

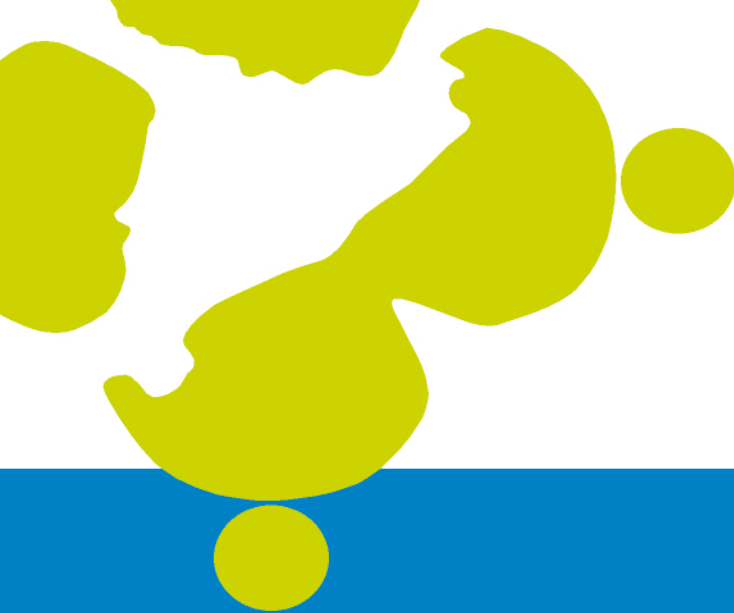
Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització

Factors que influencien la pràctica infermera



*Consell de Col·legis de Diplomats
en Infermeria de Catalunya*

desembre 2006



Directora de l'estudi: Lena Ferrús i Estopà

Podeu consultar la versió digital d'aquest treball a les planes web dels diferents Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya.

Edita: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya
1a. Edició: 1.500 exemplars
Desembre 2006

Dipòsit Legal: B-4931-2007

Direcció de l'estudi
Lena Ferrús i Estopà

Òrgan Tècnic per a l'elaboració de l'Estudi

Ma. Emília Gil i Girbau
Chus Gutiérrez i Jiménez
Mercè Estrem i Cuesta
Miguel Ángel Escobar i Bravo

**Comissió Permanent del Consell de Col·legis
de Diplomats en Infermeria de Catalunya**

Mariona Creus i Virgili, degana
Carme Puigvert i Vilalta, vicedegana
Josep Ma. Camps i Balagué, secretari
Joan López i Carol, tresorer
Olga Sala i Fornós, vocal nat
Ma. Àngels Pérez i García, vicesecretària
Núria Barrera i Uriarte, vicetresorera



Índex

1. Presentació	11
2. Introducció	15
3. Objectius	19
4. Marc metodològic	20
5. Context actual	29
6. Valors prevalents en els hospitals de Catalunya	34
7. Impacte de la dotació d'infermeres sobre els resultats de salut	36
8. Estratègies per a fidelitzar i atreure les infermeres	46
9. Ràtio malalts - infermera	49
10. Caracterització del patró de cures a l'àmbit de l'hospitalització d'aguts a Catalunya	55
11. Identificació de l'opinió dels grups d'interès	86
12. Com afrontar els factors que influeixen en la bona pràctica	99
13. Recomanacions finals	105
14. Relació de gràfics i taules	113
15. Bibliografia	116



Han participat en aquest estudi

Un nombre important de professionals han contribuït de forma significativa fent aportacions que han configurat la base del contingut d'aquest estudi:

Membres del Grup d'Estudi del Consell

Camps, Josep Ma.
Creus, Mariona
Cuxart, Núria
Gatell, Teresa
Montero, Cristina

Direccions d'Infermeria entrevistades

Andrés, Carme
Bernat, Ramona
Casacuberta, Dolors
Costa, Tomás
Cot, Roser
Cuevas, Blanca
Díez, Cristina
Escrig, Mercè
Esteve, Júlia
Esteve, Margarita
Forner, Maite
González, Ma. Lluïsa
Jover, Eulàlia
Junoy, Àngels
Martí, Núria
Muné, Lourdes
San Martín, Ma. José
Sunyer, Rosa
Travieso, Esperança
Vivet, Rosa Ma.

Membres dels grups focals

Aliu, Teresa	López, Ángeles
Amela, Teresa	Macarro, Manoli
Arco, Sandra	Martín, Alberto
Bastidas, Anna	Martín, Teresa
Bosch, Mercè	Martínez, Carme
Briansó, Maria	Mato, Olga
Castillejos, Neus	Miguel, Anna
Cedó, Montse	Minguillón, Carme
Corrales, Ester	Moreno, Ester
Cos, Pilar	Muñoz, Iolanda
Domínguez, Míriam	Ollé, Anna
Esquerra, Griselda	Pajín, Ma. Antònia
Fernández, Àngels	Parés, Anna
Ferret, Anna	Pastor, Lourdes
Foncillas, Elena	Penella, Núria
Fuertes, Maite	Piñol, Margarita
García, Gemma	Prat, Mercè
García, Glòria	Rejón, Dori
García, Paqui	Robles, Dolors
Gil, Dolors	Roca, Teresa
Gimeno, Pilar	Rodríguez, Sònia
Gonzaga, Joana	Roure, Rosa
González, Jesús	Salís, Amàlia
González, Teté	Salón, Jaume
Grabulosa, Lourdes	Santaliestra, Teresa
Gumbau, Cecília	Sariol, Ma. Teresa
Hernández, Olívia	Serrabassa, Carme
Isart, Montserrat	Sopeña, Montserrat
Jordà, Joan Carles	Soto, Ramira
Junyent, Rosa	Tarridas, Carme
Lacambra, Luci	Terradas, Pilar
Lamolla, Marian	Tor, Sara
Lavado, Yolanda	Valls, Rosa
Linares, Juana	Vilar, Ma. Jesús
Lolo, Marisol	Vizcaíno, Emília



**Altres professionals que han participat
(tallers, qüestionari, presentació primer esborrany)**

Andrés, Carme	Liñán, Lluïsa
Arbues, Ma. Teresa	Llauradó, Carme
Arrebola, Xavier	Llorens, Dolors
Balanyà, Montserrat	Martí, Núria
Batlle, Núria	Martínez, Valentí
Berrueta, Anna	Molina, Ma. José
Brunat, Ma. Elena	Muné, Lourdes
Casacuberta, Dolors	Montaña, Montserrat
Cavallé, Ma. Carme	Nicolás, Teresa
Chárlez, Marga	Ollé, Anna
Costa, Tomás	Pi, Àngels
Cuevas, Blanca	Pintado, Dolors
Del Solar, Carme	Ridao, Marisa
Díez, Cristina	Rizo, Carme
Escrig, Mercè	San Martín, Ma. José
Esteve, Júlia	Sánchez, Guadalupe
Esteve, Margarita	Serra, Josep
Esteve, Nati	Solchaga, Ma. Rosario
Estrada, Cinta	Sunyer, Rosa
Farell, Mercè	Tarruella, Mireia
Farré, Carme	Torrens, Rosa Ma.
García, Maria	Travieso, Esperanza
García, Marta	Ubierno, Imma
Gili, Pepa	Vall, Montserrat
Gómez, Ona	Vilalta, Teresa
Gómez, Rafa	Villanueva, Empar
Gonzaga, Joana	Vivet, Rosa Ma.
González, Ma. Luisa	Zabalegui, Adela
Junoy, Àngels	

Altres col·laboracions

Abulí, Paqui	Llaberia, Núria
Balletbó, Núria	Mata, Lucía
Bou, Margarita	Molas, Miquel
Cayetano, Jordi	Pérez, Anna
Ferro, Tàrsila	Portabella, Roser
Fumás, Cristina	Ribera, Empar
Gasull, Marta	Sanmartín, Pilar
Hernández, Núria	Simón, Rosa
Juárez, Montserrat	Torres, Maria

Metges entrevistats

Vilardell, Miquel
Puigercós, Josep Ma.
Richart, Cristóbal

Agraïments

A la Comissió Permanent del Consell: Núria Barrera, Josep Ma. Camps, Joan López, Ma. Àngels Pérez, Margarita Puigvert i Olga Sala per la confiança dipositada en l'equip de treball en el moment d'encarregar l'estudi i en el decurs del mateix.

A Joan Farré (CHC), Mateu Huguet (ICS), Boi Ruiz (UCH) i Lluís Monset (ACES) pel seus comentaris encoratjadors en presentar-los el primer esborrany d'aquest treball.

A la Rosa Jiménez i la Marta Fontanillas pel seu suport durant tot aquest temps i en especial en l'organització dels grups focals i els tallers.

A la Núria Cuxart, la Cristina Montero, la Isabel Pera i el Carles Fernández pels seus comentaris i aportacions en la revisió del document final.

I per últim un agraïment molt especial a la Sra. Mariona Creus i Virgili, degana del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, per la seva paciència, la seva confiança i el seu suport. El seu afany per fer un document útil per tothom (professionals, gestores de cures i gestors hospitalaris) ha estat un estímulo durant el temps que ha durat aquest estudi, i un bàlsam, en els moments difícils, que la directora de l'estudi ha passat.

1. Presentació

El Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, ha encarregat aquest estudi amb l'objectiu de donar resposta a la preocupació de les directores d'infermeria per la pressió assistencial a la que estan sotmeses les infermeres¹ en les àrees d'hospitalització dels hospitals catalans.

L'objectiu de l'estudi és facilitar una eina útil, que permeti dotar les unitats d'hospitalització del nombre d'infermeres adequat, amb criteris homogenis, per tal d'oferir als ciutadans de Catalunya una assistència de qualitat al mateix nivell que la de l'entorn europeu. Malgrat que el nombre d'infermeres del que disposa actualment Catalunya és de 5,9 per mil habitants, enfront a les 8,4 de la mitjana europea.

Volíem conèixer l'estat d'opinió de les persones i institucions que estan involucrades en aquest procés: direccions d'infermeria, comandaments infermers, infermeres assistencials i altres persones i institucions de l'àmbit sanitari.

Ens trobem en un moment molt delicat. Per una banda hi ha el cansament de les infermeres, per la pressió assistencial del dia a dia i les dificultats d'exercir la professió amb el nivell de qualitat adequat, i per altra banda existeix l'evidència que, cada vegada més, hi ha una disminució d'infermeres al país.

La voluntat del Consell és posar a disposició de les directores i gestores d'infermeria, de les infermeres assistencials, de les direccions dels hospitals, de les associacions empresarials, del Departament de Salut i de tots els responsables dels hospitals catalans, un estudi de la situació i sobretot una eina útil que faciliti i orienti les mesures a prendre.

La darrera part d'aquest document fa recomanacions en diferents aspectes per millorar l'atenció infermera: des de la gestió de cures i de persones, a aspectes organitzatius, espais i equipaments, sistemes d'informació, per la millora de les activitats de suport i pel confort de les professionals, i especialment fa una proposta de "mínims" de les dotacions d'infermeres a les unitats d'hospitalització que garanteixin la qualitat d'assistència de les cures infermeres als ciutadans de Catalunya.

1. De la mateixa manera que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres (CII), en el document, quan es fa referència a la "infermera", cal entendre que s'està al·ludint a professionals d'ambdós gèneres.

El Consell espera que aquest treball ajudi als responsables del sistema de salut a prendre consciència de la insuficient dotació d'infermeres de les unitats d'hospitalització dels hospitals catalans per tal d'adoptar les decisions necessàries.

La finalitat del Consell és aportar elements objectius que orientin les decisions, per garantir una atenció infermera basada en l'actuació fonamentada i experta, com necessiten, exigeixen i mereixen els ciutadans i com volen, mereixen i exigeixen les infermeres catalanes.

Mariona Creus i Virgili

Degana

Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització

Factors que influencien la pràctica infermera



2. Introducció

L'equip component d'aquest projecte i una comissió del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, a l'inici del mateix, ens vàrem fer algunes preguntes i coincidíem en algunes respostes.

L'eficiència en la utilització dels llits d'aguts ve associada a la consolidació de les modalitats alternatives a l'hospitalització convencional, configurant un patró diferent de malalt hospitalitzat

- Quines són les claus per avaluar les necessitats d'infermeres a les unitats d'hospitalització?
 - Com influeix la dinàmica de l'hospital eficient en la gestió i la organització de les cures?
 - Quins són els requeriments per dimensionar adequadament el nombre d'infermeres en aquest entorn dinàmic?
 - L'organització de l'entorn és l'adequada?
 - Com influeix l'organització sobre la càrrega de treball?
 - Fem allò que hauríem de fer?
 - Com treballen les infermeres en el nostre entorn?
- La millora de l'eficiència en la utilització dels llits d'aguts ve associada a la consolidació de les modalitats alternatives a l'hospitalització convencional, configurant un patró diferent de malalt hospitalitzat. Generalment, en les unitats d'hospitalització d'aguts queda concentrada la patologia més complexa i amb més necessitat de cures.

La infermera, amb la mateixa disponibilitat de temps, té més malalts al seu càrrec amb una càrrega superior, i el temps d'activitats organitzatives augmenta

- Amb l'objectiu que el procés hospitalari sigui més resolutiu, s'intensifiquen els procediments diagnòstics i terapèutics. Aquest increment d'activitat durant les estades, que són més curtes, topa amb un sistema de planificació de recursos tradicional.
- En relació a la disminució de l'estada mitjana, i des de la perspectiva de l'organització i planificació de les unitats de cures, l'activitat ha canviat. La infermera, amb la mateixa disponibilitat de temps, té malalts al seu càrrec amb nivells de dependència i càrregues de treball superior, i el temps d'activitats organitzatives augmenta. Per cada



Les innovacions en la pràctica assistencial, la incorporació de les TIC's i els canvis en el patró de cures demana una dotació d'equips d'infermeria quantitativa i qualitativa diferent

Les característiques de les cures infermeres són molt variables d'un malalt a l'altre

Les infermeres, també són motiu de variabilitat degut al seu diferent nivell d'expertesa

malalt, es despleguen un conjunt d'activitats inherents als processos d'acolliment, de diagnòstic, terapèutic i d'alta, que no sempre evolucionen de forma fluïda i pivoten absolutament sobre l'equip d'infermeria².

- Les innovacions en les pràctiques professionals, la incorporació de les TIC's³ i els canvis en el patró de cures demanen una dotació d'equips d'infermeria, quantitativa i qualitativa, diferent.
- Aquest canvi no és homogeni, ni en la intensitat ni en el patró dels diferents processos d'hospitalització. No afecta de forma similar ni amb la mateixa velocitat a totes les patologies. Cada malalt correspon a un procés, i el patró de cures és molt variable d'un malalt a un altre.
- A més, cal afegir que les infermeres també són motiu de variabilitat degut al seu diferent nivell d'expertesa (tècnica, humana i científica), les seves condicions físiques, els seus trets personals i el nivell d'alerta segons la seva fatiga.

La realitat és que els factors esmentats en els punts anteriors fan difícil la utilització d'una ràtio malalts - infermera per determinar, de forma adequada, la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització.

En l'actualitat hi ha diferents sistemes de mesura de la càrrega de treball, més o menys acceptats en el nostre entorn.

El sistema PRN⁴ és el més conegut, acceptat i utilitzat i ens determina de forma objectiva si la dotació d'infermeres és

2. Equip d'infermeria: Ens referim a infermeres i auxiliars d'infermeria.

3. TIC: Tecnologia de la Informació i la Comunicació.

4. Sistema PRN (Project Research Nursing). Sistema de mesura de les intervencions de cures infermeres a les unitats d'hospitalització. Aquesta nomenclatura conté 8 agrupacions d'intervencions, 99 activitats específiques i 249 accions. El sistema assigna temps estàndards de qualitat a la realització de cadascuna de les 249 accions.

adequada per a donar resposta al tipus i volum de cures que requereixen els malalts hospitalitzats.

L'aplicació del sistema PRN aporta informació molt rica en relació al nivell d'adequació de les cures infermeres. Per altra banda, els resultats de l'aplicació del sistema PRN suggereixen una planificació de la plantilla molt dinàmica que requereix una política de recursos humans molt més flexible que l'existent, en la majoria d'hospitals, i requereix cert marge de maniobra econòmic per equilibrar la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització.

***Disfuncions
organitzatives
entorpeixen el treball
de la infermera***

Així mateix, coincidint amb els estudis on s'ha aplicat el sistema PRN, s'han fet auditories organitzatives i de processos en alguns hospitals del nostre entorn que han posat de manifest les múltiples distorsions que entorpeixen el treball de la infermera i els reptes organitzatius de millora dels diferents processos de coordinació intrahospitalària.

Hi havia diferents formes d'enfocar l'estudi. Podíem anar per la via de recomanar ràtios de personal que fossin àmpliament acceptades per les infermeres a partir de la revisió bibliogràfica, podíem buscar el "millor instrument" de mesura de la càrrega de treball encara que aquest ho fes de forma incompleta o podíem, també, fiar-nos del que ens diu el personal que està a peu de llit i els seus comandaments i líders.

***L'estudi ha integrat
diferents eines
metodològiques***

Donat que tant de l'administració, com de les cures infermeres, es diu que són una ciència i un art, vàrem creure que la via més sàvia era no rebutjar cap dels tres enfocaments. Per una banda, volíem veure què ens aportava la revisió de la bibliografia, per l'altra, explorar la potencialitat que té el sistema PRN com a predictor, per a fer simulacions de futur (quan s'ha utilitzat diverses vegades dins la mateixa organització o entorn) i per últim confiar amb qui ho coneix: els propis professionals i els seus líders.

***Tres perspectives
d'anàlisi***

Havíem, doncs, de centrar el tema i vàrem optar per incorporar les aportacions de tres perspectives d'anàlisi. D'una



part fer una revisió bibliogràfica i documental sobre la ràtio malalts - infermera i la influència que té la dotació d'infermeres en els resultats de salut sensibles a la seva intervenció; d'altra part, caracteritzar el patró de cures infermeres, a partir de l'ús del PRN a diferents hospitals de Catalunya i, finalment, posar en evidència l'estat d'opinió, d'algunes infermeres hospitalàries de l'àmbit assistencial i de la gestió, sobre la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització.

Voluntat d'aconseguir la participació d'un ampli nombre d'infermeres i dels seus comandaments

Amb tota aquesta informació es volien posar de manifest les evidències relatives a la influència que té la dotació d'infermeres en els resultats de salut i la precarietat, organitzativa i d'infermeres, que hi ha en moltes unitats d'hospitalització d'arreu de Catalunya.

Finalitat de poder prendre mesures que assegurin el benestar i el confort dels malalts i la qualitat de vida dels professionals

Això també ens permetria identificar les solucions que han trobat alguns països, i aportar elements de reflexió als diferents agents de l'administració del sistema de salut. La nostra finalitat és que es puguin prendre mesures que assegurin, d'una banda el benestar i el confort dels ciutadans, que per raons de salut han d'estar ingressats durant uns dies en un hospital d'aguts; i per l'altra, la qualitat de vida en el treball de les infermeres.

Oferir unes propostes finals consensuades que recollissin l'opinió àmplia i diversa de les infermeres

Des de l'inici hi havia la voluntat d'aconseguir la participació d'un ampli nombre d'infermeres (assistencials, docents i gestores), per a poder oferir unes propostes finals consensuades que recollissin l'opinió àmplia i diversa de la professió infermera.

Per altra part, aquest document està impregnat, inevitablement de l'opinió personal de la directora d'aquest projecte i els seus col·laboradors a la llum dels resultats de la revisió bibliogràfica i documental i l'opinió dels professionals assistencials, docents i de gestió.

3. Objectius

El principal propòsit de l'estudi és aportar unes recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització, per tal de contribuir a uns millors resultats de salut sensibles a les cures infermeres. Per això, hem incorporat quatre objectius específics:

El principal propòsit de l'estudi és aportar unes recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització, amb la finalitat de contribuir a uns millors resultats de salut sensibles a les cures infermeres.

- En primer lloc, evidenciar, a partir de la bibliografia i la documentació revisada, la ràtio de personal, l'impacte que té la dotació de personal sobre els resultats sensibles a les cures infermeres. I donar a conèixer les estratègies per tal de fidelitzar i atraure professionals, fonamentalment infermeres, que en alguns hospitals dels Estats Units i d'Europa han posat en marxa sota la denominació d'hospitals magnètics.
- En segon lloc, caracteritzar el patró de cures infermeres a l'àmbit de l'hospitalització a partir de les auditories fetes amb el sistema PRN en alguns hospitals de Catalunya.
- En tercer lloc, posar de manifest l'estat d'opinió de les infermeres entorn a la pràctica clínica excel·lent i als factors interns i externs que intervenen per tal que aquesta es pugui realitzar.
- I finalment donar unes recomanacions en quan a l'organització i la dotació de personal d'infermeria⁵ a les unitats d'hospitalització.

5. Personal d'infermeria: Ens referim a infermeres i auxiliars d'infermeria.

4. Marc metodològic

4.1 Fitxa tècnica de l'estudi

Objecte d'anàlisi	Mètode
<p><i>Dotació i composició de la plantilla i els efectes sobre els resultats de salut</i></p> <p><i>Dotació i satisfacció laboral</i></p>	<p><i>Revisió bibliogràfica</i> Koyner (1998) EU Aiken (2002) (2003) EU Needleman (2002) EU Unruh (2003) EU Cho (2003) EU Hickam (2003) EU Sasichay (2003) UK Adams (2003) Canadà Person (2004) EU</p>
<p><i>Estratègies per fidelitzar i atraure els professionals d'infermeria: hospitals magnètics</i></p>	<p><i>Revisió bibliogràfica</i> Aiken (1994) EU Lake (2002) EU Kramer (2005) EU</p>
<p><i>Valors presents en les organitzacions de salut</i></p>	<p><i>Revisió documentació</i> Fulletons, memòries, webs</p>
<p><i>Opinió dels líders</i> Comportaments de bona pràctica Factors que influeixen Accions i iniciatives a realitzar</p>	<p><i>Entrevistes semiestructurades</i> Líders infermeria (20) Metges (3)</p> <p><i>Grups focals</i> Infermers, comandaments (67)</p> <p><i>Qüestionari autocontestat</i> Directius i líders d'infermeria (34)</p>
<p><i>Anàlisi del perfil dels clients i patró de cures</i> (N=53.487 processos de cures) Base de dades: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN⁶ i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública)</p>	<p><i>Caracterització del patró de cures⁷</i> Tallers amb directius d'infermeria i comandaments (56)</p>

6. PRN: Project Research Nursing.

7. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

4.2 Opinió dels grups d'interès

Per a identificar l'opinió dels grups d'interès es va utilitzar l'entrevista semiestructurada, la tècnica dels grups focals i un qüestionari enviat per correu electrònic. (Taula 1)

Taula 1. Medis d'obtenció de l'estat d'opinió i temes tractats

Entrevistes semiestructurades líders d'infermeria

- *Comportaments essencials de bona pràctica*
- *Factors de l'entorn que interfereixen*

Grups focals (infermeres i comandaments)

- *Comportaments essencials de bona pràctica*
- *Factors de l'entorn que ajuden*
- *Característiques pròpies que ajuden*
- *Factors de l'entorn que interfereixen*
- *Limitacions pròpies que dificulten o impedeixen*

Entrevistes semiestructurades (metges)

- *Què espera d'una infermera d'una unitat d'hospitalització?*
- *Què creu que li impedeix o l'ajuda a fer el que caldria?*

Delphi amb una sola volta (líders d'infermeria)

- *Inciatives i accions a dur a terme*

Taller (Directores d'infermeria i comandaments)

- *Caracterització de les cures a Catalunya i eixos d'actuació*

Per tal de fer un primer apropament al tema i copsar l'estat d'opinió que se'n derivava, es va entrevistar a 17 directores d'infermeria, d'hospitals de l'ICS (6), concertats (9) i privats (2); una directora d'escola universitària i una professora titular d'escola universitària; i la infermera assessora de l'ICS. Les preguntes giraven en torn a quin era, al seu parer, el perfil de bona pràctica clínica infermera i què influïa en la càrrega de treball de les infermeres del seu centre.

A través de les direccions d'infermeria de 65 hospitals de Catalunya es van convocar 3 grups focals compostats per

infermeres, comandaments intermedis d'infermeria amb personal al seu càrrec i comandaments amb funcions d'staff (formació, desenvolupament, qualitat, ...) en els que hi van participar un total de 67 professionals.

Amb la tècnica del Metaplan⁸ es va recollir l'opinió en relació a cinc preguntes formulades prèviament, amb la carta de citació per la sessió. (Taula 2)

Taula 2. Preguntes fetes als tres grups focals

- 1. Quins són els comportaments essencials de bona pràctica de les infermeres a les unitats d'hospitalització?*
- 2. Quins són els factors de l'entorn (la unitat d'hospitalització i l'hospital) que interfereixen la bona pràctica infermera impedit que algunes infermeres tinguin aquests comportaments de bona pràctica?*
- 3. Quins són els factors de l'entorn que si s'aprofiten adequadament proporcionen alguns avantatges o beneficis que ajudin a donar l'atenció de qualitat que requereixen els clients?*
- 4. Quines són les pròpies limitacions que t'impedeixen poder aplicar el model de cures o actuar d'acord als comportaments de la bona pràctica infermera?*
- 5. Quines són les característiques pròpies que et permeten o ajuden a aplicar el model de cures del centre o actuar d'acord als comportaments de bona pràctica infermera?*

Les respostes a cadascuna de les preguntes es van agrupar en funció del seu contingut, cosa que va permetre establir diferents posicionaments. (Taula 3)

A través de correu electrònic es va demanar a les directores de 65 hospitals de Catalunya que, a partir dels resultats dels 3 grups focals, manifestessin la seva opinió sobre les iniciatives i accions que l'administració o els centres havien de dur a terme. (Taula 4)

8. Metaplan: Mètode per a detectar idees de forma ordenada.

Taula 3. Nombre de respostes generades i síntesi final, a partir del treball dels grups focals

<i>Perfil professional</i>	<i>Bona pràctica</i>	<i>Factors extrínsecs</i>		<i>Factors intrínsecs</i>		<i>Total idees</i>
		<i>interfereixen</i>	<i>ajuden</i>	<i>interfereixen</i>	<i>ajuden</i>	
<i>Supervisores amb personal a càrrec</i>	51	51	47	44	42	
<i>Infermeres</i>	103	122	105	82	96	
<i>Supervisores sense personal a càrrec</i>	71	90	99	69	104	
<i>Subtotal respostes</i>	225	263	251	195	242	
NOMBRE TOTAL DE RESPOSTES GENERADES						1.176
<i>1a. Síntesi</i>	133	129	126	127	165	
TOTAL 1a. SÍNTESI						680
<i>2a. Síntesi</i>	64	41	109	105	55	
TOTAL 2a. SÍNTESI						374

Un cop presentats els primers resultats de tot el procés a les directores d'infermeria, es va fer un quart grup focal (en dues sessions).

Aquest grup, compost per directores d'infermeria i comandaments (per delegació), tenia la finalitat d'identificar de forma conjunta els principals eixos estratègics de la demanda de cures infermeres.

La identificació es realitzaria a partir de l'anàlisi del patró de cures a l'àmbit d'hospitalització, determinat a partir de 17 estudis fets a diferents hospitals de Catalunya.

Taula 4. Preguntes fetes en el qüestionari distribuït per correu electrònic a les direccions d'infermeria

- 1. Afegiries algun comportament que creus que és essencial per la bona pràctica infermera?*
- 2. Quines accions es podrien dur a terme des de l'administració del sistema sanitari o des dels hospitals per reduir o eliminar els factors de l'entorn que interfereixen la bona pràctica?*
- 3. Quines accions es podrien dur a terme des de l'administració del sistema sanitari i des dels hospitals per a facilitar o potenciar els factors de l'entorn que ajuden a donar una atenció infermera de qualitat?*
- 4. Quines iniciatives es podrien dur a terme des de l'administració del sistema sanitari i des dels hospitals per ajudar o donar suport a les infermeres davant les limitacions que tenen per actuar d'acord als criteris de bona pràctica?*
- 5. Quines iniciatives es podrien dur a terme des de l'administració del sistema sanitari i des dels hospitals per fomentar i potenciar les qualitats de les infermeres que les ajudarien a tenir comportaments de bona pràctica?*

4.3 Caracterització del patró de cures

Per tal de mesurar la intensitat de les cures i la corresponent càrrega de treball, en aquest estudi hem utilitzat el sistema PRN (Project Research Nursing).

Sistema de mesura PRN

El PRN és un sistema de mesura de les cures orientat a les activitats infermeres en malalts hospitalitzats. Utilitza una nomenclatura que conté 8 agrupacions d'intervencions, 99 activitats específiques i 249 accions. I assigna temps estàndards de qualitat a cadascuna de les 249 accions.

És un sistema de mesura utilitzat àmpliament a Europa i Canadà per la seva validesa i fiabilitat. A Espanya ha estat validat en l'any 1991 mitjançant una beca del FIS.

El PRN, com a nomenclatura estàndard internacional de totes les intervencions de cures infermeres, atribueix a

cada intervenció un temps que representa la seva durada mitjana. Per la mesura de la intensitat de les cures d'un pacient durant un determinat dia, s'identifica de forma directa l'escandall d'intervencions que requereix o se li han ofert, aquell dia en concret, i es tradueix en unitats de temps.

El sistema PRN desglossa les intervencions de les infermeres en quatre categories: les cures directes i indirectes, la transmissió de la informació en relació al pacient, les activitats administratives vinculades a l'organització de les unitats d'hospitalització i les activitats no productives. (Gràfic 1 i 2)

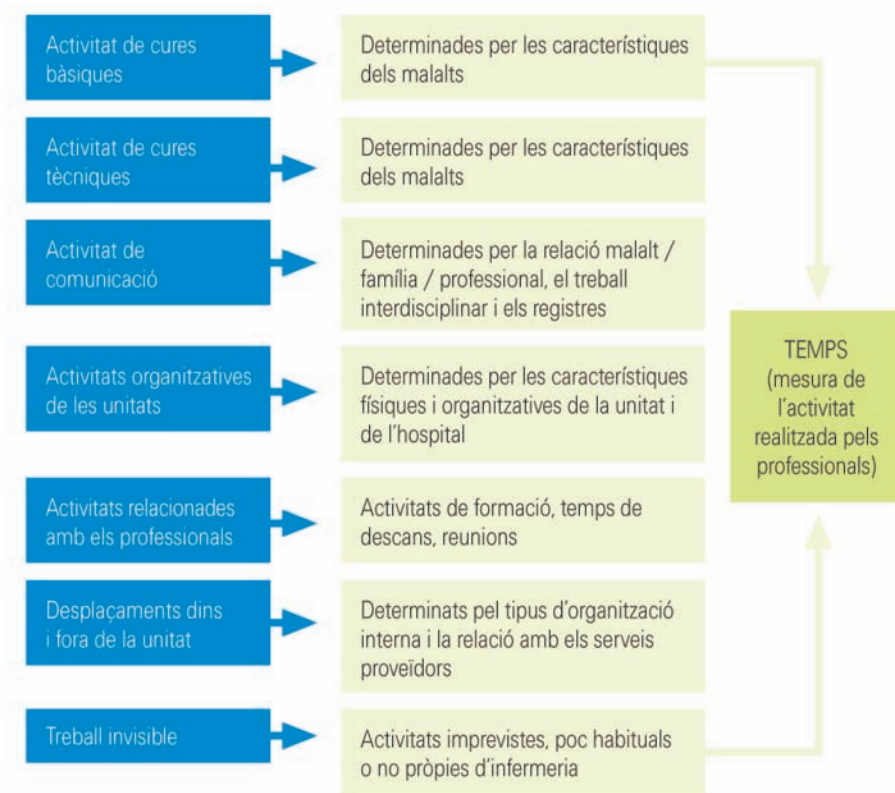
Pel que fa a les cures directes i indirectes les segmenta en funció de la seva tipologia, en 8 agrupacions d'intervencions

Gràfic 1. Mòduls d'activitat segons el PRN. El sistema PRN mesura la demanda global de cures infermeres a través de tres mòduls d'activitats

Càrrega de treball / Demanda global



Gràfic 2. Desglossament de les intervencions de les infermeres



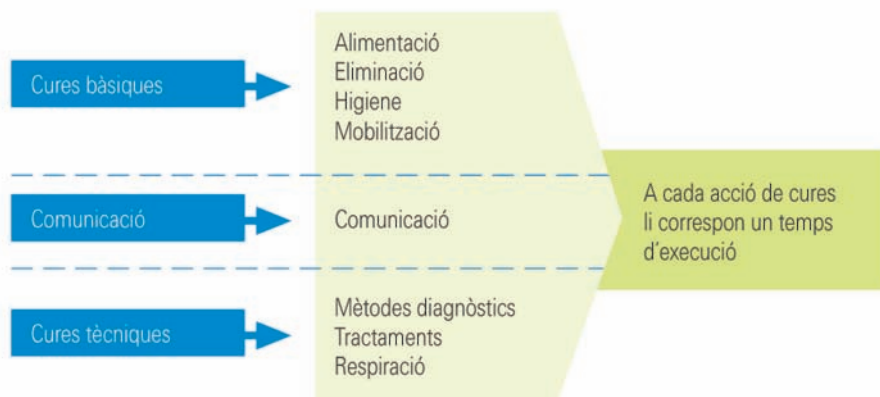
de cures (higiene, alimentació, eliminació, mobilització, comunicació, respiració, mètodes diagnòstics i tractaments). (Gràfic 3)

Quan parlem de patró de cures fem referència al patró de cures tècniques, —que integra les intervencions infermeres de respiració, mètodes diagnòstics i tractaments—, al patró de cures bàsiques, —que integra les intervencions

Gràfic 3. Cures directes i indirectes (CDI)

A partir d'una nomenclatura amb:

- 249 serveis
- 99 necessitats específiques
- 8 agrupacions d'activitats orientades al model conceptual



infermeres d'higiene, alimentació, eliminació i mobilització—, i a les cures relacionades amb la comunicació al pacient.

Descripció de la base de dades

Antares Consulting disposa d'una base de dades de 17 hospitals de Catalunya que estan acreditats en la utilització del PRN, i que formen part de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). D'aquests 17 hospitals, 8 pertanyen a l'ICS (Institut Català de Salut).

Per facilitar l'anàlisi, els 17 hospitals s'han agrupat en quatre grups en funció del nombre de llits i la cartera de serveis. La informació s'ha tractat sempre de forma agregada per tal d'assegurar la confidencialitat de la mateixa. (Taula 5)

Taula 5. Distribució dels 17 hospitals per grups i cartera de serveis

<i>Grup</i>	<i>Hospitals</i>	<i>Llits</i>	<i>Processos de cures</i>	<i>Àrees de cures</i>
<i>Grup I</i>	<i>4 hospitals</i>	<i>348</i>	<i>2.439</i>	<i>Mèdiques - Quirúrgiques - Mater - Infantil</i>
<i>Grup II</i>	<i>2 hospitals</i>	<i>443</i>	<i>3.344</i>	<i>Mèdiques - Quirúrgiques - Mater - Infantil - Cures Intensives</i>
<i>Grup III</i>	<i>6 hospitals</i>	<i>2.374</i>	<i>17.043</i>	<i>Mèdiques - Quirúrgiques - Mater - Infantil - Cures Intensives - Psiquiatria</i>
<i>Grup IV</i>	<i>5 hospitals</i>	<i>4.519</i>	<i>30.671</i>	<i>Mèdiques - Quirúrgiques - Mater - Infantil - Cures Intensives - Psiquiatria</i>
<i>Total</i>	<i>17 hospitals</i>	<i>7.684</i>	<i>53.487</i>	

Principals limitacions de l'estudi

Donat que no sempre s'ha disposat de períodes continuats per realitzar els estudis PRN en els hospitals, no ha estat possible fer un estudi de tendències en el global de la base de dades.

5. Context actual

Increment de la demanda dels serveis de salut

Els trets que defineixen el context actual venen marcats per un increment de la demanda dels serveis de salut, derivat dels canvis demogràfics (envelliment de la població i fluxos migratoris principalment), per l'increment de malalties cròniques, per l'aparició de noves patologies, per dilemes davant les diferències culturals i per un ciutadà que cada dia està més informat, tant pel que fa a la diversitat de serveis, com dels seus drets i, per tant, les seves exigències de qualitat són, també, més fonamentades.

Ciutadà cada cop més informat

Estratègies per millorar la gestió i assegurar la qualitat

Això comporta una voluntat política de contenció dels costos dins el sistema sanitari i s'adopten estratègies encaminades a controlar la despesa, millorar la gestió i assegurar la qualitat, que inclou, la recerca de l'eficiència en l'ús dels llits a partir de la cirurgia major ambulatoria, les intervencions dirigides a reduir les estades i els ingressos innecessaris, l'agilitació de les proves diagnòstiques intrahospitalàries, la creació de dispositius per reduir l'estada al llit, (Unitats d'acollida de malalts, Unitats de trànsit o d'alta, Unitats de diagnòstic ràpid, ...) entre d'altres.

Les infermeres representen el 25% de les despeses totals dels hospitals

El conjunt de factors esmentats té un gran impacte en les àrees d'hospitalització i de forma molt significativa en la funció de "cuidar", que en definitiva és la seva raó de ser.

Aquest entorn, requereix infermeres competents

Les infermeres representen una quarta part (aproximadament el 25%) de les despeses totals dels hospitals i són les responsables directes de l'assistència de més de 735.000 persones l'any⁹.

En aquest entorn es requereix, de les infermeres, competències tècniques d'alt nivell, màxima rapidesa, capacitat

9. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya (2005). Servei Català de la Salut.

d'anàlisi, intuïció, habilitats pedagògiques i relacionals, visió interdisciplinària i una atenció a la família i a l'entorn del malalt¹⁰.

Les infermeres es troben davant del dilema que suposa voler fer unes cures excel·lents i no tenir el temps suficient per a poder fer-ho

Per a què les infermeres puguin donar aquest tipus d'atenció cal que es compleixin algunes premisses. Una, és que tinguin temps. Quan les infermeres tenen una forta pressió assistencial, han de prioritzar el que han de fer, i moltes vegades són les tasques delegades les que prioritzen i deixen de costat una part important de la seva contribució específica. La prioritat des de la perspectiva del "cuidar" requereix elaborar estratègies que els permetin: seguir col·laborant en les accions que s'escaigui, "trobar" el temps per a fer les activitats que són de la seva exclusiva responsabilitat i delegar activitats que poden i haurien de fer altres professionals i que s'allunyen de l'objectiu central de la professió infermera; i això consumeix temps.

Les infermeres, moltes vegades, es troben en el dilema de fer unes cures excel·lents i no tenir temps suficient

Per altra banda, les infermeres moltes vegades es troben davant el dilema que suposa voler fer unes cures excel·lents i no tenir el temps suficient per a fer-les i que a més a més, l'entorn, en lloc d'ajudar a fer més lleugera la seva tasca, representi un seguit d'impediments que obstaculitzen el seu treball.

Aquesta pressió i la desorganització, comporta no tenir temps per a reflexionar i fer un judici professional

Aquesta pressió i la desorganització, comporten no tenir temps per a reflexionar i fer un judici professional, porten també a fer tasques fragmentades que poden abocar a pràctiques de rutina per a assegurar que es fa tota l'activitat delegada i sistemàtica, i no permeten respondre a la complexitat de les situacions que es produeixen en l'entorn hospitalari.

Així mateix, cal destacar que les polítiques de flexibilitat i precarietat laboral són un factor que dificulta la integració de les infermeres a les organitzacions, ja que, aquestes, acaben

10. Montserrat Teixidor. "Humanització i gestió dins de l'exercici de la direcció des de la perspectiva de tenir cura". X Aniversari del Màster en Administració i Gestió de Cures Infermeres. 2005. p. 55.

Les polítiques de flexibilitat i precarietat laboral són un factor que dificulta la integració de les infermeres

sent una càrrega més per les persones que treballen habitualment a les unitats d'hospitalització on estan assignades.

Davant d'aquest context les infermeres es troben atrapades en un conflicte d'interessos, per una banda voler desenvolupar una pràctica adaptada als factors de l'entorn i al marc conceptual de la professió, i per l'altra tenir una alta càrrega de treball que els ho impedeix. Aquesta situació genera cansament i desinterès, que és més significatiu en la modalitat assistencial de l'hospitalització.

Cansament significatiu de les infermeres en les àrees d'hospitalització

La distància entre els recursos disponibles i la demanda comporta haver de prioritzar i provoca limitacions a l'hora d'adequar les dotacions d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Per exemple, quan s'incrementa l'activitat en el quiròfan tothom entén que per un quiròfan obert es requereix com a mínim dues infermeres, sense tenir present, moltes vegades, l'impacte que té sobre la unitat de reanimació i sobre les unitats d'hospitalització.

Per tot això, es fa necessari, evidenciar el producte infermer. Moltes vegades la tasca pròpia d'infermeria no es veu dins de l'organització i només aquell qui rep les cures infermeres aprecia la seva intervenció en termes de relació i confort, però aquesta contribució en moltes ocasions queda diluïda en l'objecte principal de la seva estada a l'hospital (Ex. Un malalt que ingressa per una intervenció quirúrgica).

Quan la dotació no és adequada a les necessitats dels malalts, les direccions d'infermeria corren el risc de no poder assegurar la qualitat i que les infermeres claudiquin en situacions de frustració i burnout

En aquest context les direccions d'infermeria tenen els reptes difícils d'assegurar unes cures infermeres de qualitat d'acord a les polítiques i als models de cures institucionals i de potenciar el paper de les infermeres dins dels equips multidisciplinaris. Quan els hospitals tenen una bona dotació d'infermeria i sistemes organitzatius àgils, requereixen de líders capaces d'aplicar sistemes de gestió eficients i d'acompanyar i motivar les infermeres per a poder garantir unes cures excel·lents. Però si la dotació d'infermeres no és l'adequada a les necessitats dels malalts, les direccions d'infermeria corren el risc de no poder assegurar la qualitat

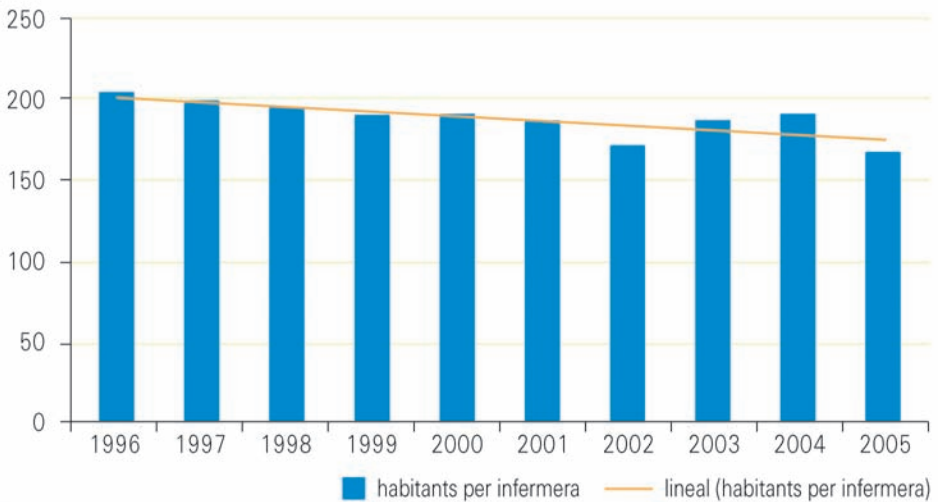


i que les infermeres claudiquin en situacions de frustració i burnout.

A Catalunya, la taxa d'infermeres per cada 100.000 habitants, està un 30% per sota de la taxa europea

Actualment, a Catalunya hi ha 37.332 infermeres col·legiades no jubilades¹¹. Malgrat que en els 10 últims anys s'ha reduït el nombre d'habitants per infermera en un 16,83% (de 202 a 168)¹² (Gràfic 4), Catalunya està per sota de la taxa europea en un 30%. Europa té una taxa de 843 infermeres per cada 100.000 habitants¹³ i a Catalunya la taxa és de 591¹⁴.

Gràfic 4. Taxa d'habitants per infermera a Catalunya



Font: IDESCAT 2005.

11. Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya a 31 de desembre del 2005.

12. IDESCAT 2005.

13. Estudi Consejo de Colegios de Enfermería 2005.

14. INE 2006. Dades corresponents al 2005.

En poc temps ens podem trobar amb una penúria important d'infermeres comparable a la que tenen altres països europeus que es veuen obligats a importar infermeres

Així mateix, segons posa de manifest un estudi del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, en 15 anys es jubilarà gairebé una quarta part de les infermeres que hi ha actualment a la província de Barcelona, i en els darrers anys hi ha hagut un èxode continuat, encara que poc significatiu, d'infermeres cap al Regne Unit, França i Itàlia principalment.

La coincidència d'una futura manca d'infermeres, es veu agreujada per la baixa dotació que tenen les unitats d'hospitalització a Catalunya, que està per sota del que seria desitjable per donar una atenció de qualitat que assegurí el benestar i el confort dels malalts i unes condicions de vida laboral acceptables.

Si, com és d'esperar, aquesta mancança es vol compensar, hi haurà una manca d'infermeres per fer-ho.

Si no s'hi posa remei, en poc temps ens podem trobar en una situació difícil i comparable a la que tenen altres països europeus que es veuen obligats a importar infermeres.

6. Valors prevalents en els hospitals de Catalunya

Els comportaments de les persones estan guiats pels valors

Entenent que un valor és allò que guia el comportament de les persones, es van analitzar quins eren els valors prevalents que es declaraven a partir de la definició dels propis valors, la visió, la missió, la planificació estratègica, els objectius, ... en els diferents hospitals de la xarxa catalana. Aquest anàlisi es va fer a partir de la revisió dels webs d'alguns hospitals, memòries anuals que teníem a l'abast i la informació obtinguda en les entrevistes amb les 17 directores d'infermeria.

La intenció era relacionar els valors destil·lats amb les conclusions i propostes que sorgissin d'aquest projecte, amb la finalitat de validar-les. Prèviament vàrem definir que acceptaríem aquelles conclusions i propostes que estiguessin alineades amb més d'un dels valors detectats.

Els valors que manifesten les organitzacions hospitalàries són:

Orientació al malalt

- Respecte als drets i a la dignitat de la persona. Tracte humà, personalitzat i acollidor. Vetllar per la qualitat de vida i el benestar de les persones. Hospitalitat i proximitat.

Desenvolupament:

• Creixement personal i professional

- Desenvolupament, entès com a creixement professional dins d'una organització que fomenta i facilita l'aprenentatge i dona oportunitat de promoció.

- Desenvolupament, també des de la perspectiva personal d'aprenentatge i creixement professional.

• Innovació

- Desenvolupament, entès com a transformació de l'organització per adaptar-se als nous reptes ja sigui l'adaptació de l'estructura organitzativa, com la física i l'equipament.

• Equip

- Treball en equip, entès com un grup de persones que tenen una finalitat o meta comuna. Això demana la par-

ticipació i la implicació de tots els membres en la consecució d'una meta compartida.

- Treballar en equip vol dir fer-ho de forma cohesionada i amb processos comunicatius fluïts entre els membres. Fer pinya.
- **Compromís**
 - Compromís, actitud honesta, transparent i respectuosa cap a les persones, la comunitat i el medi ambient. És la implicació i la coherència amb les persones cap al sistema sanitari. Responsabilitat.
- **Qualitat**
 - Millora continuada, eficàcia i eficiència en totes les actuacions amb responsabilitat, autoritat i capacitació tècnica.
- **Professionalitat**
 - Professionalitat, entesa com a experiència, expertesa (coneixement i pràctica d'alta qualitat). Autonomia professional i responsabilitat.

7. Impacte de la dotació d'infermeres sobre els resultats de salut

La qualitat de l'atenció infermera que es presta està determinada per múltiples factors

La qualitat de l'atenció d'infermeria que es presta està determinada per múltiples factors: el model de cures adoptat per la institució, el sistema organitzatiu que envolta les cures, la competència de les infermeres i el personal de suport, els recursos materials i d'infraestructura disponibles per a dur a terme les cures infermeres, la metodologia de treball (registres, protocolització, gestió de cures, ...), i també la dotació d'infermeres.

Els hospitals que tenen una càrrega de treball d'infermeria elevada, tendeixen a tenir índex alts de resultats de salut negatius o adversos pels malalts ingressats

Segons la bibliografia revisada, els hospitals que tenen una càrrega de treball d'infermeria elevada, tendeixen a tenir índex alts de resultats de salut negatius o adversos per als malalts ingressats (pneumònies, xoc, aturada cardíaca, infeccions urinàries, fracassos en la ressuscitació, ...) ¹⁵.

També la composició de la plantilla té relació amb els resultats de salut, un major nivell de formació es relaciona amb la disminució dels efectes adversos estudiats.

Així mateix una pressió assistencial elevada influeix també en la pròpia salut de les infermeres afavorint l'aparició de símptomes propis d'estrès professional i una baixa satisfacció laboral ¹⁶.

Un major nivell de qualificació professional es relaciona amb la disminució dels efectes adversos estudiats

Per altra banda, un major nombre de malalts per infermera està associat amb organitzacions més jeràrquiques i a estàndards de pràctica més baixos, mentre que si es disminueix la ràtio de malalt per infermera es troben organitzacions més descentralitzades i incrementa la percepció de treball interdisciplinar.

15. Stanton MW, Rutheford MK. "Hospital nurse staffing and quality care". Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; Research in action. [14]. 2004. AHRQ Pub. Ref Type: Generic.

16. American Hospital Association CoWfHaHS. "In our hands: how hospital leaders can build a thriving workforce". 2002. Ref Type: Report.

Revisió bibliogràfica

Es va fer una recerca de la literatura científica publicada en els últims 15 anys a través de les bases de dades MEDLINE, CINAHL, CUIDEN i CUIDATGE.

Després de consultar els tesaurus es van utilitzar els descriptors “Nursing staff”, “hospital/supply distribution”, “personal management”, “Staff nursing”, “nurse - patient ratio”, “nursing staff hospital” (en anglès), “cargas de trabajo” (en castellà) i “càrrega de treball” (en català).

Plantilla d’infermeres hospitalàries i resultats de salut sensibles a les cures infermeres

Segons *Needelman et al*¹⁷, els resultats de salut sensibles a les cures infermeres es poden definir com “qualsevol variació en l’estat, condició o percepció dels malalts o familiars de qui tenen cura, susceptible d’intervenció d’infermeria”.

Alguns d’aquests resultats de salut podrien ser les infeccions del tracte urinari, la pneumònia, el xoc, la durada llarga de l’estada, el fracàs de ressuscitació, la mortalitat hospitalària, etc. Lògicament, aquests resultats de salut representen un important indicador de qualitat de les cures que s’ofereixen en els hospitals.

Un gran nombre d’investigacions ha utilitzat aquests indicadors per a avaluar els efectes que la càrrega de treball de les infermeres tenen sobre la salut de les persones a les que ofereixen la seva atenció. Potser una de les raons per aquesta elecció sigui el fàcil accés a aquesta informació a través de les històries clíniques. Com veiem, aquestes investigacions troben una relació estreta entre les ràtios altes malalts - infermera amb l’aparició de resultats de salut adversos per als malalts.

Efectes que la càrrega de treball de les infermeres tenen sobre la salut de les persones a les que ofereixen la seva atenció

Aquestes investigacions troben una relació estreta entre les ràtios altes malalts - infermera amb l’aparició de resultats de salut adversos per als malalts

17. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.

Per cada hora més de cures infermeres es reduïa en més d'un 4% l'aparició de pneumònia

Per cada malalt addicional, augmenta un 7% el risc de patir un fracàs en la ressuscitació després d'una intervenció quirúrgica

Un elevat nombre d'hores de cures infermeres s'associa amb una baixa incidència de complicacions

En efecte, *Kovner et al*¹⁸ en 1998, en una mostra estratificada d'hospitals dels EE.UU. composta per 589 hospitals, va trobar una relació estadísticament significativa entre la ràtio malalts - infermera i l'aparició d'infecció urinària i de pneumònia durant l'estada hospitalària.

Concretament varen concloure que per cada hora i mitja més de cures infermeres es reduïa en més d'un 4% l'aparició de pneumònia. També varen trobar una relació estadísticament significativa en el mateix sentit amb l'aparició de trombosis i amb el compromís pulmonar després d'una cirurgia major.

El 2002, *Aiken et al*¹⁹, a partir d'un estudi de 168 hospitals, que va suposar l'anàlisi de les històries clíniques de 232.342 malalts atesos per 10.184 infermeres, va trobar que, per cada malalt addicional de qui té cura una infermera, augmenta en un 7% el risc de patir un fracàs en la ressuscitació després d'una intervenció quirúrgica.

En un altre estudi, dut a terme per *Needelman et al*²⁰, es va examinar la relació entre el nombre d'infermers en els hospitals i les taxes de complicacions o mort en els malalts. Aquest estudi es va realitzar amb les dades administratives de 799 hospitals d'11 estats (5.075.969 altes de malalts mèdics i 1.104.659 malalts quirúrgics) i va trobar que, en malalts mèdics, s'associa un elevat nombre d'hores de cures infermeres amb baixa incidència d'infeccions del tracte urinari, amb baixa incidència de sangrats gastrointestinals, baixa incidència de pneumònies, d'aturades cardíagues i amb baixa incidència de fracàs en la ressuscitació. Aquestes reduccions es troben entre el 4 i el 12% segons el resultat de salut examinat.

18. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.

19. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JF. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Jama* 2002; 288 (16):1987-1993.

20. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-1722.

Així mateix, en malalts quirúrgics, una alta proporció de cures infermeres està associada amb entre un 4 i un 6% de reducció d'infeccions urinàries i de recaigudes en la resuscitació. No hi ha significació en les taxes de mortalitat hospitalària.

Increment de la incidència d'efectes adversos degut a la reducció d'infermeres diplomades en relació al total de personal d'infermeria

Un increment del 10% d'infermeres diplomades es relaciona amb un descens de l'1,5% de col·lapses pulmonars, un 3% de caigudes i un 1% d'infeccions urinàries

Més hores d'infermeria està associat a una menor aparició de nafres per pressió

*Unruh*²¹, al 2003, va publicar un estudi, l'objectiu del qual era examinar els canvis en les plantilles d'infermeres diplomades en relació al total de personal d'infermeria en hospitals de Pensilvània, des de 1991 fins a 1997, i va avaluar la relació d'aquesta composició de les plantilles amb l'aparició d'efectes adversos en malalts d'aquests 211 hospitals. En aquests 8 anys, la ràtio infermeres diplomades - total personal d'infermeria es va reduir i es va trobar un increment de la incidència, de quasi tots els efectes adversos estudiats en els hospitals, relacionat amb el descens proporcional d'infermeres diplomades. Per exemple, un increment del 10% d'infermeres diplomades es relaciona amb el descens de l'1,5% de col·lapses pulmonars, un 2% de nafres per pressió, un 3% de caigudes i un 1% d'infeccions del tracte urinari.

Segons els resultats obtinguts per *Cho et al*²², en un estudi realitzat en 132 hospitals i 124.204 malalts quirúrgics, per cada hora més de cures infermeres per malalt disminueix un 8,9% el risc de patir una pneumònia. Així mateix, un 10% més en la proporció d'infermeres titulades s'associa amb una disminució del 9,5% del risc de patir una pneumònia. Proporcionar més hores de treball d'infermeria per dia, està associat a la menor aparició de nafres per pressió.

Només un estudi dels revisats no troba una influència consistent entre l'increment de les plantilles d'infermeres i les complicacions hospitalàries. Aquest estudi, fet per *Mark et*

21. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1):142-152.

22. Cho SH, Ketefian S, Smith DG, Barkauskas VH. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research* 2003; 52(2):71-79.

alP^3 , agafa com a variable independent el nombre d'infermeres en plantilla.

Podem associar la mortalitat hospitalària amb la càrrega de treball d'infermeria

Per cada malalt quirúrgic addicional per infermera s'associa a un 7% d'increment de possibilitats de morir

Alguns dels estudis que estem analitzant no han pogut demostrar consistentment una relació entre la càrrega de treball d'infermeria i la mortalitat hospitalària^{24,25}, tot i que n'hi ha d'altres que sí que ho han fet.

En efecte, *Aiken et al*⁶, van trobar que cada malalt quirúrgic addicional per infermera s'associa amb un 7% d'increment de possibilitats de morir dins dels 30 dies següents a l'ingrés. Segons els resultats d'aquests autors, en 168 hospitals analitzats amb una ràtio malalts - infermera de entre 4:1 i 8:1, van morir abans de 30 dies des de l'ingrés 4.535 malalts de 232.342. Si la ràtio hagués estat per sota de 4:1 podrien haver mort menys de 4.000 malalts i si la ràtio hagués estat per sobre de 8:1, haurien mort més de 5.000 malalts.

En un estudi realitzat, en un hospital tailandès, per *Sasichay et al*⁷ van trobar que per cada malalt de més per infermera, ajustat per altres variables relacionades amb la càrrega de treball, el risc de mortalitat hospitalària augmentava 3,6 vegades. Per a realitzar aquest estudi es van utilitzar dades de 2.531 malalts ingressats en 7 unitats mèdiques i 10 unitats quirúrgiques d'un hospital universitari de 2.300 llits el 1999.

23. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research* 2004; 39(2):279-300.

24. Needelman J et al. "Nurse-Staffing levels..." op. cit.

25. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/technology assessment number 74. Agency for health research and quality Publication 3-E301. 2003. Ref Type: Serial (Book, Monograph).

26. Aiken LH et al. "Hospital Nurse Staffing..." op. cit.

27. Sasichay T, Scalzi CC, Jaward AF. The relationship between nurse staffing and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(9):478-485.

Un 10% d'increment en la proporció d'infermeres d'alt nivell de formació disminueix un 5% les probabilitats dels malalts de morir

L'augment de la plantilla d'infermeres està relacionat amb la disminució de la mortalitat

En un altre estudi, fet també per *Aiken et al*²⁸, en el que va utilitzar com a variable independent el grau de formació de les infermeres (als Estats Units hi ha diferents nivells de formació per ser infermera, [consulteu el comentari que sobre aquest article es va fer a *Enfermeria Clínica*²⁹]), després d'ajustar per característiques dels malalts i dels hospitals, un 10% d'increment en la proporció d'infermeres d'alt nivell de formació disminueix un 5% les probabilitats dels malalts de morir dins dels 30 dies després de l'ingrés.

El 2004, *Mark et al*³⁰ van publicar un estudi longitudinal realitzat en 422 hospitals dels Estats Units, des de 1990 fins a 1995, per a examinar les relacions entre el dimensionament de les plantilles d'infermeres i la qualitat de les cures infermeres. Així mateix, *Person et al*³¹, van fer un estudi amb una població composta pels malalts ingresats (118.940) per infart agut de miocardi en 6.668 hospitals dels Estats Units. Ambdós estudis conclouent que l'augment en la plantilla d'infermeres està relacionat amb una disminució significativa de la mortalitat.

-
28. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 290(12):1617-1623.
 29. Segovia C, Navalpotro S. Artículo comentado: Nivel educativo de las enfermeras de hospital y Mortalidad de pacientes quirúrgicos. *Enf Clin* 2005; 15(2):103-105.
 30. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *health Services Research* 2004; 39(2):279-300.
 31. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004; 42(1):4-12.

L'organització i la gestió de les cures està condicionada pel dimensionament de la plantilla

Un dels objectius de l'estudi de *Needelman et al*³² va ser comprovar com afectava el dimensionament de la plantilla d'infermeres a la durada de l'estada hospitalària.

Van trobar que, mesurant la càrrega de treball per hores de cures al malalt i dia, al passar del percentil 25 al 75, la durada de l'estada hospitalària disminuïa un 5,2%. La població d'aquest estudi estava composta per 5.075.969 altes hospitalàries de malalts mèdics.

A més d'estudiar els possibles efectes que la dotació d'infermeres té sobre els resultats de salut o la mortalitat intra-hospitalària, *Cho et al*³³ van quantificar el cost que aquests processos ocasionaven al sistema sanitari.

Com hem vist, són molts els estudis que demostren que un incorrecte dimensionament de les plantilles d'infermeres produeix allargament en l'estada dels malalts a causa de resultats adversos de salut, el que augmenta els costos.

Per exemple, en l'estudi de *Cho et al*³³, es comprova que l'aparició d'una pneumònia durant l'estada hospitalària està associada a un increment d'un 75% del temps d'estada hospitalària (5,2 dies més que sense pneumònia), un 220% més de probabilitats de morir a l'hospital (5,6% dels malalts amb pneumònia front a 2,5% dels malalts sense pneumònia) i un increment del 84% del cost (22.860 dòlars més amb pneumònia).

En un estudi publicat, l'any 2003 al Regne Unit³⁴, amb l'objectiu d'explorar les relacions entre els recursos de planti-

32. Needelman J et al. "Nurse-staffing levels..." op. cit.

33. Cho SH et al. "The effects of nurse..." op. cit.

34. Adams A, Bond S. "Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. Journal of Nursing Management 2003; 11(5): 287-292.

El nombre d'infermeres està associat a una variació en els processos de cures

lles d'infermeres, l'organització dels serveis i la percepció d'aquestes sobre les condicions del servei, *Adams et al* van estudiar 100 serveis d'hospitals d'aguts i 825 infermeres, i van trobar que el nombre d'infermeres està associat, no només al sistema d'organització del servei, sinó també a una variació en els processos de cures.

Tenir més malalts per infermera està associat a una organització i a una actitud jeràrquiques i a baixos estàndards de pràctica infermera

Tenir més malalts per infermera està associat a una organització i a una actitud jeràrquiques en l'oferta de serveis i a estàndards baixos de pràctica infermera.

Un nombre baix de malalts per infermera està associat a una organització descentralitzada de les estructures però no amb alts estàndards de pràctica infermera.

També van trobar una associació positiva entre una ràtio malalts - infermera baixa i la percepció de les infermeres que hi havia una bona col·laboració multidisciplinària, que elles mateixes tenien una major habilitat per afrontar les sobrecàrregues de treball i una major satisfacció laboral.

L'augment de la ràtio malalts - infermera té incidència sobre el funcionament de l'hospital (menys efectiu)

A partir de la reestructuració en profunditat d'un hospital a Canadà, *Burke*³⁵ examina, entre altres coses, els canvis produïts en la ràtio malalts - infermera i la seva influència en la percepció del funcionament de l'hospital.

Les dades es van obtenir de 744 infermeres de l'hospital a través d'un qüestionari.

Al 53% de les infermeres els va augmentar la càrrega de treball. Generalment, aquestes, a les que va augmentar la ràtio malalts - infermera informen d'un funcionament menys efectiu de l'hospital. Això inclou, entre altres coses, la percepció que augmenten els errors mèdics, disminueix la qualitat de les cures i la coordinació dels serveis és pitjor.

35. Burke RJ. Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manag* 2003; 22(2): 99-107.

Càrrega de treball infermer i satisfacció laboral

Els estudis mencionats anteriorment han documentat la connexió que hi ha entre els nivells baixos de les plantilles d'infermeres i l'increment de la incidència dels efectes adversos.

Amb cada pacient addicional per infermera hi ha un increment del 23% del nivell de burnout i un 15% del d'insatisfacció laboral

Com a complement d'aquests estudis, alguns dels autors revisats també es varen preocupar pels efectes que una major o menor càrrega assistencial podria tenir sobre la pròpia salut de les infermeres, sobretot en l'aparició de burnout i insatisfacció laboral. Entre aquests treballs podem citar el d'*Aiken et al*³⁶, en el que van trobar que, de les 10.184 infermeres enquestades, que treballaven en els 168 hospitals estudiats, el 43% tenien una alta puntuació en burnout i el 42% estaven insatisfetes amb la seva feina. A més, cada malalt addicional per infermera s'associa a un 23% d'augment del síndrome de burnout i a un 15% d'augment de la insatisfacció en el treball.

De la mateixa manera, *Adams et al*³⁷, (100 serveis d'hospitals d'aguts i 825 infermeres), van trobar una associació positiva i estadísticament significativa entre la ràtio malalts - infermera i la capacitat de les infermeres per a afrontar la càrrega de treball, la satisfacció laboral i la col·laboració amb altres professionals de la salut.

Les infermeres a les que els havia augmentat la càrrega de treball presentaven una major insatisfacció laboral, major desig d'abandonar la professió i pitjor salut psicològica

Per últim, *Burke*³⁸ en l'estudi realitzat amb 744 infermeres que van experimentar una reestructuració hospitalària a Ontàrio, Canadà, va estudiar com el fet d'augmentar, disminuir o mantenir-se igual la ràtio malalts - infermera influïa, entre altres aspectes, en la satisfacció i l'absentisme laborals, els desigs d'abandonar la professió infermera i la salut psicològica. Van trobar que les infermeres a les que els havia incre-

36. Aiken LH et al. "Hospital Nurse Staffing..." op. cit.

37. Adams A et al. "Staffing in acute..." op. cit.

38. Burke RJ. "Hospital restructuring..." op. cit.

mentat la càrrega de treball presentaven major insatisfacció laboral i desig d'abandonar la professió i pitjor salut psicològica. Aquest canvi de càrrega de treball no va tenir efectes sobre l'absentisme laboral.

8. Estratègies per a fidelitzar i atreure les infermeres

Els hospitals magnètics atreuen i retenen de manera constant les infermeres

El fenomen dels hospitals magnètics també és un tema a considerar en relació a la dotació. El qualificatiu de magnètic l'atorga l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) a aquelles organitzacions sanitàries que atreuen i retenen de manera constant les infermeres i que proporcionen unes cures infermeres excel·lents als seus malalts.

El terme magnètic està lligat a la força que tenien alguns hospitals dels Estats Units d'atreure infermeres professionals a principis dels anys 80 en què hi havia una manca d'infermeres molt important³⁹⁻⁴⁴.

Infermeres satisfetes amb la seva feina

The American Nurses Credentialing Center (ANCC) és una secció de l'American Academy of Nursing (AAN) que des de 1980 reconeix els hospitals, atorgant la qualificació de MAGNETIC, en base a 97 criteris. El qualificatiu de magnètic s'atorga a les organitzacions sanitàries que atreuen i retenen, de manera constant, les infermeres i que proporcionen unes cures excel·lents als seus clients. Actualment hi ha 206 hospitals dels Estats Units que tenen aquest reconeixement.

Baix índex de vacants per cobrir

Un entorn de treball és considerat magnètic quan s'hi troben presents algunes característiques que les infermeres consideren importants per estar satisfetes amb la seva feina i a més, diferents aspectes que condueixen a la qualitat de les cures infermeres.

-
39. Aiken LH, Smith H & Lake ET. Lower Medicare Mortality Among a Set Hospitals known for Good Nursing Care. *Medical Care* 1994; 32(8): 771-787.
 40. Lake ET. Development of practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25: 176-188.
 41. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte I). *Nursing*; 2005; 23 (3): 8-13.
 42. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte II). *Nursing*; 2005; 23 (4): 15-19.
 43. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte III). *Nursing*; 2005; 23 (5): 14-17.
 44. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte IV). *Nursing*; 2005; 23 (6): 21-25.



Infermeres competents en la pràctica clínica

Suport a la formació

Es valora la preocupació pel malalt

Percepció d'una plantilla adequada

Suport de la direcció

Relacions infermera - metge positives

Autonomia i control sobre la pràctica infermera

Limitació del nombre d'infermeres acabades de graduar

Lideratge clínic de les infermeres

Alguns dels criteris per seleccionar els hospitals magnètics:

- Són hospitals on les pròpies infermeres consideren que es realitza una bona pràctica infermera
- Tenen habilitat per a captar i retenir infermeres i hi ha un baix índex de rotació de personal cap a altres institucions
- Baix índex de vacants sense cobrir
- Hospitals dins d'un entorn competitiu
- I que l'hospital en qüestió no sigui l'única font d'ocupació per les infermeres de la regió

Un estudi fet amb infermeres de la plantilla de 14 hospitals magnètics van identificar 8 atributs essencials respecte a la qualitat de cures:

- Mesures de suport a la formació
- Treball amb altres infermeres competents en la pràctica clínica
- Relacions infermera - metge positives
- Pràctica infermera autònoma
- Una cultura que valora la preocupació pel malalt
- El control de la pràctica professional infermera
- La percepció d'una plantilla adequada
- El suport de la direcció d'infermeria

Característiques que s'observen en els hospitals magnètics:

- **Satisfacció** personal i professional de les infermeres
- **L'estatus** de la infermera dins de l'organització (representada en l'estructura formal de la organització)
- La **captació i la retenció** d'infermeres
- **L'autonomia i el control sobre la seva pràctica** dins de les àrees de la seva competència
- La **descentralització de la presa de decisions**
- Control sobre el medi de treball de les pròpies infermeres
- **Percepció de dotació adequada**
- **Limitació del nombre d'infermeres acabades de graduar**
- **Mecanismes** que assegurin la relació entre **metges i infermeres**.
- El **lideratge clínic de les infermeres** promou la responsabilitat i la continuïtat de les cures

Flexibilitat d'horaris

Participació de les infermeres en la gestió

Treballant com un equip ofereixen resultats més segurs als clients

Estàndards de qualitat

Suport a l'excel·lència

Atenció a la diversitat cultural i ètnica

Oportunitats d'accés a la informació, als recursos i llocs de treball més creatius

- Hi ha una cultura de la importància de la infermera dins del conjunt de l'organització i en les seves metes
- La flexibilitat d'horaris
- Participació de les infermeres en la gestió
- Equips de treball multidisciplinar amb metges i altres professionals: Les persones treballant com un equip ofereixen resultats més segurs pels clients
- Adhesió als estàndards de qualitat per a millorar l'atenció al client
- Lideratge que dona suport a l'excel·lència en la pràctica clínica
- Atenció a la diversitat cultural i ètnica del pacient i la família, tant com a proveïdors dins d'una xarxa assistencial com dins de les associacions professionals
- Oportunitats a les infermeres per a què mostrin la seva perícia
- Les oportunitats d'accés a la informació, als recursos i llocs de treball més creatius permeten atreure a cuidadores competents

9. Ràtio malalts - infermera

Per a comparar la dotació d'infermeres en presència física entre dues unitats d'hospitalització, tot sovint s'utilitza la ràtio malalts - infermera, que ens diu, el nombre de malalts que té assignats una infermera. Així doncs podem parlar de 10 malalts per infermera o de 15 malalts per infermera i que moltes vegades es representa per 10:1 o 15:1 respectivament.

La ràtio ens diu el que hi ha o es creu que hi hauria d'haver, però no el que cal en base a les necessitats dels malalts.

És una xifra que, a grans números, pot ser útil, però és una dada bruta. Serveix per veure si un hospital o una unitat d'hospitalització, té més recursos infermers que un altre però per a poder comparar de veritat hauríem de saber com són els malalts que hi ha en cada una d'aquestes unitats.

Hi ha una gran variabilitat entre la intensitat de cures d'un malalt a l'altre

Hi ha una gran variabilitat entre la intensitat de cures d'un malalt a un altre, segons la seva edat, el tipus de procés que pateix i el dia d'estada del procés. Aquesta gran variabilitat dificulta ajustar la dotació a les necessitats sigui quin sigui el sistema que utilitzem.

Aquesta gran variabilitat dificulta ajustar la dotació a les necessitats

Encara que no existeix cap instrument que ens assegurí que recull totes les activitats que fa una infermera, sempre s'ajustarà més si decidim quina dotació de presència física s'atribueix, si es fa en base a les activitats que fa la infermera per donar resposta a les necessitats dels malalts.

Tot i així, malgrat totes aquestes consideracions prèvies, i atès que tot sovint en diferents fòrums es fa referència a la ràtio, hem fet una recerca dirigida a conèixer quines són més recomanades. On hem trobat un major nombre de treballs relacionats amb la ràtio malalts - infermera és en publicacions de l'estat de Califòrnia. Diferents associacions californianes han fet recomanacions de ràtio malalts - infermera (Taula 6), per iniciativa del Departament de Serveis de Salut

Taula 6. Malalts per infermera proposats per diferents associacions californianes¹

Tipus d'unitat	CNA	SEIU	UNAC	CHA
Cures intensives	2	2	2	2
Cremats	2	2	2	2
Neonatologia	2	2	2	2
Prepart i part	1	2	2	2
Postpart	5	3	3	4
Nurseria	5	6	6	8
Postanestèsia	2	2	2	8
Urgències	3	3	3	6
Pediatria	3	3	3	6
Terminals	3	3	3	6
Cures especials	3		3	
Telemetria	3	3	3	10
Medicina/cirurgia	3	4	4	10
Oncologia			4	10
Subaguts/convalescents	4	5	5	12
Psiquiatria	4	2-5	5	12

CNA (California Nurses Association); SEIU (Service Employees International Union); UNAC (United Nurses Associations of California); CHA (California Healthcare Association)²

1. www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01_FSOR.pdf

2. La CNA va fer un panell amb 25 de les seves infermeres membres i a partir de l'anàlisi dels GRD de 500 malalts varen aportar aquesta proposta. La SEIU representa a 100.000 treballadors (infermeres) de diferents hospitals de Califòrnia, van crear un comitè per cada hospital compost per 6-10 infermeres que proposaven la ràtio a partir de com estaven treballant. La UNAC és una associació que agrupa 10.000 infermeres del sud de Califòrnia. La CHA és una associació de líders d'infermeria. El gener del 2002 a partir d'aquestes propostes i de l'estudi fet pel CDHS el governador de Califòrnia va anunciar la Nurse Workforce Initiative dotada de 60 milions de dòlars per a fer front a la precarietat de personal.

de Califòrnia que va fer un estudi (Taula 7) sobre la dotació real a les unitats d'hospitalització dels hospitals californians.

S'observa que les associacions de professionals (CNA, SEIU i UNAC) donen unes ràtios molt inferiors a les que proposa la CHA⁴⁵.

La composició del personal d'infermeria a Califòrnia és molt diferent de la de Catalunya i això invalida la importació d'aquesta ràtio

Cal destacar que la composició del personal és molt diferent de la de Catalunya. A més de les infermeres professionals, hi ha terapeutes respiratoris, perfusionistes, etc., i en el nostre entorn tot ho assumeixen la infermera i l'auxiliar. Això invalida la importació d'aquestes ràtios.

En el nostre entorn les xifres són considerablement diferents

En el nostre entorn les xifres són considerablement diferents. A continuació es presenta, a la taula 8 i als gràfics 5 i 6, la ràtio llits - infermera per torn (no es disposa de l'ocupació, per això fem referència a llit en lloc de malalt) de 54 unitats d'hospitalització corresponents a 52 hospitals de Catalunya.

Les dades han estat obtingudes a partir de la declaració d'una infermera o comandament de diferents hospitals. Se'ls va demanar que diguessin, de la unitat on treballaven, quants llits tenia i quantes infermeres hi havia habitualment de presència física per cada torn entre dilluns i divendres.

45. CNA (California Nurses Association); SEIU (Service Employees International Union); UNAC (United Nurses Associations of California); CHA (California Healthcare Association).

Taula 7. Malalts per infermera segons tipus d'unitat (valors estimats per tots els hospitals i unitats). Estudi fet pel Departament/CDHS (California Department of Health Services)^{1,2}

Tipus d'unitat	Nombre d'hospitals	Nombre d'unitats	Malalts per infermera						
			5%il ³	10%il	25%il	Mediana	75%il	90%il	95%il
Dilatació i part	39	39	0.55	0.56	0.86	1	1.33	1.8	2
Postpart	37	1650	2	2.67	4	5.07	6.38	7.67	8.67
Combinat (Dilatació, part i postpart)	13	499	0.67	1	1.5	2.25	3.17	4	4.5
Cures paliatives	20	780	1.6	2	2.33	2.83	3.4	4	4
Telemetria	21	956	2.56	2.83	3.71	4.5	5.6	6.8	8.25
Medicina	14	726	3.17	3.71	4.4	5	5.8	7	8
Cirurgia	21	920	2.44	2.89	3.6	4.57	5.67	7.33	8.5
Combinat (medicina i cirurgia)	40	1781	3	3.5	4.3	5.14	6	7.5	8
Urgències	71	71	0	0.33	0.5	1	1.6	2	2.86
Pediatría	31	1320	1	1.5	2.5	3.4	4.5	5.5	6
Oncologia	13	550	2.5	2.91	3.75	4.5	5.33	6.2	7.5
Psiquiatria (Hospitals d'aguts)	20	979	2	2.5	3.5	4.5	6	11	15
Subaguts o convalescents	8	343	3.67	4.4	5.5	7.25	10.75	13.33	15
Postanestèsia	68	68	0	0	0	0.8	1.82	2.5	3.43
Mixta	47	2040	1	1.67	3.67	5	6	7.5	8

1. Aquesta estimació està basada en el nombre d'infermeres real en el moment de fer l'estudi i en el nombre real de llits o bressols ocupats.

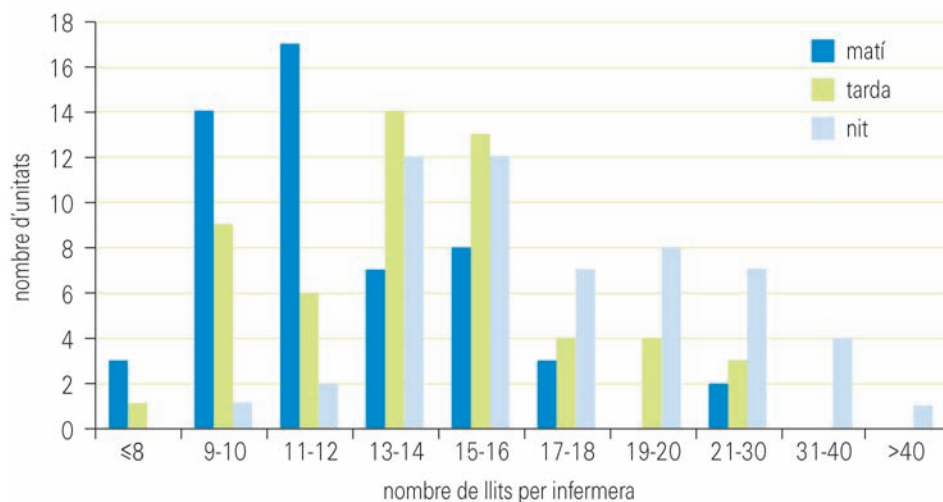
2. www.dhs.ca.gov/Inc/pubnotice/NTPR/R-37-01_FSOR.pdf

3. %il: Percentil. Mesura estadística de posició. La mediana és el percentil 50. Per exemple: el percentil d'ordre 15 significa que deixa per sota el 15% de les observacions i per sobre queda el 85%.

Taula 8. Ràtio llits - infermera a 54 unitats d'hospitalització d'aguts de Catalunya

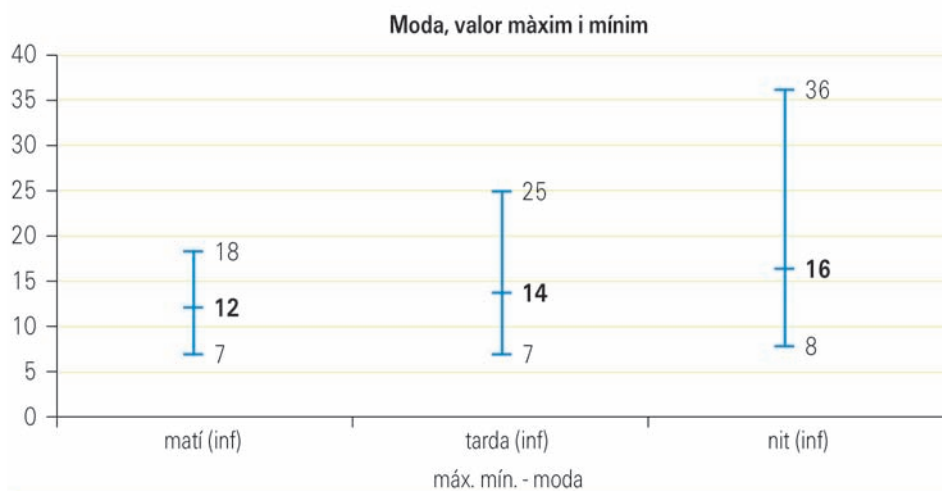
Ràtio llits - infermera	nombre d'unitats per torn		
	matí	tarda	nit
≤8	3	1	0
9-10	14	9	1
11-12	17	6	2
13-14	7	14	12
15-16	8	13	12
17-18	3	4	7
19-20		4	8
21-30	2	3	7
31-40			4
>41			1

Gràfic 5. Nombre d'unitats segons nombre de llits per infermera i torn



Font: Elaboració pròpia a partir de la declaració de les infermeres dels grups focals convocats pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (juny 2005).

Gràfic 6. Valor màxim, moda i mínim de la ràtio malalts - infermera observat en cada torn



Font: Elaboració pròpia a partir de la declaració de les infermeres dels grups focals convocats pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (juny 2005).

La ràtio malalts per infermera, al matí oscil·la entre 7 i 18, (essent 12 malalts per infermera la moda), a la tarda entre 7 i 25, (essent 14 malalts per infermera la moda) i a la nit entre 8 i 36 (essent 16 malalts per infermera la moda).

10. Caracterització del patró de cures a l'àmbit de l'hospitalització d'aguts a Catalunya

Calen criteris i eines de gestió per a planificar l'atenció a les unitats d'hospitalització d'aguts

El patró de cures és la caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat

Enfocaments:

- ***La influència de la dinàmica de l'hospital eficient***
- ***El patró de cures***

Els criteris per avaluar les necessitats d'infermeres a les unitats d'hospitalització han canviat, tenim nous requeriments. Calen criteris i eines de gestió per a planificar l'atenció a les unitats d'hospitalització d'aguts, en una organització de les cures orientada al malalt i basada en els processos. Aquests criteris s'han de construir en funció de cada malalt i de les seves necessitats reals de cures, integrant també les expectatives dels professionals responsables de la seva atenció.

L'apartat de "La caracterització del patró de cures a les unitats d'hospitalització d'aguts a Catalunya" descriu quines són les claus per avaluar les necessitats d'infermeres a les unitats d'hospitalització.

Entenem per patró de cures la caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

Per tal d'avaluar les necessitats d'infermeres a les unitats d'hospitalització hem determinat 7 enfocaments que cal considerar. D'aquests enfocaments, n'hi ha de vinculats a factors d'entorn, d'altres al perfil del malalt i d'altres a la pròpia dinàmica de l'activitat de cures i l'organització del treball a les unitats d'hospitalització.

Quins són els enfocaments?

1. La influència de la dinàmica de l'hospital eficient en la gestió i l'organització de les cures.
2. El patró de cures:
 - Diferències entre hospitals
 - Canvis de tendència en el temps
 - Especificacions per especialitat mèdica

- *El perfil del malalt*
- *L'organització temporal de les cures*
- *El nivell de dotació dels equips d'infermeria*
- *El nivell d'adequació de les cures*
- *L'expertesa de les infermeres*

3. El perfil del malalt:
 - L'escenari actual de l'envelliment de la població
 - L'augment de la població immigrant, un perfil de malalt multicultural
4. L'organització temporal de les cures: Per dies de la setmana i franges horàries
5. El nivell de dotació dels equips d'infermeria
6. El nivell d'adequació de les cures
7. Expertesa dels professionals

El perímetre del present anàlisi es centra en l'activitat d'hospitalització d'aguts i no hem inclòs l'activitat a les unitats d'atenció al malalt crític.

Per tal de facilitar la lectura del document expressem els enfocaments en forma de pregunta. La concreció de cadascun dels enfocaments es presenta en forma de constatació i s'acompanya d'elements d'anàlisi quantificats. El document incorpora un total de 29 constatacions.

10.1 Com influeix la dinàmica de l'hospital eficient en la gestió i l'organització de les cures?

Els esforços per la millora de l'eficiència tenen com a objectiu la resolució, en menys dies d'estada, del procés d'hospitalització, en criteris de qualitat i cost.

L'estada mitjana dels processos d'hospitalització a Catalunya ha disminuït en 5 anys, 1 dia (de 6,2 dies a 5,2 dies)⁴⁶ i en 10 anys quasi 3 dies.

En bona part dels hospitals de Catalunya s'ha reconvertit l'activitat de la modalitat assistencial d'hospitalització a la modalitat d'atenció ambulatoria, (sigui en atenció en hospitals de dia, en cirurgia sense ingrés, etc).

46. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servei Català de la Salut. 2006.

No obstant això, el nombre de processos o contactes d'hospitalització ha augmentat en aquests 5 anys un 26%, 736.493 processos l'any 2005⁴⁷ davant de 583.432 a l'any 2000⁴⁸.

Constatacions

L'estada parcial, entesa com aquella estada hospitalària amb un temps inferior a 24 hores de l'ocupació d'un llit, es situa per sobre del 40% en la majoria d'hospitals

1. La rotació dels malalts augmenta de forma significativa, i les unitats d'hospitalització han de respondre a diari a un "trànsit" de quasi la meitat dels seus malalts. L'estada parcial, entesa com aquella estada hospitalària amb un temps inferior a 24 hores de l'ocupació d'un llit (procés de cures < a 24 hores motivat per un ingrés, una alta, un trasllat, un canvi de llit, un èxitus, ...), es situa per sobre el 40% en la majoria d'hospitals, indiferentment de la complexitat del centre. A més a més, aquesta rotació és molt més important a les unitats amb activitat quirúrgica. (Gràfics 7 i 8)

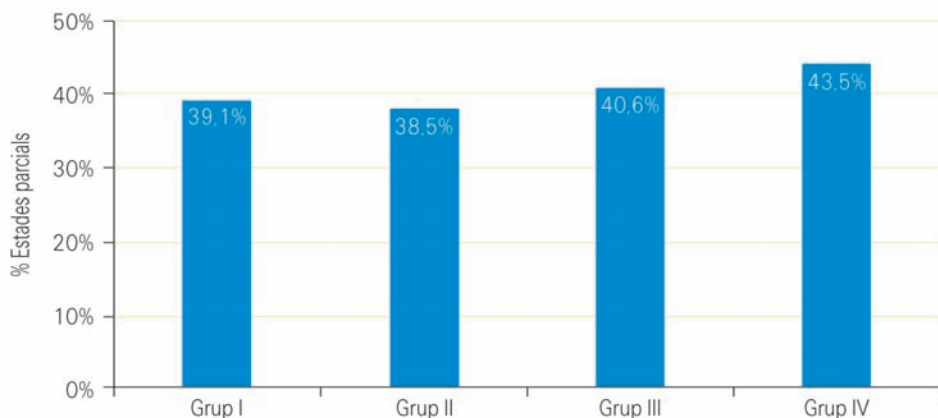
La càrrega de treball de la infermera relacionada amb el temps no assistencial representa aproximadament el 12% del total del temps del professional

2. La càrrega de treball de la infermera relacionada amb el temps no assistencial representa aproximadament el 12% del total del temps del professional. La infermera, amb la mateixa disponibilitat de temps, té més malalts al seu càrrec, i el temps d'activitats organitzatives augmenta. Per cada malalt, es despleguen un conjunt d'activitats inherents al processos d'acollida, de diagnòstic, terapèutics i d'alta, que no sempre evolucionen organitzativament de forma fluida i pivoten sobre la seva infermera. (Gràfic 9)

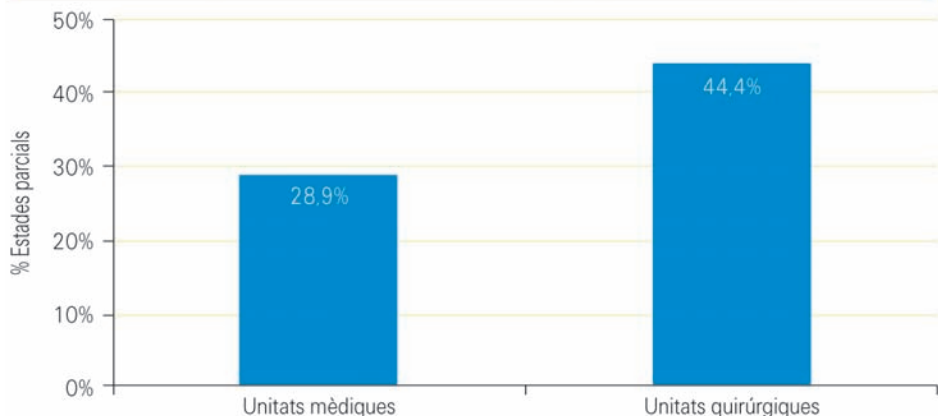
47. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servei Català de la Salut. 2006.

48. Memòria d'activitat 2000. La xarxa sanitària d'utilització pública. Servei Català de la Salut. 2001.

Gràfic 7. Distribució percentual de les estades parcials¹ per grups d'hospitals²



Gràfic 8. Distribució percentual de les estades parcials¹ per tipus d'unitats d'hospitalització³



1. Estada parcial: Estada en una unitat d'hospitalització que generi una ocupació d'un llit amb un temps inferior a 24 h.

2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

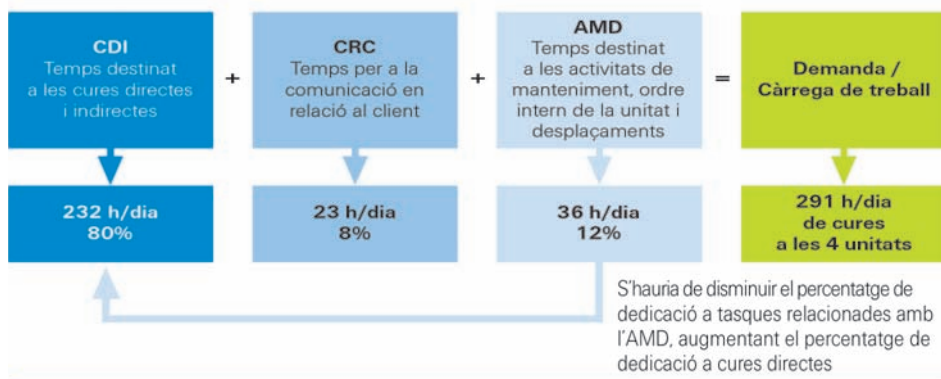
Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 9. Distribució de l'activitat en un hospital del Grup I

En global, en un hospital del Grup I s'ofereixen diàriament 291h de cures, de les quals, el 80% són cures directes

- La demanda global d'activitat és el resultat de sumar els tres mòduls del sistema PRN.

Activitat de cures d'un dia



10.2 Quin patró de cures oferim als nostres malalts?

Les pràctiques professionals mèdiques i infermeres canvien constantment. Per altra banda, el procés d'hospitalització, amb l'objectiu de ser més resolutiu, intensifica els procediments diagnòstics i terapèutics i té una durada mitjana de dies molt inferior.

En aquest context, les cures infermeres s'intensifiquen i a l'hora es tecnifiquen en part degut a elements relacionats amb el perfil del malalt que es descriuen en l'apartat 10.3, i que es tradueixen en un augment en tots els tipus de cures, amb un impacte rellevant en la càrrega global.

L'anàlisi del patró de cures es fa a partir de la identificació de les intervencions de cures i el temps que es destina per malalt i per procés.

L'anàlisi del patró de cures es fa a partir de la identificació de les intervencions de cures i el temps que es destina per malalt i per procés

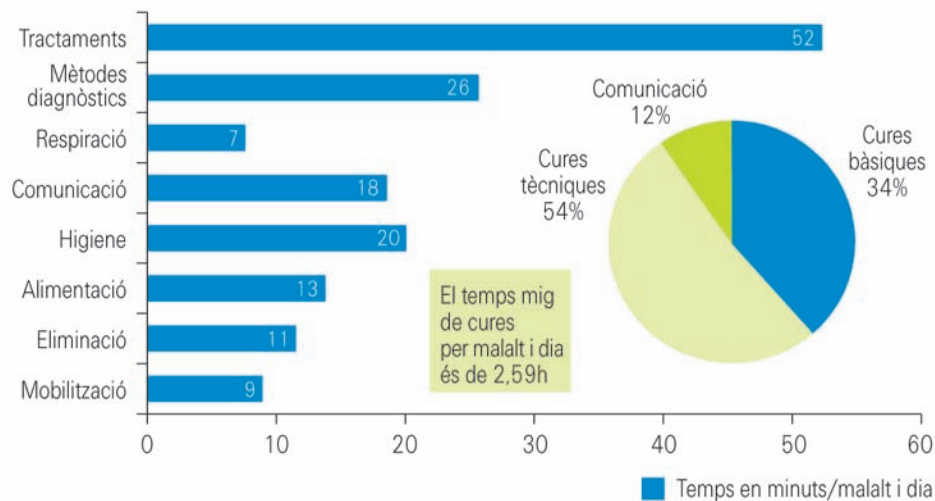
Constatacions

Les infermeres destinen entre el 75 i el 80% del temps de la seva jornada a la realització de cures directes i indirectes als malalts

1. Cada dia, al conjunt d'hospitals amb funció pública de Catalunya, les infermeres destinen entre el 75 i el 80% del temps de la seva jornada a la realització de cures directes i indirectes als malalts.
2. La durada de cures es classifica en intervals de temps, situant-se la mitjana en 156 minuts per malalt i dia (2,59 hores d'activitat total). (Gràfic 10)

Més de la meitat d'aquest temps oferim cures tècniques, (aquelles vinculades a les intervencions relacionades amb

Gràfic 10. Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció de cures⁴ en els hospitals estudiats



4. Tipus d'intervenció de cures: S'ha aplicat la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega les cures directes i indirectes en funció de 8 tipus d'intervenció, higiene, alimentació, eliminació, mobilització, comunicació, respiració i intervencions relacionades en els mètodes diagnòstics i els tractaments. Cures bàsiques: Agrupa les intervencions d'higiene, alimentació, eliminació i mobilització. Cures tècniques: Agrupa les intervencions de respiració, mètodes diagnòstics i tractaments. Cures de comunicació: Agrupa les cures relacionades amb la comunicació amb el malalt.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

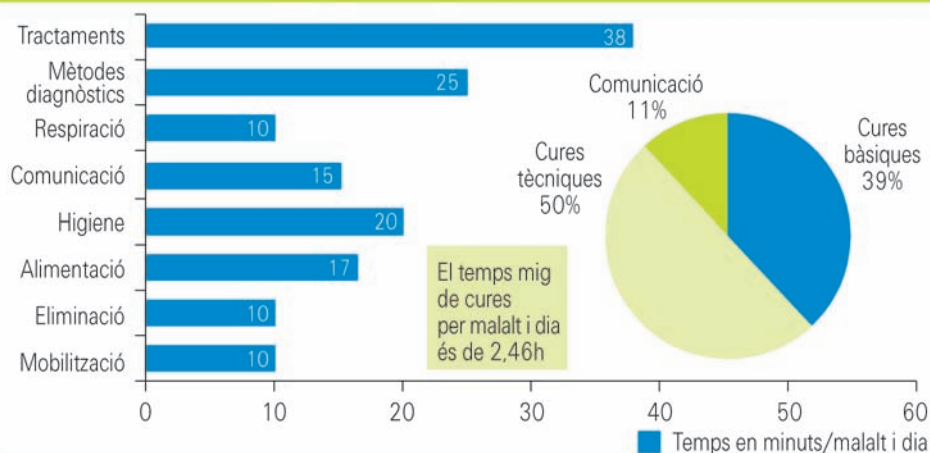
Gairebé la meitat d'aquest temps oferim cures tècniques, a les cures bàsiques destinem un terç del temps

Les activitats vinculades als tractaments representen un 41% del temps en les unitats quirúrgiques i un 26% a les mèdiques

la respiració, les proves i exploracions diagnòstiques, i les intervencions relacionades amb els tractaments). A les cures bàsiques destinem un terç del temps (intervencions relacionades amb la higiene, l'eliminació, l'alimentació i la mobilització) i un 12% del temps oferim intervencions relacionades amb la comunicació.

3. El patró de cures en les unitats d'activitat fonamentalment dedicada a l'atenció de processos quirúrgics, és sensiblement diferent (tenen més pes les cures tècniques) que el de les unitats dedicades a l'atenció de processos mèdics.
4. Solament les activitats vinculades als tractaments representen un 41% del temps en les unitats quirúrgiques i un 26% en les unitats mèdiques. (Gràfics 11 i 12)

Gràfic 11. Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció⁴ en unitats mèdiques³

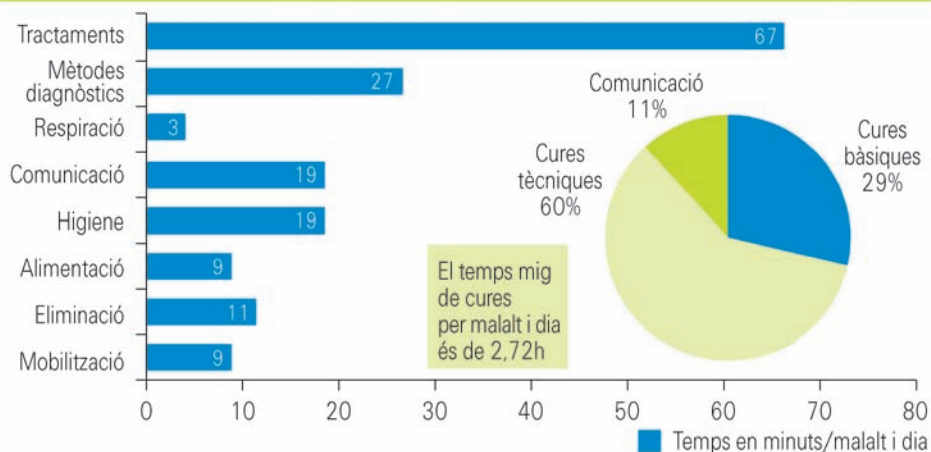


3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques són unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques són unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

4. Tipus d'intervenció de cures: S'ha aplicat la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega les cures directes i indirectes en funció de 8 tipus d'intervenció, higiene, alimentació, eliminació, mobilització, comunicació, respiració i intervencions relacionades en els mètodes diagnòstics i els tractaments. Cures bàsiques: Agrupa les intervencions d'higiene, alimentació, eliminació i mobilització. Cures tècniques: Agrupa les intervencions de respiració, mètodes diagnòstics i tractaments. Cures de comunicació: Agrupa les cures relacionades amb la comunicació amb el malalt.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 12. Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció⁴ en unitats quirúrgiques³



3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques són unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques són unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

4. Tipus d'intervenció de cures: S'ha aplicat la nomenclatura del sistema PRN. El sistema desagrega les cures directes i indirectes en funció de 8 tipus d'intervenció, higiene, alimentació, eliminació, mobilització, comunicació, respiració i intervencions relacionades en els mètodes diagnòstics i els tractaments. Cures bàsiques: Agrupa les intervencions d'higiene, alimentació, eliminació i mobilització. Cures tècniques: Agrupa les intervencions de respiració, mètodes diagnòstics i tractaments. Cures de comunicació: Agrupa les cures relacionades amb la comunicació amb el malalt.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.2.1 Hi ha diferència entre hospitals?

Constatacions

Els hospitals estudiats presenten un patró de cures similar

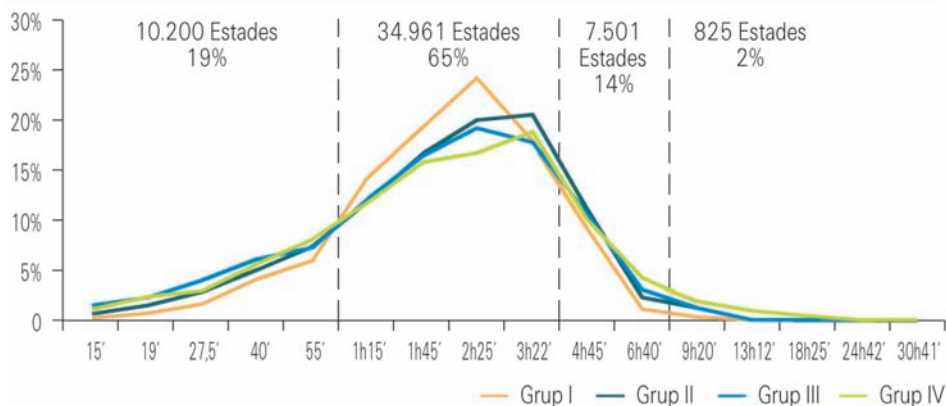
1. Els hospitals estudiats presenten un patró de cures similar (case-mix de cures), distingint 4 grans segments. Un 19% dels malalts reben un patró de cures de menys d'1 hora per malalt i dia, que es corresponen a aquelles cures del dia de l'ingrés o el de l'alta del malalt. Més d'un 60% dels malalts reben un patró de cures d'entre 1 i 3 hores. Un tercer segment de malalts rep entre 4 hores 45 minuts i 6 hores 40 minuts. I un quart segment rep més de 9 hores 20 minuts. Atès que estem estudiant el patró de

Els hospitals amb més complexitat presenten una lleugera tendència a un augment del temps de cures per malalt

cures a les unitats d'hospitalització convencional (no crítics) objectivem que 2 de cada 10 malalts reben un patró de cures susceptible de ser atesos en unitats d'atenció al malalt semicrític o de cures intermèdies.

2. A mesura que ens acostem al grup d'hospitals amb més complexitat, observem una lleugera tendència a un augment del temps de cures per malalt. (Gràfic 13)

Gràfic 13. Distribució percentual de les estades totals per temps mig de cures per grup d'hospitals²



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

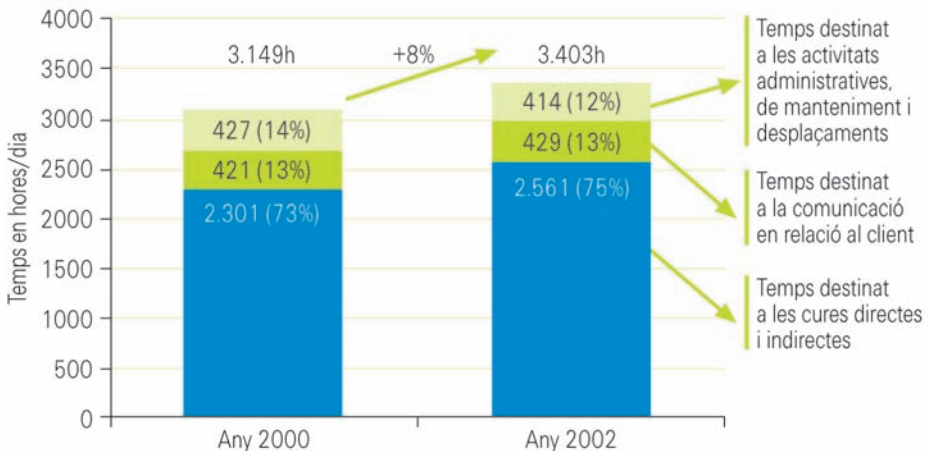
10.2.2 Aquest patró, presenta canvis de tendència en el temps?

Constatacions

En un període de 2 anys consecutius s'observa un increment relatiu global de la intensitat de cures d'un 8%

1. En un estudi transversal realitzat en un hospital del Grup IV, comparant 2 períodes, any 2000 i any 2002, s'observa un increment global de la càrrega de cures d'un 8%. (Gràfic 14)
2. L'increment observat és fonamentalment en les cures directes i indirectes, de forma similar en les cures tècniques i en les bàsiques. (Gràfic 15)

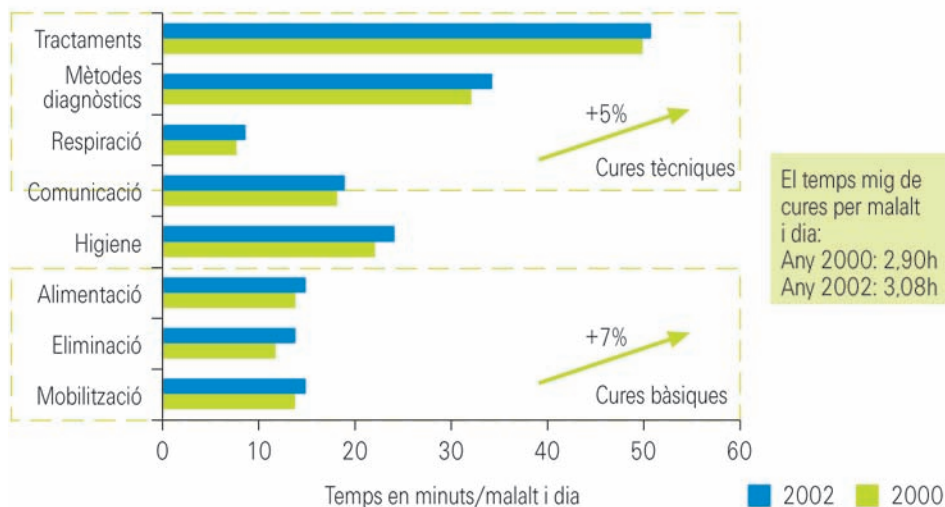
Gràfic 14. Demanda d'activitat global, en hores, d'un hospital del Grup IV² en un període de 2 anys



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 15. Evolució del patró de cures⁶ en un hospital del Grup IV² en un període de 2 anys



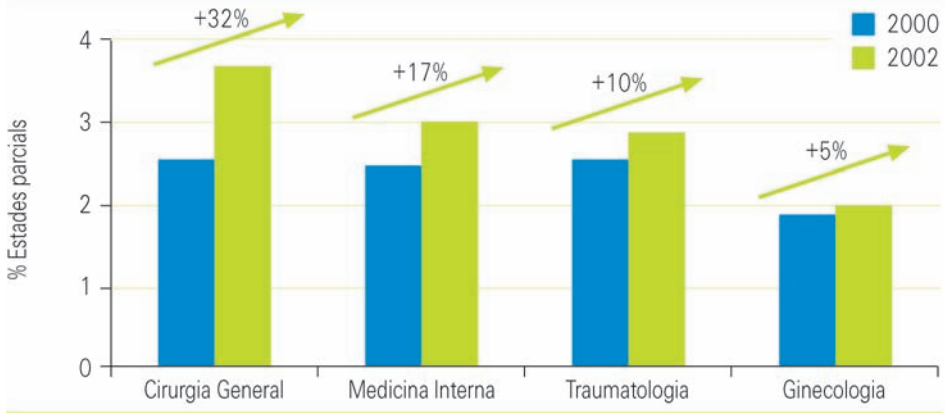
6. *Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.*
2. *Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.*

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Els canvis més importants s'observen a les especialitats de Cirurgia General, Medicina Interna i Traumatologia

3. En el mateix estudi transversal, i analitzant la tendència en el temps de cures per malalt en funció de l'especialitat mèdica, els canvis més importants s'observen a les especialitats de Cirurgia General, Medicina Interna i Traumatologia. (Gràfic 16)

Gràfic 16. Evolució del temps mig de cures per malalt i dia per tipus d'especialitats en un hospital del Grup IV² en un període de 2 anys



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.2.3 Hi ha patrons de cures específics per especialitat mèdica?

El patró de cures està directament relacionat amb les característiques del malalt

Tot i que el patró de cures està molt més relacionat amb el perfil del malalt que al tipus de procés mèdic, agregant els processos per especialitat mèdica podem determinar grans patrons de cures⁴⁹. Aquesta caracterització és més adequada en les especialitats mèdiques on la variabilitat dels processos i el ventall de la cartera de serveis d'hospitalització està més acotada.

De tota manera, quan traduïm el patró de cures en temps, és molt difícil identificar un estàndard de temps per especialitat,

49. Malauradament les bases de dades disponibles no permeten classificar-ho per cap criteri relacionat amb les cures infermeres.

És molt difícil determinar un estàndard de cures del procés segons l'especialitat mèdica

atès que en la variable intensitat de cures té més pes el component personal del malalt que l'especialitat responsable de la seva atenció.

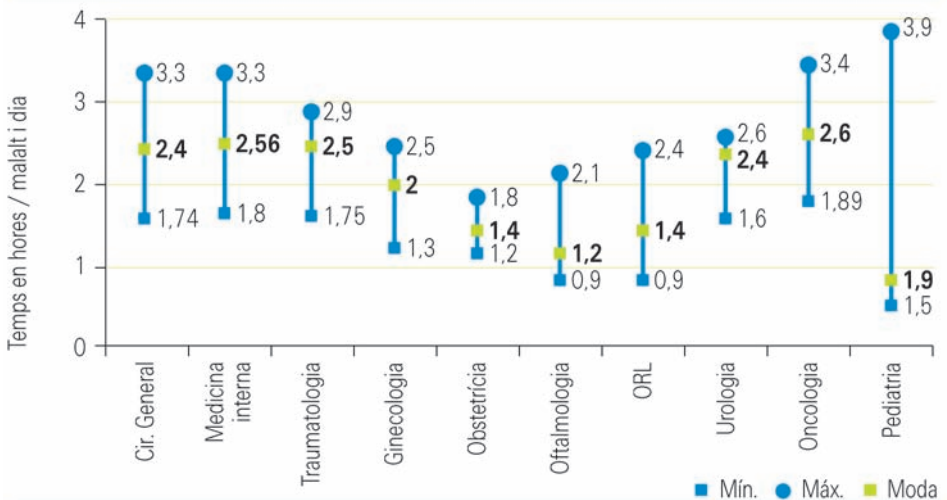
Constatacions

1. Hem caracteritzat 10 especialitats mèdiques amb un temps de cures mínim, màxim i mig per malalt i dia. El rang de temps, entre el temps mínim i màxim de cures per especialitat mèdica és molt ampli. (Gràfic 17)

Identifiquem de forma aproximada patrons de cures en 5 especialitats mèdiques

2. Per altra banda, i al marge del temps de dedicació a cada malalt, podem establir patrons de cures fonamentalment en 5 especialitats mèdiques. (Gràfics 18-22)

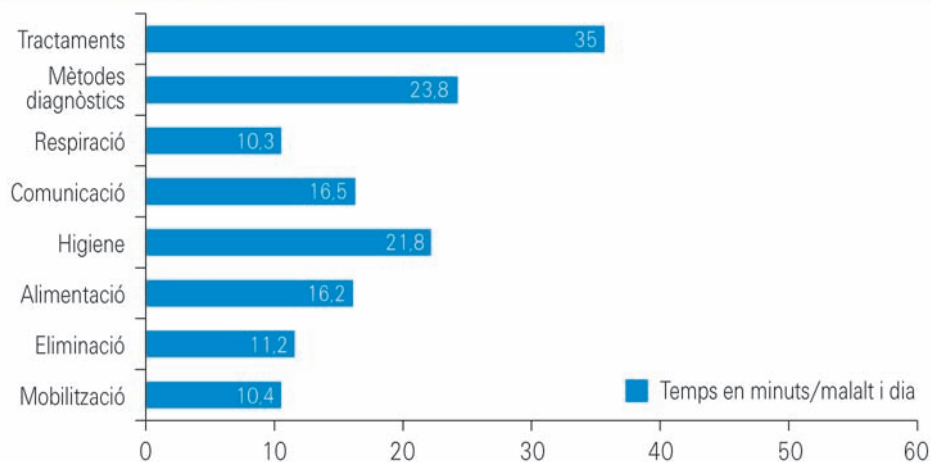
Gràfic 17. Interval de temps mig de cures, en hores, mínim i màxim per especialitat mèdica en els hospitals estudiats⁷



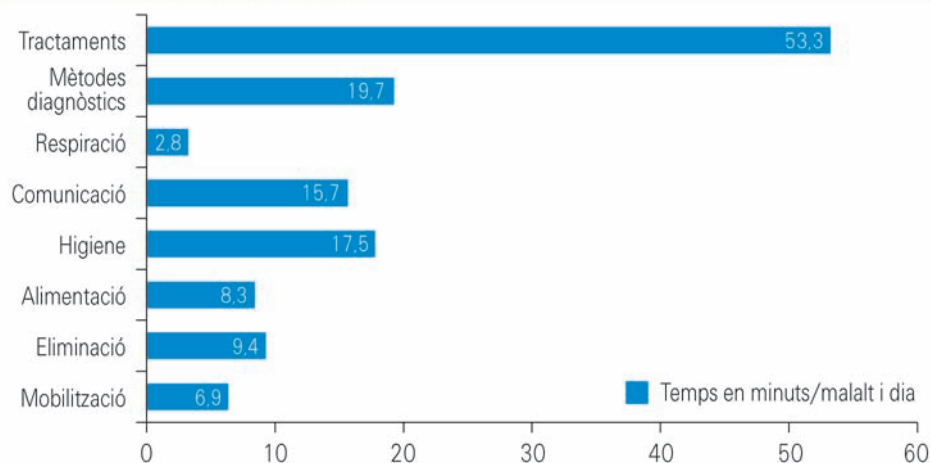
7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 18. Patró de cures⁶ d'un malalt atès en l'especialitat de Medicina Interna en els hospitals estudiats⁷



Gràfic 19. Patró de cures⁶ d'un malalt atès en l'especialitat de Cirurgia General en els hospitals estudiats⁷

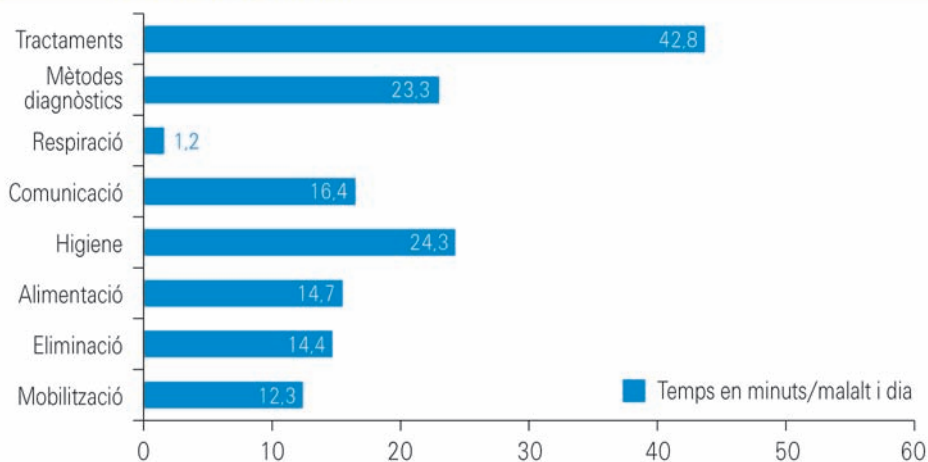


6. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

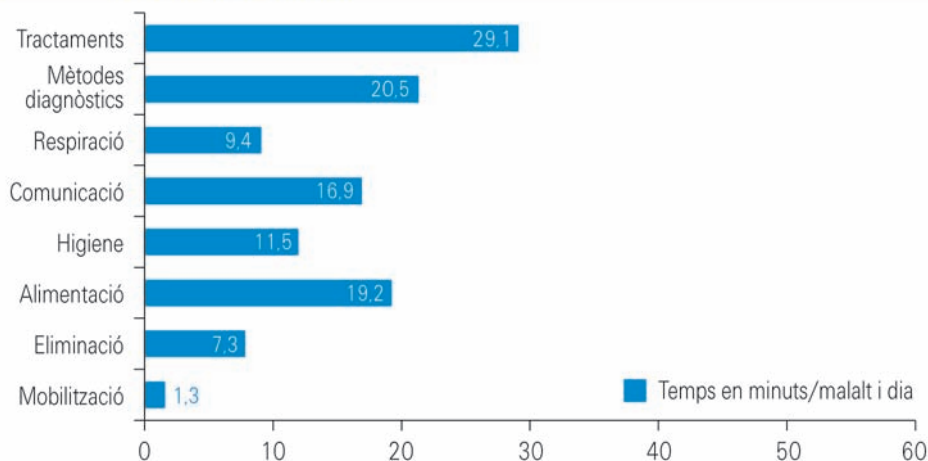
7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 20. Patró de cures⁶ d'un malalt atès en l'especialitat de Traumatologia en els hospitals estudiats⁷



Gràfic 21. Patró de cures⁶ d'un malalt atès en l'especialitat de Pediatria en els hospitals estudiats⁷

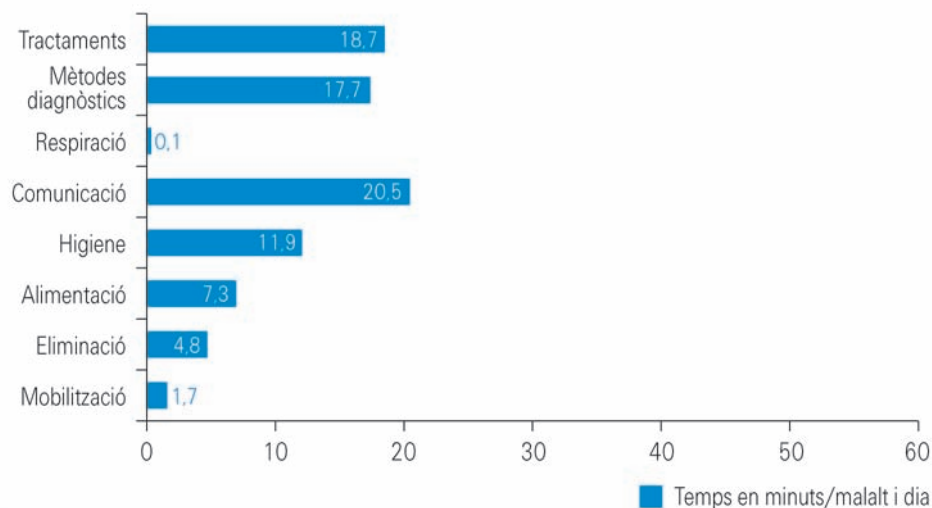


6. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 22. Patró de cures⁶ d'un malalt atès en l'especialitat d'Obstetrícia en els hospitals estudiats⁷



6. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.3 Quin perfil de malalt tenim?

10.3.1 Com influeix l'escenari actual d'envelliment de la població?

La variable clau per excel·lència és el malalt

La variable clau per excel·lència és el malalt. Hem dit a la introducció que a mesura que l'estada hospitalària disminueix, les cures s'intensifiquen. I l'activitat de la infermera és molt variable entre un malalt i un altre, i ve determinada pels requeriments de cada procés. Per això ens sembla important caracteritzar el patró de cures en el malalt més important de les àrees d'hospitalització d'aguts.

El major nombre d'estades hospitalàries es produeixen en l'atenció de malalts entre 65 i 84 anys

Des de la perspectiva de les cures, aquests malalts presenten més complexitat clínica, un nivell d'autonomia generalment baix i major intensitat de cures

Un 38% de les estades corresponen a persones de més de 64 anys i un 5% a majors de 84 anys

L'escenari actual d'envelliment de la població està impulsant un canvi en la proporció de malalts d'edat avançada que demanen atenció a les àrees d'hospitalització.

El major nombre d'estades hospitalàries es produeixen en l'atenció de malalts entre 65 i 84 anys i aquest fenomen afecta, globalment, de forma similar a tots els hospitals de Catalunya, amb activitat pública i oferta de serveis no monogràfica. L'evolució de l'envelliment dels malalts atesos en les unitats d'hospitalització presenta una tendència creixent i s'accentua en les unitats on s'atenen malalts amb patologia mèdica.

L'atenció d'un malalt d'edat avançada normalment ve associada a la necessitat de donar resposta a la seva comorbiditat i fragilitat clínica, i als problemes d'índole social.

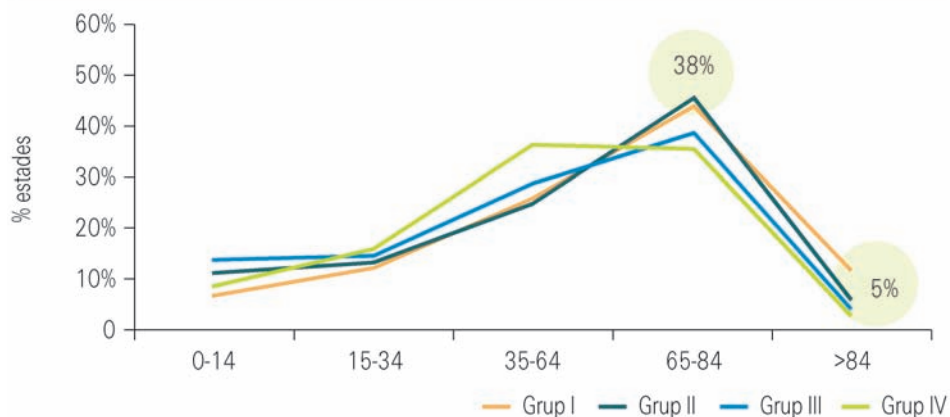
Des de la perspectiva de les cures, aquests malalts presenten més complexitat clínica i major intensitat de cures, amb un nivell d'autonomia generalment baix. Per altra banda, les unitats d'hospitalització on s'ingressen habitualment aquests tipus de malalts, mantenen el mateix nombre de llits i moltes vegades la mateixa dotació de personal, malgrat que el perfil de malalts que s'atén presenta una major intensitat de cures.

Constatacions

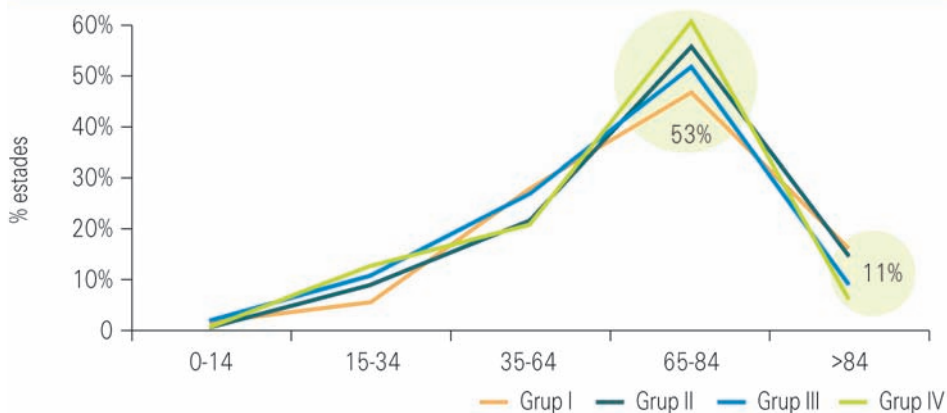
1. Cada dia, a qualsevol hospital de Catalunya, 4 de cada 10 estades hospitalàries corresponen a l'atenció en hospitalització de persones de més de 64 anys (38%) i més d'una d'aquestes estades (5%) correspon a una persona de més de 84 anys. (Gràfic 23)⁵⁰
2. A les unitats d'hospitalització on s'ingressen malalts amb patologia no quirúrgica s'atenen un 16% més de malalts majors de 65 anys que a les unitats quirúrgiques. (Gràfics 24 i 25)

50. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. 2005. Servei Català de la Salut. 2006.

Gràfic 23. Distribució de les estades per franges d'edat i grups d'hospitals²

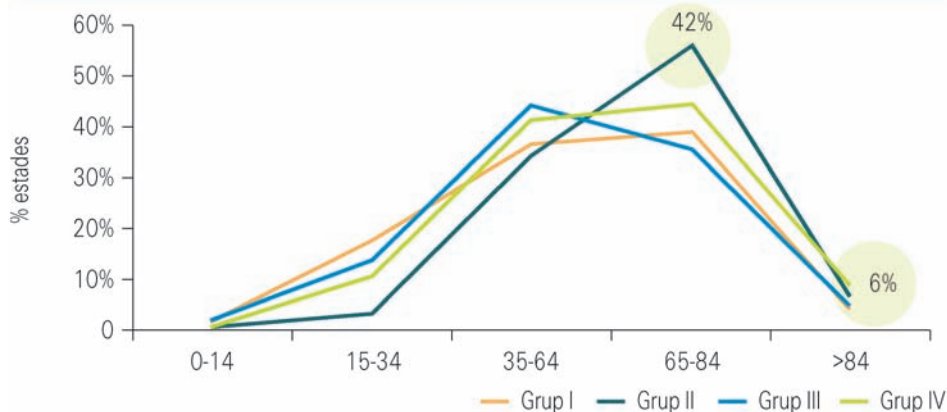


Gràfic 24. Distribució de les estades en unitats mèdiques³ per franges d'edat i per grups d'hospitals²



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.
3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Gràfic 25. Distribució de les estades en unitats quirúrgiques³ per franges d'edat i per grups d'hospitals²

3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

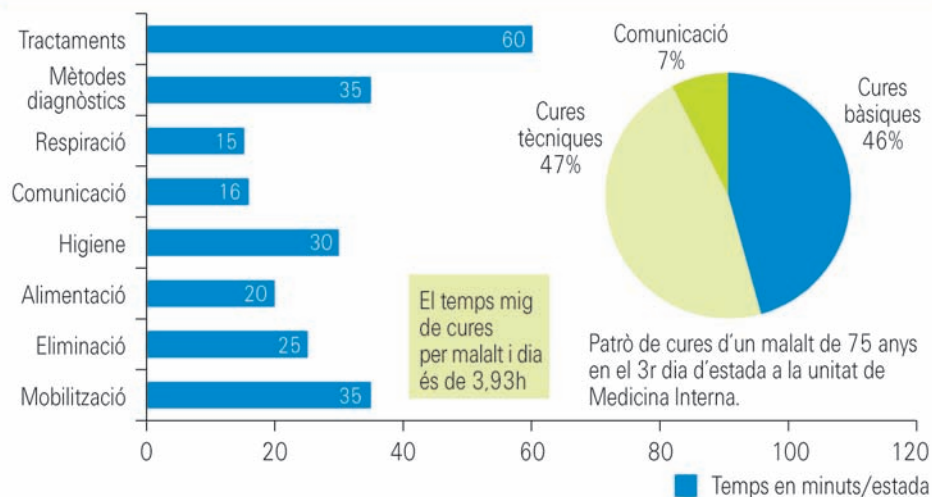
2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

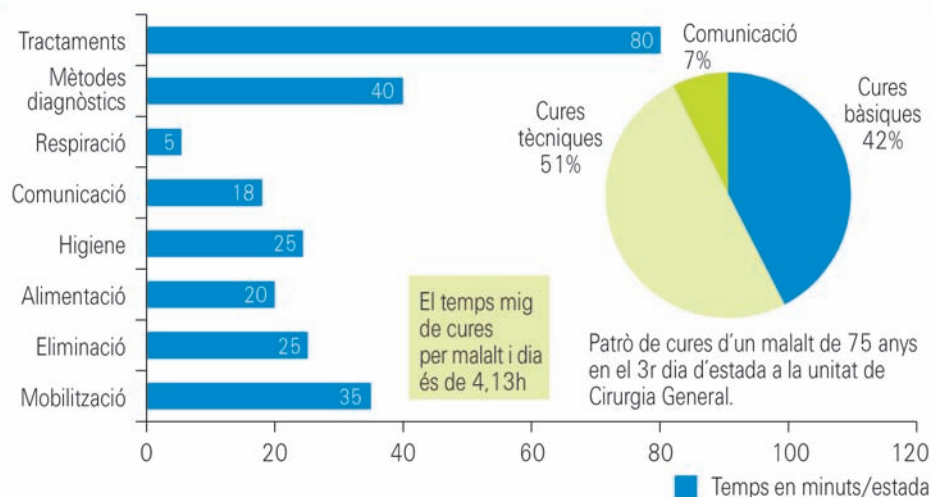
Un malalt tipus amb aquestes característiques requereix una intensitat de cures al voltant de 4 hores al dia

3. Un malalt tipus amb aquestes característiques requereix una intensitat de cures al voltant de 4 hores al dia, essent molt similar el perfil de cures bàsiques, tant si la patologia de base és mèdica o quirúrgica i presentant diferències en el perfil de les cures tècniques. (Gràfics 26 i 27)

Gràfic 26. Patró de cures⁶ d'un malalt de 75 anys atès en especialitats mèdiques



Gràfic 27. Patró de cures⁶ d'un malalt de 75 anys atès en especialitats quirúrgiques



6. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.3.2 Quin és l'impacte de l'augment de la població immigrant? Un perfil de malalt multicultural?

Cal destacar l'augment recent de la població immigrant a Catalunya

En el punt anterior hem parlat del malalt de forma anònima, però cal destacar que l'augment recent de la població immigrant a Catalunya, una de les comunitats autònomes d'Espanya amb un percentatge més alt d'estrangers regulars, ens determina un perfil social de malalt multicultural que cal considerar especialment.

A l'àmbit de l'hospitalització, la població immigrant on té major prevalença és a les unitats d'Obstetrícia

Tot i que pel que fa a la utilització dels serveis de salut, i concretament a l'àmbit de l'hospitalització, la població immigrant no representa un grup important, el seu patró d'utilització s'orienta més cap als serveis de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia, habitualment per trastorns aguts, i produeixen generalment estades curtes en l'àmbit hospitalari.

Constatacions

En el decurs dels darrers 10 anys els parts de mares immigrants han augmentat un 500% enfront d'un 21% dels de les mares de nacionalitat espanyola

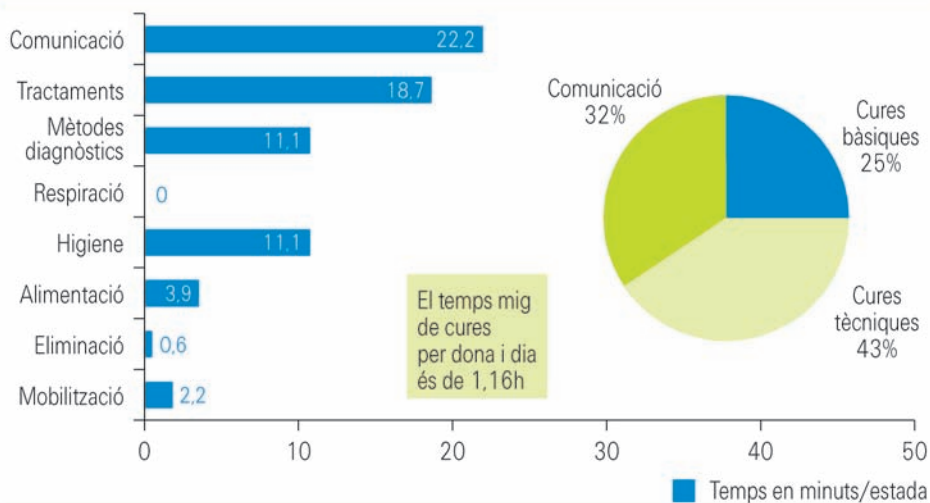
1. Concretament a l'any 2005, la població immigrant va ser responsable del 20,9% dels naixements i en el decurs dels darrers 10 anys els parts de mares immigrants han augmentat un 500% davant d'un 21% de les mares de nacionalitat espanyola⁵¹.

Les cures de comunicació són especialment importants en l'atenció a les dones immigrants

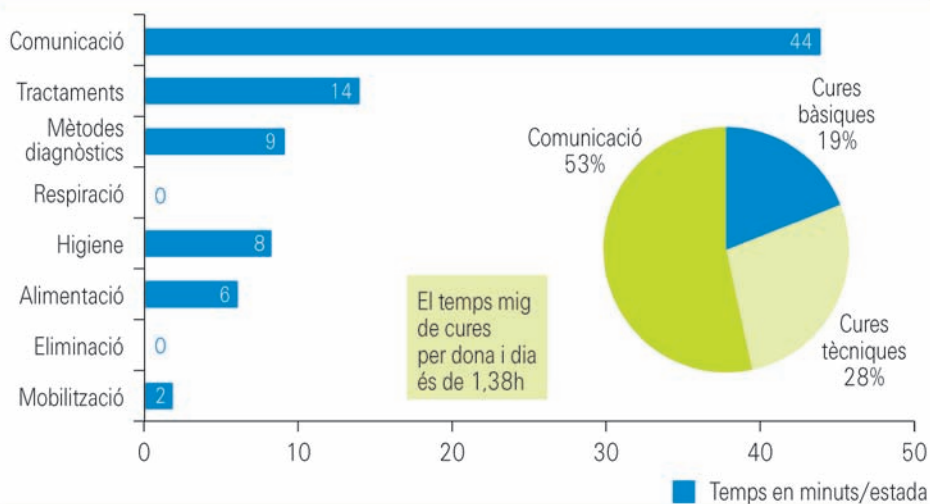
2. En aquest àmbit, les cures de comunicació són especialment importants. Si prenem com a exemple el patró de cures d'una dona autòctona, atesa per un part normal, les intervencions infermeres vinculades a la comunicació signifiquen el 32% del temps total, gairebé 23 minuts al dia, mentre que en una dona estrangera són del 53%, 44 minuts al dia. (Gràfics 28 i 29)

51. www.ine.es. Juliol 2006.

Gràfic 28. Patró de cures⁶ d'una dona autòctona atesa per part normal



Gràfic 29. Patró de cures⁶ d'una dona estrangera atesa per part normal



6. Patró de cures: Caracterització global de les cures que es proporcionen a un malalt o a un grup de malalts en un període determinat.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.4 L'organització temporal de les cures.

El patró de cures és diferent en funció dels dies de la setmana? I durant els tres torns del dia?

La fluctuació temporal de l'activitat de cures és fruit de la dinàmica organitzativa dels hospitals

La fluctuació temporal de l'activitat de cures és fruit de la dinàmica organitzativa dels hospitals. Però si tenim en compte la durada de l'estada mitjana i el pes dels processos quirúrgics, l'activitat de cures presenta determinades característiques temporals.

Malgrat l'organització dels hospitals està centrada als matins, l'activitat a la tarda disminueix de forma molt poc significativa

A les unitats d'hospitalització, els caps de setmana l'activitat disminueix, però de forma molt poc significativa. El mateix passa a les tardes respecte als matins. No obstant això, les dotacions d'equips d'infermeria es dimensionen de forma favorable als matins, i a les tardes s'estan incorporant reforços de forma temporal. Pel que fa als caps de setmana no sempre la dotació és coherent amb la realitat.

Generalment els càrrecs de comandament mitjos també tenen un horari centrat als matins, fet que transfereix la resolució de les contingències de tot tipus, a les infermeres de terreny, fora d'aquest horari.

Per altra banda, normalment els serveis de suport de l'hospital no estan preparats per assumir aquest increment d'activitat fora dels horaris convencionals.

La majoria de serveis centrals generals i de suport clínic estan organitzats pel funcionament horari fins a les tres o les cinc de la tarda, totes aquelles sol·licituds fora d'aquest horari requereixen tractaments excepcionals.

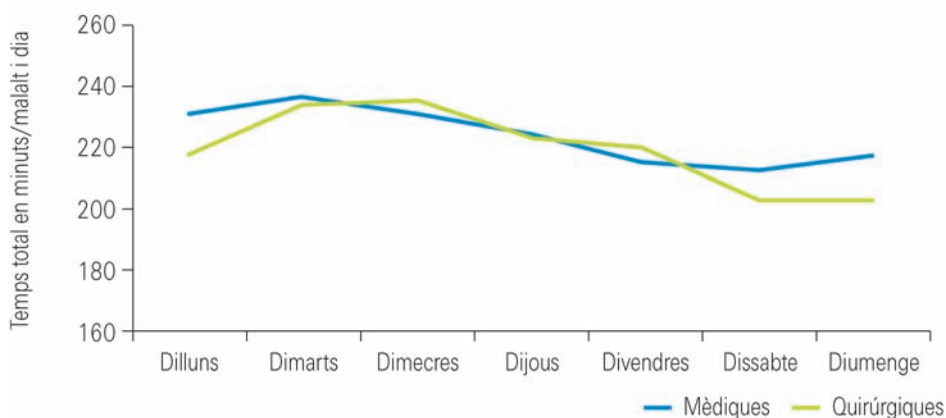
Constatacions

Durant els caps de setmana la reducció de les activitats de cures també és molt poc significativa

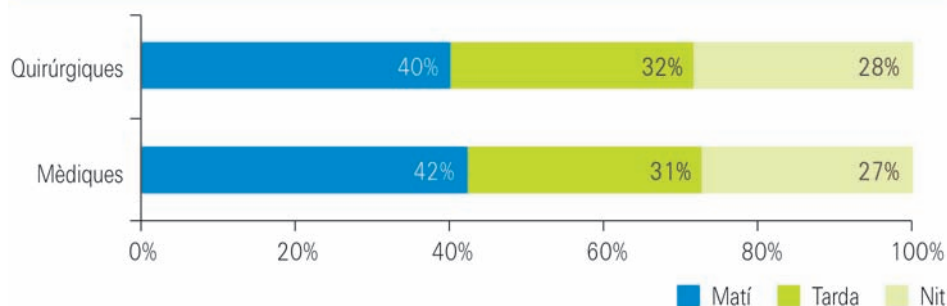
1. La càrrega de cures disminueix progressivament al llarg dels dies de la setmana, fonamentalment el dissabte i el diumenge. Però aquesta disminució és pràcticament insignificant. Els dimarts i els dimecres són els dies que s'evidencia activitat més alta. La característica de dismi-

nució de l'activitat el cap de setmana és més evident a les unitats quirúrgiques. A les unitats mèdiques la càrrega de cures global és pràcticament similar. (Gràfics 30 i 31)

Gràfic 30. Temps de cures totals per dia de la setmana en els hospitals estudiats⁷ i per especialitat mèdica



Gràfic 31. Distribució percentual del temps de cures per torns de treball i per tipus d'unitats d'hospitalització⁷



7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Hi ha un desplaçament de la demanda de cures cap als torns de tarda i nit

2. Tot i que la major part de l'activitat de cures es realitza al matí, amb un 42% de la demanda de cures en les unitats mèdiques i un 40% de la demanda en les unitats quirúrgiques, hi ha un desplaçament de la demanda de cures cap als torns de tarda i nit.

A la tarda, les unitats quirúrgiques reben els malalts procedents de les unitats de reanimació postquirúrgica, i una bona part dels ingressos programats. I les unitats mèdiques reben els malalts procedents d'urgències.

10.5 És suficient la dotació d'equips d'infermeria a les unitats d'hospitalització?⁵²

La dotació dels equips d'infermeria a les unitats d'hospitalització es mesura amb la taxa d'ajustament

La dotació dels equips d'infermeria a les unitats d'hospitalització es mesura amb la taxa d'ajustament.

Aquesta mostra l'equilibri entre les hores de cures donades (en base a les activitats fetes i als estàndards de temps del PRN) i les hores amb personal disponible (hores de presència física d'infermeres i auxiliars).

Es diferencien 3 valors en la taxa d'ajustament que es corresponen amb l'adequació del personal d'infermeria a l'activitat assistencial:

El valor per sota del 85% no és acceptable

- El valor per sota del 85% no és acceptable, ja que vol dir que hi ha desequilibris importants en algun torn de treball i/o en dies concrets de la setmana.

El valor acceptable és igual o superior al 95%

- El valor acceptable és igual o superior al 95%, que vol dir que el personal d'infermeria pot satisfer la demanda d'ac-

52. Cal tenir present que la dotació suficient, en termes d'hores de presència física d'infermeres i auxiliars infermeres, no és l'únic valor a tenir en compte a l'hora de dimensionar les plantilles. Els nivells de competència dels professionals, les seves capacitats físiques (que amb l'edat algunes vegades disminueixen), i els factors de l'entorn (tubs pneumàtics, horaris de visita planificats, suports informàtics, ...) influeixen de tal manera que una taxa d'ajustament acceptable pot anar acompanyada per una sobrecàrrega de treball. Veure l'apartat 11 (Identificació de l'opinió dels grups d'interès).

tivitat malgrat no disposar de marge per un increment d'activitat en moments determinats.

El valor ideal és del 100%

- El valor ideal és del 100%, que vol dir que hi ha marge de personal d'infermeria per poder assumir un increment d'activitat en un moment donat.

Cal dir que aquest ajustament s'hauria d'avaluar per cada unitat d'hospitalització, cada torn de treball i per infermera o auxiliar. En aquest apartat es presenten dades agregades per hospitals, dies de la setmana i grups d'hospitals.

Constatacions

1. En l'estudi dels 17 hospitals de Catalunya només s'ha identificat 1 hospital, en el que agregant totes les unitats, tenia una dotació d'equips superior al 100% (malgrat que podien haver-hi desequilibris interns per unitats, tornos o grups professionals).

En algunes franges de temps, les infermeres han afrontat sobrecàrregues importants

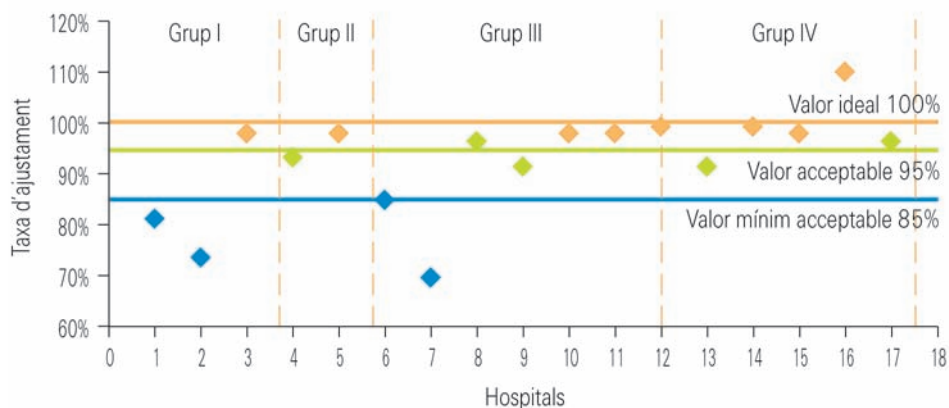
Hi ha 4 hospitals amb una dotació inferior al 85%, i els altres 12 es situen amb una taxa d'ajustament superior al 85% i inferior al 100%, però sense cap tipus de marge de maniobra. (Gràfic 32)

Atès que estem parlant de dades d'ajustament global, en aquests hospitals, en determinades unitats d'hospitalització i en algunes franges de temps, el personal d'infermeria ha afrontat sobrecàrregues de treball.

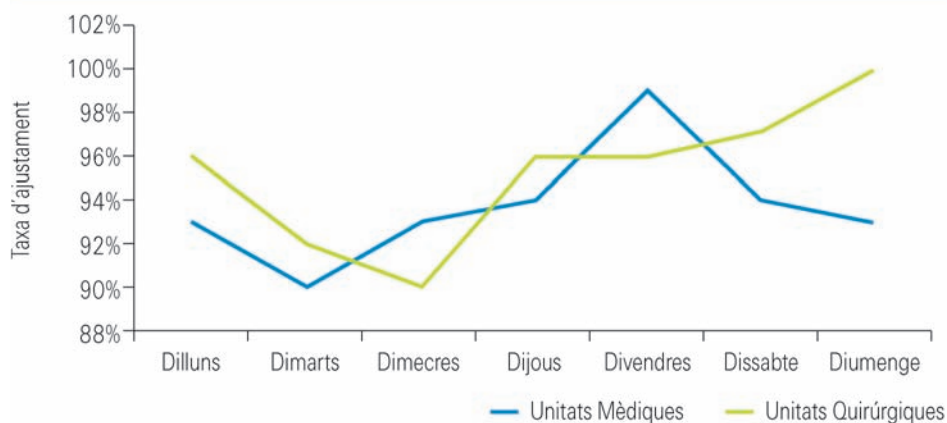
Per gestionar la dotació d'equips la taxa d'ajustament global és només un valor de referència. La gestió de la dotació ha de ser diària, per franges horàries i per unitat

2. Per gestionar la dotació d'equips la taxa d'ajustament global és només un valor de referència. La gestió de la dotació ha de ser diària, per franges horàries, per grup professional i per unitat. Podem apreciar les diferències observades en l'estudi per dia de la setmana i per tipus d'unitat d'hospitalització. (Gràfic 33)

Gràfic 32. Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures en els hospitals de l'estudi²



Gràfic 33. Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures per dia de la setmana i per tipus d'unitats³



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

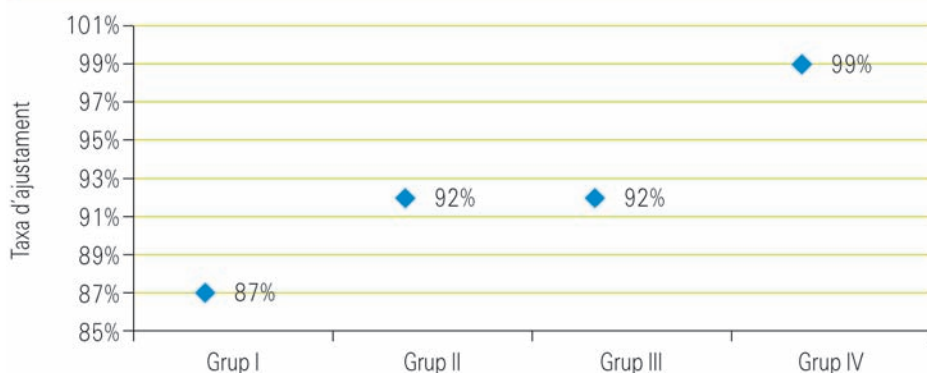
3. Tipus d'unitats d'hospitalització: unitats mèdiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat mèdica; unitats quirúrgiques, unitats d'hospitalització de serveis amb especialitat quirúrgica.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

L'hospital més petit afina molt més en la dotació dels equips i té més capacitat per aprofitar les economies internes

3. Per altra banda, si agreguem la dotació per tipus d'hospital, hi ha una correlació entre aquest i el nivell d'ajustament del personal. L'hospital més petit afina molt més en l'ajustament i aprofita les economies internes, fet que és molt més complicat a mesura que la magnitud de l'hospital augmenta. (Gràfic 34)

Gràfic 34. Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures per grups d'hospitals²



2. Grups d'hospitals: Grup I, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil; Grup II, Hospitals generals bàsics amb maternoinfantil i unitats de crítics; Grup III, Hospitals generals amb especialitats de referència; Grup IV, Hospitals de referència regional i nacional.

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

El nivell d'adequació de les cures és un valor de referència que estableix la qualitat en termes d'oferta, però no mesura la qualitat tècnica de la pràctica professional

10.6 Quin és el nivell d'adequació de les cures?

Indiferentment del perfil del malalt, del patró de cures i de l'organització, hem de conèixer si estem oferint les cures adequades.

El nivell d'adequació de les cures és un valor de referència que estableix la qualitat en termes d'oferta (quines cures s'han donat), però no mesura la qualitat tècnica de la pràctica professional.

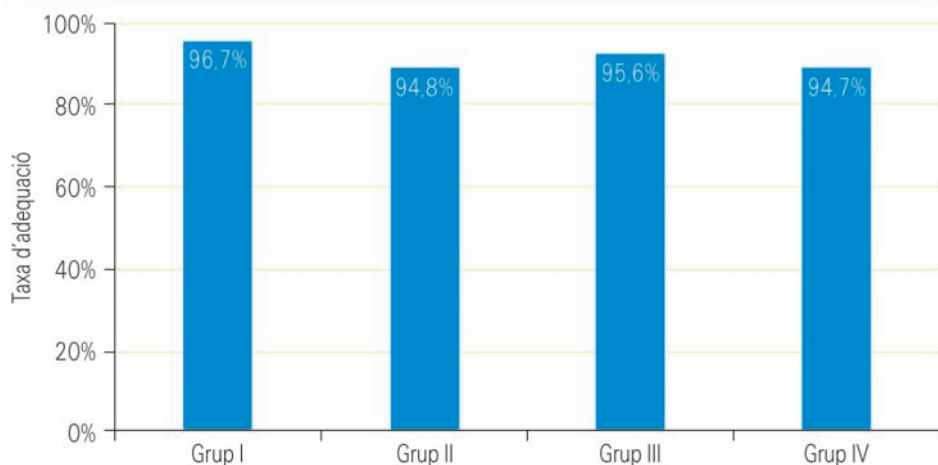
El nivell d'adequació mostra l'equilibri entre les cures que rep el malalt (cures donades en base a la nomenclatura del PRN) en relació a les cures que hauria de rebre en base al model de cures de cada hospital (cures necessàries també en base a la nomenclatura del PRN).

Constatacions

El nivell d'adequació global de les cures és correcte i no presenta diferències entre els grups d'hospitals

1. Malgrat l'elevada càrrega assistencial i els aspectes qualitatius que hem esmentat en els diferents punts del document, el nivell d'adequació global de les cures és correcte i no presenta diferències entre els grups d'hospitals. (Gràfic 35)
2. Si analitzem el nivell d'adequació per tipus d'activitat de cures, les vinculades a la mobilització (en el Grup IV) i

Gràfic 35. Taxa d'adequació de les cures donades davant de cures necessàries en els grups d'hospitals estudiats⁷



7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

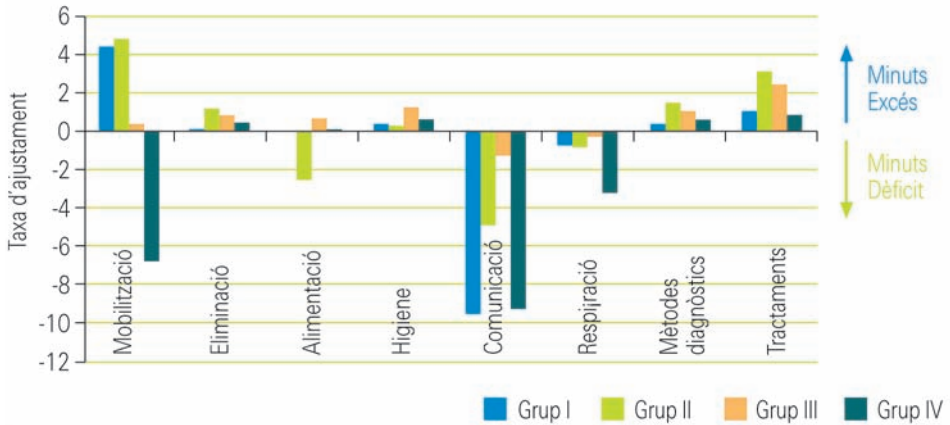
Les cures vinculades a la mobilització i comunicació són aquelles que presenten un nivell d'adequació menor

Si es donessin les cures necessàries, la taxa d'ajustament podria baixar per sota del 85%

comunicació (a tots els Grups) són aquelles que presenten un nivell d'adequació menor, d'altres, com les cures vinculades a la realització de proves diagnòstiques i a l'administració de tractaments, es realitzen, de forma inadequada, per excés en alguns casos. (Gràfic 36)

3. Si es donessin les cures necessàries (en base al model de cures de l'hospital) la taxa d'ajustament resultant podria ser inferior, això vol dir que hospitals que estan a la franja 85% - 95% d'ajustament, podrien baixar per sota del 85% (taxa mínima acceptable), si oferíssim les cures adequades.

Gràfic 36. Adequació de les intervencions de cures en minuts per malalt i dia en els grups d'hospitals estudiats⁷



7. Hospitals estudiats: 17 hospitals de Catalunya, acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

Font: Processos de cures agregats de 17 hospitals de Catalunya acreditats en la utilització del PRN i que formen part de la XHUP (Xarxa hospitalària d'utilització pública).

10.7 Expertesa dels professionals

L'expertesa dels professionals que formen part d'un equip condicionen la càrrega de treball de la resta de l'equip assistencial

L'expertesa dels professionals que formen part d'un equip condiciona la càrrega de treball de la resta de professionals que treballen al mateix temps o aquelles que han d'assegurar la continuïtat de les cures les 24 hores del dia.

Les infermeres principiants o que estan per primera vegada en un servei, generalment, tenen dificultats en diferenciar els aspectes rellevants dels que no ho són, algunes vegades els costa centrar-se en les necessitats del malalt i tenen dificultat en comprendre les situacions complexes que es presenten.

Tot això pot llastrar les infermeres més hàbils i expertes que se senten responsables dels malalts de l'àrea i que tenen respostes més àgils i intuïtives basades en els coneixements i l'experiència prèvia.

Constatacions

L'elevada rotació influeix en la sobrecàrrega de les infermeres

1. Donada la forta rotació de personal que hi ha a les àrees d'hospitalització, degut a l'absentisme per diferents motius (baixa per malaltia, permisos, vacances, conciliació de la vida laboral i personal, ...), aquesta situació de sobrecàrrega per tenir personal nou no entrenat sol donar-se molt sovint en els hospitals que no tenen un pla de fidelització del personal a les àrees de treball.

2. En la majoria dels hospitals no estan definides les competències funcionals o nuclears, ni el nivell de les mateixes, que requereix cadascun dels llocs de treball.

3. Malauradament, els criteris que tot sovint prevalen en l'assignació de llocs de treball, són l'antiguitat a l'hospital o el temps de sol·licitud del lloc de treball abans que els criteris de competència i perfil que requereix el lloc.

No està definit el nivell de competències que requereix cada lloc de treball



11. Identificació de l'opinió dels grups d'interès

Opinió dels grups d'interès

Actuacions professionals basades en l'evidència i en el respecte als principis de l'ètica professional, en l'expertesa de les activitats pròpies d'infermeria, en tenir recursos personals per afrontar situacions de crisi, empatia, flexibilitat, fer una bona gestió dels recursos, tenir una visió integral de la persona, estar oberta a aprendre i a treballar en equip, interessada en la docència

Es presenten els resultats més destacats sobre els comportaments de bona pràctica, i els factors externs i les característiques de les infermeres que influeixen sobre els mateixos.

11.1 Comportaments de bona pràctica

Tant els comandaments infermers com els membres dels grups focals varen aportar un ampli ventall de comportaments relacionats amb la bona pràctica infermera.

En síntesi podríem dir que són les actuacions professionals basades en l'evidència i en els principis de l'ètica professional, en l'expertesa de les activitats pròpies d'infermeria, en tenir recursos personals per afrontar situacions de crisi, en l'empatia, la flexibilitat, en fer una bona gestió dels recursos, en tenir una visió integral de la persona, en estar oberta a aprendre i a treballar en equip i interessada en la docència.

11.2 Factors que influeixen

A la taula 9 es presenten els grans grups de factors extrínsecs i intrínsecs que tenen influència sobre els comportaments de bona pràctica clínica.

De tota la informació extreta queda clar que els impediments o les ajudes per a tenir els comportaments de bona pràctica provenen del propi entorn de treball i de les competències de les infermeres.

Taula 9. Classificació dels factors extrínsecs i intrínsecs que influeixen en la bona pràctica de la infermera definits pels grups focals

<i>Factors extrínsecs</i>	<i>Factors intrínsecs</i>
<i>Gestió de recursos humans</i>	<i>Saber: Coneixements</i>
<i>Comandaments i dotació</i>	<i>Saber estar: Actituds</i>
<i>Relació interprofessional / intergrup</i>	<i>Aptituds i trets professionals</i>
<i>Relació intragrupal</i>	<i>Voler fer: Aspectes motivacionals</i>
<i>Organització</i>	<i>Saber fer: Habilitats</i>
<i>Suport a l'assistència</i>	
<i>Recursos materials i informàtica</i>	
<i>Formació continuada</i>	
<i>Eines per afavorir la continuïtat assistencial</i>	
<i>Metodologia de treball</i>	

11.2.1 Factors extrínsecs que influeixen en els comportaments de bona pràctica

11.2.1.1 Gestió dels recursos humans

11.2.1.1.1 Dotació insuficient

Dotació molt ajustada o per sota de les necessitats que presenten els malalts

La dotació prevista a les unitats està, en general, molt ajustada o per sota de les necessitats que presenten els malalts (veure la taxa d'ajustament per sota del 85%).

Disposar d'un equip de professionals experts, per donar suport a les unitats que més ho precisen ajudaria a mitigar les càrregues assistencials fluctuants.

11.2.1.1.2 Inadequació de la dotació i l'assignació

La dotació prevista moltes vegades no es correspon amb la plantilla necessària per a cobrir-la.

Rotació molt elevada de personal i inestabilitat en els equips de treball

Això obliga a fer una quantitat de contractes eventuais important per a fer front a necessitats estructurals no dotades, a les necessitats derivades dels permisos retribuïts, a l'absentisme per incapacitat transitòria i a les absències derivades de la conciliació de la vida laboral i personal.

Això comporta tenir una plantilla fluctuant per a assegurar les presències físiques dotades a cada àrea de treball. Les diferents modalitats per a cobrir aquestes presències físiques i el mantenir sempre la dotació exacta, comporten una rotació molt elevada de personal i una inestabilitat en els equips de treball.

Dificultats per adquirir l'expertesa necessària per a donar una bona atenció

Això va lligat a què aquestes infermeres, que no treballen de forma continuada i, que si ho fan, no tenen estabilitat en el lloc de treball, en general tenen dificultats per adquirir l'expertesa necessària per a donar una bona atenció. La seva manca d'expertesa dóna una major càrrega de treball als professionals habituals de l'àrea.

11.2. 1. 1.3 Horaris de treball

La configuració d'alguns torns de treball dificulta la continuïtat assistencial.

El temps assignat pel canvi de torn afavoreix la continuïtat assistencial

Disposar de temps remunerat suficient per a fer el canvi de torn també afavoreix la continuïtat de les cures durant les 24 hores del dia i alguns hospitals no en tenen o tenen molts pocs minuts.

No hi ha temps assignat per a participar en les reunions de l'equip

Disposar de temps remunerat o compensat, per a fer reunions de treball entre els membres de l'equip (per a proposar millores, contrastar intervencions d'infermeria en sessions clíniques, i poder participar en la presa de decisions), ajudaria a la millora de la qualitat de les cures infermeres i dels serveis de l'hospital en general, a la vegada que afavoriria una major implicació. Malauradament encara són pocs els hospitals que ho contemplen.

11.2.1.1.4 Organització adequada de tasques i funcions

La diversitat de tasques no assistencials en una unitat d'hospitalització distorsiona el treball assistencial

La diversitat de tasques que ha de fer la infermera en una unitat d'hospitalització a part de les pròpiament assistencials, interfereix distorsionant el seu treball habitual (trucades de telèfon, buscar a un metge per a què signi una prescripció, fer un requeriment per a què arreglin una làmpada, etc.). El disposar de personal administratiu de suport ajudaria a centrar l'atenció de les infermeres en el malalt fent les tasques assistencials i de coordinació que precisa.

Assignar infermeres a la recerca i l'avaluació de la pràctica assistencial contribueix a desenvolupar comportaments de bona pràctica clínica i millora la qualitat de les cures que s'ofereixen

Assignar infermeres a la recerca i a l'avaluació de la pràctica assistencial, ben segur que contribuiria a facilitar el seu treball i a què es desenvolupessin els comportaments de bona pràctica clínica i a la millora de la qualitat de les cures.

11.2.1.1.5 Acollida als nous professionals

L'alta rotació, provocada per la inadequació de les plantilles a les necessitats, produeix una alta càrrega de treball addicional a les infermeres que habitualment estan a la unitat.

La manca de tutors pel personal de nova incorporació dificulta la seva integració a una organització

La manca de tutors pel personal de nova incorporació dificulta la seva integració a les dinàmiques de treball del centre i de la unitat en particular. Disposar d'una tutora d'integració seria una garantia de bon treball a la primera i no serien una càrrega pel personal habitual de l'àrea.

11.2.1.1.6 Suport psicològic

Cal prevenir l'estrès i el burnout

Les vivències, derivades de les malalties que pateixen els malalts de la unitat, i les dificultats, que té la infermera per a afrontar-les, posen en evidència que les infermeres no han sabut trobar els recursos personals que tenen. Disposar d'un suport que doni ajuda psicològica a la infermera (servei de psicologia, grups de descàrrega, ...) seria de gran utilitat per a prevenir l'estrès i el burnout.

11.2.1.1.7 Avaluació de les competències

Conèixer l'avaluació que fan els comandaments intermedis és una bona font de motivació

Rebre, de forma regular, l'opinió dels comandaments intermedis, sobre el desenvolupament de les seves competències i poder negociar les accions a desenvolupar, és una bona eina de motivació per tal que la infermera dugui a terme els comportaments definits com de bona pràctica.

11.2.1.2 Comandaments i direcció

11.2.1.2.1 Líders d'equip competents

Calen líders orientades cap a la visió dels comportaments de bona pràctica

Des de les caps d'equip o coordinadores d'unitat, les supervisores, les caps d'àrea i les directores d'infermeria, cadascuna des del seu àmbit d'actuació, han d'estar clarament orientades cap a la visió dels comportaments de bona pràctica, aquesta és una premissa important per a què totes les infermeres també hi estiguin.

Unes bones condicions, per a què les infermeres treballin en la direcció dels comportaments de bona pràctica, es donen quan:

Són imprescindibles canals de comunicació efectius

- Hi ha uns bons canals de comunicació institucional per transmetre els canvis de protocols, de materials, de circuits, de sistemes de treball
- Els comandaments tenen bona relació professional amb el seu personal, i donen missatges amb unitat de criteri amb altres comandaments
- Hi ha temps per a interaccionar i la informació que es dóna és transparent
- Hi ha una interrelació fluida per a expressar les opinions i aquestes es tenen en compte, ...

Un punt important per la motivació de les infermeres, és que tot l'equip d'infermeria, de forma coordinada, parti-

Participació en la definició dels objectius de la unitat és important per a la motivació

cipi en la definició dels objectius de la unitat, que siguin congruents amb els de la direcció d'infermeria i aquests estiguin alineats amb la planificació estratègica del centre.

11.2. 1.3 Relació interprofessional i intergrup

11.2. 1.3.1 Relació interdisciplin

Bona comunicació interdisciplin ajuda a dedicar el temps de forma productiva al malalt

Una bona comunicació i coordinació amb la resta dels membres de l'equip interdisciplin ajuda en gran manera a dedicar el temps de forma productiva al malalt.

Per altra banda, al sentir-se respectada per part del metge la infermera té un major grau d'autonomia per una banda i una major comprensió dels problemes dels metges per l'altra.

11.2. 1.3.2 Relació intergrup

La col·laboració amb altres departaments produeix una major fluïdesa en els processos assistencials

El tenir una relació de col·laboració professional amb els d'altres departaments de l'hospital, ja siguin professionals d'altres unitats infermeres, diagnòstic per la imatge, laboratori, ... ajuda a què tot el procés assistencial es faci amb una major fluïdesa.

11.2. 1.4 Relació intragr

En un equip madur cada membre assumeix el rol i les tasques que li corresponen

11.2. 1.4.1 Organització de l'equip

Un equip madur, és aquell on cadascun dels seus membres té assumit el rol i les tasques que li corresponen, i uns canals de comunicació fluïds per compartir els coneixements i les experiències.

Treballar de forma coordinada en benefici del malalt amb criteris comuns assumits contribueix a la millor pràctica clínica

11.2. 1.4.2 El treball en equip

El treball en equip amb criteris comuns assumits, bona comunicació entre els seus membres i amb la supervisora i bona predisposició a "fer-ho bé" condueix a un bon clima



de treball que ajuda a què tothom estigui orientat a la millor pràctica clínica.

11.2. 1.5 Organització

11.2. 1.5. 1 Organització del "dia a dia"

Els horaris han d'estar adaptats a les necessitats del malalt i contribuir a la fluïdesa organitzativa

Els horaris per fer les diferents tasques han d'estar adaptats a les necessitats dels malalts i l'organització (medicació, àpats, higiene, ...).

El passi de visites, la planificació de les altes, els horaris dels àpats, la programació quirúrgica i els ingressos consensuats amb l'equip mèdic poden ajudar molt a la fluïdesa organitzativa evitant moltes interferències i a fer una bona gestió del temps disponible.

11.2. 1.5.2 Circuits ben definits

Evitar desplaçaments que no afegeixen valor

Uns circuits ben definits i el compliment dels mateixos agilita tot el procés assistencial.

Evitar desplaçaments de la infermera o de l'auxiliar que no afegeixen cap valor quan no és per acompanyar un malalt.

11.2. 1.6 Suport a l'assistència

11.2. 1.6. 1 Suport assistencial

És clau la col·laboració entre els serveis de suport assistencial (rehabilitació, farmàcia, laboratori, diagnòstic per la imatge) i les unitats d'hospitalització

Disposar, sempre que sigui possible, d'una bona coordinació entre els serveis de suport assistencial (rehabilitació, farmàcia, laboratori, diagnòstic per la imatge) i les unitats d'hospitalització, que assegurin disposar dels medicaments necessaris a l'hora que es necessiten per administrar els tractaments prescrits i que les proves diagnòstiques es facin de forma planificada i coordinada amb la infermera responsable del malalt.

11.2.1.6.2 Suport no assistencial

És important que les unitats d'hospitalització disposin d'un suport logístic i administratiu que assegurin que les infermeres es dediquen a tenir cura dels malalts que tenen assignats

Disposar d'un sistema de distribució del material fungible eficient i afectiu, per evitar que les infermeres o auxiliars hagin d'ocupar-se de la reposició del material necessari o de la farmàcia té una incidència important sobre la càrrega de treball de la infermera, ja que li treu temps per a fer l'atenció directa al malalt.

Un bon servei de manteniment preventiu que estalviï requeriments de reparació amb la distorsió que això produeix a les unitats.

Circuits administratius àgils que facilitin la tasca assistencial.

11.2.1.7 Recursos materials i informàtica

L'activitat assistencial és més o menys fluida segons les prestacions del material o equipament que ajudin a evitar esforços físics o mentals innecessaris

L'activitat assistencial és més o menys fluida segons les prestacions que dona el material o l'equipament que s'utilitza. Si aquests donen prestacions que ajuden a fer-la de forma acurada i evitant esforços físics o mentals innecessaris, alleugeren la càrrega. (Exemple: termòmetres i tensiòmetres digitals, electrocardiògrafs de quatre canals, pulxiòmetres digitals, llits i lliteres d'alçada variable, sistemes de mobilització de malalts [transfers i grues], bombes d'infusió manejables, ...)

11.2.1.8 Espais físics

Un entorn confortable (llum, zones de treball, ...) influeix sobre la salut i l'ànim del personal que hi treballa

Poder treballar amb llum natural, zones de treball àmplies, controls d'infermeria situats en un lloc central de la unitat i amb una bona visualització de les habitacions, magatzems amplis amb equipament modern que faciliti la visualització del material i la seva reposició, també pot influir sobre la salut i ànim del personal que hi treballa i repercuteix en benefici del malalt.



11.2.1.9 Formació continuada

Les mesures de suport a la formació tenen un efecte directe sobre la qualitat de l'atenció i la satisfacció laboral

Ajuda al desenvolupament personal i professional a través de programes de formació continuada en el propi centre.

Les mesures de suport a la formació tenen un efecte directe sobre la qualitat de l'atenció i la satisfacció laboral.

La formació continuada és essencial per la pràctica autònoma de les infermeres i a més té un gran valor per la captació i retenció del personal en el seu lloc de treball.

11.2.1.10 Eines per afavorir la continuïtat assistencial

La coordinació en l'atenció primària dóna un major sentit al treball de la infermera a les unitats d'hospitalització

Disposar d'una xarxa que asseguri la coordinació i la continuïtat assistencial dóna un major sentit al treball de la infermera a les unitats d'hospitalització.

Una bona relació amb l'atenció primària i la sociosanitària a través de canals establerts de forma institucional (infermera d'enllaç, ...).

Disposar de serveis complementaris i de continuïtat: centre sociosanitari, mediadors socioculturals, treball social, unitat de cures paliatives, rehabilitació, hospitalització a domicili, centres de dia, ...

Les disfuncions de les ambulàncies interfereixen en gran mesura el procés de l'alta o trasllat

Tenir un servei d'ambulàncies coordinat i puntual per a fer els trasllats a domicili o interhospitalari. Les seves disfuncions interfereixen en gran mesura al procés de l'alta o trasllat per proves a altres centres.

11.2.1.11 Metodologia de treball

Disposar d'una metodologia de treball comuna a totes les unitats de l'hospital, facilita la integració del personal d'infermeria a les unitats i assegura una atenció de qualitat al malalt, així com, l'existència d'estàndards i indicadors de qualitat, d'una documentació clínica àgil amb instruments

Una metodologia de treball comuna facilita la integració del personal d'infermeria a les unitats

per a fer el seguiment de les cures i l'avaluació (protocols, procediments, trajectòries clíniques, plans de cures estandaritzats, ...).

11.2.2 Factors intrínsecs que influeixen en els comportaments de bona pràctica

A continuació es detallen els factors intrínsecs que influeixen en la pràctica clínica que desenvolupen les infermeres.

Aquests són els factors que han definit els grups focals.

Per facilitar la comprensió i atesa la gran quantitat d'idees que es varen recollir, es presenten, per cada nivell de competència, les constatacions fetes pels participants i s'han traduït totes en termes de comportaments desitjables.

11.2.2.1 Saber: Coneixements

Tenir integrat el model de cures i els processos de l'organització

Tenir integrats els coneixements propis de la professió.

Tenir integrat el model de cures de l'organització.

Estar al dia de les innovacions contrastades

Estar al dia de les innovacions i els avenços tecnològics i científics de la professió contrastats i aplicables a l'activitat diària.

Saber què s'espera d'un mateix

Ser experta en les cures infermeres que es donen en l'àrea de treball assignada.

Conèixer la millor manera de fer les coses a dins de l'organització i els circuits i les normatives internes.

Conèixer els recursos dels que es disposa per a efectuar la seva activitat i els recursos externs per assegurar la continuïtat assistencial.

Saber què s'espera d'un mateix a través dels comandaments intermedis.



11.2.2.2 *Saber estar: Actituds*

Compartir el model de cures

Compartir la filosofia i el model de cures del centre.

Responsabilitzar-se del que s'està fent i tenir una actitud crítica per a canviar allò que no funciona.

Ser accessible al malalt/familiars

Ser accessible al malalt i als familiars i estar oberta a la multiculturalitat.

Treball en equip

Ser propens a treballar en equip i evitar les conductes individualistes.

Oberta al diàleg

Estar oberta al diàleg i a la discussió per a trobar la millor solució i acord, tant amb el malalt com amb els col·legues.

Acceptar de bon grat els comentaris i les reflexions dels membres de l'equip i dels altres torns de treball.

Prendre decisions clíniques dins de l'àmbit de la seva competència

Valorar el rol autònom com un valor de la professió (ententent l'autonomia com la llibertat professional de "fer el que coneix" per prendre decisions clíniques dins de l'àmbit de la seva competència).

Participar en les propostes consensuades

Tenir disponibilitat per participar i ésser part activa en les propostes que es duguin a terme de forma consensuada dins de la unitat.

11.2.2.3 *Aptituds i trets personals*

Pràctica reflexiva

Desenvolupar una pràctica reflexiva.

Saber afrontar els conflictes amb els malalts, famílies o altres professionals

Acceptar i comprendre el fet diferencial de les diferents cultures.

Tenir capacitat negociadora i saber afrontar els conflictes amb els malalts, famílies o altres professionals.

	Acceptar nous reptes, tenir ganes d'avançar i créixer professionalment.
Perseverança en els propòsits	Gran capacitat de treball, disciplina, perseverança en els propòsits i tenir una gran resistència a la frustració. Saber posar límits i no voler arribar on els altres no arriben.
Compartir amb la resta de l'equip	Compartir amb la resta de l'equip els èxits i els fracassos. Saber valorar-se, "desconnectar" de la feina i tenir cura d'un mateix.
Tenir cura d'un mateix	Tenir sentit comú, maduresa personal i professional.
<i>11.2.2.4 Voler fer: Aspectes motivacionals</i>	
Compromís professional	Compromís professional: participació en organitzacions professionals, mantenir una xarxa de contactes per estar al dia de la professió, lectura de revistes professionals, fer formació continuada per pròpia iniciativa, ...
Predisposició a participar	Estar predisposat i tenir interès per participar en les propostes de millora que es fan a l'hospital o la unitat.
Disponibilitat	Tenir disponibilitat a aprendre cada dia i a fer propostes innovadores per fugir de les rutines de treball.
Gaudir del propi treball	Gaudir del propi treball, estimar la professió, sentiment de pertinença a l'organització i voluntat d'ajuda a l'altre.
Sentir-se respectat	Sentir-se ben remunerat, respectat, cuidat i estable en el lloc de treball.

11.2.2.5 Saber fer: Habilitats

Tenir les competències pròpies del rol infermer i saber desenvolupar els comportaments que hi estan associats (des de la perspectiva tècnica, humana i científica). Entre altres:

- Capacitat d'observació***
- Tenir capacitat d'observació per la detecció de les necessitats del malalt i de la família.
- Habilitat per ensenyar***
- Tenir habilitat per ensenyar tant al malalt (educació per la salut) com als estudiants i professionals de nova incorporació.
- Compartir responsabilitats***
- Estar integrat dins l'equip, saber compartir responsabilitats i participar en les tasques de la unitat.
- Interrelacionar-se***
- Saber interrelacionar-se amb els altres, negociar i resoldre conflictes.
- Delegar***
- Saber delegar i gestionar els recursos humans dels que disposi en el seu equip.
- Motivar a la resta de l'equip***
- Saber liderar projectes, motivar a la resta de l'equip i emprendre noves accions.
- Reaccionar àgilment davant de situacions imprevistes***
- Tenir habilitat per reaccionar àgilment davant de situacions imprevistes i de treballar en situacions de pressió.
 - Saber argumentar i assumir els canvis organitzatius o les diferències culturals dins d'una organització.
- Aprendre de la pròpia experiència***
- Tenir capacitat d'aprendre i millorar de la pròpia experiència i de la dels altres.
- Gestió del temps***
- Saber planificar les seves actuacions i gestionar el temps.
 - Saber respondre de manera qualificada davant de les situacions que se li presenten.
- Estar centrada en les preocupacions i necessitats del malalt***
- Saber identificar l'àmbit de cada problema sense consideracions innecessàries i estar centrada en les preocupacions i necessitats del malalt.

12. Com afrontar els factors que influeixen en la bona pràctica

Accions o iniciatives que poden realitzar-se des dels hospitals o des de l'administració

A partir de les agrupacions de les idees formulades pels grups focals, es va enviar un qüestionari amb una carta a 71 comandaments infermers, via correu electrònic, sol·licitant la seva col·laboració i demanant que, a partir de la informació que se'ls adjuntava (comportaments de bona pràctica i els factors extrínsecs i intrínsecs que influïen definits pels grups focals i alguns comandaments infermers), donessin la seva opinió sobre quines accions o iniciatives poden realitzar-se des dels hospitals o des de l'administració.

12.1. Accions i iniciatives més significatives que es poden dur a terme en els hospitals definides pels comandaments

Comandaments facilitadors del treball dels professionals

Participar de forma activa, tant les direccions com les infermeres, en la presa de decisions sobre canvis estructurals i/o organitzatius.

Comandament participatiu, consultiu i democràtic

Les direccions i els comandaments han de ser facilitadors del treball dels professionals, tant des de la vessant més tècnica i organitzativa com la de gestió del potencial humà.

Donar suport a l'autonomia de la infermera

Adoptar un model de comandament participatiu, consultiu i democràtic, que es posi al servei dels professionals i integrar les propostes i iniciatives dels professionals avaluades i ponderades per grups d'experts.

Donar suport a l'autonomia de les infermeres envers el desenvolupament del seu rol, fomentant que aquestes liderin la gestió de les cures, prenguin decisions i participin en l'organització dels processos assistencials.

Canals de comunicació transversals i verticals que assegurin la transmissió de la informació

Establir canals de comunicació transversals i verticals que assegurin la transmissió de la informació de forma veraç i transparent, entre els propis professionals, equips de treball, comandaments intermedis, direcció, ...

Pactar objectius entre professionals d'un mateix entorn

Desenvolupar la gestió per processos facilita la relació interprofessional i és clau per la consecució dels objectius. Pactar objectius comuns entre professionals d'un mateix entorn (unitat, servei, direcció clínica, ...).

Estimular l'avenç personal i professional

Avaluar sistemàticament els resultats i la contribució dels membres dels equips de cures infermeres, estimulant l'avenç personal i professional, reconeixent i incentivant els bons resultats, i incloent als processos d'avaluació una opinió experta que ajudi al desenvolupament dels professionals.

Feed-back expert que ajudi al desenvolupament dels professionals

Millorar l'organització dels sistemes de suport, reorientant la seva activitat per tenir una major orientació al client (intern i extern): administració, admissions, informàtica, farmàcia, magatzem, laboratoris, ... per a què les infermeres puguin centrar la seva atenció en els malalts i les famílies.

Definició acurada dels processos assistencials

Definir de forma acurada els processos assistencials, implementar les trajectòries clíniques.

Espais que afavoreixin la comunicació interprofessional

Crear espais que ajudin a la comunicació entre caps de servei mèdics i supervisors i fer intercanvis periòdics per consensuar i assentar criteris d'equip i d'organització.

Facilitar el treball en equip

Potenciar i facilitar el treball en equip entre infermeres donant espai i temps per a intercanviar experiències.

Disposar d'uns bons registres on-line per l'adequació de la dotació de personal d'infermeria a les càrregues de treball de forma permanent.

Reconeixement retribuït

Reconèixer econòmicament la contribució de les infermeres al procés assistencial.

<i>Plantilla complementària estable</i>	Disposar d'una plantilla complementària estable, disminuir la rotació de personal suplent i els contractes temporals adequant les plantilles a la dotació prevista i a les absències derivades de la conciliació de la vida laboral i personal.
<i>Pla d'acollida i tutoria</i>	Establir plans d'acollida formals i tutories, pels nous graduats incorporats. Facilitar un període de formació abans d'entrar a treballar en un servei nou.
<i>Àrees de treball ergonòmiques</i>	Crear àrees de treball més ergonòmiques i adequar-les amb recursos tecnològics per a millorar la qualitat de vida en el treball.
<i>Support emocional</i>	Disposar d'un consultor, com a terapeuta de grup, per donar suport emocional a les infermeres.
<i>Plans de formació per desenvolupar competències</i>	Desenvolupar plans formatius d'acord a les necessitats detectades i orientats al desenvolupament de les competències més importants, tant per les cures infermeres com per nous àmbits de pràctica professional.
<i>Formació en servei</i>	Potenciar la formació en servei, en base als problemes reals, generats en les cures infermeres i derivats de la pràctica reflexiva, amb metodologies centrades en la reflexió, en la cerca d'evidències i en la participació.
<i>Major integració de les escoles d'infermeria als hospitals</i>	Retribuir una part del temps per a la formació. Afavorir una major integració de les escoles d'infermeria als hospitals per apropar més l'assistència i la docència.
<i>Facilitar els recursos adequats: llits elèctrics d'alçada variable, grues adaptades, utilitatge segur, ...</i>	Facilitar recursos materials adients, adequació d'espais i recursos com l'equipament necessari per a assegurar el confort del malalt i la seguretat laboral del personal: llits elèctrics d'alçada variable; grues adaptades a la tipologia de malalts i a l'arquitectura de les habitacions; utilitatge que eviti riscos als malalts i faciliti la feina de les infermeres (pulxiòxímetres, bombes d'infusió, ...).

Noves tecnologies de la informació a l'abast de les infermeres

Integrar als serveis infermers les tecnologies de la informació i la comunicació per facilitar la sistematització dels plans de cures, el seguiment dels processos dels malalts, els registres infermers, l'avaluació i el treball multidisciplinari.

Disposar de les noves tecnologies de la informació a l'abast de les infermeres a les unitats d'hospitalització: ordinadors, PDA, accés a internet, intranet, programes que ajudin als registres infermers per a fer el seguiment de les cures, programes que permetin agilitar la relació amb cuina, farmàcia, laboratori, ... i sistemes d'informació per a la gestió de les cures infermeres.

Sistemes d'informació per a la gestió de les cures infermeres

Potenciar sistemes informàtics útils i àgils a una estació de treball, per tal de disminuir els temps indirectes de les cures infermeres (registres, gestió d'activitat, ...).

12.2 Accions i iniciatives més significatives que es poden dur a terme des de l'administració

Planificar els recursos humans necessaris tenint en compte l'evolució i els canvis demogràfics

Planificar els recursos humans necessaris tenint en compte l'evolució i els canvis demogràfics de la població per poder donar resposta en base a les necessitats de salut dels ciutadans i el rol de les diferents professions sanitàries.

Polítiques de recursos humans orientades a l'especificitat del treball infermer

Desenvolupar polítiques de recursos humans dirigides a assegurar: condicions laborals de les infermeres, captació i assignació de responsabilitats de les infermeres júnior, sènior (jerarquització de les competències).

Fer campanyes per explicar el que fan les infermeres als centres hospitalaris i a la societat, per tal d'incrementar el reconeixement per part de la societat i el compromís social per part dels professionals.

Polítiques de contractació estable

Fer polítiques de contractació per evitar la fugida de les infermeres a altres països.

Formació superior de les infermeres

Desenvolupar polítiques educatives sobre la formació superior de les infermeres i el desenvolupament de les especialitats.

Desenvolupament de les especialitats

Establir un marc general de carrera professional i reorientar-la des d'un enfocament econòmic cap a un enfocament professional (nivells de competència segons els diferents llocs de treball).

Retribució adequada a la responsabilitat i la competència professional

Retribuir de forma adequada a la responsabilitat i segons competència professional.

Definir estàndards en cures infermeres i avaluar els resultats fent-ne difusió per a poder comparar-los.

Estàndards en cures infermeres i avaluar els resultats

Impulsar la formació continuada i, si s'escau, que se sobrepassin les subvencions del Fons Europeu a càrrec del propi hospital.

Crear una xarxa d'ambulàncies adient a les necessitats.

Actualitzar l'estructura

Dotar els hospitals de pressupost de reposicions per tal de poder actualitzar les instal·lacions, el mobiliari i l'equipament assistencial.

Recomanacions finals



13. Recomanacions finals

En la taula següent incorporem, a mode de síntesi, 18 recomanacions a partir de 5 eixos. Cadascuna de les recomanacions s'ha construït fruit de les aportacions exposades en els diferents apartats d'aquest informe tècnic.

Eixos	Recomanacions
Gestió de cures	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar la dotació d'infermeres en base als comportaments desitjables de bona pràctica infermera, al treball interdisciplinari i a la millora contínua. • Definir uns estàndards de cures infermeres i avaluar de forma homogènia els resultats comparant-se amb els millors. (veure taula 10) • Establir estàndards de nombre de llits per unitats d'hospitalització no superior a 25 llits, sempre personalitzable per tipologia de cures del malalt ingressat. • Distribuir els malalts en unitats d'hospitalització on prevalguin els criteris de patró de cures i perfil de malalt sobre l'especialitat mèdica. • Fer un estudi multicèntric, de tots els hospitals de Catalunya, per relacionar la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització amb les complicacions a través del CMBD⁵³.
Gestió de persones	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar polítiques de recursos humans dirigides al desenvolupament de les infermeres: Donant suport a la formació contínua en servei (sessions clíniques d'infermeria), el treball interdisciplinari, i l'acompanyament i l'avaluació per part dels comandaments. • Implantar un comandament participatiu: l'entrenament i acompanyament als professionals, per a assegurar la millora contínua de la qualitat professional i dels seus resultats. • Buscar fórmules d'estabilització contractual que afavoreixin la continuïtat assistencial i en els equips, una bona integració i fidelització als centres i a la vegada evitin la fuga, de les noves professionals, a altres països.

53. CMBD. Conjunt mínim bàsic de dades. Registre sistemàtic de la morbiditat i de l'activitat assistencial als hospitals.

<p>Gestió de persones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la incentivació econòmica i la potenciació de les professionals competents i responsables amb polítiques retributives basades en la competència i els resultats (pactes d'objectius). • Comandaments professionalitzats. S'hauria de fomentar una escola de comandaments intermedis d'infermeria pel sistema sanitari català.
<p>Organització</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar i proposar formes organitzatives que afavoreixin la relació interdisciplinària, el reconeixement de les competències i l'autonomia professional. • Crear la figura de la tutora d'acollida que asseguri la integració a l'organització i als equips. En funció de l'experiència que té la professional que s'incorpora la tutora té una relació més o menys intensa i extensa en el temps. La tutora d'acollida té un paper determinant en la integració cultural (valors de l'organització) i en la integració als sistemes de treball. • Millorar el funcionament dels serveis de suport assistencial: unidosi efectiva, reposició automàtica dels estocs de farmàcia, agilitat en la realització de proves diagnòstiques, servei de cuina eficient, arxiu d'històries clíniques resolutiu, ... • Millorar el funcionament dels serveis de suport no assistencial: reposicions automàtiques de material i de roba. Manteniment preventiu. Suport administratiu. Tubs pneumàtics, ... El mal funcionament d'aquests serveis en moltes ocasions són en gran part els responsables de la sobrecàrrega de treball que hi ha a les unitats d'hospitalització.
<p>Espais i equipaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar els hospitals de pressupost de reposicions i obres que millori l'obsolescència dels equipaments (llits, grues, espais per donar informació als familiars, sales de treball àmplies, zones d'estar dels familiars i malalts). • L'obsolescència d'algunes instal·lacions dificulta el treball assistencial i d'equip. (Veure taula 11)
<p>Sistemes d'informació</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar activament sistemes d'informació integrats a l'assistència i gestió de les cures dels malalts hospitalitzats. (Estació clínica que permeti l'elaboració i seguiment del pla de cures). • Disposar d'eines de gestió per la planificació i avaluació de les activitats i recursos de les unitats d'hospitalització.

Taula 10. Recomanacions d'equips d'infermeria

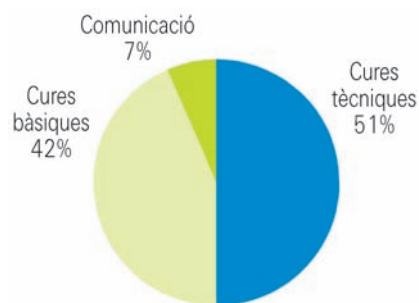
Recomanem que la dotació del personal d'infermeria a les unitats d'hospitalització es planifiqui sempre a partir del patró de cures i del perfil del malalt.

A continuació hem elaborat una taula que serveixi de guia per a una planificació amb criteris de qualitat.

En l'apartat de perfil del malalt s'han incorporat exemples.

Temps de cures directes més temps d'organització: 5,29 h malalt / dia

Patró de cures / 24h



Perfil del malalt

- Malalt > de 80 anys.
- Necessitat d'ajuda total per activitats vida diària (AVD).
- Procés agut amb comorbiditat.

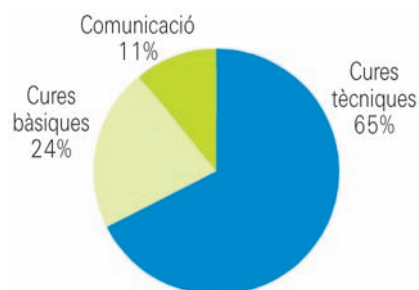
Estàndards d'equips

Un equip d'una infermera i una auxiliar d'infermeria per:

- 6-8 malalts en torn de dia.
- 12-13 malalts en torn de nit.
- Festius igual.

Temps de cures directes més temps d'organització: 3,91 h malalt / dia

Patró de cures / 24h



Perfil del malalt

- Malalt < de 74 anys.
- Necessita ajuda total per al menys dues AVDs.
- Procés agut mèdic o quirúrgic amb comorbiditat.
- Per exemple: malalt oncològic, hematològic i infeccions.

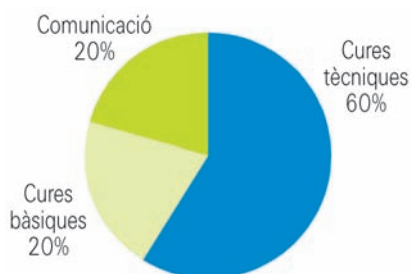
Estàndards d'equips

Un equip d'una infermera i una auxiliar d'infermeria per:

- 8-10 malalts en torn de dia.
- 14-15 malalts en torn de nit.
- Festius igual.

Cures directes més organització: 2,8 h malalt / dia

Patró de cures / 24h



Perfil del malalt

- Malalt < de 74 anys.
- Necessita ajuda parcial per al menys dues AVDs.
- Procés agut mèdic o quirúrgic sense comorbiditat destacable.

Estàndards d'equips

Un equip d'una infermera i una auxiliar d'infermeria per:

- 10-12 malalts en torn de dia.
- 15-16 malalts en torn de nit.
- Festius igual.

Cures directes més organització: 1,8 h malalt / dia

Patró de cures / 24h



Perfil del malalt

- Malalt < de 40 anys.
- Procés agut sense comorbiditat destacable.
- Per exemple: part sense complicacions, cures de la mare i del nadó.

Estàndards d'equips

Un equip d'una infermera i una auxiliar d'infermeria per:

- 12-15 malalts en torn de dia.
- 16-18 malalts en torn de nit.
- Festius igual.

Taula 11. Recomanacions d'espais i equipaments

*Requeriments
Generals*

- S'aconsella que les unitats d'hospitalització comprenguin tant **habitacions dobles** com **habitacions d'ús individual amb possibilitat de fer-se dobles**.

Les habitacions d'ús individual milloren la comoditat dels malalts i familiars, la qual cosa facilita la creació d'un ambient agradable i estimula la recuperació del malalt.

- En el cas concret de la **unitat d'hospitalització oncològica**, donada la tipologia dels malalts, **la majoria de les habitacions haurien de ser d'ús individual**.
- Totes **les unitats d'hospitalització han de ser concebudes sense barreres arquitectòniques** per a facilitar la mobilitat i promoure l'autonomia.
- Degut a l'augment de la complexitat dels malalts hospitalitzats, per poder garantir i facilitar l'activitat assistencial així com l'atenció multidisciplinària coordinada i integrada:
 - **Les unitats d'hospitalització s'ordenaran seguint criteris de sinèrgies de patrons de cures i perfils de malalts.**
 - **L'àrea d'hospitalització es localitzarà pròxima i ben comunicada** a l'àrea d'urgències, bloc quirúrgic, radiologia, bloc diagnòstic i hospitalització de crítics.
 - S'haurà de **garantir la connexió logística directa entre les àrees d'hospitalització**, esterilització, farmàcia i laboratoris.
- El disseny de les unitats d'hospitalització haurà d'**afavorir la qualitat de la pràctica assistencial i la qualitat de les infraestructures hospitalàries**. Per tot això, és fonamental tenir en compte aspectes com la il·luminació, la climatització i l'amplitud d'espais, que "humanitzen" les infraestructures i afavoreixen la recuperació del malalt.

Requeriments orientats al malalt i a la seva família

- **El nombre de llits per habitació hauria de ser entre 1 i 2**, dependent de les necessitats que sorgeixin i s'explicitaran en el programa funcional.
- **Les mesures de les habitacions han de garantir un ambient confortable pel malalt i dos acompanyants**, han d'incloure lavabo, wc, dutxa i mobiliari accessori.
- L'habitació ha de permetre un **accés i mobilitat fàcil dels professionals que realitzen les cures**.
- **Els llits han de ser automatitzats i d'alçada variable** que permetin l'autonomia del malalt per la seva mobilitat.
- **La unitat ha de disposar d'un bany assistit**.
- **La unitat ha de disposar d'intercomunicadors visuals i de veu**, que permetin la comunicació entre el malalt i els familiars amb els professionals.

Requeriments enfocats als professionals

- **Control d'infermeria ubicat en una zona que permeti la vigilància i seguretat dels malalts**. Ha d'estar visible a l'entrada de la unitat facilitant la informació als visitants.
- **Sistemes d'informació que facilitin la transmissió d'informació i la comunicació** entre professionals.
- **Despatx per la gestora de la unitat**.
- **Zona de treball neta** per a preparar el material necessari per a realitzar les cures.
- **Sala de descans del personal**.
- **Àrea comuna de treball**.
- **Lavabos per al personal**.

Requeriments orientat a les activitats de suport

- **Sistema de preparació i distribució eficient de medicaments automatizada:** Dosi unitària i magatzem informatitzat.
- **Local per als residus:** Ha de ser un espai reservat per a posar-hi els contenidors tancats de residus que s'hagin generat a la unitat i de fàcil recollida.
- **Sistema de transport directe entre àrees o serveis.** Per exemple tub pneumàtic.
- **Zona d'emmagatzematge que faciliti la visualització i la reposició per als productes** de farmàcia, el material fungible, el material de papereria, el material de neteja, els productes de bugaderia, pels equips permanents (bombes d'administració medicaments, alimentació). S'aconsella incorporar el sistemes de carros i de fàcil reposició.
- **Zona de treball bruta:** Ha de ser un espai reservat per circuit brut i totalment independent de les zones de treball relacionades amb el malalt.
- **Office.**

14. Relació de gràfics i taules

Gràfic 1	Mòduls d'activitat segons el PRN. El sistema PRN mesura la demanda global de cures infermeres a través de tres mòduls d'activitats	25
Gràfic 2	Desglossament de les intervencions de les infermeres	26
Gràfic 3	Cures directes i indirectes (CDI)	27
Gràfic 4	Taxa d'habitants per infermera a Catalunya	33
Gràfic 5	Nombre d'unitats segons nombre de llits per infermera i torn	53
Gràfic 6	Valor màxim, moda i mínim de la ràtio malalts - infermera observat en cada torn	54
Gràfic 7	Distribució percentual de les estades parcials per grups d'hospitals	58
Gràfic 8	Distribució percentual de les estades parcials per tipus d'unitats d'hospitalització	58
Gràfic 9	Distribució de l'activitat en un hospital del Grup I	59
Gràfic 10	Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció de cures en els hospitals estudiats	60
Gràfic 11	Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció en unitats mèdiques	61
Gràfic 12	Distribució del temps mig de cures per tipus d'intervenció en unitats quirúrgiques	62
Gràfic 13	Distribució percentual de les estades totals per temps mig de cures per grup d'hospitals	63
Gràfic 14	Demanda d'activitat global, en hores, d'un hospital del Grup IV en un període de 2 anys	64
Gràfic 15	Evolució del patró de cures en un hospital del Grup IV en un període de 2 anys	65
Gràfic 16	Evolució del temps mig de cures per malalt i dia per tipus d'especialitat en un hospital del Grup IV en un període de 2 anys	66
Gràfic 17	Interval de temps mig de cures, en hores, mínim i màxim per especialitat mèdica en els hospitals estudiats	67
Gràfic 18	Patró de cures d'un malalt atès en l'especialitat de Medicina Interna en els hospitals estudiats	68
Gràfic 19	Patró de cures d'un malalt atès en l'especialitat de Cirurgia General en els hospitals estudiats	68
Gràfic 20	Patró de cures d'un malalt atès en l'especialitat de Traumatologia en els hospitals estudiats	69
Gràfic 21	Patró de cures d'un malalt atès en l'especialitat de Pediatria en els hospitals estudiats	69

Gràfic 22	Patró de cures d'un malalt atès en l'especialitat d'Obstetrícia en els hospitals estudiats.....	70
Gràfic 23	Distribució de les estades per franges d'edat i grups d'hospitals	72
Gràfic 24	Distribució de les estades en unitats mèdiques per franges d'edat i per grups d'hospitals.....	72
Gràfic 25	Distribució de les estades en unitats quirúrgiques per franges d'edat i per grups d'hospitals.....	73
Gràfic 26	Patró de cures d'un malalt de 75 anys atès en especialitats mèdiques	74
Gràfic 27	Patró de cures d'un malalt de 75 anys atès en especialitats quirúrgiques.....	74
Gràfic 28	Patró de cures d'una dona autòctona atesa per part normal	76
Gràfic 29	Patró de cures d'una dona estrangera atesa per part normal	76
Gràfic 30	Temps de cures totals per dia de la setmana en els hospitals estudiats i per especialitat mèdica.....	78
Gràfic 31	Distribució percentual del temps de cures per torns de treball i per tipus d'unitats d'hospitalització	78
Gràfic 32	Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures en els hospitals de l'estudi	81
Gràfic 33	Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures per dia de la setmana i per tipus d'unitats	81
Gràfic 34	Taxa d'ajustament de personal davant de l'activitat de cures per grups d'hospitals.....	82
Gràfic 35	Taxa d'adequació de les cures donades davant de cures necessàries en els grups d'hospitals estudiats.....	83
Gràfic 36	Adequació de les intervencions de cures en minuts per malalt i dia en els grups d'hospitals estudiats.....	84
Taula 1	Medis d'obtenció de l'estat d'opinió i temes tractats.....	21
Taula 2	Preguntes fetes als tres grups focals	22
Taula 3	Nombre de respostes generades i síntesi final a partir del treball dels grups focals	23
Taula 4	Preguntes fetes en el qüestionari distribuït per correu electrònic a les direccions d'infermeria	24
Taula 5	Distribució dels 17 hospitals per grups i cartera de serveis.....	28
Taula 6	Malalts per infermera proposats per diferents associacions californianes.....	50

Taula 7	Malalts per infermera segons tipus d'unitat (valors estimats per tots els hospitals i unitats). Estudi fet pel Departament/CDHS (California Department of Health Services).....	52
Taula 8	Ràtio llits - infermera a 54 unitats d'hospitalització d'aguts de Catalunya.....	53
Taula 9	Classificació dels factors extrínsecs i intrínsecs que influeixen en la bona pràctica de la infermera definits pels grups focals	87
Taula 10	Recomanacions d'equips d'infermeria	108
Taula 11	Recomanacions d'espais i equipaments.....	110

15. Bibliografia

1. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.
2. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JF. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Jama* 2002; 288(16):1987-1993.
4. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22):1715-1722.
5. Hickam DH, Severance S, Feldestein A, et al. The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/technology assessment number 74. Agency for health research and quality Publication 3-E301. 2003. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
6. Sasichay T, Scalzi CC, Jaward AF. The relationship between nurse staffing and patient outcome. *J Nurs Adm* 2003; 33(9):478-485.
7. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 290(12):1617-1623.
8. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM. et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004; 42(1):4-12.
9. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research* 2004; 39(2):279-300.
10. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321.
11. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care* 2003; 41(1):142-152.
12. Cho SH, Ketefian S, Smith DG, Barkauskas VH. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research* 2003; 52(2):71-79.
13. Tutuarima JA, Haan RJ, Limburg M. Number of nursing staff and falls: a case-control study on falls by stroke patients in acute-care settings. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18(7):1101-1105.
14. Donat DC. Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 25(4):413-416.

15. Adams A, Bond S. Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of Nursing Management* 2003; 11(5):287-292.
16. Burke RJ. Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manag* 2003; 22(2):99-107.
17. Needelman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospital. Final report for Health Resources and Services Administration. Harvard School of Public Health, editor. 230-99-0021. 2001. Boston, MA. Ref Type: Report.
18. Segovia C, Navalpotro S. Artículo comentado: Nivel educativo de las enfermeras de hospital y Mortalidad de pacientes quirúrgicos. *Enf Clin* 2005; 15(2):103-105.
19. Aiken LH, Smith H & Lake ET. Lower Medicare Mortality Among a Set Hospitals known for Good Nursing Care. *Medical Care* 1994; 32(8): 771-787
20. Lake ET. Development of practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25: 176-188.
21. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte I). *Nursing*; 2005; 23 (3): 8-13.
22. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte II). *Nursing*; 2005; 23 (4): 15-19.
23. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte III). *Nursing*; 2005; 23 (5): 14-17.
24. Kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos (Parte IV). *Nursing*; 2005; 23 (6): 21-25.





COL·LEGI OFICIAL
INFERMERIA
DE BARCELONA



IL·LM. COL·LEGI OFICIAL
DE DIPLOMATS EN INFERMERIA
DE TARRAGONA



IL·LM. COL·LEGI OFICIAL
DE DIPLOMATS EN INFERMERIA
DE LLEIDA



Col·legi Oficial de Diplomats en
Infermeria de Girona