor no és sempre part del procés de mort. Si s'experimenta dolor prop del final de vida, hi ha moltes maneres d'alleujar-lo.

**MITE 7:** La medicació per al dolor que s'utilitza en cures pal·liatives crea addicció.  
**REALITAT:** Per mantenir el benestar de les persones, sovint es fa necessari incrementar la dosi del medicament per al dolor. Aquest fenomen és el resultat de l'adaptació del cos al medicament i s'anomena tolerància, no és addicció.

**MITE 8:** L'administració de morfina té com a objectiu accelerar la mort.  
**REALITAT:** Les dosis pertinents de morfina mantenen el benestar de les persones, no n'acceleren la mort.

**MITE 9:** La prescripció de cures pal·liatives vol dir que el meu equip assistencial s'ha donat per vençut i no hi ha més esperança per a mi.  
**REALITAT:** Les cures pal·liatives garanteixen la millor qualitat de vida per a aquelles persones que han estat diagnosticades amb una malaltia en fase avançada. L'esperança d'assolir la cura de la malaltia passa a ser més baixa i el que es persegueix és viure tan plenament com es pugui.

**MITE 10:** He decebut el meu ésser estimat perquè no ha pogut morir a casa seva.  
**REALITAT:** En alguns casos, malgrat els màxims esforços, les necessitats de les persones excedeixen el que pot proporcionar el seu domicili. Assegurar les millors cures independentment de l'entorn no és cap fracàs.

Traducció i adaptació de:  
virtualhospice.ca

Copyright Canadian Virtual Hospice 2018

Font: Canal Salut. Adaptat de Canadian Virtual Hospice

És important, doncs, la col·laboració estreta del Departament de salut amb les associacions de pacients i els grups de suport per tal de millorar la percepció social de les cures pal·liatives i mostrar o difondre els beneficis de la intervenció pal·liativa treballant plegats a augmentar la sensibilització de la societat al voltant de la mort i el dol com, per exemple, les ciutats cuidadores o compassives que tenen per objectiu millorar les actituds socials i culturals envers una malaltia avançada i el final de la vida tot promovent el suport social i la qualitat de vida a les persones que ho pateixen.

### **Àrea de millora 8. Millorar la investigació al voltant de l'envelliment i les seves condicions associades i les cures pal·liatives en les estratègies i en el finançament de l'R+D+I**

La investigació en l'atenció geriàtrica ha estat una forma clàssica de defensar la necessitat de millorar l'atenció especialitzada a les persones grans. Els darrers quaranta anys a tots els països del món amb xarxes d'especialistes en geriatria s'ha fet molta investigació al voltant de l'eficiència dels dispositius geriàtrics especialitzats. A Catalunya, el Pla director sociosanitari a través de publicacions pròpies o com a eina de difusió del talent dels professionals de les noves generacions de Catalunya ha donat veu a aquesta línia d'investigació. Tot i això, avui en dia, les persones grans són apartades dels principals estudis sobre fàrmacs o teràpies que solen comptar amb perfils de participants molt més joves, deixant en un nivell baix de coneixement l'impacte que poden tenir alguns tractaments o intervencions de forma específica en les persones d'edat avançada.

D'altra banda, l'atenció pal·liativa encara té un llarg camí per recórrer al voltant de l'efectivitat de certs tractaments, dispositius o intervencions atès que és un àmbit encara jove i on els dilemes ètics lligats a la recerca són especialment rellevants.

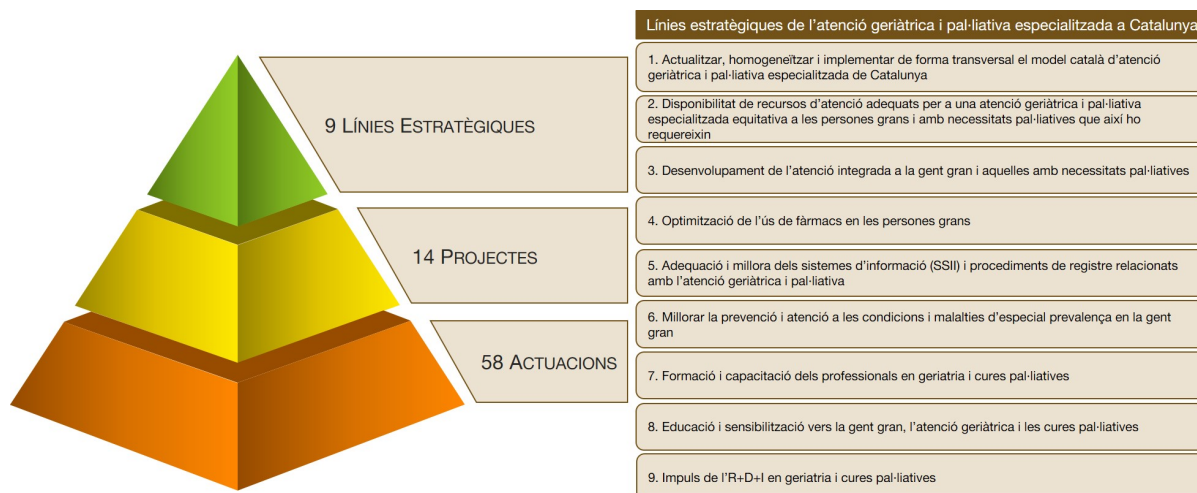
És per això que, avui dia, la investigació al voltant dels fenòmens associats a l'envelliment (deteriorament cognitiu, fragilitat, multimorbiditat, etc.) o l'atenció pal·liativa continuen essent poc estudiats o prioritzats en el desenvolupament de l'R+D+I a Catalunya, i no figuren en els principals plans regionals, com el Pla estratègic de recerca i innovació en salut (PERIS) o l'Estratègia de recerca i innovació per a l'especialització intel·ligent de Catalunya (RIS3CAT), aspecte que condiona la disponibilitat de recursos i finançament. Així, es vol impulsar la incorporació d'avenços, recursos i tècniques més innovadores en

l'atenció pal·liativa en el sistema sanitari i en l'àmbit social, promovent la millora de l'abordatge integral de les persones afectades.

### 3 Línies estratègiques del Pla

El Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya s'estructura a l'entorn de **9 línies estratègiques** que deriven en **15 projectes**, a través de **91 actuacions** a desenvolupar.

Figura 2. Estructuració del Plans estratègics de geriatria i cures pal·liatives especialitzades de Catalunya: Línies estratègiques, projectes i actuacions



Font: Elaboració pròpia

#### 3.1 Línia estratègica 1. Actualitzar, homogeneïtzar i implementar de forma transversal el model català d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

##### Projecte 1. Transformar el model sociosanitari català en el futur model d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya

###### Actuacions:

1. Incorporar a l'atenció geriàtrica i pal·liativa el model i les eines de cronicitat definides (PCC i MACA).
2. Homogeneïtzar el model d'atenció integral i interdisciplinari dels equips geriàtrics i de pal·liatius de Catalunya a tots els àmbits assistencials i proveïdors potenciant un model sòlid, d'acord amb l'evidència i que garanteixi una atenció equitativa a les persones objecte de l'atenció.
3. Implementar el model d'identificació suggerida (PCC/MACA) des de l'atenció geriàtrica i pal·liativa amb l'atenció primària de salut segons el model definit.
4. Orientar l'atenció geriàtrica a aquells grups poblacionals de persones grans que es poden beneficiar més de la intervenció especialitzada a partir dels criteris de fragilitat i cronicitat complexa.

5. Orientar l'atenció pal·liativa de Catalunya al treball d'identificació precoç a persones amb necessitats pal·liatives de forma col·laborativa en l'àmbit hospitalari i de primària, tot liderant la resposta ràpida a aquelles persones amb necessitats pal·liatives amb criteris de complexitat.
6. Participar activament en l'elaboració de les rutes assistencials territorials de complexitat que permeti definir una eina d'atenció integrada vertical amb visió territorial i població definida (PCC i MACA) que determini les situacions on sigui necessària la intervenció de l'atenció geriàtrica i pal·liativa envers aquestes persones.
7. Desenvolupar, implementar els criteris de qualitat dels dispositius, tant estructurals, assistencials, com de personal, per garantir una atenció tant presencial com no presencial, amb visió territorial, d'acord amb les necessitats actuals de les persones i de la xarxa assistencial a la qual han de donar resposta.

## **Projecte 2. Consolidació de la visió de les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives i del seu entorn cuidador en l'abordatge de l'atenció**

### **Actuacions:**

8. Impulsar la participació activa de les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives i del seu entorn en el disseny, difusió, implementació, avaluació, tractament i actualització de rutes assistencials, protocols, processos i models d'abordatge.
9. Desenvolupar marcs avaluatius basats en resultats de salut de les persones (PROM) i de l'experiència del pacient (PREM) que permeti tenir intervencions amb resultats que aportin valor de les actuacions definides en el Pla estratègic.
10. Donar suport a les iniciatives ciutadanes orientades a sensibilitzar la societat envers la gent gran, la lluita contra l'estigma associat a la vellesa, les cures pal·liatives, el final de vida i el dol.

### **3.2 Línia estratègica 2. Disponibilitat de recursos d'atenció adequats per a una atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada equitativa a les persones grans i amb necessitats pal·liatives que així ho requereixin**

#### **Projecte 3. Actualització i consolidació dels recursos especialitzats geriàtrics i de cures pal·liatives a Catalunya per a la gent gran fràgil i amb necessitats complexes, població adulta i pediàtrica, respectivament**

##### **Actuacions:**

11. Actualitzar la cartera de serveis, i adequar-la segons les necessitats poblacionals emergents, i perfils professionals necessaris dels dispositius especialitzats geriàtrics i de cures pal·liatives per facilitar el desenvolupament de criteris de qualitat que permetin avaluar de manera sistematitzada i homogènia el funcionament i resultats d'aquests segons la millor evidència disponible i les recomanacions nacionals i internacionals.
12. Revisar els criteris de planificació necessaris per garantir una cobertura equitativa territorial adequada d'acord amb les necessitats poblacionals de les persones grans fràgils i amb necessitats complexes i de les persones amb necessitats pal·liatives.
13. A partir del mapa de recursos geriàtrics i pal·liatius actuals i conforme als nous criteris de planificació que es defineixin, desenvolupar l'estudi de projecció de mapa de necessitats actuals i futures de recursos específics.
14. Definir els perfils i necessitats de professionals per donar atenció a les necessitats de les persones en els dispositius geriàtrics pal·liatius, per donar resposta a les necessitats de les persones i el seu entorn afectiu, segons la millor evidència disponible i les recomanacions nacionals i internacionals.
15. Establir el sistema de finançament adequat en relació amb la nova cartera i la població a donar cobertura per poder tenir uns recursos sostenibles en el temps.
16. Publicar el directori de recursos especialitzats geriàtrics i de cures pal·liatives de forma periòdica que faciliti el coneixement a la ciutadania i professionals dels recursos disponibles.
17. Establir les unitats de diagnòstic ràpid o la possibilitat de reconversió d'una part dels hospitals de dia en l'abordatge de situacions de crisi.

### 3.3 Línia estratègica 3. Desenvolupament de l'atenció integrada a la gent gran i aquelles amb necessitats pal·liatives

#### Projecte 4. Millora de l'atenció integrada vertical al sistema de salut

##### Actuacions:

18. Potenciar l'accessibilitat als equips de suport hospitalaris i domiciliaris geriàtrics i de cures pal·liatives per part de l'atenció primària de salut i altres serveis hospitalaris.
19. Impulsar i consolidar dins la xarxa territorial els comitès territorials o comissions que permetin treballar els plans integrals de detecció precoç de persones amb necessitats pal·liatives i la resposta que donaran els diferents àmbits (bàsics i especialitzats) a la població adulta, infantojuvenil i pediàtrica.
20. Definir, impulsar, consolidar i avaluar les unitats funcionals territorials que doni forma a la integració clínica per garantir un procés homogeni per atendre aquesta població.
21. Establir estratègies territorials col·laboratives amb atenció primària de salut en el conjunt del territori per garantir una accessibilitat als recursos geriàtrics i pal·liatius fora de l'horari habitual (7x24) per reforçar la continuïtat en l'atenció d'aquestes persones i prevenir la necessitat d'atenció en urgències hospitalàries.
22. Desenvolupar estratègies de suport a altres especialitats o d'atenció directa intrahospitalàries de millora d'**atenció a la gent gran**, especialment l'atenció a urgències, en l'àmbit quirúrgic (ortogeriàtric, cirurgia cardíaca, cirurgia general,...), en l'àmbit oncològic i nefrològic.
23. Desenvolupar estratègies de suport a altres especialitats o d'atenció directa intrahospitalàries al **final de la vida** en aquells serveis amb elevada prevalença de casos en què és prioritari l'atenció a urgències, a unitats de cures intensives i l'àrea maternoinfantil.
24. Definició del model d'atenció a la fragilitat hospitalària que permeti un model d'abordatge col·laboratiu de les persones grans, especialment per a la prevenció, detecció precoç i atenció de les síndromes geriàtriques.
25. Definició del model d'abordatge col·laboratiu hospitalari de situacions tributàries d'atenció precoç pal·liativa (per exemple, malaltia renal crònica avançada en tractament conservador, persona no tributària de TAVI...).
26. Desenvolupar de forma conjunta amb atenció primària de processos de suport per equips geriàtrics i pal·liatius o d'ingrés directe a atenció intermèdia, amb l'objectiu d'evitar un ingrés innecessari



hospitalari d'aguts o donant suport ràpid al retorn precoç des de l'hospital d'aguts.

27. Desenvolupar un nou model català d'atenció urgent hospitalària a les persones grans a Catalunya.

### **Projecte 5. Potenciació de l'atenció transicional entre els diferents recursos per a l'abordatge a la gent gran i a persones amb necessitats pal·liatives**

#### **Actuacions:**

28. Definir i implementar protocols de coordinació en les transicions assistencials, entre àmbits assistencials, de les persones grans especialment vulnerables i a les persones amb necessitats pal·liatives tant d'edat pediàtrica com adulta.
29. Establiment dels processos integrats d'atenció entre els hospitals d'aguts i els centres hospitalaris d'atenció intermèdia que optimitzi les transicions entre centres, evitant les estades innecessàries en aguts i que garanteixi una equitat d'accés territorial als recursos intermedis de la forma més eficient possible.
30. Definir i implementar protocols de coordinació en la transició entre equips específics de les persones d'edat pediàtrica a adulta amb necessitats pal·liatives.
31. Establir un model d'atenció a les transicions entre l'atenció geriàtrica especialitzada i l'atenció primària i comunitària de salut després d'ingressos en hospitals d'atenció intermèdia.
32. Establir un model d'atenció a les transicions entre els equips d'atenció pal·liativa i l'atenció primària per a persones amb necessitats pal·liatives.
33. Promoure la identificació de professionals de referència de persones grans amb necessitats complexes, tant en l'àmbit d'APiC (EAP, residències) com en el d'AH, com a figures clau de la coordinació assistencial entre equips i àmbits per afavorir les transicions.
34. Desenvolupar el model en la detecció i abordatge en l'atenció primària de les persones grans fràgils i amb necessitats complexes.
35. Definir i homogeneïtzar el rol de suport dels equips de cures pal·liatives a l'atenció primària de salut (PADES) per millorar l'equitat d'accés a les persones i professionals.



## **Projecte 6. Millora de l'atenció integrada horitzontal a persones tributàries d'atenció geriàtrica o pal·liativa**

### **Actuacions:**

36. Implementar territorialment la ruta d'atenció a la complexitat per millorar l'atenció a les persones grans amb necessitats complexes i aquelles amb malalties cròniques avançades garantint la participació dels diferents àmbits assistencials del sistema sanitari i l'àmbit domiciliari i residencial socials.
37. Establir el protocol d'actuació conjunt entre el Departament de Salut i el Departament de Justícia per a persones grans o aquelles amb necessitats pal·liatives amb necessitats d'intervenció o suport especialitzat quan tenen la llibertat ja sigui per compliment de la condemna o per necessitats de salut.
38. Establir amb l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària el paper del personal d'infermeria especialista en geriatria a les residències de Catalunya com a element de millora de l'atenció de les persones grans o amb malaltia crònica avançada que viuen en els centres residencials.
39. Establir amb el Departament de Drets Socials el protocol d'acció ràpida i abordatge integrat social i sanitari a les persones en situació de final de vida i el seu entorn que necessiten de suport social per tal de garantir el seu desig de morir a casa.
40. Valorar amb el Departament de Treball mesures que permetin la persona cuidadora d'una altra persona, en situació de final de vida, pugui deixar de treballar o reduir la seva jornada laboral per poder acompanyar el final de vida del seu familiar.
41. Col·laborar amb el Departament d'Ensenyament per tal de facilitar referents de cures pal·liatives a les escoles per millorar la percepció social de les cures pal·liatives, la mort i el dol i desenvolupar un programa de suport especialitzat a la comunitat educativa i per als infants que estiguin afectats de malalties cròniques avançades o limitants de la vida, perquè tinguin la possibilitat de poder anar a l'escola (p. ex. Projecte Anjana).

## **3.4 Línia estratègica 4. Optimització de l'ús de fàrmacs en les persones grans**

### **Projecte 7. Millorar l'efectivitat, l'ús racional i la seguretat del tractament en les persones grans**

#### **Actuacions:**

42. Implementar estratègies de prescripció centrada en la persona per aplicar en persones grans especialment en les transicions segons el model definit.
43. Disminuir l'ús de psicofàrmacs en persones grans de forma crònica.
44. Estudiar i millorar l'ús d'opiacis de forma crònica en les persones grans.
45. Impulsar l'elaboració, revisió i implantació dels plans d'actuacions per a la detecció de problemes de seguretat clínica en matèria d'ús de medicaments en persones grans.
46. Col·laborar en el desenvolupament de la guia farmacoterapèutica orientada a les persones grans per a dispositius residencials de Catalunya.
47. Col·laborar de forma activa en el Programa d'harmonització farmacoterapèutica del CatSalut per tal d'adaptar les seves recomanacions a les persones grans.

### **3.5 Línia estratègica 5. Adequació i millora dels sistemes d'informació (SSII) i procediments de registre relacionats amb l'atenció geriàtrica i pal·liativa**

#### **Projecte 8. Desenvolupament d'uns sistemes de registre i d'informació més accessibles, més interoperables per als professionals i dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada**

##### **Actuacions:**

48. Optimitzar la integració i l'accés a les històries clíniques de pacients atesos als dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa entre els diferents dispositius i àmbits assistencials, facilitant l'atenció integrada en el sistema de salut i l'explotació de les dades per a la millora contínua de la qualitat del diagnòstic, tractament i seguiment d'aquests pacients.
49. Definir i incorporar un nou conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) per als dispositius d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada que permeti al Departament de Salut una adequada informació sobre l'activitat, tipologia de pacients i resultats de salut obtinguts dels diferents dispositius del sistema sanitari català.
50. Definir i estandarditzar el registre bàsic comú (valoració multidimensional, escales a emprar) com a eina d'intercanvi d'informació entre àmbits assistencials, facilitadora d'anàlisi estructurat i que permeti la planificació de mesures que ajudin a

millorar l'atenció a les persones grans i a les persones amb necessitats pal·liatives.

51. Establir l'ECAP com a sistema d'informació dels equips de suport domiciliaris (PADES) dels diferents proveïdors del territori català com a eina clau de l'atenció integrada amb l'atenció primària.

### **3.6 Línia estratègica 6. Millorar la prevenció i atenció a les condicions i malalties d'especial prevalença en la gent gran**

#### **Projecte 9. Impuls en la prevenció, detecció precoç i abordatge de les síndromes geriàtriques en les persones grans ateses als dispositius d'internament del sistema sanitari i social**

##### **Actuacions:**

52. Implementar una estratègia de detecció, prevenció i atenció a les persones grans amb disfàgia i desnutrició als dispositius d'internament del sistema sanitari i centres residencials, d'acord amb els models desenvolupats.
53. Elaborar i implementar una estratègia de prevenció, detecció precoç i tractament de la síndrome confusional aguda en centres sanitaris i residencials.
54. Desenvolupar un decàleg i estratègies específiques per a la prevenció de complicacions derivades de la institucionalització o l'internament sanitari de les persones grans (deteriorament funcional, caigudes...).
55. Definir i implementar l'estratègia de detecció precoç i abordatge de la fragilitat inicial en el marc de l'atenció primària de salut de Catalunya per endarrerir l'aparició de la discapacitat en les persones grans.
56. Pla d'actuació per a la millora de la gestió de la infecció relacionada amb l'atenció sanitària en els centres d'atenció intermèdia i de llarga durada de forma conjunta amb el VINCat.
57. Definir i implementar l'estratègia de detecció precoç i abordatge de les principals síndromes geriàtriques.

### **Projecte 10. Desenvolupar estratègies de millora organitzativa i de model d'atenció a les malalties o símptomes especialment prevalents en les persones grans**

#### **Actuacions:**

58. Definir una estratègia i model organitzatiu de millora d'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències a Catalunya.
59. Definir una estratègia i model organitzatiu de millora d'atenció a la malaltia de Parkinson i altres parkinsonismes.
60. Definir i implementar l'estratègia d'atenció a les persones amb dolor crònic (oncològic i no oncològic) a Catalunya.

### **3.7 Línia estratègica 7. Formació i capacitació dels professionals en geriatria i cures pal·liatives**

#### **Projecte 11. Impuls del coneixement dels professionals residents i aquells en període de formació de pregrau en geriatria i cures pal·liatives**

#### **Actuacions:**

61. Treballar amb els centres universitaris que els plans docents dels programes de pregrau de les professions sanitàries incorporin la geriatria i les cures pal·liatives com a part del coneixement bàsic. Garantir que els plans docents dels programes de grau de les professions sanitàries incorporin el model d'atenció de les cures pal·liatives i atenció geriàtrica especialitzada.
62. Treballar en la incorporació de la formació en geriatria i cures pal·liatives als programes de residència de tots els professionals sanitaris implicats en l'abordatge de persones grans o amb malalties cròniques avançades o amenaçants, incloses totes les especialitats infermeres, mèdiques i psicologia, entre d'altres. Incorporar la formació en cures pal·liatives i geriatria als programes de residència de tots els professionals sanitaris implicats, incloses infermeria, medicina i psicologia, entre d'altres.

## **Projecte 12. Desenvolupament de la formació continuada sobre geriatría i cures pal·liatives per als professionals sanitaris**

### **Actuacions:**

63. Donar suport a les activitats formatives de postgrau i mestratges orientades a l'atenció geriàtrica i pal·liativa a Catalunya.
64. Desenvolupar un programa de formació continuada sobre diagnòstic i maneig integral de les persones grans i aquelles amb necessitats pal·liatives liderada de forma conjunta entre el Departament de Salut amb les societats científiques i professionals experts per als professionals implicats en el maneig d'aquestes persones.
65. Elaboració d'un programa de formació interdisciplinari teòric i pràctic per al maneig de persones grans i les complicacions derivades de la seva hospitalització, especialment en l'àmbit hospitalari d'aguts.
66. Crear i implantar un programa de rotació per a unitats docents multidisciplinàries i/o serveis de geriatría o de cures pal·liatives per a professionals que vulguin millorar els seus coneixements pràctics en atenció a les persones grans i en atenció pal·liativa especialitzada.
67. Col·laborar amb la Direcció General de Professionals del Departament de Salut en la implementació del diploma d'acreditació en cures pal·liatives del Ministeri de Sanitat i Consum.
68. Dimensionament o planificació de les necessitats de professionals especialistes de les diferents disciplines per establir l'oferta de nombre de places i unitats docents multidisciplinàries que es disposen.
69. Dimensionament o planificació de les necessitats de professionals que requereixin de diploma de cures pal·liatives.

## **3.8 Línia estratègica 8. Educació i sensibilització vers la gent gran, l'atenció geriàtrica i les cures pal·liatives**

### **Projecte 13. Promoció de la sensibilització i conscienciació de la ciutadania envers la gent gran, l'atenció geriàtrica, les cures pal·liatives, la mort i el dol**

#### **Actuacions:**

70. Desenvolupar el decàleg contra l'estigma envers les persones grans a Catalunya.
71. Col·laborar amb la Direcció estratègica d'atenció primària i comunitària i l'Agència de Salut Pública en accions

orientades a favor de l'envelliment saludable, pràctiques de valor adreçades a la gent gran i detecció precoç de la fragilitat.

72. Elaborar campanyes de difusió del coneixement de les cures pal·liatives en qualsevol àmbit sanitari i social.
73. Donar rellevància i visibilitat a la iniciativa de les associacions de gent gran que desenvolupen programes de suport entre iguals a Catalunya.
74. Donar rellevància i visibilitat a la iniciativa de ciutats compassives o cuidadores que desenvolupen programes de suport a les persones afectades de malalties cròniques avançades a Catalunya.
75. Desenvolupar el directori de grups de suport i associacions de gent gran de Catalunya per facilitar que les persones grans puguin trobar grups propers on poder compartir la seva situació.
76. Desenvolupar el directori de grups de suport al dol per facilitar que les persones que hagin tingut una pèrdua puguin trobar grups propers on poder compartir la seva situació.
77. Promoure iniciatives de sensibilització i conscienciació global de la ciutadania, les institucions i les administracions públiques vers la gent gran en col·laboració amb les associacions de pacients.
78. Desenvolupar programes de sensibilització i presa de consciència vers la gent gran per als professionals dels diferents àmbits assistencials.
79. Promoure iniciatives de sensibilització i conscienciació global de la ciutadania, les institucions i les administracions públiques vers les cures pal·liatives, en col·laboració amb les associacions de pacients, ciutats compassives o cuidadores.
80. Promoure iniciatives d'intercanvi intergeneracional, centrades en l'enriquiment personal mutu (ja en tenim exemples com el fet de compartir habitatge amb universitaris, urbanitzacions que barregen habitatges tutelats per a gent gran amb universitaris...).
81. Impulsar accions de reconeixement social dels professionals relacionats amb l'atenció geriàtrica i amb les cures pal·liatives, en el marc d'iniciatives de sensibilització social.
82. Impulsar accions a escala municipal i/o consells comarcals per a la eliminació de barreres arquitectòniques, ciutats amigues de la gent gran, sistemes de telemonitoratge a persones sanes de risc.
83. Facilitar accions al món educatiu d'inclusió del tema de la malaltia, la mort i el dol, que redueixin el tabú associat.
84. Fomentar la connexió entre les entitats associatives de pacients i els recursos d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada territorials.

### **3.9 Línia estratègica 9. Impuls de l'R+D+I en geriatría i cures pal·liatives**

#### **Projecte 14. Disseny d'un marc de desenvolupament de l'R+D+I en geriatría i cures pal·liatives**

##### **Actuacions:**

85. Definir un mapa de necessitats en R+D+I en matèria d'atenció geriàtrica i abordatge en cures pal·liatives a Catalunya per al seu impuls.
86. Dissenyar i desplegar un quadre d'indicadors de seguiment de l'R+D+I en matèria de l'atenció geriàtrica i de cures pal·liatives.
87. Afavorir dinàmiques de treball entre grups d'investigació en l'àmbit geriàtric i pal·liatiu de Catalunya que augmenti la capacitat de poder desenvolupar treballs multicèntrics incrementant el valor de la recerca en aquest camp a Catalunya.

#### **Projecte 15. Priorització i desenvolupament de l'R+D+I en geriatría i cures pal·liatives**

##### **Actuacions:**

88. Impulsar l'atenció a la gent gran com una prioritat en el desenvolupament d'iniciatives d'R+D+I, incloent-hi els models d'atenció, la prevenció i atenció a les síndromes geriàtriques, la inclusió de les persones grans en els estudis o assajos clínics rellevants, i fomentant iniciatives d'investigació a l'entorn de les malalties o condicions especialment rellevants en la gent gran que utilitzin les dades massives, la intel·ligència artificial i els entorns virtuals.
89. Impulsar les cures pal·liatives com una prioritat en el desenvolupament d'iniciatives d'R+D+I, incloent-hi les pediàtriques, les cures pal·liatives oncològiques i no oncològiques, i fomentant iniciatives que utilitzin les dades massives, la intel·ligència artificial i els entorns virtuals.
90. Fomentar estudis en pràctica habitual (entorns naturals), amb l'ajuda de les entitats proveïdores, per generar coneixement d'aplicabilitat al nostre àmbit.

## 4 Avaluació i seguiment del Pla estratègic

Per assegurar una adequada implantació del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada es considera necessari definir un model d'avaluació i seguiment que permeti valorar-ne l'impacte en el sistema i promoure'n la implementació, atenent a totes aquelles dimensions que es puguin veure afectades.

### 4.1 Quadre d'indicadors

Els indicadors permeten l'obtenció d'informació fiable, consistent i sistemàtica, de manera que, periòdicament, es pugui avaluar i prendre les mesures adequades per tal de modificar allò que sigui necessari o oportú per a l'optimització del desplegament del Pla. El conjunt d'indicadors vinculats al desplegament i implementació del present Pla estratègic han de facilitar la presa de decisions en la planificació, organització, gestió i avaluació d'aquest.

Així doncs, per tal de complir amb aquests objectius, seguidament s'indiquen els indicadors definits distribuïts en cinc categories:

Categoria	Indicadors*
<b>1. Desplegament del Pla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percentatge d'actuacions i projectes posats en marxa per línia estratègica.</li> </ul>
<b>2. Recursos o capacitats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de recursos d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada (UCP/PADES/ESH/CEI/HDia/URF/LLE/UGD) segons nivell, cobertura poblacional assignada i població atesa.</li> <li>✓ Nombre d'iniciatives d'R+D+I vinculades a l'atenció geriàtrica o pal·liativa desenvolupades.</li> <li>✓ Consum d'analgèsics opioides anual en persones MACA.</li> </ul>
<b>3. Abordatge especialitzat geriàtric i pal·liatiu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percentatge d'àrees de gestió assistencial (AGA) amb comitès i comissions d'atenció al final de vida.</li> <li>✓ Percentatge d'AGA amb, com a mínim, una ruta assistencial de complexitat (PCC/MACA) amb participació de l'atenció intermèdia.</li> <li>✓ Percentatge d'AGA amb unitats funcionals territorials.</li> <li>✓ Percentatge d'AGA amb protocols de transicions establerts.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percentatge d'AGA amb professionals de referència establerts.</li> <li>✓ Taxa de persones de més de 75 anys que ingressen a urgències amb atenció per part de l'equip de suport hospitalari.</li> <li>✓ Taxa de persones intervingudes de TAVI amb atenció per part de l'equip de suport hospitalari</li> <li>✓ Taxa de persones amb MRC avançada ateses al servei de nefrologia amb atenció per part de l'equip de suport hospitalari geriàtric o pal·liatiu</li> </ul>
<p><b>4. Resultats intermedis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percentatge de persones amb MACA amb PIIC de qualitat.</li> <li>✓ Percentatge de persones amb MACA amb criteris de complexitat moderada/elevada atesos per equips especialitzats de cures pal·liatives.</li> <li>✓ Utilització d'urgències hospitalàries per persones amb MACA.</li> <li>✓ Percentatge de persones amb identificació suggerida PCC o MACA des de l'atenció intermèdia</li> <li>✓ Percentatge de persones amb MACA i amb polimediació.</li> <li>✓ Percentatge d'hospitalitzacions potencialment evitables en usuaris amb MACA.</li> <li>✓ Taxa de persones afectades de malalties cròniques avançades no identificades com a MACA ni ateses per equips de cures pal·liatives.</li> </ul>
<p><b>5. Resultats finals</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taxa de prevalença de persones amb necessites pal·liatives que moren a urgències</li> <li>✓ Taxa de dies passats al domicili els darrers sis mesos de vida de les persones afectades de malaltia crònica avançada.</li> <li>✓ Taxa de persones ingressades a llits d'hospitalització aguda en seguiment per un equip especialitzat geriàtric o pal·liatiu.</li> </ul>

\*Com a norma general i sempre que l'indicador així ho permeti, s'ha de procurar disposar dels resultats diferenciats per edat, sexe i grup de morbiditat ajustada (GMA).

## **4.2 Model d'avaluació i seguiment del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya**

L'avaluació i seguiment d'un pla de salut ha de posar èmfasi, fonamentalment, a determinar si el procés d'anàlisi, de formulació i de desplegament dels projectes del Pla han contribuït a establir les sinergies i aliances necessàries per impulsar una millora en el marc de l'atenció sanitària que l'ocupa.

Pel que fa al model d'avaluació i seguiment del present Pla estratègic, es considera necessària la participació activa dels membres del Consell Assessor del Pla director sociosanitari, per tal de fer el seguiment i garantir el seu desplegament. En termes generals, les funcions dels necessaris grups de treball derivats de les línies estratègiques, projectes i actuacions del present Pla, són les d'elaboració, coordinació i seguiment de la posada en marxa dels projectes i actuacions recollides en el Pla, amb els agents corresponents necessaris (societats científiques, col·legis professionals, patronals, entitats associatives, altres unitats del Departament de Salut i/o Servei Català de la Salut), així com la valoració de l'assoliment dels resultats, els objectius plantejats i la proposta d'actuacions per tal de corregir les possibles desviacions. La formalització d'aquests grups de treball es determinen en el ple del Consell Assessor de forma conjunta amb el Pla director sociosanitari.

Així doncs, un cop aprovat el Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada es posen en marxa accions per impulsar-ne la implementació i operativització al territori, els objectius de les quals són els següents:

- Donar a conèixer el contingut del Pla dins i fora del sistema sanitari català.
- Treballar amb els responsables de les línies estratègiques per definir les fites.
- Oferir acompanyament metodològic als responsables dels projectes per donar-los a conèixer i dinamitzar-ne l'aplicació.
- Fomentar el coneixement del Pla en el territori, d'acord amb les prioritats marcades pel coordinador del Pla i facilitar la participació dels agents necessaris per a la implementació dels projectes.
- Facilitar la interacció i la col·laboració entre projectes que tenen àrees d'interacció.

- Establir la metodologia específica de seguiment dels projectes, els quals hauran de disposar d'un quadre d'indicadors específic.

La potestat d'aquestes accions recau sobre el Pla director que mitjançant el seu Consell Assessor, dinamitzen i impulsen el desplegament del Pla i les seves activitats mitjançant les reunions d'aquests amb altres representants del Departament de Salut, el Servei Català de Salut (CatSalut) i, sempre que així sigui necessari, els responsables de cada línia estratègica.

Paral·lelament, cal comptar amb la presència d'un comitè tècnic assessor del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal·liativa especialitzada de Catalunya, el qual parteix de la selecció d'un grup de professionals referents del Consell Assessor i l'equip del Pla director. Les funcions principals del comitè estan focalitzades en el seguiment i avaluació del Pla, la realització de tasques d'assessoria de la resta de grups de treball i la definició i proposició d'indicadors i estàndards relacionats amb el desenvolupament específic dels projectes recollits en el Pla i vetllar per la coordinació efectiva d'aquests.