

## Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC.

Versió final, del 19 d'abril de 2016.

### Autors i revisors del document:

Neus Albanell

Ruth Griñó

Paloma Amil

Melinda Jiménez

Josep Ramon Arisa

Xavier Jiménez

Monica Arjona

Ester Julve

Edelmiro Balboa

Cristina Lasmarias

Cristina Barbas

Albert Ledesma

Gemma Blanco

Esther Limón

Carles Blay

Pilar Loncan

Núria Camprodon

Victoria Mir

Montse Canet

José Carlos Molina

Toni Castro

Sonia Pérez

Jordi Cid

Pilar Piñeiro

Xavier Costa

Sonia Robles

Joan Carles Contel

Sara Roque

Ramon Descarrega

Eva Ruiz

Dolors Domènech

Sebastià Santa Eugènia

Miquel Domènech

Ester Sarquella

Helena Fernandez-Pavon

Núria Terribas

Benito Fontecha

Anna Vena

Lluïsa Garcia Garrido

Laura Vila

Assumpció González-Mestre

Salvador Vilar



## INDEX

<b>Introducció</b>	pàg. 3
Objectiu del document	pàg. 3
<b>Conceptualització del PIIC</b>	
1. Què és un PIIC?	pàg. 4
2. Què no és un PIIC?	pàg. 4
3. Quin és el valor que aporta el PIIC a les persones, als professionals i al conjunt del sistema?	pàg. 5
4. Quina podria ser la utilització inadequada del PIIC i l'impacte o els riscos que comportaria?	pàg. 6
<b>Gestió operativa del PIIC</b>	
5. Quins professionals elaboren el PIIC?	pàg. 7
6. Quins són els límits de responsabilitat i l'impacte legal sobre allò que escrivim al PIIC i de la decisió clínica que altres acabin prenent?	pàg. 8
7. Quins són els bons usos d'intercanvi d'informació entre professionals de diferents àmbits?	pàg. 8
8. Quin és el grau de participació de les persones en la seva redacció?	pàg. 9
9. Cal fer tot el PIIC a tots els pacients PCC o MACA?	pàg. 10
10. Quin és el manual d'estil en la redacció del PIIC?	pàg. 12
11. Altres preguntes habituals	pàg. 12
<b>Redacció efectiva de l'informe</b>	
12. Com fer operativa la visió proactiva que reclama el PIIC?	pàg. 14
13. Quines són les recomanacions de bones pràctiques per a cada un dels apartats del PIIC?	pàg. 15
13.1 Data informe	pàg. 15
13.2 Dades del pacient	pàg. 15
13.3 Dades dels professionals assignats	pàg. 15
13.4 Diagnòstics rellevants	pàg. 15
13.5 Pla de medicació	pàg. 15
13.6 Reaccions adverses i al·lèrgies	pàg. 16
13.7 Recomanacions en cas de crisi o descompensació	pàg. 16
13.8 Planificació de decisions anticipades. PDA i DVA	pàg. 19
13.9 Valoració multidimensional	pàg. 20
13.10 Atenció al pacient	pàg. 21
13.11 Indicadors	pàg. 21
13.12 Informació addicional	pàg. 21
13.13 Relacions	pàg. 22
13.14 Dades del professional referent del PIIC	pàg. 22
<b>Producció, avaluació i manteniment del PIIC</b>	
14. Com queda dipositada en el PIIC 2.0 la informació de versions anteriors del PIIC?	pàg. 23
15. Com es genera el PIIC?	pàg. 23
16. Com es valora la qualitat d'un PIIC?	pàg. 24
17. Quan cal actualitzar el PIIC?	pàg. 25



## Introducció

Totes les estratègies adreçades a les persones amb necessitats complexes, siguin sanitàries o socials, consideren com a elements cabdals d'una bona atenció: a) la **planificació proactiva** de l'actuació dels professionals, b) la **presa de decisions** de manera compartida entre professionals i entre professionals i persones ateses, i c) la disposició de les bones pràctiques en **plataformes comunes** d'informació que facilitin una pràctica realment col·laborativa.

L'acompliment d'aquestes tres condicions permet generar respostes assistencials de qualitat òptima i efectiva, en tant que s'ajusten a les necessitats i preferències de la persona i, si s'escau, del seu entorn familiar.

En aquest context, la creació i publicació a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) dels **Plans d'intervenció individualitzats i compartits** (PIIC), pot ser un instrument afavoridor d'una millor atenció a les persones amb complexitat clínica que, en l'entorn català, venen identificades com a PCC o MACA.

Diem *pot ser* perquè només ho serà en la mesura en que aquests PIIC es gestionin d'una manera apropiada. Entenent com a gestió, el procés de creació, compartició, publicació i consulta del pla.

La intenció d'aquest document és oferir claus pràctiques per tal de que aquesta gestió es faci en les millors condicions.

## Objectiu del document

Aquest document, per tant, pretén posar al dia els criteris de bon ús dels PIIC respecte a la revisió que es va publicar l'abril de 2015.

Les recomanacions que s'hi fan deriven de les aportacions dels diferents grups de treball que han revisat els PIIC, i altres suggeriments que diversos professionals han fet arribar al Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) o al Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).

Les propostes del document són consells orientatius per als redactors, i es basen en el format de PIIC 2.0, que està disponible a HC3 des de maig de 2015.

Està prevista una pròxima edició d'aquestes recomanacions quan es faci una versió avançada del PIIC (3.0), cosa que probablement succeirà al llarg de 2017.

La present actualització fa un èmfasi especial en els elements referits a la gestió de la informació compartida entre professionals, i entre professionals i persones. Per tant, la seva utilitat pot anar, fins i tot, més enllà de l'àmbit circumscrit al PIIC.

Com en les versions anteriors, aquest document s'expressa en una estructura de *preguntes més habituals*, la resposta a les quals constitueix el corpus de bones pràctiques recomanades.

## Conceptualització del PIIC

### 1. Què és un PIIC?

El PIIC és un document dinàmic que se sustenta en la HC3 i que recull les dades sanitàries i socials més importants d'una persona identificada com a pacient crònic complex (PCC) o com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA), i les disposa en un entorn compartit d'informació (HC3).

Representa sobretot un acte de **comunicació entre professionals**, on aquells que millor coneixen la persona sintetitzen i ofereixen la informació més rellevant del cas. D'aquesta manera, quan la persona és atesa per professionals no referents, aquests poden disposar, mitjançant el PIIC, de la informació essencial del cas, la qual cosa afavoreix que puguin prendre millors decisions, més congruents amb les necessitats, els valors i les preferències de la persona.

El valor dels acords del PIIC no és absolut ni inequívoc, en el sentit de que els professionals no referents prendran les seves decisions tenint en compte la informació i les recomanacions que hi consten, però també considerant les circumstàncies, el context i l'opinió dels professionals i de la persona en el moment concret. Així, el PIIC té una funció de suport i ajuda a la bona pràctica, però no és pas una guia rígida que calgui seguir acríticament.

El PIIC garanteix, doncs, la continuïtat assistencial en contextos 7x24 i representa una prolongació virtual en el temps i l'espai del pacte terapèutic i dels criteris de bona pràctica que, des d'una òptica integral, han acordat de manera conjunta l'equip assistencial de referència i les persones identificades com a PCC o com a MACA, i també, quan escaigui, la família o l'entorn cuidador.

En la mesura de que la informació que consta al PIIC està consensuada per tots i és rellevant per a la persona, cal considerar-la la millor informació que hom pot disposar. Això, consegüentment, comportarà que el procés d'atenció millori i respongui a l'especial vulnerabilitat que tenen aquests pacients.

### 2. Què no és un PIIC?

El PIIC no substitueix el pla d'atenció, el pla terapèutic o el pla de cures que l'equip assistencial de referència hagi establert per a l'adequada atenció d'una persona identificada com PCC o MACA.

Aquests plans tenen un nivell d'exhaustivitat -pel que fa a la visió integral i a la planificació integrada del procés d'atenció- que el PIIC no pretén.

Altrament, el PIIC tampoc és una alternativa a un document de voluntats anticipades (**DVA**). Tot i que el PIIC pot incloure elements referits a preferències pactades entre professionals i pacients (ampliar informació a pàg. 19), la seva intenció principal és transferir informació des d'un equip professional de referència a altres equips que, eventualment, poden necessitar aquesta informació per actuar en les millors condicions per decidir.

Finalment, el PIIC mai cal entendre'l com quelcom burocràtic, on l'interès consisteixi simplement en registrar de dades, menystenint el component comunicatiu i informatiu que comporta vers la persona, el seu entorn i els professionals que intervenen en el procés de cura.

### 3. Quin és el valor que el PIIC aporta a les persones, als professionals i al conjunt del sistema?

El cúmul progressiu d'experiències i evidència sobre la utilització del PIIC mostra les capacitats que es resumeixen en la taula adjunta:

	PER	PRE	PRR	SIS
Obrir l'actitud reflexiva dels professionals sobre la persona atesa	+	+++	+	+
Consolidar la presa compartida de les decisions entre professionals i entre professionals i persones	+++	+++	+	+
Potenciar l'actuació proactiva dels professionals i equips	+++	++	+	+++
Facilitar que els professionals treballin interdisciplinàriament	++	++	+	++
Promoure una mirada integral i actualitzada de la persona, incorporant i posant al dia totes les dimensions d'atenció des de la participació activa del pacient i, si escau, la seva família	+++	+++	+++	+++
Adaptar les actuacions a les necessitats, els valors i les preferències de la persona atesa	+++	+	++	++
Permetre la incorporació de respostes anticipades, proactives i precoces en cas de descompensació, generant pràctiques col·laboratives en entorns de multiprovisió i multinivell	++	+	+++	++
Fer més fàcil la presa de decisions en contextos de complexitat i incertesa	+	+	+++	++
Assegurar una utilització més adient dels recursos, maximitzant quan escaigui la resposta assistencial al domicili, incrementant també les opcions d'atenció intermèdia	++	+	+	+++
Generar una percepció de qualitat i tranquil·litat en els agents participants de l'atenció (persones i professionals)	+++	+++	++	+
Promoure el redisseny dels processos i dels rols professionals	+	++	++	+++
Donar coherència al conjunt d'actuacions i la gestió del cas	+++	+++	+++	++
Oferir informació destil·lada i una millor comprensió del context	+	+	+++	+
Reduir la incertesa i augmentar la precisió diagnòstica i l'eficiència en la presa de decisions	+	+	+++	+
Minimitzar les hostilitats interpersonals i incrementar l'eficiència comunicativa	++	+	+++	+
Donar l'oportunitat d'aportar valor en la gestió del cas per part dels professionals no referents	+	+	+++	+
Propiciar en la persona una reflexió evolutiva i una millor comprensió de la pròpia salut	+++	+	+	+
Apoderar les persones en la presa -i eventual delegació- de decisions	+++	+	+	++
Aproximar el procés d'atenció al domicili de la persona	+++	+	+	++

**PER:** persona atesa, **PRE:** professional emissor del PIIC, **PRR** professional receptor del PIIC, **SIS** sistema sanitari

Atès aquest perfil de capacitats, cada cop és més patent en el context professional la importància de consultar-lo per garantir una bona atenció a les persones amb condició de complexitat.

#### 4. Quina podria ser la utilització inadequada del PIIC i l'impacte o els riscos que comportaria?

Com tot instrument clínic, el PIIC té majorment conseqüències positives, però pot també comportar efectes adversos, que són especialment significatius quan se'n fa una utilització inapropiada per part dels professionals (redactors o receptors), dels gestors o, fins i tot, dels ens departamentals.

Es pretén alertar aquí sobre les actuacions o omissions més habituals d'utilització inadequada –o mala praxi- en la gestió del PIIC, que poden comportar responsabilitat ètica o professional i, eventualment, legal, i d'entre quals en volem posar de manifest els següents:

- a. Fer un ús instrumental del PIIC com un simple element a complir dins el contracte de gestió o les DPO, o com un element de gestió *eficientista*.
- b. No consultar HC3 el professional receptor sabent que hi ha un PIIC que està complimentat i és disponible.
- c. Utilitzar el PIIC amb caràcter defensiu o en benefici del professional o del servei, i no de la persona.
- d. No fer un PIIC amb l'argument de la manca de temps.

Alguns comentaris al respecte...

El PIIC és un instrument d'atenció centrada en la persona que persegueix l'atenció òptima enfront determinades circumstàncies. En la mesura en què és això el que pretén, és una mala pràctica no consultar-lo sabent que es disposa d'ell, o no dur-lo a terme simplement per una qüestió d'agenda.

A més a més, només té sentit crear-lo si es fa en condicions de qualitat (pàg. 24). La no-qualitat deliberada en la gestió del PIIC és una pràctica no correcta en termes ètics i, eventualment, legals.

La seva inclusió, per part del Departament de Salut o de les organitzacions proveïdores, dins dels procediments de compra o d'incentivació hauria d'estar ben justificada i implantar-se des del màxim consens de les parts implicades, tot evitant en tot cas que convertís-lo en element d'incentivació o compra perverteixi la pròpia finalitat i les condicions d'implementació de la mesura.

Per molt que, genèricament, fer el PIIC es consideri necessari per al bon funcionament del model d'atenció, l'informe no s'hauria de crear en cas de que el professional o la persona pensin que no ha de comportar una millora en l'atenció.

D'altra banda, que les accions que se'n derivin de les recomanacions proposades tinguin o no un efecte positiu en l'eficiència del sistema i en la millor distribució dels recursos, no és l'objectiu central i únic d'aquesta estratègia d'informació compartida, on sí que ho és l'assoliment d'una millor atenció a la persona.

Finalment, el PIIC es pensa i es fa per beneficiar la persona i respondre les seves necessitats i preferències, no pas per endreçar els circuits assistencials d'una manera que preferentment respongui als interessos dels professionals, equips o organitzacions. Aquests interessos, quan siguin legítims, s'han d'endreçar des del pacte inclòs a les rutes assistencials i no pas instrumentalitzant els PIIC.

## Gestió operativa del PIIC

### 5. Quins professionals elaboren el PIIC?

Conceptualment, el PIIC hauria de ser elaborat pels professionals de referència del pacient, aquells que millor coneixen el cas i que tenen una relació més propera amb la persona.

En aquest context, la situació idònia és que tots els professionals que tenen cura del pacient participin en la redacció del pla, amb visió interdisciplinària. Altrament, la situació menys desitjable és que el PIIC sigui redactat per un únic professional, de manera aïllada i no compartida.

El criteri genèric actual, i és lògic que sigui així, és que els PIIC siguin realitzats pels professionals dels Equips d'Atenció Primària (EAP). En determinats contextos i amb certs formats d'història clínica, podria ser factible que gestors de casos o equips/serveis específics (EAR, PADES, Salut Mental, etc.) tinguin també la possibilitat de fer-los.

Amb tota probabilitat i en un futur pròxim, la redacció dels PIIC es plantejarà de manera més oberta. En aquest sentit, el PIAISS està desenvolupant un **model d'atenció compartida** que emmarcarà els criteris d'actuació en el cas –prou habitual– de que una persona sigui atesa per més d'un equip assistencial referent, de manera que, entre tots, puguin fer PIIC col·laboratius.

Fins que no es disposi d'aquest model i es mantinguin les condicions actuals, les recomanacions de bones pràctiques serien les següents:

- El PIIC el redactarien els professionals d'atenció primària de referència del pacient.
- Hauria de fer-se de manera altament compartida per part de tots els professionals implicats en l'atenció, des d'una actitud de compromís, competència, empatia i consciència vers la situació de la persona, la qual ha de tenir sempre l'opció de participar-hi activament.
- És molt important que es promogui la incorporació d'informació provinent d'altres professionals o equips assistencials que atenguin el pacient i comparteixin la proposta de bones pràctiques. Això inclou a especialistes hospitalaris, PADES i altres equips de suport comunitari, dispositius de salut mental, serveis socials de base i recursos/equipament socials de la comunitat, entorn sociosanitari, etc. És més, en aquells casos on el lideratge real del cas sigui ostentat per un professional aliè a l'EAP de referència, o també en casos en que el pacient manifesta que vol que siguin altres professionals qui liderin el procés PIIC, cal considerar la possibilitat de que la iniciativa sobre el contingut del PIIC l'ostentin altres i, en conseqüència, els professionals dels EAP puguin actuar des d'una posició bàsicament col·laborativa. Exemples paradigmàtics d'això podrien ser les malalties mentals greus (segurament, el cas més habitual), les malalties minoritàries, els equips que atenen persones amb discapacitat o que viuen en centres residencials.



- En diversos territoris s'estan duent a terme experiències de conferència de cas o altres formes d'establiment col·laboratiu de plans d'atenció (de manera sincrònica o asincrònica). Aquestes estratègies de pràctica compartida permeten, com a part del pacte entre professionals que acaba generant el pla d'atenció, establir nous enfocaments sobre el com, el què i el qui de la informació disposada al PIIC.

## 6. Quins són els límits de responsabilitat i l'impacte legal d'allò que escrivim al PIIC i de la decisió clínica que altres acabin prenent?

Pel que fa a la **creació del PIIC**, la responsabilitat ètica i professional dels seus continguts es distribueix entre aquells que l'han redactat. En la mesura en que la persona, i la família - si escau- coparticipa de la generació del pla i en valida els continguts, la responsabilitat serà compartida.

Des del punt de vista legal, la responsabilitat serà d'entrada d'aquell el nom del qual consta al final de l'informe (nomenat com *professional referent del PIIC*, veure pàg. 22). Per això, en la mesura que en el propi informe s'especifiqui la coparticipació en l'autoria del continguts d'altres professionals o de la pròpia persona o la seva família, la responsabilitat legal es considera compartida i, alhora, se li dóna més consistència jurídica i, també, ètica.

En aquest context, cal tenir present que, actualment, els sistemes informàtics designen com a autor a qui ha introduït la darrera modificació al text, per petita que aquesta sigui.

Per tot plegat, és important deixar constància en el curs clínic -i, si escau, en el propi PIIC- de qui i com ha format part del consens sobre els continguts del pla.

Es també important vetllar i assegurar la coherència entre les recomanacions que consten al PIIC (tant vist des d'HC3, com des de la pròpia H<sup>a</sup>Cl<sup>a</sup>), i altres registres als cursos clínics. No sempre allò que consta arreu és congruent. Cal tenir en compte que altres professionals consultaran, d'entrada, el PIIC disposat a HC3 (i allà és, per tant, on s'hi hauria de veure la informació més adient).

En relació a la **presa de decisions** que finament un professional pren un cop consultat el PIIC, la responsabilitat -ètica i legal- recau en aquest i, així mateix, la responsabilitat es comparteix amb la persona o el context familiar en la mesura en que s'hagi consensuat amb ells aquesta decisió.

## 7. Quins són els bons usos d'intercanvi d'informació entre professionals de diferents àmbits?

Els professionals que atenen pacients complexos en els dispositius d'urgències/emergències, en les plantes d'hospitalització o en altres àmbits assistencials, han de poder incorporar la seva experiència i la seva visió clínica als continguts del PIIC. En aquest sentit, cal considerar com una bona pràctica el promoure canals de comunicació que permetin que qualsevol professional no referent pugui transmetre i aportar recomanacions per enriquir el PIIC. Això és especialment important, encara que no exclusiu, quan la condició de complexitat s'ha manifestat per problemes de salut que són atesos per equips especialitzats en condicions complexes i treball interdisciplinari (UFISS, unitat d'ictus, etc.).

En el moment actual, la manera més fàcil d'aconseguir-ho és explicitant aquestes recomanacions en els informes que els professionals no referents generen (informes d'alta, informes d'urgències...) o utilitzant els sistemes de missatgeria segura que es disposin.



Els professionals referents han d'entendre aquestes aportacions com quelcom valuós i no com una ingerència. És més, aportar i acceptar recomanacions d'altres per millorar els plans d'atenció i els continguts d'un PIIC és un deure ètic i un signe de bona actuació professional.

En aquest entorn tan coparticipat cal fer èmfasi en la idea de que, malgrat es pot compartir la informació, tots aquells que hi tinguin accés han de regir-se pel criteri de confidencialitat i secret professional com a deure ètic i legal.

## 8. Quin és el grau de participació de les persones en la seva redacció?

Tal com passa amb la resta d'informació clínica, el titular final d'allò que conté el PIIC és la persona atesa. Cal considerar també, com ja s'ha dit, que el PIIC està pensat sobretot com un instrument de comunicació entre professionals. Un instrument que permet que els professionals que millor coneixen el cas transfereixin informació rellevant i la disposin en un entorn comú, de manera que altres equips assistencials puguin prendre les millors decisions quan els referents assistencials de la persona no hi són presents.

Des d'aquests punts de partida, els professionals poden incloure informació al PIIC amb els mateixos criteris de participació del pacient amb que incorporen dades, opinions professionals o propostes d'actuació en els cursos clínics o en els informes de la història clínica convencional.

De fet, les bones pràctiques en aquest sentit no difereixen de les que cal assegurar a l'hora de reflectir informació clínica en qualsevol altre context o persona. No obstant això, el fet de que el PIIC a) tracti de persones amb necessitats complexes, b) faci èmfasi en informació rellevant o en recomanacions en casos d'agudització potencialment greu i, c) la informació es dipositi en plataformes inequívocament compartides, fa més visibles –i aparentment imperatius- els condicionants de bona pràctica.

Com en la història clínica convencional, quan els ítems a reportar pertanyen a àmbits d'*informació sensible*, la participació i el consentiment del pacient és del tot exigible i cal fer-los constar al curs clínic. Amb tota seguretat, els àmbits sensibles del PIIC es refereixen a la planificació de decisions anticipades (PDA) i a la delegació de decisions en cas de no poder-les prendre el propi interessat. En aquests temes, cal pactar explícitament amb el pacient o representant els continguts i el redactat que apareixerà al PIIC, assegurant que el pacte queda registrat també al curs clínic.

No podem oblidar que la tendència creixent –hegemònica, a un termini intermedi- serà que el pacient (i la seva família o entorn cuidador si s'escau) sigui copartípic de totes les decisions que tenen a veure amb la seva salut, especialment en entorns de complexitat. Aquest és, doncs, un context nou de presa de decisions compartides -acompanyades- al qual els professionals s'hi han d'adaptar, rebent formació i adquirint l'adequada capacitat que els permetrà redactar millor els PIIC.

És més, el fet de que les persones puguin accedir al seu propi PIIC a través de *La Meva Salut* serà tecnològicament factible a curt termini. Aquest fet no hauria de suposar, en cap cas, un canvi en la manera de gestionar i elaborar el PIIC, ans al contrari: hauria de contribuir a donar-li la màxima transparència i sentit col·laboratiu entre tots els implicats (veure reflexions en pàg. 13).

En conclusió, quant més compartida i validada/consentida per la persona sigui la informació que es disposa al PIIC, més apropiada, efectiva i segura serà la pràctica dels professionals.

En cas de dubte sobre si la informació que es vol fer constar al PIIC ha de ser compartida o no amb el pacient, la millor opció sempre serà compartir-la, i no pas deixar-la de banda (a la persona o a la informació). Si el dubte és sobre si un determinat redactat és escaient o no, la millor opció sempre serà fer que la persona interessada el validi.

Per a complementar la informació sobre aquest àmbit pot ser d'interès consultar el **document** sobre garanties ètiques en l'atenció a la complexitat que han elaborat el PPAC, el Comitè de Bioètica de Catalunya i la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic, que incorpora, entre altres àmbits, la figura del representant en aquest procés deliberatiu.

En tot cas, i repetint el que ja s'ha comentat anteriorment, les bones pràctiques que es proposen són especialment exigibles quan es refereixin a informació sensible i, de fet, cal tenir-les presents per a qualsevol informació dipositada en qualsevol registre clínic i, en conseqüència, no són privatives del PIIC.

Cal recordar, finalment, que el PIIC és una eina de gestió de la informació compartida i forma part del model d'atenció per a determinats perfils de pacients. En aquest sentit, el pacient ha de ser coneixedor de l'existència del PIIC i de la seva utilitat i prestacions i, a tal fi, el professional té el deure d'informar-lo. A més, el fet d'informar sobre els continguts del PIIC té un gran potencial educatiu per tal d'incrementar el coneixement de la persona sobre la seva malaltia i sobre els recursos a l'abast per atendre-la òptimament.

## 9. Cal fer tot el PIIC a tots els pacients PCC o MACA?

Tot sovint, els professionals es pregunten si el PIIC s'ha d'emplenar tot i de cop, si cal fer-lo a tots els pacients identificats, si hi ha una certa progressivitat a l'hora de començar a fer-ne o, finalment, si poden haver-hi criteris pactats sobre la redacció de PIIC a nivell d'equip o territorial.

### El criteri territorial

El PIIC és un informe propi de l'àmbit de relació entre professionals i persones i, en aquest sentit, ha de reflectir i transmetre fonamentalment les bones pràctiques a nivell individual.

No obstant això, pot tenir sentit que s'estableixin acords sobre l'estratègia de confecció dels PIIC amb visió territorial atès que a) el PIIC és una eina de comunicació entre professionals diversos per tal de facilitar la presa de decisions per part dels professionals no referents, b) més del 50% de crisis importants dels pacients PCC/MACA són ateses per professionals diferents dels de referència i c) la gran majoria d'aquestes crisis són ateses dins el territori natural on resideix el pacient. De fet, en la documentació sobre l'elaboració de les rutes assistencials de la complexitat –**RAC**– es proposa que es faci així.

Aquests criteris haurien de fonamentar-se en un pacte unànim, establert pels líders clínics que participen en la RAC.

### **Per quins pacients començar**

Es proposen, a continuació, alguns elements d'introducció progressiva i assenyada del PIIC com a instrument de comunicació. Aquestes propostes deriven de l'experiència real dels professionals que n'han fet i que coincideixen a centrar la seva intenció en un criteri d'utilitat: el PIIC ha de servir per prendre millors decisions, especialment quan aquestes decisions puguin no concordar amb la bona pràctica estàndard o quan requereixin un nivell significatiu d'individualització. Quan allò que cal fer en un determinat moment enfront una determinada persona és allò que l'evidència i la bona pràctica estàndard ja aconsellen fer, llavors el PIIC no aportaria tan valor afegit.

En conseqüència, complimentar tots els apartats del PIIC a tots els pacients complexos és un objectiu a assolir progressivament. En aquest sentit, és una bona estratègia començar a treballar-lo en determinats grups prioritzats. Cal considerar, a més a més, la possibilitat que aquestes prioritats puguin estar influïdes per acords territorials expressats en la RAC.

Tenint en compte la intenció del PIIC, expressada al punt 1 (pàg. 4), les primeres persones en les que, més probablement, tindria sentit fer un PIIC són aquelles en les que és més possible que *els puguin passar coses fora d'hores* o que més utilitzin serveis d'urgències/emergències o d'hospitalització (hiperingressadors). Des d'aquest punt de vista, un pacient estable o un que viu en un context on el seu EAP és present i perfectament comunicat amb visió 7x24, la prioritat del PIIC podria ser menor.

També podria indicar un sentit de prioritat la presència de crisis poc freqüents però de maneig especialment complex (ex: en malalties greus de baixa prevalença, en persones que reben atenció pal·liativa o amb problemes greus de l'entorn cuidador).

Finalment, i seguint aquesta línia argumental, també seria important que disposessin de PIIC els pacients PCC o MACA en els que, pel motiu que sigui, els professionals de referència no són accessibles (ex: per canvi recent de contingent, per baixa laboral llarga o altres absències del professional, etc.).

### **Per quins apartats començar**

Els àmbits temàtics de l'actual format del PIIC han estat proposats i disposats per l'ordre que han prioritzat diversos consensos professionals. Això voldria dir que les dates de filiació, els diagnòstics rellevants, el pla de medicació i les recomanacions en cas de crisi o descompensació serien els àmbits que, com a criteri general, caldria endreçar en primer lloc (pàg. 15). Disposar d'alguna informació d'aquests àmbits ja permetria, segons el consens dels experts, decisions de major qualitat. En pacients MACA, les recomanacions sobre PDA serien també prioritàries (pàg. 19).

No obstant això, la prioritat l'acaba marcant el perfil de necessitats i de preferències de cada persona, cosa que ve determinada per la realització sistematitzada d'una avaluació integral, com a pas previ de la pràctica del PIIC.

L'important, finalment, és que hi hagi allò que hi ha d'haver per poder atendre millor les persones quan els seus professionals referents no hi siguin i, encara més, quan la persona no pugui decidir per ella mateixa.

## 10. Quin és el manual d'estil en la redacció de PIIC?

En termes comunicacionals i per damunt de qualsevol altra consideració, el PIIC ha de poder ser comprès sobretot pels professionals receptors, sense perjudici de que també sigui comprès pel emissors. A l'hora de redactar sempre és molt convenient, per tant, posar-se en la pell del professional que ha de llegir, comprendre i actuar en base a les propostes que li fem, i adaptar la redacció a les seves necessitats previsibles. Aquesta redacció, doncs, ha de respondre a la *norma de les 3 C*:

- **Concisió:** emprant frases curtes i explícites. Directament dirigides a la intenció que pretenen.
- **Claredat:** formulant les frases de manera simple (subjecte, verb i predicat). Descartant eufemismes, circumloquis o dobles negacions.
- **Comprensibilitat:** emprant terminologia universalment compartida pels professionals de tots els àmbits. Evitant abreviacions, sigles, formulacions dialectals o expressions pròpies de grups professionals particulars. En la mesura en que l'accés de les persones als seus PIIC es generalitzi a través de La Meva Salut, caldrà fer encara més entenedor el llenguatge emprat.

Quant al temps verbal, es proposa evitar redactats imperatius ja que tendeixen a generar respostes menys reflexives per part dels professionals no referents. Així, les formulacions en condicional resulten més suggeridores i promouen l'autonomia del professional receptor.

En la mesura del possible, especialment en l'apartat d'*Informació addicional* (pàg.21), és bo que el professional referent del PIIC utilitzi fórmules de cortesia, de posar-se a la disposició de l'altre i d'oferir vies de comunicació -per telèfon o per missatgeria segura-.

Els redactats en els apartats de text lliure que ofereix el PIIC han de tenir coherència i continuïtat argumental i temàtica.

La major complexitat es troba en la redacció de presa de decisions complexes, sobre tot des del punt de vista ètic i relacionat amb la PDA.

## 11. Altres preguntes habituals

### Cal imprimir el PIIC i deixar-lo al domicili?

Tots els recursos assistencials tenen accés a HC3 i, en conseqüència, no caldria deixar còpies del PIIC a casa del pacient. Hores d'ara, que calgui fer-ho perquè els professionals no poden accedir a HC3 és un fet que no hauria de succeir. No obstant, en cas de dubte sobre aquest accés, és preferible deixar una còpia al domicili i, per descomptat, cal fer-ho en cas de que el pacient o el seu entorn ho demanin o el professional referent ho cregui convenient. De fet, que disposin d'un exemplar els permet llegir-lo amb tranquil·litat i fer-hi aportacions.

### Quina és la millor manera de gestionar i expressar les dades referents al context social?

En aquests moments, el PIIC 2.0 no disposa d'un espai específic per destacar el context social i les necessitats d'aquesta dimensió. Està previst que versions futures del PIIC sí l'inclouin perquè és un àmbit determinant per a la gestió de la complexitat. Per exemple, és molt important tenir actualitzada la informació sobre convivència o referent cuidador ja que moltes vegades les descompensacions són a conseqüència del trencament de l'homeòstasi familiar o de cures.

La recomanació, en aquests moments es fer constar la informació sobre els condicionants socials en l'apartat de valoració multidimensional (pàg. 21).

### **Quin és l'impacte que tindrà en la pràctica dels professionals l'accés de les persones al PIIC a través de La Meva Salut?**

Es fan, a continuació, algunes consideracions addicionals a allò que ja s'ha comentat en apartats anteriors.

No hi hauria d'haver cap obstacle en que la informació es disposi i sigui consultada pel pacient, ja que entenem que les propostes del PIIC estan elaborades seguint les bones pràctiques que recull aquest document i, per tant, seran encertades des del punt de vista clínic, ètic i legal. Cal tenir en compte, a més, que el PIIC és l'expressió de pautes que, ja en origen, haurien d'estar compartides amb la persona.

L'accés directe de les persones al PIIC no fa altra cosa que emfatitzar el nou context de pràctiques compartides que suposa l'exercici real d'una atenció integral i integrada centrada en la persona.

Atès que el PIIC es desenvolupa en contextos de complexitat i, per tant de major incertesa, el fet de que l'accés de les persones al PIIC generés en els professionals una percepció de disfunció, suposaria qüestionar fins quin punt estem treballant de manera solidària i activa amb la persona i, per tant, de si compartim amb ella l'opció ferma de cocrear el seu pla d'atenció.

### **Quina és l'obligatorietat de fer un PIIC un cop identificada la persona?**

No hi ha cap obligació, més enllà de la que es derivés de l'exigència del propi pacient.

Deixant de banda la sol·licitud de la persona, el criteri del professional per desenvolupar un PIIC deriva de la comprensió tradicional dels principis ètics i les bones pràctiques. Tal com l'informe del Comitè de Bioètica de Catalunya esmenta, si la identificació de la condició de complexitat i la generació de plans d'intervenció és una actuació que pot generar beneficis a la persona atesa, no fer el PIIC podria ser considerat, eventualment, una mala praxi.

El PIIC, doncs, no és quelcom obligatori però tampoc és obviabile.

### **Els malalts no complexos podrien -o haurien de- tenir PIIC?**

Probablement sí, si més no en alguns casos on la continuïtat de l'atenció podria fer-ho aconsellable. Tot i això, i en la mesura en que aquest format de comunicació compartida es planteja i es possibilita, de moment, només en pacients identificats com a PCC o MACA, no té sentit plantejar aquesta opció actualment, tot i que potser sí es faci en el futur.



## Redacció efectiva de l'informe

### 12. Com fer operativa la visió proactiva que reclama el PIIC?

Essencialment, el PIIC a compleix una doble funció; d'una banda posar al dia i informar de dades d'interès de la persona (problemes actius de salut, entorn cuidador, etc.) i, de l'altra, aportar un exercici proactiu de previsió i actuació enfront escenaris futuribles (crisi, aguditzacions, descompensacions o, sovint en salut mental, recaigudes).

De vegades, aquest exercici proactiu és percebut com una barrera o com quelcom innecessari per part d'alguns professionals, argumentant que *qui sap el què pot passar o ves a saber quina seria la millor decisió en un moment donat*, tot afirmant que *quan arribi el moment ja es veurà que es fa*.

El cert és que la majoria d'ocasions on cal prendre decisions complexes succeeixen en una situació on a) el professional referent no hi és present, b) la persona està en una situació clínica que sovint limita la competència per prendre decisions i c) es tracta d'una situació sovint previsible.

La proactivitat té a veure amb contextos anticipatius, que permeten gestionar amb èxit entorns de canvi. Implica assumir el compromís i promoure (que no assegurar) que les coses acabin passant de la manera prevista i més adient. No es tracta d'adaptar-se al canvi, sinó de crear les millors condicions per influir en ell i això, en contextos d'incertesa i complexitat com els que sovint viuen PCC i MACA, és un atribut desitjable.

A més a més d'incidir en les condicions complexes, la proactivitat té especial sentit en els enfocaments d'atenció centrada en la persona, on el mapeig de necessitats i preferències és quelcom central, així com l'apoderament dels pacients per compartir la presa de decisions. Des d'un punt de partida integral –on la persona és compresa com un tot actiu- i integrat –on tots els agents treballen col·laborativament-, és molt més efectiva la potència conductora del canvi en la que se sustenta la proactivitat.

Tenint en compte el context clínic i la valoració integral de la persona, algunes de les preguntes que poden guiar la reflexió del professional per identificar escenaris proactius, són les següents:

- Quines descompensacions ha tingut abans i què es el què s'ha fet...i el què s'hauria d'haver fet?
- Quines descompensacions acostumen a tenir pacients en condicions similars a les d'aquesta persona, i quina ha estat la millor resposta possible?
- Quins escenaris possibles tem el pacient –o el seu entorn familiar- i què és el que vol i com desitja ser atès?
- Quins elements del seu entorn personal, funcional, familiar i social són importants per entendre el context del pacient i actuar amb efectivitat?
- Què sé d'aquesta persona, dels seus valors, conviccions, expectatives o preferències que caldria fer constar en el PIIC a través de la PDA?
- Què és el pitjor que li pot passar? I que s'hauria de fer -o deixar de fer-, arribats a aquest punt?
- Què és possible que li passi al pacient quan jo no hi sigui?
- Quins recursos tinc al territori que poden ser útils per atendre el pacient quan li passin coses i jo no hi sigui?
- Si jo fos el professional que rep aquesta persona, i pel que fa a cada apartat del PIIC, quina informació m'agradaria disposar per poder prendre bones decisions?



Aquest procés de reflexió serà més complet en la mesura en que es faci de manera compartida amb altres professionals que coneguin la persona, especialment en el procés continuat d'atenció (ex: metge, infermera, treballador social, gestor de cas o especialistes de referència) i també després d'un procés de transició assistencial i post-alta.

### **13. Quines són les recomanacions de bones pràctiques per a cada un dels apartats del PIIC?**

#### **13.1 DATA INFORME**

Apareixerà automàticament la data de la darrera vegada que s'ha executat l'ordre *guardar* en l'estació de treball des de la que s'ha modificat un PIIC.

#### **13.2 DADES DEL PACIENT**

Comprovar que són les correctes i les més adients per activar recursos amb precisió (ex: dispositius d'atenció domiciliària). Cal tenir present que l'activació des de 061-CatSalut Respon és més efectiva si el DNI, el CIP, el telèfon, l'adreça i el municipi estan ben consignats. Cal tenir en compte que els canvis d'adreça són relativament habituals en aquest tipus de pacients.

#### **13.3 DADES DELS PROFESSIONALS ASSIGNATS**

Apareixeran les dades bàsiques del metge i la infermera a qui el pacient està assignat. Revisar que siguin les correctes.

#### **13.4 DIAGNÒSTICS RELLEVANTS**

Assegurar que els problemes actius (sanitaris o socials) inclosos siguin els més rellevants, és a dir: els que poden comportar un major impacte en la persona o els que millor orientarien les decisions de tercers en cas de crisi o descompensació.

Comprovar que el diagnòstic es mostra de manera comprensible, incloent-hi informació sobre la gravetat, l'estadi o les complicacions associades, de manera que aquell que ho llegeixi se'n faci millor càrrec de la situació de salut de la persona.

Cal tenir en compte que el PIIC 2.0 pot no mostrar els comentaris associats al diagnòstic, només el diagnòstic tal com s'ofereix des del sistema de codificació. Caldrà, doncs, de tenir cura de filiar-los bé i, en tot cas, aprofitar l'espai d'informació addicional per posar-hi la informació complementària que s'escaigui.

Cal recordar que la creació del PIIC és una excel·lent oportunitat per actualitzar i prioritzar els diagnòstics, condicionants i problemes de la persona.

#### **13.5 PLA DE MEDICACIÓ:**

El PIIC mostrarà tota la medicació que consta –i tal com consta- al Sistema Integral de Recepta Electrònica (SIRE), inclosos els medicaments no finançats.

Cal garantir que la medicació i la pauta s'expressen de manera completa i fefaent.

Cal estar atents a determinades pautes farmacològiques que no consten al SIRE i que podrien tenir una importància cabdal en determinats pacients (ex: bombes d'infusió, medicacions de rescat recomanades si crisi, etc.). Aquestes pautes es poden registrar en l'apartat d'informació addicional.

També, la creació del PIIC és una excel·lent oportunitat per revisar, conciliar i actualitzar els plans de tractament.

### 13.6 REACCIONS ADVERSES I AL·LÈRGIES:

Revisar que estiguin totes registrades, i de manera correcta.

El PIIC mostra la informació en base a la codificació que permet cada model d'història clínica sobre aquest tema. Podrien, doncs, no aparèixer els comentaris o camps oberts que hi hagi sobre al·lèrgies. Això vol dir que potser caldrà explicitar bé a l'apartat informació addicional qualsevol informació que calgui per fer més comprensibles els missatges sobre aquest àmbit.

### 13.7 RECOMANACIONS EN CAS DE CRISI O DESCOMPENSACIÓ:

#### Recomanacions específiques:

Aquest espai permet, d'entrada, informar sobre les quatre descompensacions que, segons consens d'experts, són més habituals dels pacients amb complexitat: febre, dispnea, dolor, i alteracions de la consciència o del comportament.

Adicionalment a aquestes quatre *crisis estàndard*, s'ofereix l'oportunitat d'informar d'altres aguditzacions previsible en el cas concret del pacient. Aquest seria l'espai idoni per informar de símptomes característicament complexos que pot patir la persona

Per a cada una de les descompensacions es disposa d'una escala d'activació de recursos que va de l'1 al 5. A més, s'hi associa un petit camp de text lliure.

L'escala d'activació dels recursos pretén orientar sobre quin és, a priori, el recurs idoni en el cas de que aquesta descompensació es produís. No implica un criteri directe d'activació, sinó que representa un suggeriment explícit i de qualitat, basat en les preferències del pacient i en l'experiència clínica per part dels professionals referents.

En tot cas, l'activació de dispositius depèn del recursos disponibles del territori, de com han estat organitzats en el context de la RAC i, finalment, de l'opinió compartida entre el professional que atén la crisi i la persona que la pateix.

El significat dels diferents nivells de l'escala és el següent:

#### **Nivell 1: trasllat a hospital d'aguts**

El 061 CatSalut Respon assignarà internament l'hospital referent del pacient en cas de trasllat en funció de la informació disponible a la RAC, de la sectorització del propi SEM o, si escau, dels comentaris que constin al PIIC.

#### **Nivell 2: derivació a un centre sanitari de subaguts o de baixa complexitat (CUAP), o a un recurs sociosanitari**

Cal informar-ho en el PIIC de manera prou explícita que permeti, si és el cas, concretar si la derivació es fa a un CUAP determinat o a una unitat de subaguts o a un altre tipus de dispositiu d'atenció intermèdia en concret (hospital de dia, unitats domiciliàries territorials, centres sociosanitaris, etc.).

Aquesta prestació exigeix que la RAC sigui explícita i sòlida pel que fa a circuits de derivació del territori i que els dispositius d'emergències/urgències siguin congruents amb aquesta RAC. Així i per exemple, si es proposa derivar directament a una unitat de subaguts, la RAC del territori ha de considerar aquesta opció com a factible, i la resta els agents l'han de poder satisfer en cas de que escaigui.

Per tant, en el cas de que la RAC ho permetés, el nivell 2 podria ser activat per la pròpia informació del PIIC, sense visita prèvia o després d'una atenció sanitària telefònica, amb el suport de la informació disponible.

### **Nivell 3: atenció domiciliària immediata**

Implica la presència al domicili del pacient en menys de 20 minuts, per part dels dispositius assistencials. Es genera davant de motius de consulta compatibles amb situacions d'urgència o emergència en persones que, en principi, han de ser atesos al domicili i no tributàries de trasllat a un centre sanitari.

En horari de funcionament dels CAP, l'atenció serà proporcionada en primera instància per l'EAP. Si això no fos possible o si l'activació es produeix fora dels horaris dels CAP, l'atenció seria prestada pels dispositius d'urgències que disposi el territori en base a la RAC.

### **Nivell 4: atenció domiciliària no immediata**

La gravetat potencial de la situació clínica permet una resposta al domicili però previsiblement no immediata, i assenyadament diferible.

Els recursos a activar són els mateixos que els expressats en el punt anterior.

### **Nivell 5: consulta telefònica**

Es considera aquest nivell per als pacients on la crisi no hauria de generar, previsiblement, trasllat del pacient o dels professionals i es pot gestionar mitjançant contacte verbal remot. En tot cas, es proposa aquest nivell quan es pensi que la crisi ha de ser inicialment valorada per via telefònica.

D'altra banda, el camp de text lliure que acompanya a cada ítem permetria informar de, per exemple:

- La manera en que solen presentar-se les crisis o la semiologia que permetria sospitar-les.
- El dispositiu o centre preferent per derivar el pacient, en cas que calgui fer-ho.
- La pauta terapèutica que es proposa aplicar en primera instància.

Posem, a continuació, alguns exemples:

- *Febre: nivell 1.* Pacient asmàtic corticodependent i immunodeprimit que davant qualsevol procés febril calen exploracions complementàries per descartar pneumònia o altre focus febril important. L'hospital de referència és XXXXXX.
- *Dispnea: nivell 5.* Habitualment la dispnea es pot manejar ajustant la pauta de broncodilatadors telefònicament.
- *Dolor:* sense informació, és una crisi no prevista. En aquest cas, les caselles i l'espai de text lliure quedarien en blanc.
- *Alt. Conducta: nivell 4.* Sovint el pacient presenta quadres de confusió en relació amb saturacions baixes que es resolen amb ajustament dels inhaladors després de visitar-lo a casa seva.
- *Altres crisis:* Restrenyiment i distensió abdominal: **nivell 2.** El pacient està informat d'avisar al 061 quan es produeixi aquest quadre enfront determinades circumstàncies, que acostumen a precisar sondatge rectal. En viure sol es millor no fer-lo a casa i dur el pacients al CUAP XXXXXXXX.

La part de text lliure vinculat a cada crisi ha de ser prou explícita (i alhora concisa) com per donar un suport efectiu al professional no referent. És interessant fer-hi constar la informació complementària que permeti comprendre millor les característiques especials que aquell tipus de descompensació té en la persona, les condicions òptimes d'atenció pel

que fa al lloc on ser atesa, els tractaments o actuacions a efectuar en primera instància i, si escau, les pautes de seguiment i monitoratge a curt termini i les decisions en funció de l'evolució previsible.

### **Recomanacions genèriques**

El PIIC permet donar resposta en text lliure a quatre preguntes relacionades amb aspectes concrets del procés de Planificació de decisions anticipades (PDA) que han estat prioritzats pels consensos d'experts. Són les següents:

*El pacient ha expressat preferències sobre el lloc on vol ser atès?*

*S'han pactat explícitament amb el pacient propostes d'adequació del pla terapèutic?*

*S'ha pactat explícitament amb el pacient alguna consideració pel que fa a l'ús de tècniques o instrumentacions?*

*Cal tenir en compte alguna consideració en cas de claudicació de l'entorn cuidador o, si fos el cas, de situació d'últims dies?*

Les bones pràctiques quant a aquestes recomanacions deriven de les que es proposen en la *Guia per a l'aplicació pràctica de la Planificació de les Decisions Anticipades*, que us suggerim consultar i que es pot **consultar** al web del PPAC.

Tot i que aquestes qüestions són formulades mitjançant preguntes tancades (que podrien ser contestades amb un sí o un no), és obvi que la importància de la temàtica porta a disposar-hi informació prou elaborada, defugint simplificacions, i tenint cura del redactat i de la validació de continguts per part de la persona, tal com s'explica a les pàg. 11 i 12.

### **Recomanacions en cas de crisi o descompensació: altra informació**

Aquest és un espai de text lliure la utilitat del qual és capturar de manera automàtica la informació que estava dipositada en formats anteriors estructurats del PIIC.

A banda d'això, també pot ser útil per anotar altra informació d'interès per a una millor gestió de les crisis que pugui presentar el pacient.

<b>Recomanacions en cas de crisi o descompensació</b>		
Recomanacions específiques		
	Nivell (1-5)*	Observacions
Febre	1	Comentaris
Dispnea	3	Comentaris
Dolor	5	Comentaris
Alteracions de la consciència o del comportament	4	Comentaris
Recomanació 1	1	Comentaris
Recomanació n (un nombre il·limitat)	1	Comentaris

\* 1 Hospital d'aguts, 2 Centre Sanitari de subaguts o de baixa complexitat, 3 Atenció domiciliària immediata, 4 atenció domiciliària no immediata 5 Consulta telefònica

Recomanacions genèriques	
	Observacions
El pacient ha expressat preferències sobre el lloc on vol ser atès?	Comentaris
S'ha pactat explícitament amb el pacient propostes d'adequació del pla terapèutic?	Comentaris
S'ha pactat explícitament amb el pacient alguna consideració pel que fa a l'ús de tècniques o instrumentacions?	Comentaris
Cal tenir en compte alguna consideració en cas de claudicació de l'entorn cuidador o, si fos el cas, de situació d'últims dies?	Comentaris
Recomanació 1	Comentaris
Recomanació n	Comentaris

**Altra informació**  
Text lliure de 500 caràcters

Figura 1. Espais del PIIC 2.0 pel que fa a Recomanacions en cas de crisi. Font: TICSalut 2015.

Cal insistir de nou en que, tot i que el PIIC pugui incloure informació sobre recomanacions i proposta d'activació de recursos, la responsabilitat última de l'abordatge de la crisi recau en els professionals que estan atenent el cas en aquell moment.

### 13.8 PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES: altra informació

Aquest és un espai de text lliure la utilitat del qual és capturar de manera automàtica la informació sobre PDA que estava dipositada en formats anteriors estructurats del PIIC.

A més, aquest espai permet disposar la informació del procés de PDA que no està contemplada en les quatre recomanacions genèriques abans esmentades.

Les bones pràctiques quant a aquestes recomanacions deriven de les que es proposen en la *Guia per a l'aplicació pràctica de la Planificació de les Decisions Anticipades* i que, de nou, us aconsellem **consultar** i són d'aplicació a les persones amb complexitat (PCC o MACA, preferentment a aquestes últimes).

En aquest àmbit, cal tenir en compte que la PDA és un procés continu de deliberació i comunicació amb la persona, del qual es desprèn el món de valors, expectatives i preferències, genèriques i enfront escenaris previsibles.

De tota la informació que aquest procés genera, caldria fer constar en el PIIC aquella que té implicació directa amb la finalitat del PIIC (la presa de millors decisions quan el professional referent no hi és o el pacient no pot expressar la seva opinió). Això pot suposar l'existència d'un romanent d'informació significativa en termes de PDA, però que no és estrictament útil, fins i tot pot ser sobrera, en el PIIC. Aquesta informació caldrà dipositar-la en el curs clínic o en forma d'informe clínic dins la H<sup>a</sup>CI<sup>a</sup> o potser dins una versió actualitzada del DVA. En cas de dubte i malgrat pugui suposar excedir-se en la quantitat d'informació disponible, és preferible fer-la present en el PIIC que no pas dipositar-la en un altre lloc on no tenim la seguretat de que pugui ser recuperada en cas de necessitat.

## **PDA i DVA**

La PDA i el DVA són mirades diferents d'una mateixa intenció.

En termes ètics, el valor que tots dos aporten és equivalent. Des del punt de vista *clínic*, la PDA té major valor atès que s'ajusta millor a l'evolució del cas. I, des del punt de vista *legal*, semblaria que el DVA té més solidesa (en tant que, com a figura, està explícitament recollida en la llei de drets del pacient). Amb tot, cal tenir present que la PDA també forma part de la H<sup>a</sup>CI<sup>a</sup>, document essencial a nivell jurídic que acredita la bona pràctica clínica, la qual cosa atorga robustesa legal al PIIC i els seus continguts.

Aquesta triple visió (clínica, ètica i legal) fa aconsellable que, des de l'inici del procés de deliberació amb la persona, es vigili proactivament la congruència entre allò que s'esdevingui de la PDA –i que es faci constar a la H<sup>a</sup>CI<sup>a</sup> o al PIIC- amb allò que pugui estar establert en DVA previs o aquells que es generin *en ruta*.

Cal estar alerta de que, en el context de malalties evolutives, les directives dels DVA sovint queden desfasades. Així, noves declaracions de la PDA que no siguin equivalents al que consta en un DVA, obligarien, en coherència, a modificar aquest.

Tot i així, cal tenir present que les manifestacions de voluntat del pacient, expressades en condicions de plena competència, sempre tindran aplicació preferent respecte allò que consti a una DVA anterior o una PDA actualitzada, en cas d'entrar en contradicció.

D'altra banda i per qüestions de solidesa legal, podria ser interessant –que no imperatiu- que les directives més sensibles (com poden ser la delegació de les decisions en un representant o les expressions assertives de limitació de l'esforç terapèutic) quedessin reflectides en una versió actualitzada del DVA.

## **13.9 VALORACIÓ MULTIDIMENSIONAL**

En funció del model i el nivell d'estructuració de la història clínica, aquest apartat pot carregar automàticament determinats *testos* d'ús habitual vinculats als pacients amb complexitat.

D'altra banda, permet incloure en *text lliure* l'estat i les necessitats en els àmbits funcional, nutricional, cognitiu, emocional o espiritual. Mereixen especial menció les necessitats socials, altament prevalents en els pacients complexos i on els professionals de l'atenció social poden aportar molt valor.

De manera esquemàtica, el PIAISS proposa el mapeig següent de les necessitats socials:

### **Necessitats funcionals per a l'autonomia**

- Activitats bàsiques de la vida diària
- Activitats instrumentals vida diària
- Salut física
- Salut mental
- Addicions

### **Necessitats relacionals i interpersonals**

- Relacions domèstiques i familiars
- Xarxa social
- Participació comunitària
- Relacions àmbit judicial
- Escolarització

### **Necessitats instrumentals i materials**

- Financeres
- Allotjament
- Vivenda



Entre la informació social interessant que s'hi pot recollir està l'estat respecte a la llei de dependència (tramitada, resolta, grau, pendent assignació recurs, etc.) i també els pactes als que s'ha arribat amb la família quant al maneig al domicili, l'orientació de recurs residencial o d'altres.

A més a més, aquest apartat de text lliure recuperarà automàticament la informació escrita i estructurada sobre valoració multidimensional que estigues disposada en versions anteriors del PIIC.

### 13.10 ATENCIÓ AL PACIENT

Aquest apartat inclou condicions de la persona que poden influir de manera sensible i molt important en la presa de decisions i que, per aquest motiu, val la pena consignar adequadament. Les set condicions incloses són: viure sol, viure en residència, ser atès per ATDOM, per SAD social, per PADES o per gestió de casos i, finalment, disposar de servei de teleassistència.

### 13.11 INDICADORS

Aquest apartat informa automàticament sobre:

- Nombre d'informes d'alta hospitalària publicats a HC3 els darrers 365 dies. Es refereix a altes donades per qualsevol institució hospitalària (hospital d'aguts, sociosanitari o salut mental).
- Nombre d'informes d'urgències publicats a HC3 els darrers 365 dies. Es refereix a qualsevol atenció a servei d'urgències que hagi generat un informe i que aquest s'hagi publicat a HC3 (hospitals, 061, CUAP, ACUT, etc.).

### 13.12 INFORMACIÓ ADDICIONAL

Aquest espai és un *calaix de sastre* que permet donar qualsevol informació complementària que hom consideri rellevant. Per exemple:

- Nom i contacte d'altres professionals o centres que porten i coneixen el cas i que no estiguin informats en l'apartat de professionals referents.
- Pautes farmacològiques no incloses a SIRE. Fins i tot si utilitza medicines complementàries.
- Recomanacions en l'atenció a les transicions.
- Informació social no contemplada però rellevant.
- Informació complementària de l'entorn cuidador i les relacions.
- Altra informació relacionada amb els diagnòstics, les al·lèrgies o reaccions adverses.
- Altra informació que pugui ser d'interès quant als professionals que atenen el pacient o que han intervingut en la redacció del PIIC.

A més a més, l'espai de text lliure recuperarà automàticament la informació que estigues disposada en versions anteriors estructurades del PIIC

### 13.13 RELACIONS

En aquest apartat cal assegurar que es fan constar apropiadament el nom i el contacte de les persones properes. Així, serà possible identificar el parentiu i la funció que tenen aquestes persones, sobre la base de les quatre categories –competències- següents:

- *Cuidador*: persona que té cura del pacient de manera supeditada a altres.
- *Cuidador principal*: persona de l'entorn que lidera el procés de cures.
- *Referent*: portaveu del pacient i del grup familiar, però que no està formalment designat per prendre decisions quan el pacient no pugui fer-ho.
- *Representant*: persona formalment designada pel pacient per a que el substitueixi en la presa de decisions quan ja no sigui competent o bé quan vulgui delegar-les. Inclou la figura del tutor legal (persona o entitat tutelar en persones incapacitades). S'entén com a persona designada aquella que, com a mínim, ha estat formalment identificada com a tal en una conversa que ha quedat recollida en el curs clínic.

Una persona pot assumir més d'una d'aquestes funcions i, de fet, el PIIC permetrà mostrar-les de manera acumulada.

En aquest context relacional i de manera opcional, es pot fer constar en l'apartat d'*informació addicional* o en el text lliure de la *valoració multidimensional* la informació necessària sobre les condicions, les relacions i la competència de l'entorn cuidador (bon suport > risc de claudicació > claudicació > cuidador no capaç).

A nivell pràctic, és important aprofitar l'espai on es posa el nom de la persona relacionada per incloure-hi el telèfon de contacte.

Finalment, seria recomanable incentivar la identificació del representant aprofitant la creació del PIIC.

### DADES DEL PROFESSIONAL REFERENT DEL PIIC

En aquest apartat hi quedarà reflectit com a professional referent aquell que ha fet la darrera ordre de *guardar* el PIIC.

Qualsevol altre vincle o responsabilitat o referència que altres professionals tinguin en el procés d'atenció del pacient caldrà fer-lo consta en informació addicional.

A mida que progressi i consolidi el model de pràctiques compartides que s'ha esmentat anteriorment, la configuració i utilitat d'aquest apartat s'anirà actualitzant.

## Producció, avaluació i manteniment del PIIC

### 14. Com queda dipositada en el PIIC 2.0 la informació de versions anteriors del PIIC?

Quan un pacient disposi d'informació en una versió antiga del PIIC i mentre no s'hagi actualitzat cap dada activa (no automàtica), el PIIC seguirà essent visible a HC3 en la versió antiga.

En el moment en que s'actualitzi informació -o quan es tracti d'un PIIC de nova redacció-, el PIIC apareixerà a HC3 ja en format 2.0. Si la informació anterior estava en un format estructurat, la informació antiga en text lliure quedarà *salvada* en la versió 2.0, dipositant-se automàticament segons s'esmenta en la taula següent:

Abans la informació estava a...	En el 2.0 quedarà dipositada automàticament a...
Directives en cas de crisi o descompensació	Recomanacions en cas de crisi o descompensació: altra informació
Pla de decisions anticipades	Planificació de decisions anticipades: altra informació
Valoració multidimensional (text)	Valoració multidimensional
Informació addicional d'interès	Informació addicional

Si la informació actualitzada estava en un format antic i no estructurat de PIIC, quedarà salvaguardada en un PDF independent a HC3, però fora del PIIC 2.0.

### 15. Com es genera el PIIC?

A partir del moment en que un professional activa el PIIC d'un pacient des de la seva estació de treball, aquest es disposa automàticament.

És pot accedir als PIIC tant des de les estacions de treball que hagin estat habilitades per fer-ho, com des d'HC3 (que és la manera òptima de fer-ho).

Quan el pla és activat (és *cradat*), el PIIC es *construeix* en aquell moment sobre la base de la darrera informació que consta a la història clínica de la persona.

Hi ha camps on sol haver-hi informació gairebé sempre i que, en conseqüència, aquestes dades apareixen automàticament a l'activar el PIIC, encara que els professionals no hi hagin escrit mai res específic. Amb algunes variacions en funció del format del història clínica electrònica, aquests àmbits d'informació *automàtica* són:

- Dades del pacient: nom, edat, CIP, data naixement, DNI, NASS, telèfon, domicili.
- Dades dels professionals assignats
- Diagnòstics rellevants.
- Pla de medicació, reaccions adverses i al·lèrgies.
- Valoració multidimensional (testos).
- Indicadors.

Quan una persona disposi només d'aquesta informació en el seu PIIC, es mostrarà a HC3 amb la icona següent:



D'altra banda, hi ha àmbits d'informació que només apareixeran si el professional, de manera activa (no automàtica), els ha introduït. Aquests àmbits representen el nucli conceptual principal del PIIC i sovint són els que aporten més valor afegit; són els següents.

- Recomanacions en cas de crisi o descompensació: específiques, genèriques i altra informació.
- Planificació de decisions anticipades: altra informació.
- Valoració multidimensional (text lliure).
- Atenció al pacient.
- Informació addicional.
- Relacions.
- Dades del professional referent del PIIC.

Quan la persona disposi, com a mínim, d'alguna informació activa sobre les recomanacions en cas de crisi o descompensació, es mostrarà a HC3 amb la icona següent:



## 16. Com es valora la qualitat d'un PIIC?

La qualitat d'un PIIC és quelcom molt relatiu i vinculat a les condicions de cada cas concret.

Conceptualment, el PIIC de qualitat és aquell que reflecteix informació que afegix valor.

No obstant això, i en termes d'avaluació per part de les organitzacions, se sol considerar que un PIIC de qualitat mínima és aquell on:

- La informació automàtica es disposa de manera actualitzada.
- Fa constar informació sobre descompensacions en cas de crisi
- Quan la persona ha estat identificada com a MACA, s'ha iniciat un procés de PDA.

## 17. Quan cal actualitzar el PIIC?

La recomanació general en aquest sentit seria que cal revisar el PIIC de manera sistemàtica 1-2 cops l'any, per tal d'assegurar la vigència de la identificació del pacient com a PCC o MACA i de les recomanacions aportades. Probablement en persones identificades com MACA, la revisió hagi de ser més sovintejada.

L'arribada d'un pacient nou a un contingent i que ha estat identificat com PCC o MACA és un moment idoni per actualitzar els continguts del PIIC.

Altrament, també val la pena fer una revisió quan es donin les circumstàncies següents:

- Després de presentar una nova crisi.
- Després d'un ingrés.
- En cas de nou diagnòstic important.
- En cas de canvi substancial de la pauta terapèutica.
- Si hi ha progressió inesperada de la malaltia/condició o en el factor pronòstic.
- Noves preferències en la PDA.
- Canvis en l'entorn cuidador
- Canvis en les condicions socials
- Abans d'un canvi o trasllat de la persona a un altre territori.

Aquest document ha estat revisat i redactat en darrera versió el mes d'abril de 2016. Per a qualsevol consulta al respecte, pot adreçar-se a Laura Vila (lvila.cc.ics@gencat.cat)

