



Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona
de la Fundació "La Caixa"

TREBALL DE MÀSTER

**“La infermera comunitària d'enllaç: situació actual i
propostes de millora per a la continuïtat de l'atenció i la
coordinació entre nivells”**

Autors:

- **Gorri Sánchez, Mikel**, Infermer de l'Hospital de Barcelona Ciutat
- **Prados Jiménez, Marta**, Infermera d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
- **Salvadó Torregrosa, Anna**, Infermera d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
- **Vives Díaz, Maria José**, Infermera d'Atenció Primària Zona Metropolitana de Barcelona

Treball presentat al Mestratge en Administració i Gestió en Cures d'Infermeria per a l'obtenció del Màster, 16a. edició, anys 2004-2006.

AGRAIMENTS

En primer lloc, volem agrair molt especialment a la senyora Montserrat Teixidor, Directora de l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona i Directora del Màster en Administració i Gestió de en Cures d'Infermeria, la seva dedicació personalitzada, sempre de suport, anhel i ànim.

Agrair també a la nostra tutora, Marisol Rodríguez, la seva orientació i seguiment de la investigació realitzada.

Menció especial es mereix el treball del Professor José Tejada per el seu interès i dedicació incansable.

En segon lloc volem agrair a les directores d'infermeria, directors mèdics, caps de formació, supervidores i professionals d'infermeria la seva desinteressada col·laboració en la recollida de dades.

Per últim a totes aquelles persones que han fet més fàcil el nostre treball diari: a la Leonor i la Sandra, als companys de promoció, al companys i responsables dels respectius llocs de treball i a les nostres famílies.

ÍNDEX

1. JUSTIFICACIÓ	5
2. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ	9
3. MARC TEÒRIC	10
3.1. Continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells	10
3.2. Infermeria Comunitària	13
3.2.1. Definició	13
3.2.2. Experiències	14
3.3. Infermera Comunitària d'Enllaç	16
3.3.1. Definició	16
3.3.2. Experiències	19
3.4. Infermera Gestora de Casos	22
3.4.1. Definició	22
3.4.1.1. Model de la gestió de casos dintre de la gestió de patologies	23
3.4.2. Rols de la Infermera Gestora de Casos	25
3.4.2.1. Tipus de rols	25
3.4.2.2. Rol d'Especialista d'Infermeria Clínica	26
3.4.3. Experiències	32
3.5. Infermera de Família	36
3.5.1. Definició	36
3.5.2. Experiències	36
3.6. Sistemes de registre	37
3.7. Reflexió	38
4. MARC APLICAT	39
4.1. Hipòtesis generals	39
4.2. Procés	39
4.2.1. Metodologia	39
4.2.2. Variables i Control	39
4.2.3. Població i mostra	40
4.2.4. Descripció dels Centres d'estudi	40
4.3. Resultats	45
4.3.1. Variables de l'àmbit personal	45
4.3.2. Variables del lloc de treball	46
4.3.3. Variables de l'activitat professional	46
4.4. Anàlisi de resultats i conclusions	70
4.5. Propostes de millora	74
5. BIBLIOGRAFIA	75
6. ANNEX	78
6.1. Qüestionaris	78
6.2. Carta presentació jutge	85
6.3 Carta presentació als centres objectes d'estudi	85

1. JUSTIFICACIÓ

La població espanyola va en progressiu envelliment. A l'any 1994 el 10,7% de la població tenia 60 anys o més. S'espera que a l'any 2020 aquest grup representi el 16% del total de la població. Anualment augmenta l'esperança de vida en néixer; en el quinquenni 1995-2000 es calcula en 75,2 anys (per ambdós sexes) (1) (Lerzundi, et al.). A Catalunya en el 2005 existeixen 311.811 persones de més de 65 anys dels quals 65.000 viuen en cases unipersonals, i d'aquestes, 38.000 tenen més de 75 anys (2) (ICS, 2005). Gran part d'aquesta població envellida presenta malalties cròniques o invalidants, que requereixen atenció domiciliària. A més són malalts que presenten pluripatologies, i per tant requereixen més administració de fàrmacs. (3) (Segura, et al. 2000).

Segons un treball realitzat pel Dr. Vargas Castrillón de l'Hospital Clínic Sant Carlos de Madrid, en els països industrialitzats, entre el 13 i el 15% de la població té una edat superior als 65 anys. Aquest grup consumeix entre el 25 i el 30% de la despesa farmacèutica, i origina més del 30% dels ingressos hospitalaris. També esmenta que aproximadament el 80% dels ancians pateixen una malaltia crònica. De fet el 26% dels ancians tenen més de 3 malalties cròniques. (4) (Vargas, 2000). Les afeccions cròniques més freqüents en els adults grans a tot el món són les cardiovasculars, el càncer, la diabetis, l'artritis òssia, les pulmonars, la malaltia d'Alzheimer i els desordres psiquiàtrics com la depressió i la demència senil.

(1) Lerzundi M, Rosa, et al. *El alta al paciente: agrado y preocupación*. Servicio Andaluz de Salud. www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/eieprof2.pdf 23/02/06

(2) *Atenció compartida: Atenció primària de Girona i Hospital Doctor Josep Trueta de Girona. Informe de l'Institut Català de la Salut. 2005*

(3) Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat, et. al. *Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. Atención Primaria 2000; 11 (26) 620-623*

(4) Vargas Castrillón Emilio. *Psicofarmacología Geriátrica. Mult.Gernt.2000;10 (2) 92-103*

L'envelliment de la població, la cronificació de processos, els canvis en els perfils familiars que disminueixen la disponibilitat de cuidadors informals i els avanços científics i tecnològics, produeixen modificacions en el cicle vital, i augmenten els requeriments dels ciutadans que esperen major implicació en la presa de decisions que tenen a veure amb la seva salut, llibertat d'elecció del servei i dels professionals, més informació, personalització en el tracte, més confort i intimitat, continuïtat i coordinació en la provisió dels serveis de salut. Les millores en resultats de salut i tracte depenen fonamentalment dels clínics. Hauríem d'ésser capaços de demostrar que els pacients han percebut una millora qualitativa en l'assistència prestada.

Actualment a Espanya es produeix una reorientació de les polítiques i la gestió sanitària a causa d'un augment de despeses i demandes. Tot i això no hem d'oblidar que aquesta reorientació és veurà sotmesa al fracàs si no afecta la pràctica clínica (5) (Llamó, et al).

Històricament, la relació que teníem amb els nostres pacients col·locava els Serveis Sanitaris al centre de la relació. L'hospital-centrisme o ambulatori-centrisme desplaçava el pacient cap a la perifèria. En el nou concepte de relació el centre de l'atenció és el pacient i la seva família. Tots els sectors que intervenen en l'atenció dels pacients, sanitaris o no han de tenir-ho en compte (6) (Muriel).

Avui dia els professionals de salut tenim el repte de desenvolupar una relació amb el pacient molt més madura que exigeix tècnica i mètode, no sols per analitzar i diagnosticar, ni només per tractar terapèuticament. Actualment hem de protocolaritzar l'escolta, la valoració del nivell social, hem de proposar argumentant, convencent, donant instruments per a la decisió més saludable. (7). (Muriel, 2000).

(5) Llamó Señaris, J. et al. *El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico*. Fundación Gaspar Casal, Madrid. Revisió Crochane 12/9/06

(6) Muriel Fernández, R. *Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles*. www.comtf.es/pediatria/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm

(7) Muriel Fernández, R. *Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles*. www.comtf.es/pediatria/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm

Aquest repte posa de relleu la importància de les aplicacions de conceptes com coordinació, integració, col·laboració i, potser el més precís, complementarietat. Tots ells apareixen en múltiples nivells d'intervenció: entre professionals, institucions socials i sanitàries d'iniciativa social pública i privada i diferents categories de recursos. El concepte de coordinació internivells pretén facilitar l'accessibilitat als diferents serveis i garantir i/o facilitar la continuïtat de l'atenció a l'usuari. Dins de l'equip interdisciplinari encarregat de la coordinació considerem la infermera com a eix principal per assegurar aquesta continuïtat.

La infermeria, com a disciplina científica que és, ha evolucionat al llarg de la seva història en una trajectòria marcada per les directrius d'una societat cada vegada més exigent des del punt de vista professional. La tendència a orientar l'atenció d'infermeria des d'una visió biomèdica donant prioritat a les necessitats de predomini biològic i l'acompliment de les indicacions mèdiques, porta a perdre el paper propi i original del professional infermer. En el que respecta a l'atenció al pacient, amb freqüència és perd la mirada integral i de continuïtat en l'oferta de cures (8) (Lerzundi) .

Avui, els professionals que pertanyem a aquesta disciplina hem de considerar-nos privilegiats per poder assistir a un punt d'inflexió, en tots els sentits, que posarà les bases de la infermeria del futur. No obstant això, no podem limitar-nos a desenvolupar el paper de simples espectadors. És la nostra obligació i responsabilitat ser protagonistes directes d'aquest canvi (9) (SEEUE, 2003)

En l'actualitat ja existeixen infermeres que adopten competències en la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells. Les descrivim a continuació al Marc Teòric. Algunes són:

- **Infermera Comunitària**
- **Infermera Comunitària d'Enllaç**
- **Gestora de Casos**
- **Infermera de família**

(8) Lerzundi M, Rosa, et al. *El alta al paciente: agrado y preocupación*. Servicio Andaluz de Salud. www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/ejeprof2.pdf 23/02/06

Tot el que ha quedat exposat anteriorment ens motiva a proposar un projecte d'investigació dins de la disciplina infermera, orientat a descriure el treball que realitzen en continuïtat de l'atenció i en la coordinació entre nivells 39 infermeres de l'atenció primària de l'àrea Metropolitana de Barcelona i 29 infermeres d'un hospital de Barcelona ciutat. Aquest projecte s'ha dut a terme entre març del 2005 i juliol del 2006. El que hem fet és analitzar els resultats i fer propostes de millora.

(9) *Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendaciones científicas.*
www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/registroproceso.html

2. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

➤ **Realitzar un estudi descriptiu, entre març del 2005 i juliol del 2006, de la situació actual del treball diari de 39 infermeres de l'atenció primària de l'àrea Metropolitana de Barcelona i 29 infermeres d'un hospital de Barcelona ciutat, referent a la continuïtat de l'atenció i a la coordinació entre nivells en els centres d'estudi.**

➤ **Fer propostes de millora.**

3. MARC TEÒRIC

3.1. CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ I COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS

Per poder realitzar una actuació correcta en l'enfocament de la millora de la qualitat de vida, hem d'intentar satisfer les necessitats dels usuaris. Però, estem segurs de conèixer-les? Quan avaluem globalment necessitats, demanda i utilització dels serveis, només una petita part de les necessitats són expressades com a demandes assistencials i, ni tan sols la totalitat d'aquestes són ateses pels serveis sanitaris. El primer pas de l'atenció és, per tant, poder treure a la llum aquelles necessitats no expressades per les persones.

Per aconseguir-ho hem de donar a l'usuari i a la família el protagonisme de la relació, convertint-nos els professionals, no solament receptors d'informació sinó, sobretot, en emissors d'informació, esperant que es pugui prendre una bona decisió. Aquesta actuació comporta un pacte professional-usuari-família perquè aquesta última assumeixi la realitat i participi en les respostes als problemes.

Naturalment, la qualitat de vida depèn de paràmetres molt més amplis dels que com a professionals dels diferents sectors podem comprendre de forma aïllada. L'actuació multisectorial i la continuïtat de l'atenció són actuacions que escapen del camp exclusiu del personal sanitari i impliquen tots els professionals que tenen relació amb els serveis de salut, amb un objectiu concret: la millora de la qualitat de vida de l'usuari. Cada cop tenim més pacients amb patologia complexa per a la qual la sortida de la consulta o del centre sanitari no significa ni de bon tros el final de l'assistència. Qualsevol pacient, però sobretot el pacient amb patologia crònica, viu el seu problema de salut com un tot i cerca una solució i resposta integrades. La seva malaltia no té parcel·les que són ateses en diferents centres segons el moment, sinó que ha d'apreciar que tots els nivells d'atenció tracten la seva malaltia sense diferències. Aquest concepte defineix la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells. Els pacients són especialment sensibles per detectar les diferències que puguin establir-se segons el nivell que atén la seva sol·licitud, i fins i tot per detectar les contradiccions que puguin produir-se. Sembla clar que,

aconseguint una correcta continuïtat de l'atenció, millorarem el grau de satisfacció de l'usuari.

Hi ha múltiples factors que dificulten el funcionament correcte dels canals de comunicació entre nivells. Alguns d'aquests factors podrien estar afavorits pels punts següents:

➤ **Cultures professionals diferents.** Des del punt de vista sanitari, mentre l'atenció primària es centra més en l'enfocament poblacional i aspectes globals com la prevenció de malaltia, l'atenció especialitzada dóna prioritat a l'enfocament individual, les tècniques diagnòstiques i les terapèutiques.

➤ **Desconeixement.** Manca de coneixement que generalment es té sobre les funcions, capacitats i recursos d'un altre nivell.

➤ **Escassa valoració de l'altre nivell.** Quan es comença a treballar en comú i s'intenten establir protocols d'actuació unificada, es qüestionen actituds i processos que ja s'han convertit en rutinaris i se solen qüestionar també suposades parcel·les de poder. Només la correcta valoració de l'altre nivell assistencial permetrà acceptar propostes i reconèixer errors.

Per aconseguir superar aquestes barreres, alguns autors proposen anar treballant en tres graus:

➤ **Primer grau: actituds.** És fonamental que partim d'alguna cosa que nosaltres mateixos hem valorat com a un benefici per a l'usuari. Necessitem estendre un moviment progressiu de sensibilització, perquè cada cop sigui més gran el grup de professionals que estiguem en una disposició d'ànim positiva de cara a millorar la relació entre nivells.

➤ **Segon grau: millorar el coneixement de recursos dels altres nivells.** Nosaltres hem de posseir tota la informació necessària sobre els recursos amb què comptem en els diferents nivells (atenció primària, hospitals, etc.) Però també, des d'aquests nivells s'ha de conèixer quins són els recursos en l'àrea de salut mental, on es troben els centres base de minusvalies en cada província, quina oferta tenen per al medi rural, etc. Un cop que nosaltres hàgim donat tota aquesta informació, ells estaran en condicions de decidir on satisfaran de forma més adequada les seves expectatives.

➤ **Tercer graó: millorar les nostres aptituds.** Cal aconseguir millorar la nostra capacitat per realitzar un enfocament d'actuacions multisectorials en la relació dels professionals amb els usuaris. Fins al moment només el voluntarisme porta a realitzar actuacions puntuals, que generalment deixen de realitzar-se amb el pas de temps i que moltes vegades fallen per un incorrecte plantejament de seguiment i de la transmissió d'informació. El correcte *feedback* de la informació és bàsic perquè les relacions entre nivells es mantinguin un cop iniciades (10) (Muriel, 2000).

(10) Muriel Fernández, R. Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles. www.comf.es/pediatría/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm

Després d'una exhaustiva recerca bibliogràfica, exposem que hi ha diferents rols de la infermera que a compleixen alguns criteris de continuïtat de l'atenció i coordinació de nivells que exposem a continuació.

3.2. INFERMERA COMUNITÀRIA (IC)

3.2.1. DEFINICIÓ

La infermera comunitària és una síntesi de la pràctica de la infermera i la salut pública aplicada a promoure i preservar la salut de la població. La naturalesa d'aquesta pràctica és general i abasta molts aspectes. No es limita a un grup d'edat o a un diagnòstic determinat. És contínua i no episòdica. La responsabilitat és tota la població. Per tant la intervenció infermera dirigida a les famílies, als individus o als grups, contribueix a la millora de la salut de la població en general. La promoció i el manteniment de la salut, l'educació sanitària, la coordinació i la continuïtat de les cures, s'apliquen des d'un enfocament integral. La utilització del paradigma integral de les cures suposa desplaçar l'eix de la pràctica del treball de la infermera de ser una ajudant del metge a ajudar i acompanyar les persones. Els serveis d'infermeria han d'arribar a tota la comunitat oferint un servei de qualitat i innovador (11) (Guirao, 2004).

La Infermeria Comunitària neix a partir dels canvis que ha patit el paper de la infermeria al llarg del temps. No ha estat per atzar i és un fenomen comú als països desenvolupats.

El Dr. Mahler (Director de l'OMS) va identificar les infermeres com a líders estratègics en la següent fita: "Salut per a tothom a l'any 2000", pels seus coneixements, per les seves habilitats i la seva proximitat a la població (12) (Caja, 2004).

(11) Guirao Goris, Adolf. *Innovaciones en enfermería comunitaria. Jornadas Enfermería Comunitaria en Canarias. 2004*

(12) Caja C. *Infermeria Comunitària III. Atenció Primària. 2ª edició. Barcelona: Ed. Masson, 2004 Capítol 2 de la pàg. 13*
la 20

"L'actuació infermera d'avui, confirma la necessitat d'un plantejament general de la salut, reconeix les influències de tipus social i ecològic, posa atenció en les poblacions en perill i utilitza les forces dinàmiques que influeixen en el canvi" (13) (ANA, 1973).

3.2.2. EXPERIÈNCIES

A l'Àrea de Gestió Sanitària 9 del municipi de Madrid, es va plantejar si era possible impulsar la participació comunitària des dels centres de salut en el context social en què es viu i, encara que es tractés d'una àrea amb una llarga trajectòria comunitària, només des de fa relativament poc temps s'han iniciat processos comunitaris que tendeixen a treballar amb la comunitat i no només per a la comunitat. Això va sorgir a l'any 2002, en el marc de l'elaboració del Pla Estratègic d'Àrea, on es va plantejar com a objectiu promoure un procés de reflexió en els professionals, que permetés identificar els aspectes de participació factibles de ser integrats en la cultura i l'organització de l'àrea.

Per desenvolupar aquest objectiu es va formar un grup de treball coordinat pel responsable de promoció de la salut de l'àrea i format per responsables de participació comunitària, directors d'equip i responsables d'infermeria i d'unitats administratives. El procés va rebre el suport d'un assessor en tot moment, i va transcórrer des de l'any 2002 fins el 2005 seguint els passos següents:

➤ **Qüestionari inicial que es va passar als companys que no formaven part l'equip de treball.**

➤ **Discussió sobre la metodologia i revisió bibliogràfica.**

➤ **Formació dels equips.**

➤ **Sortida a la comunitat. Es van apropar a les associacions de cada municipi per conèixer les dificultats en què es trobaven** (14) (Madrid, 2002).

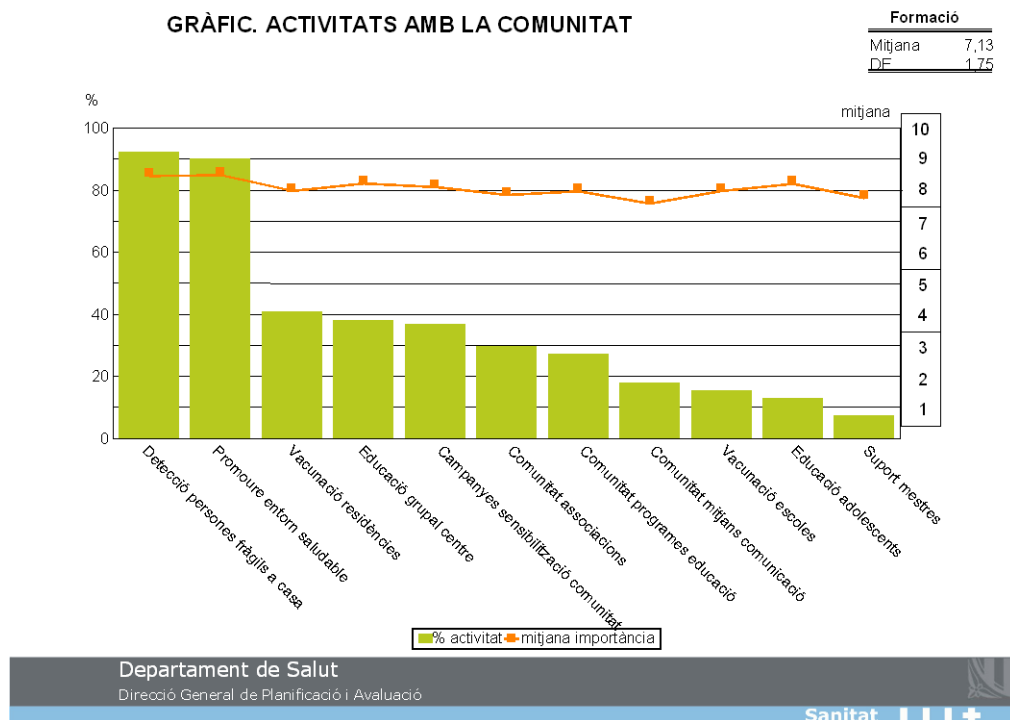
(13) *Definició de la infermera comunitària. American Nurses Association, ANA. 1973*

(14) *¿Es posible la participación comunitaria en los centros de salud? Experiencia de cuatro centros de salud del Área 9 de Madrid. <http://www.pacap.net/> [31/01/06]*

També ens trobem un altre estudi elaborat l'any 2004, sobre la situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya, on les activitats a la comunitat més freqüents entre les infermeres són la detecció de les persones

grans fràgils en el seu domicili i les activitats a l'entorn de promoure uns hàbits de vida saludables (veure gràfic)

En aquest mateix estudi les infermeres manifestaven en un 79% que no tenien temps suficient de fer activitats comunitàries amb l'actual organització de la seves tasques (15) (Regió Sanitària de Barcelona, 2004).



DETECCIÓ PERSONES FRÀGILS A CASA: mostra seleccionada per població assistida ADULTA

“VACUNACIÓ RESIDÈNCIES”: mostra seleccionada per població assistida ADULTA

“VACUNACIÓ ESCOLES”: mostra seleccionada per població assistida INFANTIL

“EDUCACIÓ ADOLESCENTS”: mostra seleccionada per població assistida INFANTIL

(15) Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya. Regió Sanitària Barcelona: Barcelona Ciutat 2004. Departament de Salut

3.3. INFERMERA COMUNITÀRIA D'ENLLAÇ (ICE)

3.3.1. DEFINICIÓ

Es defineix com “un procés de col·laboració mitjançant la valoració, planificació, aplicació, coordinació, monitorització i avaluació dels recursos necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, coordinant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cost efectius”. Procura la continuïtat i la coordinació internivells de les cures encaminades a la independència i autonomia dels pacients i les seves famílies.

La població atesa per la ICE la constitueixen totes aquelles persones susceptibles de rebre atenció en el domicili:

- **Persones immobilitzades o amb discapacitat.**
- **Persones amb processos terminals necessitades de cures pal·liatives.**
- **Persones amb alta hospitalària, necessitades de cures amb certa complexitat.**
- **Persones cuidades en institucions residencials.**
- **Cuidadors principals de les persones susceptibles de rebre atenció a domicili** (16) (Arqueros, et al).

La ICE té una sèrie d'objectius específics d'atenció, que ha de potenciar i millorar l'atenció a les persones susceptibles d'Atenció Domiciliària des d'una triple perspectiva: l'equip d'Assistència Primària de referència, el treball coordinat amb els serveis d'Atenció Especialitzada (AE), i el treball coordinat amb els professionals de referència per al tractament de problemes de salut mental, problemes socio-sanitaris, etc.

(16) Arqueros Perez , F. et al. Unidad de Coordinación Asistencial en el Hospital Torrecárdenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras: <http://www.juntadeandalucia.es/07/03/05>

Per tant, els seus objectius i les seves activitats seran els següents:

➤**Objectiu 1:** Mantenir i millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut de tota persona incapacitada o de risc atesa en el seu domicili, que compleixi amb els criteris d'inclusió. La consecució d'aquest objectiu passa per realitzar una escrupolosa captació activa de la població diana i la seva periòdica actualització. Aquesta captació es realitza conjuntament amb les infermeres de família i la resta de professionals del centre de salut. Per això, són utilitzades diferents fonts com la base de dades d'usuaris, els registres de visites domiciliàries i els censos poblacionals, entre altres. Una vegada identificada la població diana, les ICEs afavoreixen l'Atenció Domiciliària, assegurant la valoració integral de les necessitats de cada usuari, ajudant-se de qüestionaris específics, i posteriorment, elaborant un pla assistencial conjuntament amb els professionals que intervenen en la provisió del servei i que són responsables del seu seguiment.

➤**Objectiu 2:** Mantenir i millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut de les cuidadores principals de les persones incloses en l'Atenció Domiciliària. Alhora que es capta les persones amb necessitat de cures en el domicili, s'identifiquen els seus cuidadors principals, i s'elabora així un cens específic. D'altra banda, les ICEs intenten impulsar mesures que millorin l'atenció sanitària, per poder garantir que es realitzi una valoració integral a aquests cuidadors, així com el pla assistencial corresponent. A més, les ICEs ofereixen tallers de suport a la cura per a les cuidadores principals de les persones incloses en l'Atenció Domiciliària. Per impartir i organitzar aquests tallers es compta amb la resta de professionals del Districte Sanitari i amb la col·laboració d'altres procedents d'associacions i ONGs. Els objectius que es plantegen amb aquests tallers pretenen donar resposta a dos grans àrees: les necessitats relacionades amb la cura de l'usuari al domicili (alimentació, higiene, mobilització del pacient, comunicació) i aquelles relacionades amb la seva pròpia autocura.

➤**Objectiu 3:** Facilitar la millora de l'Atenció Domiciliària a l'Equip d'Assistència Primària. Per a aquest propòsit, les ICEs participen en activitats de formació i grups de treball conjuntament amb els professionals restants, cosa que permet sessions clíniques i discussió de casos, revisió de protocols i guies d'actuació per l'Atenció Domiciliària. En un altre sentit, les ICEs utilitzen sistemàticament una metodologia de treball que inclou un estàndard de valoració integral ajudada amb qüestionaris específics, la identificació dels diagnòstics (NANDA), criteris de resultats (NOC) i intervencions (NIC) més freqüents en Atenció Domiciliària, així com els documents de referència per a la derivació de casos, principalment, a infermeres i metges d'Assistència Primària.

➤**Objectiu 4:** Millorar la coordinació de l'equip d'Assistència Primària amb la xarxa social. Les ICEs col·laboren amb els treballadors socials en assumptes tals com la recerca de xarxes socials, elaboració d'una guia de recursos sociocomunitaris i disseny de protocols d'actuació conjunta d'Assistència Primària i xarxes socials.

➤**Objectiu 5:** Millorar la coordinació amb altres nivells assistencials com a element de garantia de la continuïtat de cures. La ICE és la professional referent per a les infermeres supervidores i les infermeres de les unitats d'hospitalització en relació a la continuïtat de cures (fisioteràpia, rehabilitació, serveis socials... (17) (Pérez, 2005), de tal manera que, a petició d'elles, van a aquestes unitats per conèixer la situació de pacients amb grans necessitats de cures després de l'alta amb la finalitat de promoure la planificació de les cures en el seu domicili des de l'hospital. A més, les ICEs cooperen amb els equips de salut mental del Districte Sanitari per a la posada en marxa de programes de coordinació, formació i assessorament. S'ha demostrat que millora la cobertura i la qualitat de l'atenció a pacients que han patit un infart agut de miocardi mitjançant la integració als serveis de rehabilitació d'infermeres especialitzades.

➤**Objectiu 6:** Garantir l'ús adequat del material d'ajuda tècnica per a la cura. Per a aquesta finalitat, la ICE participa en el disseny, avaluació i desenvolupament dels circuits d'assignació, recollida i reutilització d'aquest material (18) (Jiménez, 2004). La valoració i petició del material d'ajuda tècnica per a la cura pot ser realitzada per qualsevol infermera, metge o treballador social del

Districte Sanitari, tenint com a referència el protocol d'assignació establert. (19) (Marquez, 2005).

(17) Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez, Susana. *La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible a <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php> Consultat el 30-01-06

(18) Jimenez R. Article monogràfic publicat a IDEALDIGITAL. *Enfermeras de enlace y de familia*. Setembre 2004

(19) Marquez Calderón, S. *Iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada, mediadas por enfermeras, pueden lograr mayor cobertura y calidad de la rehabilitación cardiaca*. Biblioteca Cochrane plus. 2005

3.3.2. EXPERIÈNCIES

El Servei Basc de Salut comenta que la **coordinació amb altres nivells** és imprescindible millorar-la, perquè el que resta en joc és la **continuïtat de l'atenció** i, en conseqüència, la qualitat de tot el procés assistencial. Aquest és un veritable repte que no s'ha resolt de forma adequada en cap sistema de salut. Per això, és necessari que hi hagi un esforç per desenvolupar fórmules innovadores que milloren les vies de comunicació i la coordinació entre l'Atenció Primària i altres nivells assistencials (20) (Servicio Vasco de Salud, 2001).

A Girona estudien els registres compartits entre l'Hospital i l'Atenció Primària, que diuen que faciliten i milloren el procés de comunicació (sessions conjuntes, guies clíniques, trajectòries clíniques, correu electrònic...) (21) (Jones, et al 2004) del procés del pacient i facilita a l'usuari l'enllaç entre els diferents serveis sanitaris existents (22) (ICS,2005). Segueixen comentant que, la continuïtat de l'atenció recau en tres nivells de coordinació:

- **Primer nivell:** Direcció Infermeria Atenció Primària - Direcció Infermeria Hospital.
- **Segon nivell:** Infermera enllaç Atenció Primària – Infermera enllaç Hospital.
- **Tercer nivell:** Infermera gestora del procés (assignat) del pacient a l'Atenció Primària – Infermera clínica a l'Hospital.

I amb diferents tipus de pacients:

- **Tipus I:** Pacient crònic que presenta reaguditzacions.
- **Tipus II:** Pacient fràgil amb risc de deteriorament psicofísic.
- **Tipus III:** Pacient que necessita continuïtat assistencial quan és donat d'alta de l'Hospital.

➤ **Tipus IV:** Pacient i/o cuidador que necessiten educació sanitària.

➤ **Tipus V:** Pacient amb tractament pal·liatiu .

(20) *Enfermera comunitària de enlace: La coordinación entre niveles. Servicio Vasco de Salud*
http://www.diariomedico.com/noticia_23/11/01/ [28/7/05]

(21) Jones R, Numans ME. *The primary/secondary care interface in gastroenterology. European Journal of General Practice* 2004; 10: 78-79

(22) *Atenció compartida: Atenció primària de Girona i Hospital Doctor Josep Trueta de Girona. Informe de l'Institut Català de la Salut. 2005*

En el Servei Basc de Salut han decidit utilitzar un sistema de *case-mix* en Atenció Primària, un sistema que permet classificar grups de pacients en funció de l'edat, sexe i els diagnòstics que tenen en els últims 12 mesos.

Es coneix, també, el treball de coordinació de la Fundación Hospital Alcorcón i els centres d'atenció primària de l'Àrea de Gestió Sanitària 8 de Madrid. Actualment estan treballant en un circuit dissenyat que mostra les dades del recorregut que fan els pacients pel sistema sanitari.

A Catalunya s'està treballant per incorporar la figura de la Infermera d'Enllaç, que sigui competent per detectar i planificar l'alta d'alguns malalts i organitzar de forma àgil el seguiment posterior a l'Atenció Primària. També s'està treballant en alguns processos de Gestió de Casos (23) (Belenes, 2005). Això beneficiarà l'usuari i la seva família, ja que, només a Andalusia, el col·lectiu de familiars que tenen cura dels seus malalts es xifra en 254.000 persones. Es calcula que un 80% dels pacients que necessiten atencions per malaltia en el seu domicili disposen d'un/a cuidador/a (83% són dones) (24) (ALGER JAEN , 2005).

L'any 2000 el Servei Canari de Salut va crear la figura de la Infermera Comunitària d'Enllaç (ICE). Hi treballen 50 infermeres que fan de pont entre la família, el sistema sanitari i l'administració local. En els tres anys que porta funcionant, s'han **reduït** en més d'un 14% els **ingressos hospitalaris**, han **disminuït les visites als serveis d'urgències i s'ha aconseguit un estalvi de 850 euros** per pacient a l'any (25) (Servicio Canario de Salud). També **millora la percepció de seguretat de les persones** durant el trasllat del centre domiciliari fins el domicili habitual i a la inversa (26) (Torres 2005).

(23) Belenes, R. *El ICS es una organización de excelencia, que es capaz de innovar. Entrevista al Sr. Raimon Belenes, Director gerent de l'Institut Català de la Salut publicat a la revista GT. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, 2005; juliol.*

(24) *Enfermeras de enlace. Experiència a Jaen. Article publicat a ALCER JAEN. 2005*

(25) *Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. Servicio Canario de Salud. <http://www.asanec.org/> [28/7/05]*

(26) Torres Perez, L. *Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. Artículo especial de Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2005, 5, (1)*

Es va fer un estudi per determinar l'efecte d'un programa de cures compartides entre l'oncòleg i el metge d'atenció primària sobre les actituds dels pacients amb càncer. Va tractar-se d'un estudi controlat, randomitzat sobre un total de 248 pacients (grup objecte d'intervenció 121 persones i grup control de 127 persones). **El grau de cooperació sentida pel pacient era més gran** en el grup d'intervenció que en el de control als 3 mesos ($p=0,025$) (27) (De la teoria a la pràctica).

Un programa establert de cures compartides entre l'oncòleg i el metge d'atenció primària demostra que millora la percepció que té el malalt de càncer sobre la col·laboració entre diferents nivells d'atenció (28) (Pons, 2005).

Amb la coordinació entre hospital i atenció primària a Madrid s'ha **reduït** significativament **l'índex de derivacions d'atenció primària a l'hospital**. En l'atenció primària el 70% del pressupost d'una de les seves unitats clíniques es consumia amb la prescripció externa i han aconseguit disminuir-lo (29) (Diario Médico)

(27) *De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. [http://www.um.es/eglobal/\[07/03/05\]](http://www.um.es/eglobal/[07/03/05])*

(28) Pons Sureda, N. *Cuidados compartidos en pacientes oncológicos, buscando alianzas entre niveles asistenciales. Biblioteca Cochrane plus. 2005*

(29) *La coordinación de niveles reduce las derivaciones desde primaria. [http://www.diariomedico.com/noticia_13/1/013/\[28/7/05\]](http://www.diariomedico.com/noticia_13/1/013/[28/7/05])*

3.4. INFERMERA GESTORA DE CASOS (IGC)

3.4.1. DEFINICIÓ

La gestió de casos és un procés interdisciplinari bolcat en la INTEGRACIÓ. Aquest concepte de servei integrat pot definir-se com “la provisió de tots els tractaments i cures de forma planificada, coordinada i consistent per als professionals que presten els seus serveis al llarg del sistema i en el període de temps requerit, incloent-hi les cures informals, i consensuat amb els usuaris i familiars (30) (Torres, 2005).

L'enfocament fonamental de la gestió de casos és integrar, coordinar i defensar a persones individuals, famílies, i grups que requereixen serveis complexos. L'objectiu final és aconseguir resultats d'atenció planificada que actuen com a intermediaris de serveis d'atenció sanitària. L'atenció al pacient, a l'usuari del servei és el component bàsic de tots els models de la gestora de casos, encara que l'objectiu principal per instaurar un sistema de gestora de casos podria variar depenent dels programes (31) Enramada,1992.

Aquest procés que, segons L'Associació d'Infermeres Americanes, es defineix com un procés que millora la qualitat de vida del pacient i controla els costos (31) (ICS,1995), és també un procés biunívoc en què la informació s'ha de transmetre a tots els professionals del grup d'atenció. La gestió de casos és clarament un espai interdisciplinari on un intermediari facilita la integració de diversos professionals –inclosos els aliens al nostre servei i entorn-, amb el nucli subsidiari de la nostra labor: pacient/família. (32) (Brubakken, 1994)

(30) Torres Pérez, L. *Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. Artículo especial deTempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico* 2005, 5, (1)

(31) *Aula d'Atenció Primària. L'atenció d'Infermeria a l'Atenció Primària. Institut Català de la Salut . 1995*

(32) Brubakken KM, Janssen WR, Ruppel DL. *CNS roles in implementation of a differentiated case managementmodel. Clinical Nurse Specialist* 1994;8(2):69-73.

3.4.1.1. Model de la gestió de casos dintre de la gestió de la patologia

Als Estats Units a nivell hospitalari hi ha el que es denomina **Case Management** (Gestora de Casos), que es un procés on l'eficiència i l'eficàcia en la intervenció sobre les necessitats d'alguns pacients complexos donen resultats de qualitat clínica. Aquest programa està inclòs en el **Disease Management** (Gestió de Patologies) (33) (ANA, 1993)

➤ **Característiques:**

- La gestió del cas proveeix la relació del pacient dintre de la gestió de la malaltia.
- Crea un intermediari del pacient amb el sistema de salut.
- Tracte personalitzat, no a través de l'algoritme.
- La gestió del cas coordina les cures de grups individuals i especificitat de pacients de forma activa.

➤ **Diferències i semblances entre la gestió de cas i la gestió de la patologia**

- Diferències
 - La gestió de la malaltia lluita per crear opcions de tracte per a totes les persones individuals dintre d'un grup de població estratificat.
 - La gestió de cas es concentra en persones individuals d'alt risc, d'alt cost dintre del grup de malaltia.
- Semblances
 - Ambdós treballen cap a l'excel·lència clínica i financera en la cura del pacient.
 - La prevenció, el manteniment i el nivell més alt de la salut son un distintiu d'ambdós.
 - Ambdós treballen dintre de la continuïtat de l'atenció.
 - La gestió de la malaltia es gestiona en un pacient a la vegada.
 - La gestió del cas afecta a un pacient a la vegada.

(33) Definició de la infermera comunitària. American Nurses Association, ANA.

➤La xarxa de la gestió de casos

- És el sistema i diversitat de recursos i serveis que són més necessitats per un client individual o població a la qual es dirigeix constantment, identificant necessitats
- Consta de representants de les disciplines, departaments, i serveis que són tant interns com externs a la organització.

➤El procés de gestió de casos

- Es tracta d'un raonament clínic ampliat, on juga un paper important la revisió i les remissions pertinents, després d'una valoració exhaustiva i una avaluació dels riscos.
- Els passos són:
 - Primer. Identificació del pacient/ cuidador/equip d'atenció sanitària
 - Segon. Elaboració del pla (s'hi inclouen les intervencions adaptades per arribar als resultats)
 - Tercer. Posada en pràctica del pla
 - Quart. Avaluació
 - Cinquè. Revisió d'objectius i/o intervencions.
- **Bower** no concreta sobre els criteris d'inclusió i exclusió, només diu que ha de existir una explicació prèvia a un consentiment, coneixent els drets del pacient i les seves responsabilitats, i també tenint en compte les implicacions financeres (34) (Bower, 2005).

(34) Bower, K. *La gestió de casos, un repte per a la infermera. Conferència Master en Administración y Gestion de cuidados de enfermería. Auditori Caixa Fòrum.2004; juny. Barcelona*

(35) Teixidor i Freixa M. *La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86.*

3.4.2. ROLS DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

3.4.2.1. Tipus de rols (35) (Teixidor 2005)

➤”Rol social

Proporciona un servei a la comunitat, a les persones que necessiten ajuda.

➤Rol d'educadora

És un referent de l'educació del client, planificant i realitzant intervencions de formació per evitar complicacions quan el malalt torni a casa, implicant la persona i la família, possibilitant la independència de la persona.

➤Rol de gestora, de coordinadora i de col·laboradora

Col·labora en les cures durant la totalitat de l'episodi i coordina i lidera l'equip multidisciplinari. Ha de tenir coneixement dels diferents serveis i recursos del sistema sanitari i social, tant els oferts per les administracions com per altres entitats, per poder-los seleccionar en funció de les necessitats de cada cas.

➤Rol de consellera

Orienta les infermeres clíniques i forma els col·legues en la gestió de casos.

➤Rol en la gestió de conflictes, en finances i negociació

Posseeix un idea del conjunt de les cures i situa el punt de vista de la gestió financera de tot el procés. Obliga a crear sistemes per valorar l'efectivitat i resoldre desviacions.

➤Rol investigador

Es responsabilitza del desenvolupament de la pràctica professional pròpia, fent possibles pràctiques reflexives, i garanteix la innovació i l'excel·lència en la qualitat de les cures.

➤Rol d'acompanyament

Ha d'entendre la persona i els seus missatges, respondre totes les qüestions i comprendre el sentit de les paraules i dels gestos de l'altre i respectar-lo (empatia).

➤Rol en la gestió de resultats

Centrar-se en els resultats permet valorar si els processos o els recursos utilitzats són efectius i necessaris o si haurien de ser modificats i també serveix per demostrar l'impacte de les intervencions d'infermeria. Aquests resultats

han de centrar-se en el pacient i la família i han de fer possibles pràctiques responsables que permetin mesurar la qualitat i la eficiència (36) (Teixidor, 2005).

La gestió de casos pot presentar-se per a la infermeria com una amenaça, com per exemple la falta d'acceptació del rol de coordinació en el equip, la no disponibilitat de recursos per a gestionar i no acabar d'entendre l'essència de les cures i la necessitat d'una planificació integral. En canvi també pot suposar l'oportunitat d'innovar, de conèixer el medi i la població, de definir i/o coordinar processos assistencials, etc (37) (INSALUD, 2005)".

3.4.2.2. Rol de l'Especialista en Infermeria Clínica (Pràctica d'un cas diferenciat del model de gestió de cas)

➤ Implementació

L'atenció d'infermeria en els centres especialitzats és eminentment reactiva, en la majoria dels casos l'usuari és qui es persona a la unitat i expressa el seu requeriment. La gestió de casos, en canvi, té un caràcter preferentment proactiu. La realitat de la demanda constant amb freqüència converteix les nostres unitats en sistemes durs, poc capacitats per trobar la necessitat que es troba en la demanda, per identificar situacions de risc abans que es produeixin, màxim si aquestes cauen en l'àmbit del "no fisiològic".

(36) Teixidor Freixa, M. "El rol de la infermera en la definició i activació de les trajectòries clíniques i la gestió de casos". 10º aniversario del Máster en Administración y Gestión en cuidados de enfermería. Teixidor Freixa, M (Dir). Fundació "La Caixa" 2005 Barcelona

(37) El INSALUD apuesta por definir el papel y las funciones de una nueva figura del sistema; el gestor de casos. Publicación interna 2003

Nombrosos autors que aborden el tema de la violència i les agressions en el medi sanitari, ubiquen moltes d'aquestes situacions en l'escenari urgent emergent. Abunden en el fet que la situació violenta-agressiva es va gestar durant un dilatat espai de temps. La frustració, la insatisfacció, la indefensió, la

incomunicació i l'escassa sintonia amb els professionals apareixen com a "col·laboradors necessaris" en nombrosos d'aquests episodis, sobretot els de violència de "baix grau". Així, la infermeria en gestió de casos no només es centra en l'atenció dels pacients que sol·liciten la seva intervenció o en aquells que són remesos per un altre professional, sinó que gràcies a la seva posició identifica en l'escenari necessari.

➤ **Valoració integral**

El procés s'inicia amb una valoració integral a través de la qual la infermera identifica les necessitats de la persona i els seus cuidadors per al manteniment efectiu de la salut, tot facilitant la comunicació i coordinació entre membres dels serveis de salut i socials, i mobilitzant els recursos necessaris per evitar la fragmentació de la cura, implicant per això l'individu i la seva família en la presa de decisions. Aquesta valoració és un complement de la iniciada per la infermera cuidadora o altres professionals, que en nombroses ocasions ja han identificat el problema i només requereixen les habilitats de comunicació i coordinació. El concepte d'usuari és inclusiu, ja que la infermeria en gestió de casos no treballa amb persones aïllades, sinó amb nuclis familiars immersos en una organització complexa.

➤ **Detecció de població diana**

Malgrat la funció eminentment proactiva de la infermeria en gestió de casos, és possible identificar unes característiques del pacient o la atenció rebuda que permeten a la infermeria en gestió de casos ubicar-se amb rapidesa com a recurs alternatiu abans de la progressió indesitjable de la situació:

- Pacients amb llarga estada a la unitat o nombroses proves o intervencions.
- Pacients institucionalitzats o molt vulnerables.
- Pacients impredecibles: alteracions neurològiques (agudes o cròniques), incapacitat per la comunicació efectiva, trastorns amb base psiquiàtrica.
- Pacients crònics amb reingressos múltiples.
- Factors socioeconòmics i culturals: marginalitat, problemes idiomàtics, incomunicació.

- Processos amb múltiples actors.
- Poblacions diana de línies estratègiques.
- Àrees d'intervenció

En els centres especialitzats d'atenció d'infermeria la gestió de les cures se centra en una sèrie d'intervencions, que de manera general poden adscriure's a diferents escenaris d'atenció:

- Reavaluació constant dels pacients (orientació proactiva).
- Revisió del cens de pacients: situació i iniciatives pendents o en desenvolupament.
- Consulta constant a l'equip d'atenció (metge i infermer)
- Revisió i control de documentació.
- Revisió d'ingressos, desplaçaments i derivacions.
- Comunicació constant amb el pacient i la seva família/persones més properes.
- Informació sobre situació i evolució en la unitat.
- Planificació de l'alta o derivació.
- Ajuda en la presa de decisions i assessorament general sobre el sistema o la institució.

Els resultats se centren a disminuir els temps d'espera, millorar la comunicació i els circuits d'informació entre la institució i el pacient/família, i proporcionar una cura pròxima i respectuosa.

➤ **Límit d' entrada**

Pacient que ve sol o acompanyat que accedeix al nostre servei amb una demanda de salut.

➤ **Límit final**

Alta de la unitat.

➤ **Límits marginals**

En principi qualsevol pacient és objecte de ser inclòs en aquest procés llevat d'aquells que ho rebutgin de manera expressa.

➤ **Destinatari**

Aquest caràcter generalitzador fa necessari el desenvolupament d'un instrument que ens permeti acotar la intensitat i l'extensió del procés amb vistes

a centrar-lo amb caràcter preferent en els usuaris –població de risc- que més ho necessiten.

➤ **Fluxos de sortida i característiques de qualitat.**

Les característiques de qualitat atribuïdes haurien de treballar-se en el nostre entorn específic, si bé les carències detectades en àrees com la comunicació i la humanització de l'atenció deixen poc espai per dubtar dels escenaris de treball.

➤ **Indicadors de qualitat.**

Les dimensions de la qualitat que hem de mesurar i que són sensibles al instrument poden agrupar-se:

- Accessibilitat
- Adequació
- Efectivitat
- Eficiència
- Percepció de l'usuari
- Continuitat
- Seguretat

El disseny d'aquests indicadors és susceptible d'una contextualització específica difícil d'abordar sense comptar amb el coneixement explícit del pla estratègic dels especialistes en infermeria clínica on la iniciativa es vulgui implementar. En qualsevol cas les dimensions citades apareixen en tots els entorns analitzats:

- Pacient
 - Accessibilitat: supressió d'intermediaris, possessió d'un referent, capacitat de participació, sensació de control.
 - Seguretat: anticipació, sensació d'acompanyament al llarg de la cadena assistencial.
 - Comunicació més que informació.

- Família/acompanyants
 - Un guia en la institució.
 - Un agent facilitador pels tràmits (un representant).

- Un referent en la presa de decisions.
- Comunicació més que informació.
- Infermera cuidadora
- Un mediador capaç per actuar com interlocutor entre els implicats en l'atenció i els ciutadans.
- Un referent que informa sobre els tràmits que afecten la cura del pacient/família.
- Infermera externa (fora de l'especialista en infermeria clínica)
- Un referent a l'hora de la continuïtat de les cures (més enllà de l'informe).
- Una font d'informació addicional.
- Facultatiu
- Un mediador capaç d'actuar com interlocutor entre els implicats en l'atenció i els ciutadans.
- Un recurs per a la comunicació, sobretot en situacions difícils.
- Pacient/Familiars
- Coneixement de l'estat del seu procés: nivell de resolució, casos pendents...
- Resolució sense intermediació de l'usuari
- Individualització i adaptació de la informació a cada situació, nivell sociocultural i capacitat cognitiva.
- Entorn apropiat per a la interacció clínica (tranquil, digne i net).
- Disponibilitat i domini de la informació rellevant sobre el seu procés i estada.
- Informació contínua i coherent durant el procés.
- Recursos institucionals normalitzats accessibles i actualitzats (guies, fullets, horaris, croquis i senyalització).

➤ Professionals implicats

- Retroalimentació de la informació sobre el curs del procés, independentment del nivell en el qual es trobi el pacient
- Garantia sobre el control del procés i la gestió de la informació.
- Generació d'un informe de gestió (38). (Brubakken KM, et al, 1994)

(38) Brubakken KM, Janssen WR, Ruppel DL. CNS roles in implementation of a differentiated case management model. *Clinical Nurse Specialist* 1994;8(2):69-73.

3.4.3. EXPERIÈNCIES

A **Andalusia** confien plenament en la Gestió de Casos per resoldre el problema de les necessitats d'atenció de la salut a la població. La gestió de casos s'orienta de manera diferent en funció dels escenaris clínics subsidiaris de la seva intervenció:

- **AGENT PUR (pure brokerage model):** el gestor de casos és extern a l'equip i coordina els copartípeps en el procés del pacient.
- **AGENT AMB FUNCIONS AMPLIADES (extended brokerage model):** els membres de l'equip assumeixen les funcions d'agent, reorientant el seu enfocament previ.
- **TRACTAMENT COMUNITARI ASSERTIU** (assertive community treatment-ACT- model): un equip multidisciplinari proporciona suport terapèutic, rehabilitador i sociosanitari.

En aquesta comunitat autònoma, l'any 2003, 200 professionals infermers treballen en aquesta figura.

La gestió de casos com a mètode de coordinació del tractament dels pacients per garantir l'assistència individualitzada seqüencial o simultània, així com ajudar els pacients a entendre el sistema de tractaments, apareix com una pràctica poc freqüent a la **Unió Europea**. Des de **França** es notifica que la cooperació entre els serveis de lluita contra la drogodependència i els serveis psiquiàtrics està en marxa, amb vistes a organitzar ingressos conjunts i procediments de gestió de casos per a pacients amb trastorns psiquiàtrics i addiccions; no obstant això, aquesta col·laboració sol limitar-se a casos concrets. A **Luxemburg**, igual que als **Països Baixos**, els professionals han acabat reconeixent que la gestió de casos és el mètode més eficaç per tractar els pacients amb diagnòstic dual, però per a això cal invertir molt de temps i diners, i es requereixen unes aptituds professionals específiques; no obstant això, en alguns països s'està aplicant un tipus de gestió de casos conegut com «tractament assertiu comunitari». Segons una anàlisi **neerlandesa**, un possible model eficaç de gestió de casos és el tractament assertiu comunitari, que inclou aspectes estructurals (nombre de casos, treball en equip, cooperació amb altres professionals de la salut), organitzatius (criteris d'inclusió explícits, admissió limitada de nous pacients, intervenció en situacions de crisi les 24 hores) i de contingut (suport i assistència proporcionats en situacions diàries, un enfocament actiu, contactes freqüents). A **Birmingham** (Regne Unit), els equips encarregats dels tractaments assertius comunitaris reben un manual de formació sobre el tractament integrat del comportament cognitiu. D'altra banda, els equips reben suport constant a l'hora de realitzar la intervenció i se'ls avalua segons el procés i els resultats (39) (Joint Meeting, 2003). Un altre país que s'afegeix

a aquest tipus de gestió de casos és **Noruega**, on s'estan provant diversos equips integrats prenent com a base el tractament assertiu comunitari (40) (OMS; 2004).

A **Amèrica del Nord**, treballen també en aquesta línia, és per això que recollim aquesta experiència : (41) (Marshall, 2004)

Els pacients que rebien tractament comunitari assertiu:

➤ **Demostren tenir més probabilitat de mantenir el contacte amb els serveis de salut.**

➤ **Hi ha menor probabilitat de reingrés hospitalari i menor estada**

➤ **Hi ha grans diferències en la satisfacció de pacients, l'allotjament i el treball.**

➤ **No hi ha diferències en l'estat mental o la funció social.**

➤ **Difícil avaluació del cost-efectivitat.**

(39) *Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003*

(40) *El problema de la drogodependència en la Unió Europea en Noruega. Informe anual OMS. 2004*

(41) *Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves. Tratamiento comunitario asertivo (TCA) en pacientes con desordenes severos mentales.. (Revisión Cochrane traducida) 2004; (3)*

Segons un estudi de Marin treballat sobre la gestió de casos dintre de la gestió de malalties, l'objectiu era mostrar l'efectivitat de la planificació de l'alta amb un seguiment protocol·litzat entre diferents nivells. L'efectivitat es mesurava en reducció d'ingressos hospitalaris i la seva durada, consum de recursos i costos, afegint la intervenció de seguiment a domicili de les pròpies infermeres. Van entrar a l'estudi (1992-1996) 363 pacients, dels qual 177 eren el grup d'intervenció i 186 el grup control. Respecte els costos a les 24 setmanes postalta, van ser pràcticament el doble en el grup control (1,2 milions de dòlars contra 0,6) que en els d'intervenció. El grup control presentava més readmissions (37,1% contra 20,3%) al llarg de les 24 setmanes postalta que el d'intervenció; també va ésser menor el percentatge de readmissions múltiples

en aquest últim grup (14'5% contra 6'2%; $p=0'001$). El temps mig d'hospitalització per pacient en les readmissions també va ser significativament diferent: 4,09 dies en el grup control i 1,53 en el d'intervenció. (42) (Marin, 2005).

3.4.3.1. Resultats de les experiències en alguns hospitals dels Estats Units

➤ Unió d'Hospitals a Minnesota

Els resultats de la gestió de casos a la **Unió d'Hospitals a Minnesota** són: admissions reduïdes en 12 mesos el 58,97%; dies de llit en 12 mesos reduïts el 53,25%; dies UCI abans 28 i després 8; l'estalvi en 67 pacients va ser de 500.000 dòlars per any; el cost mèdic anual total reduït en 131.175 dòlars; a més hi va haver milloria de l'estat funcional, coneixements de la malaltia, comunicació i resultats clínics, per la intervenció de d'infermera gestora de casos coordinant recursos entre l'hospital i l'atenció primària (43) (Servicio Canario de Salud).

(42) Marin, M. Una adecuada planificación del alta con seguimiento protocolarizado en el domicilio reduce los reingresos. *Biblioteca Cochrane plus*. 2005

(43) La Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. *Servicio Canario de Salud*
<http://www.asanec.org/> [28/7/05]

Segons Ferguson, et al, (44) en una revisió sistemàtica en 1998 de 9 estudis amb 4.890 pacients, no hi ha evidència de reducció de costos econòmics, però el que si millora és la satisfacció del pacient, la qualitat de vida, i l'estat funcional.

➤ St. Mary's Hospital (Tucson)

És un model basat en la relació entre la gestora de casos, la família, el pacient i altres professionals sanitaris. Aplica un model d'integració de serveis infermers al llarg del contínuum de les cures, inclòs el nivell comunitari. La infermera gestora de casos és responsable de la qualitat de les cures, el cost-effectivitat dels serveis donats i la accessibilitat del pacient als serveis de salut. El procés es centra en intervencions específiques orientades a crear un pla de

cures que reflecteixi l'experiència que té el pacient de la malaltia, així com els seus valors i creences: involucrar-lo en el model, informar-lo del pla, mantenir els seus valors i creences i ajudar-lo en la presa de decisions. Es produeix una disminució de costos en pacients de llarga estada de 4.774 dòlars a 1,801 dòlars/pacient/dia (45) (Revisió Cochrane 2004)

➤ **Model de Gestió de Cas de Estrella (el model de Primm)**

- Funcions
 - Consultor, investigador, proveïdor de cures directes, educador, avalua el procés.
- Resultats
 - En un 25% dels casos:
 - a) Millora de la continuïtat de cures.
 - b) Augment de la participació del pacient en la planificació de les cures.
 - c) Millora de coneixements sobre la malaltia a l'alta.
 - Disminució de 1,4 dies d'estada en la estada mitjana en processos cardíacs i pròtesis articulars (46). (Sohl-Kreiger R, et al, 1996)

(44) Ferguson J A, Weinberger M: Casemanagement programs in primary care *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13(2):123-126

(45) Hacia una enfermera gestora de casos. *St. Mary's Hospital Tucson . EEUU 2002 (Revisió Cochrane traducida)* 2004; (3)

(46) Sohl-Kreiger R, Lagaard MW, Scherrer J. *Nursing case management: relationships as a strategy to improve care. Clinical Nurse Specialist* 1996;10(2):107-113.

3.5. INFERMERA DE FAMÍLIA (IF)

3.5.1. DEFINICIÓ

Activitat centrada en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia de les famílies al seu càrrec, que permet als metges centrar-se en els pacients amb patologies. Requereix un canvi de mentalitat molt important per a les infermeres.

3.5.2. EXPERIÈNCIES

S'estan desenvolupant programes pilot a Andorra, Irlanda, Regne Unit, Suècia i altres països europeus.

En el document Health 21 (Setembre 1999) es recull la nova política de salut de la OMS: "Les famílies, a més de metges de família, haurien de tenir infermeres de família. Aquestes es dedicarien a la promoció i a la prevenció de la salut". (47) (OMS 1991)

Als Estats Units a nivell d'atenció primària hi ha la *Nursing Practitioner* ("Infermera de Família"), que es dedica bàsicament a la gestió de les patologies cròniques. Té funcions independents, dependents i interdependents. Fa diagnòstics i tractaments, recomana teràpies pels pacients, i desenvolupa plans d'intervenció individualitzats (48). (Healt Select de Texas, 2005)

(47) OMS Health 21 *Enfermera de Familia*. <http://www.who.int/es>

(48) *Healt Select de Texas. Empleos y jubilados menores de 65 años*. BlueCross BlueShield of Texas. Setembre 2005

3.6. SISTEMES DE REGISTRE

El registre d'infermeria ha de ser un document adequat legalment i reconegut per la Institució formant part de la història clínica del pacient. Aquest registre contribueix de manera fonamental a identificar patrons de resposta i canvis en els estat del pacient, comunicar les cures fetes, analitzar la qualitat de les mateixes, **facilitar la continuïtat i la coordinació de l'atenció**, facilitar la comprensió en quan als fonaments del treball infermer, justificar els serveis prestats, així com comptar amb una base de dades per a la investigació i la recerca. Amb la evolució de les noves tecnologies, els registres habituals, com el paper, han estat substituïts poc a poc per sistemes informàtics que han arribat a tots els nivells d'atenció sanitària. Ha passat ha ser imprescindible la utilització dels ordinadors en el treball diari, millorant l'accessibilitat de la informació, l'emmagatzematge de les dades, la confidencialitat de la informació, etc. Segons la Societat Científica d'Infermeres d'Urgències i Emergències (SEEUE), el registre d'infermeria ha de complir aquestes condicions:

- **Reflexar la metodologia infermera d'un model teòric infermer**
- **Estructurat de forma clara i molt visual**
- **Espai de filiació del pacient**
- **Espai que aparegui nom del servei o unitat**
- **Permeti la recollida de dades sobre la recepció, l'acollida i la classificació**
- **Diferents espais on s'identifiquin els diferents professionals que fan l'atenció**
- **Llenguatge comú infermer i sistema de classificació d'activitats**
- **La majoria dels ítems han de ser tancats per facilitar els seu registre**
- **Els continguts del procés infermer hauran de tenir una selecció d'opcions obertes i adequades al servei, la casuística, la experiència clínica i dels professionals i la bibliografia basada en la evidència**
- **Registres compartits per diferents nivells d'atenció, poden oferir al pacient una informe actualitzat de la seva situació.**

➤ **La formació continuada i el maneig diari aportaran als professionals la experiència i la capacitat de oferir millores (49).** (SEEUE, 2003)

(49) Recomendaciones científicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Octubre 200

3.7. REFLEXIÓ FINAL

És ben cert que ens adonem que en descriure les activitats de la Infermera Gestora de Casos (IGC), no s'allunyen massa de les de la Infermera Comunitària d'Enllaç (ICE), que hem definit anteriorment. Per tant concloem que actualment no hi ha criteris unificats d'aquests rols, però sí que observem que coincideixen en una sistemàtica de treball més orientada a la continuïtat i a la coordinació d'una forma més àmplia que no pas la Infermera Comunitària (IC) i la Infermera de Família (IF). Per tant s'intentarà ajustar els qüestionaris al treball de les infermeres que actualment estigui orientat en qualsevol d'aquest dos rols (ICE i IGC). Els qüestionaris l'hem elaborat nosaltres perquè no hem trobat cap que s'ajusti a les nostres inquietuds i requeriments.

4. MARC APLICAT

4.1. HIPÒTESIS GENERALS

➤ **El rol de continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells que du a terme la infermera no està suficientment desenvolupat.**

➤ **La continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells assistencials precisa d'instruments de gestió per a dur-se a terme.**

➤ **Els instruments emprats per assegurar la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells no estan suficientment desenvolupats.**

4.2. PROCÉS

4.2.1. METODOLOGIA

Anàlisi descriptiva del treball diari de les 39 infermeres de l'atenció primària de l'àrea Metropolitana de Barcelona i 29 infermeres d'un hospital de Barcelona ciutat, referent a les tasques que realitzen en continuïtat de l'atenció i en la coordinació entre nivells. Aquest projecte s'ha dut a terme entre març del 2005 i juliol del 2006. S'analitzant els resultats obtinguts, per acabar fent propostes de millora. Es tracta d'un **estudi transversal-descriptiu**.

4.2.2. VARIABLES I CONTROL

➤ **Variable independent:** situació actual de la Infermera Comunitària d'Enllaç

➤ **Variable dependent:** continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells

4.2.3. POBLACIÓ I MOSTRA

Una de les estratègies per l'anàlisi de la recollida de informació sobre les funcions i tasques que actualment fan les infermeres de l'Hospital i de l'Atenció Primària, en relació a la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells, és a través d'un qüestionari que hem elaborat el grup de treball basant-nos en les preguntes que han anat sorgint a mesura que rellegíem la bibliografia emprada per aquest projecte i l'apartat sobre competències segons Teixidor M. (2005)¹. El qüestionari ha estat dirigit a infermeres i infermers de l'àmbit hospitalari i de l'àmbit primari de la ciutat de Barcelona i la seva àrea metropolitana. Per l'anàlisi de la informació hem recollit 68 enquestes. S'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Social Sciences), utilitzant tant estratègies d'anàlisi descriptiu com inferencial. Per una millor comprensió dels resultats s'ha organitzat la presentació seguint l'orde establert en el propi qüestionari. La primera part dona informació sobre característiques personals, i d'activitat professional, la segona part descriu el perfil dels registres emprats i la tercera part elabora un perfil de competències². D'aquí que en un primer moment, s'atén a la caracterització de la mostra per a posteriorment centrar l'atenció en alguns encreuaments d'interès per la investigació.

En la segona part del qüestionari, que se centra en el sistema de registres, hem considerat oportú delimitar les respostes en 3 ítems diferents: si, no, i no ho permet el programa. D'aquesta forma observem si el programa té limitacions en quant a l'accessibilitat de certs professionals, afavorint a uns i deixant de banda a infermeria, com a part implicada en el procés.

4.2.4. Descripció del Centres d'estudi

➤Centres sanitaris atenció primària Barcelona ciutat (A)

-
- ¹ Teixidor i Freixa M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86.

Servei d'Atenció Primària de Barcelona amb cinc centres d'atenció primària de titularitat pública. Dóna cobertura assistencial aproximadament a 125.000 persones.

Es tracta de centres que treballen en la seva totalitat amb la història clínica informatitzada.

Des de fa anys aquests centres treballen amb programes/protocols d'atenció domiciliària. Només des de fa pocs anys i en col·laboració amb el Consorci Sanitari de Barcelona es desenvolupa el programa PREALT que té com a objectius els següents:

- Objectiu general
 - Millorar la continuïtat assistencial dels pacients ingressats donats d'alta des dels hospitals d'aguts i que requereixen seguiment dels problemes de salut per l'equip d'atenció primària
 - Disposar d'un instrument que orienti criteris, processos i circuits per als pacients ingressats i que requereixen seguiment a domicili per part de l'equip d'atenció primària.
- Objectius específics
 - Detecció precoç de necessitats sanitàries o problemes socials.
 - Planificació de les altes a tot l'hospital i de tots els sectors.
 - Promoció de la funció planificadora de la infermera responsable de cada pacient.
 - Coordinació i integració de tots els recursos hospitalaris de planificació d'altes (PREALT, UFISS...).

Aquests Centres estan dotats de dos programes informàtics : OMI-AP i Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP) que, com a eines de treball quotidià demostren gran utilitat i versatilitat, i a més es poden exportar i importar d'un ordinador a un altre i d'una xarxa local a una altra per mitjà de disquets o per Internet. Són també molt adequades per a estudis d'investigació en atenció primària i faciliten que puguin ser, a més,

multicèntrics. Es poden descriure com a pantalles composades d'una o diverses carpetes, plenes de camps de diversos tipus (de text, numèric, sí/no, dades, imatges, etc. fins a 16 de diferents) on es poden registrar dades clíniques del pacient.

Els fulls que utilitzen les infermeres de forma habitual per al seu treball diari son:

- Full de dades generals
- Full de monitorització
- Full de condicionants i problemes
- Full de diagnòstics infermers
- Consulta programada del nen sa
- Consulta programada de l'adult
- Vacunacions
- Plans de cures d'infermeria.
- Consulta de demanda d'infermeria

En aquests centres hi ha infermeres que atenen totes les visites domiciliàries i es coordinen amb les altres infermeres i els metges. També existeix la figura de la infermera que rep les altes de l'hospital i les distribueix a les infermeres referents del malalt perquè ella en faci el seguiment

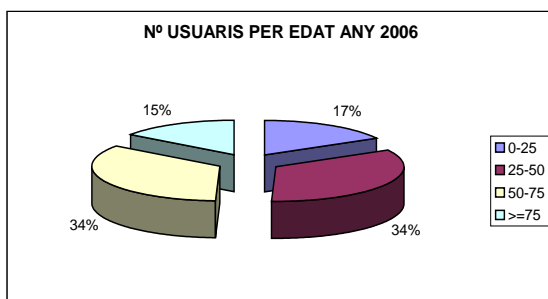
➤ Centre d'atenció primària Barcelona ciutat (B)

Organisme autònom adscrit al Consorci Sanitari de Barcelona. Dóna assistència primària, d'especialitats, hospitalària i prestacions farmacèutiques.

Aquest organisme es divideix en 4 centres, dels quals només farem l'estudi en un d'ells, perquè treballa en metodologia de gestió de casos. Es tractarà d'un total de 8 enquestes, que és el nombre total d'infermeres que hi treballen.

Aquest centre gestiona assistencialment a 26.354 usuaris (11.711 homes i

14.643 dones), enregistrats en l'any 2006. I compte amb 112 metges de capçalera i 47 especialistes. El nº d'usuaris en relació amb l'edat és el següent:



Utilitza criteris innovadors en el seu àmbit de treball. En aquest sentit, és la primera entitat al nostre país que dissenya i utilitza la Targeta Sanitària Individual, i a més a més disposa d'un registre longitudinal de tota l'activitat realitzada des de 1987. També ha implementat i posat en marxa un Programa Integrat de Salut on s'han informatitzat les activitats, s'han introduït les Guies de Pràctica Clínica i Programes específics d'atenció a Pacients Crònics i de Gestió de Casos.

Té vigent el funcionament de la Web i els usuaris poden contactar via Internet.

El programa informàtic actual que utilitza és el Class-DM (Clinical Action Support System Disease Management). Aquest programa consta de dues àrees: (1) funcions clíniques i professionals, (2) funcions oficina personal, correu electrònic i agenda.

Per entrar al programa es necessita un ID o contrasenya que garanteix que només faci ús del programa el seu propietari.

Cada usuari té enregistrada la seva pròpia fitxa clínica on hi surten totes les consultes realitzades en el centre. Hi ha el "Curs Clínic" per apuntar el motiu de consulta, i en "Acció Mèdica" es pot senyalitzar diagnòstics, proves complementàries, derivacions i tractaments estandarditzats, entre d'altres coses.

➤ **Centre sanitari hospitalari Barcelona ciutat**

Localitzat a Barcelona, complí 600 anys d'història l'any 2001. La seva missió original, servir els pobres i peregrins segons la caritat cristiana, dista de l'actual, ser un Hospital de referència de tercer nivell, obert a la societat i al seu entorn sanitari, centrat en les persones.

En la seva funció *assistencial* destaquen múltiples activitats, algunes d'elles considerades de referència en el seu àmbit d'actuació. Anualment s'atenen més de 34.000 malalts ingressats i més de 150.000 urgències. A les consultes externes es visiten cada any més de 300.000 persones i a l'Hospital de Dia s'atenen més de 60.000 usuaris. Disposa de 71 punts d'Hospital de dia, 634 llits d'hospitalització i 19 quiròfans.

La docència es duu a terme a molt àmbits: Unitat Docent de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, Escola Universitària

d'Infermeria, participació al programa MIR de formació d'especialistes, cursos de tercer cicle, formació continuada, etc.

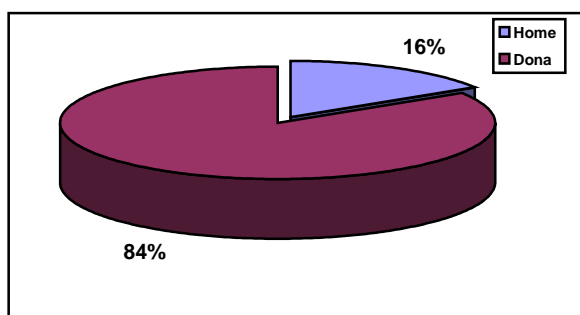
L'Hospital està governat pel Patronat de la Fundació de Gestió Sanitària (FGSHSCSP), on avui hi són representats la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Barcelona i l'Arquebisbat de Barcelona.

4.3. RESULTATS

4.3.1. CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA

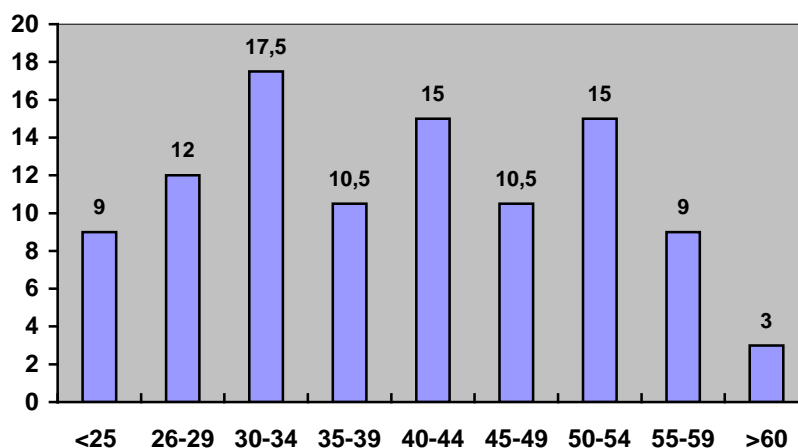
4.3.1.1. Variables personals

Els professionals infermers enquestats han estat en un 84% dones, demostrant una vegada més que la professió encara és bàsicament femenina



Gràfic 1.- Distribució del Gènere

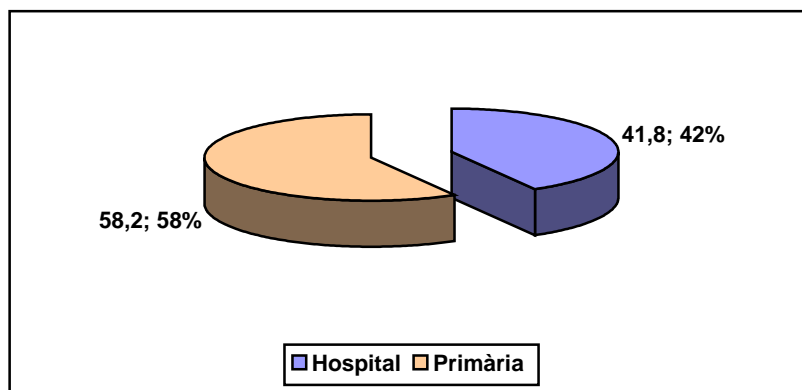
L'interval d'edat entre la majoria dels professionals infermers enquestats ha estat de 30 a 54 anys, sent la mitjana total de 41 anys.



Gràfic 2. Distribució segons l'edat.

4.3.1.2. Variables del lloc de treball

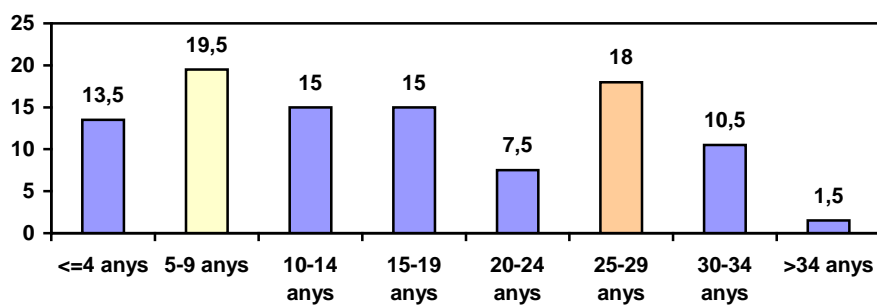
La quantitat de professionals infermers que han respost les enquestes no ha estat massa diferent en els dos àmbits



Gràfic 3. Distribució segons àmbit de treball

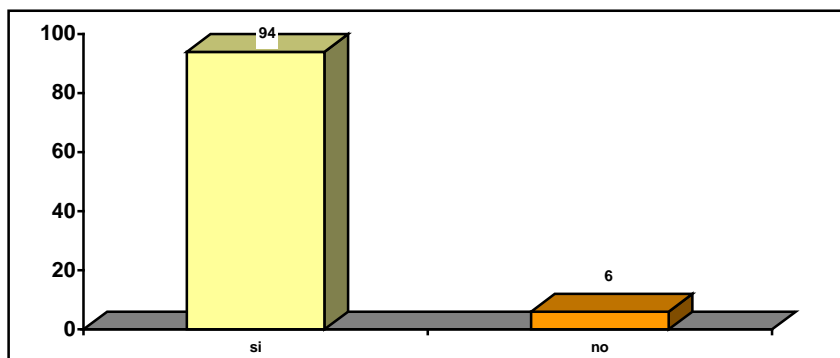
4.3.1.3. Variables d'activitat professional

Els professionals infermers enquestats tenen una mitjana de 12,5 anys treballats en la professió



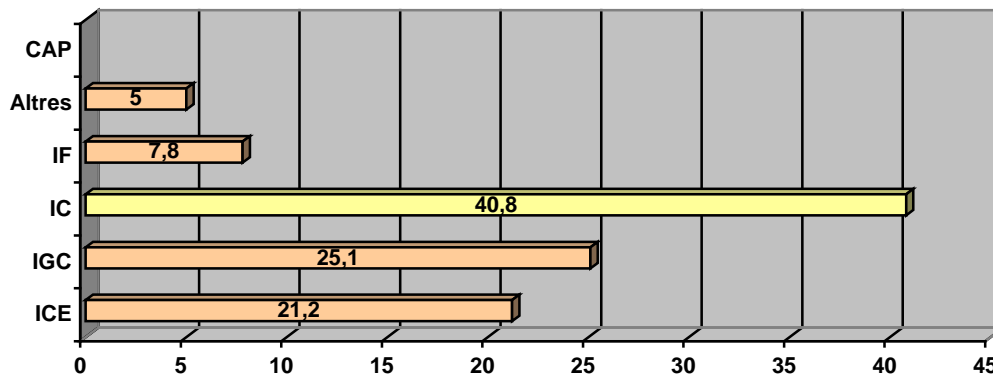
Gràfic 4. Distribució segons anys d'experiència professional

El 94% dels professionals infermers enquestats realitzen tasques de continuïtat de l'atenció



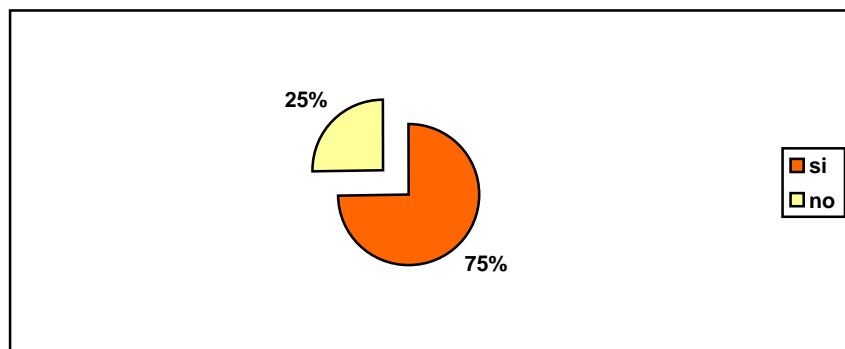
Gràfic 5. Distribució realització de tasques de continuïtat de l'atenció

Els professionals infermers enquestats se identifiquen en un 40,8% amb el rol de la Infermera Comunitària



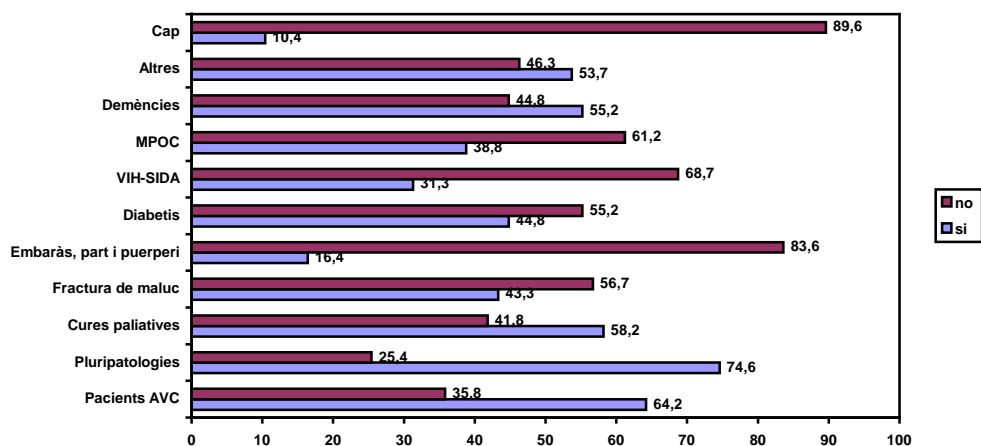
Gràfic 6. Distribució per rols

Els professionals infermers enquestats majoritàriament utilitzen un programa/protocol en el seu llocs de treball



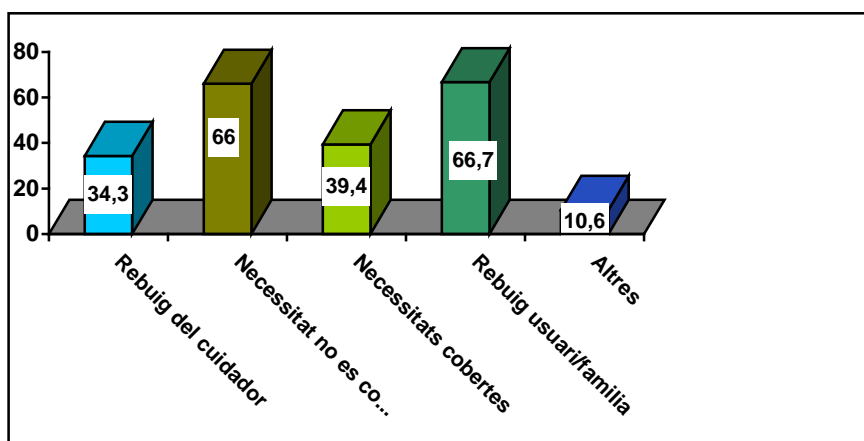
Gràfic 7. Distribució per existència de programes /protocols

El criteri d'inclusió al programa que majoritàriament utilitzen els professionals infermers és el de pluripatologia seguit de cures paliatives.



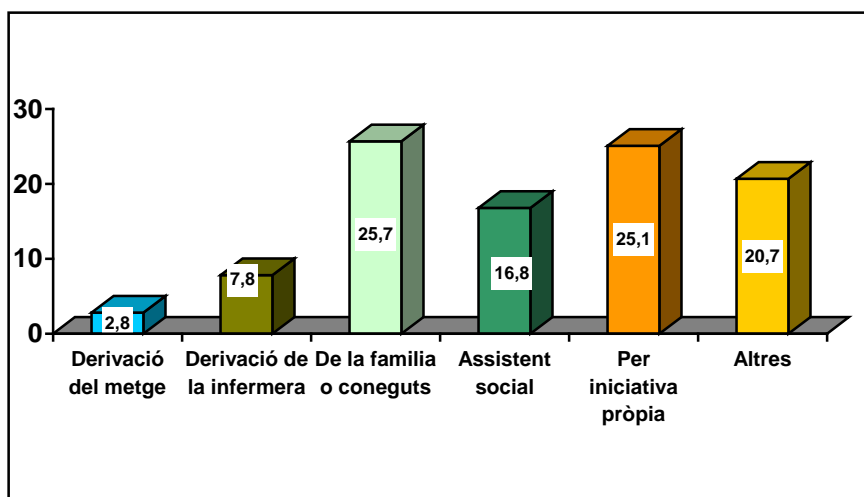
Gràfic 8.- Distribució per criteri d'inclusió del programa/protocol

El principal criteri d'exclusió és que la família o l'usuari rebutgi l'atenció



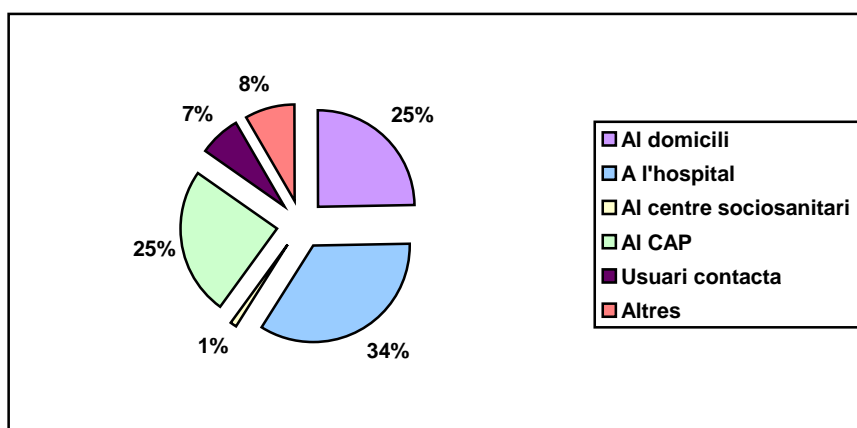
Gràfic 9. Distribució per criteri d'exclusió del programa/protocol

La iniciativa pròpia dels professionals infermers juntament amb la família o usuari son la font bàsica de contacte



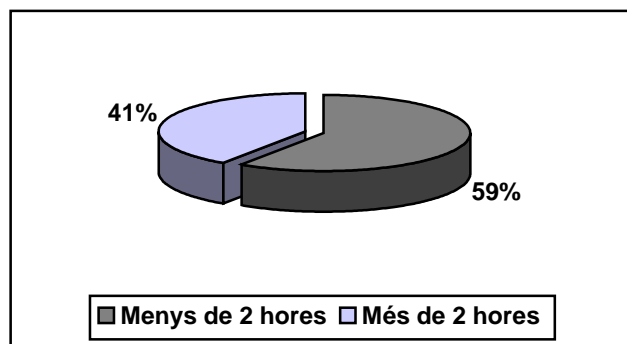
Gràfic 10. Distribució de contacte amb l'usuari

Els professionals infermers de l'àmbit hospitalari tenen el primer contacte amb l'usuari



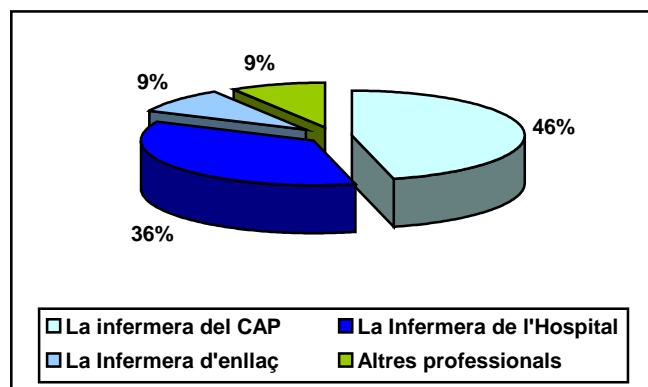
Gràfic 11. Distribució del primer contacte amb l'usuari

Els professionals infermers enquestats dediquen en un 59% més de dos hores de la seva jornada laboral a tasques de continuïtat de l'atenció



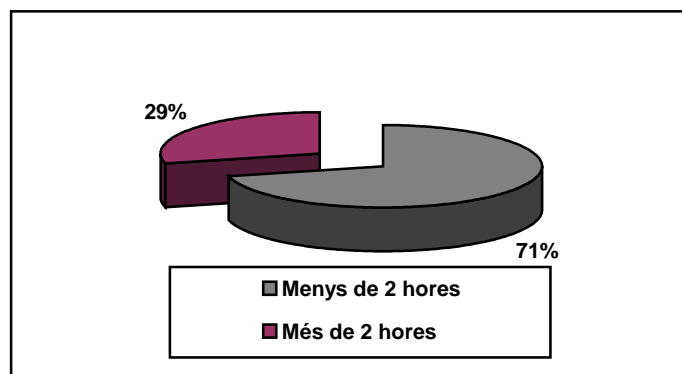
Gràfic 12. Distribució del temps de dedicació a continuïtat

L'infermeria de l'àmbit de Primària destaca com a professional que realitza més tasques de continuïtat de l'atenció



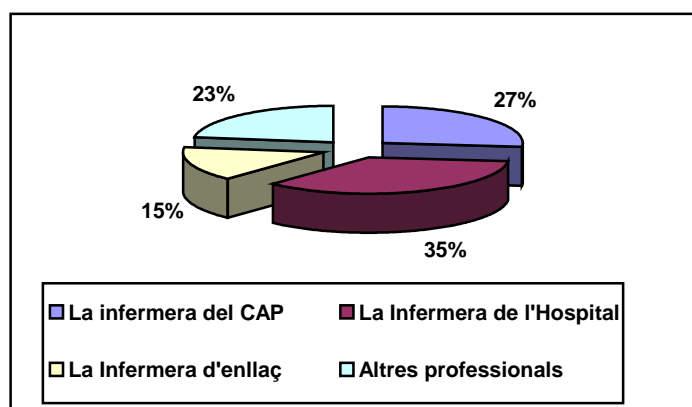
Gràfic 13. Distribució del professional que fa l'activitat

Els professionals infermers enquestats dediquen en un 71,2% menys de dos hores a realitzar tasques de coordinació entre nivells



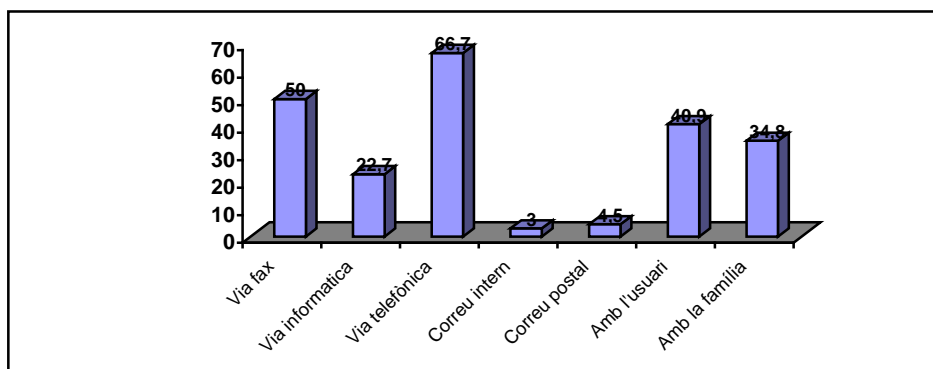
Gràfic 14. Distribució del temps de dedicació a la coordinació

La infermeria de l'àmbit hospitalari destaca com a professional que realitza més tasques de coordinació entre nivells



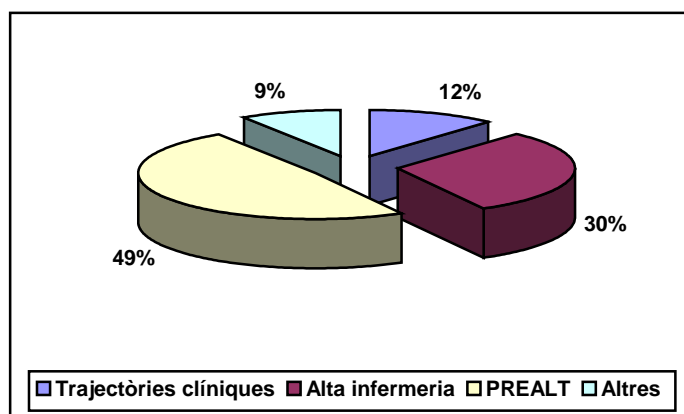
Gràfic 15. Distribució del professional que fa la coordinació

La comunicació s'estableix bàsicament per via telefònica i per fax



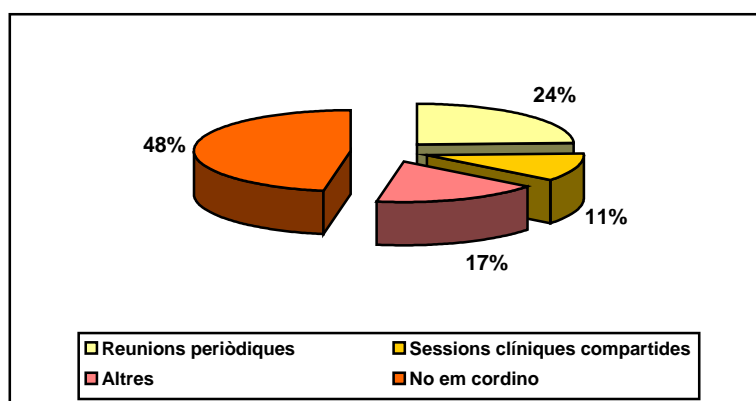
Gràfic 16. Distribució de la comunicació amb altres nivells

Els professionals infermers enquestats utilitzen en un 64 % el PREALT com a eina de coordinació eficaç



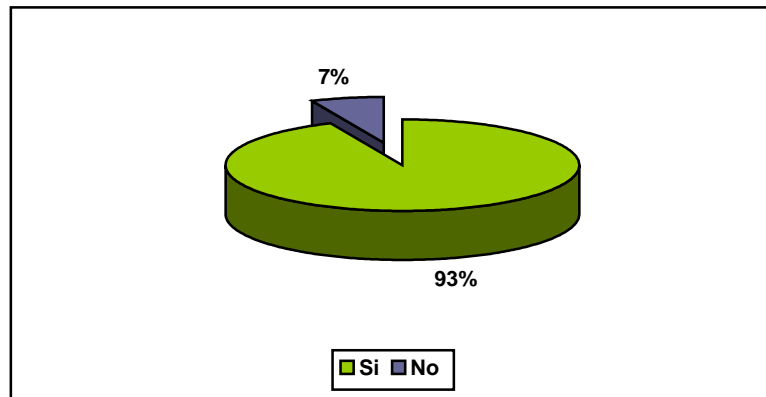
Gràfic 17. Distribució dels instruments que s'utilitzen en la coordinació

La majoria dels professionals infermers enquestats responen que no utilitzen cap sistema de coordinació entre nivells



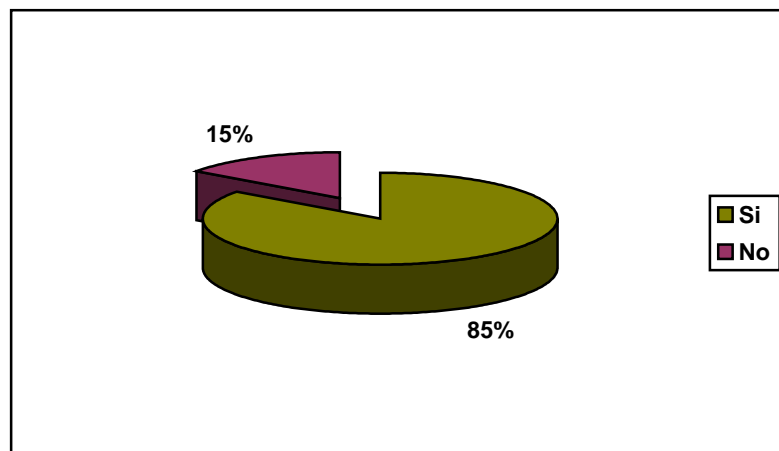
Gràfic 18. Distribució del sistema de coordinació

En un 93,3% creuen que la figura de la Infermera Comunitària d'Enllaç milloraria la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells



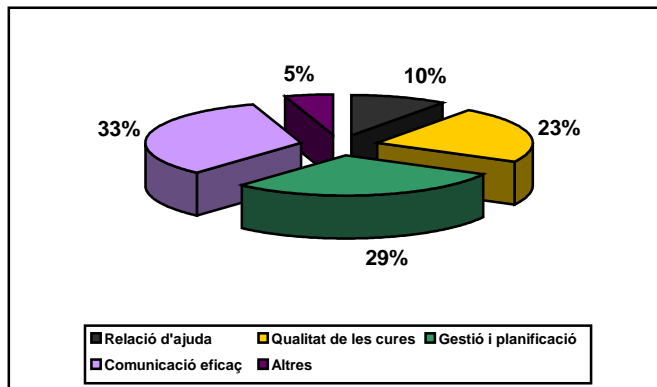
Gràfic 19. Distribució de la importància de la ICE per la millora

Els professionals infermers enquestats en un 85,5% creuen que la figura de la Infermera Gestora de Casos milloraria la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells



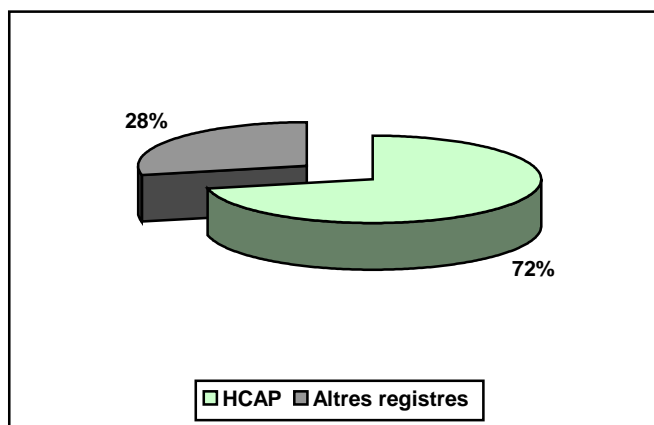
Gràfic 20. Distribució de la importància de la IGC per la millora

Eines com la comunicació eficaç i la formació en gestió i planificació son aspectes fonamentals en el perfil de la ICE i la IGC



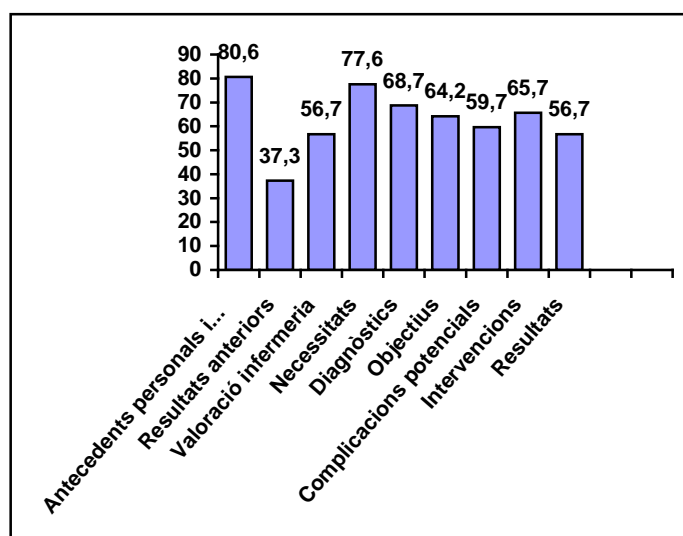
Gràfic 21. Distribució d'aspectes fonamentals que hauria de dominar una bona Infermera d'enllaç o Gestora de Casos

Els professionals infermers utilitzen en un 71,6% altres registres que complementes la història clínica



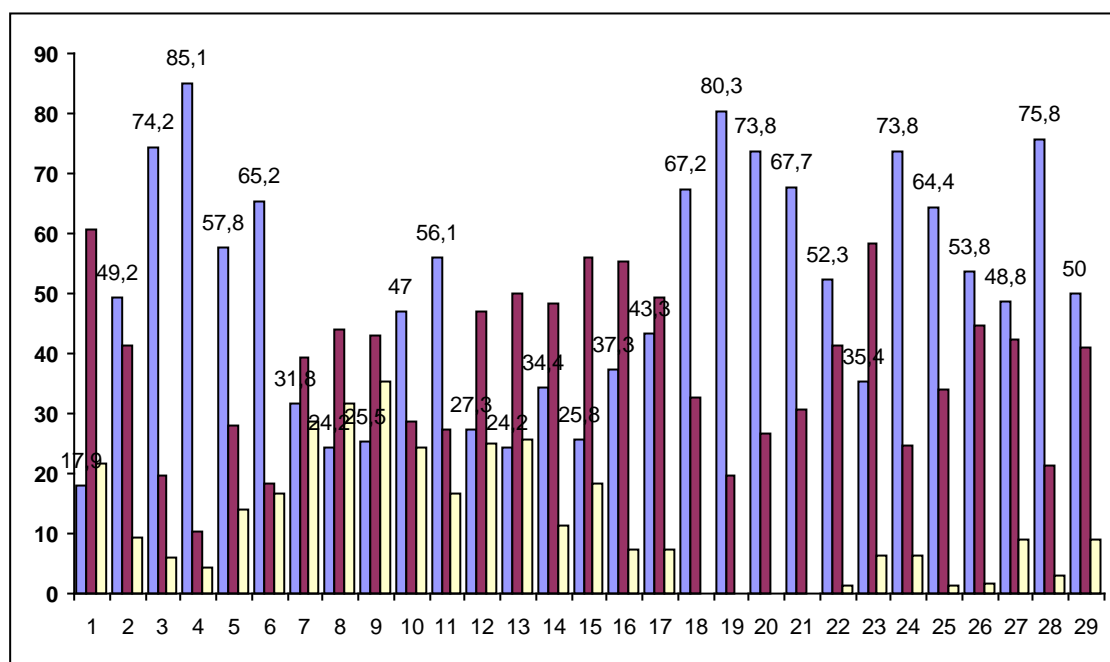
Gràfic 22. Distribució d'on és registra la informació

Els antecedents personals i les necessitats de les persones és el registre que s'utilitza més en els dos àmbits



Gràfic 24. Distribució de què és registra

REGISTRES	SI	NO	No ho permet el programa
1. Pot registrar l'ecocarta?	17,9	60,8	21,6
2. Pot registrar el genograma del l'usuari?	49,2	41,5	9,2
3. Pot registrar intervencions educatives?	74,2	19,7	6,1
4. Pot consultar el full de tractament que prescriu el metge?	85,1	10,4	4,5
5. Pot registrar les proves complementàries (laboratori, Rx, ecografies,...)?	57,8	28,1	14,1
6. Té accés a algun resultat clínic, tal com analítiques, anatomia patològica, Rx i/o ecografies?	65,2	18,2	16,7
7. Pot veure registres de l'hospital de referència (altes, informes, resultats, agendes...)?	31,8	39,4	28,8
8. Pot veure registres 061 (informes, agendes...)?	24,2	43,9	31,8
9. Pot veure registres centre sociosanitari (altes, informes...)?	25,5	43,1	35,4
10. Pot veure registres especialitats (informes, proves complementàries, agendes)?	47	28,8	24,2
11. Es poden visualitzar les pròximes visites al centre de salut?	56,1	27,3	16,7
12. Es poden visualitzar les pròximes visites a consultes externes de l'hospital?	27,3	47	25
13. Es poden visualitzar les pròximes visites a centres de fisioteràpia?	24,2	50	25,8
14. Te accés a la programació d'altres agendes?	34,4	48,4	11,2
15. Existeixen recordatoris electrònics d'alertes de resultats de laboratoris?	25,8	56,1	18,2
16. Existeixen recordatoris electrònics de vacunació?	37,3	55,2	7,5
17. Existeixen recordatoris electrònics de pròximes visites?	43,3	49,3	7,5
18. Existeix material d'educació a l'usuari sobre dietes?	67,2	32,8	
19. Existeix material d'educació a l'usuari sobre informació?	80,3	19,7	
20. Existeix material d'educació a l'usuari sobre consells vida saludable?	73,8	26,7	
21. Existeix en el programa un pla de cures general?	67,7	30,8	
22. Existeixen en el programa guies clíniques?	52,3	41,5	1,5
23. Existeixen en el programa trajectòries clíniques?	35,4	58,5	6,2
24. Existeixen en el programa protocols?	73,8	24,6	6,2
25. Existeixen en el programa procediments?	64,4	33,9	1,5
26. Existeixen en el programa programes educatius?	53,8	44,6	1,7
27. Existeix en el programa l'alta hospitalària?	48,8	42,4	9,1
28. Existeix algun full on la infermera pugui dissenyar el pla de intervencions personalitzat per a l'usuari?	75,8	21,2	3
29. Existeix algun full on la infermera pugui dissenyar el pla de intervencions personalitzat pel cuidador i/o família?	50	40,9	9,1



Grafic 25. Distribució dels registres

Els professionals d'infermeria enquestats en un 85,1% poden consultar el full de tractament que prescriu el metge, diuen que hi ha material educatiu en els seus programes informàtics en un 80,3% i en un 75,8% tenen dissenyat un pla d'intervencions personalitzat per l'usuari.

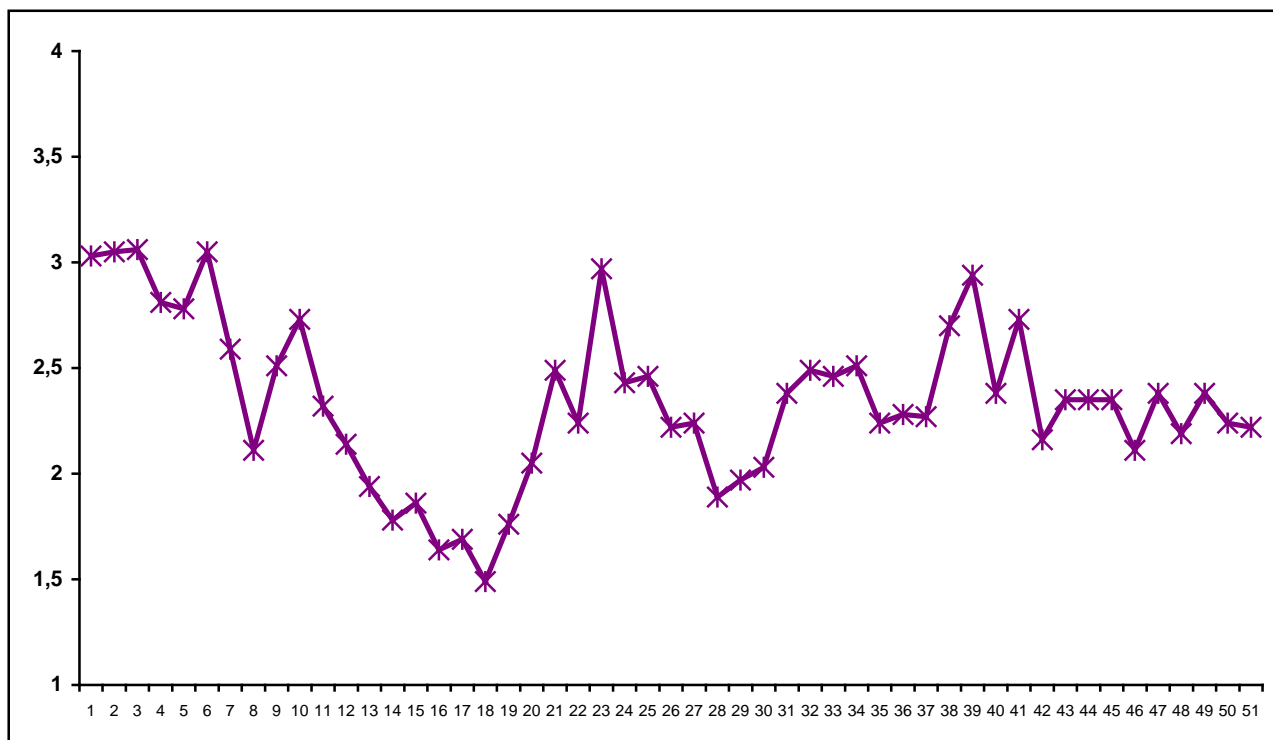
Destaquen que en un 60,8% no tenen ecocarta en els sistema informàtic, i que no tenen trajectòries clíniques informatitzades.

El programa informàtic no permet veure registres d'altres centres en un 84,4% dels enquestats.

COMPETÈNCIES	1 Cap	2 Poc	3 Bastant	4 Molt	Media
1. Orienta i dóna recursos a familiars i cuidadors?		22,4	55,2	22,4	3,03
2. Ensenya adequat a les necessitats de la persona?	1,5	18,2	53	27,3	3,05
3. Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?	4,8	19	60,3	15,9	3,06
4. Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?	16,4	38,8	28,4	16,4	2,81
5. Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?	6	26,9	43,3	23,9	2,78
6. Assegura la continuïtat de les cures?	1,5	15,2	54,5	28,8	3,05
7. Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?	12,1	25,8	45,5	16,7	2,59
8. Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?	16,4	41,8	28,4	13,4	2,11
9. Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?	1,5	33,3	48,5	16,7	2,51
10. Obté i utilitza recursos?	4,5	23,9	56,7	14,9	2,73
11. Conjuga esforços dels membres de l'equip?	9,1	37,9	45,5	7,6	2,32
12. Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?	27,3	30,3	39,4	3	2,14
13. Planifica l'alta?	26,6	26,6	32,8	14,1	1,94
14. Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?	56,1	27,3	16,7		1,78
15. Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?	48,5	31,8	15,2	4,5	1,86
16. Desenvolupa la xarxa de serveis?	55,4	33,8	10,8		1,64
17. Coordina, negocia i presta serveis?	50	37,9	10,6	1,5	1,69
18. Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?	67,2	23,9	9		1,49
19. Lidera i influeix en els equips?	46,3	31,3	17,9	4,5	1,76
20. Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?	19,4	37,3	32,8	10,4	2,05
21. Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?	10,4	28,4	41,8	19,4	2,49
22. Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?	13,4	26,9	46,3	13,4	2,24
23. Propicia bon clima de treball?		17,9	58,2	23,9	2,97
24. Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?	6	34,3	52,2	7,5	2,43

La infermera comunitaria d'enllaç: situació actual, propostes de millora per a la continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells

25.	Negocia amb tots els implicats en el procés?	9	29,9	58,2	3	2,46
26.	Assessora, orienta, avalua i delega?	13,4	29,9	53,7	3	2,22
27.	Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?	23,9	40,3	31,3	4,5	2,24
28.	Realitza experiències innovadora en recerca?	37,3	47,8	13,4	1,5	1,89
29.	Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?	22,4	37,3	35,8	4,5	1,97
30.	Desenvolupa pràctiques reflexives?	19,4	35,8	43,3	1,5	2,03
31.	Fa un acompanyament en situacions complexes?	4,5	43,3	47,8	4,5	2,38
32.	Practica una comunicació eficaç?	7,5	20,9	58,2	13,4	2,49
33.	Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?	6	37,3	49,3	7,5	2,46
34.	Emet judicis clínics encertats?	9	28,4	62,7		2,51
35.	S'anticipa als resultats?	14,9	44,8	40,3		2,24
36.	Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?	15,4	49,2	33,8	1,5	2,28
37.	Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?	10,6	45,5	43,9		2,27
38.	Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?	3	25,8	53	18,2	2,70
39.	Visita i atén personalment a l'usuari?	9,1	15,2	47	28,8	2,94
40.	Atén l'usuari a través d'altres professionals?	16,4	40,3	40,3	3	2,38
41.	Visita la família i l'atén personalment?	18,2	28,8	31,8	21,2	2,73
42.	Visita la família a través d'altres professionals?	33,8	33,8	32,3		2,16
43.	Fa tasques de formació amb els usuaris?	22,4	22,9	43,3	10,4	2,35
44.	Fa tasques de formació amb la família?	19,4	26,9	46,3	7,5	2,35
45.	Fa tasques de formació amb professionals?	19,4	31,3	44,8	4,5	2,35
46.	Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?	33,3	40,9	21,2	4,5	2,11
47.	Garanteix el material d'ajuda tècnica?	30,3	28,8	31,8	9,1	2,38
48.	Participa en el disseny del circuit?	31,8	39,4	22,7	6,1	2,19
49.	Participa en la recollida i reutilització del material?	23,9	29,9	32,8	13,4	2,38
50.	Participa en l'avaluació de la utilització del material?	28,4	35,8	25,4	10,4	2,24
51.	Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació	25,4	34,3	32,8	7,5	2,22

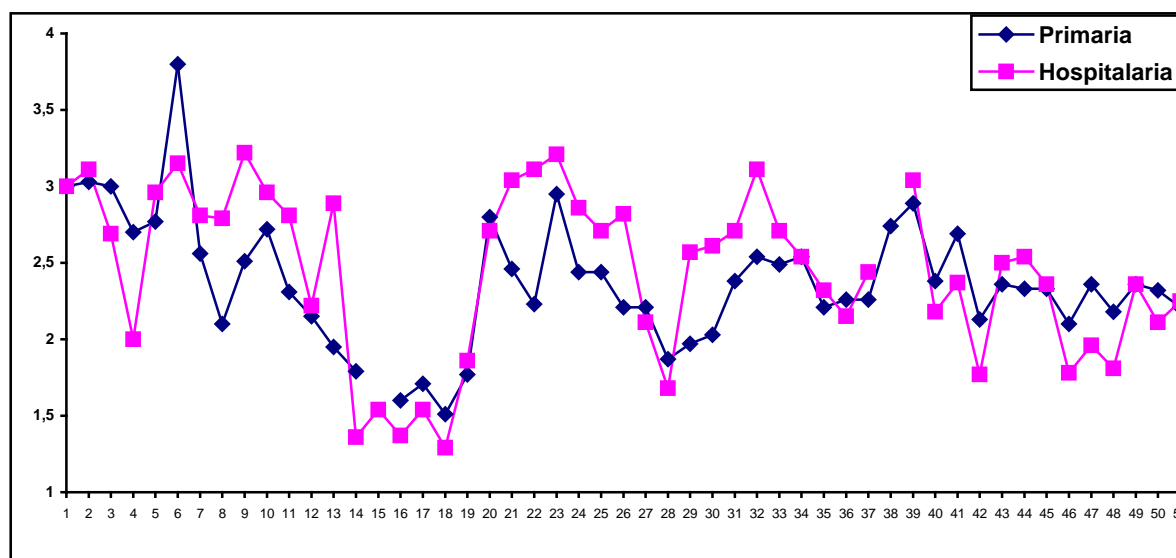


Gràfic 26. Perfil competencial general

Els professionals d'infermeria enquestats en un percentatge del 67,2% no fan **mai** gestió clínica i financera de casos complexos. El 47,8% fan **poc** experiències innovadores de recerca. En canvi en un 60,3% fan **bastant** ajudar a les persones a identificar els seus propis recursos i en un 28,8% fan **molt** el d'assegurar la continuïtat de les cures i atendre personalment a l'usuari. La mitjana més alta l'assoleix quan ensenya adequant a les necessitats de la persona

Anàlisi dels registres i les competències segons el tipus d'institució	Primària (1)	Hospitalària (2)	Sign	Diferència
Orienta i dóna recursos a familiars i cuidadors?	3	3		
Ensenya adequant a les necessitats de la persona?	3,03	3,11		
Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?	3	2,69		
Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?	2,7	2	.002	1>2
Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?	2,77	2,96		
Assegura la continuïtat de les cures?	3,8	3,15		
Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?	2,56	2,81		
Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?	2,1	2,79	002	1<2
Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?	2,51	3,22	000	1<2
Obté i utilitza recursos?	2,72	2,96		
Conjuga esforços dels membres de l'equip?	2,31	2,81	007	1<2
Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?	2,15	2,22		
Planifica l'alta?	1,95	2,89	000	1<2
Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?	1,79	1,36	022	1>2
Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?	1,92	1,54		
Desenvolupa la xarxa de serveis?	1,60	1,37	057	1>2
Coordina, negocia i presta serveis?	1,71	1,54		
Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?	1,51	1,29		
Lidera i influeix en els equips?	1,77	1,86		
Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?	2,8	2,71	004	1>2
Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?	2,46	3,04	009	1<2
Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?	2,23	3,11	000	1<2
Propicia bon clima de treball?	2,95	3,21		
Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?	2,44	2,86	016	1<2
Negocia amb tots els implicats en el procés?	2,44	2,71		
Assessora, orienta, avalua i delega?	2,21	2,82	001	1<2
Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?	2,21	2,11		
Realitza experiències innovadora en recerca?	1,87	1,68		
Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?	1,97	2,57	004	1<2
Desenvolupa pràctiques reflexives?	2,03	2,61	002	1<2
Fa un acompanyament en situacions complexes?	2,38	2,71	043	1<2
Practica una comunicació eficaç?	2,54	3,11	002	1<2
Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?	2,49	2,71		
Emet judicis clínics encertats?	2,54	2,54		
S'anticipa als resultats?	2,21	2,32		

Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?	2,26	2,15		
Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?	2,26	2,44		
Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?	2,74	3,04		
Visita i atén personalment a l'usuari?	2,89	3,04		
Atén l'usuari a través d'altres professionals?	2,38	2,18		
Visita la família i l'atén personalment?	2,69	2,37		
Visita la família a través d'altres professionals?	2,13	1,77		
Fa tasques de formació amb els usuaris?	2,36	2,50		
Fa tasques de formació amb la família?	2,33	2,54		
Fa tasques de formació amb professionals?	2,33	2,36		
Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?	2,10	1,78		
Garanteix el material d'ajuda tècnica?	2,36	1,96		
Participa en el disseny del circuit?	2,18	1,81		
Participa en la recollida i reutilització del material?	2,36	2,36		
Participa en l'avaluació de la utilització del material?	2,32	2,11		
Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació	2,21	2,25		

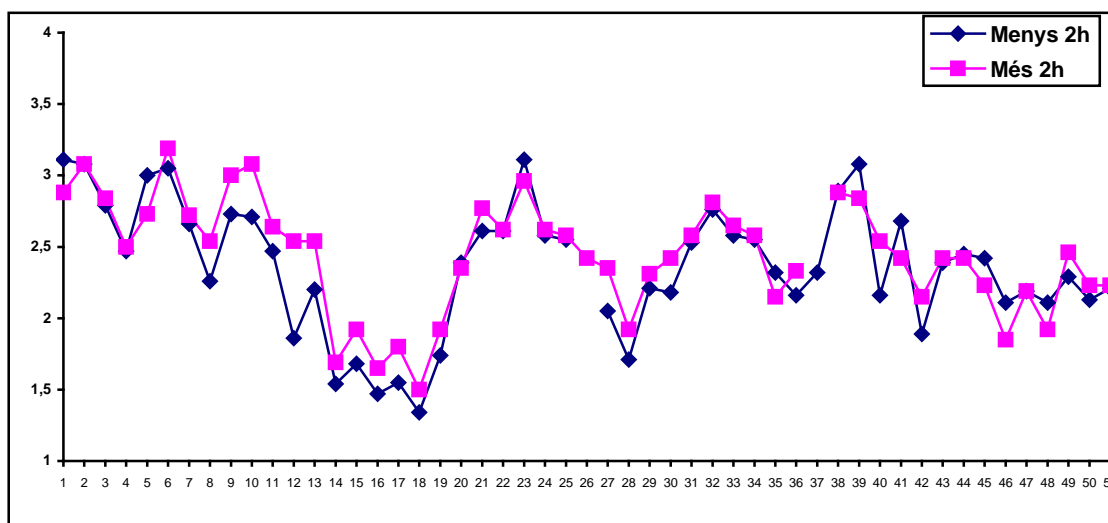


Gràfic 27. Perfil competencial segons tipus d'institució

A l'àmbit de Primària les competències més significatives són les d'orientar a les famílies en grups d'autoajuda, en dirigir reunions complexes, en desenvolupar la xarxa de serveis i en decidir en situacions de complexitat. En canvi en l'àmbit Hospitalari les competències més significatives són la responsabilitat del treball diari dels membres de l'equip, la planificació l'alta, la orientació a nous professionals i la utilització del mètode científic en la resolució de problemes.

Anàlisi dels registres i les competències segons el temps de dedicació a la continuïtat de l'atenció	Temps cont<2h (1)	Temps cont>2h(2)	Sign	Diferència
Orienta i dóna recursos a familiars i cuidadors?	3,11	2,88		
Ensenya adequant a les necessitats de la persona?	3,08	3,08		
Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?	2,79	2,84		
Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?	2,47	2,50		
Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?	3	2,73		
Assegura la continuïtat de les cures?	3,05	3,19		
Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?	2,66	2,72		
Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?	2,26	2,54		
Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?	2,73	3		
Obté i utilitza recursos?	2,71	3,08	042	1<2
Conjuga esforços dels membres de l'equip?	2,47	2,64		
Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?	1,86	2,54	002	1<2
Planifica l'alta?	2,20	2,54		
Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?	1,54	1,69		
Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?	1,68	1,92		
Desenvolupa la xarxa de serveis?	1,47	1,65		
Coordina, negocia i presta serveis?	1,55	1,80		
Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?	1,34	1,50		
Lidera i influeix en els equips?	1,74	1,92		
Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?	2,39	2,35		
Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?	2,61	2,77		
Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?	2,61	2,62		
Propicia bon clima de treball?	3,11	2,96		
Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?	2,58	2,62		
Negocia amb tots els implicats en el procés?	2,55	2,58		
Assessora, orienta, avalua i delega?	2,47,	2,42		
Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?	2,05	2,35		
Realitza experiències innovadora en recerca?	1,71	1,92		
Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?	2,21	2,31		
Desenvolupa pràctiques reflexives?	2,18	2,42		
Fa un acompanyament en situacions complexes?	2,53	2,58		
Practica una comunicació eficaç?	2,76	2,81		
Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?	2,58	2,65		
Emet judicis clínics encertats?	2,55	2,58		
S'anticipa als resultats?	2,32	2,15		
Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?	2,16	2,33		

Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?	2,32	2,38		
Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?	2,89	2,88		
Visita i atén personalment a l'usuari?	3,08	2,84		
Atén l'usuari a través d'altres professionals?	2,16	2,54	053	1<2
Visita la família i l'atén personalment?	2,68	2,42		
Visita la família a través d'altres professionals?	1,89	2,15		
Fa tasques de formació amb els usuaris?	2,39	2,42		
Fa tasques de formació amb la família?	2,45	2,42		
Fa tasques de formació amb professionals?	2,42	2,23		
Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?	2,11	1,85		
Garanteix el material d'ajuda tècnica?	2,19	2,19		
Participa en el disseny del circuit?	2,11	1,92		
Participa en la recollida i reutilització del material?	2,29	2,46		
Participa en l'avaluació de la utilització del material?	2,13	2,23		
Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació	2,21	2,23		

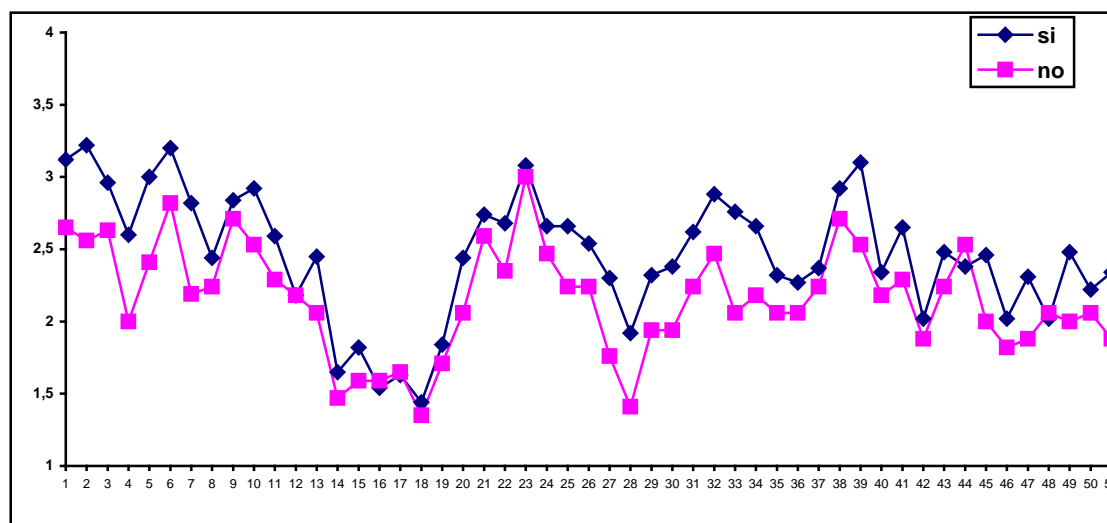


Gràfic 28. Perfil hores de dedicació a la continuació de l'atenció

En aquest gràfic hi tres diferències significatives entre hospital i primària que són: les infermeres hospitalàries es destaquen de les infermeres de primària que utilitzen més temps per obtenir recursos, supervisar el moviment del pacient a través del sistema i l'atenció que rep d'altres professionals.

Anàlisi dels registres i les competències segons si fa tasques o no de continuïtat de l'atenció	Cont. atenció (si)	Cont. atenció (no)	Sign	Diferència
Orienta i dóna recursos a familiars i cuidadors?	3,12	2,65	011	1>2
Ensenya adequant a les necessitats de la persona?	3,22	2,56	001	1>2
Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?	2,96	2,63		
Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?	2,60	2	025	1>2
Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?	3	2,41	013	1>2
Assegura la continuïtat de les cures?	3,20	2,82	054	1>2
Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?	2,82	2,19	013	1>2
Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?	2,44	2,24		
Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?	2,84	2,71		
Obté i utilitza recursos?	2,92	2,53	058	1>2
Conjuga esforços dels membres de l'equip?	2,59	2,29		
Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?	2,18	2,18		
Planifica l'alta?	2,45	2,06		
Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?	1,65	1,47		
Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?	1,82	1,59		
Desenvolupa la xarxa de serveis?	1,54	1,59		
Coordina, negocia i presta serveis?	1,63	1,65		
Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?	1,44	1,35		
Lidera i influeix en els equips?	1,84	1,71		
Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?	2,44	2,06		
Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?	2,74	2,59		
Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?	2,68	2,35		
Propicia bon clima de treball?	3,08	3		
Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?	2,66	2,47		
Negocia amb tots els implicats en el procés?	2,66	2,24	030	1>2
Assessora, orienta, avalua i delega?	2,54	2,24		
Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?	2,30	1,76	023	1>2
Realitza experiències innovadora en recerca?	1,92	1,41	012	1>2
Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?	2,32	1,94		
Desenvolupa pràctiques reflexives?	2,38	1,94	047	1>2
Fa un acompanyament en situacions complexes?	2,62	2,24	037	1>2
Practica una comunicació eficaç?	2,88	2,47	059	1>2
Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?	2,76	2,06	000	1>2
Emet judicis clínics encertats?	2,66	2,18	008	1>2
S'anticipa als resultats?	2,32	2,06		

Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?	2,27	2,06		
Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?	2,37	2,24		
Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?	2,92	2,71		
Visita i atén personalment a l'usuari?	3,10	2,53	023	1>2
Atén l'usuari a través d'altres professionals?	2,34	2,18		
Visita la família i l'atén personalment?	2,65	2,29		
Visita la família a través d'altres professionals?	2,02	1,88		
Fa tasques de formació amb els usuaris?	2,48	2,24		
Fa tasques de formació amb la família?	2,38	2,53		
Fa tasques de formació amb professionals?	2,46	2	052	1>2
Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?	2,02	1,82		
Garanteix el material d'ajuda tècnica?	2,31	1,88		
Participa en el disseny del circuit?	2,02	2,06		
Participa en la recollida i reutilització del material?	2,48	2		
Participa en l'avaluació de la utilització del material?	2,22	2,06		
Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació	2,34	1,88		

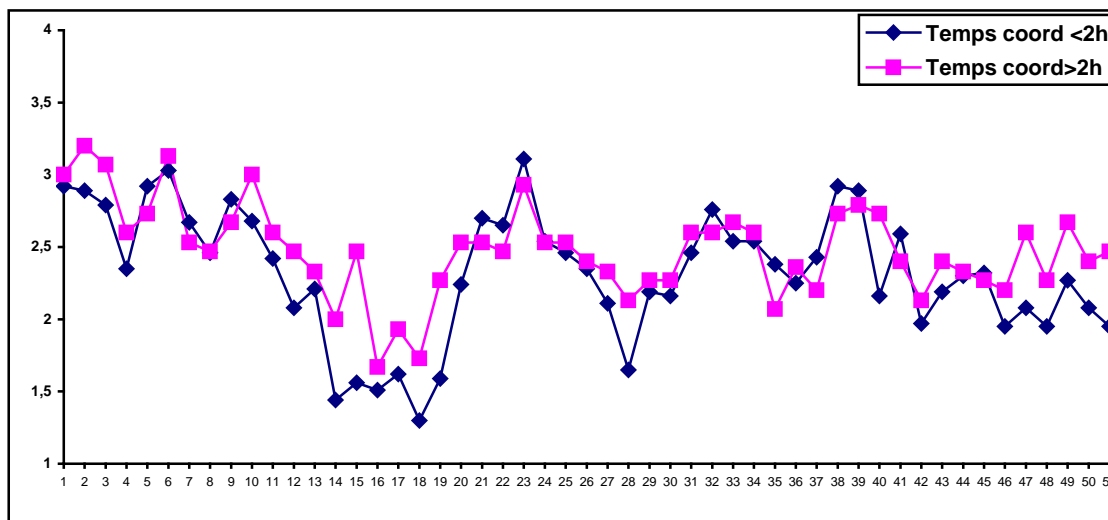


Gràfic 29. Perfil de les activitats de la continuïtat de l'atenció

Son significatives els resultats obtinguts en la conduïta de l'atenció ja que les infermeres identifiquen aquesta continuïtat com el donar recursos als familiars i cuidadors, ensenyar adequant a les necessitats de la persona, assegurar la continuïtat de les cures, negociant amb tots els implicats en el procés, fent pràctiques reflexives i fent formació continuada.

Anàlisi dels registres i les competències segons el temps de dedicació a la coordinació entre nivells	Temps coord (<2h)	Temps coord (>2h)	Sign	Diferència
Orienta i dóna recursos a familiars i cuidadors?	2,92	3		
Ensenya adequat a les necessitats de la persona?	2,89	3,20		
Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?	2,79	3,07		
Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?	2,35	2,60		
Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?	2,92	2,73		
Assegura la continuïtat de les cures?	3,03	3,13		
Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?	2,67	2,53		
Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?	2,46	2,47		
Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?	2,83	2,67		
Obté i utilitza recursos?	2,68	3		
Conjuga esforços dels membres de l'equip?	2,42	2,60		
Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?	2,08	2,47		
Planifica l'alta?	2,21	2,33		
Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?	1,44	2	018	
Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?	1,56	2,47	001	
Desenvolupa la xarxa de serveis?	1,51	1,67		
Coordina, negocia i presta serveis?	1,62	1,93		
Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?	1,30	1,73	031	
Lidera i influeix en els equips?	1,59	2,27	012	
Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?	2,24	2,53		
Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?	2,70	2,53		
Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?	2,65	2,47		
Propicia bon clima de treball?	3,11	2,93		
Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?	2,54	2,53		
Negocia amb tots els implicats en el procés?	2,46	2,53		
Assessora, orienta, avalua i delega?	2,35	2,40		
Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?	2,11	2,33		
Realitza experiències innovadora en recerca?	1,65	2,13	016	
Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?	2,19	2,27		
Desenvolupa pràctiques reflexives?	2,16	2,27		
Fa un acompanyament en situacions complexes?	2,46	2,60		
Practica una comunicació eficaç?	2,76	2,60		
Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?	2,54	2,67		

Emet judicis clínics encertats?	2,54	2,60		
S'anticipa als resultats?	2,38	2,07		
Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?	2,25	2,36		
Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?	2,43	2,20		
Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?	2,92	2,73		
Visita i atén personalment a l'usuari?	2,89	2,79		
Atén l'usuari a través d'altres professionals?	2,16	2,73	016	
Visita la família i l'atén personalment?	2,59	2,40		
Visita la família a través d'altres professionals?	1,97	2,13		
Fa tasques de formació amb els usuaris?	2,19	2,40		
Fa tasques de formació amb la família?	2,30	2,33		
Fa tasques de formació amb professionals?	2,32	2,27		
Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?	1,95	2,20		
Garanteix el material d'ajuda tècnica?	2,08	2,60		
Participa en el disseny del circuit?	1,95	2,27		
Participa en la recollida i reutilització del material?	2,27	2,67		
Participa en l'avaluació de la utilització del material?	2,08	2,40		
Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació	1,95	2,47	049	



Gràfic 30. Perfil de temps de dedicació a la coordinació entre nivells

4.4. ANÀLISI DE RESULTATS I CONCLUSIONS

Les enquestes han estat contestades en un 84% per dones i en un 78,5 % entre 30 i 54 anys, amb una mitjana de 41 anys. Destaquem un 58% d'enquestes contestades en l'àmbit de l'Atenció Primària.

Els professionals d'infermeria en un 19,5% tenen una experiència professional entre 5 i 9 anys i en un 18% entre 25 i 29 anys.

En un 75% les infermeres enquestades treballen en la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells.

En un 40,8% han desenvolupat o desenvolupen funcions del rol d'infermeria comunitària. Disminueix el percentatge quan (25,1%) desenvolupen funcions del rol d'infermeria gestora de casos i d'infermeria comunitària d'enllaç (21,2%).

Pel que fa a la primera part del qüestionari que és referent al programa de continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells assistencials trobem que:

- En els centres de treball existeixen en un 94% programes/protocols de la continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells.
- Els principals criteris d'inclusió són: pluripatologies (74,6%), Accident Vascular Cerebral (64,2%) i cures pal·liatives (58,2%).
- Els principals criteris d'exclusió són: Rebuig usuari-família (66,7%), no es contempla la necessitat en la cartera de serveis (66%) i per necessitats cobertes per altres sistemàtiques de treball (39,4%)
- Es contacta amb l'usuari en un 25,7% a través de la família o coneguts i un 25,1% per iniciativa pròpia de l'usuari.
- El primer contacte es fa en un 34% a l'hospital i per igual (25%) al domicili i al Centre d'Atenció Primària (CAP).
- Els professionals dediquen menys de 2 hores a tasques de continuïtat de l'atenció en un 59% i en un 71% en tasques de coordinació entre nivells. El procés de continuïtat el desenvolupa majoritàriament infermeria del CAP (46%) i el de coordinació els infermers de l'hospital (35%).
- Els mitjans de comunicació més emprats entre nivells són: el telèfon en un 31% i via fax en un 22%.

- Pel que fa a la coordinació els instruments més utilitzats són el PREALT en un 49% i l'alta d'infermeria en un 30%.
- En un 48% manifesta no coordinar-se entre nivells.
- Coincideixen gairebé totalment en la necessitat de crear una figura que dugui a terme funcions de continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells com son en un 93% la infermera comunitària d'enllaç i en un 85% la infermera gestora de casos.

Els professionals d'infermeria enquestats estableixen com aspectes fonamentals que hauria de dominar la Infermera d'Enllaç o la Gestora de Casos per desenvolupar les funcions de continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells:

- La comunicació eficaç en un 33%
- La gestió i la planificació en un 29%
- I en un 23% qualitat de cures.

Pel que fa a la segona part del qüestionari referent als registres, trobem el següent:

- En un 66% trobem que els professionals utilitzen el sistema informàtic mitjançant la història clínica informatitzada (72%) i en un 27 % encara utilitzen el registre en paper.
- En primer lloc es registra en un 80,6% els antecedents personals i patològics. Les necessitats de l'individu en un 77,6% i els diagnòstics en un 68,7%. Veiem però, que la valoració d'infermeria i els resultats es registren en un 56,7%.
- Sobre el perfil de registres emprats trobem que el programa els permet registrar diferent mètodes de treball com el genograma, intervencions educatives, full de tractament de prescripció del metge, probes complementàries. També veiem que, en general, el programa no permet registrar l'ecocarta, no permet visualitzar registres d'altres institucions sanitàries (hospital, sociosanitari, etc). En la seva majoria, no permet tampoc visualitzar cap visita que sigui fora de la pròpia institució. No hi ha recordatoris electrònics però si trobem

material de treball sobre programes educatius, protocols, procediments. Encara però falta en el programa les trajectòries clíniques i material educatiu sobre dietes.

En quant a la tercera part del qüestionari que parla de les competències, veiem el següent:

- Infermeria ensenya adequant a les necessitats de la persona en un grau molt alt, orienta i dóna recursos i ajuda a identificar aquests. Tenen clar el treball en equip. Diuen que negocien amb els implicats del procés de salut, i que avaluen i detecten problemes de salut, i que emeten judicis clínics encertats. També diuen que asseguren la continuïtat en les cures, i garanteixen i avaluen l'excel·lència d'aquestes. En canvi, no orienten cap als grups d'autoajuda i poques es responsabilitzen del treball en equip.
- Conjuguen esforços dels membres de l'equip, però no els suficients, quan planifiquen, decideixen i actuen poc en casos complexos. Diuen que realitzen pràctiques reflexives però realitzen poques experiències innovadores en recerca i tampoc posen en pràctica resultats d'investigació.
- Trobem que hi ha poc lideratge per part d'infermeria, que no es promouen reunions, ni tampoc la gestió de casos ni el desenvolupament de la xarxa de serveis.

L'anàlisi de les preguntes obertes del qüestionari és el següent:

- (9.5) Altres criteris d'inclusió en el programa/ptotocol son èxits, la resolució del problema d'inclusió i si es valora per la infermera la no inclusió.
- (10.6) Altres contactes amb l'usuari per telèfon i a l'hospital
- (11.6) Altres maneres de fer el primer contacte quan ve espontàniament a visitar-se
- (12) Les activitats d'atenció que realitzen son: Valoració d'infermeria, cures preventives, tècniques, visites a domicili, seguiment de patologies

cròniques, informes d'alta, educació sanitària i coordinació i selecció de pacients amb criteris d'inclusió al programa/protocol.

- (14) Altres professionals sanitaris que treballen en el procés de continuïtat de l'atenció són: Infermera d'ATDOM, Gestora de casos, Infermera domiciliària i Treballadora social.
- (15) Les activitats de coordinació entre nivells que realitzen són: Protocol PREALT, Programa de cirurgia major ambulatoria, visita domiciliària, trucades a la infermera de l'Hospital o CS, Recepció altes,

En síntesi:

- En l'actualitat en el nostre territori encara no es coneix suficient la figura de la ICE o IGC.
 - Els serveis que donen continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells que existeixen actualment són insuficients.
 - Les polítiques dels Centres Sanitaris no tenen objectius específics que faci que la figura de la ICE o IGC pugui ser una realitat aviat.
 - El programa informàtic no unificat en la xarxa dels diferents serveis de salut que presta atenció sanitària als usuaris de Barcelona, impossibilita la coordinació de les diferents necessitats expressades del pacient
 - Les infermeres haurien d'utilitzar més registres infermers.
 - Encara es té poca consciència del treball en equip.
 - Poc lideratge infermer en el Centres de Salut
 - Incorrecte plantejament del seguiment per part d'infermeria. Hi ha contradiccions entre el que diuen que fan i el que fan realment.
 - No oblidem que actualment aquestes infermeres estan acompanyant en el coneixement als estudiants del present i futurs professionals
- . ¿Com ens agradaria que fos la sanitat del nostre futur?

4.5. PROPOSTES DE MILLORA

1. El rol de la Infermera Comunitària d'Enllaç ha de ser una especialitat acadèmica considerada de postgrau
2. El rol de la Infermera Gestora de Casos ha de ser una especialitat acadèmica considerada de postgrau
3. En l'Administració pública i privada hauria de crear-se un lloc de treball d'Infermera Comunitària d'Enllaç en cada Equip d'Atenció Primària i un per Unitat Hospitalària
4. En l'Administració pública i privada hauria de crear-se un lloc de treball d'Infermera Gestora de Casos en cada Equip d'Atenció Primària i un per Unitat Hospitalària
5. L'accés als llocs de treball d'aquestes especialitats haurien de ser seleccionats per l'Equip Directiu de l'Equip d'Atenció Primària o de la Unitat Hospitalària
6. La formació continuada d'aquests rols ha d'estar garantida i certificada per una universitat pública o privada amb l'objectiu d'actualitzar els coneixements que requereixin les Infermeres
7. Aquests rols haurien de garantir la coordinació de l'atenció de l'usuari en els diferents nivells d'atenció
8. Aquests rols haurien de garantir resultats eficients de salut de la població
9. Aquests rols haurien de ser coneguts per la societat a través de campanyes informatives i de divulgació en tots els mitjans de comunicació
10. El sistema informàtic de les Institucions sanitàries i socials públiques i privades, hauria de permetre registrar totes les activitats dels professionals que faciliten atenció per la salut i hauria de permetre fer un seguiment conjunt amb altres nivells assistencials

5. BIBLIOGRAFIA

- (1).Lerzundi M, Rosa, et al. El alta al paciente: agrado y preocupación. Servicio Andaluz de Salud. www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/ejeprof2.pdf_23/02/06
- (2) Atenció compartida: Atenció primària de Girona i Hospital Doctor Josep Trueta de Girona. Informe de l'Institut Català de la Salut. 2005
- (3) Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat [et. al.] Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. Atención Primaria 2000; 11(26) 620-623
- (4) Vargas Castrillón Emilio. Psicofarmacología Geriátrica. Mult.Gernt.2000;10(2) 92-103
- (5) Llamo Señaris, J. et al. El camino para la excelencia en la atención sanitaria pasa por el liderazgo clínico. Fundación Gaspar Casal, Madrid. Revisió Crochane 12/9/06
- (6) Muriel Fernández, R. Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles. www.comtf.es/pediatria/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm
- (7) Muriel Fernández, R. Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles. www.comtf.es/pediatria/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm
- (8) Lerzundi M, Rosa, et al. El alta al paciente : agrado y preocupación. Servicio Andaluz de Salud. www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/ejeprof2.pdf_23/02/06
- (9) Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendaciones científicas. www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/registroproceso.html
- (10) Muriel Fernández, R. Continuidad de Cuidados. Atención integral. Relación entre niveles. www.comtf.es/pediatria/CongresoAEP2000/Ponenciashtm/RafaelMuriel.htm
- (11) Guirao Goris, Adolf. Innovaciones en enfermería comunitaria. Jornadas Enfermera Comunitaria en Canarias. 2004
- (12) Caja C. Enfermería Comunitaria III. Atención Primaria. 2ª edición.Barcelona: Ed. Masson, 2004 Capítol 2 de la pàg. 13 al 20
- (13) Definició de la infermera comunitària. American Nurses Association, ANA. 1973
- (14) ¿Es posible la participación comunitaria en los centros de salud? Experiencia de cuatro centros de salud del Área de Gestión Sanitaria 9 del municipio de Madrid. Dirección URL:<http://www.pacap.net/> [31/01/06]
- (15) Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'Infermeria als EAP de Catalunya. Regió Sanitària Barcelona: Barcelona Ciutat 2004. Departament de Salut
- (16) Arqueros Perez,F. [et al] Unidad de Coordinación Asistencial en el Hospital Torrecárdenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Dirección URL: [http://www.juntadeandalucia.es/\[07/03/05](http://www.juntadeandalucia.es/[07/03/05)
- (17) Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio R.; Lacida Baro, Manuela; Rodríguez Gómez, Susana. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php> Consultado el 30-01-06

- (18) Jimenez R. Artículo monografico publicat a IDEALDIGITAL. Enfermeras de enlace y de familia. Septiembre 2004
- (19) Marquez Calderon, S. Iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada, mediadas por enfermeras, pueden lograr mayor cobertura y calidad de la rehabilitación cardiaca. Biblioteca Cochrane plus. 2005
- (20) Enfermera comunitaria de enlace : La coordinación entre niveles. Servicio Vasco de Salud URL:http://www.diariomedico.com/noticia_23/11/01/ [28/7/05]
- (21) Jones R, Numans ME. The primary/secondary care interface in gastroenterology. European Journal of General Practice 2004; 10: 78-79
- (22) Atenció compartida: Atenció primària de Girona i Hospital Doctor Josep Trueta de Girona. Informe de l'Institut Català de la Salut. 2005
- (23) Belenes, R.El ICS es una organización de excelencia, que es capaz de innovar. Entrevista al Sr. Raimon Belenes, Director gerent de l'institut Català de la Salut publicat a la revista GT. Hospital Universitari Germans Tries I Pujol, 2005; juliol.
- (24) Enfermeras de enlace.Experiència a Jaen. Article publicat a ALCER JAEN. 2005
- (25) Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. Sevicio Canario de Salud Dirección URL: <http://www.asanec.org/> [28/7/05]
- (26) Torres Perez, L. Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. Artículo especial deTempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2005, 5, (1)
- (27) De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. Dirección URL:[http://www.um.es/eglobal/\[07/03/05\]](http://www.um.es/eglobal/[07/03/05])
- (28) Pons Sureda, N. Cuidados compartidos en pacientes oncologicos, buscando alianzas entre niveles asistenciales. Biblioteca Cochrane plus. 2005
- (29) La coordinación de niveles reduce las derivaciones desde primaria. Dirección URL:http://www.diariomedico.com/noticia_13/1/013/ [28/7/05]
- (30) Torres Perez, L. Gestión de la información en el servicio de cuidados críticos y urgencias: hacia un modelo de gestión de casos. Artículo especial deTempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2005, 5, (1)
- (31) Aula d'Atenció Primària. L'atenció d'Infermeria a l'AP. Institut Català de la Salut . 1995
- (32) Brubakken KM, Janssen WR, Ruppel DL. CNS roles in implementation of a differentiated case managementmodel. Clinical Nurse Specialist 1994;8(2):69-73.
- (33) Definició de la infermera comunitària. American Nurses Association, ANA. 1973
- (34) Bower, K. La gestió de casos, un repte per a la infermera. Conferència Master en Administració y Gestion de cuidados de enfermeria. Auditori Caixa Forum.2004; juny Barcelona
- (35) Teixidor i Freixa M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86.

- (36) Teixidor Freixa, M. "El rol de la enfermera en la definició i activació de les trajectòries clíniques i la gestió de casos". 10^o aniversario del Master en Administración y Gestión en cuidados de enfermería. Teixidor Freixa, M (Dir). Fundació "La Caixa" 2005 Barcelona
- (37) El INSALUD apuesta por definir el papel y las funciones de una nueva figura del sistema; el gestor de casos..Publicación interna 2003
- (38) Brubakken KM, Janssen WR, Ruppel DL. CNS roles in implementation of a differentiated case management model. Clinical Nurse Specialist 1994;8(2):69-73.
- (39) Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003
- (40) El problema de la drogodependencia en la Unión Europea en Noruega. Informe anual OMS. 2004
- (41) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida) 2004; (3)
- (42) Marin, M. Una adecuada planificación del alta con seguimiento protocolarizado en el domicilio reduce los reingresos. Biblioteca Cochrane plus. 2005
- (43) La Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. Servicio Canario de Salud Dirección URL: <http://www.asanec.org/> [28/7/05]
- (44) Revisión sistemática en 1998: 9 estudios, 4.890 pacientes (Ferguson J A, Weinberger M: Casemanagement programs in primary care Journal of General Internal Medicine 1998; 13(2):123-126)
- (45) Hacia una enfermera gestora de casos. St. Mary's Hospital Tucson . EEUU 2002 (Revisión Cochrane traducida) 2004; (3)
- (46) Sohl-Kreiger R, Lagaard MW, Scherrer J. Nursing case management: relationships as a strategy to improve care. Clinical Nurse Specialist 1996;10(2):107-113.
- (47) OMS Health 21 Enfermera de Familia. Direcció URL: <http://www.who.int/es>
- (48) Health Select de Texas. Empleos y jubilados menores de 65 años. BlueCross BlueShield of Texas. Setembre 2005
- (49) Recomendaciones científicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Octubre 200
- (50) Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendaciones científicas. www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/registroproceso.html

6. ANNEX

6.1. Qüestionari

QÜESTIONARI PER A LA INFERMERA QUE REALITZA ACTIVITATS DE CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ I COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

Aquest qüestionari és de caràcter **anònim** i de **màxima confidencialitat**.

Té com a finalitat conèixer el desenvolupament de la feina diària de les infermeres.

Marqui amb una “

x” la resposta desitjada (pot marcar múltiples respostes dins d'una mateixa pregunta).

Li agraïm anticipadament la seva participació.

Primera Part : PROGRAMA

1) Sexe: 1.1 Dona 1.2 Home

2) Edat: anys

3) Àmbit de treball : 1.- Hospital 2 Primària

4) Experiència professional: dies/mesos/anys

5) Ha realitzat tasques de continuïtat de l'atenció i coordinació entre nivells?

1.- Sí 2.- NO

6.- Qui rol se li ha atorgat?

6.1 Infermera comunitària d'enllaç

6.2 Gestora de casos

6.3 Infermera comunitària

6.4 Infermera de família

6.5 Altres

6.6 Cap rol

7.- En el seu centre de treball existeix un programa/protocol de continuïtat de l'atenció i de coordinació entre nivells?

1.- Sí 2.- NO

8) Quin és el criteri d'inclusió del programa/protocol

8.1 Pacients amb ACV

8.2 Pluripatologies

8.3 Cures pal·liatives

8.4 Fractura de maluc

8.5 Embaràs, part i puerperi

8.6 Diabetis

8.7 VIH-SIDA

8.8 MPOC

- 8.9 Demències
- 8.10 Altres
- 8.11 Cap

9) Quin és el criteri d'exclusió del programa/protocol?

- 9.1 Rebuig de l'usuari/família
- 9.2 Rebuig del cuidador
- 9.3 La necessitat no es contempla a la cartera de serveis
- 9.4 Necessitats cobertes per altres sistemàtiques de treball
- 9.5 Altres.....

10) Com contacta amb l'usuari?

- 10.1 Derivació del metge
- 10.2 De la infermera
- 10.3 De la família o coneguts
- 10.4 Assistent social
- 10.5 Per iniciativa pròpia
- 10.6 Altres.....

11) On fa el primer contacte amb l'usuari?

- 11.1 Al domicili
- 11.2 A l'hospital
- 11.3 Al centre sociosanitari
- 11.4 Al CAP
- 11.5 L'usuari és qui contacta
- 11.6 Altres.....

12) Quines activitats de continuïtat de l'atenció realitza?

- 1.
- 2.
- 3.

13) Quan de temps dedica del seu horari laboral ?

- 1. Menys de dos hores
- 2. Més de dos hores

14) El procés de continuïtat de l'atenció qui el desenvolupa?

- 14.1 La infermera de referència al CAP
- 14.2 La infermera de referència a l'Hospital
- 14.3 La infermera d'enllaç
- 14.4 Altres professionals sanitaris Quins.....

15) Quines activitats de coordinació entre nivells realitza?

- 1.
- 2.
- 3.

16) Quant de temps dedica del seu horari laboral ?

1. Menys de dues hores
2. Més de dues hores

17) El procés de coordinació entre nivells qui el desenvolupa?

- 17.1 La infermera de referència al CAP
17.2 La infermera de referència a l'hospital
17.3 La infermera d'enllaç
17.4 Altres professionals sanitaris

18) Com es comunica amb els professionals dels diferents nivells?

- 18.1 Via fax
18.2 Via informàtica : Correu electrònic Internet Intranet Xarxa
18.3 Via telefònica
18.4 Correu intern
18.5 Correu postal
18.6 A través usuari
18.7 A través família

19) Quins instruments utilitza per a la coordinació entre nivells?

- 19.1. Trajectòries clíniques
19.2. Alta infermeria
19.3. Prealt
19.4 Altres.....

20) Cóm es coordina amb professionals d'altres nivells assistencials

- 20.1. Reunions periòdiques
20.2. Sessions clíniques compartides
20.3. Altres.....
20. 4 No coordino

21) Creu que la figura de la infermera d'enllaç podria millorar la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells?

- SÍ Per què?.....
NO Per què?.....

22) Creu que la figura de la infermera gestora de casos podria millorar la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells?

- SÍ Per què?.....
NO Per què?.....

23) ¿Quins aspectes fonamentals creu que hauria de dominar una bona Infermera d'enllaç o Gestora de casos?

1.
2.
3.

Voldria afegir alguna cosa?

Segona Part : REGISTRE

1) On registra la informació?

- 1.1 HCAP
- 1.2 Altres registres.....

2) Com registra la informació?

- 2.1 En paper
- 2.2 En el sistema informàtic
- 2.3 Altres.....
- 2.4 No registra

3) Què registra?

- 3.1 Antecedents personals i patològics
- 3.2 Resultats anteriors
- 3.3 Valoració infermera
 - 3.3.1 Necessitats
 - 3.3.2 Diagnòstics d'infermeria
 - 3.3.3 Objectius
 - 3.3.4 Complicacions potencials
 - 3.3.5 Intervencions
 - 3.3.6 Resultats

Sistema de registres	SI	NO	No ho permet el programa
1. Pot registrar l'ecocarta?			
2. Pot registrar el genograma del l'usuari?			
3. Pot registrar intervencions educatives?			
4. Pot consultar el full de tractament que prescriu el metge?			
5. Pot registrar les proves complementàries (laboratori, Rx, ecografies,...)?			
6. Té accés a algun resultat clínic, tal com analítiques, anatomia patològica, Rx i/o ecografies?			
7. Pot veure registres de l'hospital de referència (altes, informes, resultats, agendes...)?			
8. Pot veure registres 061 (informes, agendes...)?			
9. Pot veure registres centre sociosanitari (altes, informes...)?			
10. Pot veure registres especialitats (informes, proves complementàries, agendes)?			
11. Es poden visualitzar les pròximes visites al centre de salut?			
12. Es poden visualitzar les pròximes visites a consultes externes de l'hospital?			
13. Es poden visualitzar les pròximes visites a centres de fisioteràpia?			
14. Te accés a la programació d'altres agendes?			
15. Existeixen recordatoris electrònics d'alertes de resultats de laboratoris?			
16. Existeixen recordatoris electrònics de vacunació?			
17. Existeixen recordatoris electrònics de pròximes visites?			
18. Existeix material d'educació a l'usuari sobre dietes?			
19. Existeix material d'educació a l'usuari sobre informació?			
20. Existeix material d'educació a l'usuari sobre consells vida saludable?			
21. Existeix en el programa un pla de cures general?			
22. Existeixen en el programa guies clíniques?			
23. Existeixen en el programa trajectòries clíniques?			
24. Existeixen en el programa protocols?			
25. Existeixen en el programa procediments?			
26. Existeixen en el programa programes educatius?			
27. Existeix en el programa l'alta hospitalària?			
28. Existeix algun full on la infermera pugui dissenyar el pla de intervencions personalitzat per a l'usuari?			
29. Existeix algun full on la infermera pugui dissenyar el pla de intervencions personalitzat pel cuidador i/o família?			

Voldria afegir alguna cosa?

Tercera part : COMPETÈNCIES

COMPETÈNCIES ³	1 Cap	2 Poc	3 Bastant	4 Molt
1. Orienta i dona recursos a familiars i cuidadors?				
2. Ensenya adequant a les necessitats de la persona?				
3. Ajuda les persones a identificar els seus propis recursos?				
4. Orienta les famílies perquè es relacionin amb grups d'autoajuda i associacions?				
5. Treballa en equip, amb complementarietat i cooperació?				
6. Assegura la continuïtat de les cures?				
7. Organitza l'aplicació dels protocols/procediments?				
8. Es responsabilitza de l'organització del treball quotidià dels membres de equip?				
9. Garanteix i avalua l'excel·lència de les cures?				
10. Obté i utilitza recursos?				
11. Conjuga esforços dels membres de l'equip?				
12. Supervisa el moviment del pacient a través del sistema de prestació?				
13. Planifica l'alta?				
14. Dirigeix reunions destinades a coordinar les necessitats complexes?				
15. Identifica els pacients adients per a la gestió de casos?				
16. Desenvolupa la xarxa de serveis?				
17. Coordina, negocia i presta serveis?				
18. Fa la gestió clínica i financera de casos complexos?				
19. Lidera i influeix en els equips?				
20. Planifica, decideix i actua en situacions de complexitat?				
21. Orienta a estudiants i infermeres novelles a l'aplicació del rol professional?				
22. Dialoga en la gestió de conflictes i en el treball en equip?				
23. Propicia bon clima de treball?				
24. Gestiona eficaçment i assertivament les queixes?				
25. Negocia amb tots els implicats en el procés?				

- ³Competències (1-38) definides a Teixidor M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86.

26. Assessora, orienta, avalua i delega?				
27. Posa en pràctica els resultats d'investigació en ciències de la infermera i de la salut?				
28. Realitza experiències innovadora en recerca?				
29. Utilitza el mètode científic de la resolució de problemes com a base per a la presa de decisions?				
30. Desenvolupa pràctiques reflexives?				
31. Fa un acompanyament en situacions complexes?				
32. Practica una comunicació eficaç?				
33. Avalua globalment les situacions de salut i detecta els nuclis problemàtics?				
34. Emet judicis clínics encertats?				
35. S'anticipa als resultats?				
36. Aplica un disseny d'instruments eficaços i adequats personalitzats?				
37. Fa gestió de conflictes de valors i responsabilitats ètiques?				
38. Fa Intervencions respectuoses i significatives per a la persona ?				
39. Visita i atén personalment a l'usuari?				
40. Atén l'usuari a través d'altres professionals?				
41. Visita la família i l'atén personalment?				
42. Visita la família a través d'altres professionals?				
43. Fa tasques de formació amb els usuaris?				
44. Fa tasques de formació amb la família?				
45. Fa tasques de formació amb professionals?				
46. Du a terme tasques de coordinació amb la xarxa social?				
47. Garanteix el material d'ajuda tècnica?				
48. Participa en el disseny del circuit?				
49. Participa en la recollida i reutilització del material?				
50. Participa en l'avaluació de la utilització del material?				
51. Valora el teu grau de satisfacció envers la coordinació				

En quin aspecte clau creu que cal millorar la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells?

Voldria afegir alguna cosa?

6.2. Carta de presentació al jutge.

Ha estat vostè escollit per validar els qüestionaris que hem realitzat referents al treball d'investigació que estem realitzant i que s'engloba dins el curs 2005-2006 del Màster en Administració i Gestió en cures d'infermeria a la E.U.I.Sta.Madrona. Hem pensat en vostè per tractar-se d'un expert en la matèria. Agraïm anticipadament la seva participació per valorar els criteris d'univocitat, pertinença e importància.

Una salutació,
Alumnes del Màster
Gorri Sánchez, Mikel
Prados Jiménez, Marta
Salvadó Torregrosa, Anna
Vives Díaz, Maria José

6.3. Carta de presentació als centres objectes d'estudi.

Benvolgut/da

Som cinc Infermers de diferents àmbits assistencials, estudiants del Màster d'Administració i Gestió en Cures Infermeres de l'Escola Universitària Santa Madrona. Estem desenvolupant un projecte en el que volem descriure la situació actual de la continuïtat i la coordinació de l'atenció des de diferents nivells assistencials.

Aquesta carta te com a motiu demanar-li l'autorització per passar un qüestionari en el seu Centre de treball.

El nostre interès és que omplin el qüestionari, anònim i voluntari, el màxim nombre d'infermeres ja que volem donar una visió el més general i completa possible del que pensen sobre el tema que els hi proposem.

Les dades que obtindrem seran totalment confidencials i solament és faran servir en l'àmbit del Màster.

Restem a la seva disposició per a qualsevol dubte, aclariment o suggeriment

Cordialment,

Alumnes del Màster
Gorri Sánchez, Mikel / Salvadó Torregrosa, Anna
Vives Díaz, Maria José / Prados Jiménez, Marta

FITXA I RESUM

TITOL :

La infermera comunitària d'enllaç : situació actual i propostes de millora per a la continuïtat de l'atenció i la coordinació entre nivells

AUTORS:

- Gorri Sanchez, Mikel, Infermer de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau, c/Pare Claret 139, 08025 , Barcelona, 93 291 90 00, nikamkl@hotmail.com
- Prados Jiménez, Marta, Infermera de Prestacions d'Assistència Mèdica als Empleats Municipals (PAMEN) c/ Viladomat 127, 08015 Barcelona, 93 325 95 00, cerodelsiete@hotmail.com
- Salvadó Torregrosa, Anna, Infermera de l'Institut Català de la Salut, Gran Via de les Corts Catalanes 587, 5ª planta, 08004 Barcelona, 93 482 42 04, asalvado@ics.scs.es
- Vives Diaz, Mª José, Infermera de l'Institut Català de la Salut al SEU (servei especial d'urgències) de Badalona, Santa coloma de Gramenet i Sant Adrià del Besòs ubicat al carrer Sardana de Badaloma, mjvives@gmail.com

DURADA : curs 2005-2006

DATA DE LLIURAMENT : setembre 2006

EXTENSIÓ : 80 pàgines

PARAULES CLAU : Nursing roles, continuity and coordination Hospital-Primary Care

CODIS UNESCO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ABSTRACT

Actualmente se reorientan la política y la gestión sanitaria y se ponen de relieve conceptos como coordinación y continuidad de la atención. En nuestro estudio pretendemos describir la situación actual del rol enfermero a nivel primario y hospitalario, analizar los resultados obtenidos y proponer mejoras en cuanto a la coordinación y continuidad de los cuidados.

