

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA

De la fundació "la Caixa"

TÍTOL

La Gent Gran a l'hospital

AUTORS

Mercè Martínez Hierro.

Esther Moreno Rubio.



Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Infermeria
per a l'obtenció del Màster
(11a. promoció)

R.12422

ÍNDEX

A. AGRAÏMENTS6

B. JUSTIFICACIÓ.....7

C. OBJECTIU GENERAL.....9

C.1. OBJECTIUS ESPECÍFICS. 9

D. MARC TEÒRIC.10

CAPITOL. 1. LA GENT GRAN EN LA SOCIETAT ACTUAL.....10

1.1. HISTÒRIA. 10

1.2. DEFINICIONS..... 13

1.3. EL PROCÉS D'ENVELLIMENT..... 15

 1.3.1. LA BIOLOGIA DE L'ENVELLIMENT. 16

 1.3.2. L'ENVELLIMENT FISIOLÒGIC I PATOLÒGIC. 16

 1.3.3. ELS PROBLEMES DERIVATS DE L'ENVELLIMENT..... 17

 1.3.4. ELS CANVIS ESTRUCTURALS I FUNCIONALS EN LES
 PERSONES D'EDAT AVANÇADA..... 18

 1.3.5. EL CONCEPTE DE 3ª I 4ª EDAT..... 19

 1.3.6. ELS FACTORS SOCIALS I L'ESTATUS DE LA PERSONA
 GRAN..... 21

 1.3.7. ALTERACIONS DE LA SALUT: LA MALALTIA EN LA GENT
 GRAN..... 25

 1.3.8. LA SALUT I LA MALALTIA EN LA GENT GRAN. 26

 1.3.9. PERCEPCIÓ DE LA GENT GRAN SOBRE LA SEVA
 SALUT..... 26

1.4. DEMOGRAFIA SOBRE LA GENT GRAN 27

1.4. DEMOGRAFIA SOBRE LA GENT GRAN	25
1.4.1. EVOLUCIÓ I CREIXEMENT DEMOGRÀFIC. ENVELLIMENT DE LES POBLACIONS.	26
1.4.2. ÍNDEX ESTADÍSTIC.	27
1.4.3. FACTORS QUE INTERVENEN EN L'ENVELLIMENT DE LA POBLACIÓ.	29
1.4.4. PROBLEMES QUE PLANTEJA L'ENVELLIMENT POBLACIONAL.	32
1.5. QUALITAT DE VIDA.	34
1.6. SITUACIÓ A ESPANYA DE LA GENT GRAN.	39
1.7. CUIDADOR PRINCIPAL DE LA GENT GRAN.	39
CAPITOL.2. QUALITAT HOSPITALÀRIA I LA GENT GRAN.	42
2.1. QUE ÉS LA QUALITAT.	42
2.2. ANTECEDENTS HISTÒRIC.	46
2.2.1. LA QUALITAT EN LA INFERMERIA.	47
2.3. LA QUALITAT A ESPANYA.	51
2.4. SATISFACCIÓ DE LA GENT GRAN.	52
2.5. ESTÀNDARDS DE QUALITAT.	56
2.5.1. ESTÀNDARDS DE LA QUALITAT D'INFERMERIA.	58
2.6. LEGISLACIÓ EXISTENT SOBRE ELS SISTEMES DE QUALITAT.	65
2.7. ESTÀNDARD DE QUALITAT DE DISSENY DE L'ESTRUCTURA FÍSICA HOSPITALÀRIA.	66
2.7.1. EL DISSENY I LA SEVA RELACIÓ AMB LES ATENCIONS D'INFERMERIA.	66

2.7.2.	LA LEGISLACIÓ EXISTENT SOBRE ELS ESTÀNDARDS I LES NORMES D'ACREDITACIÓ DELS HOSPITALS.....	68
2.8.	MODEL D'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA A CATALUNYA.....	69
CAPITOL.3. PROFESSIONALS D'INFERMERIA I LA GENT GRAN.....		70
3.1.	HISTÒRIA DE LA INFERMERIA.....	70
3.2.	CARACTERISTIQUES ESPECÍFIQUES DE LA GENT GRAN I ELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA.	71
3.2.1.	CARACTERÍSTIQUES DE LES MALALTIES EN GERIATRIA.....	72
3.2.2.	MORBILITAT EN LA GENT GRAN.	74
3.2.3.	COMPLICACIONS DE LES MALALTIES EN GERIATRIA.....	74
3.2.4.	MORTALITAT EN LES PERSONES GRANS.	75
3.2.5.	PRINCIPALS MANIFESTACIONS DE DEPENDÈNCIA EN GERIATRIA.....	76
3.3.	LA QUALITAT EN INFERMERIA.....	78
3.3.1.	MOTIVACIÓ.	78
3.3.2.	NORMES DE QUALITAT D'INFERMERIA.....	82
3.3.3.	AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE LES ATENCIONS D'INFERMERIA.....	84
3.4.	ROL DE LA INFERMERA EN L'ATENCIÓ A LA GENT GRAN.....	86
3.4.1.	ELS DEU MANAMENTS DE LA INFERMERIA GERONTOLÒGICA.....	89
3.5.	PLANIFICACIÓ DE LES CURES D'INFERMERIA A LA GENT GRAN.....	90
3.5.1.	FASES DE LA PLANIFICACIÓ.	90

3.5.2.	VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL.....	95
3.5.3.	REALITZACIÓ DE L'ANAMNESI EN L'ANCIÀ: RECOLLIDA DE DADES.....	99
E.	CONCLUSSIONS DEL MARC EMPÍRIC	103
F.	HIPÒTESI.....	106
G.	PROCÉS D'INVESTIGACIÓ.....	106
H.	RESULTATS.....	112
I.	VALORACIÓ DELS RESULTATS I CONCLUSIONS.	134
J.	PROPOSTES.....	137
K.	BIBLIOGRAFIA.....	138
L.	ANNEX.	143

A. AGRAÏMENTS

Els nostres agraïments van dirigits a les nostres famílies en primer lloc, per la ajuda, paciència i comprensió demostrada al llarg del Master i en la realització del Projecte de Recerca, ja que sense ells no hauria estat possible.

D'altre banda també volem agrair la col·laboració donada per les Direccions d'Infermeria dels nostres hospitals i per les facilitats en la realització del Master i en el treball de recerca. No oblidarem del suport moral rebut pels nostres companys.

Agraïm l'ajuda donada per la Sra. Montserrat Teixidor, Directora de la Escola d'Infermeria "Santa Madrona" així com el Sr. José Tejada, per la gran ajuda i paciència demostrada al llarg de la elaboració del Marc Pràctic I del nostre tutor Ferran Ferrer, per últim gràcies Jesús "Secretari del Master" per la teva col·laboració.

B. JUSTIFICACIÓ.

L'envelliment de la població és el resultat del procés global produït per canvis demogràfics, deguts als quals es produeix un augment de la proporció de persones més grans de 60-65 anys, respecte al nombre total d'habitants, això es produeix com a resultat de la millora en la prevenció de la malaltia i les cures de salut d'aquest segle.

En quant a l'edat cronològica, partirem de la base que legalment es considera vell, a la persona de 65 anys d'edat o més. Alguns gerontòlegs divideixen la vellesa en tres categories cronològiques:

- Vell-jove, inclou a les persones de 65 a 74 anys.
- Vell-mig, inclou a les persones de 75 a 84 anys.
- Vell-vell, són les persones de més de 85 anys.

El grup d'edat inclòs en la categoria vell-vell, tindrà unes necessitats més complexes d'assistència sanitària crònica que el vell-jove.

La infermeria que té com a usuari, pacients geriàtrics, ha de realitzar una valoració completa de les necessitats de les persones grans, una planificació i implantació de les cures d'infermeria per satisfer aquestes necessitats i l'avaluació de l'eficàcia d'aquestes atencions amb la finalitat i manteniment d'un nivell de benestar d'acord amb les limitacions imposades pel procés d'envelliment.

El disseny de les actuacions d'infermeria per la gent gran pot ser més complex ja que estan complicades per les dimensions que comporta l'envelliment.

La infermera necessita creativitat i enginy per implantar un pla d'atencions de cures, especialment si el pacient pateix dèficits sensorials.

Les infermeres tindran que proporcionar unes cures continuades per la Gent Gran que englobin els serveis preventius, restauradors i de manteniment de la salut.

Partirem que la Gent Gran són persones fràgils, és dir, que sovint tenen limitacions socials, econòmiques, físiques o mentals i que estan malalts o incapacitats la major part del temps i requereixen l'ajut d'altres persones per realitzar les activitats de la vida diària. Degut a aquestes circumstàncies consumeixen més quantitat de temps, espai i diners de l'atenció sanitària.

L'objectiu principal és la qualitat de vida, sense oblidar el grau de deteriorament físic, cognitiu o emocional.

Segons Mendolla y Pellegrini (1979), defineixen la Qualitat de vida com: "el logro individual de una situación social satisfactoria dentro de los limites de su capacidad física".

El nostre estudi s'ha dirigit a conèixer el nivell de formació, la motivació i els nivells de Qualitat oferts pel personal d'infermeria que atén al malalt geriàtric amb unes capacitats i recursos diferents als de les persones més joves i veure el nivell de satisfacció del propi malalt i la seva percepció de la qualitat oferta pel personal d'infermeria.

C. OBJECTIU GENERAL.

1. Detectar la importància d'una bona planificació de l'atenció integral a les persones grans ingressades en un hospital d'aguts.
2. Establir i/o proposar millores o correccions en la planificació de les cures d'infermeria a partir de la informació obtinguda.

C.1. OBJECTIUS ESPECÍFICS.

1. Analitzar el grau de formació dels professionals envers el malalt geriàtric.
2. Conèixer el grau de motivació envers al malalt geriàtric del personal d'infermeria.
3. Conèixer la Qualitat de l'atenció d'infermeria que es dona al pacient geriàtric.
4. Saber si s'inclou a la persona que te cura de la Gent Gran en la planificació de les cures d'infermeria.
5. Conèixer si es du a terme educació sanitària.
6. Conèixer el grau de satisfacció dels professionals i dels usuaris.

D. MARC TEÒRIC.

CAPITOL 1. LA GENT GRAN EN LA SOCIETAT ACTUAL.

1.1. HISTÒRIA.

Cicerone a l'any 44 a. de C. deia el següent de la vellesa: "Tots els homes aspiren a aconseguir-la, només per lluitar contra ella, ho han aconseguit!. Així de voluble i de perversa és la insensatesa humana!"(Garcia M^a C.,1992). D'aquesta època d'esplendor de l'Imperi Romà i ja anteriorment de la cultura hel·lènica hem heretat normes mèdiques i filosòfiques referides a la Gent Gran i gran nombre de vocables, com geron-gerontos (vell, ancià). En aquest vocable és l'origen dels termes geriatria i gerontologia.

En les tribus primitives la supervivència diària estava per sobre de tot. Les dures condicions de l'habitat comportaven la subsistència dels més forts; així la vellesa era aconseguida per pocs, ja que els vells, pel seu debilitament físic, els resultava molt més difícil fer-se amb els requeriments vitals. En un grup que està en competència constant amb la naturalesa, per la supervivència diària, tant col·lectiva com individual, és lògic pensar que l'atenció de la Gent Gran no fos prioritària sinó que, en cas d'existir, fos una qüestió familiar o individual.

Probablement les atencions a la Gent Gran degut als preceptes morals, sobre tot entre hebreus i en la Grècia monàrquica, eren dispensades en el context familiar, pels propis fills o en el seu defecte pels servents o esclaus. Si bé existien llocs d'atenció comunitària, aquests estaven reservats a malalts amb patiments que eren tractables.

Els dirigents d'aquestes antigues civilitzacions pretenien que la seva gent fos respectuosa amb la Gent Gran, que en tinguessin cura quan, per debilitat física o mental, deixessin de valer-se per si sols. No obstant, com apunta I. Casals, no sempre hauria estat així sí en el seus escrits, com passa en la Bíblia, es fa referència constantment a l'obligació moral cap a la Gent Gran.

En l'Era Cristiana, alguns metges es van preocupar de les afeccions de la vellesa, entre ells Galè. Aquest va refondre el saber Grec i Roma tractant d'unir la teoria hipocràtica humoral amb l'aristotèlica o de la pèrdua de calor interna.

D'altra banda, la practica de la caritat, va establir una continuïtat assistencial a la Gent Gran que estava abandonada. La doctrina de Crist que predicava amor i fraternitat, va desenvolupar un altruisme assistencial, basat en les obres de misericòrdia dirigides a tots els necessitats, entre ells, la Gent Gran, que per condicions físiques i mentals i per haver perdut la supremacia social, eren individus proclius a rebre atenció caritativa.

Els preceptes bíblics cap a les persones grans, d'acord amb el deure assistencial de la doctrina Cristiana van prendre un sentit de responsabilitat col·lectiva. Així en les comunitats eclesiàstiques van sorgir els "gerontokomios" eren llars per Gent Gran integrades en establiments coneguts com "xenodocheion", destinats a atendre tota classe de necessitats.

L'Edat Mitjana va representar, un retrocés en l'evolució social de la humanitat i allò va repercutir en la situació de la Gent Gran. Els càstigs pecuniaris per matar a una persona gran, eren tres vegades menors que els equivalents per matar a un home en la plenitud de la vida. Les difícils condicions de vida no permetien a molts arribar a vells.

En la burgesia es va crear la ideologia de respectar molt a les persones grans; la Gent Gran participava en la vida pública i en les diversions de la seva classe. En una economia basada en el lucre, l'estructura familiar amb l'avi en la seva cúspide era molt important. L'experiència era una acumulació de coneixements i vivències per això la vellesa era molt valorada.

Quant a les classes obreres, els vells també augmentaven però molt menys que en la burgesia. Per primera vegada en l'història, la literatura s'interessava pels vells pobres. L'avanç del model de producció

capitalista va crear en les fàbriques, un ritme de treball molt fort pels nens i els adults; la majoria morien prematurament i els que quedaven es veien en la misèria. Davant d'aquesta situació, i a causa de l'augment de Gent Gran mendicant, que havia pels carrers i a la pressió social dels treballadors, la burgesia va respondre amb la beneficència i posteriorment creant el concepte d'estat benefactor, que era el que havia de fer-se càrrec de la situació de la Gent Gran.

La conducta humana cap els problemes de l'ancianitat, manifestada al llarg de la història, ha arribat a influir en el nostre temps passant per quatre grans tendències, segons la seva incidència en la prestació de cures:

1. Supervivència. Les atencions de la Gent Gran és supeditaven a la conservació i supervivència del grup.
2. Obligatorietat moral i cívica. Mitjançant el vincle moral s'assegurava la cura de la Gent Gran., però sota preceptes legiscats.
3. Caritativa. La caritat cristiana suposa l'atenció altruista a través de l'exercici d'obres de misericòrdia.
4. Professionalitat. La pràctica de la infermeria comença a plantejar-se mitjançant la raó lògica que s'ha d'aprendre a les escoles. Tanmateix, la professionalització en les cures proporcionades amb una determinada metodologia, que implica coneixements i habilitats especials, constitueix un servei a la societat, sent el vell subjecte d'aquestes atencions.

1.2. DEFINICIONS.

Cronològicament i legalment es considera vell a la persona de 65 anys d'edat o més.

Segons Millers (1990), l'edat subjectiva pot estar relacionada amb els sentiments personals, edat cognitiva, edat social, edat serotip, edat comparativa i edat percebuda o autopercebuda.(Sttab S.A, 1997).

Alguns gerontòlegs (Staab S.A.,1997) divideixen la vellesa en les següents categories cronològiques:

- Vell-jove (de 65 a 74 anys).
- Vell-mig (de 75 a 84 anys).
- Vell-vell (de 85 o més).

Atès que aquesta categorització pot portar a què els professionals de la salut facin diferències en la manera de tractar a les persones només per l'edat, la majoria de gerontòlegs prefereixen classificar a les persones segons l'edat funcional.

Les definicions d'edat funcional han d'estar relacionades amb la salut, independència física i el funcionament social i psicològic. L'edat funcional proporciona una base millor per les cures d'infermera ja que li permet dirigir la seva atenció cap els problemes de salut real o potencial. No tots els canvis funcionals es deuen a l'envelliment, alguns són deguts a la malaltia. La capacitat funcional s'associa amb el benestar.

Per pacient geriàtric entenem persona més gran de 65 anys que té una o varies malalties que tendeixen a la incapacitat o invalidesa i la seva evolució està condicionada per factors psíquics i/o socials.

• GERONTOLOGIA.

És la ciència que estudia el procés d'envelliment dels éssers vius i de l'home, des de tots els seus aspectes: biològics, psicològics, socioeconòmics i culturals. Per aquesta raó, la gerontologia és d'interès per a moltes disciplines i és l'estudi de totes elles el que intenta donar solucions a la varietat de problemes que es deriven dels processos d'envelliment.(Garcia M, 1997).

És una branca de la ciència que tracta dels problemes d'adaptació, les malalties de la població gran i de la vellesa.

La biogerontologia és: "La ciència que estudia el com? i el per què? de l'envelliment dels éssers vius." (Gonzalez A.,1996).

- **GERIATRIA.**

"Ciència que estudia les malalties agudes i cròniques dels pacients grans i s'interessa pel coneixement de la patologia del vell, de les variacions que presenta l'organisme de les persones grans davant de processos comuns, així com la terapèutica que precisa, ocupant-se en última instància de la recuperació funcional i la reinserció social d'aquestes persones" (Gonzalez A.,1996).

No és tan fàcil delimitar on acaba la gerontologia i així poder definir que és la geriatria, encara que etimològicament significa "medecina dels vells".

Aquest terme va aparèixer per primera vegada a principis del segle XX, en una obra escrita en Estats Units per L. Nascher; en aquell moment parlar de geriatria significava atendre a la Gent Gran malalta, crònica i invàlida. Posteriorment, el fet que l'Organització Mundial de la Salut (O. M. S.) després de la II Guerra Mundial, definís la salut com "El complet benestar físic, psíquic i social", i no només l'absència de malaltia, va permetre que l'orientació de les ciències de la salut no fos únicament curativa, sinó que contemplessin els aspectes de foment de la salut, de prevenció, recuperació i rehabilitació, i abordessin a l'home des d'una basant biopsicosocial.(Garcia M., 1993).

El propòsit bàsic de la geriatria és millorar la qualitat de vida més que prolongar-la, dispensant cures preventives, integrals i de manera continuada, per aconseguir afegir anys i salut a la vida i també vida als anys.

La gerontocultura, senecticultura, geroprofilaxis o gerontologia preventiva: "És la ciència i l'art de cuidar a la Gent Gran o els que

ho seran, amb l'objecte d'aconseguir una sana i feliç vellesa".
(Staab S. A.,1997).

1.3. EL PROCÉS D'ENVELLIMENT.

L'envelliment és un procés complex i dinàmic, amb components fisiològics, psicològics, sociològics, que són inseparables i que estan íntimament relacionats.

Encara que s'han proposats innumerables definicions sobre l'envelliment, la més acceptada en termes generals és la de Biner i Bourlière (1996) que ho expressen com: "Conjunt de modificacions morfològiques, psicològiques, bioquímiques i funcionals que apareixen com a conseqüència de l'acció del temps sobre els éssers vius".(Gonzalez A., 1996).

1.3.1. LA BIOLOGIA DE L'ENVELLIMENT.

Segons Bourlière (1996), l'envelliment és: "Un procés individualitzat que cursa de manera diferent segons la biologia de cada persona. Té relació amb factors biogenètics, potencialment dominants i amb certs factors indeterminats que depenen de l'imprevisible procés historicocultural, i és manifesten com una pèrdua progressiva i uniforme de l'estat òptim de salut i vigor"

1.3.2. L'ENVELLIMENT FISIOLÒGIC I PATOLÒGIC.

Establir el límit que separa l'envelliment normal o fisiològic i el patològic, resulta difícil, ja que si bé envellir no és sinònim de tenir malalties, és un fet constatable que el deterior fisiològic que suposa el fet d'envellir pot arribar a tenir implicacions importants en la salut, sent habitual, per altre banda el fenomen de la pluripatologia en aquest grup de la població.

Els processos patològics que amb més freqüència apareixen en la població de 65 o més anys són els de l'aparell locomotor (destacant l'osteoporosi) del sistema cardiovascular, amb la hipertensió arterial

(HTA) i la pròpia arteriosclerosi del cap, dels òrgans dels sentits (vista i oïda fonamentalment) la diabetis mellitus, els tumors, la incontinença urinària, les depressions i demències. La majoria d'elles s'instauren amb caràcter irreversible en la persona gran, donant lloc a l'aparició de nombroses complicacions que agreugen el seu estat de salut i són causa important d'incapacitat i invalidesa en la tercera edat (Staab S.A., 1997).

Certament, malaltia i incapacitat i invalidesa conformen una triada que és molt conegut per un gran percentatge de persones de la 3^a edat i és el causant d'un deterior considerable respecte la seva Qualitat de vida.

L'envelliment fisiològic es considera un fet normal sempre que sigui possible gaudir d'una bona qualitat de vida, adaptada a les diferents situacions funcionals i orgàniques que apareixen al llarg de l'existència.

En aquest sentit, hem de tenir present que en la persona gran sana existeix una disfunció de la reserva funcional dels seus òrgans i sistemes, així com una disminució de la capacitat d'adaptació de l'organisme. Degut a això, qualsevol sobrecàrrega física o psíquica pot desencadenar un estat de gravetat en la persona gran, que doni pas així a insuficiència principalment a nivell dels òrgans vitals com el cervell, el cor o el ronyó.

Així doncs, quan s'instaura una o varies malalties en el procés fisiològic de l'envelliment i modifica el curs del mateix, es parla d'envelliment patològic.

Dit d'una altra manera, la senescència anomenada a vegades "natural" o envelliment primari, és el terme que descriu el declivi en les funcions físiques i mentals (pèrdua de vigor) i desajust en l'adaptació social que coincideix amb la vellesa.

1.3.3. ELS PROBLEMES DERIVATS DE L'ENVELLIMENT.

Els problemes derivats de l'envelliment, són els següents:

1. De caràcter sanitari. Apareix un augment de les malalties cròniques i de les demandes d'hospitalització.
2. Econòmiques. Hi ha una disminució de la població activa i una majors càrrega pels Sistemes de la Seguretat social.
3. Psicològiques. Es donen reaccions psicògenes de la Gent Gran i de la seva família.
4. Necessitem un nombre més alt de places i llits psicogerontològics.
5. Polítiques tenen tendència al conservadorisme, apareixen xocs generacionals i formes de vida diferents.

1.3.4. ELS CANVIS ESTRUCTURALS I FUNCIONALS EN LES PERSONES D'EDAT AVANÇADA.

L'envelliment, és un procés biològic universal, progressiu i irreversible que s'acompanya d'una disminució gradual i funcional de tot l'organisme, que condueix finalment a la mort.

Però, el deterior funcional no és homogeni en els diferents sistemes orgànics de l'individu i tampoc entre els diferents individus.

En relació a la composició corporal, es produeix una disminució de la massa muscular i de la mida dels òrgans, així com els canvis en les proporcions dels compartiments líquids (d'aigua total corporal amb l'edat).

FUNCIÓ FISIOLÒGICA	% REDUCCIÓ ALS 80 ANYS
Velocitat de conducció nerviosa	15
Rendiment i descans cardíac	30
Capacitat vital	50
Flux sanguini renal	50
Capacitat respiratòria màxima	60
Consum màxim d'oxigen	70
Taxa màxima de treball	70

1.3.5. EL CONCEPTE DE 3ª I 4ª EDAT.

Els conceptes de "3ª" i "4ª edat" no són termes fixes, ja que l'edat cronològica només proporciona una idea aproximada de l'edat biològica d'un individu.

En la majoria del països occidentals, el terme de "3ª edat" inclou a les persones majors de 65 anys a efectes de registre i propòsits administratius, si bé en alguns d'ells existeixen certes diferències en el límit d'edat de jubilació entre homes i dones.

El terme "4ª edat", de més recent encunyament, s'ha de reservar en canvi per aquelles persones que superen els 80 anys, aquest grup de població cada dia més nombrós degut a l'augment de forma pausada i incessant de l'esperança de vida.

Hem d'aclarir que en aquest moment els dos conceptes que habitualment es fan servir quan es parla de les "persones grans", ja que s'utilitza amb excessiva freqüència d'una manera incorrecta, són els conceptes de "envelliment" i "longevitat".

El terme “envelliment” s’ha d’utilitzar-se exclusivament per referir-se a algun atribut relatiu a la població (ex. Població molt envellida). Pel contrari, el terme “longevitat” s’ha de reservar només quan ens referim a qualitats de la persona.

En aquest sentit, també hem de diferenciar entre població envellida (quan les persones majors de 65 anys superen el 10% de la població total) i població, molt envellida (quan les persones majors de 65 anys superen el 15% de la mateixa).

Igualment, hem d’al·ludir aquí al fet que tradicionalment les dones viuen més anys que els homes. Aquest fet, encara no està suficientment investigat des d’un punt de vista científic, podria deure’s a una complexa interacció entre factors socials, ambientals, de conducta, econòmics i factors lligats a l’herència.

La pràctica individual d’una infermera està determinada per l’enfocament del model diagnòstic-tractament o pels coneixements i habilitats utilitzats en l’aplicació del model en les cures del pacient. D’una manera bàsica, l’atenció de la Gent Gran també està influïda per les creences i valors que la infermera té respecte als clients grans als quals proporciona serveis d’atenció de salut.

Les creences i valors exerceixen una forta influència sobre tots els aspectes del diagnòstic i tractament d’infermeria (les dades que s’observen, les prioritats que s’estableixen, les decisions que es prenen, la forma en què es donen, les atencions que es prescriuen, i els criteris que s’estableixen per a l’avaluació). Les creences i els valors conformen la conducta de la infermera, tant si és conscient d’això, com si no. Aquesta és una revelació particularment important per aquells que estan en professions assistencials. Aquí augmenta el risc d’imposar algunes de les pròpies creences i valors que depenen de nosaltres. En el cas de les infermeres dedicades a l’atenció de la Gent Gran, sovint amb un contacte continuat, dia a dia, es poden observar els riscos de la situació. Resulta molt còmode i fàcil

incorporar el sistema de valors i creences pròpies, a menys que es tingui un pensament ferm del que està succeint.

Les infermeres estan socialitzades primer pels seus familiars i després per professionals, que són part d'una cultura més ampla.

1.3.6. ELS FACTORS SOCIALS I ESTATUS DE LA PERSONA GRAN.

És raonable suposar que els valors que una societat o subcultura manté respecte a un grup dels seus membres influiran en les actituds, els valors i les creences que a aquests membres se'ls ha ensenyat a tenir cap al grup. Poden identificar-se subgrup dintre d'una societat, l'edat és un d'ells. Així és que cultures diferents tenen diferents valors associats amb grups d'edat identificables (nens, adults i Gent Gran). (Garcia M., 1992).

Existeix la hipòtesi de què l'estatus de la persona gran dintre de la societat està relacionat amb les diferents forces que van a afectar a tota la societat:

1. Utilització dels recursos disponibles en relació amb les necessitats de la població.
 2. Disponibilitat de disposar de comunicacions escrites per la transmissió de coneixements, de patrons culturals i d'habilitats.
 3. Proporció de la societat que entra dintre del grup.
- Recursos socials, productivitat personal i estatus.

Simmons (1960), ha suggerit que l'estatus de la persona gran està relacionat amb la seva capacitat productiva, per portar la seva pròpia càrrega i contribuir al producte de la societat o, d'altra banda, els recursos de què disposa la societat per mantenir als seus membres no productius. En les societats més primitives, que eren més dependents d'un ambient en el que els

recursos eren limitats, es relegava o s'expulsava de la comunitat a la Gent Gran, que sobrevivia segons la seva pròpia capacitat de producció. El grup no podia preocupar-se per ells, perquè arriscarien la supervivència de tot el grup. Se sap de tribus nòmades que relegaven als membres que no podien mantenir. De fet, per algunes tribus, la creença religiosa, respecte de l'existència de la vida després de la mort, creien que les persones mortes conservaven el cos, l'edat, la bellesa i la capacitat funcional de les que havien gaudit fins el moment de la mort i al llarg de tota l'eternitat. Aquestes creences suscitaven l'abandonament molt aviat d'un pare o un membre apreciat de la tribu. (Garcia M., 1997).

En les societats agrícoles, inclosa la vida rural en les societats modernes, la persona gran era capaç de contribuir, sovint, de forma que els membres més joves i forts tinguessin llibertat per participar més activament en la producció dels recursos necessaris. Per tant, la persona gran era capaç de mantenir el seu estatus i era valorada com a calibrador de la família i de la societat.

La societat industrial moderna decreta una falta de productivitat obligatòria, en forma de retirada oficial del treball, que col·loca als seus membres grans en una situació on hi ha un alt risc de pèrdua d'estatus. Són menys valorats i, per consegüent, menys desitjats. En aquest moment, la preocupació de la població laboral actual respecte al finançament de pensions per un nombre creixent de persones que no contribuiran més, així com la preocupació per les seves pensions en el futur, és una manifestació del risc de les persones grans a afrontar el seu estatus. No només és que la persona gran no produeixi vagui a, sinó que també suposa un consum creixent pels demés. Aquest consum pot prendre la forma de diners, per exemple, pensions, i també en sentit emocional (Callahan, 1987). En un sentit personal, quan els membres d'una família no només no poden

produir per sí mateixos, sinó que a més es converteixen en una carrega pels demás, seran menys valorats i el seu estatus disminuirà, inclòs encara que pugui continuar existint amor i afecte, per ells.(Garcia M.,1992).

Transmissió de patrons culturals i estatus.

Les cultures que no tenien un llenguatge escrit, depenien de la Gent Gran per ensenyar la seva historia, habilitats i tradicions de la societat a les generacions successives. Aquelles amb llenguatge escrit i altres formes avançades de comunicació simbòlica tenen, sembla, una menor necessitat de Gent Gran sabia i qualificada.

Al ressorgir de l'interès i orgull per l'herència cultural ha fomentat l'estatus de moltes persones grans que són les úniques fonts de coneixement pel que fa a la història, receptes, destreses, relats, art, dansa i religió del grup. Una vegada que aquests s'escriuen, els sons es graven, un es pregunta si de nou la persona gran revertirà a un estatus menys valuós.

- Ritme de canvi cultural.

L'estatus de les persones grans ha patit la influència del ritme del canvi social. Un ritme lent de canvis s'ha associat amb un estatus més elevat pels membres de més edat. La lògica d'aquesta hipòtesi és que quan una cultura està canviant ràpidament, les generacions majors perden el seu valor a mesura que entren en conflicte amb els temps canviants, per ser útils a les generacions més joves, excepte com a base per mesurar el canvi. Es considera que només coneixen com eren les coses i no com són en l'actualitat.

En una societat afligida per la malaltia del "xoc del futur", les contribucions de les persones grans tendeixen a perdre valor, i

amb això, i a menys que es considerin altres fonts de valors, les pròpies persones resulten menys valuoses.

Un altre factor que pel que sembla condueix a una pèrdua d'estatus per les persones grans en una societat, és la dimensió del grup en relació a la resta de la població. Es valora el que és estrany en lloc del comú. En cultures en les quals molts joves moren, es venera als supervivents. Cada vegada es viu més temps, ser un membre gran de la societat es torna vulgar i menys valuós. Inclòs es poden considerar com si les persones grans priven a la gent jove del treball, l'habitatge i els recursos.

Si considerem aquests factors i ho apliquem a la nostra societat industrialitzada actual, (persones grans que consumeixen més que el que actualment produeixen, que s'estan convertint en una proporció creixent del grup per ser mantinguts per una població jove més reduïda) i si afegim l'ús difós de la comunicació, així com el ritme de canvi social i la ràpida obsolescència humana de la tecnologia, es veu que existeix un alt risc de què les persones majors siguin menys valorades. Aquesta actitud social de creixent devaluació pot, a la vegada, influir en els valors i creences que les infermeres, com productes d'aquesta societat, sostindran quan donin atencions de salut al grup d'edat avançada.

D'altra banda, el grup d'edat avançada està augmentant en l'actualitat. Molts tenen recursos econòmics adequats. Com individus que continuen sans més temps, representen també una comunitat que disposa de temps i energia per contribuir a la societat. Molts tenen una bona educació, formal o informal. Les empreses estan reconeixent el seu poder d'adquisició. Els polítics estan reconeixent el seu poder de votar. S'estan associant en grups que fomenten la seva autoestima i promouen temes respecte a la persona gran i les actituds dels professionals de la salut.

Les infermeres han de ser conscients de la diversitat de valors socials que impacten sobre la pròpia imatge de la persona gran i les actituds dels professionals de la salut.

1.3.7. ALTERACIONS DE LA SALUT: LA MALALTIA EN LA GENT GRAN.

L'envelliment es converteix en un procés patològic quan les desviacions de l'estat fisiològic són de naturalesa que alteren els límits de normalitat i impedeixen o dificulten la corresponent normalitat.

Són poques les malalties pròpiament de la vellesa. De fet les malalties que pateixen la Gent Gran són evidenciables en edats inferiors a 65 anys. Així certes afeccions que es presenten amb gran incidència en les persones grans s'inicien a causa d'un deteriorament funcional i orgànic que comporta el procés d'envelliment en l'edat adulta.

Les infermeres han de tenir presents quines són les alteracions de salut en l'ancianitat, especialment les afeccions més significatives, els trets més propis i els seus efectes ja que la proporció de malalts grans que ocupen llits hospitalaris és cada vegada més gran. Tanmateix hi ha un augment del nombre de gent gran que en el medi extrahospitalari es veu afectades per més d'un trastorn de llarga evolució que requereix una atenció continuada.

1.3.8. LA SALUT I LA MALALTIA EN LA GENT GRAN.

La salut i la malaltia no són ni constants ni absolutes. S'han de considerar com un continu entre una situació de mínima salut quan la mort és eminent i un altra d'estat de benestar. Són etapes relatives i el seu significat és diferent.

És difícil mesurar la salut de la Gent Gran, ja que aquestes mesures es veuen afectades per definicions de diferents mètodes de

valoració, d'actituds culturals enfront de l'envelliment, de prejudici i de la disponibilitat dels serveis d'atenció de la salut.

1.3.9. PERCEPCIÓ DE LA GENT GRAN SOBRE LA SEVA SALUT.

La valoració subjectiva que fa la Gent Gran sobre el seu estat és generalment positiva. Així ho expressen diversos estudis de persones més grans de 65 anys que manifesten què la seva salut és bona i/o molt bona. A mida que avança l'edat augmenta el percentatge dels que jutgen la salut en termes negatius especialment les dones. No obstant entre el 50 i 90 % de la Gent Gran indiquen de forma repetida i quasi continua la presència de símptomes com dolors articulars, dorsàlgies, fatiga, debilitat, tensió i nerviosisme.

Respecte a la capacitat funcional per la vida diària, la capacitat d'audició, de visió, de masticació, de deambulació i d'higiene, les enquestes indiquen què en edats inicials no tenen grans dificultat però si apareixen a mida que avança l'edat.

M. Ribas cita que les malalties de la dels vells més comuns són les vasculars de tipus isquèmic: del cervell, del cor, de l'extremitat, i per arteriosclerosi excessiva. Aproximadament el 50% de la Gent Gran amb edat superior als 70 anys que venen a consultes o són atesos als hospitals pateixen hipertensió el 20%, arteriosclerosi sobretot cerebral el 15%, coronària el 10%, o d'extremitat el 5%. Altre 50% es queixa de bronquitis i d'emfisema el 15%, glucosúria el 10% tumors malignes el 8% artrosis o artritis el 2%.

1.4. DEMOGRAFIA SOBRE LA GENT GRAN.

L'augment de població gran és un resultat principal de la majoria de la prevenció de les malalties i de les atencions de salut d'aquest segle.(Staab S.A., 1997).

L'índex d'envelliment que relaciona la població de 65 anys i més anys amb la població total, era en la població espanyola el següent:

- El 1950 era del 7'2%.
- El 1960 era del 8 '2%.
- El 1975 era del 10'4%.
- El 1986 era del 12'8%.
- El 2000 era del 14 '6%.
- El 2020 era del 17'9%.

En l'any 1975 Espanya passa de ser considerat com un país de població adulta a un país envellit, al superar l'índex d'envelliment el valor del 10,5 però a més durant l'últim quart d'aquest segle XX, Espanya arriba a la consideració de país molt envellit al superar les persones de 65 i més anys els 14% de la població total.

1.4.1. EVOLUCIÓ I CREIXEMENT DEMOGRÀFIC. ENVELLIMENT DE LES POBLACIONS.

Plantejat l'envelliment com un procés de transformació progressiva i irreversible, ha de considerar-se tant un esdeveniment individual com un fenomen col·lectiu.

L'envelliment de la població és el resultat del procés global de canvis demogràfics pels quals es produeix un augment de la proporció de persones majors de 60-65 anys, respecte al nombre total d'habitants.

La progressió de persones majors de 60-65 anys en endavant, presa com un fenomen col·lectiu, es tradueix en un envelliment poblacional; aquest és l'esdeveniment demogràfic més important de l'etapa final del segle XX, que ha aconseguit transformar, en un

interval relativament curt de temps, l'estructura de les distintes societats.

L'alt creixement d'aquest sector de la població constitueix cada vegada més una preocupació pels països desenvolupats, especialment aquells que configuren el continent europeu, sense oblidar Amèrica del Nord i un sector de la població asiàtica.

Des de fa aproximadament 50 anys, la població ha iniciat un procés progressiu d'envelliment. Queda patent que més de la meitat del creixement de la humanitat, al llarg de la seva trajectòria, ha ocorregut en el segle XX, pel que, previsiblement, el ritme de creixement de la població mundial fluctuarà segons el desenvolupament i industrialització de les zones, establint un augment d'aproximadament el 10 % per cada dècada, per les regions més industrialitzades, i un 25% per les zones de menor desenvolupament.

Segons xifres de l'Organització de Nacions Unides (ONU), el 1950 hi havia al món al voltant de 200 milions de persones de 69 anys en endavant. En 1975, la xifra havia augmentat en 350 milions es preveia que per l'any 2000 estaria situada al voltant de 590 milions, i per l'any 2025, la població que supera els 65 anys representarà entre el 18 i 20% del total mundial .(Garcia M., 1992).

A Espanya, el 1900 la població major de 65 anys representava el 5,3 % del total d 'individus; el 1971, aquesta proporció es situava al voltant del 9-10 %, mentre que en l'actualitat es pot xifrar en un percentatge superior al 16 %.(Garcia M., 1997) (Gonzalez J.L., 1997).

1.4.2. ÍNDEX ESTADÍSTIC.

Són diversos els factors que influeixen i intervenen en els canvis de l'estructura de les poblacions; per tant, resultarà imprescindible

utilitzar paràmetres universals i qualificables, que ens permetin mesurar els límits d'aquestes estructures.

Dos paràmetres fonamentals revelen la projecció de la població en el transcurs del temps: l'esperança de vida i la durada mitjana de vida.

- Esperança de vida

L'esperança de vida es defineix com el temps de vida estimat, o esperat, per un individu que pertany a un grup determinat en el moment del seu naixement (temps que s'espera que visqui un individu que pertany a un grup específic). L'esperança de vida de les poblacions ha evolucionat, superant en l'actualitat en la majoria de països desenvolupats, els 70 anys. A Espanya actualment l'esperança de vida és de 74 anys pels homes, i 79 per les dones.

Durada mitjana de vida.

La durada mitjana de la vida es defineix com el resultat de la distribució del nombre d'anys que el pertocaria viure a un individu dintre d'un grup d'edat determinat (grup etari), entre tots els components d'aquest grup.

Alguns autors resumeixen en una sola definició aquests dos paràmetres entenent per esperança de vida, els anys de vida que poden restar a un individu en un moment donat i la calculen en el supòsit que el nombre total d'anys que poguessin viure les persones que estan en la mateixa situació, es reparteixen per igual entre tots els components del grup. Això comporta la necessitat de diferenciar entre l'esperança de vida al néixer (aquest increment espectacular ha tingut lloc en la primera meitat del segle XX) i l'augment de l'esperança de vida als 60 anys fets (l'increment del qual queda patent en la segona meitat del segle XX).

L'anàlisi sobre la distribució per edats de la població només és possible a indicadors sintètics segons el criteri d'aplicació. Els més

utilitzats són: mitjana edat, índex d 'envelliment i índex de dependència.(Garcia M., 1997) (Gonzalez A., 1996).

1. Mitjana d'edat. És l'edat que divideix a la població en dos grups iguals (del mateix nombre d'habitants) un més joves i altre més vells. Aquest indicador només servirà de base per establir les característiques de "jove" o "vella" referides a una població determinada sense que intervingui cap altre criteri de selecció.
2. Índex d'envelliment. Considerat com la relació percentual entre la població de 65 anys o més i la població de 0 a 15 anys. Aquest índex és molt sensible a les variacions d'edat dels diferents components i està considerat com el millor indicador d 'envelliment de la població.
3. Índex de dependència. És l'índex que avalua de forma conjunta els canvis en les proporcions entre la població juvenil i senil (població passiva) amb el grup d'individus d'edats intermèdies (població activa). Per tant permetrà conèixer les repercussions d'aquesta dependència en una societat determinada. La població juvenil compresa entre 0-15 anys, la senil de 65 en endavant i la mitja entre 15 i 64 anys.

1.4.3. FACTORS QUE INTERVENEN EN L'ENVELLIMENT DE LA POBLACIÓ.

Molts són els factors que intervenen en l'envelliment dels diferents grups socials, fent que la distribució de la població vella no sigui uniforme i configurant zones envellides i zones de població més jove.

Factors que han afavorit l'aparició d'aquest fenomen:

- Descens de la taxa de natalitat.

La disminució del nombre de naixements en la majoria de països industrialitzats ha generat una disminució de la població infantil especialment a partir de la dècada dels anys 70.

La situació espanyola, segons J. A. Fernández Cordon, en aquest sentit no és de les pitjors, ja que figura com un dels països amb nivell mig d'envelliment. Comparant la mitjana de fills per dona en el període comprés 1961 i 1965 amb el període 1975-1981, la disminució és important i se situa al voltant de 1,5 fills per dona. (Garcia M., 1992).

Aquesta davallada important de la natalitat configura grups de població desigual amb una proporció de persones majors de 65 anys i d'edats compreses entre 40 i 60 anys superiors al creixement de persones menors de 15 anys.

De 1970 a 2026, la població espanyola haurà crescut entre un 9,9 i un 22% si es manté la fecunditat, mentre que en el mateix període el grup de persones majors de 65 anys quedarà multiplicat, passant de 3,3 milions a 7,4 milions, o, el que és igual, serà quasi tres vegades més nombrós. Per tant, els pronòstics per l'any 2000 fan pensar que hi haurà més de 6 milions de persones majors de 65 anys i, d'ells, més de 2 milions superaran els 75.(Garcia M., 1992).

- Descens de la taxa de mortalitat infantil

El descens de la taxa de mortalitat infantil garanteix a les noves generacions la probabilitat d'una major esperança de vida, el que constitueix un factor clau al referir-nos a l'envelliment de la població. Es tracta d'un factor diferenciador bàsic entre els països desenvolupats i els països en vies de desenvolupament.

- Avanços tecnològics

Els ràpids avanços tecnològics succeeixen al llarg del segle XX, especialment en el camp de la medicina, han portat com conseqüència immediata un augment de la durada de la vida dels individus i el descens de la mortalitat tant infantil com en edats intermèdies. Aquests avanços han influït en la millora de les

condicions de vida, higiene i alimentació. Així com en l'eradicació d'algunes malalties infeccioses o en les possibilitats de tractament adequat a d'altres.

- Factors ambientals

La millora dels factors ambientals lligats a la cultura i al comportament social econòmic del propi país genera una major concepció social a l'home i satisfer en major grau les necessitats dels individus, repercutint en la qualitat de vida, i per tan, augmentant la seva durada.

En el món, la distribució per grups d'edat estableix marcades diferències entre els continents que podríem denominar desenvolupats i els continents en vies de desenvolupament. Observem que la població d'aquests últims és, en percentatge superior, més jove que la dels primers. Això confirma el fenomen de què, en els països pobres, l'alta natalitat genera una lenta industrialització, la qual cosa a la seva vegada afavoreix l'increment de la població dependent, que comporta una reducció de desenvolupament econòmic. En els països desenvolupats, en canvi, aquesta població depenent passaria a ser en un alt percentatge la població vella. La defensa del medi es converteix en quèlcom prioritari en el moment en què la població es conscient de la seva influència.

Influència dels moviments migratoris de les poblacions. Els moviments de la població que van succeir especialment en èpoques determinades de la història han influït directament en l'envelliment de les poblacions. Aquest fet s'explica, perquè els individus que es traslladen d'una zona a una altra solen fer-ho, en la seva majoria, en edats productives, el que produeix un rejuveniment del lloc on emigren (generalment zones industrialitzades), mentre que solen augmentar la població gran en el lloc de procedència (zones rurals). Per parlar d'envelliment

de la població com a conseqüència de l'emigració, seria necessari considerar també la relació amb la taxa de natalitat de les zones d'origen i que fluxos de població venen determinats per factors polítics, econòmics i socials.

- Augment de la durada de la vellesa

L'augment de la durada de la vida és el responsable de l'increment de la durada de la vellesa. Aquest fenomen crea l'aparició d'etapes o períodes diferenciats, establint a priori tres grups dintre de la població major de 65 anys:

1. Primera etapa: de 65 a 70 anys.
2. Segona etapa: de 70-75 fins 80 anys.
3. Tercera etapa: més de 80 anys.

Un dels problemes més generalitzats en l'actualitat és la coexistència generacional, que permet que persones que pertanyen al primer grup s'ocupin d'altres en etapes més avançades.

1.4.4. PROBLEMES QUE PLANTEJA.

L'augment de la mitjana d'edat dels individus que conformen una població determinada estableix una problemàtica que posa en boca d'altres les distintes estructures socials, i crea la necessitat de nous plantejaments per solucionar-la.

Entre els problemes identificats que afecten de forma més evident l'organització del sistema sociosanitari destaquen els següents.(Garcia M., 1997).

- Dèficit de les estructures socioeconòmiques

La insuficient cobertura social de la població està lligada al sistema de distribució dels recursos econòmics. L'augment de

població passiva respecte a la població activa (edats intermèdies) crea un decalatge cada vegada més important que no permet distribuir equitativament els recursos socials dels diversos països entre la pròpia població que haurà de consumir-los.

- Augment de la demanda de serveis sanitaris

L'augment de la demanda de serveis sanitaris per aquest extracte de la població és la causa fonamental de l'increment de les malalties degeneratives i dels estats d'invalidesa física, psíquica o social, que creen unes necessitats assistencials i d'atencions diferents. Això obliga a adequar la política sanitària a les demandes, mitjançant programes específics d'educació sanitària, prevenció, assistència i rehabilitació, i la creació de la infraestructura necessària per portar-les a terme.

- Transformació del rol social dels valors i sistemes

Els canvis que succeeixen a la societat tenen com a resultat una expressió diferent de les necessitats i del benestar entre les diferents generacions. La tendència a l'individualisme, la privatització, la supervaloració de la productivitat i la competitivitat en la nostra societat, juntament amb la incorporació de la dona al món laboral i el canvi de l'estructura familiar, que ha passat de ser patriarcal a nuclear, generen un sentiment d'aïllament entre els individus, disminuint el seu grau de participació social i situant a la Gent Gran, en alguns casos, dintre de grups marginals.

- Augment de la demanda de formes de vida dependents

Els problemes anteriorment anomenats, units a l'adequació incorrecta de la majoria dels habitatges de les persones grans i a falta de recursos econòmics, determinen l'augment de demanda, individual i/o familiar, de formes de vida dependents ja sigui en institucions o en forma d'ajudes en el propi domicili. Això

requereix, una planificació sociosanitària adequada capaç de donar solucions específiques a aquestes demandes.

L'augment de població gran repercuteix directament en la feina de la infermera, essent un dels principals usuaris de les seves atencions. Això fa necessària una preparació específica per a una major obertura del camp d'acció que faci possible una atenció individualitzada, al mateix temps que es crea la necessitat d'elaborar programes multidisciplinars per l'assistència integral de la persona gran.

1.5. QUALITAT DE VIDA.

Definicions de Qualitat de vida:

- Segons Lewton (1984) : "Conjunt d'avaluacions que l'individu fa sobre cada un dels dominis importants de la seva vida actual".
- Per Whogel Group (1993) : "La percepció de l'individu de la seva situació en la vida, dintre del context cultural i de valors en el que viu i en relació amb els seus objectius, expectatives, valors i interessos". (Pérez F., 1996).
- Per Hugues (1993): "Conèixer les seves expectatives i valors i per tant sobre les seves visions subjectives del que és bona o mala qualitat de vida. Inclòs l'edat és per si mateixa una variable important, ja que els individus de diferents edats o generacions dintre d'una mateixa cultura, individus que tenen experiències històriques diferents referides a les condicions de vida també de diferents formes ". (Pérez F., 1996).
- El concepte de Qualitat de vida és un concepte difícil de definir, depèn del sistema de valors pel que cada individu ha optat més o menys lliurement. És un concepte personal i intransferible que es modifica amb el pas dels anys d'un mateix individu.

- Lennie i Croog, (Pérez F., 1996), proposen una definició de Qualitat de vida a partir de diferents dimensions agrupades en dos apartats: el de funcionalitat de la interacció de l'individu amb el seu mitjà, en els seus diferents factors socials, físics, emocional i intel·lectual si el de les percepcions a nivell d'apreciació totalment subjecte que engloba la satisfacció general de l'individu i la percepció de la seva pròpia salut en relació amb les altres persones d'edat similar.

El paper de la infermeria en el foment de la Qualitat de vida vindria de la seva pròpia versió de tenir cura, de manera que es pogués valer per si mateix al més aviat possible. Per això és necessari que la infermera tingui temps per fomentar l'autocura, ja que en moltes ocasions ens dediquem impulsivament a resoldre situacions puntuals sense buscar una atenció integral de l'individu.

Entra en joc també la voluntat de la infermera de potenciar l'autocura, el que implica l'acceptació d'aquest marc conceptual.

Els serveis oferts estan centrats fonamentalment en tècniques: sent la causa de la no oferta de serveis, programes de prevenció i promoció de la salut.

A l'usuari se li dóna sovint protagonisme, no com subjecte de salut, sinó com objecte, d'una banda de mesures terapèutiques o de cures no consultades en moltes ocasions per ell, i d'altra banda com a client consumidor de serveis sanitaris amb l'objectiu de satisfer una demanda sobre una oferta limitada, fomentant, doncs el consum de serveis sanitaris i per tant la despesa i no l'augment de la Qualitat de vida mitjançant l'autoacura.

Caldrà una obertura de les consultes d'infermeria, que aporti a l'usuari l'atenció a problemes no relacionats amb patologies mèdiques, i incideixi en dos aspectes: millorar i unificar l'oferta de serveis per part d'infermeria i augmentar els coneixements per part de la població de serveis infermers.

La consulta d'infermeria no ha d'estar en segon lloc, només preocupada per algunes patologies mèdiques, creant inclòs dependències, sinó ha de potenciar decididament el treball amb els pacients en el seu domicili i la nostra gran assignatura pendent "treballar amb la comunitat" fent del sistema sanitari el motor cultural per assumir un aspecte que és tradicional en la nostra societat com és l'autocura i l'atenció de les infermeres per part del seu entorn, com ha servit en un altre temps de motor cultural cap a la tecnificació de la salut.

Capacitats de la persona per assumir una informació eficaç sobre l'autocura:

1. Relació malalt-professional d'infermeria està determinada per les vivències personals dels dos davant la malaltia.
2. Inevitablement la persona malalta, o amb por a posar-se malalta es troba en una situació regressiva.
3. Però aquest desig d'evitar el sofriment i l'ansietat que comporta, s'afegeixen vivències més fosques i poderoses.
4. Un excés de dependència li genera agressivitat o activitats resistents.
5. A l'altre extrem de la relació, el del professional d'infermeria també poden produir-se fenòmens complexos per comprendre la seva conducta.
6. Si entenen per autocura la contribució pràctica i constant de l'adult a la seva pròpia existència respecte a la salut i benestar. La formació de la persona malalta en l'autocura s'ha de transmetre per un personal d'infermeria suficientment format i conscient de les característiques de la relació amb el pacient. Dorothea Orem ho defineix com l'agent de l'autocura.

El perfeccionament de la formació dels professionals de l'autocura, en grups didàctics inspirats en fer una psicologia dinàmica i relacional, podria ser un tema molt útil i eficaç per treballar en un tema de tanta complexitat.

Per part de la majoria de professionals de la salut la Qualitat de vida, segons una ideologia biomèdica, és semblant a la demanda de serveis curatius.

La nostra professió està basada en les atencions que aporten els nostres coneixements a les persones per què s'autocurin.

Hem de començar per canviar actituds. Aquest canvi ha d'estar impregnat d'una intenció educativa i preventiva perquè el que desitgem és que la comunitat analitzi i modifiqui conscient i voluntàriament els seus comportament per afavorir el manteniment de la salut, no consisteix en "ensenyar salut" sinó que hem de fer possible que aconseguixi una veritable "Cultura de la salut amb l'adopció de maneres de vida sana".

Els resultats de la actuació de la infermera no deu ser avaluats només solament pel nombre de controls que realitzem i l'estabilitat dels paràmetres que mesurem (pressió de tensió arterial, glucèmia, etc.), els resultats haurien de ser considerats en el temps amb la consecució d'autonomia de la persona per l'augment de coneixements en les cures de la salut. Hauríem d'aconseguir ser el menys imprescindibles possibles.

La visió biomèdica dels problemes de salut, estableix que els professionals de la salut són els únics que tenen els coneixements que la població necessita per mantenir i recuperar la salut.

La situació de malaltia genera en la persona una situació de regressió i una relació de transferència i de dependència. Moltes vegades aquesta relació de dependència és estimulada pel propi personal d'infermeria en assumir malament el seu paper, a l'usuari se li dóna molt sovint un

protagonisme, no com a subjecte, sinó com objecte amb el qual no es consensua les atencions o les mesures terapèutiques.

La professió d'infermeria té com a element identificatiu l'atenció i com a professional ha d'aportar els seus coneixements per què les persones tingui cura de si mateixes.

No existeix per part del sistema de salut, una política que estimuli a la societat, i a la família, per què assumeix l'autocura com una de les formes de manteniment de la Qualitat de vida.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, en la seva definició sobre Geriatria, no incideix únicament en el diagnòstic i tractament de les malalties de la Gent Gran, sinó que també es preocupa pel fet que gaudeixin d'un grau més elevat de benestar i conseqüentment de Qualitat de vida.

Per la persona és decisiu, a l'hora d'aconseguir una bona Qualitat de vida, ser independent en les necessitats bàsiques segons les va descriure Virgínia Henderson o si més no les que ells considerin importants.

- **Independència.** Es defineix com la capacitat de la persona per satisfer per si mateixa les seves necessitats bàsiques, és a dir portar a terme les accions adequades per satisfer les necessitats d'acord amb la seva edat, l'etapa de desenvolupament i la situació personal. (Garcia M., 1992).
- **Dependència.** És l'absència d'activitat portades a terme per la persona amb la finalitat de satisfer les 14 necessitats. Degut a una dificultat, obstacle o limitació personal o de l'entorn que impedeixen a la persona satisfer les seves pròpies necessitats. Si existia dificultat se li preguntava també si això els suposava una certa dependència i quina classe de dependència. (Garcia M., 1992) Quan en alguna de les necessitats la Gent Gran es defineix com dependent, l'influeix de manera significativa el fet de considerar

pitjor el concepte sobre el seu estat de salut. Això influirà en la seva Qualitat de vida, si tenim com a referència la definició de J. Giner, i col·laborador que diu : "L'opinió i el sentiment que el pacient té sobre la seva pròpia situació el dur a l'estat subjectiu de benestar o malestar amb el que es percep a si mateix en el moment sigui quin sigui la naturalesa i causa d'aquesta percepció" o també "el grau de benestar aconseguit per l'individu com a ésser individual i col·lectiu."

1.6. SITUACIÓ A ESPANYA DE LA GENT GRAN.

A Espanya es va crear la Societat Española de Gerontologia, constituïda entre altres per Gregorio Marañón, Grande Govian i Bertan Baguena. El primer Congreso Nacional de Geriatria es va celebrar en 1950, organitzat per la Societat Espanyola de Geriatria y Gerontologia. Aquesta societat ha definit la geriatria com: "La branca de la medicina que se ocupa dels aspectes clínics, terapèutics, preventius i socials en la salut i la malaltia en la Gent Gran". Aquesta definició reflexa el canvi que s'ha produït en els últims anys; en efecte, no coincideix únicament en el diagnòstic i tractament de les malalties de la Gent Gran, sinó que es preocupa, perquè gaudeixin d'un major grau de benestar i per tant millorin la seva Qualitat de vida.(Garcia M., 1993).

Per poder aconseguir els objectius que es deriven de la definició donada, és necessari que es desenvolupi el treball de forma multidisciplinar i és aquí on la infermera, per la pròpia raó de ser té un important paper en l'atenció de la persona gran sana i malalta, en tots els nivells d'assistència.

1.7. CUIDADOR PRINCIPAL DE LA GENT GRAN.

A Espanya l'interès per estudiar les xarxes de suport informal a la Gent Gran dependents és molt recent, en els països del nostre entorn la majoria dels estudis s'han realitzat a partir dels anys setanta, coincidint amb la crisi de l'Estat del Benestar. Els canvis ideològics dels 80 van reforçar les tendències, d'una política de recerca en la utilització més

eficient dels recursos. En Espanya, aquesta evolució s'ha produït de forma contradictòria, en els anys 70 i 80 els successius governs han ampliat la despesa social, encara que a un ritme cada vegada menor, reivindicant l'Estat del Benestar precisament quan aquest model estava entrant en crisi en la resta d'Europa; en els anys 90 les noves tendències s'han vist reforçades al supeditar-se la política econòmica als requisits de la integració econòmica i monetària exigides per la Unió Europea, donant prioritat a la contenció de la despesa pública i a la no regulació del mercat, incloent el mercat de les prestacions socials que repercuteixen en els ancians. Així, juntament els serveis i prestacions de caràcter públic que havien experimentat un notable increment en les dècades anteriors, s'expandeixen ara els fons privats de pensions, les residències de titularitat privada i múltiples empreses de serveis dirigits a la Gent Gran (ajuda a domicili, tele-assistència, etc.).

Els estudis pioners sobre l'atenció informal, van aparèixer en països anglosaxons i es centraven en la unitat familiar en general, per centrar-se més endavant en les activitats i papers específics dels cuidadors. La família és, no obstant, la institució de suport més important per la Gent Gran, no només a Espanya sinó en tots els països de la Unió Europea, com es recull en un recent estudi internacional sobre aquest tema: "La família constitueix en tota Europa l'eix sobre el qual recau l'ajuda a les persones grans dependents, siguin les que siguin les estructures familiars, socials i sociopolítiques dels països". (Ministerio de Asuntos Sociales , 1995).

Al ésser la família la institució clau en la cura de les persones grans, és lògic que els estudiosos hagin tingut molt en compte els canvis demogràfics, ideològics i de comportament que es donen en ella. En un nivell més profund, els historiadors de la família destaquen les transformacions que han succeït en els països occidentals a partir dels processos d'industrialització i modernització que podem sintetitzar en els següents fets:

- **Característiques del cuidador principal.**

Segons una enquesta d'àmbit estatal sabem que les persones grans necessitades d'ajuda que no es troben en residències són atesos principalment per membres de la pròpia família: filles (43,5%), cònjuge (21,7%), nores (7,5%) fills mascles (5,8%), gendres (2%) i altres parents, com germans, nebots, cosins, nets, etc. (7,8%). La resta contracta empleats de la llar (6,6%), utilitza serveis socials públics (4,7%) o bé recorren a l'ajuda de veïns (1,2%), amics (1,0%), etc. D'acord amb aquests resultats, aproximadament la meitat dels cuidadors familiars contractarien, a més a més, un segon cuidador (Ministerio de Asuntos Sociales, 1995).

Si comparem les dades obtingudes a Espanya amb les que es coneixen d'altres països (Unió Europea i Estats Units), hi ha prou coincidència en línies generals, encara que Espanya es distingeix de la mitja europea per tenir menys cònjuges cuidadors i d'Estats Units per tenir més proporció de filles. Segons l'informe europeu de JANI-LE BRIS, en la Unió Europea la meitat dels cuidadors serien cònjuges (a Espanya representen menys de la quarta part).

Als Estats Units la proporció de cònjuges seria semblant a la d'Espanya, però dels fills cuidadors, un de cada quatre serien mascles, mentre que a Espanya només ho són un de cada deu.

De l'anàlisi dels cuidadors es dedueix que l'atenció a les persones grans és, en principi, una qüestió "de" família, però amb un doble fil: per un costat, permet expressar la solidaritat entre tots els parents (el que produeix una imatge de "família unida", que "es desvia per ells"); per altre costat, fa entrar en crisi també a tota la família al desarticular en major o menor grau les relacions, funcions i espais fins aquests moments existents. D'aquí que en la literatura internacional sobre ajuda informal a ancians se insisteixi en "tenir en compte el benestar físic i mental de les dues parts: el que rep l'ajuda i el que la proporciona".

CAPITOL 2. QUALITAT HOSPITALÀRIA I LA GENT GRAN.

2.1. QUE ÉS LA QUALITAT.

El terme Qualitat prové del llatí "Qualitas" que significa: "L'atribut o propietat que distingeix a las persones, béns i serveis". Per tant una producció o servei amb qualitat podria considerar-se com un signe distintiu d'una entitat. (Jiménez M^a, 1996).

El vocable "Qualitat" pot considerar-se com una paraula ambigua com excel·lent o destacat, que és necessari ser definida per part de la unitat econòmica per poder ser mesurada i aconseguida. L'empresa que sigui capaç de definir, mesurar i aconseguir la Qualitat podrà obtenir i mantenir una forta avantatge competitiva amb la resta d'empreses del sector, això es traduirà tant en un increment de la seva quota de mercat com en una més gran rendibilitat.

La Qualitat es pot entendre com el lliurament al client d'allò que desitja, satisfent les seves necessitats i la utilitat desitjada, a un preu que pot pagar, sempre i quan el cost que suposa la producció pugui ser absorbit per l'empresa. És l'harmonia entre les expectatives plantejades i la realitat aconseguida.

La Qualitat en atenció al pensament de F. Price, és invisible quan és bona i impossible d'observar quan és dolenta (Jiménez M^a, 1996). La Qualitat es refereix a les característiques per aconseguir l'excel·lència. L'excel·lència es pot establir mitjançant la determinació dels resultats és a dir si compleixen o no favorablement els estàndards pels quals es van crear.

La Qualitat de l'atenció es defineix: "Com el grau que els serveis de salut per individus i poblacions incrementen la probabilitat dels resultats sanitaris desitjats i no consistents en el coneixement professional" (Institut of medicina 1990).

Segons Donabedian en 1980 va dir que: "Qualitat és l'equilibri dels beneficis de la salut i els perjudicis dels pacients".

La Qualitat existeix en el grau en què el servei és eficient, ben desenvolupat, efectiu i apropiat (Stetler, 1992). La descriu com a consistent en dos parts interdependents: la Qualitat de fet i la Qualitat en la percepció.

La Qualitat en la percepció és satisfer les expectatives dels consumidors (Onnachonu, 1990).

En el marc de millora continua de la Qualitat, aquesta es defineix com satisfer o superar els requeriments dels consumidors (Maeszalar-Gaucher y Coffey 1990).

Segons Montgomery (1985), la Qualitat és: "El grau en què els productes compleixen amb les exigències de la gent que els utilitza". A més fa una distribució entre dos classes de Qualitat: la Qualitat de disseny i la de conformitat. La Qualitat de disseny reflecteix el grau en què un producte o servei posseeix aquelles característiques en les quals es va pensar al crear-ho. La Qualitat de conformitat reflecteix el grau en què el producte o servei està d'acord amb la intenció del disseny. Aquest dos aspectes de la Qualitat són susceptibles de ser mesurats. Les mesures permeten a un negoci:

- Saber quan bé està funcionant el procés comercial.
- Saber on s'han de realitzar els canvis per aconseguir millores cas que calguin fer canvis.
- Determinar si els canvis condueixen o han conduït a millores(Jiménez M^a., 1996).

Diverses tècniques de mesura poden classificar la Qualitat dels processos comercials, dels productes o serveis. Les mesures de Qualitat s'enfoquen amb freqüència a l'índex objectiu o també anomenats dur. En les empreses què no són fabricants, les mesures poden incloure el temps invertit en completar un servei o el nombre d'errors comesos en un treball complet.

Recentment ha sorgit la moda de fer servir mesures més subjectives o “toves” com a indicadors de Qualitat. Aquestes mesures són “toves” perquè s’enfoquen cap a les percepcions i actituds, en lloc d’anar a criteris més concrets i objectius. Amb freqüència és necessari utilitzar aquestes mesures, perquè els índex objectius no són aplicables a l’hora d’avaluar la qualitat dels serveis. Aquestes mesures “toves” inclouen qüestionaris de satisfacció del client, per determinar les percepcions i actituds que el client té de la Qualitat del servei o del producte que rep; així com els qüestionaris de l’actitud dels empleats, que avaluaran les percepcions dels empleats amb respecte a la Qualitat de la seva vida laboral.

La paraula Qualitat s'utilitza en dos sentits diferents. Quan no va qualificada té un sentit absolut i ve a indicar, l'excel·lència en aquell aspecte al qual fa referència. Quan va qualificada com a “bona Qualitat” o “mala Qualitat” té un sentit relatiu a un estàndard establert o acceptat com a punt de comparació.

Per poder utilitzar les percepcions i actituds dels clients en l'avaluació de la Qualitat dels productes i serveis, aquestes percepcions d'actituds han de ser mesurables d'una manera fiable. Si els instruments estan mal desenvolupats i representen de forma inadequada l'opinió dels clients, les decisions estaran mal interpretades. L'organització que tingui una adequada informació de les percepcions dels clients sobre la Qualitat del servei o del producte, podrà tenir unes millors decisions respecte a la manera de servir millor als seus clients.

Una manera de mesurar aquestes actituds és a través de qüestionaris. Les empreses han de dissenyar qüestionaris sobre la satisfacció del client que avaluin fidelment les percepcions dels clients sobre la Qualitat dels serveis o dels productes.

Hem de dir que la utilització dels qüestionaris de satisfacció dels clients, sembla extremadament apropiada per aquelles organitzacions

del sector serveis o d'altres camps que no siguin fabricants. El sector serveis ofereix molt poc pel que fa a mesures objectives de Qualitat.

Al parlar de Qualitat des d'un punt de vista globalitzador, hem de recollir els següents significats:

- Qualitat de les prestacions de l'empresa (costos ,qualitat, servei...).
- Qualitat del treball dels empleats.
- Qualitat de l'organització.
- Qualitat de la imatge de l'empresa al mercat i al món exterior.
- Qualitat dels llocs de treball.
- Qualitat de les relacions entre les persones.

El terme Qualitat no recull aspectes quantitatius sinó de caràcter qualitatiu social, fonamentals per al desenvolupament de la gestió de l'empresa que té tendència a l'excel·lència. La millora de la Qualitat no és únicament la satisfacció del client. La gerència de la Qualitat total que significa la construcció d'un sistema de direcció totalment centrat en aconseguir l'excel·lència empresarial i recolzar la formació de tots els treballadors en base a una cultura que considera la satisfacció de les necessitats dels clients com un dels seus principals elements.

La implantació dins d'una organització d'una cultura de Qualitat, no té, perquè ser totalment contraria a l'existent anteriorment a l'adopció de la gestió de la Qualitat total, ja que de la contradicció es poden derivar els avantatges que anul·len els possibles beneficis derivats de la Qualitat i excel·lència empresarial.

La direcció ha de crear un sistema de comunicació entre el fabricant i el grup d'usuaris, així com entre el fabricant i els clients, ja que aquest està considerat una de les peces claus per l'estudi de la Qualitat dels productes al complir una funció de retroalimentació en la investigació de mercats.

Dins del grup encarregat del departament de gestió de la Qualitat ha d'existir sempre una persona líder, responsable de millorar el sistema de forma continuada, és a dir, seguint el principi de "Kaizen" de tal manera que tothom faci el millor treball i amb més satisfacció.

El control de Qualitat és el mètode d'inspecció que permet identificar aquests productes o serveis que no compleixen amb l'estàndard establert.

La garantia de Qualitat implica que una de les parts es compromet a mantenir els estàndards establerts per tots i cada un dels productes i serveis oferts.

Encara que existeix un creixent interès per conèixer el nivell de Qualitat de les nostres prestacions, aquestes s'han fet més evidents en les dues darreres dècades. No és tanmateix un fenomen recent.

2.2. ANTECEDENTS HISTÒRIC.

En l'Edat Mitjana la Qualitat estava fonamentalment garantida pel propi artesà amb l'objectiu de satisfer als seus clients (Jiménez M^a., 1996).

En l'Era Industrial es va identificar amb la productivitat.

Durant la Segona Guerra Mundial, apareix el control estadístic del procés. Va proporcionar l'anàlisi de les seves causes i la recerca de solucions que permetien corregir-les. Va sorgir la garantia de Qualitat, i es van crear els departaments de Qualitat com a responsables últims de la Qualitat del producte mitjançant la identificació i la correcció de problemes.

Als anys setanta, Donabedian, prenent com a model el procés industrial, va classificar els estudis de la Qualitat en el sistema sanitari en tres categories, segons es refereix a l'estructura, al procés o al resultat. Immediatament, va sorgir la polèmica sobre quin enfocament era el més apropiat. Els defensors dels enfocaments de resultats mantenien què ja que aquest era el benefici final i no hi havia lloc per a

cap altra alternativa. Però les consideracions més pràctiques se centraven en l'estructura seguint l'enfocament d'acreditació d'hospitals de la Comissió Conjunta, mentre que hi havia els que se sentien més còmodes amb l'enfocament de procés d'atenció al malalt. Era l'educació mèdica pròpiament dita i reflecteix una excessiva confiança en l'efectivitat d'aquesta educació com a garantia de Qualitat en el desenvolupament de la professió.

2.2.1. LA QUALITAT EN LA INFERMERIA.

Anem a fer referència a F. Nigtingale per la seva importància, no només en el desenvolupament històric de la infermeria com a professió, sinó en aquest cas, per ser la primera referència documentada en el camp de l'anàlisi de la Qualitat de l'atenció Sanitària entesa en la seva globalitat (Jiménez M^a., 1996).

El segon pas es va donar a principis d'aquest segle, quan el cirurgià Ernest A. Codman, treballant en un dels hospitals de més prestigi d'Estats Units a Bòston, reconeix que la competència professional no és suficient per garantir l'adequat tractament dels malalts quirúrgics ingressats a l'hospital. Defineix uns criteris mínims d'eficàcia en el tractament de malalts quirúrgics i va promulgar unes normes d'eficiència hospitalària que van fer que fos exclòs de l'hospital. Ernest Codman basant-se en aquests conceptes, funda el seu propi hospital, és la primera vegada que es pretén assegurar la Qualitat de les atencions mèdiques d'acord amb els criteris d'eficiència i eficàcia.

Concretament existeixen referències bibliogràfiques per la seva feina realitzada l'any 1858, en un moment en què coincidint amb la guerra de Crimea, a instàncies governamentals es va realitzar la primera valoració de la situació en què es van trobar els hospitals de campanya i les necessitats més peremptòries dels soldats anglesos en aquest aspecte. F. Nigthingale va fer estudis en els quals va quantificar una mortalitat pròxima al 40% entre els ferits de guerra que hi eren atesos en ells.

Després i gràcies a accions preses per millorar la higiene als mateixos hospitals i a les atencions bàsiques que oferien (dieta adequada, material sanitari de primera necessitat, ambient net, etc.) es va aconseguir reduir aquesta proporció fins un 2% en només sis mesos.

Aquesta millora va ser degudament documentada i ens ha permès poder analitzar el mètode emprat per aquesta infermera, que també va publicar normes pel sanejament i administració dels hospitals militars. Tot això acompanyat de gràfics i taules estadístiques.

També va realitzar propostes per la modernització dels hospitals i va crear al 1860 la primera escola de formació d'infermeria, iniciant així la infermeria professional.

Amb tot això va fer èmfasi en els tres pilars de l'atenció hospitalària que segueixen vigents els nostres dies:

- Nivells d'atencions que requereixen els pacients.
- Organització dels centres i informació de les activitats que s'hi realitzen.
- Formació de professionals.

Ja que és referent al nivell d'atencions donades i la capacitat per millorar, sobre el que es basen les accions encaminades a incrementar la Qualitat en l'atenció. Només podem conèixer el nivell aconseguit si tenim informació sobre els mateix i només l'argumentarem si sistematitzem la formació específica.

En aquest sentit, la infermeria professional ha continuat la seva activitat incorporant els coneixements científics de les diferents disciplines relacionades amb la salut.

El procés d'atenció d'infermera com a metodologia de treball, incorpora dintre de l'última etapa, l'avaluació de l'adequada

cobertura de les necessitats dels usuaris. Per tant, al comparar l'assoliment dels objectius amb la realitat concreta ha de ser quelcom habitual dintre dels professionals. Però és l'any 1960 quan M. Phaneuf, comença a publicar els primers treballs parlant de la necessitat d'auditar la pràctica. Posteriorment, l'any 1968 es publiquen els primers estàndards de Qualitat, en relació als estudis realitzats.

Però no és fins 1966, quan el Dr. A. Donabedian (Jiménez M^a., 1996) aporta al conjunt dels implicats en les activitats d'avaluació una reflexió bàsica. Ell estableix el marc conceptual de la Qualitat assistencial al definir els conceptes de:

- **Estructura.** Inclou els recursos materials, humans i organitzatius que sustenten l'assistència.
- **Procés.** Entès com el conjunt d'accions centrades en les necessitats d'atenció que comprenen les activitats dels professionals pels clients.
- **Resultats.** Valoren les conseqüències del procés d'atenció o dels imputs que s'han produït al llarg del procés d'assistència globalment considerat.

Tot això va suposar a nivell general i en l'àmbit de la metodologia de l'avaluació un enfocament conjunt per tots els professionals sanitaris. Amb això, va permetre una terminologia comú a aquest respecte i que romandrà vigent en els nostres dies.

Fins l'any 1975 no s'inicia la conceptualització dels models de cures d'infermeria, impulsats des de l'Amèrica Nursing Association, en aquest mateix any, es publiquen per R.C. Jelinek els primers treballs sobre l'avaluació de la Qualitat, segons els diferents nivells de dependència d'atencions.

Canadà aporta una important diferència respecte a les activitats d'avaluació, al plantejar la valoració de la Qualitat considerant l'enfocament sobre els resultats de l'atenció d'infermeria.

L'any 1983, A. Jacquerye publica a França els seus tractats "Guia per l'avaluació de la Qualitat de les Atencions d'infermeria". Representa un enfocament pràctic per avaluar activitats quotidianes del treball d'infermeria.

Finalment el 1982 comencen als Estats Units els Programes de RISK MANAGEMENT (o gestió del risc) a través de la revisió sistemàtica d'Històries Clíniques de pacients donats d'alta hospitalària. Portada a terme per infermeres expertes en la tècnica de l'audit de documentació per identificar pacients que han patit algun tipus de complicació, associada a la seva estada hospitalària.

Molts professionals consideren la Qualitat com a característica implícita i indiscutible en el seu treball diari.

El seu propòsit és quantificar recursos, aconseguir l'optimització dels mateixos, avaluar resultats aconseguits amb periodicitat i planificar accions de manteniment o millora dels nivells aconseguits. En definitiva, gestionar la Qualitat de la seva activitat buscant la satisfacció dels usuaris, tant intern com externs del sistema.

Els objectius i metes que pretenen aconseguir són millorar l'entorn amb la prestació d'atencions d'infermeria, canvi d'actituds dels professionals en l'assistència directa al pacient- usuari, potenciar el paper de l'infermer-cuidador o bé uns altres que contribueixen a impulsar el dossier d'infermeria com a font d'informació de primer ordre dintre del medi sanitari.

El nivell d'integració òptim, mitjançant un organigrama suficientment flexible per adaptar-se a les necessitats canviants detectades en l'entorn.

El nivell de participació adequat, el programa de Qualitat que es porti a terme ha d'aconseguir un alt nivell de participació dels professionals.

A l'objecte de garantir la Qualitat de l'atenció d'infermeria, hauríem d'establir com a idea central de la nostra actuació la satisfacció de l'usuari, ja que aquest constitueix la raó de la nostra pròpia existència com a professió de servei. La Qualitat s'ha d'entendre com un procés continu que recull totes les activitats que desenvolupem i en el qual hi són implicats tots els professionals ja que la Qualitat es millora des de la base de l'organització i amb la participació de tots. La formació dels professionals tant en aspectes professionals com en metodologia concreta de millora de la Qualitat és un element clau a l'hora de donar unes atencions de Qualitat. L'adaptació millora i utilització correcta dels sistemes de registre és un requisit imprescindible per a l'avaluació i millora de la Qualitat de les atencions d'infermeria.

2.3. LA QUALITAT A ESPANYA.

A Espanya l'Insalud inicia l'any 1986 un "Plan de Calidad Total", la primera fase que va acabar en 1992 fonamentalment estableix l'estructura necessària per portar a terme accions de millora de la Qualitat i desenvolupar projectes pilots en diferents serveis del sistema sanitari.

Les primeres experiències en l'avaluació de la Qualitat de les quals tenim constància a Espanya, es recullen en l'any 1985-86 a Catalunya, quan els infermers, comencen a definir el nivell de Qualitat que volen oferir als seus clients de forma explícita, dissenyant sistemes que els permetin conèixer el nivell que es dona, com millorar-lo i com mantenir la millora.

L'impuls des dels màxims nivells de responsabilitat estatal ha servit com objectiu per que en molts hospitals espanyols, els responsables de

la divisió d'infermeria hagin incorporat activitat d'avaluació i gestió de la Qualitat en les seves agendes de treball anual, planificant objectius de Qualitat específics orientats a les necessitats de la població que atenen i a les peculiaritats del grup que gestionen.

No és fins dates molt recents quan en el nostre sistema de salut i específicament en atenció primària s'és prou conscient de la necessitat de garantir la Qualitat de les atencions que es donen. En aquest nou marc de relacions el que s'estableix entre el sistema sanitari/usuari, aquest últim tindrà la oportunitat d'escollir sobre el professional al que vol anar i ho farà finalment guiat per la Qualitat de les cures que cada professional ofereix. Per tant, la preocupació per la Qualitat ha de convertir-se en una constant de tots els professionals de la salut i especialment dels infermers si volen contribuir de manera significativa a la millora de la salut de la població

L'objectiu principal d'una empresa ha de ser la Qualitat dels seus productes i serveis. Per poder tenir èxit, l'empresa ha d'oferir les següents característiques:

- La satisfacció d'una necessitat, una utilitat o un propòsit ben definit.
- La satisfacció de les expectatives dels clients.
- El compliment de les normes i especificacions aplicables segons les normes establertes
- La fabricació a costos competitius.
- Suportar un cost que suposi un benefici.

2.4. SATISFACCIÓ DE LA GENT GRAN.

Per poder utilitzar les percepcions i actituds dels clients en l'avaluació de la Qualitat tan dels productes com dels serveis, aquestes percepcions i actituds han de ser mesurables d'una forma fiable. Si els instruments no estan correctament elaborats i representen de forma

inadequada l'opinió dels clients, les decisions basades en aquesta informació poden ser perjudicials per a l'èxit de l'organització.

Per contra, l'organització que tingui una adequada informació de les percepcions dels clients sobre la Qualitat del servei i del producte, podrien tenir unes millors decisions respecte a la manera de servir millor als seus clients. Una manera de mesurar aquestes actituds és a través de qüestionaris (de forma acurada i fiable). Les empreses han de dissenyar qüestionaris sobre la satisfacció del client que avaluin, fidelment les percepcions del client sobre la Qualitat del servei o producte que ofereixen.

Hem de dir que la utilització dels qüestionaris de satisfacció del client, sembla extremadament apropiades per aquelles organitzacions del sector de serveis o d'altres camps que no siguin fabricants de productes. El sector serveis ofereix molt poc pel que fa a mesures objectives de Qualitat.

La Qualitat implica un nivell d'excel·lència en tots els camps de l'empresa.

En parlar de Qualitat des d'un punt de vista globalitzador, hem de recollir els següents significats: Qualitat de les prestacions de l'empresa (costos, Qualitat, servei...) Qualitat del treball dels empleats, Qualitat de l'organització, Qualitat de la imatge de l'empresa en el mercat i en el món exterior, Qualitat del lloc de treball i Qualitat de les relacions interpersonals. El terme Qualitat no recull aspectes quantitius sinó de caràcter qualitatiu i social, fonamentals pel desenvolupament de la gestió de l'empresa que té tendència a l'excel·lència.

La millora de la Qualitat no és únicament la satisfacció del client. La gerència de la Qualitat total significa la construcció d'un sistema de direcció totalment centrat en aconseguir l'excel·lència empresarial i donar suport a la formació de tots els treballadors en base a una cultura que considera la satisfacció de les necessitats dels clients com un dels seus principals elements.

La implantació dintre d'una organització d'una cultura de Qualitat, no té, perquè ser totalment contrària a l'existent anteriorment a l'adopció de la gestió de la Qualitat total, ja que de la contradicció es poden derivar avantatges que anul·lin els possibles beneficis derivats de la Qualitat i excel·lència empresarial.

La satisfacció dels pacients és l'aspecte central de l'activitat assistencial i l'objectiu al qual hauran d'aspirar totes les organitzacions sanitàries. Quan el que s'ha de satisfer és una "necessitat" de salut, aquesta satisfacció és a la vegada un dret i una qüestió d'ètica. Malgrat aquesta importància, fins a principis dels anys vuitanta no es va començar a establir instruments de mesura de la percepció dels pacients sobre l'assistència que rebien, són els següents: enquestes als pacients, queixes i reclamacions que es reben als serveis d'atenció a l'usuari, que de forma inicial han anat sorgint als hospitals.

Si bé en els sistemes sanitaris on el pacient té una major capacitat d'escollir i on les funcions de provisió i finançament estan separades, la satisfacció del pacient té un paper clau, però en els sistemes sanitaris de producció majoritàriament pública com és l'espanyol fins molt poc la satisfacció del pacient ha tingut un paper secundari.

En el nou marc estructural emergent en el nostre sistema sanitari la satisfacció tindrà cada vegada més un creixent protagonisme, ja que com ha estat demostrat per investigacions empíriques (Ware, 1987), la satisfacció del pacient determina significativament el comportament d'altres pacients a l'hora d'escollir facultatius, fer servir els serveis, fer reclamacions i fins i tot interposar demandes per mala praxis.

Donabedian (1988) va ésser un dels primers autors en reconèixer que la satisfacció del pacient (Qualitat percebuda) és un dels resultats esperats de l'assistència Sanitària, que encara que no constitueix l'única dimensió a considerar per determinar el nivell de Qualitat d'una prestació, si que constitueix un element indispensable per dissenyar i gestionar els sistemes sanitaris. (David C., 1994).

Aprofundint en el concepte de la satisfacció de les necessitats dels pacients és important diferenciar entre dos aspectes claus: les necessitats de salut i el procés de comunicació interpersonal que es produeix entre el personal sanitari i el usuari, allò que Donabedian denomina el “art de la medicina”, que no es diferencia molt, emprant altra terminologia, en produir un servei amb excel·lència. Les necessitats de salut a cobrir depenen dels criteris amb què es mesuren, alguns autors parlen de necessitat normativa, sentida, expressada i comparativa (Bradshaw, 1972). Culyer la defineix com: (1978) “Potencial per millorar l’estat de salut per sobre del nivell que tindria en altre cas i/o potencial per evitar reduccions en l’estat de salut”. Des de la perspectiva de la demanda considerariem la necessitat allò que Ballesteró (1992) denomina demanda eficaç, és a dir, aquella que realment es produeix per una necessitat de millora objectiva de la salut.(David C.,1994).

L'altre aspecte a considerar en la valoració que els pacients fan de la Qualitat, és el procés de comunicació interpersonal. En aquest punt, els sistemes de valors, els rols, les conductes i la relació i l'espai, seran determinants fonamentals que produeixin una relació de confiança, empatia i seguretat entre el pacient i l'organització Sanitària o no. La cultura que l'organització té sobre tots aquests factors té una influència determinant.

Una de les barreres majors que s'oposen a la implantació de programes de Qualitat basats en satisfer les necessitats dels pacients és la pròpia configuració de les organitzacions sanitàries actuals, amb grans burocràcies professionals de caràcter administratiu.

Aspectes que valoren els clients respecte a la Qualitat de l'assistència:

1. El resultat de les atencions rebudes pels usuaris.

Si partim de l'establiment d'un programa d'atencions i d'un tractament congruent amb el problema de salut, la resolució o la

paliació del motiu d'ingrés i que s' incorpori el concepte d'absència de complicacions.

No tots els pacients necessiten el mateix tipus d'atenció, ni el mateix temps d'atenció d'infermeria per la seva assistència, per això és tan important la jerarquitització dels mateixos i l'actuació conjunta de l'equip assistencial. L'agrupació de pacients en funció de necessitats similars o nivells de gravetat, contribueix a homogeneïtzar les activitats, cobrir les necessitats amb els plans de cures estandarditzat i minimitzar el risc lligat a la prestació de l'assistència (riscos als quals estan sotmesos pel fet d'estar hospitalitzats: iatrogènia, caigudes...).

L'absència de complicacions i la resolució efectiva dels problemes de salut que ha originat l'ingrés en la institució és el paràmetre globalment més valorat pels clients.

2. Accessibilitat a l'atenció.

3. Relació intepersonal amb els professionals que l'atenen.

2.5. ESTÀNDARDS DE QUALITAT.

El primer pas en el procés per la millora de la Qualitat és establir el paràmetre mitjançant el qual s'avaluarà. Això es denomina establiment d'estàndards. Posteriorment s'identificaran els mètodes que s'utilitzaran per satisfer-los. Amb aquesta informació es desenvolupa una eina per mesurar la pràctica existent. A continuació es compararan amb els estàndards establerts, utilitzant l'eina de mesura. La informació obtinguda amb aquests passos previs ha d'analitzar-se i interpretar-se, qualsevol desviació que s'identifiqui es corregeix amb les accions d'intervenció.

Per establir un procés de millora continua és precís definir inicialment l'estàndard i els indicadors que permetin avaluar i explicar coherentment les relacions entre el cost de l'activitat, i la qualitat dels processos.

El procés de millora de la Qualitat passa per set etapes (David C., 1994):

1. Identificació dels problemes.
2. Observació i recollida de dades.
3. Anàlisi dels problemes.
4. Accions correctores.
5. Comprovació dels resultats.
6. Adaptació de les mesures correctores.
7. Avaluació de la millora aconseguida i els plans futurs.

Tots els mitjans utilitzats per l'empresa, per a implantar un sistema de Qualitat, tenen com a objectiu aconseguir l'excel·lència empresarial i han d'establir-se per escrit i d'una manera ordenada i sistemàtica, adoptant una metodologia de polítiques i procediments adequada. En el sistema de gestió de la Qualitat, cada element utilitzat en el desenvolupament del mateix, variarà depenent de l'activitat o del producte. Per aconseguir beneficis és necessari integrar dos aspectes en la gestió de la Qualitat total. Aquests dos aspectes són els següents:

- **Necessitats i interessos de l'empresa.**

És important aconseguir i mantenir la Qualitat desitjada a un cost òptim. La consecució d'aquest aspecte de la Qualitat està relacionat amb la utilització planificada i eficient dels recursos humans, tecnològics i materials disponibles en l'empresa.

- **Necessitats i expectatives del client.**

És necessari confiar en la capacitat de l'empresa per donar la Qualitat desitjada al client, i per mantenir viva aquesta variable al llarg de tota la seva activitat.

En considerar la Qualitat total com una consecució de l'excel·lència empresarial que engloba totes les activitats de l'empresa, des del procés de producció fins a la venda del producte. Els beneficis que s'obtenen amb aquesta nova tècnica de gestió són superiors als que s'obtindrien en la millora puntual d'una activitat concreta.

La Qualitat total és la satisfacció complerta, no només de les anomenades necessitats dels clients sinó també de les necessitats de la pròpia empresa i de la societat on es realitza la seva activitat.

2.5.1. ESTÀNDARDS DE LA QUALITAT D'INFERMERIA.

Si les infermeres accepten l'obligació i la responsabilitat per ajustar-se als estàndards d'infermeria, encara que impliqui treball, temps i esforç, a les hores controlaran l'exercici de la infermeria.

Els estàndards són mesures qualitatives que serveixen per monitoritzar i avaluar la qualitat d'alguns aspectes particularment importants de l'atenció. (Pallares L., 1996).

Els estàndards defineixen la pràctica professional, reflecteixen els valors de la professió i descriuen un nivell acceptable d'atenció al pacient.

Segons Dean Baar (1994): "Els estàndards de desenvolupament professional descriuen un nivell acceptable de la conducta de la infermera professional".

Patterson al 1988 va definir la Qualitat "Com l'índex numèric derivat del grau d'adherència entre l'estàndard d'infermeria per l'atenció i l'evolució del pacient". La investigadora va observar que els estàndards de l'atenció s'enfoquen en el pacient, s'orienten cap els resultats i es relacionen amb les expectatives del pacient. Un estàndard de pràctica s'enfoca amb la infermera com a proveïdora, s'orienta al procés i es relaciona amb el que s'espera que el proveïdor aconsegueixi en l'estàndard de l'atenció.

La reavaluació de la naturalesa i els propòsits d'establir patrons d'infermeria van portar a definir els estàndards de l'ANNA (1991) i establir que l'exercici d'infermeria clínica consten de dues parts: l'estàndard de cures i l'estàndard de desenvolupament professional. Aquest document es va elaborar en 1991 i desenvolupa els estàndards dintre d'un marc combinat de models per l'exercici de la professió i de normes pràctiques pel seu desenvolupament. El marc pot oferir una direcció concreta per l'exercici de la infermeria, un mitjà per avaluar la pràctica i perquè la infermera assumeixi la seva responsabilitat en la societat. (Dean-Baar,1994; Gardner,1992).

Els estàndards d'atenció inclouen la valoració, el diagnòstic, la identificació de resultats, la planificació, l'aplicació i per últim l'avaluació.

Els estàndards de desenvolupament professional són:

- Qualitat de l'atenció.
- Apreciació del desenvolupament.
- Formació continuada.
- Interacció amb els altres professionals.
- Ètica.
- Col·laboració.
- Investigació.
- Utilització de recursos.

La mesura de la Qualitat es fonamenta en aquests principis, segons van dir Hodges, Icenhour i Tate, en 1994:

1. La Qualitat pot mesurar-se.
2. La Qualitat mesura un estàndard o el grau d'excel·lència.

3. L'excel·lència es determina validant l'estàndard d'atenció o mesurant accions professionals en les cures dels pacients.
4. Els estàndards defineixen essencialment la Qualitat.

Les mesures de la Qualitat es refereixen a l'estructura, als processos i als resultats:

- Estàndard d'estructura.

Es basa en les característiques internes de l'organització i del seu personal. Regulen l'ambient per assegurar la Qualitat i responen a la pregunta: ¿es té en compte l'estructura que permet l'existència de la Qualitat?.

- Estàndard del procés.

Les mesures del procés s'enfoquen en les conductes de la infermera. Es relacionen amb el que la infermera està fent i el procés que deurà seguir per assegurar una Qualitat en les cures.

- Estàndard de resultat.

Presenten la possibilitat de mesurar l'efectivitat, la Qualitat i els temps destinat a l'atenció.

- Mètodes d'avaluació de la Qualitat.

La precisió i integritat en la documentació és un punt rellevant. Les infermeres necessiten documentar el que estan fent, assegurar que l'atenció s'ha donat en un temps adequat i de manera integral i demostren evidència d'un objectiu complert de les tasques, si no es documenta, no es considera fet. Aquest és l'estàndard legal de responsabilitat.

El personal d'infermeria està molt relacionat amb la millora de la Qualitat. Freqüentment es consideren el monitor de Qualitat, per la seva presència constant amb el pacient i la seva funció de

vigilància. Les infermeres controlen moltes decisions d'aplicació, per exemple la selecció sobre com facilitar les cures al pacient i el flux d'informació i la coordinació de les cures.

Les infermeres necessiten poder relacionar les seves accions, per identificar un problema, elaborar un pla i escollir una intervenció en base a la investigació, que tingui una alta probabilitat de resolució i/o millorar la situació, obtenint un canvi important en l'estat de salut del pacient. Els resultats d'interès són la satisfacció del pacient, la Qualitat de la prestació del servei, la millora funcional en la Qualitat de vida, i una milloria de la morbmortalitat. La infermeria necessita mostrar una relació entre el que fa i el que succeeix amb el pacient, i demostrarà també quins elements dels resultats tenen a veure amb la contribució significativa de les infermeres. El punt neuràlgic de la investigació en els serveis de salut són les qualificacions dels resultats, de les mesures i les avaluacions.

Un aspecte relacionat amb la millora de la Qualitat és l'aspecte professional de l'educació continua obligatòria, significa que per llei les infermeres tenen què continuar la seva educació. L'educació continuada es considera el vehicle principal pel desenvolupament professional i també es considera importat per la Qualitat, perquè manté en la practica l'adquisició de nous coneixements i assegura la millora de la Qualitat.

La implantació de millores , comporta la necessitat d'avaluar-les, aquest procés no resulta evident degut als atributs d'intangibilitat, temporalitat, i homogeneïtat que són patrimoni dels serveis.

Els serveis sanitaris es consideren de Qualitat quan no presenten deficiències i a més satisfan les necessitats dels usuaris.

Es necessari assumir la necessitat d'un patró de comparació de la nostra practica quotidiana amb el millor nivell de Qualitat possible que es pot oferir.

Aquest patró el podríem anomenar Model d'atenció d'infermeria pels hospitals que s'estan valorant, entès com el conjunt de normes i estàndards de bona practica que representen de manera explícita la forma adequada d'actuar d'aquest col·lectiu. Aquestes normatives es deuen elaborar ajustades a les necessitats de salut de la població de referència, el nivell d'organització de responsabilitat de l'hospital i la filosofia imperant en l'equip directiu del mateix.

Els comandaments intermedis de l'organització juguen un paper clau en la difusió de la filosofia i model d'atenció a seguir.

Les guies de la practica assistencial, permeten definir quina és la política de la institució respecte a l'absència de deficiències, aquelles que es podrien prevenir i les actituds que s'esperen dels seus professionals en el desenvolupament de les activitats quotidianes.

El desenvolupament dels protocols en el camp de l'actuació d'infermeria ha estat desigual segons els diferents centres assistencials i la seva elaboració intrahospitalària. Partint del fet que són instruments útils per la practica assistencial directa podríem dir que:

- Serveixen d'ajuda en els processos de presa de decisions respecte a les cures del pacient .
- Disminueixen la realització de cures innecessàries i/o reiteratives
- Minimitzen la variabilitat de la pràctica d'infermeria.
- Permeten conèixer l'adequació de la pràctica professional, delimitant el grau d'acceptabilitat d'un procés assistencial.
- Redueixen els problemes de responsabilitat legal, quan són el reflex de la norma de la institució al respecte.

- Formen part del procés d'educació continuada intraunitat i intrahospitalària.
- Serveixen de base per conèixer l'adequació de les activitats realitzades pels professionals a fi de verificar la Qualitat de l'actuació d'infermeria.

Els elements fins ara anomenats, permeten elaborar criteris per poder valorar si l'assistència donada està exempta d'error per després conèixer si s'han cobert les necessitats i les expectatives dels nostres clients en relació a les cures que donem, ja que la satisfacció de l'usuari és el segon component de la nostra definició de Qualitat.

Existeixen connotacions diferents de les atencions d'infermeria respecte a altres tipus d'empreses de serveis:

1. Intangibilitat del producte/servei que donen; les cures d'infermeria són elements que recolzen tot el procés d'atenció, des del mateix moment de la captació de l'usuari. És complex poder arribar a deduir la repercussió concreta que han tingut els mateixos sobre l'estat de salut del pacient.
2. Caràcter interactiu entre les persones que els donen i els qui ho reben. Necessiten importants habilitats de comunicació psicosocial que puguin oferir al pacient un marc de confiança i seguretat, i al professional la suficient llibertat per realitzar les intervencions.
3. Simultaneïtat entre la producció del servei sanitari i l'ús que d'ell mateix fan els ciutadans coincidint en l'espai i en el temps.

Es indispensable que el professional disposi d'una solida formació en metodologia de les cures i en habilitats de comunicació.

La participació de l'usuari col·laborant amb els professionals per planificar implicant-se en les seves cures i prenent decisions respecte a les alternatives terapèutiques, enriqueix l'activitat quotidiana, però dificultat en alguna mesura l'estandardització de cada una de les prestacions.

El Pla d'humanització de l'Insalud, fa èmfasi en 4 apartats fonamentals:

1. Confortabilitat de l'assistència.
2. Informació a l'usuari.
3. Educació Sanitària.
4. Promoure l'activitat d'avaluació de la Qualitat.

L'actitud ètica que ha de regir l'activitat professional, per oferir a l'usuari la possibilitat de rebre la informació que necessiti amb un llenguatge comprensible perquè puguí participar en la seva recuperació.

Cap professió pot aconseguir l'autèntic desenvolupament si no disposa de bases documentals de la seva activitat que li permeti continuar profunditzant en el camp del coneixement científic.

Els motius que tenim per constatar per escrit la nostra activitat i per tant l'interès que representa per nosaltres com eina bàsica en l'activitat diària del col·lectiu d'infermeria. Les raons fonamentals que argumenten son:

- Proporcionar les atencions de forma individualitzada a cada pacient, o un criteri conjunt d'actuació entre els membres de l'equip d'infermeria que l'assisteixen. Amb un punt de vista d'atencions integrals i personalitzats.
- Establir informació bàsica per tot l'equip assistencial.

- Conèixer les atencions donades a cada un d'ells i la resposta dels usuaris als mateixos.
- Obtenir dades amb relació a la Qualitat del propi procés d'atenció.
- Cobrir les exigències legals dels usuaris.

2.6. LEGISLACIÓ EXISTENT SOBRE ELS SISTEMES DE QUALITAT.

Sobre el tema de la Qualitat i concretament l'oficina Regional Europea, en la definició dels 38 objectius de la "Estrategia de Salud para Todos" fa referència en l'objectiu 31 encarrega a tots els estats membres, la creació dels mecanismes necessaris per assegurar la Qualitat de l'atenció que s'han de donar en tots els sistemes de salut.

Durant la 38ª Assemblée del Comitè Regional de la OMS per Europa, celebrada a Copenhague el 1988, es van realitzar una sèrie de recomanacions als estats membres, amb l'objectiu de potenciar el desenvolupament de millora de la Qualitat dels serveis sanitaris.

La pròpia "Ley General de Sanidad", estableix una diferència entre la necessitat i l'obligació de les prestacions de les atencions amb la màxima Qualitat possible. Els diferents decrets que regulen tant l'Atenció Especialitzada com l'Atenció Primària de salut crea estructures i estableix funcions per millorar la Qualitat dels serveis.(David C., 1994).

La legislació vigent en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 d'abril conté referències expresses a les activitats d'avaluació i el model de prestacions sanitàries.(Pallares L., 1996).

L'Institut Nacional de la Salut, a través de la Subdirecció General de Relacions internes, està desenvolupant una intensa feina al respecte, unificant protocols de prevenció de cures de les nafres per pressió, instauració i cures dels catèters vesicals.

La "Ley General" de 14/1986 del 25 d'abril diu: "Tots els hospitals hauran de facilitar la creació de les unitats de control de Qualitat externa i el compliment dels seves funcions. Tant mateix, establiran els mecanismes adequats per oferir un alt nivell de Qualitat assistencial".(Pallares L., 1996).

Les Comunitats Autònomes de Catalunya el 1982 i la de Madrid el 1995, van decidir que: "L'avaluació de la Qualitat de l'assistència donada, ha de ser un procés continuat que inclogui totes les activitats del personal de salut i dels serveis sanitaris del Sistema Nacional de Salut".

L'Administració Sanitària establirà sistemes d'evolució de la Qualitat assistencial.

Des de 1992 el Ministeri de las Administracions Públiques està impulsant l'anomenat "Proyecto Observatorio de la calidad de los Servicios Públicos" l'objectiu és poder mesurar la Qualitat de les prestacions de diferents serveis de l'administració pública. En el seu inici, ha seleccionat 9 serveis públics, entre ells molt especialment es troba el servei sanitari.

2.7. ESTÀNDARD DE QUALITAT DE DISSENY DE L'ESTRUCTURA FÍSICA HOSPITALÀRIA

2.7.1. EL DISSENY I LA SEVA RELACIÓ AMB LES ATENCIONS D'INFERMERIA.

Hi ha una estreta relació entre el disseny de la unitat d'hospitalització i les atencions d'infermeria que s'imparteixen. Aquesta relació es produeix principalment sota dos aspectes:

- En el procés d'atenció d'infermeria.
- En la categoria i tipus d'atencions.

En el primer cas i per què la unitat d'hospitalització és el lloc on les infermeres imparteixen atencions amb l'aplicació del Procés

d'atenció d'Infermeria, en la mesura que està millor o pitjor adequat el disseny d'aquest espai físic, facilitarà més o menys el desenvolupament del procés d'atenció.

Cada una de les etapes d'aquest procés d'atenció té la seva traducció en termes de disseny(Gili P., 1991).

Anne Noble de la Medical Architectural Reserch Unit reconeix que: "Un bon disseny per si sol no assegura una bona pràctica, però la possibilita i facilita, mentre que un mal disseny la complica i desanima"(Gili P., 1991).

Progressivament s'està passant d'un sistema d'atenció per assignació de tasques a un sistema integral en el qual cada infermera té assignat un nombre determinat de malalts, segons el grau de dependència, també s'ha reconegut que el procés d'atenció d'infermeria i la impartició d'atencions és més individualitzada i participativa. Aquesta evolució ha precedit a qualsevol tipus de canvi en l'estructura física de la unitat d'hospitalització i ha estat el motor que ha generat després noves experiències de disseny.

La distància existent entre les habitacions i el control d'infermeria i els llocs de suport és uns dels altres dels factors que condiciona el disseny de la Unitat. La seva longitud repercuteix ostensiblement sobre el treball d'infermeria i el seu rendiment, segons es produeixen llargs o curts trajectes i circulacions més o menys adequades.

La distància del control d'infermeria-habitació depèn: del nombre de llits de la unitat, del número d'habitacions individuals, de la forma de disseny, de si les habitacions estan a una sola banda del passadís o a les dues i de la ubicació del propi control si està centrat o no.

T. Wheelwe,(Gili M^a., 1991) aconsella que la longitud màxima entre el control d'infermeria i les habitacions sigui de 30.5 metres i assenyalala com a distància és de 26 metres.

El despatx d'infermeria, és una de les àrees de treball d'infermeria destinada a la planificació i registre dels processos d'atenció al malalt, és també una àrea de reunió i discussió de l'equip i un lloc on es consulten arxius, protocols i s'efectuen els processos de docència i investigació.

2.7.2. LA LEGISLACIÓ EXISTENT SOBRE ELS ESTÀNDARDS I LES NORMES D'ACREDITACIÓ DELS HOSPITALS.

Tant l'OMS com els organismes públics i els privats dels diferents països, descriuen les normes i estàndards mínims o desitjables, de les característiques de les àrees d'hospitalització amb la finalitat d'afavorir la Qualitat de l'assistència. Naturalment aquest estàndard i normes afectaran d'alguna manera la configuració física del disseny de la Unitat.

A Espanya, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica les "Guías de programación de diseño de centros asistenciales".

A Catalunya, des de 1981, amb l'ordre del 21 de novembre es regula l'acreditació de centres i serveis sanitaris assistencials. Aquesta ordre modificada en 1983, i en fase de revisió, presenta l'acreditació com un requisit necessari pels centres sanitaris i pels que desitgin un concert amb el "Institut Català de la Salut". L'acreditació, segons disposa la pròpia ordre, té com objectiu: "Garantir la qualitat d'un centre o servei sanitari assistencial a partir del criteri d'assegurar uns mínims bàsics de qualitat, per mitja de l'anàlisi de la seva estructura física, orgànica i funcional, basant-se en la comparació d'unes normes establertes". Els criteris d'acreditació assenyalen uns mínims bàsics i mai s'han de confondre amb el que representaria una qualitat estructural idònia.

2.8. MODEL D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA A CATALUNYA.

En els darrers anys, la població catalana, ha entrat en un procés d'envelliment similar al que s'observa de manera generalitzada en les

societats desenvolupades. Tot i que l'envelliment no és una malaltia, és ben cert que en les persones grans augmenta la incidència i prevalença de moltes malalties. La seva autonomia i el seu benestar físic i psíquic, limitats progressivament, requereixen mesures de suport que no sempre és possible atendre en una comunitat en la qual han esdevingut importants canvis socials (estructura de la família, incorporació de la dona al treball...) i culturals. Aquest fenomen ha condicionat el desenvolupament de recursos específics per l'atenció sociosanitària de la Gent Gran que presenten amb malalties i un grau de dependència funcional, així com dels malalts crònics i de malalts terminals.

En aquest context, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el Programa Vida als anys, que integrava els serveis socials i els sanitaris (Ordre del 29 de maig de 1986)(Pla de Salut. Quadern nº5).

Al principi, el Programa vida als anys s'encarregava de la reordenació de la xarxa destinada a atendre malalts crònics, incorporant els conceptes d'atenció integral, prevenció interdisciplinària i definint criteris de planificació i coordinació assistencial, com també de regulació normativa del sector.

Amb la creació del Departament de Benestar Social l'any 1988, l'àmbit d'actuació va passar a ser interdepartamental. En aquesta etapa, el treball es va centrar en definir, donar contingut i desenvolupar el model d'atenció, organització i finançament del sector, tal com és conegut actualment. Aquest model no es limita exclusivament a les persones grans, sinó que introdueix l'atenció sociosanitària de qualsevol malalt crònic, amb pluripatologia o malaltia invalidant, o terminal per càncer, Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) o altres processos. S'han introduït progressos molt importants en el tractament i el suport de persones amb malalties cròniques i incurables, que han incrementat la seva supervivència i Qualitat de vida i ha augmentat alhora la seva demanda de suport. Aquest col·lectiu, d'incidència creixent, requereix també en les fases avançades de la malaltia, com és el cas de les

persones grans malaltes, un model d'atenció que promogui la Qualitat de vida dels malalts amb una concepció integral de la terapèutica i del suport que tingui en compte les seves exigències físiques, emocionals, socials i espirituals, que sigui activa, rehabilitadora i eficaç per respondre a les seves necessitats.

Donar resposta a aquesta problemàtica vol dir avançar en la incorporació dels criteris d'equitat i dels requeriments quantitatius pel que fa a la distribució de recursos en el territori, es tracta d'un component quantitatiu d'implantació d'un model assistencial adreçat a respondre a les noves necessitats.

La Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya preveu, en l'article 8, que el Servei Català de la Salut (SCS), d'acord amb les funcions que són pròpies, dugui a terme l'activitat d'atenció sociosanitària. Per tant, amb el desplegament del SCS i l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, a partir de l'any 1992, s'inicia una etapa de consolidació del Programa i es comencen a utilitzar les experiències concretes, a avaluar-ne els resultats i a cercar formules encaminades a la millora de l'assistència (Pla de Salut. Quadern nº5).

El programa "Vida als anys" reflecteix que entre un 20% i un 30%, dels usuaris dels Hospitals d'aguts, són persones majors de 65 anys que fan una estada mitja més llarga en un llit hospitalari. La proporció més elevada d'aquesta casuística es dona en els serveis de Medicina Interna, Cirurgia Vascular i Ortopèdia, Traumatologia, Oncologia i Urologia.

CAPITOL 3. ELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA I LA GENT GRAN.

3.1. HISTÒRIA DE LA INFERMERIA.

La primera referència que tenim d'una infermera en el camp de la Geriatria es de fa 50 anys, Marjorie Warren treballava com a supervisora de les Unitats de crònics de Midlexex Hospital, amb les seves investigacions va poder demostrar que algunes persones grans

considerades com incurables i en situació d'abandonament, mitjançant un diagnòstic i un tractament adequat, començaven a valer-se per elles mateixes la qual cosa va fer que arribés a la conclusió de què si a aquells pacients se'ls hagués instaurat abans el tractament probablement s'haguessin recuperat molt més aviat. Cal comprovar també que algunes d'aquelles persones grans es recuperaven després de rebre atencions i rehabilitació adequades, fins al punt de poder integrar-se novament a la seva família i en la comunitat.

3.2. CARACTERISTIQUES ESPECIFIQUES DE LA GENT GRAN I ELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA.

Segons l'Amèrica Nurses Association en 1987 (Staab S.A., 1997) va dir que: "La infermera gerontològica. s'ocupa de la valoració de les necessitats de les persones grans, de la planificació i implementació de les cures d'infermeria per satisfer aquestes necessitats i de l'avaluació de l'eficàcia d'aquestes atencions en el manteniment d'un nivell de benestar d'acord amb les limitacions imposades pel procés d'envelliment".

La infermeria gerontològica està entre les àrees més especialitzades de la practica d'infermeria.

Molts dels problemes de la Gent Gran estan associats amb el funcionament de les activitats de la vida diària i per tant són més sensibles als models d'atencions d'infermeria que al tractament mèdic.

La persona gran té moltes necessitats i problemes que requereixen comprensió i atencions per part de la infermera per promoure la salut, el benestar, la recuperació de la malaltia o la incapacitat i l'èxit en l'avaluació cap a la senectut.

Les persones envelleixen d'una manera diferent i a una velocitat diferent. Ja que els canvis en el procés d'envelliment es produeixen a una velocitat desigual en les diferents parts del cos, aquest canvi tindria que considerar-se com a punt de referència per les cures d'infermeria i els problemes que es presenten al llarg del procés d'envelliment.

No tots els canvis funcionals es deuen a l'envelliment, alguns sons deguts a la malaltia.

La infermera ha de preocupar-se per mantenir a la persona gran en el seu nivell funcional òptim. L'objectiu és el benestar, a pesar del grau de deteriorament físic, cognició o emocional que pugui presentar.

3.2.1. CARACTERÍSTIQUES DE LES MALALTIES EN GERIATRIA.

En geriatria, l'expressió de les malalties i els tipus d'atencions que requereixen d'infermeria, és substancialment diferent en les edats anteriors. Inclòs, una mateixa malaltia té diferents expressions clíniques en cada persona gran.

Per això, és molt important conèixer i saber diferenciar les alteracions que produeix l'envelliment normal o fisiològic (determinat per factors endògens o genètics) de l'envelliment patològic (determinat per factors exògens de tipus ambiental, tòxic, alimentari, per malalties anteriors, etc).

El procés de la malaltia de les persones grans ofereix una sèrie de característiques peculiars, que podrien resumir-se de la següent manera:

Afectació simultània, multiorgànica, amb manifestacions clíniques mínimes o silencioses.

Freqüent causa multifactorial i interactiva del deteriorament.

Instauració i progrés ràpid de la malaltia, pel que el deteriorament físic apareix més ràpidament.

Major severitat en quant a la intensitat del dany tissular i les complicacions associades al llarg de l'evolució.

Irreversibilitat de la pèrdua de la funció orgànica, amb afectació de la mobilitat en la majoria dels casos, el que es tradueix amb una pèrdua funcional crònica i de dependència.

- Els ritmes de curació són més lents.
- Circumstàncies que exigeixen una resposta d'adaptació d'un òrgan, poden posar de manifest un dèficit latent (desencadenats) o impedir la restauració de la funció de l'òrgan (agreujants).
- La malaltia produeix: apatia, depressió i confusió mental, el que implica un estat poc apropiat per que el pacient prengui algú tipus d'iniciativa per la salut.
- Acceptació de la incapacitat per part del pacient i família, com part invariable de l'envelliment.
- Apareixen moltes complicacions de tipus iatrogènic.
- Negació de símptomes pel pacient, ja que l'inici dels processos solen ser ben tolerats.
- Existència de problemes ètics.
- Tendència a la institucionalització.

A més de l'anterior, també és important ressenyar que la majoria de les persones grans presenten algun tipus de problema social o familiar, que s'aguditza extraordinàriament al adquirir una malaltia. De fet, en moltes ocasions, aquesta problemàtica supera en importància a la pròpia malaltia, i per això és necessari donar-li una atenció especial.

El pronòstic de les malalties en la Gent Gran té una estreta relació amb el seu estat general previ, estan influïts aquest per les patologies que en aquest moment li afecten, les reserves funcionals de què disposa i el grau de dependència que presenta, és a dir, guarda relació amb la seva Qualitat de vida actual.

3.2.2.MORBILITAT EN LA GENT GRAN.

Els problemes de salut característics de la tercera edat, encara que atípics i diferents, es podrien resumir en dos grans apartats:

1. Aquells que produeixen una limitació més o menys important de les seves capacitats.

En aquest grup es poden incloure: alteracions sensorials i motrius, símptomes neurovegetatius, derivats de la fragilitat que presenten en la regió homeostàtica i per últims símptomes de component mental.

2. Les malalties més incapacitants són les que produeixen per patologies osteoarticulars, vasculocerebrals agudes i cròniques.

Segons diverses enquestes les situacions cròniques més freqüents de la Gent Gran solen ser: artrosis, pèrdua d'audició, pèrdua de visió, hipertensió arterial, i patologies cardíques.

La patologia psiquiàtrica és bastant freqüent en l'ancià: neurosis, depressió, reaccions paranoies. Entre el 4-7% de les persones amb més de 65 anys presenten demència greu i entre un 20-25 % dels majors de 80 anys.

3.2.3.COMPLICACIONS DE LES MALALTIES EN GERIATRIA.

Les complicacions més freqüents que presenten les persones grans secundàriament a les malalties que pateixen son:

- Nafres per decúbit.
- Incontinència d'esfínters.
- Pèrdua d'autonomia personal i accidents.
- Trastorns de la nutrició i deshidratació.

- Contractures articulares.
- Tromboembolisme.
- Dependència psíquica.
- Trastorns iatrogènics.

3.2.4.MORTALITAT EN LES PERSONES GRANS.

En els països desenvolupats, les 3/4 parts aproximadament de les morts en les persones grans són degudes a malalties cardiovasculars i càncer.

Corroborant això veiem que en un recent estudi elaborat per la O. M. S. en 29 països de la (OCDE) en persones de 65-74 anys, es va comprovar que les principals causes de defunció eren:

Malalties cardiovasculars	55,3%
Neoplàsies malignes	25,4%
Malalties respiratòries	7,7%
Causas externes	3,2%

A Espanya, les causes de mortalitat de la Gent Gran (70 anys en endavant) son:

Malalties Cardiovasculars	54,83%
Tumors.....	15,32%
Sistema respiratori	11,90%
Síntomes i estats mal definits.....	4,90%
Malalties aparell digestiu.....	4,34%
Malalties glàndules endocrines i metabòliques.....	3,01%

Malalties de l'aparell urinari.....2,11%

Accidents i enverinaments1,96%

Hem d'especificar que en els últims anys s'ha produït un descens en la mortalitat per aquestes causes, degut a la millores introduïdes en l'alimentació, en la practica d'exèrcici de forma regular i pel control del pes.

3.2.5.PRINCIPALS MANIFESTACIONS DE DEPENDÈNCIA EN GERIATRIA.

Les característiques de la majoria dels processos patològics que apareixen en la Gent Gran influeixen de manera immediata en les possibilitats d'autonomia individual i assumeixen a la Gent Gran en situacions de dependència per general involutives.

La necessitat de mantenir en el possible, la capacitat d'autocura en la persona gran es torna prioritària ja que quan el pacient pateix un problema que afecta al seu equilibri funcional i que el posa en una situació de malaltia, sigui quin sigui la seva naturalesa i com a conseqüència l'impedeix continuar servint-se com ho feia abans de l'inici del procés.

Les modificacions en l'estil de vida de la Gent Gran com a conseqüència de qualsevol problema de salut i de carrega social i econòmic, són situacions de dependència, que exigeixen una major dedicació per part d'infermeria, que haurà de reflexionar sobre la naturalesa de les atencions i replantejar-se objectius.

La inexistència d'unitats especials per la Gent Gran en els hospitals generals, la falta de preparació específica en aquest camp i l'escàs desenvolupament de la investigació en infermeria geriàtrica fan que es passi per alt una sèrie d'elements que condicionaran la planificació de les atencions.

Tota una sèrie de manifestacions poden aparèixer en la Gent Gran com a conseqüència o lligades als processos de malalties o bé com a processos inicials que pugin donar lloc gradualment a l'aparició de situacions de malaltia. Així mateix una pot ser desencadenant d'altre disminuint les possibilitats de mantenir o recuperar l'autonomia de la Gent Gran. Tot això té una gran repercussió en les atencions que dona la infermera, fa que aquesta requereixi formació específica per mantenir una atenció integral al pacient geriàtric degut a l'alt grau de dependència que pot arribar a aparèixer.

Les situacions o manifestacions de dependències més incidents o que es repeteixen amb més freqüència solen ser:

- Immobilitat o hipoactivitat és aquella situació en la qual apareix una voluntària restricció dels moviments i per conseqüència de la capacitat d'actuació de l'individu gran
- Incontinència, es defineix com la situació en la que es produeix la pèrdua involuntària i objectivament demostrable d'orina a través de la uretra, produint problemes socials i higiènics per l'individu.
- Confusió. S'entén el síndrome mental generalitzat, quasi sempre de començament agut o subagut, caracteritzar per la dissolució més o menys completa de la consciència amb obstrucció intel·lectual i lentitud en les percepcions i els processos d'orientació i identificació.
- Insomni, entès com l'especial dificultat per conciliar el són i per descansar.
- Aïllament social, definit com: "L'estat o situació de desvinculació tendint a la soledat o al retraïment en les relacions socials fet en què es troba sumit molta Gent Gran".

3.3.LA QUALITAT EN INFERMERIA.

3.3.1.MOTIVACIÓ.

Steers i Portes l'any 1987 van definir la motivació com: "L'estat mental sota el qual una persona considera qualsevol tasca o objectiu particular".

Per Price i Muelles (1986), la motivació en el treball es: "El grau pel qual els membres d'una organització volen treballar".

Hersey i Blanchard l'any 1993 van dir que: "Els motius o necessitats es defineixen com les directrius, els estímuls o impulsos de l'individu. Són els que impulsen a actuar i les raons de la conducta. Els motius es dirigeixen cap a les metes i són les forces energètiques que es converteixen en incentiu per lluitar per les recompenses externes esperades".

També hi ha definicions més simples una d'elles és: "Les persones se senten bé amb el que fan", un altra és la següent: "Habilitat per aconseguir que els individus facin el que, quan i com un ho desitja".

La motivació pot ser interna o externa. La interna és una motivació que sorgeix dintre dels individus i es dirigeix cap a una meta personal. La motivació externa és una motivació que sorgeix de manera externa quan alguna cosa o alguna persona es converteix en incentiu. Està relacionada amb l'aplicació de recompenses o sancions.

Les teories de la motivació són les següents:

- La teoria més coneguda de la motivació és la jerarquia de les necessitats, de Maslow. Segons ell hi ha 5 necessitats bàsiques: les fisiològiques, de seguretat, les socials, d'estructura i d'autorealització.

La teoria indica que quan una necessitat ha quedat en part satisfeta ja no motiva. De manera que si un desitja motivar a algú

seguint la teoria de Maslow, necessita comprendre en quin nivell de la jerarquia de necessitats es troba i enfocar-ho a la satisfacció de les necessitats del nivell en què es troba o en el següent superior.

Les necessitats satisfetes d'ordre inferior condueixen al desig de satisfer necessitats d'ordre superior, però les necessitats múltiples poden operar al mateix temps com motivadores i de frustració al intentar satisfer una necessitat de nivell superior que pot donar com a resultat la regressió a una necessitat de nivell inferior.

- Teoria d'Herberg de la motivació i la higiene.

Herberg, aplica la teoria general de Maslow a la motivació en l'àrea laboral.

La motivació laboral es compon de la satisfacció i insatisfacció laborals. La satisfacció no és un procés continu, amb la satisfacció en un extrem i la insatisfacció en l'altre.

- La teoria d'Astreers i Porter l'any 1987 diuen què: "Les organitzacions necessiten motivar als empleats per dirigir la seva activitat cap a directrius organitzatives mitjançant accions escollides voluntàriament mentre que les necessitats i els valors són fonamentals per la motivació, l'establiment d'objectius ajuda a motivar als empleats, perquè les metes regulen les accions humanes i poden ser modificades pels directius" (Astreers i Porter 1987).

En analitzar el concepte de motivació hem de tenir en compte que el seu nivell varia tant entre individus com dintre dels mateixos individus en moments diferents.

La motivació general tracta de l'esforç per aconseguir qualsevol objectiu, limitarem aquest esforç als objectius organitzatius, amb la finalitat que es reflecteixen al nostre interès particular en el compartiment relacionat amb el treball. Els tres elements claus

d'aquesta definició són: l'esforç, els objectius de les organitzacions i les necessitats dels empleats.

Porter O. Grady (1986) va dir que tots els treballadors esperen ser recompensats segons les seves funcions, responsabilitat, demandes laborals i la seva productivitat. Els treballadors estan buscant alguna evidència d'equitat i de prohibitiu en l'aplicació del reconeixement de l'execució.

La motivació va més enllà del treball i es desplaça cap l'aspecte de relació del reconeixement personal a partir dels altres. El reconeixement de l'empleat és un component crític en la motivació.

La funció del líder és reconèixer que allò les persones busquen en el treball és l'alliberament i la motivació per involucrar-se, ser responsable i aconseguir l'objectiu.

Els 3 passos per aconseguir això són assegurar la preparació, eliminar les barreres innecessàries i descoratjadores i reconèixer l'assoliment.

El grau amb què el personal considera que les seves necessitats d'autoestima han estat satisfetes és un aspecte molt important per la motivació.

Les investigacions mostren què 92% de les infermeres consideren el reconeixement com un fet important que contribueix a la satisfacció laboral i el 28% diu que el reconeixement no es donava quasi bé mai.

En aplicar-se les teories de motivació al treball en les organitzacions, es parla de satisfacció laboral, que es defineix com un estat subjectiu intern respecte d'una reacció afectiva cap una conducta laboral motivada o com l'actitud general d'un individu cap el seu lloc de treball.

Els factors típics que s'inclouen són: la naturalesa del treball, la supervisió, el salari actual, les oportunitats de promoció i les relacions amb els companys.

Es podria resumir que els factors més importants que condueixen a la satisfacció en el lloc de treball són (Robbils S., 1992)

- Un treball desafiant. El personal tendeix a preferir llocs de treball que els donin oportunitats d'utilitzar les seves habilitats i la seva capacitat i que ofereixin una varietat de tasques, llibertat i retroalimentació sobre quan bé ho estan fent.
- Recompenses equitatives. Desitgen sistemes de salari i polítiques d'ascens que els semblin justs, que estiguin ben definits i d'acord amb les seves expectatives.
- Condicions de treball que constitueixen un suport. Estan preocupats amb el seu ambient de treball, tant per la seva comoditat personal com perquè els facilita un bon desenvolupament professional.
- Companys que donin suport. Per la majoria, el treball també cobreix les necessitats d'interacció social. Per tant, no és d'estrany que si tenen companys amigables de treball i que els donin suport condueix a una major satisfacció en el lloc de treball.
- Un bon acoblament entre la personalitat d'un empleat i la seva ocupació dona com a resultat un individu més satisfet.

Respecte a la relació entre la satisfacció i la productivitat, podem dir que, les organitzacions amb treballadors més satisfets tendeixen a ser més productius que les organitzacions que disposen de treballadors menys satisfets

En quant a la relació existent entre la satisfacció i l'absentisme, podem afirmar que la satisfacció està negativament correlacionada amb l'absentisme.

Entre la relació que es produeix entre la satisfacció i la rotació en el lloc de treball direm que, la satisfacció també es relaciona negativament amb la rotació, però existeix una correlació més forta en el cas de l'absentisme.

Els administradors han de ocupar-se del nivell de satisfacció en el lloc de treball en els serveis organitzacions almenys per 3 raons bàsiques:

1. Hi ha una clara evidència que els treballadors insatsifets falten al treball amb més freqüència i és més probable que hi renunciïn.
2. S'ha demostrat que els treballadors satisfets tenen més salut i viuen més.
3. La satisfacció en el lloc de treball, es trasllada a la vida fora del seu lloc de treball.

3.2.2. NORMES DE QUALITAT D'INFERMERIA.

Una norma de Qualitat d'infermeria és una definició vàlida de la Qualitat de les atencions, que inclou els criteris amb els quals es poden avaluar l'eficàcia dels mateixos. Per garantir la Qualitat, cada norma ha de ser vàlida, és a dir, les cures d'infermeria administrades d'acord amb la norma de Qualitat han de conduir a resultats positius pel pacient. Una norma no és vàlida sinó inclou els criteris per avaluar la Qualitat de les cures d'infermeria.

Existeixen tres tipus de normes de Qualitat d'infermeria, que defineixen les atencions d'infermeria per un diagnòstic determinat, un problema de salut o una necessitat; un punt de referència en el circuit salut-malaltia-salut; o una fase concreta del desenvolupament:

- **Normes de Qualitat del procés.**

Una activitat d'infermeria o procediment conté les normes de Qualitat de procés que defineixen les accions que ha de realitzar una infermera per un pacient afí de:

1. Modificar el seu entorn intern o extern en el seu propi benefici.
2. Ajudar a valer-se per ell mateix o a canviar el seu entorn.
3. Ensenyar-li com valer-se per ell mateix o canviar el seu entorn.
4. Implicar a la família o a altres persones properes per què l'ajudin a cuidar-se per ell mateix o prevenir problemes de salut.
5. Incrementar el seu benestar psicològic i fisiològic.
6. Coordinar amb els altres membres de l'equip la disposició de les atencions de salut necessàries pel pacient.

- **Normes de Qualitat de resultats.**

Aquestes només defineixen el canvi esperat en l'estat de salut del pacient i el seu entorn mitjançant les atencions d'infermeria, així com el grau de satisfacció d'aquell respecte als mateixos. Tant els resultats positius o negatius, poden derivar-se d'aquestes atencions. Els resultats positius s'obtenen quan les atencions s'ajusten a les necessitats dels pacients.

- **Normes de Qualitat d'estructura.**

Aquestes normes defineixen l'essència de les atencions d'infermeria. Han de desenvolupar-se en els següents casos:

1. A l'educar al pacient i la seva família.
2. En la comunicació terapèutica amb els pacients i els seus familiars.

3. En la planificació intra i interdisciplinari de les reunions.
4. En les decisions d'infermeria.
5. Quan hagin de registrar-se les dades del pacient i les seves atencions d'infermeria.
6. Quan hagin de disposar de dades per altres membres de l'equip.

3.3.3. AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE LES ATENCIONS D'INFERMERIA.

L'avaluació de la Qualitat de les atencions d'infermeria és una part essencial de la responsabilitat de la infermera. Segons Kozier (1995), se'n poden avaluar tres aspectes: l'estructura, el procés i el resultat.

L'avaluació de l'estructura permet revisar l'organització del sistema d'atencions del pacient, és a dir, els procediments administratius i econòmics que dirigeixen la prestació de les atencions, la distribució i l'adjudicació de personal, la disponibilitat d'equips i els mitjans físics.

L'avaluació del procés de "tenir cura" permet revisar quin ha estat el treball de la infermera en relació amb les necessitats del pacient.

L'avaluació dels resultats de les atencions permet identificar quins canvis s'han produït en l'estat de salut del subjecte, el seu benestar i la seva satisfacció.

Per poder mesurar la Qualitat de les atencions, tot tenint-ne en compte la complexitat, cal definir i aclarir la natura de la infermeria, decidir l'enfocament que haurem d'adoptar, desenvolupar estàndards i criteris per a l'avaluació procurant que aquests criteris siguin vàlids i fiables, és a dir, que mesuren allò que cal mesurar i

puguin ser utilitzats per diferents persones perquè totes elles puguin arribar al mateix resultat.

Hi ha descrits molts mètodes per a l'avaluació de les atencions d'infermeria, que canvien contínuament per tal que siguin tan eficaços com sigui possible.

Segons la persona que avalua, trobarem mètodes que plantegen la necessitat que sigui una altra infermera la que faci l'avaluació, mentre que n'hi ha d'altres que consideren necessària la utilització d'avaluadors externs al context sanitari.

Segons l'objecte que cal avaluar, hi ha mètodes que es basen en la comparació del desenvolupament del Procés Atenció Infermeria (PAI) amb els canvis experimentats pel subjecte i utilitzen criteris prèviament establerts. Es poden avaluar les persones, les activitats, els elements ambientals i l'estructura administrativa i organitzativa de l'assistència.

Podem trobar també mètodes que utilitzen escales de Qualitat assistencial i d'altres que revisen tots els documents que recullen les accions de les infermeres.

L'avaluació de la Qualitat de les atencions d'infermeria tindrà com a finalitat:

- Afavorir una atenció eficaç.
- Identificar casos d'assistència de baixa Qualitat i elaborar plans per eliminar les deficiències.
- Obtenir informació per a la consideració de les plantilles (personal d'infermeria necessària per a una prestació d'atencions d'infermeria de Qualitat).
- Informar a les infermeres sobre la Qualitat de les atencions que presten i afavorir-ne el reciclatge.

- Determinar les àrees d'interès per al desenvolupament dels plans de formació de postgrau.

3.4. ROL DE LA INFERMERA EN L'ATENCIÓ A LA GENT GRAN.

El rol de la infermera ha de ser el d'un professional autònom en les cures de la salut, que coordini l'atenció complexa a la Gent Gran i a les seves famílies i que assumeixi el rol líder en l'equip multidisciplinar. Molts dels problemes de la Gent Gran estan associats amb el funcionament diari i per tant són més sensible als models de cures d'infermeria que al tractament mèdic, aquests models d'infermeria gerontològica es basen en els següents principis:

- Els pacients tenen dret a l'autodeterminació i a una presa de decisions independents.
- Els pacients són holístics per naturalesa, i la seva salut i benestar són afectats per la interacció de factors fisiològics, patològics, psicològics, socials, econòmics i ambientals. Els canvis fisiològics dificulten el manteniment i la recuperació de l'homeòstasi quan es presenten espessors fisiològics. Molt sovint hi ha dèficits psicològics i una preocupació sociològicament imposada pels dèficits de memòria.

La infermera desenvolupa un paper important, ajudant als pacients a optimitzar la seva salut, millorar la Qualitat de Vida, aconseguir el seu benestar i facilitar el seu desenvolupament (Philips, 1990).

La practica individual d'una infermera està determinada per l'enfocament del model diagnòstic-tractament o pels coneixements i habilitats utilitzats en l'aplicació del model de cures del pacient. D'una manera bàsica, les cures de l'ancià també estan influïdes per les creences i valors que la infermera té sobre les persones grans a les que proporciona serveis d'atenció de salut.

La situació de desvaloració i d'escasses de recursos sanitaris, molt especialment en el camp de la Geriatria, ha estat el motiu que ha relegat a un segon pla l'atenció a la Gent Gran i ha produït el deslliurament a nivell professional de la infermeria, doncs els èxits són pocs i els contratemps molts. Per això la Geriatria ha estat una de les grans oblidades del sistema sanitari i ha estat contemplada com atenció específica. Afortunadament, aquesta situació està canviant.

Com s'ha dit anteriorment l'augment de persones d'edat superior als 65 anys, repercuteix directament en la tipologia de l'usuari que demana atencions, creant entre els professionals d'infermeria la necessitat d'una preparació específica. La preparació implica un canvi d'actitud dels professionals i confereix expectatives en el camp d'acció d'aquesta disciplina, fent possible la practica d'una atenció individualitzada.

Està clar que l'objectiu d'infermeria és cuidar, és a dir, atendre als éssers humans.

La infermera geriatra, com en tots els altres camps, per poder determinar quines són les necessitats dels seus usuaris ha de partir d'un marc conceptual que defineixi a l'home en totes les etapes de la seva existència.

L'ancià és l'home que es troba en l'última fase del procés vital que denominen vellesa.

Es necessari establir 3 objectius bàsics de l'atenció d'infermeria en les cures de la Gent Gran, que inclouen el reconeixement i la importància tant de l'usuari com del professional, que son:

1. L'atenció d'infermeria en geriatria ha d'estar basada en la concepció integral de l'individu gran, com a persona adulta, amb una historia de vida, sigui quina sigui la seva situació en el procés de salut/malaltia. La Gent Gran té dret a: salvaguardar la seva autonomia en qualsevol situació, a mantenir la seva dignitat i a

participar en les decisions que l'afectin per poder mantenir i/o millorar la seva Qualitat de vida.

2. L'atenció de la Gent Gran ha de basar-se en els següents objectius:

- Identificar les característiques individuals i col·lectives de la Gent Gran valorant íntegrament a la persona.

Tenint en consideració el seu passat, els seus problemes presents els seus projectes i les seves possibilitats reals, contribueixen a la comprensió i respecte de les demandes i a l'adequació de les atencions que se li donin.

- Facilitar la participació de la persona en la presa de decisions respecte a la satisfacció de les seves necessitats. Aquesta participació haurà d'orientar-se cap al manteniment de la seva autonomia, l'acceptació de les seves limitacions i el seu nivell de dependència, del suport precís per superar les pèrdues mitjançant una adequada informació, interrelació i educació sanitària, contribuint a racionalitzar i individualitzar les demandes de les atencions.
- Planificar i executar les activitats relacionades amb les cures integrals, d'acord amb el valor propi de la persona gran i col·laborar amb la població gran en tot allò que contribueixi a millorar la seva Qualitat de vida.

3. La infermera geriàtrica té una visió dinàmica del procés d'envelliment només així serà capaç de considerar-ho com una nova etapa en la vida, contribuint a facilitar l'adaptació progressiva de les persones als canvis que apareixen durant el procés d'envelliment. Estereotipar a la Gent Gran constitueix un seriós problema que es dona en les pròpies infermeres i que repercuteix negativament en el cures dels mateixos.

L'opinió personal que la infermera tingui sobre la pròpia vellesa, la seva capacitat d'adaptar-se als canvis del procés vital, els seus

coneixements i l'experiència en relació amb la Gent Gran contribuiran a que la infermera sigui capaç de donar atencions de Qualitat per resoldre les necessitats de salut de les persones grans des de la prevenció fins a la rehabilitació. El manteniment de la salut i del benestar és un dels factors contribuents a la millora de la Qualitat de vida i bàsics en el funcionament independent respecte a la resolució de les activitats de la vida diària.

3.4.1. ELS DEU MANAMENTS DE LA INFERMERIA GERONTOLÒGICA.

El consell de col·legis d'infermeria de Catalunya en la seva ponència de gerontologia del Consell, va definir les línies de competència de les infermeres en el camp de la gerontologia, que es resumeixen de la següent manera:

1. Els serveis gerontològics han d'estar gestionats, és a dir, planificats i organitzats, per una infermera que tingui formació reconeguda en aquest camp.
2. La infermera gerontològica ha de tenir coneixements teòrics i específics, i ha de desenvolupar actituds i habilitats per assumir les responsabilitats de les seves decisions i accions.
3. Es la responsable d'elaborar i desenvolupar al pla de cures que dura a terme amb els cuidadors i/o família, i la persona gran, considerant els seus valors i la història de vida, l'entorn i els recursos disponibles, realitzen regularment la valoració integral i sistemàtica de l'estat de salut de la persona gran.
4. Caldrà que utilitzi els diagnòstics d'infermeria.
5. Mitjançant el pla de cures proporcionarà l'atenció per: mantenir i restablir les capacitats globals, prevenir o endarrerir les complicacions i les incapacitats, adaptar-se a les noves situacions i acompanyant en el procés de la mort.

6. Cal que avaluï sistemàticament les seves intervencions en la realització de les cures com a resposta a les necessitats de la persona gran i la seva família per determinar el grau de consecució dels objectius proposats.
7. Ha de participar amb la resta dels membres de l'equip interdisciplinari a l'hora de tenir cura de la persona gran, ajusten les decisions i els comportaments als principis bioètics.
8. Realitzarà treballs de recerca en infermeria gerontològica destinats a generar, organitzar i aprofundir al cos de coneixements propis.
9. Cal que assumeixi la responsabilitat del desenvolupament professional, i, així, contribuir al creixement dels membres de l'equip.
10. Les seves decisions i la seva practica se sustentaran en el codi deontològic.

3.5. PLANIFICACIÓ DE LES CURES D'INFERMERIA A LA GENT GRAN.

3.5.1. FASES DE LA PLANIFICACIÓ.

Alfaro va dir(Benavente E., 1999) que la planificació és: "Moment en què es determinarà com prestar l'atenció d'infermeria de forma organitzada, individualitzada i orientada cap els objectius establerts".

Segons Iyer (1993): "La planificació implica el desenvolupament d'estratègies dissenyades per reforçar les respostes saludables del subjecte o evitar, reduir o corregir les respostes insanes".

D'aquestes dues definicions poder resumir que:

- Constitueixen una anàlisi dels resultats de l'etapa de diagnòstic que busca identificar quins dels diagnòstics de la persona són de més risc per la vida i la Qualitat de vida del subjecte.
- Identificar les possibles solucions dels problemes diagnosticats.
- Estableix els patrons que ens permeten avaluar el resultat de les accions.
- Determina quines són les accions necessàries.
- Aquests significats del concepte de planificació posen de manifest la complexitat d'aquesta etapa del procés en què entren en joc, a més dels coneixements, la capacitat de relació de la infermera, l'experiència acumulada, la seva capacitat de reconèixer les percepcions del subjecte, la intuïció, la capacitat d'iniciativa i la capacitat de valorar els problemes en el seu conjunt.

- **L'etapa de planificació inclou 4 fases:**

1. Priorització.

L'establiment de prioritats respon a criteris d'eficiència i eficàcia.

Es necessari establir una prioritat per poder posar en practica de la manera més eficaç i amb el màxim estalvi d'energia possible, la solució que proporcioni al subjecte el màxim grau de benestar, així com les millors garanties de mantenir la vida.

Rosalinda Alfaro (1992) fonamenta la importància d'aquesta fase en el fet que la infermera té un gran nombre de subjectes, la qual cosa fa necessari adquirir l'habilitat de diferenciar entre allò que seria bo de fer i allò que en realitat cal fer.

Considera que l'habilitat d'establir prioritats requereix temps i capacitat per veure més enllà dels problemes individuals

immediats, circumstància que permet adquirir la capacitat de valorar el conjunt de tots els problemes plantejats.

2. Formulació d'objectius.

Entenen els objectius com: “element del procés que ens permet posar en coneixement de tots aquells que participen en l'atenció al subjecte que és el que volem aconseguir, com volen aconseguir-ho i quan”.

L'objectiu assenyalat:

- Una direcció per seleccionar estratègies que cal seguir i l'ordre d'aquestes.
- Una base pel disseny de l'estratègia i/o l'ordre, els materials que necessitarien i el mètode a seguir.
- Els recursos de què disposa tant el subjecte com la infermera.

Com diu P. Iyer (1993): “Independentment de com es denominen els objectius, el seu propòsit és el mateix i es concreta al definir la manera en què la infermera i el subjecte saben què la resposta humana que s'identifica en el diagnòstic ha d'estar, modificada i/o corregida”. D'aquesta manera l'objectiu es transforma en un dels principals components de l'avaluació ja que ens assenyalat els canvis que volem produir amb les accions que programarem i executarem. És freqüent que trobis com a sinònim d'objectiu, la meta o el resultat.

3. Determinació activitat.

Les activitats o intervencions d'infermeria són les estratègies específiques dissenyades per un subjecte per tal d'evitar

complicacions, proporcionar benestar físic, psicològic i espiritual, i fomentar, conservar i restaurar la salut.

Podem agrupar les activitats o intervencions d'infermeria en els següents apartats, segons les accions que s'han de dur a terme:

- Fer valoracions per identificar nous problemes i veure la situació actual dels que ja estan identificats.
- Impartir educació sanitària.
- Assessorar als subjectes en la presa de decisions.
- Consultar a altres professionals.
- Realitzar accions específiques de tractament per eliminar o reduir els problemes existents.
- Ajudar al subjecte en la realització d'activitat per elles.

Apart d'aquestes intervencions que podem considerar dins de l'àmbit autònom de la infermeria, aquesta també té una sèrie d'actuacions derivades o delegades per altres professionals de l'equip, així com intervencions de col·laboració.

Les intervencions han de complir els següents requisits:

- Ser conseqüent amb el pla d'atenció.
- Garantir l'ambient segur i terapèutic.
- Ser individualitzades i ajustades a cada subjecte.
- Ser realistes i dependents dels recursos disponibles.

El pla d'atenció institucionalitzat o protocols tenen molts avantatges però mai ha de servir com a substitut del procés de planificació, s'ha d'individualitzar el protocol.

4. Registre del pla.

Quan ja es determina l'objectiu i es concreten les intervencions caldrà registrar ho en un document que servirà de vehicle de comunicació entre tots els membres de l'equip.

Els registres han de ser clars i concisos.

Sempre la infermera ha planificat la seva activitat, però ho feia de manera mental, sense registrar, el que suposava una falta de continuïtat en l'atenció.

Fa algunes dècades, es va evidenciar la necessitat de planificar, per fer més eficaç el treball que es porta a terme per un grup de persones. Se sap que quan més complex és un treball i més persones intervenen en ell, més necessari és una planificació correcta.

Moltes de les frustracions de les infermeres, tenen el seu origen en l'absència de plans d'atencions, que orientin a tot l'equip, sense ell cada un determina les seves accions de la forma que creu més convenient.

Catalina Garcia Martín i M^a Carmen Sellan, defineixen el pla d'atenció com: "Guia de treball per tots els membres de l'equip d'infermeria, que compren l'orientació lògica i mental i la representació clara i esquemàtica de les dificultats de l'usuari, els resultats que s'esperen aconseguir i les accions que han de s'han de dur a terme, per resoldre els problemes identificats".

Un cop s'han identificat els problemes s'ordenen per ordre d'importància. No és possible atendre tots els problemes a la vegada, ni tampoc resoldre'ls totalment en un moment, així que és necessari decidir quins problemes pot resoldre la infermera i quins ha d'atendre de manera prioritària, per això

ha de pautar objectius i prendre decisions que ha d'incorporar al pla d'atencions.

3.5.2. VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL.

La mesura és fonamental per a una bona assistència geriàtrica. És necessària para qualsevol estratègia encaminada a modificar l'estat de salut i després fer constància dels avanços en el procés.

S'ha proposat una valoració amplia i individualitzada del funcionament de la persona gran com a pas clau per l'accés als beneficis desenvolupats a partir de l'assistència a llarg plac.

Les mesures més útils són aquelles que permeten al proveïdor d'assistència valorar de forma ràpida la situació global del pacient.

La valoració s'ha convertit en la peça clau de la practica geriàtrica. Cada disciplina reivindica el seu dret a realitzar valoracions concretes en els aspectes que més el concernien. Tothom està d'acord en què la valoració del pacient geriàtric ha de tenir diferents facetes i ser multidisciplinar.

Qualsevol que sigui la mesura aplicada han d'estar dirigida a les múltiples malalties incapacitants dels pacients i a les limitacions que aquestes imposen per la vida diària independent.

La relació existent entre el benestar físic, psicològic i social de la gent gran, dificulta la mesura independent de l'activitat física.

La Raud Corporation va publicar recentment una revisió de mesures d'activitat física (Stewart et al 1978). Aquest treball es va realitzar per seleccionar les mesures o el conjunt d'ítems més apropiats en la valoració dels canvis produïts per l'edat respecte a l'activitat física d'una població en edats compreses entre 14-65 anys. Els investigadors descriuen les dificultats trobades a l'hora de distingir l'activitat física d'una manera operativa, del funcionament psicològic o social.

Les podria crear una mida global de salut física a partir de diferents combinacions d'ítems. Per millorar les separariem en tres categories: aquelles que entenen el concepte de salut física com absència de malaltia; les que mesuren la capacitat de realitzar activitats bàsiques d'autocura a vegades anomenades "Activitats de la vida diària" (AVD) i per últim les que mesuren la capacitat de realitzar alguna de les complexes activitats associades a la vida independent denominades "Activitats Instrumentals de la vida diària" (AIVD). Existeixen pocs instruments que englobin tots els ítems.

En un intent per trobar un concepte comú d'activitat funcional en les persones grans, Leeving (1979) va proposar una jerarquia de 4 ordres formades per:

1. Les del Sistema Nerviós Central (S. N. C), responsable de l'execució, la producció de saliva, dels sucus intestinals, de la regulació de la temperatura i el manteniment de la tensió arterial.
2. Les AVD: banyar-se, rentar-se, vestir-se, netejar-se, menjar, i la continència.
3. La mobilitat, l'activitat en el llit, aixecar-se, estar en peu, caminar i fer servir la cadira de rodes.
4. Les feines domèstiques: netejar, rentar la roba, anar de compres, cuinar, fer els llits.

Apareix un problema pràctic, que és que s'ha de recórrer a l'observació del comportament per poder fer una valoració. Qualsevol errada en la realització d'activitats poden ser interpretades de manera diferent. Si un individu no es neteja per exemple, pot ser interpretat de diferents maneres, per ex. significa automàticament un nivell inferior de funcionament físic o mental o reflexa depressió, apatia o simplement terror a l'aigua i sabó?

La valoració integral inclou: la valoració de la funció social, física, funcional i cognitiva.

La valoració de la funció física és molt important: en la prevenció de riscos en ancians fràgils, en la planificació de l'atenció a llarg plaç, en la rehabilitació i en la definició del pronòstic respecte a la mortalitat, discapacitat, institucionalització i necessitat de recursos sanitaris.

La valoració de la funció física consisteix en mesurar l'autonomia del malalt per realitzar les AVD, les AIVD i la mobilitat.

Les activitats de la vida diària són aquelles imprescindibles per cobrir les necessitats elementals de la vida quotidiana, i les escales més utilitzades inclouen les següents funcions: alimentació, bany, higiene personal, control d'esfínters i transferències. Les escales més conegudes són: l'índex de Katz i el de Barthel.

Les AIVD inclouen funcions més complexes que requereixen per part de la Gent Gran gent gran un major grau d'independència i li permeten viure de forma autònoma en la comunitat. Valoren aspectes com: telefonar, anar a comprar, desplaçaments fora del domicili, fer el menjar, realitzar feines domèstiques, prendre's la medicació i fer servir els diners. Les escales més utilitzades són: l'escala de Lawton i OARS.

La valoració neuropsicològica controla: la funció cognitiva, l'estat emocional, la personalitat i la conducta de la persona gran.

La valoració clínica d'una persona gran comença per elaborar una història clínica correcta.

L'anamnesi tindrà una dificultat especial degut a l'alta prevalença del deterior cognitiu o estat confusionals que presenten la gent gran. Per això la col·laboració de la família és de gran importància.

Conèixer la medicació que pren la persona gran, quan li ha estat prescrita, el compliment o no de la medicació i la capacitat d'autoadministrar-se-la.

La valoració funcional és l'eina idònia per a la pràctica de la infermeria gerontològica. El punt principal és conèixer les capacitats i incapacitats d'una persona independentment de l'edat cronològica o del diagnòstic mèdic que tingui. Cada problema individual de la persona gran ha de valorar-se des del punt de vista funcional.

La valoració funcional ens determina que fa durant el dia la persona. Demanarem a l'ancià que ens expliqui les seves activitats diàries, ens donarà informació sobre l'estil de vida, els problemes vitals i més concretament, sobre la satisfacció personal, les seves preocupacions i si té desig de canvi.

Compartir la informació interdisciplinàriament amb altres membres de l'equip de salut assegura uns resultats més funcionals.

Anomenarem els altres instruments de valoració que existeixen son: Lawton; Recursos i serveis de la persona gran (OARS); Fillenbeurm; índex de Katz; desenvolupat per mesurar i registrar la capacitat de la persona gran per funcionar de manera independent i l'índex de Barthel.; dissenyat per fer servir en els serveis de rehabilitació.

Altres àrees incloses en la valoració funcional son: la funció cognitiva, la funció afectiva (determina si existeix una depressió), l'estat nutricional, l'estatus econòmic, i el potencial rehabilitador. Una valoració total ha d'incloure les necessitats de suport, les mides preventives i una avaluació per l'ingrés en un servei de llarga estada.

L'única quantitat d'informació continguda en una valoració total ha d'incloure valoracions de la disposició de l'habitatge, l'estat econòmic, els patrons socioculturals, els medicaments, la institució i un inventari de les persones de recolzament juntament amb l'estat mental i l'examen físic. És important que existeixi un enllaç entre el procés de valoració i la previsió d'unes atencions planificades de la persona.

A pesar de l'evidència de què una exploració física i psicològica a consciència per identificar problemes entre la gent gran, és evident la necessitat d'establir mesures generals de salut física i de funcionament.

3.5.3. REALITZACIÓ DE L'ANAMNESI EN L'ANCIÀ: RECOLLIDA DE DADES.

La recollida d'una anamnesi minuciosa constitueix una part essencial de les cures d'infermeria. Quan es realitza de forma correcta, facilita un diagnòstic precoç del problema i una ràpida capacitat d'intervencions, i permet al pacient mantenir o tornar al seu estat de salut. En la persona gran, la recollida de dades requereix unes tècniques i preparació especial.

Els canvis relacionats amb l'edat afecten a la visió i audició i això pot interferir en la comunicació. Per aquest motiu, i amb la finalitat de facilitar una bona comunicació amb les persones gran, al preparar l'entrevista hem de tenir en compte:

- Reduir els efectes de la lluminositat solar o la procedent de llums brillants, així com els sorolls ambientals.
- Mirar al pacient atentament a nivell dels ulls.
- Parlar lentament i repetir periòdicament fets durant l'entrevista.

Quan rebem a l'ancià ens hem d'assegurar que coneix el propòsit de l'entrevista i establir una relació propera i afectuosa.

L'història de la persona l'hem d'elaborar de la següent manera:

- Realitzar l'avaluació de salut en dues visites successives.
- La recollida de dades la farem: directament del pacient, d'un familiar o persona propera.

- La valoració de la infermera s'ha de centrar en: l'estat de salut actual, els antecedents mèdics i la capacitat de relacionar-se amb l'entorn.
- Omplir la fulla d'anamnesi del pacient.
- Valorar d'entrada determinats aspectes de l'estat mental: Capacitat de recordar la data i lloc de naixement, i la capacitat per fer càlculs.
- Iniciar el registre amb el motiu d'ingrés o principal queixa, avaluant-la respecte a:

APARICIÓINTENSITAT

LOCALITZACIÓFACTORS QUE L'AGREUGEN O ALLEUGEN

DURADAMIDES DE TRACTAMENT

RITMEEFECTE SOBRE L 'ESTIL DE VIDA DEL PACIENT

- Medicaments que pren actualment.
- Tractaments que segueix: respiratoris, atencions, rentats de ferides, control de sondes, tractaments analgèsics...
- Utilització d'ajudes tècniques: per la deambulació, adaptació d'utensilis per la cuina, lentes correctores, dispositius auditius, ajudes en el domicili (baranes de subjecció en el bany, alarmes de foc, superfícies antilliscants...).
- Valoració psicosocial. Si consumeix alcohol, tabac, barbitúrics. Si participa en activitats comunitàries...
- Intentar que respongui a les següents preguntes:

1. Té ajuda de familiars o amics per la realització de les AVD?

2. Disposa d'atenció primària quan ho necessita?.
 3. La persona que proporciona les atencions està en tensió?
 4. Amb quina freqüència té el pacient contactes socials?
 5. Quin és l'estatus laboral del pacient?
 6. Quines són les seves aficions?
- Determinar si els ingressos que té el pacient cobreixen les seves despeses mensuals: d'alimentació, de lloguer, d'articles de la llar, roba...
 - Si necessita serveis d'ajuda comunitària: ajuda alimentària, atencions de dia, serveis d'atenció domiciliària.....
 - Preguntar com viu en l'actualitat: ¿viu sol, amb la seva parella, amic o familiar?, ¿és propietari de la llar, la té llogada, viu en un internat o residència d'ancians?.
 - Fer una història per l'estat de salut de la persona. Història de les malalties. Registrar les anteriors hospitalitzacions i el motiu de l'ingrés actual.
 - És important saber si té antecedents de cardiopaties o atacs cardíacs: angina, hipertensió, Accident vascular cerebral (A.V.C); si a més presenta: artritis, diabetis, trastorns respiratoris, càncer, úlceres, atacs epilèptics, problemes prostàtics, nefropaties, incontinència urinària o fecal i caigudes o alguna fractura.

És necessari, igualment, disposar d 'una llista cronològica dels esdeveniments patològics.

La revisió de tots els sistemes és molt important en la persona gran. S'ha de començar amb una revisió general: preguntar si ha experimentat recentment anorèxia, fatiga, caigudes freqüents, sudoració nocturna, esgarrafances o febre, confusió, immobilitat o

falta de memòria, disminució de l'ingesta d'aliments o líquids o agitació.

Una vegada ja hem fet la revisió general, es revisaran les àrees específiques i els sistemes del cos, utilitzant el mètode des del cap fins als peus o el mètode dels principals sistemes orgànics, intentant obtenir la informació preguntant per fets o manifestacions clíniques rellevants fent servir les preguntes oportunes: el sistema tegumentari, els ulls, les orelles, la boca, el sistema respiratori, el cardiovascular, gastrointestinal, genitourinari, musculoesquelètic, neurològic, psicològic.

La valoració funcional que determina la capacitat que té l'individu per autocuidar-se dintre del seu entorn, donada la seva salut física, mental i social.

Segons un recent estudi realitzat pel Centre Nacional d'estadístiques d'EEUU, un 45% de persones majors de 65 any i un 60% majors de 85 anys necessiten ajuda per la realització de les activitats de la vida diària (AVD) o per la realització de les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).

Les anomenades AVD són les activitats de cures a nivell personal, com: banyar-se, vestir-se, rentar-se, anar al bany, menjar, caminar.

Les AIVD inclouen: la capacitat per anar de compres, rentar la roba, preparar el menjar, utilitzar el transport públic o la televisió, prendre's els medicaments, viatjar, portar l'economia personal.

Els pacients amb un deterior funcional poden tenir més dificultats amb les AIVD que amb les AVD, ja que necessiten més habilitats per portar-les a terme.

Les valoracions funcionals realitzades regularment permeten detectar a la infermera qualsevol canvi positiu o negatiu, ajudant a determinar el tipus de serveis que precisa.

La valoració de l'entorn pot ajudar a la infermera a determinar si s'ha de fer algun canvi en el domicili del pacient per pal·liar els canvis físics que pot haver presentat. Així, per exemple, es tracta d'investigar si a casa seva disposa d'una il·luminació correcta, calefacció, catifes subjectes al terra, banyera adaptada, detectors de fum, inhalació elèctrica segura, etc.

E. CONCLUSIONS DEL MARC EMPÍRIC.

Per pacient geriàtric s'entén una persona més gran de 65 anys.

Estudis demogràfics han detectat que l'any 2025 la població que superarà els 65 anys, representarà el 18 i 20% del total mundial.

El programa "Vida als anys" reflecteix que entre un 20 % i un 30% dels usuaris dels hospitals d'aguts són persones majors de 65 anys amb una estada mitja més alta de lo normal.

En Geriatria l'expressió de les malalties i els tipus d'atencions que requereixen d'infermeria són diferents de les edats anteriors. Fins i tot una mateixa malaltia té diferents expressions clíniques en la Gent Gran.

Les modificacions en l'estil de vida de la Gent Gran com a conseqüència dels processos patològics que pateix, influeixen de manera immediata en les possibilitats d'autonomia i assumeixen a la Gent Gran en situacions de dependència que generalment són involutives. Aquestes exigeixen una major dedicació per part d'infermeria que haurà de reflexionar sobre la naturalesa de les atencions i replantejar-se els objectius.

Tot això té una gran repercussió en la tipologia de l'usuari i en conseqüència també en les atencions que dona la infermera. La inexistència d'unitats especials per la Gent Gran en els hospitals generals, la falta de preparació específica en aquest camp i l'escàs desenvolupament de la investigació en infermeria Geriàtrica fan que passin per alt una sèrie d'elements que condicionaran la planificació de les atencions.

El rol de la infermera ha de ser el d'un professional autònom en les cures de salut, que coordini l'atenció complexa a la Gent Gran, que impliqui a les seves famílies i que assumeixi el rol líder en l'equip multidisciplinar

La recollida d'una anamnesi minuciosa constitueix una part essencial de les cures d'infermeria. Quan es realitza de forma correcta, facilita un diagnòstic precoç del problema i una ràpida capacitat d'intervencions i permet al pacient mantenir o tornar al seu estat de salut. En la Gent Gran la recollida de dades requereix unes tècniques i una preparació específica de l'infermera.

La formació dels professionals tant en aspectes professionals com en metodologia específica de la millora de la Qualitat, és un element clau a l'hora de donar unes atencions d'infermeria d'alta Qualitat.

Amb l'objecte de garantir la Qualitat de l'atenció d'infermeria, hauríem d'establir com a idea central de la nostra actuació la satisfacció de l'usuari, ja que aquest constitueix la raó de la nostra pròpia existència com a professió de servei. Una manera de mesurar la percepció de l'usuari sobre la Qualitat del servei es a través de qüestionaris.

Respecte als estàndards de la Qualitat d'infermeria hem de dir que defineixen la pràctica professional, reflecteixen els valors de la professió i descriuen un nivell acceptable d'atenció al pacient.

Els estàndards de desenvolupament professional són:

- La Qualitat de l'atenció.
- La formació continuada.
- La interacció amb els altres professionals.
- L'ètica.
- La col·laboració.
- La investigació.
- La utilització de recursos.

Existeixen tres tipus de normes de Qualitat d'infermeria:

1. -Normes de Qualitat del procés. Defineixen la Qualitat de l'execució de les atencions d'infermeria i haurien d'utilitzar-se en totes les activitats i unitats d'atenció d'infermeria.
2. -Normes de Qualitat de resultat. Defineixen el canvi esperat en l'estat de salut del pacient i el seu entorn mitjançant les atencions d'infermeria, així com el grau de satisfacció d'aquell respecte als mateixos.
3. -Normes de Qualitat d'estructura. Defineix l'essència de les atencions d'infermeria, han de desenvolupar-se en els següents casos:
 - En l'educació sanitària dirigida cap el pacient i la seva família.
 - En la comunicació terapèutica amb els pacients i els seus familiars.
 - En la planificació intra i interdisciplinària.
 - En les decisions pròpies d'infermeria.
 - Quan hagin de registrar-se les dades del pacient i les seves atencions d'infermeria.
 - Quan hagin de disposar de dades per altres membres de l'equip.

L'avaluació de la Qualitat de les atencions d'infermeria tindrà com a finalitat:

-Afavorir una atenció eficaç.

-Identificar casos d'assistència de baixa Qualitat i elaborar plans per eliminar les deficiències.

- Obtenir informació per a la consideració de les plantilles (personal d'infermeria necessària per a una prestació d'atencions d'infermeria de Qualitat).
- Informar a les infermeres sobre la Qualitat de les atencions que presten i afavorir-ne el reciclatge.
- Determinar les arees d'interès per al desenvolupament dels plans de formació de Post-graus.

F. HIPÒTESI.

La Qualitat d'atenció d'infermeria geriàtrica en l'hospital d'aguts depèn de la planificació de l'atenció d'acord amb les necessitats detectades.

G. PROCÉS D'INVESTIGACIÓ.

Es un estudi descriptiu, transversal i prospectiu.

• IDENTIFICACIÓ DE LES VARIABLES:

- Independents Planificació de l'atenció.
- Dependents..... La Qualitat de l'atenció.
- Intervinents
 - V. Pacient:
 - Tipologia (geriàtric). Diferenciem tres tipus: el vell-jove, el vell-mig i el vell-vell. El nostre estudi inclou al primer que es la persona gran de 65 anys.
 - Sexe.
 - Satisfacció, envers els professionals d'infermeria.
 - V. Personal d'infermeria.

- Formació inicial. Es per diferenciar si van cursar els estudis com A.T.S o com a diplomatura
- Formació continuada. Establim una franja de 5 anys per valorar la formació que han realitzat.
- Formació específica en Geriatria. Si tenen alguna formació específica en temes geriàtrics.
- Motivació.
- Satisfacció. Envers als recursos tan humans com materials, tan individualitzats com del grup, avaluem sobre els equips de treball i sobre l'atenció que se li dona als pacients i per últim sobre la formació que es dona en l'hospital.
- Anys d'experiència en la professió. Anys que fa que exerceix com infermera en qualsevol àmbit.
- A. V. Sociolaboral.
 - Contracte laboral.
 - Tom.
- V. Institucional.
 - Titularitat.
- V. assistencial.
 - Rati infermera /pacient.

Com a instrument de mesura es van utilitzar dos qüestionaris d'elaboració pròpia.

Per a elaborar-los vam anar fent un llistat de preguntes de les quals vam anar seleccionant les que més informació aportaven sobre les variables del nostre estudi.

El qüestionari definitiu dels professionals d'infermeria constava de:

- A. Una primera part amb preguntes agrupades sobre dades personals (edat i sexe), dades professionals (any de finalització dels estudis, anys d'exercici) i per últim, dades laborals (anys treballats en l'hospital, lloc de treball, tipus de contracte, torn, formació en els darrers 5 anys, nombre de pacients)
- B. Constava d'un segon apartat sobre el grau de satisfacció en el qual hi havia incloses 13 preguntes sobre recursos, treball en equip i formació. La seva resposta era gradual des de l'1 entès aquest com a puntuació mínima fins el 5 com a màxima.
- C. I un tercer i últim apartat que constava de 21 preguntes sobre l'opinió dels professionals, respecte la Gent Gran, que estaven agrupades sobre els sentiments que els produeix la Gent Gran, el temps que requereixen d'infermeria, opinió sobre el cuidador principal i sobre el tipus de cures específiques que requereixen. La seva resposta era també gradual com l'anterior, amb una puntuació de 1 fins al 5.

Respecte al qüestionari que lliuraríem als usuaris, constava de quatre preguntes sobre dades personals (dies estada hospitalària, edat, sexe, nivells d'estudi), que eren de resposta oberta, i 10 que eren pròpiament de satisfacció, en què la resposta era afirmativa o negativa, havien intercalades algunes qüestions que es podrien considerar com a Qualitat d'infermeria, per exemple l'avaluació d'infermeria a l'ingrés, atenció personalitzada, informació sobre les proves que se li realitzarien.

Les variables treballades en els qüestionaris han estat les següents:

	VARIABLES	ÍTEMS
Qüestionari	. Dades personals	S2,S3,S4
Usuari	. Dies d'estada	S1
	. Qualitat atenció	S5,S6,S7,S8,S9,S10,S11,S12,S14
	. Satisfacció	S13
Qüestionari	. Dades personals	V1,V2
Professionals	. Dades professionals	V3,V4
	. Sociolaborals	V5,V6,V7,V8,V9
	. Formació	V10,S8,S9
	. Institucionals	V12,V13
	. Satisfacció	S6,S7,S14
	. Coneixements, habilitats, recursos	S1,S2, S3;S4,S13
	. Equip de treball	S6,S7,S10,S12
	. Atenció pacient	S5
	. Opinió Gent Gran	O2,O7,O9,O10,O11,O12,O13
	. Requeriments temps	O3,O4,O5,O6
	. Cuidador.	O8,O14,O15
	. Planificació, execució i registre cures.	O1,O16,O17,O18,O19,O20, O21

Els items han estat agrupats segons la temàtica a la que feien referència en 10 factors generals per poder resumir les valoracions. Aquest han quedat inclosos en els següents apartats: Recursos, Atenció, Equip, Formació, Cures d'infermeria, Sentiments, Temps d'atenció, Cuidador principal, Satisfacció i per últim d'opinió.

A partir d'aquest hem elaborat l'estadística inferencial creuen les dades sobre: sexe, els dos centres enquestats, l'àrea de treball, el tipus de contracte, el torn de treball.

Els dos qüestionaris van ser validats.

Els criteris de selecció de les persones per dur a terme la validació van ser els següents:

- Diplomada d'infermeria experta en Qualitat Hospitalària.
- 3 Docents del Màster en Gestió d'infermeria i són experts en temes de recerca.
- Experts en l'elaboració de qüestionaris.
- Supervisora d'un centre Socio-sanitari amb un Post-grau en Geriatria.
- Diplomat d'infermeria, que dur a terme la seva tasca assistencial en una unitat d'hospitalització d'aguts de Medicina Interna amb un Màster en Medico-quirúrgica i experiència en recerca.
- Supervisora d'unitats d'hospitalització d'aguts amb experiència en treballs de recerca.
- Diplomada amb la titulació del Màster en Gestió d'infermeria.

Ens vam entrevistar amb les dues Direccions D'infermeria dels dos hospitals per poder fer el lliurament dels qüestionaris als professionals d'infermeria (Annex 1) i també als usuaris (Annex 2), aquests qüestionaris anaven acompanyants d'una carta de presentació (Annex 3).

Ambdós qüestionaris eren anònims, de resposta voluntària i sense donar informació addicional del contingut de la pregunta.

Els criteris d'inclusió per la mostra dels usuaris era limitada vam decidir recollir l'opinió dels usuaris majors de 65 anys, que fossin donats d'alta a les unitats de medicina interna dels dos hospitals a partir del dia 1 de març,. El límit de la mostra el vàrem establir calculant aproximadament les altes que podien

produir-se durant 15 dies ja que veiem que recollir dades durant 1 mes podia fer que la recollida de les dades no fos fiable, per això la mostra es de 50 usuaris.

La població de la mostra en estudi dels Diplomats d'Infermeria incloïa tots els professionals d'infermeria de les unitats d'hospitalització.

Després de recollir tots els qüestionaris vam introduir les dades en l'ordinador, utilitzant el programa SPSS i amb la següent seqüència de treball:

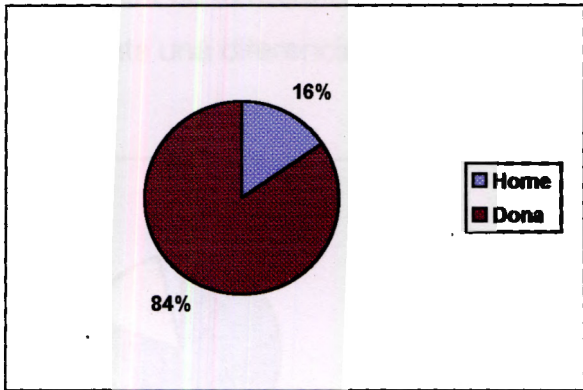
- Assignar un nombre de variables a cada una de les preguntes del qüestionari.
- Etiquetar cada variable i codificar les possibles respostes.
- Introduir les dades de cada qüestionari.
- Diferenciar les variables qualitatives de les quantitatives.
- Conèixer la freqüència i el percentatge de cada resposta (Annex 4).
- Basant-se en els resultats de l'estadística descriptiva i agrupant les variables, dintre d'aquesta per tipus de resposta, vam elaborar una primera impressió dels resultats.
- Vam seleccionar les variables dependents que ens interessava creuar amb les variables intervinents per desenvolupar l'estadística inferencial (Annex 5).
- Després de conèixer el resultat de l'estadística d'inferència vam fer un comentari de cada una de les variables creuades.
- Un cop analitzada l'estadística d'inferència vam pensar construir les conclusions i a partir d'aquí fer una proposta de millora a més de deixar obertes possibles línies d'investigació.

H. RESULTATS.

Exposem els resultats de l'estadística descriptiva agrupant-los segons la formulació de la hipòtesi i les variables, ajudant-nos de les taules i gràfiques que a continuació presentem.

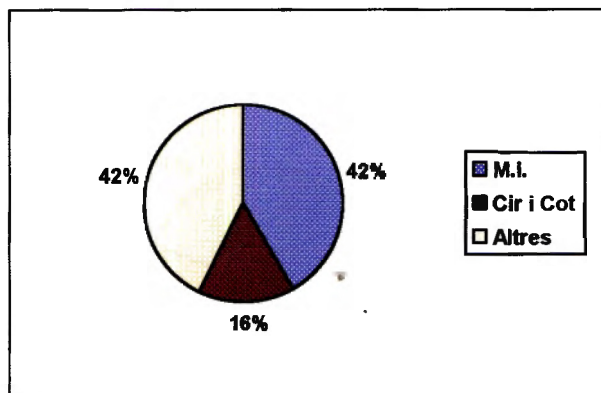
- **Resultats de les enquestes dels professionals.**

El **gènere** predominant es el femení (84 %). Aquest era un resultat esperat i lògic, ja que es una professió bàsicament femenina i que, per història, les dones han assumit el rol de cuidadors, tant dels malalts com de la resta de la família.



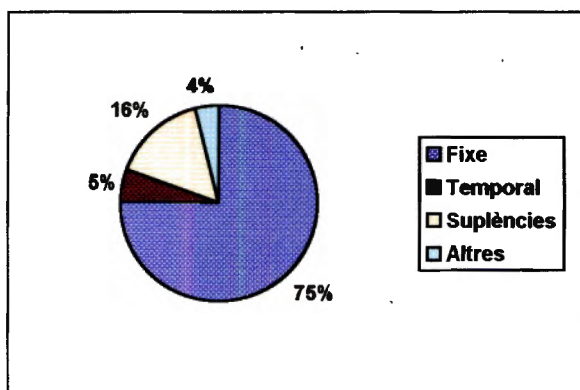
Gràfic 1. Distribució per sexes

Les **especialitats** on els professionals desenvolupen la seva tasca coincideixen en idèntica proporció en les unitats de medicina interna i el que hem denominat d'altres (41.6% i 42.9%); dintre d'aquest apartat està inclòs, per exemple, el servei de consultes externes, pediatria, gabinets, etc...., donant-se una menor proporció en les de cirurgia i traumatologia (15.6%).



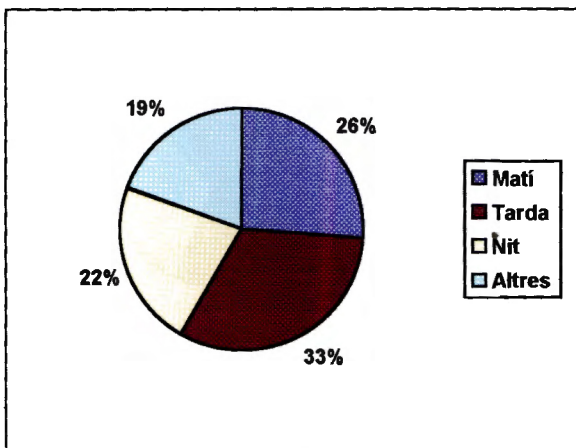
Gràfic 2. Distribució per àrea de treball.

El contracte laboral, la proporció més elevada del personal que ha respost al qüestionari és la que està amb un contracte fix en l'organització (75.3%), diferenciant-se notablement de la resta d'opcions i sense trobar en els altres resultats una diferenciació significativa.



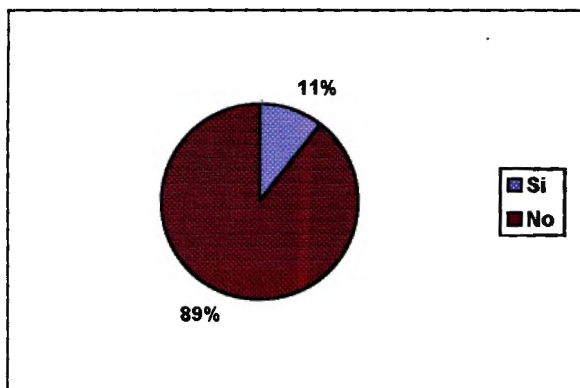
Gràfic 3. Distribució per tipus de contracte laboral.

La distribució per torns. Ens ha respost personal de tots els torns, encara que han estat els professionals que treballen en horari de tarda els que ho han fet majoritàriament (32%), no sent gaire significativa la diferencia amb la resta, matí (26%), nit (22%), altres (19%). En el concepte d'altres estat inclosa la plantilla complementaria o suplent que, en el moment de passar els qüestionaris, estaven treballant i que no pertanyen a cap torn fix sinó que els abasten tots.



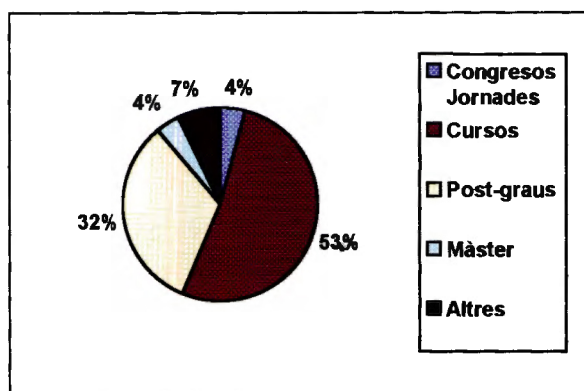
Gràfic 4. Distribució per torn de treball

Pel que fa a la sol·licitud de canvi de torn la proporció del personal que ho ha demanat no és significativa, només representa un 10% de la totalitat. Podem afirmar que, pel que fa al torn en el qual realitzen la seva tasca, els professionals estan satisfets.



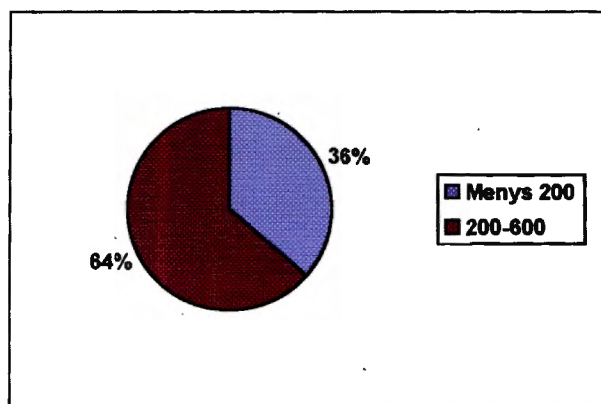
Gràfic 5. Demanat canvi de torn.

En la Formació realitzada pel personal en els últims cinc anys destaquen dos respostes: en primer lloc els cursos amb temari divers (52.1%) i, en segon lloc, la realització de Post-graus (32.4%). Hi ha una proporció important de professionals que es formen i, per altra part, un percentatge molt elevat que ha realitzat Post-graus, que és una formació més específica i de més reconeixement acadèmic i qualitat.



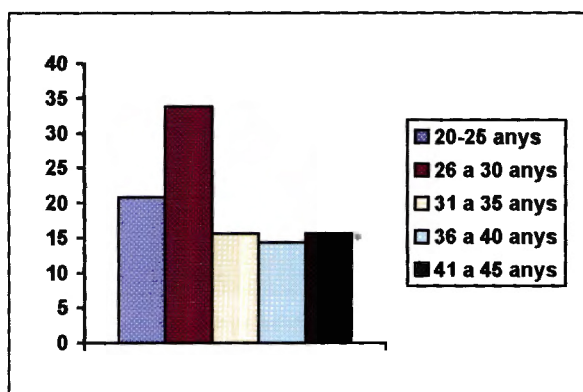
Gràfic 6. Tipus de formació.

La **distribució per centres** dels professionals que han respost als qüestionaris és molt desigual en l'hospital A que han respost (63.6%) de la totalitat de qüestionaris recollits i en el hospital B ha estat del (36.4%).



Gràfic 7. Distribució per centre.

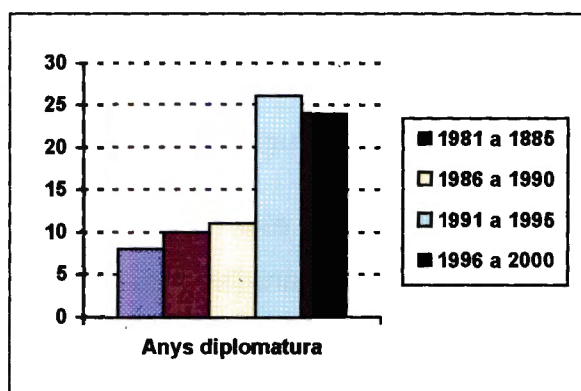
La **distribució per edats** ens dona la visió general d'un col·lectiu jove, ja que la proporció majoritària és la de la franja de 26 a 30 anys (33.8%), la resta d'edats tenen una proporció molt similar destacant entre aquestes la de 20 a 25 anys que representa un 20.8%.



Gràfic 8. Distribució per edats.

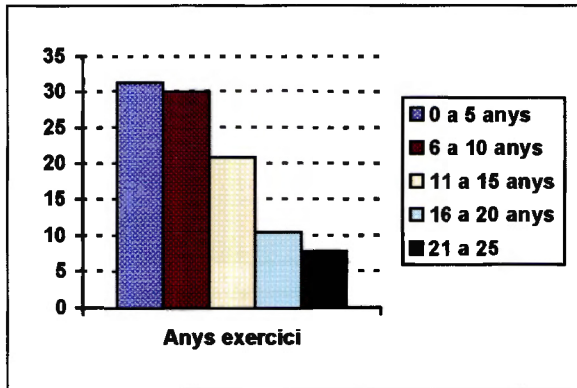
Respecte a l'any de diplomatura la majoria està inclosa en la franja del 1991 al 1995 (33.8%) amb una diferència molt poc significativa amb els van acabar la carrera durant els anys 1996 al 2000 (28.6%).

Podem afirmar que és un col·lectiu que ha acabat la diplomatura molt recentment, per la qual cosa han estat formats segons el pla d'estudis en el que es potencia el rol autònom de la infermeria envers del pla d'estudis antic, en què eren tècnics sanitaris on es potenciava la vessant tècnica de la professió d'infermeria.



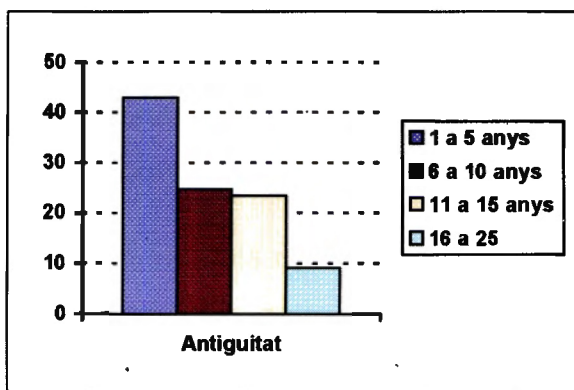
Gràfic 9. Any de diplomatura.

Respecte als anys d'exercici professional hi ha dos grups molt similars, un és el de 1 a 5 anys (31.2%) i l'altre de 6 a 10 anys (29.9%). Podem afirmar que el col·lectiu general estat inclòs entre 1-10 anys d'exercici, és un grup jove en quan al exercici de la seva professió



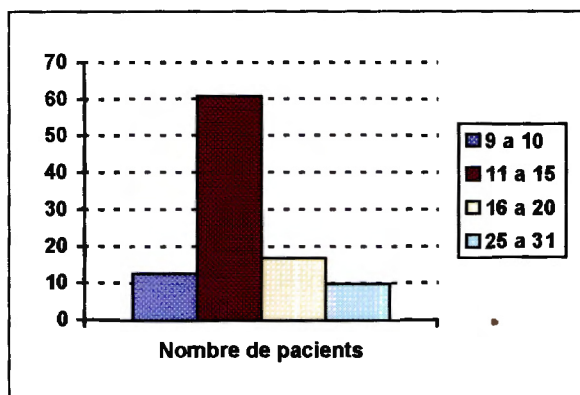
Gràfic 10. Anys d'exercici professional.

Respecte a l'**antiguitat en el centre** la meitat aproximadament porten en el mateix centre d'1 a 5 anys (42.9%), o sigui que és personal relativament nou en les institucions.



Gràfic 11. Antiguitat en el centre.

Pel que fa al **nombre de pacients** que tenen assignats cada infermera hi ha un 60.6% que tenen una mitjana de 12 a 15 usuaris. Existeix una dada curiosa, que és que després apareixen amb un 16.9% les infermeres que són responsables de 16 pacients concretament i un 9.9% que tenen o 27 o 31 usuaris, i per últim un 12.6% assumeixen de 9 a 10 malalts.



Gràfic 12. Nombre de patients.

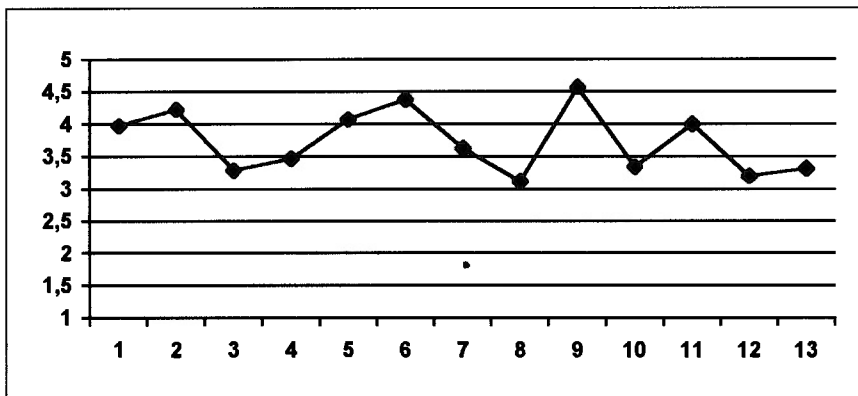
Exposem els resultats de l'estadística inferencial agrupant-los segons la formulació de la hipòtesis i les variables ajudant-nos de les taules i gràfiques que a continuació presentem:

El nivell de **satisfacció general dels professionals** d'infermeria enquestats ha estat molt positiu, ja que podem observar en el gràfic que totes les respostes es troben situades per sobre del nivell 3, que és el nivell mig de l'escala de valoració, que abasta des de la puntuació mínima d'1 fins a la màxima de 5 punts.

Els ítems que han estat valorats de manera més baixa (sense oblidar-nos que la valoració estat situades entre 3 i 5 punts) han estat: els recursos materials del quals es disposa per realitzar la feina, el tema de la formació continuada que ofereix l'hospital, la formació que facilita aquest, si té relació amb la feina que desenvolupen, la participació en reunions assistencials i, per últim, si es troben solucions respecte a dubtes sobre procediments, circuits....., en la documentació disponible en les unitats.

Al contrari els ítems valorats més positivament han estat: la valoració de les relacions amb l'equip multidisciplinar, si es treballava en equip, i l'habilitat per realitzar les tasques i procediments que requereix la feina i, per últim, si creien què era necessari formar-se per treballar millor, aquest ha estat el més puntuat amb un 4.57.

Grau de satisfacció	Mitja	Desviació
1. Els coneixements teòrics que tens per la feina que desenvolupes	3.97	0.68
2. L'habilitat que tens per realitzar les tasques i procediments que requereix la teva feina	4.23	0.62
3. Els recursos materials de què disposes per fer la feina	3.28	0.87
4. L'adequació de l'estructura física del teu entorn de treball	3.46	0.90
5. L'atenció d'infermeria que rep el pacient es la adient	4.07	0.87
6. Les relacions interpersonals que tens amb l'equip d'infermeria amb qui treballes son	4.38	0.67
7. Les relacions interpersonals que tens amb l'equip multidisciplinar	3.62	1
8. La formació continuada que ofereix l'Hospital	3.11	1.11
9. Creus que és necessari formar-te per a treballar millor?.	4.57	0.71
10. La formació que et facilita l 'Hospital té relació amb la feina que desenvolupes	3.33	1.07
11. Treballes en equip?	4	1.11
12. Participes en aquelles reunions que s'organitzen per solucionar problemes assistencials.?	3.19	1.30
13. Les solucions dels teus dubtes respecte a procediments, circuits., les trobes amb facilitat a la documentació que hi ha a la Unitat.	3.31	0.86



Gràfic 13. Satisfacció-opinió general dels professionals d'infermeria.

L'opinió dels professionals d'infermeria sobre la Gent Gran ha estat molt dispar, és a dir, ens hem trobat respostes en els dos extrems: amb puntuació des d'1 fins a 5. Hem de tenir en compte que han hagut ítems que si han estat respost com a 1 els considerem com a positius i altres que si han estat contestat amb un 5 els considerem resposta positiva per la qual cosa que passarem a analitzar els ítems individualment.

En la valoració a l'ingrés tots els professionals opinen què ha de ser diferent respecte al d'una persona jove.

Respecte si requereixen més temps d'atenció d'infermeria tots coincideixen de manera afirmativa, motiu pel qual les valoracions al respecte han estat sobre 4 i 4'5.

En els ítems sobre els sentiments de molèstia, rebuig o protecció la puntuació ha estat negativa, és a dir, d'1, però la valoració ha estat positiva perquè això vol dir que la Gent Gran no desperten aquest tipus de sentiment.

Els que han presentat una puntuació màxima de 5 han estat dos ítems un ha estat la importància de la implicació de la família en les cures de la Gent Gran i l'altre l'importància de l'anamnesi a l'ingrés.

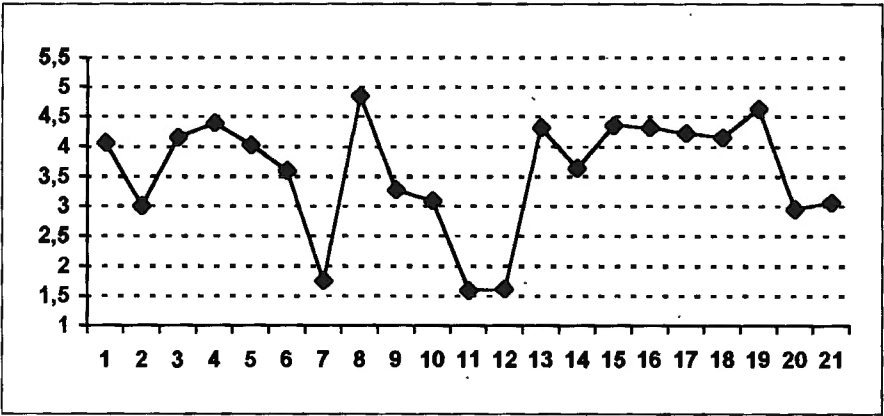
Han estat valorades entre 4 i 4'5 les preguntes relacionades amb el cuidador. Si es permet la participació del cuidador en les activitats diàries i també si es coneix a aquesta persona.

Igualment han estat molt positives les respostes sobre el registre de l'atenció donada, la participació i execució de les cures i la rebuda de la infermera responsable en el moment de l'ingrés.

La pregunta sobre si es realitza una bona planificació a l'alta ha estat neutral amb una puntuació de 3. Això és contrari amb l'anamnesi a l'ingrés que ha estat valorada amb una puntuació màxima de 4'64.

Opinió sobre la Gent Gran	Mitja	Desviació
1. La valoració a l'ingrés d'un pacient més gran de 65 anys ha de ser diferent d'una persona jove?	4,07	1.14
2. Quan tens persones grans al teu càrrec les consideres com un repte professional?	3,01	1.10
3. Creus que les persones grans, requereixen més temps d 'atenció d' infermeria per la facilitat a patir complicacions?	4,16	1.01
4. Creus que les persones grans, requereixen més temps d 'atenció d' infermeria per la seva pluripatologia?	4,40	0.83
5. Creus que les persones grans, requereixen més temps d 'atenció d' infermeria per la seva fragilitat?	4,03	0.99
6. Creus que les persones grans, requereixen més temps d 'atenció d' infermeria per que son pacients aguditzats?	3,60	1.29
7. Quan tens persones grans al teu càrrec les consideres un problema?	1,76	0.98
8. Consideres que es important la implicació de la família en les cures de la persona gran?.	4,85	0.35
9. Les persones grans et produeixen un sentiment d'admiració?	3,28	1.01
10. Les persones grans et produeixen sovint un sentiment de protecció?	3,10	1.07

11. Les persones grans et produeixen sovint un sentiment de molèstia?	1,59	0.85
12. Les persones grans et produeixen sovint un sentiment de rebuig?	1,61	1.14
13. Et comuniqués bé amb la Gent Gran?	4,33	0.77
14. Coneixes habitualment al cuidador principal de les persones grans?	3,64	0.97
15. Permits la participació del cuidador principal en les activitats diàries?	4,36	0.77
16. Participes en la planificació i l'execució de les cures d'infermeria?	4,33	0.83
17. Registres l'atenció donada al pacient o al familiar?	4,23	0.92
18. És l'infermer/a responsable la que rep al pacient en el moment de l'ingrés?	4,16	1
19. Creus que l'anamnesi a l'ingrés és important?	4,64	0.58
20. A l'ingrés d'una persona gran, es posa en marxa tot l'equip multidisciplinari?	2,96	1.03
21. Creus que realitzes una bona planificació a l'alta?	3,07	1.07



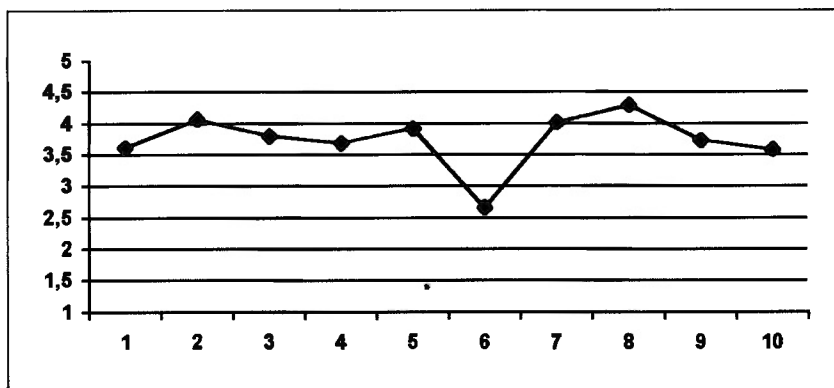
Gràfic 14. Opinió sobre la Gent Gran.

La valoració general dels factors de **satisfacció-opinió** dels professionals d'infermeria ha estat la següent: Els ítems s'han englobat segons el tema al que feien referència en 10 subítems per poder resumir les valoracions.

Com es pot veure en el gràfic, tots els ítems han estat valorats de manera positiva per sobre de la mitja que era el 3, a excepció del punt 6 en què es preguntava sobre els sentiments cap a la Gent Gran en què hi havia ítems que si es contestaven amb puntuacions baixes eren unes respostes positives, per exemple: la Gent Gran et produeix un sentiment de rebuig? La resta tots estan inclosos del 3'5 al 4 destacant per sobre amb una puntuació de 4'5 l'ítem sobre el cuidador.

Factors generals	Mitja	Desviació
1. Recursos	3,62	0,51
2. Atenció	4,07	0,87
3. Equip	3,80	0,74
4. Formació	3,69	0,75
5. Cures	3,92	0,52
6. Sentiments	2,66	0,51
7. Temps	4,02	0,89
8. Cuidador	4,29	0,52
9. SATISFACCIÓ	3,73	0,49
10. OPINIÓ	3,58	0,36

(Remetem al lector a la pagina 118).

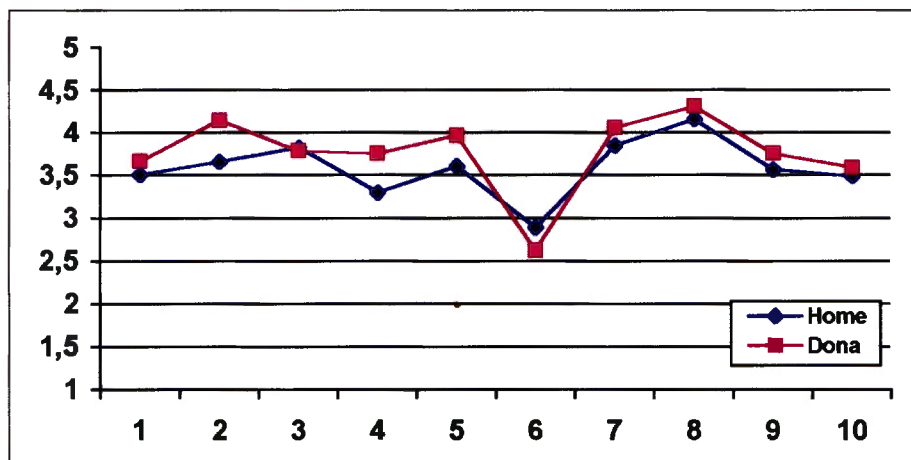


Gràfic 15. Valoració general dels factors de satisfacció-opinió.

La valoració general dels factors de **satisfacció-opinió segons el sexe** dels professionals enquestats ha estat la següent: hi ha hagut diferències significatives en tres apartats en què les dones ho han puntuat de manera més elevada que els homes, aquests han estat les preguntes sobre l'atenció d'infermeria que rep el pacient, la formació i, per últim, si la Gent Gran requereix més temps d'atenció d'infermeria. Però podem afirmar que en línies generals les puntuacions donades a totes les preguntes ha estat molt similar.

Factors generals	Home (1)	Dona (2)	Signif.	Diferen.
1. Recursos	3,51	3,67	-	-
2. Atenció	3,66	4,15	P<0.05	1<2
3. Equip	3,83	3,79	-	-
4. Formació	3,30	3,76	P<0.05	1<2
5. Cures	3,61	3,97	P<0,029	1<2
6. Sentiments	2,89	2,62	-	-
7. Temps	3,85	4,06	-	-
8. Cuidador	4,16	4,31	-	-
9. SATISFACCIÓ	3,57	3,76		
10. OPINIÓ	3,49	3,59	-	-

(Remetem al lector a la pagina 118).

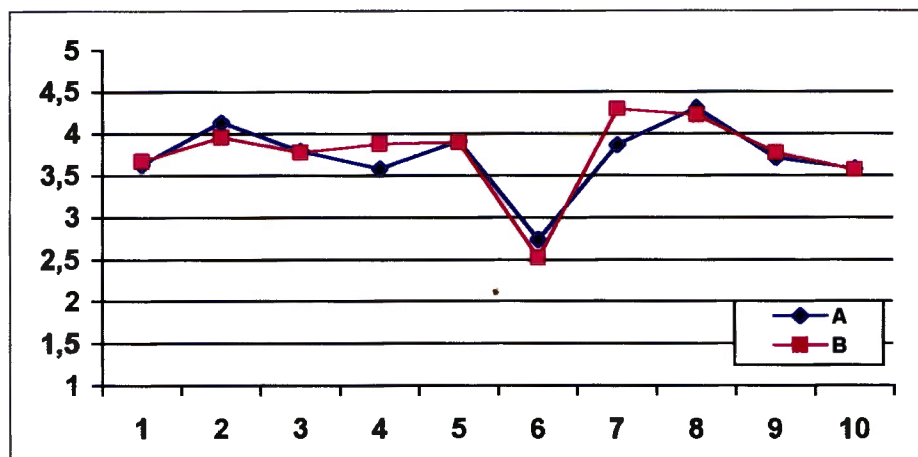


Gràfic 16. Valoració general dels factors de satisfacció-opinió segons el sexe

La valoració general dels factors de **satisfacció-opinió respecte als dos centres enquestats** ha estat molt igualada, només apareix una diferencia significativa que és en l'ítem sobre si la Gent Gran requereix més temps d'atenció d'infermeria en el Hospital A, els professionals enquestats consideren què es requereix més temps.

Factors generals	A (1)	B (2)	Signif.	Diferen.
1.Recursos	3,63	3,67	-	-
2.Atenció	4,14	3,96	-	-
3.Equip	3,80	3,78	-	-
4. Formació	3,58	3,88	-	-
5. Cures	3,92	3,90	-	-
6. Sentiments	2,74	2,52	-	-
7. Temps	3,87	4,30	P<0,39	1<2-
8. Cuidador	4,31	4,23	-	-
9. SATISFACCIÓ	3,71	3,77	-	-
10. OPINIÓ	3,58	3,57	-	-

(Remetem al lector a la pagina 118).

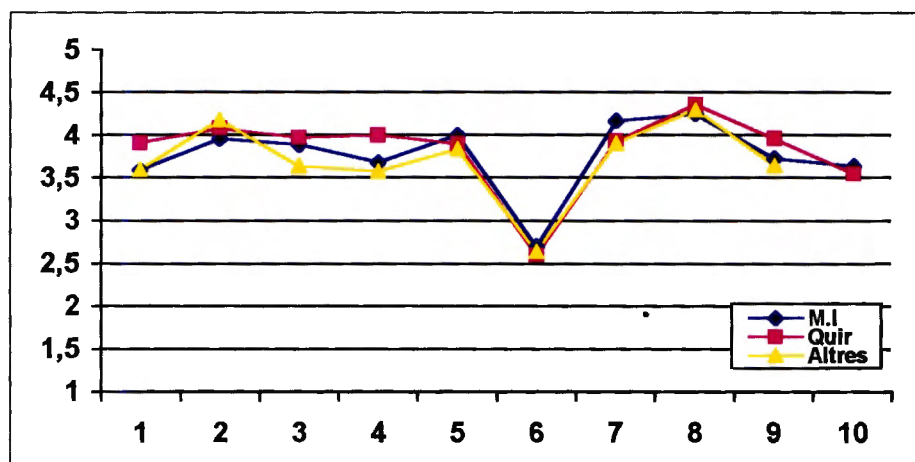


Grafic17. Valoració general dels factors de satisfacció-opinió segons el centre

La valoració general de la **satisfacció-opinió segons l'àrea de treball** és la següent: no apareixen respostes significatives a destacar, la valoració de tots els professionals ha estat molt igualada. Només destaca el fet que en l'ítem d'atenció d'infermeria els professionals de M. I. I quirúrgiques pensen que es requereix més temps que en els altres serveis.

Factors generals	M. I	Quir	Altres	Signif.	Diferen.
1. Recursos	3,59	3,91	3,60	-	-
2. Atenció	3,96	4,08	4,18	-	-
3. Equip	3,89	3,97	3,64	-	-
4. Formació	3,68	4,00	3,58	-	-
5. Cures	4,00	3,90	3,84	-	-
6. Sentiments	2,70	2,60	2,64	-	-
7. Temps	4,17	3,93	3,91	-	-
8. Cuidador	4,25	4,36	4,30	-	-
9. SATISFACCIÓ	3,73	3,96	3,65	-	-
10. OPINIÓ	3,64	3,55	3,53	-	-

(Remetem al lector a la pagina 118).

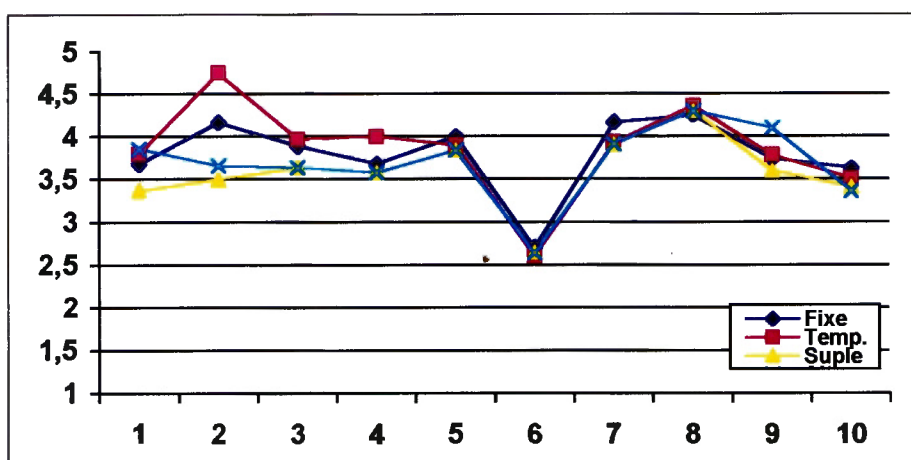


Gràfic 18. Valoració satisfacció-opinió segons l'àrea de treball.

La valoració de la **satisfacció-opinió segons el tipus de contracte** només apareix un ítem que ha estat valorat diferent depenent del tipus de contracte ha estat el que tracta sobre l'atenció d'infermeria que rep el pacient, en el que el personal fix i en contracte temporal ho han valorat amb una puntuació més alta que el personal de suplències.

Factors generals	Fix (1)	Temp. (2)	Suple (3)	Altres (4)	Signif.	Diferen.
1. Recursos	3,68	3,80	3,37	3,86	-	-
2. Atenció	4,17	4,75	3,50	3,66	P<0,02	3< 1.2
3. Equip	3,79	3,56	3,84	4,16	-	-
4. Formació	3,61	3,75	3,80	4,55	-	-
5. Cures	3,94	4,00	3,77	4,00	-	-
6. Sentiments	2,74	2,35	2,50	2,23	-	-
7. Temps	4,16	4,12	3,47	3,50	P<0.6	3<1
8. Cuidador	4,26	4,25	4,41	4,33	-	-
9. SATISFACCIÓ	3,74	3,78	3,60	4,10	-	-
10. OPINIÓ	3,63	3,51	3,41	3,36	-	-

(Remetem al lector a la pagina 118)

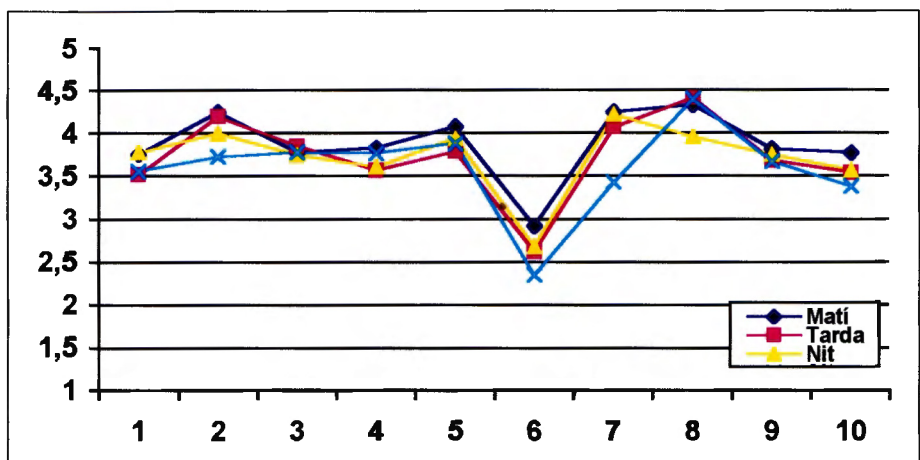


Gràfic 19. Valoració satisfacció-opinió segons el tipus de contracte.

La valoració general de **satisfacció-opinió segons el torn de treball** presenta diferències significatives en 3 ítems que són: sobre si la Gent Gran requereix més temps d'atenció d'infermeria, en què tots els torns ho han puntuat molt alt a excepció que l'apartat dels altres, respecte l'ítem del cuidador que el torn de matí i tarda ho valoren més alt que el torn de nit i, per últim, l'opinió general sobre la Gent Gran en què el torn de matí ho ha puntuat molt més alt que la resta de torns.

Factors generals	Matí (1)	Tarda. (2)	Nit (3)	Altres (4)	Signif .	Diferen .
1. Recursos	3,76	3,52	3,78	3,56	-	-
2. Atenció	4,25	4,20	4,00	3,73		
3. Equip	3,78	3,85	3,75	3,78	-	-
4. Formació	3,83	3,56	3,61	3,77	-	-
5. Cures	4,08	3,79	3,94	3,88	-	-
6. Sentiments	2,92	2,62	2,68	2,35	-	-
7. Temps	4,25	4,07	4,22	3,43		
8. Cuidador	4,33	4,41	3,96	4,40	-	-
9. SATISFACCIÓ	3,82	3,68	3,75	3,67	-	-
10. OPINIÓ	3,77	3,54	3,57	3,38	-	-

(Remetem al lector a la pagina 118)



Gràfic 20. Valoració satisfacció-opinió segons el torn de treball.

V1																	
V4	-.91 ***																
V5	.75 ***	.79 ***															
V11																	
Sati																	
Opinió	.23 *	.29 **	.24 *		.40 ***												
Recursos		.22 *			.74 ***	.29 **											
Atenció					.48 ***	.22 *	.39 ***										
Equip					.78 ***	.35 **	.31 **	.23 *									
Forma					.75 ***	.23 *	.39 ***		.47 ***								
Cures						.78 ***	.48 ***	.36 **	.42 ***	.46 ***							
Sent.	.28 *	.25 *				.58 ***											
Temps	.27 *	.33 **				.67 ***								.30 **	.23 *		
Cuidador					-.24 *		.25 *							.25 *	-.29 **		
	V1 Edat	V4 Antiguitat	V5 Ant.centre	V11 Nombre p	Satisfacció	Opinió	Recursos	Atenció	Equip	Formació	Cures	Sentiments	Temps				

Una vegada analitzades les diferències en funció de les variables treballades que són: edat, anys de professió, anys d'acabament estudis, anys d'exercicis, antiguitat, rati infermera-usuari, nivell de satisfacció..., ens va semblar adient estudiar la relació entre les variables utilitzades en l'estudi.

Van implicar variables personals (edat, antiguitat...) en relació amb la resta de variables (satisfacció, opinió, recursos....).

Respecte a les primeres es relacionen significativament, com era d'esperar tant pel que fa referència a l'antiguitat en el centre com en l'edat dels professionals. O sigui que va en proporció, les persones de més edat corresponen a les que tenen més antiguitat en el centre.

Per contra aquesta variable (edat) no es relaciona amb el nombre de pacients al seu càrrec.

En relació amb les variables opinió, valoració, etc las variables personals (antiguitat, edat) es relacionen positivament, és a dir, a més edat dels professionals més bona opinió tenen envers la Gent Gran.

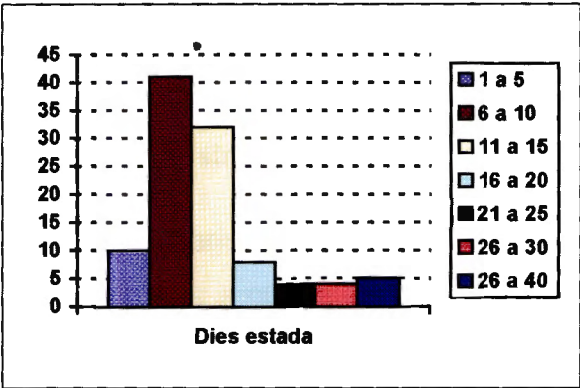
Les variables institucionals (recursos, atenció, formació, treball amb equip), es relacionen entre si mateixes de manera positiva, per exemple quan més valoració es dona als recursos que es disposa major puntuació.

L'opinió sobre la Gent Gran es relaciona amb totes les variables a excepció amb les variables del cuidador i el nombre de pacients, és a dir, que els professionals que tenen sota la seva responsabilitat un nombre més gran d'usuaris tenen pitjor opinió sobre el cuidador principal.

Per últim, la variable cuidador es relaciona negativament amb el sentiment, a més sentiments positius dels professionals menys valoració del cuidador principal. I d'altre banda, quan existeix un major nivell de cures més alta és la valoració d'aquest.

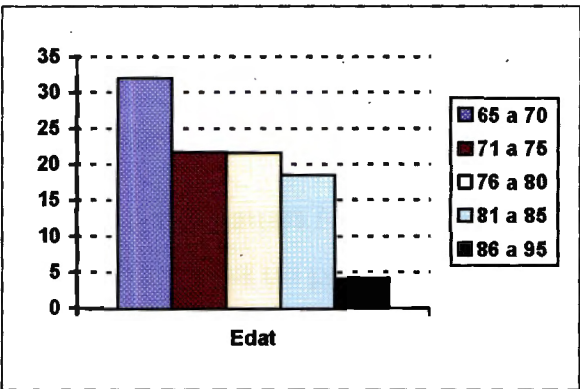
• **USUARIS**

Els **dies d'estada** el grup majoritari ha estat una mitjana de 6 a 15 dies (73%) i dintre d'aquest destacaríem el de 6 a 10 dies amb un 41%.



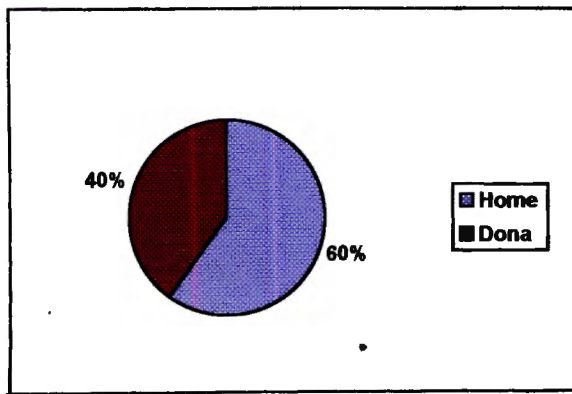
Gràfic 21. Dies estada.

La distribució per **edats** la més representativa ha estat la del 65 fins a 70 anys amb una proporció del 32%, hi ha dues franges equitatives que són les que engloben dels 71 al 75 anys amb un 21.7% de distribució i les de 76 fins als 80 anys amb un 21.6%. La resta de distribucions no han estat significatives.



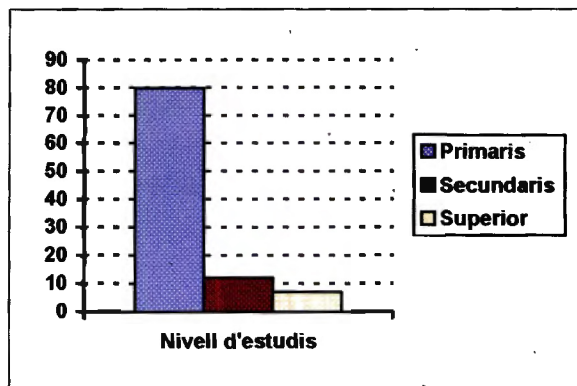
Gràfic 22. Distribució per edats.

La distribució per **sexe** dels usuaris ha estat molt superior la quantitat de persones del sexe masculí (60%) que han estat ateses en el nostres hospitals enquestats que el nombre de dones (40%).



Gràfic 23. Distribució segons el sexe.

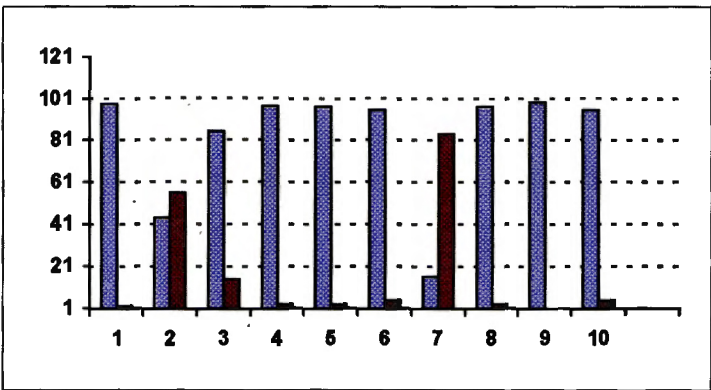
El **nivell d'estudis** dels usuaris enquestats majoritàriament estan inclosos en el nivell d'estudis primaris amb un 79.8%, estan els altres dos nivells amb molt poca representativitat.



Gràfic 24. Nivell d'estudis.

En general la **satisfacció del usuari** ha estat molt elevada, gairebé arriben a una puntuació del 100%. Hi ha un punt que destaca amb valoració mitja: és que no recorden el nom de la infermera responsable i un altre que ha estat valorat negativament és en la pregunta en què l'enunciat ha estat formulat en negatiu (si va trigar a atendre'l la infermera?).

	SI	NO
1. En arribar a la unitat el/la va rebre la infermera responsable de les seves cures.	98	2
2. Recorda el nom de les infermeres que tenia vostè assignades.	44	56
3. Li va fer la infermera una entrevista quan va ingressar?	85	15
4. Considera suficient l'informació que li van donar sobre la seva malaltia, el seu tractament i la seva evolució	97	3
5. Si vostè feia algun suggeriment creu que la infermera la tenia en compte	97	3
6. Li va comunicar la infermera les proves que se li farien amb suficient antelació	95	5
7. El personal d'infermeria va trigar en atendre'l quan ho va necessitar	16	84
8. Creu vostè que la seva atenció ha estat correcta per part de les infermeres	97	3
9. Aconsellaria a altres persones que vinguessin al nostre hospital	99	1
10. L'atenció que ha rebut per part de la infermera creu que ha estat personalitzada.	95	5



Gràfic 25. Satisfacció dels usuaris.

I. VALORACIÓ DELS RESULTATS I CONCLUSIONS.

El col·lectiu majoritari que ha respòs als qüestionaris pertanyen al del sexe femení amb una mitjana d'edat inclosa entre els 26 i 30 anys, amb contracte fix, del torn de matí o tarda indistintament i que realitzen la seva tasca assistencial en les unitats de medicina interna.

L'any de diplomatura està ubicat entre la franja de l'any 1991 i el 1995, amb una diferència molt poc significativa amb els que pertanyen als anys de 1991 fins al 2000, per lo que es pot afirmar que tenen una formació on es potencia el rol autònom de l'infermeria envers el pla d'estudis anteriors on es prioritzava més la vessant tècnica.

Es un grup professionalment jove en què els anys d'exercici està entre els 1 al 10 anys.

En els darrers 5 anys el nivell de formació ha estat òptim, ja que la majoria ha realitzat algun tipus de formació, com pot ser Cursos, Congressos,,,, destacant un 32% que ha dut a terme un Postgrau que representa una formació de mes Qualitat.

El nivell de satisfacció general dels professionals d'infermeria ha estat molt positiu destacant la valoració de les relacions amb l'equip multidisciplinar, el fet de treballar en equip i la necessitat de formar-se amb la finalitat d'augmentar el nivell de Qualitat del seu treball.

Respecte a l'opinió dels professionals d'infermeria sobre la Gent Gran creuen què la valoració a l'ingrés de la persona gran ha de ser diferent que la de l'usuari més jove. Tots opinen què requereixen més temps d'atenció d'infermeria.

La Gent Gran no desperta sentiments pejoratius ni negatius en les infermeres/rs.

La puntuació màxima de tots els ítem que constava el qüestionari ha estat per la pregunta que tractava sobre l'importància de l'implicació de la família en les cures de la Gent Gran i l'altra la importància de l'anamnesi a l'ingrés. Per sota

amb una valoració molt elevada, ens trobem la participació del cuidador en les activitats diàries, el registre de l'atenció donada, la participació i execució de les cures i per últim si l'infermera responsable es la que rep al pacient en el moment de la seva arribada a l'unitat.

La planificació a l'alta ha estat valorada amb un tres, es a dir s'han mantingut en un nivell que podem dir neutral, en contra de l'anamnesi a l'ingrés que ha estat qualificada amb una puntuació màxima. Podem afirmar que es dona molta importància a l'avaluació d'infermeria en contraposició a la de l'alta que inclòs a vegades no s'elabora, el que no coneixem son els motius que porten als professionals a opinar i consegüentment a actuar així.

Apareixen tres ítems en què les dones han puntuat de manera més elevada que els homes, que han estat: l'atenció d'infermeria que rep l'usuari, la importància de la formació i per últim si la Gent Gran requereix més temps d'atenció d'infermeria, la resta de qüestions han estat valorades de manera molt similar entre els dos sexes.

Respecte als dos centres només hi ha una diferencia significativa en què l'hospital A, considera que la Gent Gran té uns requeriments de temps més elevats que l'hospital B.

Cal destacar el fet que els professionals d'infermeria que porten a terme la seva tasca assistencial en les unitats de medicina interna i en les quirúrgiques pensen què es requereix més temps que en els altres serveis. L'explicació lògica seria, perquè en aquest servei la mitjana d'edats dels usuaris és més alta que en la resta i el mateix passa amb les estades.

Sobre l'atenció d'infermeria que rep el pacient, el personal fix i amb contracte temporal ho han valorat amb una puntuació més alta que el personal de suplències. Pot ser degut a que amb l'experiència professional l'infermera es més realista a l'hora de poder comparar amb els recursos de que es disposa i l'atenció que es dona i el personal nou que acaba els estudis tenen una idea més teòrica e ideal de lo que es l'infermeria i opinen que es tindria que donar una atenció millor.

En àdhuc a la importància del cuidador, el personal del torn de matí i tarda creuen que es prioritari en contraposició amb els del torn de nit. Això és lògic ja que es té més contacte amb els familiars i/o acompanyats dels usuaris el torn de dia que el de nit i perquè dediquen part del seu temps a realitzar educació sanitària.

Respecte als usuaris l'estada mitjana està inclosa entre els 6 als 15 dies amb una edat compresa entre els 65 anys fins als 70, majorment de sexe masculí i amb estudis primaris.

La puntuació ha estat molt elevada gairebé 100%. Hi ha un aspecte que és que no recorden el nom de l'infermera, però hem de tenir en compte que estem tractant de Gent Gran en què el grau de memòria està disminuït.

Aquesta valoració tan positiva dels usuaris hem de donar-li una lectura més alta si es pot, ja que la Gent Gran per norma son persones que tenen un nivell de satisfacció molt alt i que costa assolir.

Després d'aquesta valoració dels resultats poden establir com a conclusió final que:

- I. La valoració de la Gent Gran ha de ser específica per aquest usuari.
- II. L'importància de realitzar una correcta i completa anamnesi a l'ingrés de la Gent Gran.
- III. S'ha d'implicar al cuidador principal en les cures d'infermeria durant l'estada hospitalària com l'alta a domicili.
- IV. La formació és bàsica per poder donar unes cures d'infermeria de Qualitat. S'especifica sobre la formació en geriatria.
- V. El nivell de satisfacció és molt alt per lo que els professionals estan molt motivats.
- VI. L'opinió general dels professionals d'infermeria sobre la Gent Gran és molt bona.

VII. Pels professionals la Gent Gran requereix més temps d'atenció d'infermeria.

VIII. Donen molta importància a les relacions amb l'equip multidisciplinari i el fet de treballar en equip.

Amb aquestes conclusions podem corroborar que la nostra hipòtesi es confirma.

J. PROPOSTES.

Una proposta aniria encaminada a solventar o conèixer més a fons el fet de la manca de complementació de l'informe d'alta. Podríem planificar:

1. Fer una revisió de l'informe d'alta per comprovar les causes de la manca de complementació i valorar l'origen d'aquesta, si és per una complexitat del format, per una falta de consciència del personal d'infermeria sobre l'importància d'aquest registre.....
2. Motivar al personal de les unitats per tal que prenguin part d'aquest estudi i que participin en l'elaboració d'un nou imprès que faciliti aquesta tasca.
3. Conscienciar als professionals de la importància del registre, ja que estem parlant de pacients geriàtrics en què la continuïtat de les cures és un aspecte clau i bàsic i per poder aconseguir-ho és imprescindible que la informació del pacient arribi als professionals d'infermeria que realitzen la seva tasca en diferents camps professionals (atenció primària, hospitalització, sociosanitaris...) però tenint en comú el mateix usuari.
4. Creació d'un equip en el qual participi personal de les unitats d'infermeria, que realitzi periòdicament un seguiment i que informi al personal de les possibles desviacions observades.

5. Realitzar reunions amb el personal d'infermeria assistencial i que amb la seva col. laboració aportin propostes de millora.

Una altra proposta seria fer incidència en la necessitat de formació continuada en temes de Geriatria i Gerontologia per part del personal d'infermeria que realitza la seva feina en unitats on els ingressos de persones majors de 65 anys són cada vegada més freqüents i així poder oferir unes cures de major Qualitat en els hospitals d'aguts

Una altra línia de proposta de millora seria realitzar un estudi de càrregues de treball per tenir unes dades científiques que avalin si és real que la Gent Gran requereixen més temps d'atenció d'infermeria

Per últim elaborar registres en què s'impliquin al cuidador principal de la Gent Gran desde el moment de l'ingrés, per poder donar unes cures de Qualitat durant la seva estada en l'hospital i poder treballar per elaborar una correcta alta hospitalària.

K. BIBLIOGRAFIA EMPRADA.

1. Benavente E., Camaño R., Cuesta A. Metodologia en enfermeria. Valencia: INO Reproducciones, 1999
2. David C. Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: Los gráficos de control estadístico del Proceso. Monografias de economía y gestión. 1994, I (3). M/C/Q ediciones,
3. Garcia M,(et al). Enfermería geriátrica. Científicos y técnicos. Serie de Manuales de Enfermería, 1992 (pp1,10)
4. Garcia M., Torres M^a P, Ballesteros E .Enfermería Geriátrica. Barcelona :Masson S.A, 1997 (pp15)
5. Garcia M, Torres M^a P, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. Serie de manuales de enfermería. Barcelona: Científicas y técnicas, 1993

6. Garcia M^o C., Tous M^o. Motivación y vejez. Barcelona, 1992
7. Gili M^a P. Unidades Hospitalización: Tendencias actuales de diseño. Fundación Avedis Donabedian, 1991
8. Gonzalez J. L., Rodriguez C., Salazar J. M., Sobrino R. ¿Qué opinan los jóvenes de los ancianos? Revista Rol de Enfermería 1997; diciembre (232): 66-69.
9. Gonzalez A. Enfermería en atención especializada. Edición para el desarrollo de la enfermería. Madrid: Olalla, 1996
10. Jiménez M^a A . La Calidad como estrategia competitiva. Gestión, Rentabilidad y Auditoría. Albacete: Tebas Eloros, S.L, 1996
11. Ministerio de Asuntos Sociales y Instituto Nacional de Servicios Sociales. Cuidados en la vejez, el apoyo social. Madrid: Inerser. Ministerio de Asuntos Sociales, 1995
12. Model d'atenció Socio-Sanitaria a Catalunya. Pla de Salut. Quadern n^o 5.
13. Pallares L, Garcia M J . Guia práctica para la evaluación de la calidad en la atención enfermería. Madrid, Olaya S.L, 1996.
14. Pérez F., Font A., Ernesto M., Nicolas C., Guirao A.. Autocuidado y calidad de vida. Index de Enfermería 1996; (18): 15-19.
15. Robbins S. Comportamiento Organizacional Teoría y práctica. 7^a ed. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana, 1992
16. Staab S.A., Hodges L.C. Enfermería gerontológica. México: Graww Hill Interamericana, 1997

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA I D'AMPLIACIÓ.

17. Algase D., Beck C., Kolanowski S., Whall A., Berent S., Richards K., Beattie E. Conductas motivadas por una necesidad en personas con demencia. Revista Metas de Enfermería. Marzo, II(13): 28-37, 1999

18. Almodovar M^a.A., Berjón M^a.A., Cuenca M^a. R., Fraile A., Garcia M. *Psicología del trabajo* Barcelona.:Ed.Instituto Nacional de Seguridad i higiene en el trabajo.,1999
19. Beavuvuir, R (1970).Garcia Hernandez, Torres Egea, Ballesteros E. *Enfermería geriátrica*. Barcelona: Masson- Salvat. Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya. El decàleg de Gerontologia. Papers d'infermeria 2000;maig, 5.,1997
20. Corrales D. Organización, funciones y eficiencia de Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*.1998; diciembre, (244): 11-15.
21. Cuatrecasas LL.. *Getión integral de la calidad. Implantación, control y certificación*. 1^a Ed. Barcelona: Gestión 2000 S.A, 1999
22. Donabedian A., *Garantía y mejora de la calidad de la atención médica*. México. Instituto Nacional de Salud Publica. 1^a reimpresión. Doyma,1992
23. Flores E, NicolasM.(19)"Actitudes y motivación de las enfermeras por la atención a los ancianos". *Revista Gerokomos*, 15, .95-101.
24. Frias A.. *Calidad en salud, una demanda social*. Index de Enfermería. 1995; (11):7-8.
25. Guimaraes O, Apda R, Rodrigues P.*Representaciones del cuidador familiar*. *Revista Rol de Enfermería*. 1999; junio, 22 (6): 453-464.
26. Hayes B. *Cómo medir la satisfacción del cliente*. 2^a. ed.Barcelona: Gestión 2000, 1999
27. Horovits J., Jurgens M. *La satisfacción total del cliente. La estrategia de 25 compañías europeas líderes en calidad de servicio*. 1^a ed. Madrid: Mac Graw-Hill Interamericana de España S.A, 1996
28. Huder d. . *Liderazgo y Administración en enfermería*. Mexico : Mc Graw-Hill. Interamericana, 1999

29. Huxtable N. Calidad total para la pequeña y mediana empresa. Madrid: Turpial S.A, 1998
30. Jiménez L., Lafuente D., Hernández B., Fernández C., Hinar C. Ancianos: calidad de vida y necesidades básicas. Revista Rol de Enfermería. 1999; 22 (11): 732-746.
31. Join Commisió . Estandares de acreditación de Hospitales. Barcelona 2ª ed. Viena Serveis Editoriales, S.L, 1998
32. Kane R., Ouslander J., Abrass I. Geriátría Clínica. 3ª ed: México, McGraw-Hill Interamericana.
33. Karger S. Principios básicos cuidados de enfermería. Suiza. Virginia Herdenson, 1971
34. Longo D., Bohn D. Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. 1ª ed. Barcelona: S.G, 1994
35. Marriner A. El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico. 2.ed. México: Manual moderno, 1979
36. Mason E.J. Normas de calidad de enfermería. Barcelona: 2ª ed. , 1988
37. Oterino D., Peiró S., Marchan C., Ridao M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional
38. Paris J. "No hem de confondre la gent gran amb els malalts". Infermeria Barcelona. 1999; abril, 2 (18): 25-29.
39. Pérez L. Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. Madrid: Grafoffset S.L. , 1997
40. Roca M, Ubeda I, Garcia L, Fuentelsaz C, Verdura T. ¿Se cuida a la familia de los enfermos crónicos?. Revista Rol de Enfermería. 1999, junio, 22(1): 75-78.
41. Rodríguez J.M. El factor humano en la empresa. Bilbao: Desusto, 1990

42. Sabater M^o P., López G. Demencias. Impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. Revista Rol de Enfermería. 1998; noviembre (243): 21-26.
43. Salgado A., Alarcón M^a. Valoración del paciente. Barcelona: Masson. S.A., 1993
44. Siles J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999
45. Valle J.L. (19) "La desmotivación entre los profesionales de enfermería en unidades asistenciales hospitalarias" Revista Hygia, 13, .9-10.



L. ANNEX.