



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

# L'entorn de treball de les infermeres a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia de Catalunya: valoració, factors relacionats i impacte en els resultats de l'avaluació

Íngrid Bullich Marín



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Doctorat en Ciències Infermeres  
Escola d'Infermeria

**L'entorn de treball de les infermeres  
a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia  
de Catalunya: valoració, factors relacionats i  
impacte en els resultats de l'avaluació**

Tesi doctoral  
Íngrid Bullich Marín

Directors de la Tesi:  
Dra. Maria Eulàlia Juvé Udina  
Dr. Ramón Miralles Basseda  
Tutora:  
Dra. Avelina Tortosa Moreno

Barcelona 2017





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Doctorat en Ciències Infermeres  
Escola d'Infermeria

**L'entorn de treball de les infermeres  
a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia  
de Catalunya: valoració, factors relacionats i  
impacte en els resultats de l'avaluació**

Tesi doctoral  
Íngrid Bullich Marín

Directors de la Tesi:  
Dra. Maria Eulàlia Juvé Udina  
Dr. Ramón Miralles Basseda  
Tutora:  
Dra. Avelina Tortosa Moreno

Barcelona 2017



A tu, papa.

I a totes les infermeres. Especialment, a les qui lluiten dia a dia per millorar el seu interior i el seu entorn, personalment i professionalment, individualment i col·lectivament.

*“Els nostres passos són els ecos de les persones que ens precedeixen i que ens ensenyen, al mateix temps que es converteixen en els sons que, desdibuixats, algú (potser) escoltarà demà”*

*K. Jornet, “La frontera invisible”, 2013*



## Agraïments

Darrera d'aquesta tesi hi ha moltes persones a les que vull agrair la seva aportació.

Als directors. A la Dra. Pilar Torres des del principi fins a la meitat. Moltes gràcies per estar, guiar i orientar els primers moments en els que costa veure el camí. A la Dra. Maria Eulàlia Juvé, des de la meitat fins al final. Gràcies per la teva implicació, pel teus consells i aportacions, sempre amb un esperit constructiu. I al Dr. Ramón Miralles, des del principi fins al final. Gràcies per agafar des de l'inici un repte una mica llunyà a la teva realitat, però al que t'has anat acostant i fent teu amb dedicació i interès.

A la tutora, Dra. Avelina Tortosa, per l'acompanyament al llarg d'aquests cinc anys.

A la meva família. Perquè, com sempre dic, arribar fins aquí ha estat un projecte familiar. Heu sigut part del motor. En concret a la meva parella, per compartir la llum, i també la foscor, i ajudar de moltíssimes maneres a que aquest projecte hagi arribat a bon port. No em puc oblidar del Sam, que sense saber-ho, m'ha fet molta i gran companyia.

A les meves amistats, encara que us he vist poc aquest darrer temps, sé que hi sou.

Als companys del programa de doctorat, ha sigut un plaer aprendre amb i de vosaltres.

Als companys de feina. A l'equip de la Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut, especialment als companys del Pla director sociosanitari, per compartir el dia a dia i tot el que implica. A l'equip de Central de Resultats de qui he après molt. I també als companys del Catsalut, amb qui trobem espais de treball comuns que ens permeten créixer professionalment.

A tots els professionals que han participat al llarg del projecte. Als dels Comitès d'ètica de les institucions implicades, per les seves aportacions al projecte d'estudi. A tots aquells qui han col·laborat desinteressadament en la fase inicial i de pilotatge. També a tots els professionals estadístics que m'heu ajudat i ensenyat durant aquest temps. A tots els caps d'infermeria, directors/es d'infermeria, directors/es assistencials i altres comandaments intermedis que han rebut el projecte amb els braços oberts des del primer moment. I per suposat, i molt particularment, a totes les infermeres i infermers que han participat de forma generosa i voluntària en aquest estudi.

No voldria deixar de donar les gràcies a tots, tots i totes, els que formeu part del meu tren de vida. Un tren que afortunadament té molts passatgers amb els qui he pogut compartir aquest viatge tant especial, el de la tesi doctoral. Perquè compartir és viure, i d'una forma o altra, per un motiu o altre, us he tingut molt presents a tots.

De tot cor...Moltes gràcies a tothom per ajudar a que aquesta tesi, senzillament, sigui!





## Resum

**Antecedents:** L'atenció intermèdia ha mostrat ser una alternativa efectiva per millorar alguns resultats del sistema sanitari. L'equip d'infermeria és el més nombrós de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia (USSAI) i la qualitat de l'atenció que presten es relaciona amb múltiples factors, individuals i organitzatius, entre els que destaca l'entorn de treball. L'evidència mostra que un ambient de treball favorable s'associa amb millors resultats, tant en pacients, com en infermeres.

**Objectius:** Mesurar la percepció de les infermeres de les USSAI del seu entorn de treball i analitzar les característiques individuals i dels centres sociosanitaris (CSS) que es relacionen amb aquesta valoració. Determinar l'impacte de la percepció de l'entorn de treball infermer en els resultats clínic-assistencials i de morbimortalitat de les USSAI.

**Metodologia:** Estudi descriptiu, observacional, transversal, amb enfocament prospectiu i multicèntric, realitzat als 14 CSS amb USSAI que van començar activitat en la línia d'atenció de subaguts l'any 2013 contractada pel CatSalut. Primera fase: estudi de l'entorn de treball de les infermeres a les USSAI mitjançant un qüestionari que conté la *Practice Environment Scale of the nursing Work Index* (PES-NWI), el qual està compost per 31 ítems i 5 factors ("Dotació", "Lideratge", "Relacions", "Participació" i "Fonaments"). Segona fase: anàlisi de les particularitats de les infermeres i dels CSS associades a la valoració de l'entorn de treball infermer i els cinc factors de la PES-NWI utilitzant models de regressió logística. S'examina si la PES-NWI i els seus factors es relacionen amb vuit indicadors de resultat sensibles a la pràctica infermera i recollits a la Central de Resultats de l'Observatori de Salut de Catalunya.

**Resultats:** De 501 infermeres van participar 388 (77% de resposta). La puntuació mitjana de la PES-NWI va ser de 84,75 (límits 31-124). Nou centres van obtenir una valoració de l'entorn de treball favorable i cinc mixt. El factor millor valorat va ser el factor «Relacions» i el pitjor el factor "Dotació". La valoració favorable de l'entorn de treball infermer i de cadascun dels factors es va associar a determinades unitats de treball, a algunes característiques laborals, professionals i formatives de les infermeres, així com a trets concrets dels centres. Es va trobar associació estadísticament significativa entre: el factor "Dotació" i la incidència de nafres grau III-IV a convalsència-postaguts ( $r_s=0,614$ ;  $p=0,020$ ); entre l'estada mediana a subaguts i el factor "Relacions" ( $r_s=0,577$ ;  $p=0,031$ ); i entre el factor "Lideratge" i el percentatge d'episodis de convalsència-postaguts amb destinació a domicili ( $r_s=-0,596$ ;  $p=0,025$ ). No hi va haver relació significativa entre la

puntuació total de la PES-NWI i la resta dels indicadors de resultats en pacients assolits per les USSAI.

**Conclusions:** En la majoria de CSS l'entorn de treball i els seus factors són percebuts com a favorables, excepte el factor "Dotació". S'ha trobat associació entre alguns factors de l'entorn de treball infermer i alguns indicadors de resultat, però l'assoliment de millors resultats en pacients de les USSAI no es correspon amb una valoració superior de la puntuació total de la PES-NWI.

**Paraules clau:** Entorn de treball infermer; PES-NWI; atenció intermèdia; ambient d'institucions de salut; infermeria geriàtrica; atenció sociosanitària; gent gran; avaluació en salut; avaluació de processos i resultats (atenció de salut).

## Abstract

**Background:** Intermediate care resources have shown to be an effective alternative for improving selected outcomes of the health system. Nursing staff is the largest group of professionals in intermediate care units (ICU). Nursing care quality is related to many factors, both individual and organizational, mainly the work environment. A positive work environment is related to a better perceived nurses' satisfaction and better outcomes for patients.

**Aims:** To assess nurses' perception on the work environment in ICUs and to analyze nurses' traits and practice settings features regarding this assessment. To determine the impact of the nursing work environment assessed on clinical and nurse-sensitive outcomes.

**Methodology:** Descriptive, observational, cross-sectional, multicenter prospective approach, conducted in 14 centers in which subacute activity of the ICUs was contracted by CatSalut in 2013. First phase: study of the nursing work environment in ICUs. A questionnaire which contains the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), with 31 items and 5 factors ("Resources adequacy", "Leadership", "Relationships", "Participation" and "Foundations"), was used. Second phase: analysis of the specific individual traits of nurses and practice settings associated with the evaluation of the work environment and five PES-NWI factors using logistic regression models. Relations between the assessment of the work environment and five PES-NWI factors and eight indicators identified as nursing sensitive outcomes which are included in the evaluation of the ICUs in Central de Resultats (by Health System Observatory of Catalonia) was examined .

**Results:** Of 501 nurses in 14 health and social centers, 388 participated (77% response). The mean score of the PES-NWI was 84,75 (limits 31-124). Nine centers obtained a favorable evaluation of the work environment and five mixed. The best rated factor was "Relationships" and the worst "Resources adequacy". A favorable evaluation of the nursing work environment and each factor is associated with specific work units, some working features and professional training of nurses, as well as, specific characteristics of the centers. A statistically significant association was found between the factor "Resources adequacy" and the incidence of grade III-IV ulcers in convalescence-postacute units ( $r_s=0,614$ ;  $p=0,020$ ); between the median length of stay in subacute units and the factor "Relationships" ( $r_s=0,577$ ;  $p=0,031$ ) and between the factor "Leadership" and the percentage of episodes of convalescence-postacute that are discharged at home

( $r_s=-0,596$ ;  $p=0,025$ ). No significant difference between the global score of PES-NWI and the rest of achieved patient outcomes in ICUs was found.

**Conclusions:** In most SHC the work environment and their 5 factors are perceived as favorable, except "Resources adequacy". Association was found between some factors of the nursing work environment and some patient outcomes, although in the ICUs better patients outcomes were not related to higher total scores of the PES-NWI.

**Keywords:** Nursing work environment; PES-NWI; intermediate care; health facility environment; geriatric nursing; social and health care; elderly; health evaluation; outcome and process assessment (health care).

## Índex

I.	Justificació .....	25
II.	Introducció .....	29
2.1.	Antecedents i estat actual del tema .....	31
2.1.1.	L'envelliment demogràfic i l'impacte de la malaltia crònica als sistemes sanitaris.....	31
2.1.2.	L'àmbit sociosanitari.....	34
2.1.2.1.	Les polítiques sociosanitàries internacionals i nacionals .....	34
2.1.2.2.	Desenvolupament de l'àmbit sociosanitari a Catalunya.....	37
2.1.2.3.	Model d'atenció sociosanitari .....	40
2.1.2.4.	La xarxa sociosanitària .....	41
2.1.3.	L'atenció intermèdia .....	49
2.1.3.1	El model d'atenció intermèdia britànic.....	49
2.1.3.1.1	Resultats de model britànic d'atenció intermèdia .....	53
2.1.3.2.	El context actual de l'atenció intermèdia d'internament sociosanitari a Catalunya .....	58
2.1.3.3.	Evidència sobre les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya .....	60
2.1.4	Polítiques de transparència i la rendició de comptes .....	62
2.1.4.1.	Central de Resultats .....	63
2.1.4.2.	Informe de Central de Resultats. Àmbit sociosanitari .....	66
2.1.4.2.1.	Fonts d'informació de l'àmbit sociosanitari .....	67
2.1.4.2.2.	Les mesures d'avaluació de les unitats d'atenció intermèdia en la Central de Resultats.....	69
2.1.5.	L'avaluació de l'atenció infermera a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia .....	71
2.1.5.1.	Els indicadors sensibles a la pràctica infermera .....	72
2.1.6.	L'entorn de treball de les infermeres .....	76
2.1.6.1.	La mesura de l'entorn de treball de les infermeres.....	78
2.1.6.2.	L'evidència de la <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> 81	
2.2.	El marc teòric.....	86
III.	Plantejament del problema i preguntes de recerca.....	91
IV.	Hipòtesi.....	97
V.	Objectius .....	101
5.1.	Objectius generals .....	103
5.1.1.	Objectius específics .....	103
VI.	Metodologia .....	105
6.1.	Disseny de l'estudi .....	107

6.2. Àmbit d'estudi.....	107
6.3. Població d'estudi i mostra.....	109
6.3.1. Criteris de selecció.....	109
6.3.1.1. Criteris d'inclusió .....	110
6.3.1.2. Criteris d'exclusió .....	110
6.3.2. Càlcul de la mida de la mostra .....	110
6.3.3. Tècnica de mostreig.....	111
6.4. Variables de l'estudi .....	111
6.4.1. Definicions conceptuals i operatives de les variables .....	111
6.4.1.1. Variables de l'entorn de treball de les infermeres .....	111
6.4.1.2. Variables de les característiques de les infermeres .....	114
6.4.1.3. Variables de les característiques dels centres .....	122
6.4.1.4. Variables de l'avaluació dels centres d'atenció intermèdia .....	129
6.5. Instruments i procediments per a l'obtenció de dades .....	133
6.5.1. Qüestionari a infermeres.....	133
6.5.2. Qüestionari als responsables dels centres .....	134
6.5.3. Central de Resultats.....	134
6.6. Preparació i anàlisi estadístic de les dades .....	135
6.6.1. Anàlisi univariant.....	135
6.6.2. Anàlisi bivariant.....	136
6.6.3. Anàlisi multivariant .....	136
6.7. Aspectes ètics .....	137
6.7.1. Permís per a la utilització de l'escala PES-NWI .....	137
6.7.2. Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.....	137
6.7.3. Permís de les institucions.....	138
6.7.4. Consideracions ètiques.....	139
VII. Resultats.....	141
7.1. Característiques sociodemogràfiques, laborals, professionals i formatives de les infermeres de les USSAI .....	144
7.2. Característiques dels centres socio-sanitaris d'atenció intermèdia .....	148
7.3. Entorn de treball de les infermeres de les USSAI .....	150
7.4. Categorització dels centres en funció de la valoració de l'entorn de treball de les infermeres .....	152
7.5. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb les característiques de les infermeres.....	154
7.5.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les característiques de les infermeres.....	154
7.5.2. Relació del factor "Dotació" amb les característiques de les infermeres.....	159

7.5.3. Relació del factor “Relacions” amb les característiques de les infermeres....	162
7.5.4. Relació del factor “Lideratge” amb les característiques de les infermeres ....	166
7.5.5. Relació del factor “Fonaments” amb les característiques de les infermeres .	171
7.5.6. Relació del factor “Participació” amb les característiques de les infermeres .	173
7.6. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb les característiques dels centres socio-sanitaris .....	177
7.6.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les característiques dels centres	177
7.6.2. Relació del factor “Dotació” amb les característiques dels centres .....	180
7.6.3. Relació del factor “Relacions” amb les característiques dels centres.....	183
7.6.4. Relació del factor “Lideratge” amb les característiques dels centres .....	186
7.6.5. Relació del factor “Fonaments” amb les característiques dels centres .....	190
7.6.6. Relació del factor “Participació” amb les característiques dels centres.....	194
7.7. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb l'efecte combinat de les característiques individuals de les infermeres i les particularitats dels centres socio-sanitaris .....	198
7.7.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres.....	198
7.7.2. Relació del factor “Dotació” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres .....	200
7.7.3. Relació del factor “Relacions” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres .....	202
7.7.4. Relació del factor “Lideratge” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres.....	203
7.7.5. Relació del factor “Fonaments” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres.....	205
7.7.6. Relació del factor “Participació” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres .....	207
7.8. Descripció dels resultats obtinguts en els indicadors analitzats per avaluar les USSAI.....	210
7.9. Impacte de l'entorn de treball infermer en els resultats assolits en l'avaluació de les USSAI.....	215
VIII. Discussió.....	223
8.1. Consideracions generals .....	225
8.2. Respecte a la metodologia de l'estudi.....	226
8.3. Relacionat amb les característiques descriptives d'infermeres i centres .....	229
8.4. En referència als resultats de la valoració de l'entorn de treball de les infermeres .....	235
8.5. Respecte a les característiques de les infermeres i dels centres relacionades amb l'entorn de treball infermer .....	241
8.6. Respecte als indicadors d'avaluació de les USSAI utilitzats i l'impacte de l'entorn de treball infermer en aquests.....	247



8.7. Limitacions .....	257
8.8. Recomanacions per a la pràctica professional i altres investigacions .....	259
IX. Conclusions .....	261
X. Bibliografia .....	265
XI. Annexes.....	293
Annex 1 .....	295
Annex 2 .....	299
Annex 3 .....	302
Annex 4 .....	304
Annex 5 .....	309
Annex 6 .....	311
Annex 7 .....	312
Annex 8 .....	313
Annex 9 .....	317
Annex 10 .....	331
Annex 11 .....	332
Annex 12 .....	333
Annex 13 .....	334
Annex 14 .....	335

*Nota: De la mateixa manera que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres, en aquesta tesi doctoral, quan es fa referència a la "infermera", cal entendre que s'al·ludeix a professionals d'ambdós sexes.*

## Índex de taules

Taula 1. Actual cartera de serveis socio-sanitaris a Catalunya .....	41
Taula 2. Llits d'hospitalització de centres socio-sanitaris. Catalunya, 2014 .....	44
Taula 3. Places d'hospital de dia i equips d'avaluació integral ambulatoria. Catalunya, 2014.....	46
Taula 4. Equips de suport socio-sanitaris. Catalunya, 2014.....	48
Taula 5. Primer conjunt d'estàndards consensuats de resultats sensibles a la pràctica infermera del National Quality Forum .....	74
Taula 6. Característiques de l'entorn de treball de les infermeres .....	77
Taula 7. Centres estudiats, territori, nombre de llits i tipologia d'atenció dels centres amb unitats socio-sanitàries d'atenció intermèdia. ....	108
Taula 8. Consideracions i criteris comuns dels centres socio-sanitaris per poder realitzar activitat de subaguts/ postaguts .....	109
Taula 9. Variables de l'estudi relacionades amb l'entorn de treball de les infermeres....	114
Taula 10. Variables de l'estudi relacionades amb les característiques de les infermeres .....	121
Taula 11. Variables d'estudi relacionades amb les característiques del centre.....	128
Taula 12. Variables d'estudi relacionades amb els indicadors d'avaluació dels centres amb atenció intermèdia .....	133
Taula 13. Població diana, mostra i nombre de respostes per centre socio-sanitari .....	143
Taula 14. Característiques sociodemogràfiques de les infermeres.....	145
Taula 15. Característiques formatives de les infermeres .....	146
Taula 16. Característiques laborals i professionals de les infermeres.....	147
Taula 17. Característiques dels 14 centres socio-sanitaris estudiats .....	148
Taula 18. Puntuacions totals de la PES-NWI i dels seus factors als 14 centres socio-sanitaris participants a l'estudi .....	151
Taula 19. Valoració de l'entorn de treball i els seus factors per les infermeres participants a l'estudi.....	152
Taula 20. Categorització dels 14 centres inclosos a l'estudi segons la valoració de l'entorn de treball infermer i els seus factors .....	153
Taula 21. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant .....	155
Taula 22. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant.....	157
Taula 23. Relació entre la valoració del factor "Dotació" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant.....	159
Taula 24. Relació entre la valoració del factor "Dotació" i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant .....	161
Taula 25. Relació entre la valoració del factor "Relacions" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant.....	162

Taula 26. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant.....	164
Taula 27. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant .....	167
Taula 28. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant.....	169
Taula 29. Relació entre la valoració del factor “Fonaments” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant .....	171
Taula 30. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant .....	174
Taula 31. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant.....	176
Taula 32. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques dels centres: anàlisi bivariant .....	177
Taula 33. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques dels centres: anàlisi multivariant .....	179
Taula 34. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant .....	180
Taula 35. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant .....	182
Taula 36. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant.....	183
Taula 37. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant.....	185
Taula 38. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant.....	187
Taula 39. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant.....	189
Taula 40. Relació entre la valoració del factor “Fonaments” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant.....	191
Taula 41. Relació entre la valoració del factor “Fonaments” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant.....	193
Taula 42. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant.....	195
Taula 43. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant.....	197
Taula 44. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant.....	199
Taula 45. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant.....	201
Taula 46. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant.....	202
Taula 47. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant .....	204

Taula 48. Relació entre el la valoració del factor “Fonaments” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant .....	206
Taula 49. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant .....	208
Taula 50. Estadístics resum de les dades generals dels 14 centres participants a l'estudi .....	210
Taula 51. Estadístics resum dels indicadors d'atenció a la gent gran amb malalties cròniques dels 14 centres participants a l'estudi.....	212
Taula 52. Estadístics resum dels indicadors d'atenció al final de la vida dels 14 centres participants a l'estudi.....	213
Taula 53. Estadístics resum dels indicadors d'atenció a la malaltia d'Alzheimer i alters demències dels 14 centres inclosos en l'estudi .....	214

## Índex de figures

Figura 1. Espai sociosanitari .....	34
Figura 2. Evolució i adequació de la xarxa sociosanitària a l'atenció a la cronicitat.....	49
Figura 3. Evolució de la xarxa sociosanitària. Atenció d'institucionalització sanitària i social .....	59
Figura 4. Preguntes clau del sistema sanitari.....	65
Figura 5. Cercle de l'avaluació comparativa de la pràctica clínica .....	87
Figura 6. Proposta model lògic: característiques dels centres, personal d'infermeria i resultats en infermeres i en pacients.....	89
Figura 7. Càlcul de la mida de la mostra .....	110
Figura 8. Valoració dels ítems de l'escala PES-NWI per part de les infermeres .....	150
Figura 9. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat de l'entorn de treball infermer.....	158
Figura 10. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Dotació".....	161
Figura 11. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Relacions" .....	165
Figura 12. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Lideratge" .....	170
Figura 13. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Participació" .....	176
Figura 14. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del l'entorn de treball infermer .....	179
Figura 15. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Dotació" .....	182
Figura 16. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Relacions" .....	185
Figura 17. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Lideratge" .....	189
Figura 18. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Fonaments" .....	193
Figura 19. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Participació" .....	197
Figura 20. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat de l'entorn de treball infermer.....	200
Figura 21. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Dotació" .....	201
Figura 22. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Relacions".....	203

Figura 23. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Lideratge".....	205
Figura 24. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Fonaments" .....	207
Figura 25. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Participació" .....	209
Figura 26. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació de l'entorn de treball infermer (PES-NWI) dels 14 centres inclosos a l'estudi .....	216
Figura 27. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Dotació" dels 14 centres inclosos a l'estudi .....	217
Figura 28. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Relacions" dels 14 centres inclosos a l'estudi .....	218
Figura 29. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Lideratge" dels 14 centres inclosos a l'estudi.....	219
Figura 30. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Fonaments" dels 14 centres inclosos a l'estudi.....	220
Figura 31. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Participació" dels 14 centres inclosos a l'estudi .....	221

## Abreviacions

- AACN: Associació Americana de Col·legis d'Infermeria (per les sigles en anglès)
- AE: Atenció especialitzada
- AI: atenció intermèdia
- AIC: criteri d'informació d'Akaike
- Albada CSS: Albada Centre Sociosanitari
- AVD: activitats de la vida diària
- CAI: centre d'atenció intermèdia
- CEIC: Comitè ètic d'investigació clínica
- CIM-9: classificació internacional de malalties, 9a. revisió
- CIP: codi d'identificació personal
- CMBD: conjunt mínim bàsic de dades
- CMBD-HA: conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts
- CMBD-RSS: conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris
- C. Nstra. Sra. Guadalupe: Clínica Nuestra Señora de Guadalupe
- CNV-PostA: convalsència- postaguts
- CP: cures pal·liatives
- CSS: centre sociosanitari
- CSS El Carme: Centre Sociosanitari El Carme
- CSS Hospitalet: Centre Sociosanitari Hospitalet
- CSS Llevant: Centre Sociosanitari Santa Tecla- Llevant
- CSS Vallparadís: Centre Sociosanitari Vallparadís
- DE: desviació estàndard
- EAIA: equip d'avaluació integral ambulatori
- EAR: equip d'atenció residencial
- ETODA: equip d'observació directa de tractament ambulatori
- GNPE: *Geriatric Nursing Practice Environment scale*
- HA: hospital d'aguts
- HCE: història clínica electrònica
- HC3: història clínica compartida de Catalunya
- HD-SS: hospital de dia sociosanitari
- HSS: hospital sociosanitari
- HSS Francolí: Hospital Sociosanitari Francolí
- HSS PSPV: Hospital Sociosanitari Parc Sanitari Pere Virgili
- ICC: insuficiència cardíaca congestiva
- LLE: llarga estada
- M: malaltia
- MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica
- MA: malaltia d'Alzheimer
- ME: mitjana estada
- MEP: mitjana estada polivalent
- NHS: *National Health Service*
- NQF: *National Quality Forum*
- Nre: Nombre
- NWI: *Nursing Work Index*
- NWI-R: *Revised Nursing Work Index*
- PADES: programa d'atenció domiciliària- Equip de suport

- PDSS: Pla director sociosanitari
- PES-NWI: *Practice environment scale of the nursing work index*
- PGME: psicogeriatría de mitjana estada
- PIAISS: Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitari
- PLAENSA: Pla d'enquestes de satisfacció de Catalunya
- PPAC: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
- PVAA: Programa vida als anys
- OMS: Organització Munidal de la Salut
- OR: odds ratio (oportunitat relativa)
- OSSC: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
- RCA: Registre central de persones assegurades
- RUG-III: *Resource Utilization Group III*
- SIIS: Sistema d'Informació Integrada de Salut
- SS: sociosanitari
- SS H.C. Amposta: Sociosanitari Hospital Comarcal d'Amposta
- SS H. Sta. Creu Vic: Sociosanitari Hospital de la Santa Creu de Vic
- SS H. Sta. Maria: Sociosanitari Hospital Santa Maria
- SS NHE: Sociosanitari Nou Hospital Evangèlic
- SS PSM: Sociosanitari Parc Salut Mar (Centre Fòrum i Hospital de l'Esperança)
- SS PSMJ: Sociosanitari Parc Sanitari Martí i Julià
- SubA: subaguts
- UCP: unitat de cures pal·liatives
- UFISS: unitat funcional interdisciplinària sociosanitària
- USSAI: unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia
- VGI: valoració geriàtrica integral
- VINCat: programa de vigilància d'infeccions nosocomials
- XSUP: Xarxa Sanitària d'Utilització Pública





## **I. Justificació**



El plantejament d'aquesta tesi doctoral començà al 2012, en el marc del Pla director sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, unitat en la que treballava com a tècnic des del 2008 i que m'ha permès aprendre i créixer professionalment, sempre sobre la meua essència infermera.

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 plantejava una transformació del sistema sanitari en el que prenia rellevància els recursos d'atenció intermèdia, com a alternativa assistencial a l'hospitalització convencional i que permetien disposar d'un model de major qualitat assistencial orientat a les persones grans i amb malalties cròniques. Es començava a parlar de subaguts i postaguts i es potenciaven altres línies de mitja estada sociosanitàries per millorar la utilització dels recursos assistencials i contribuir així a la sostenibilitat del sistema sanitari.

El treball previ d'aquells quatre anys al Departament de Salut m'havia fet conscient de les dificultats que hi ha en el sistema sanitari per visualitzar i potenciar el paper de l'àmbit sociosanitari en l'eficiència i la sostenibilitat del sistema de salut, també el dels professionals infermers.

En aquella època, la qui a dia d'avui és la Dra. Planas treballava intensament en la mesura i l'expressió de la contribució infermera en els resultats de salut de les persones en l'àmbit de l'atenció primària a Catalunya. La seva influència en la inspiració d'aquesta tesi va ser notable, tot i que l'àmbit assistencial en el que jo sempre pensava era el de l'atenció intermèdia sociosanitària. En el Pla director sociosanitari també disposàvem de dades relacionades amb els indicadors que utilitza el Departament de Salut i el Servei Català de la Salut per l'avaluació de recursos i serveis, fet que ens permetia treballar en la mateixa línia.

Paral·lelament, les polítiques sanitàries d'avaluació, transparència i rendició de comptes a la societat prenia força, ampliant el projecte de Central de Resultats a l'àmbit sociosanitari, afavorint l'avaluació comparativa de resultats entre proveïdors (*benchmarking*), i compartint aquelles pràctiques amb millors resultats. El fet de disposar de dades obertes referents als centres sociosanitaris facilitava el seu accés, eliminant requeriments i permisos per utilitzar-les fora de l'àmbit de l'administració.

Derivat d'aquest entorn evolutiu del sistema sanitari català, en el que es posen en marxa noves línies assistencials en l'àmbit sociosanitari i amb la facilitat de disposar de resultats per centres, em vaig plantejar conèixer si era possible detectar si hi havia algun aspecte de la pràctica infermera que es relacionés amb millors resultats assolits.

Nombrosos estudis han evidenciat el fet que les infermeres realitzin la seva feina en un context organitzatiu favorable influeix en la seva satisfacció i també en la qualitat de les cures i dels resultats obtinguts. Amb l'informe de Central de Resultats començàvem a disposar d'alguns indicadors relacionats amb la qualitat assistencial infermera. D'aquesta manera, del garbuix inicial, va sorgir la idea concreta d'analitzar els indicadors d'avaluació de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia i la seva relació amb les característiques de l'entorn de treball infermer.

L'anàlisi en profunditat de les característiques i les condicions en que les infermeres realitzen la seva tasca és imprescindible per a que les organitzacions sociosanitàries dirigeixin les seves estratègies de millora en aquesta direcció per tal d'assolir entorns favorables. Poder mesurar resultats de les unitats i relacionar l'impacte de l'entorn de treball infermer en aquests resultats, permetria fer palès el seu paper clau en el funcionament de les organitzacions d'atenció intermèdia.

## **II. Introducció**



## **2.1. Antecedents i estat actual del tema**

### **2.1.1. L'envelliment demogràfic i l'impacte de la malaltia crònica als sistemes sanitaris**

L'envelliment de la població és un dels canvis més significatius que s'ha produït en les societats desenvolupades a partir de la segona meitat del segle XX i, juntament amb el fenomen migratori, és el fet social i sociològic més important en aquest segle XXI<sup>(1)</sup>. La combinació del descens de la fecunditat i del descens de la mortalitat han estat les principals causes de l'envelliment general de les societats. Així mateix, al llarg de les darreres dècades, i com a conseqüència directa dels canvis socioeconòmics i de les polítiques de salut pública, que han suposat una major supervivència, s'ha produït un augment significatiu de l'esperança de vida, fet que ha produït un augment de la població adulta i d'edat avançada.

Segons les dades de l'Eurostat, a l'1 de gener de 2014 el percentatge de persones majors de 65 anys a Europa era del 18,5% i el percentatge de persones de 80 anys o més suposava el 5,1% de la població total<sup>(2)</sup>. Amb les xifres de població i els censos demogràfics de l'*Instituto Nacional de Estadística* sabem que a Espanya l'1 de gener de 2015 hi havia 8.573.985 persones majors de 65 anys (18,5% sobre el total) i que el percentatge de persones de 80 anys o més suposava el 5,9% del total, essent aquestes xifres molt similars a Catalunya, un 18,4% i un 5,9% respectivament<sup>(3)</sup>. Les projeccions de població orienten que el percentatge de població de 65 anys i més podria arribar a ser del 25% en menys de quinze anys<sup>(4)</sup>.

Les dades estadístiques referenciades justifiquen la creixent preocupació social sobre la necessitat d'un plantejament de reestructuració econòmica, política i sociosanitària per poder fer front de forma adequada als reptes que suposa aquesta nova realitat demogràfica.

Les oportunitats d'una vida més llarga depenen en gran mesura d'un factor clau: la salut<sup>(5)</sup>. Si els anys són viscuts en bona salut, la capacitat de la persona aportarà valor. En canvi, si els anys addicionals es caracteritzen per una disminució de la capacitat física i mental, les conseqüències per a les persones grans i per a la societat seran molt més negatives. Així doncs, la salut pública juga i jugarà un paper fonamental amb el foment de l'envelliment saludable.

Tot i que l'envelliment dels individus és heterogeni, com també ho és l'estat de salut amb el que les persones arriben a aquesta etapa vital, es coneix que molts problemes de salut



incrementen amb l'edat, el que implica que les tendències demogràfiques d'envelliment suposin un augment de persones amb malalties cròniques i un augment de la proporció de persones amb multimorbiditat<sup>(6-7)</sup>. També, les persones amb edat avançada poden presentar altres trastorns relacionats amb la salut que no queden recollits en les classificacions tradicionals de malalties com per exemple l'estat funcional o la fragilitat associada. La complexitat dels estats de salut i funcionals de les persones grans requereix nous enfocaments sobre la salut en el sistema sanitari que vagin més enllà de la tradicional definició de presència o absència de malaltia<sup>(8)</sup>.

Existeixen diferents teories sobre com afecta l'envelliment de la població en els sistemes sanitaris. La visió més positiva aposta per un augment de l'envelliment saludable i una compressió de la morbiditat, amb el que els sistemes sanitaris veurien reduïda la seva demanda. Per altra costat, la hipòtesi de l'expansió de la morbimortalitat postula per una disminució de la mortalitat per la supervivència de malalties greus, el que suposaria un augment de necessitats de serveis de salut per part de les persones grans. Finalment, una tercera hipòtesi planteja l'equilibri dinàmic, en el que hi ha una reducció de la morbiditat greu amb una expansió de la morbiditat lleu, en el que hi hauria una neutralització dels costos sanitaris entre les persones que viuen més anys en bona salut i les persones malaltes<sup>(9)</sup>.

L'envelliment progressiu ha suposat un canvi de paradigma sanitari, en el que les malalties agudes han disminuït el seu pes i mortalitat per donar pas a les necessitats cròniques i complexes de les persones grans. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix el concepte de malaltia crònica com el conjunt de malalties de llarga duració i generalment de lenta progressió<sup>(10)</sup>. Actualment els trastorns i malalties cròniques són la principal causa de morbiditat i mortalitat en els països europeus i el seu impacte en l'estat de salut dels individus i comunitats justifica que es considerin els reptes principals de les actuals polítiques de salut i dels sistemes sanitaris. També a Catalunya el nombre de persones majors de 65 anys que pateixen malalties cròniques és molt elevat. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2014, el 97,56% de les persones de 65 anys o més pateixen com a mínim un trastorn crònic, essent 6,11 la mitjana de trastorns crònics en aquest grup d'edat<sup>(11)</sup>.

Tot i que l'edat avançada s'associa generalment a majors necessitats d'assistència sanitària, la relació entre la utilització del sistema de salut i el cost en salut és variable<sup>(5)</sup>. De fet, el propi sistema sanitari influeix en gran mesura en els costos en salut i s'ha comprovat que els principals factors que augmenten els costos del sistema de salut són la tecnologia i la mala utilització dels serveis sanitaris<sup>(12)</sup>. L'evidència disponible confirma

que les persones afectades per múltiples condicions cròniques, sovint, es troben amb serveis dissenyats per atendre malalties o símptomes singulars aguts, sense una atenció integral, continuada i coordinada que satisfaci adequadament les seves necessitats, el que pot suposar grans costos, tant per a elles, com per al sistema sanitari<sup>(6,13-14)</sup>.

Un dels deures del sistema sanitari recull el repte d'atendre a les persones grans malaltes de la forma més eficient. Aquest deure ha estat reforçat pel context econòmic en el que es troba el nostre país, el qual ha propiciat fer un replantejament del model sanitari orientat a les persones grans, tenint molt present l'eficiència però també la qualitat assistencial<sup>(12)</sup>. Seguint les recomanacions de polítiques nacionals i internacionals els serveis sanitaris s'han d'orientar i adaptar a les necessitats de les persones grans i, alhora, assegurar la sostenibilitat del sistema. Un dels eixos principals dels sistemes és potenciar l'envelliment saludable al llarg de tot el curs vital, potenciant la màxima capacitat funcional de les persones. Per assolir aquest objectiu, es planteja que els sistemes de salut adaptin tots els nivells assistencials a la població que atenen actualment, que es creïn sistemes d'atenció a llarg termini, que s'adaptin els entorns a les persones grans i que es millori l'avaluació, el monitoratge i la comprensió dels fenòmens relacionats<sup>(5,15)</sup>.

En els darrers anys s'han desenvolupat a nivell nacional i internacional models d'atenció integrada amb la finalitat de donar resposta a la nova realitat sociosanitària derivada de l'atenció a les persones grans amb problemes, crònics, complexos, amb discapacitat i dependència associada. Són models que tenen en compte la multidimensionalitat de les persones grans, que garanteixen l'accés als serveis integrats i centrats en les seves necessitats i que compten amb un equip de professionals interdisciplinari i degudament capacitat<sup>(16-17)</sup>. A Catalunya, amb el Pla de Salut 2011-2015, el govern català va fer evident la seva voluntat de transformar el sistema sanitari per aconseguir un model d'atenció integrada que donés resposta a les necessitats derivades de la transició demogràfica i epidemiològica que també s'ha produït en del nostre territori<sup>(18)</sup>.

## 2.1.2. L'àmbit sociosanitari

### 2.1.2.1. Les polítiques sociosanitàries internacionals i nacionals

Les polítiques sociosanitàries es relacionen amb la població que es troba en situació de necessitat simultània, complementària i estretament vinculada de l'atenció social i sanitària, freqüentment complexa. Així doncs, l'objectiu de les polítiques sociosanitàries és definir el model d'atenció que reben les persones dependents per garantir una assistència continuada de qualitat que asseguri la màxima autonomia, benestar i dignitat de la persona depenen, tenint en compte els criteris de racionalitat econòmica<sup>(19)</sup>.

La política sociosanitària es basa en la simetria i el respecte mutu entre els dos sector implicats (social i sanitari) i en general requereix de la coordinació entre el sistema sanitari i el de serveis socials (en tots els nivells, des de la governança política, fins a la gestió del cas). Figura 1.

Figura 1. Espai sociosanitari



Font: Adaptat del Programa Vida als Anys

Degut a les diferents prioritats i ritmes en el desenvolupament de polítiques socials i sanitàries, no existeix una única normativa ni legislació que aglutini el sector sociosanitari, conseqüentment, conèixer les normatives que fan referència a l'àmbit europeu, estatal i autonòmic relacionades amb l'àmbit sociosanitari, suposa una tasca laboriosa. Malgrat això, l'estreta col·laboració entre els serveis sanitaris i socials, amb fórmules de coordinació i d'integració de la atenció, s'ha constituït com un element essencial, tant de les polítiques de salut, com de les de serveis socials. Se'n deriven de les diferents fórmules, les diferents denominacions. En el nostre entorn més immediat, s'utilitzen noms com: atenció sociosanitària, espai sociosanitari o coordinació sociosanitària. En la

literatura internacional, les denominacions també són variades, però el terme *integrated care* és el que ha pres més rellevància<sup>(17)</sup>.

Tot i que les polítiques de salut internacionals tenen en l'actualitat una orientació cap a la prevenció de la malaltia i la discapacitat, promocionant un envelliment saludable i actiu a llarg de tota la vida<sup>(20)</sup>, són molts els països que s'afronten a unes necessitats poblacionals que requereixen la implementació de processos de reforma amb la finalitat d'assolir una millor integració sociosanitària. Una de les grans preocupacions en la definició de polítiques sociosanitàries és que l'escassetat de recursos adequats per a les persones grans amb múltiples malalties i dependència pot ocasionar la utilització inadequada de recursos sanitaris d'elevat cost, com són els hospitals d'aguts, que a més de generar una elevada despesa, pot també suposar, en algunes ocasions, que rebin un tractament inadequat a les seves necessitats. En aquest marc, l'OMS es posiciona amb que les persones han de tenir un millor accés a l'atenció primària i comunitària de salut amb el recolzament d'un sistema hospitalari especialitzat flexible i sensible. Alhora, estableix que els professionals d'atenció primària han de ser el nucli de l'atenció integral, incloent altres professionals d'equips multidisciplinaris de salut, socials i altres sectors quan es requereixi<sup>(21)</sup>.

A nivell estatal, malgrat alguna comunitat autònoma com Catalunya ja havia començat a treballar en aquest àmbit, el debat sociosanitari va començar l'any 1991, tal i com es recull en el *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, en el si de la *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud* que va advertir de disfuncions en el sistema sanitari i la carència d'una atenció específica per a determinats pacients, instant al govern a donar solució a aquest problema. L'any 1993 es va signar un acord marc entre el Ministerio de Asuntos Sociales i el Ministerio de Sanidad per impulsar i desenvolupar, en les seves respectives competències, programes d'actuació coordinada per a les persones grans i amb discapacitat. També al 1993, el *Plan Gerontológico Nacional*, i en els posteriors *Planes Gerontológicos*, així com en el *Plan Estratégico INSALUD* de 1997 y en el *Plan de acción para personas mayores 2000-2005*, entre altres, van abordar les noves necessitats de serveis i es va realitzar una valoració positiva de les experiències de coordinació sociosanitària, proposant el desenvolupament d'un sistema integral d'atenció<sup>(22)</sup>.

És en la *Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* en la que es defineix la prestació sociosanitària com "el conjunt de cures destinades a aquells malalts, generalment crònics, que per les seves especials característiques poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva

autonomia, pal·liar les seves limitacions o patiments, i facilitar la seva reinserció social". Alhora senyala la importància de la cerca de mecanismes d'integració en l'atenció social i sanitària i estableix la garantia de la continuïtat dels serveis mitjançant les administracions públiques que corresponguin<sup>(23)</sup>.

Des de llavors, s'han desenvolupat diferents accions i textos relacionats amb la coordinació sociosanitària entre els que es destaquen aquells relacionats amb la dependència (*Libro Blanco de la Dependencia*), amb les estratègies per a malalties que poden generar gran dependència (MPOC, ictus, cures pal·liatives,...) i, pròpiament, amb l'atenció i coordinació sociosanitària (*Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria*)<sup>(22)</sup>. El desenvolupament de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* va suposar el dret dels ciutadans al reconeixement de les situacions de dependència i la col·laboració dels dos sectors per a la prevenció d'aquesta, així com per a la prestació dels serveis i l'atenció integral i integrada, entre d'altres<sup>(24)</sup>.

Des de l'any 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad i les comunitats autònomes treballen en el disseny de la *Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria*, recollida en el *Real Decreto ley 9/2011, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*, en la que es contempla la visió de la prevenció, la integralitat, la coordinació interna i externa amb altres àmbits assistencials, la humanització dels serveis, la qualitat i l'atenció concreta a determinades necessitats<sup>(25)</sup>.

Sota les previsions constitucionals i dels respectius estatuts d'autonomia, cadascuna de les comunitats autònomes ha anat completant les diferents lleis estatals amb regulació autonòmica pròpia, derivada de l'assumpció progressiva de competències en matèria de salut i serveis socials. En l'àmbit sanitari, l'atenció sociosanitària es porta a cap en els nivells d'atenció que cada comunitat autònoma estableix i en qualsevol cas inclou les cures sanitàries de llarga duració, l'atenció sanitària a la convallescència i la rehabilitació en pacients amb dèficit funcional recuperable. La continuïtat del servei és garantida pels serveis sanitaris i socials a través de l'adequada coordinació entre les administracions públiques corresponents<sup>(23)</sup>.

### 2.1.2.2. Desenvolupament de l'àmbit sociosanitari a Catalunya

Tot i que la definició d'atenció sociosanitària quedava definida a nivell nacional l'any 2003<sup>(23)</sup>, a nivell autonòmic l'atenció sociosanitària a Catalunya feia 20 anys que havia assentat les seves bases amb el Programa sectorial d'atenció al malalt crònic<sup>(26)</sup>. Es considera que el desenvolupament de l'àmbit sociosanitari a Catalunya va iniciar l'any 1986, quan el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el programa "Vida als Any" (PVAA)<sup>(27)</sup>. Les bases del model assistencial sociosanitari, definides als anys 80, segueixen presents, no només en la xarxa sociosanitària, sinó que s'han estès i es segueix treballant per a fer-les presents a tots els nivells assistencials per tal de garantir una atenció a la gent gran integral, centrada en la persona i de qualitat<sup>(28-33)</sup>.

A l'any 1988 es va crear el Departament de Benestar Social, amb el que l'àmbit d'actuació del PVAA va passar a ser interdepartamental.

La tasca del PVAA en les seves primeres etapes es va centrar en la transformació i reordenació dels serveis que s'adreçaven a atendre malalts crònics. Es va establir un model d'atenció integral i interdisciplinari; global (amb mesures en els diferents àmbits d'atenció); sectoritzat, permeable i flexible; que garantia la connexió sectoritzada entre els recursos sanitaris y socials de base; amb una implementació gradual i harmònica en cada sector; i estant integrada en l'organització sanitària y social específica del territori. Progressivament, a les inicials unitats de la llarga estada i hospitals de dia es van incloure nous recursos: al 1990 els equips de suport comunitaris, Programa d'Atenció Domiciliària-Equip de Suport (PADES), i hospitalaris, les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS); i a partir del 1992 les unitats de mitjana estada (convalescència i cures pal·liatives). Es van definir aquests serveis i es va establir el contingut organitzatiu i contractual per tal d'anar desenvolupant el model d'organització, d'atenció i de finançament que s'ha mantingut amb actualitzacions fins al dia d'avui<sup>(34-37)</sup>.

L'any 1990 es va signar un programa de col·laboració amb l'OMS per al quinquenni 1990-1995, amb la finalitat de desenvolupar les cures pal·liatives a Catalunya. Les cures pal·liatives han estat un dels puntals de l'atenció sociosanitària a Catalunya, amb avaluacions periòdiques. L'experiència acumulada en el nostre territori ha estat una referència per a impulsar l'atenció pal·liativa a nivell estatal amb la *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*<sup>(38-45)</sup>.

També l'any 1990 es va redactar el primer Pla de Demències (1990-1995), que va ajudar a desenvolupar progressivament el seguit de recursos específics per a l'atenció de les persones amb demència i trastorns de comportament que es disposa actualment (encara

que algun d'ells sense normativa específica): la llarga i la mitjana estada psicogeriatrica, les UFISS de demències i l'hospital de dia psicogeriatric(46-47). La creació del primer Consell Assessor en Psicogeriatrica al 1996 i la constitució del Consell Assessor per al tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer al 1997 van ser dos fites importants per a tirar endavant amb aquesta línia d'atenció que ha estat un dels temes presents i prioritaris en la planificació sanitàries des de llavors(48-52).

Al 1999 es va publicar el Decret pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments socio-sanitaris que, conjuntament amb el Decret 92/20002, de 5 de març, pel qual s'estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i se'n fixen les normes d'autorització i l'Ordre per la qual es regulen els estàndards de qualitat que han d'acomplir els centres serveis socio-sanitaris d'utilització pública, constitueixen la normativa que regula l'atenció socio-sanitària(53-55).

L'any 2000 es despleguen l'estructura i organització del Servei Català de la Salut i es crea la Divisió d'Atenció Socio-sanitària, que depèn de l'Àrea Sanitària, a la qual correspon desenvolupar les funcions assignades al PVAA i les relatives a la planificació i ordenació dels serveis d'atenció socio-sanitària per tal de garantir la prestació assistencial en aquest àmbit, dins el marc del sistema sanitari públic(56).

Finalment, durant l'any 2002, s'inicià l'activitat d'avaluació integral ambulatoria en geriatrica, cures pal·liatives i trastorns cognitius, completant i establint la cartera de serveis socio-sanitaris actual(57-58).

Al 2006, el Pla director socio-sanitari (PDSS) va substituir al PVAA, i es va definir com a l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per a impulsar, planificar i coordinar les actuacions a desenvolupar en els àmbits de l'atenció de salut a persones que necessitin atenció geriatrica i cures pal·liatives, que pateixin la malaltia d'Alzheimer i altres demències, i també a persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, essent vigent fins a dia d'avui(59-60).

En el marc del Pla de Salut 2011-2015(61), aprovat per l'acord de Govern 13/2012, de 21 de febrer(61), es crea el programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC), que s'estableix com una oportunitat per realitzar un canvi de paradigma, en què cal comptar amb la implicació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social, per tal d'establir un marc d'actuació integral des d'una perspectiva poblacional. La finalitat del PPAC és l'impuls, planificació, coordinació i avaluació de les actuacions dutes a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat, per tal de desplegar un model

interdepartamental d'atenció a la cronicitat que abordi les problemàtiques derivades de les malalties cròniques de manera integral i multidisciplinària<sup>(62-63)</sup>.

El PPAC s'operativitza a través de sis projectes estratègics, dels quals tres es consideren estretament relacionats amb les quatre línies del PDSS. Aquesta realitat ha contribuït al desenvolupament i impuls d'alguns propòsits comuns: implantació de processos clínics integrats (rutes assistencials de demències)<sup>(62)</sup>; el desenvolupament d'alternatives assistencials en un sistema integral<sup>(64-66)</sup>; i el desplegament de programes territorials d'atenció als pacients amb complexitat clínica<sup>(67)</sup>.

Coneixent que la majoria de les persones amb malalties cròniques i susceptibles de l'atenció sociosanitària necessiten atenció conjunta dels serveis i recursos tant socials com sanitaris, el Govern de Catalunya va crear el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials l'any 2013<sup>(68)</sup>. Aquest Pla neix amb la finalitat de que el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família treballin sota el mateix marc en la planificació i atenció integral a les persones, per tal de potenciar el canvi de paradigma i de model de relació que apunta el PPAC. Es tracta, en definitiva, de crear un model d'interacció dels serveis sanitaris i socials, tot elaborant un pla de treball interdepartamental que contribueixi a generar un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt, que tingui en compte la persona i les seves necessitats. L'any 2014, es plantegen alguns canvis en aquest Pla amb l'Acord de Govern 28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), que vol assolir, no només la interacció entre els serveis sanitaris i socials, sinó també un model assistencial centrat en les persones, garantint el contínuum assistencial mitjançant un abordatge col·laboratiu del procés d'atenció a la persona i la família entre les diferents xarxes d'atenció<sup>(69)</sup>.

Entre les directrius i els objectius estratègics per a l'àmbit del PIAISS es troben línies comunes vinculades amb el PDSS. Així doncs, projectes que estaven vinculats al Departament de Salut, especialment al PDSS, com l'atenció sanitària a les residències assistides de gent gran i de persones amb discapacitat o l'adequació de la llarga estada sociosanitària, passen a ser novament interdepartamentals, com ho varen ser durant el PVAA a partir del 1988.



### 2.1.2.3. Model d'atenció sociosanitari

En l'atenció sociosanitària, els serveis sanitaris i socials es complementen en la mesura que calgui segons les necessitats dels usuaris que s'atenen a l'àmbit sociosanitari: persones grans, persones amb malalties cròniques neurodegeneratives i malalties rares, persones amb demència, sense oblidar als cuidadors familiars d'aquestes persones<sup>(70)</sup>.

Malgrat les persones que precisen atenció sociosanitària són un grup de població molt heterogeni, el model assistencial sociosanitari, entès com a aquella idea abstracta de la intervenció i de l'atenció que s'orienta a les necessitats de la persona amb perfil sociosanitari, és comú i es basa en el conjunt de principis següents<sup>(34,46,60,71-73)</sup>:

- Valoració i intervenció integral dinàmica: té en compte totes les dimensions de la persona (física, emocional, social, espiritual) al llarg de tot el procés d'atenció.
- Global i transversal a tots els nivells assistencials, permeable i comunicat: amb sistemes operatius de connexió entre els recursos que permeten que la persona sigui atesa en el lloc més adequat a les seves necessitats.
- Treball en equip interdisciplinari: participació de diferents professionals que treballen conjuntament i amb el mateix enfocament.
- Inserir en la comunitat: tenint en compte les característiques pròpies del sistema sanitari i social.
- Harmònic i equitatiu: desenvolupament de recursos adequat a les particularitats de cadascun dels territoris.
- Continuitat assistencial: bona coordinació entre recursos i establiment de circuits assistencials.
- Fomentant el principi d'autonomia: participació de la persona i la seva família en el procés de presa de decisions.
- Prevenció i suport en les situacions de malaltia i dependència: provisió de cures per evitar i retardar el deteriorament funcional i l'aparició de complicacions i nous problemes de salut.
- Foment de la participació de la família: al llarg de tot el procés d'atenció.
- Foment de la permanència de les persones en el seu domicili: amb la millor qualitat de vida possible, aportant aquells elements d'adaptació i suport que requereixi la situació de la persona.
- Treball per objectius: compartits entre els professionals de l'equip que incloguin la curació (si s'escau), la rehabilitació, la prevenció, l'adaptació i el confort i la qualitat de vida.

- Competència dels professionals, amb alta motivació i implicació en l'àmbit: amb formació i capacitació específica en l'àmbit d'atenció.
- Recursos d'atenció especialitzats que atenguin la complexitat: en base als principis de cobertura, optimització i prioritització d'accions en els recursos estàndard o no específics.

#### 2.1.2.4. La xarxa sociosanitària

L'atenció sociosanitària, que presta atenció a les quatre grans línies objectes del PDSS, es desenvolupa en tres tipologies de centres i serveis sociosanitaris (Taula 1)<sup>(58,60,64)</sup>:

- Els d'internament, que actualment inclouen els recursos de subaguts, de llarga estada i de mitjana estada.
- Els d'atenció diürna ambulatoria, que inclouen l'hospital de dia sociosanitari (HD-SS) i els equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA).
- Els equips d'avaluació i suport, que inclouen les Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) i els equips de suport del Programa d'atenció a domicili (PADES).

Taula 1. Actual cartera de serveis sociosanitaris a Catalunya

Serveis d'hospitalització	Serveis d'atenció diürna ambulatoria	Equips de valoració i suport
<b>Subaguts</b>	<b>Hospital de dia:</b> Geriàtric M.A. i altres demències Pal·liatiu M. neurodegeneratives	<b>Al domicili:</b> PADES
<b>Unitats de mitjana estada:</b> Convalescència-postaguts Cures pal·liatives Polivalent Psicogeriàtrica		
<b>Unitats de llarga estada:</b> Geriatríca Psicogeriatríca Grans discapacitats	<b>EAIA:</b> Geriatríca Trastorns cognitius Cures pal·liatives	<b>A l'hospital:</b> UFISS: Geriatría Pal·liativa Mixta Respiratòria

Font: Adaptat del Pla director sociosanitari

Per tal d'aconseguir un sistema sostenible i alhora facilitar la proximitat al ciutadà, el criteri de planificació territorial té en compte la població de l'àrea d'influència. El criteri general utilitzat es manté des del seu inici i tracta de tenir serveis més polivalents en àrees amb poca població, i més específics en zones de més població. Així, en aquells territoris densament poblats, s'incorporen en la planificació totes les tipologies de subunitats que es descriuen a continuació, mentre que en àrees molt poc poblades totes les unitats han tendit a ser polivalents<sup>(46,60)</sup>.

Les principals característiques específiques de cadascun dels serveis socio-sanitaris són:

### **Subaguts (SubA)**

Es considera un servei alternatiu a l'hospitalització convencional, especialment en els hospitals de més complexitat, en els que la persona no requereix d'un entorn d'alta tecnologia ni alta intensitat terapèutica i es beneficia de l'enfocament integral, multidisciplinari i promotor del manteniment de l'autonomia personal. Està adreçat a persones amb processos de reagudització de malalties cròniques ben conegudes i diagnosticades, que necessiten una hospitalització de curta durada (estada prevista inferior a 12 dies). Els criteris de planificació territorial orienten a 4,4 llits per cada 100.000 habitants (1,3-1,4 altes per 1.000 habitants) en aquells territoris amb densitat poblacional. Aquesta activitat va començar a ser contractada al 2013 i els centres que poden fer subaguts estan vinculats o es relacionen estretament amb hospitals d'aguts i han de complir uns determinats criteris (es descriuran a l'apartat de metodologia)<sup>(64,66)</sup>.

### **Mitjana estada (ME)**

Entre els recursos de mitjana estada es poden diferenciar:

### **Convalescència-postaguts (CNV-PostA)**

Recurs destinat a persones que han superat la fase aguda d'una reagudització o malaltia i necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i alta intensitat de cures. Després de l'hospitalització convencional requereixen un alt component rehabilitador per assolir la recuperació de l'autonomia funcional en les activitats de la vida diària (AVD) abans de tornar al seu domicili. En aquesta línia assistencial, hi ha la tendència a impulsar la línia de postaguts, que facilita que les persones estiguin menys dies a l'hospital, evitant estades innecessàries, i iniciant la rehabilitació intensiva el més aviat possible, per estar el mínim temps possible també en el socio-sanitari (estada prevista inferior a 12-15 dies). Els criteris de convalescència establerts fins ara, eren de

1,8 llits per 1.000 habitants de 65 anys i més. Actualment alguns territoris orienten a 2,5 llits per 1.000 habitants de 65 anys i més, i els estàndards de cobertura poblacional de postaguts orienten aquesta xifra a 6,2 llits per cada 100.000 habitants. Els centres que poden fer activitat de postaguts (encara no regulat contractualment) han d'estar vinculats o es relacionen estretament amb hospitals d'aguts i han de complir uns determinats criteris<sup>(60,64,66,74)</sup>.

### **Unitats de cures pal·liatives (UCP)**

Servei destinat a malalts en situació de malaltia avançada o terminal que, per les seves necessitats complexes, requereixen control de símptomes i tractaments continuats de confort en règim d'hospitalització. L'estàndard de dotació de recursos territorial és de 8-10 llits per 100.000 habitants<sup>(60)</sup>.

### **Psicogeriatría de mitjana estada (PGME)**

Destinada a l'atenció de persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, que necessiten un ingrés de curta durada per tal de: realitzar una avaluació i/o diagnòstic i control; un tractament de trastorns del comportament; o una estada de convalsència per a persones amb demència. Encara que aquestes unitats no tenen contractació pròpia, alguns centres han dut a terme adequacions estructurals i organitzatives per oferir aquesta línia d'atenció (per seguretat, evitar risc de fuga...)<sup>(60)</sup>.

### **Mitjana estada polivalent (MEP)**

Unitat destinada a l'atenció de convalsència i cures pal·liatives en unitats que, per la seva dimensió i criteris de planificació, no poden realitzar aquesta activitat d'una manera específica. També poden fer activitat de psicogeriatría de mitjana estada. En aquests territoris amb més baixa densitat poblacional, es considera que hi ha d'haver 2 llits de MEP per 1.000 habitants de 65 anys i més<sup>(60)</sup>.

### **Llarga estada (LLE)**

La tendència de la llarga estada és a disminuir en els darrers anys i a crear un gran sector d'atenció de llarga durada que inclogui els centres d'acolliment residencial per a gent gran i discapacitats, la llarga estada sociosanitària i la llarga estada de salut mental, amb un únic lideratge<sup>(64)</sup>. Tot i això, actualment, la llarga estada sociosanitària està adreçada a l'atenció continuada de persones grans amb malalties cròniques que presenten diferents nivells de dependència i diversos graus de complexitat clínica i que

no poden ser ateses al seu domicili. Les unitats tenen com a objectiu, entre altres, millorar la qualitat de vida, la rehabilitació i el control de símptomes. Amb el PVAA i el PDSS, es considerava que l'estàndard de llits de llarga estada per 1.000 habitants de 65 anys i més era de 5. Actualment, amb la reducció de llits d'aquest recurs i la incorporació d'altres línies assistencials, com són els serveis de subaguts, algunes regions sanitàries han fixat aquest estàndard territorial en 3-3,5 llits<sup>(60,74)</sup>. En àrees d'influència d'un cert volum de població podem diferenciar unitats específiques, entre les quals destaquen:

### LLE psicogeriàtrica

Per a persones amb demències (malaltia d'Alzheimer (MA) o altres demències) i per a persones grans amb malaltia psiquiàtrica crònica amb trastorns cognitius i de la conducta amb requeriments de cures continuades<sup>(60)</sup>.

### LLE per a grans discapacitats

El perfil del malalt és el de persones amb malalties neurodegeneratives i també de persones que pateixen seqüeles greus per processos traumàtics o altres lesions cerebrals<sup>(60)</sup>.

L'any 2014, la xarxa sociosanitària disposa dels recursos d'hospitalització que es detallen a la Taula 2<sup>(75)</sup>.

Taula 2. Llits d'hospitalització de centres sociosanitaris. Catalunya, 2014

Regió Sanitària	Llarga estada	Mitjana Estada			SubA	Total internament	Centres socio-sanitaris
		CNV-PostA	UCP	MEP			
Alt Pirineu i Aran	71	0	0	39	0	110	3
Lleida	279	70	26	0	10	385	4
Camp de Tarragona	423	178	29	31	44	705	11
Terres de l'Ebre	124	74	14	26	20	258	3
Girona	488	101	25	141	27	782	13
Catalunya Central	308	225	40	48	22	643	10
Barcelona	3.096	1.623	274	409	162	5.564	50
<b>Total</b>	<b>4.839</b>	<b>2.271</b>	<b>408</b>	<b>694</b>	<b>285</b>	<b>8.497</b>	<b>94</b>

Font: Memòria del CatSalut 2014

## **Hospital de dia sociosanitari (HD-SS)**

Els serveis d'atenció de dia sociosanitaris presten assistència, predominantment, a persones grans malaltes, però també a altres malalts crònics que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori. Els objectius dels serveis d'atenció de dia poden ser l'avaluació integral, la rehabilitació i/o l'atenció continuada de manteniment. L'estàndard de cobertura poblacional es considera de 1,5 places d'HD-SS per 1.000 persones de 65 anys i més<sup>(60)</sup>.

Malgrat que els principis generals de l'hospital de dia continuen essent vigents, s'està proposant una reordenació de possibles noves fórmules de contractació i d'organització que permetin millorar la seva eficiència i respongui més a les necessitats actuals. En aquest nou plantejament es proposa que l'HD-SS tingui la flexibilitat suficient per poder donar resposta ràpida a persones amb comorbiditat, malalties cròniques i necessitats a les que cal donar resposta. Es proposa que en l'HD-SS es realitzin programes terapèutics, limitats en el temps, tenint com objectiu la disminució o el retard de la pèrdua funcional, evitar urgències i ingressos inadequats a hospitals d'aguts i sociosanitaris i, d'aquesta manera, retardar la institucionalització en residències. Entre aquests programes es troben<sup>(76)</sup>:

- Persones amb deteriorament cognitiu lleu o moderat
- Persones amb malalties (M) neurodegeneratives cròniques en fase lleu/moderada
- Programa específic d'estimulació cognitiva
- Programa específic de prevenció de caigudes
- Programa específic de malaltia cardiorespiratòria
- Programa específic de maneig d'ortesi
- Programa específic de cures complexes d'infermeria
- Programa de rehabilitació física
- Avaluació i tractament malaltia crònica

De tota manera, la reordenació de l'HD-SS encara està en procés d'implementació. Conseqüentment, a dia d'avui, es disposa d'HD-SS segons el volum de població i les àrees d'influència, diferenciant en alguns territoris HD-SS terapèutics i rehabilitadors, HD-SS psicogeriatrics, HD-SS pal·liatius i HD-SS per a persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral.

### Unitats de diagnòstic i seguiment. Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)

Aquestes unitats desenvolupen les activitats a partir de les quals s'arriba a un diagnòstic que valora les capacitats i necessitats de determinats pacients i, molt especialment, d'aquells amb presència de símptomes complexos i de difícil control per tal de dissenyar un pla d'intervenció global<sup>(60)</sup>. Aquesta activitat es va crear per a que els centres socio-sanitaris poguessin dur a terme una activitat de consulta externa, la qual es realitza en serveis d'atenció de dia socio-sanitaris o de dispositius d'hospitals d'aguts que compleixen els requisits. Amb la reordenació de la xarxa socio-sanitària, es proposa que les EAIA estiguin més integrades a l'atenció primària<sup>(64)</sup>. Poden desenvolupar dos tipus d'activitats:

- Consulta d'avaluació i seguiment, que consisteix en la valoració i seguiment especialitzat, segons el motiu de consulta.
- Avaluació per un equip multidisciplinar, que ofereix la valoració integral (física, cognitiva, socials...) del pacient.

Segons la població a la que adreça la seva activitat, es diferencia en EAIA en geriatria, EAIA en trastorns cognitius o EAIA en cures paliatives. Es recomana que hi hagi EAIA en les tres línies en àrees d'influència amb major densitat poblacional (de més de 100.000 habitants). En àrees de menor densitat es poden considerar alternatives polivalents.

Els serveis d'atenció diürna ambulatoria existents a Catalunya es detallen a la Taula 3<sup>(75)</sup>.

Taula 3. Places d'hospital de dia i equips d'avaluació integral ambulatoria. Catalunya, 2014

Regió Sanitària	HD-SS		EAIA				Total
	Unitats	Places	Trastorns Cognitius	Geriatria	Cures paliatives	Polivalent	
Alt Pirineu i Aran	2	30	0	3	0	0	3
Lleida	3	70	2	1	1	0	4
Camp de Tarragona	8	203	2	3	1	0	6
Terres de l'Ebre	3	61	1	1	1	0	3
Girona	10	228	3	0	1	4	8
Catalunya Central	7	221	3	4	2	0	9
Barcelona	40	1.108	21	16	9	2	48
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>1.921</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>81</b>

Font: Memòria del CatSalut 2014

### **Equips de suport al domicili. Programa d'atenció domiciliària- equips de suport (PADES)**

Equip especialitzat que dóna assessorament i suport a l'atenció primària per a pacients amb necessitats d'atenció pal·liativa o amb malalties cròniques avançades, que necessiten la interdisciplinarietat i l'especialització per a l'atenció. A més de realitzar atenció directa, tenen un paper important en la gestió de casos complexos, en la coordinació de recursos entre nivells assistencials, i també en la docència a professionals de la xarxa d'atenció primària. Es considera que hi ha d'haver un PADES per cada 100.000 habitants<sup>(60)</sup>.

Recentment s'han creat alguns equips PADES amb característiques d'atenció específiques com els equips d'atenció residencial (EARs) que són dispositius sanitaris assistencials experts en geriatría que, coordinats amb els equips d'atenció primària i els professionals sanitaris de les residències, milloren l'atenció a la gent gran fràgil en règim d'internament residencial<sup>(65)</sup>.

### **Equips de suport hospitalaris. Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS)**

Són equips interdisciplinaris especialitzats que donen suport als diferents serveis de l'hospital d'aguts en la valoració i control d'aquells grups de pacients diana, que majoritàriament són la població geriàtrica i les persones amb malaltia terminal. A més de realitzar atenció directa, tenen un paper important en la coordinació de recursos entre nivells assistencials, així com de docència i assessorament expert a d'altres professionals de l'hospital. Es considera que cal que hi hagi UFISS de geriatría i de pal·liatives en tots els hospitals de tercer nivell i de referència. En els hospitals generals bàsics poden haver UFISS mixtes o diferenciades en geriatría i pal·liatives, en funció de la dimensió del centre<sup>(60)</sup>.

L'any 2014, la xarxa sociosanitària disposava dels equips de suport que es detallen a la Taula 4<sup>(75)</sup>.



Taula 4. Equips de suport socio-sanitaris. Catalunya, 2014

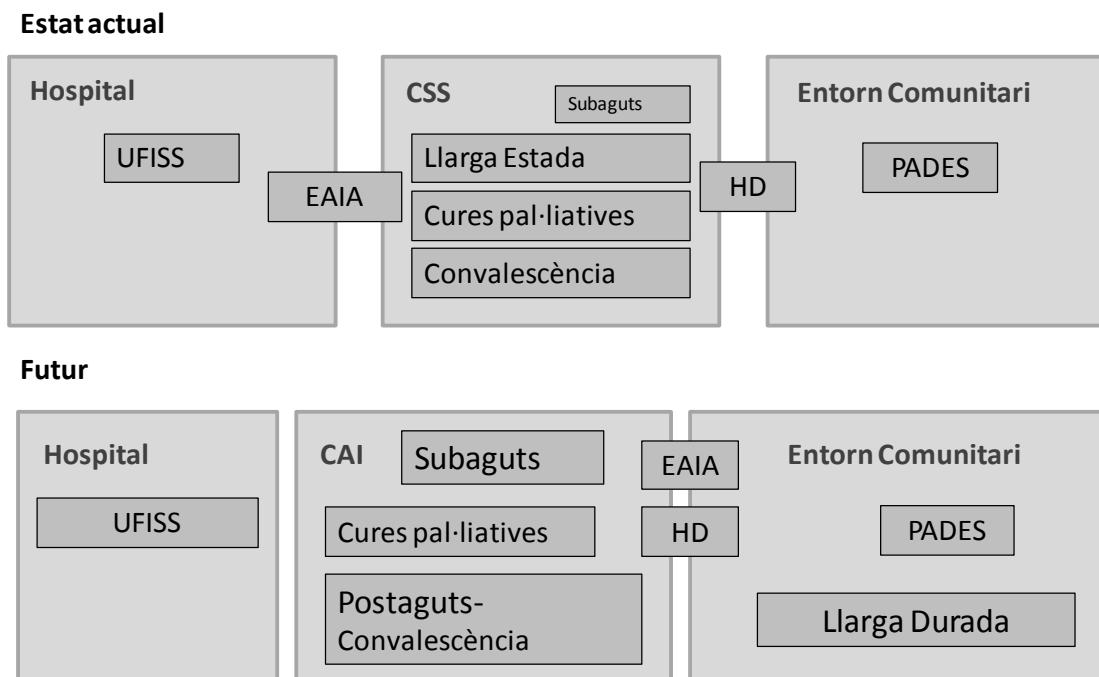
Regió Sanitària	UFISS				PADES	Observacions
	Geriatría	Cures pal·liatives	Mixtes	Total		
Alt Pirineu i Aran	0	0	0	0	3	
Lleida	2	2	0	4	5	1ETODA
Camp de Tarragona	2	2	2	6	7	
Terres de l'Ebre	1	0	0	1	4	
Girona	5	2	1	8	8	
Catalunya Central	2	1	3	6	7	
Barcelona	21	17	2	40	82	5 ETODA i 32 EAR
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>65</b>	<b>116</b>	

Font: Memòria del CatSalut 2014

En el marc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015<sup>(51)</sup>, el PDSS fa un replantejament de la seva xarxa, per implementar accions que donin resposta als problemes de salut de més impacte, treballant conjuntament amb el PPAC i PIAISS, des d'un model d'atenció integrat, centrat en la persona i el seu entorn i que eviti la fragmentació assistencial (Figura 2).

Conseqüentment, la xarxa socio-sanitària s'adequa al model d'atenció a la cronicitat plantejat, a favor de l'organització de serveis sanitaris i socials, promovent models d'atenció comunitària proactius per a les persones amb patologia crònica i potenciant alternatives a l'hospitalització convencional, per tal d'aconseguir uns millors resultats en salut per a aquesta població i, alhora, més accessibilitat i eficiència del sistema<sup>(77)</sup>.

Figura 2. Evolució i adequació de la xarxa socio sanitària a l'atenció a la cronicitat



Font: Adaptat Pla director socio sanitari

### 2.1.3. L'atenció intermèdia

#### 2.1.3.1 El model d'atenció intermèdia britànic

Durant la dècada dels anys 90, el Regne Unit es va trobar amb diferents factors que van impulsar el desenvolupament de noves formes de treball en els serveis sanitaris i socials per a la gent gran. Per un costat, s'evidenciava l'envelliment progressiu de la població britànica i el creixent consum de recursos hospitalaris per part de les persones més grans, essent significatiu el nombre de casos en els que es considerava que l'ingrés era evitable o inapropiat. Alhora, es produïa una disminució de llits hospitalaris i es detectava la necessitat d'oferir serveis de rehabilitació a les persones grans. Per altra costat, s'identificaven dificultats en la qualitat de l'assistència a les persones grans i s'observava que el nombre d'aquestes en serveis de llarga durada augmentava, elevant també els seus costos<sup>(78)</sup>. Per tant, l'atenció intermèdia es plantejava com un servei més adequat a les necessitats de les persones grans, més proper al domicili i que representava una alternativa als serveis d'hospitalització, essent més econòmic<sup>(79-80)</sup>.

Va ser en aquest marc, quan a finals dels anys 90, es va introduir el concepte d'atenció intermèdia, que va quedar formalment introduït en el Pla Nacional de Salut Britànic (*National Health Service -NHS- Plan*) l'any 2000, mostrant la voluntat del govern en acabar amb la fragmentació de l'atenció i apostar fermament per l'atenció intermèdia com a element nuclear del programa de govern per millorar els serveis d'atenció a les persones grans. Un any després, el govern britànic va adquirir un nou compromís amb Marc de Serveis Nacionals per a la gent gran (*National Service Framework for Older People*), que es centrava en el respecte a la individualitat de la persona, en potenciar l'envelliment actiu i saludable i en proveir serveis especialitzats basats en l'evidència científica, així com atenció intermèdia. D'aquesta manera, el NHS va considerar que l'atenció intermèdia es relacionava amb els serveis que<sup>(81)</sup>:

- Estaven adreçats a les persones que d'altra manera tindrien estades hospitalàries innecessàriament perllongades, ingressos inadequats a hospitalització d'aguts o en recursos d'atenció residencial a llarg termini o reingressos continuament .
- Oferien un pla d'atenció individual estructurat, derivat d'una avaluació exhaustiva, amb tractament actiu i possibilitat de recuperació.
- Tenien un resultat previst de maximitzar la independència de la persona i, en general, permetia als pacients tornar a casa seva.
- Eren de temps limitat, normalment no més de sis setmanes, i sovint amb estades d'una o dues setmanes, o menys.
- Implicaven el treball en equip de professionals de diferents disciplines, amb un únic marc de treball i amb registres i protocols compartits.

En aquest marc es posava en consideració el rol de les infermeres com a fonamental en l'atenció centrada en la persona per a aconseguir una assistència eficient i una experiència positiva per part del pacient<sup>(82-84)</sup>.

Tot i així, d'acord amb Steiner, l'atenció intermèdia anava, i va, més enllà de la prestació de cures infermeres, el que suposa la necessitat de disposar d'una definició més acurada en base a les funcions i els objectius desitjats d'aquesta atenció. Així doncs, l'atenció intermèdia es refereix a aquells serveis que intenten cobrir el buit que hi ha entre l'hospital i el domicili per les persones que requereixen algun tipus de suport entre els serveis socials i sanitaris<sup>(85)</sup>. Tot i que autors com Morrison consideren que no és un concepte nou<sup>(86)</sup>, ha estat difícil trobar una definició consensuada i s'han fet diferents definicions del concepte d'atenció intermèdia. No obstant, la seva justificació sempre ha estat clara i s'ha basat en les necessitats detectades en el sistema per oferir una atenció integrada i de qualitat a les persones grans. Les diferències trobades entre aquestes

definicions estan relacionades amb els objectius de l'atenció intermèdia, la intensitat de l'atenció i l'adequació dels grups de persones que se'n poden beneficiar<sup>(87-88)</sup>. Tradicionalment, la versió britànica de l'atenció intermèdia s'entén com a un conjunt de diferents serveis que tenen com a objectiu evitar ingressos i promoure una alta hospitalària precoç, promovent la independència de la gent gran, mitjançant un procés d'avaluació unificat, tractament rehabilitador i treball col·laboratiu entre els organismes socials i sanitaris, considerant aquest darrer atribut com un tret definitori d'aquesta atenció<sup>(82)</sup>.

Val a dir que la finalitat de potenciar la independència ha estat qüestionada ja que, si bé l'atenció intermèdia pot servir per alguns com una funció rehabilitadora, per a altres, com les persones amb malalties terminals o discapacitats, l'objectiu pot ser diferent. Un objectiu raonable de l'atenció en aquest últim cas pot ser la de trobar l'estabilització que permeti a la persona romandre fora de l'assistència sanitària o d'una institució de forma permanent o trobar un entorn més acollidor per passar aquesta etapa de final de la vida<sup>(84,89)</sup>.

El NHS, per assolir els objectius de l'atenció intermèdia, compta amb un ampli rang de serveis, amb diferents estructures i funcions, encaminats a la promoció de l'autonomia i la prevenció d'ingressos hospitalaris evitables, entre els que destaquen<sup>(81,87,89-90)</sup>:

- Serveis que prevenen l'ingrés:
  - Equips de resposta ràpida: servei de ràpid accés en 24 hores en situació de crisi. Prevenen l'ingrés o l'atenció a urgències i mantenen la persona a casa. Freqüentment liderat per infermeres, però no de manera exclusiva.
  - Hospitalització a domicili: atenció planificada i intensiva a domicili per professionals sanitaris. També es pot utilitzar després d'un episodi agut per acabar el tractament i garantir la continuïtat de cures.
- Serveis que possibiliten l'alta precoç:
  - Hospital de dia geriàtric/ rehabilitador: programa de rehabilitació diürn de curta durada amb un equip multidisciplinari i especialistes.
  - Sistemes de suport a l'alta: ampli rang de serveis d'atenció mèdica i infermera que donen suport a domicili per facilitar l'alta de l'hospital.
  - Internament en hospitals comunitaris, en unitats de liderades per infermeres o residències: Tenen l'objectiu de millorar la qualitat de vida, l'estat funcional i la independència de la persona. També poden evitar l'ingrés en casos de crisi quan no es necessita alta tecnologia ni gestió mèdica especialitzada.

També es considera que l'atenció intermèdia cal diferenciar-la d'aquells serveis que, encara que estretament vinculats als mateixos objectius, són de transició però no impliquen la teràpia activa, és a dir, aquells en els que la persona està esperant un recurs de llarga durada. Tampoc es consideren d'atenció intermèdia aquells serveis de rehabilitació i suport a llarg termini, ni els serveis de rehabilitació de l'hospital d'aguts<sup>(81)</sup>.

Amb el correcte desenvolupament i implementació de l'atenció intermèdia s'esperava aconseguir un impacte significatiu en l'atenció a les persones grans i alhora, en el conjunt del sistema sanitari i social, mitjançant una millor eficiència i capacitat de noves formes de treball<sup>(91)</sup>. En una primera avaluació, es destaquen alguns dels elements d'èxit de l'atenció intermèdia com un fort lideratge amb una clara visió de cap a on s'ha d'anar, el compromís dels nivells superiors per avançar en aquesta direcció, tenir objectius clarament articulats i compartits, amb una gestió estratègica i operativa de la coordinació, amb rols professionals clars, amb acords financers compartits entre les organitzacions implicades i la confiança en la possibilitat d'impulsar aquest sector, entre d'altres. Però, tot i que hi ha avaluacions locals dels diferents serveis d'atenció intermèdia, poques vegades s'ha pogut disposar d'avaluacions que permetin obtenir resultats robustos. El que sí que s'ha evidenciat és l'heterogeneïtat que es dona en l'atenció intermèdia<sup>(92)</sup>. La literatura sí que mostra que hi ha hagut poca participació de la gent gran en el desenvolupament de l'atenció intermèdia. Específicament, en relació als serveis dirigits per infermeres, es considera necessària la participació de la gent gran en l'evolució i adequació d'aquesta atenció. Encara que aquests serveis són considerats acceptables de forma general pels pacients, la valoració de l'experiència viscuda en els mateixos és variable, identificant possibles aspectes de millora de l'atenció intermèdia<sup>(84)</sup>.

També, Thomson i Crome posen de manifest la poca evidència sobre la millora de l'atenció i la major rendibilitat dels serveis d'atenció intermèdia per als pacients de major edat. Afegeixen altres aspectes en les debilitats de l'atenció intermèdia com la discriminació d'edat d'aquesta atenció, la manca d'atenció mèdica de forma regular en aquests recursos i el perill relacionat una atenció intermèdia si no es garanteix una dotació de personal i de recursos adequada<sup>(89)</sup>.

Uns anys més tard, el mateix NHS fa aclariments respecte què s'enten per cures intermèdies, el seu funcionament i afegeix aspectes nous com<sup>(91)</sup>:

- La inclusió d'adults de totes les edats, com els joves amb discapacitat que requereixen la gestió de la seva transició a l'edat adulta.
- Un èmfasi renovat a totes aquelles persones amb risc d'ingrés a l'àmbit residencial.
- Inclusió de les persones amb demència o necessitats de salut mental.

- Flexibilitat en la limitació de temps del procés.
- La integració de l'atenció a salut integral i l'assistència social.
- Accés oportú als especialistes segons sigui necessari.
- Posada en marxa d'un ampli rang de serveis d'atenció integrada per fer funcions d'atenció intermèdia, incloent l'atenció per a la reinserció social.
- Gestió de la qualitat i avaluació de rendiments de serveis.

En aquesta redefinició es potencia la idea de l'atenció intermèdia com una via per a la fase de final de la vida, quan hi ha objectius específics a assolir en relació al pacient o al seu entorn cuidador, i també per aquelles persones amb demència i necessitats psicogeriaètriques que requereixen un abordatge limitat en el temps per assolir la seva estabilització<sup>(91)</sup>.

El desenvolupament de l'atenció intermèdia ha comportat controvèrsies. Malgrat l'aposta ferma del sistema sanitari britànic, autors com Woodford i George apunten el risc que suposa la manca de solidesa científica en la planificació de l'atenció intermèdia. En part, un dels objectius que es plantejava de l'atenció intermèdia no ha estat assolit, ja que el nombre d'ingressos en hospitals d'aguts de les persones majors de 75 anys ha continuat ascendint i s'ha assumit sense necessitat d'un augment de llits, a càrrec d'una disminució dels dies d'estada dels ingressos<sup>(80)</sup>.

#### **2.1.3.1.1 Resultats de model britànic d'atenció intermèdia**

Des de l'inici de l'impuls de l'atenció intermèdia, la voluntat de monitoritzar, de fer avaluació comparativa (*benchmarking*) i crear evidència han estat manifestos i especificats en els diferents documents<sup>(81,93)</sup>. Conseqüentment, tot i la dificultat de cerca sistemàtica derivada de la vaga definició de l'atenció intermèdia i de la gran varietat que hi ha entre serveis, existeix més evidència de la que sovint es diu respecte l'efectivitat de l'atenció intermèdia<sup>(94-95)</sup>. Manthorpe justifica que s'ha fet molta recerca en l'àmbit de l'atenció intermèdia degut a tres raons: la primera, és que el servei és relativament nou; la segona, s'ha impulsat la recerca de forma central i per objectius; i la tercera, és que pren rellevància "allò que funciona" en les polítiques sanitàries i en la gestió de serveis<sup>(96)</sup>.

Donat que és un sistema complex, en el que hi ha hagut un desenvolupament territorial irregular, no es disposen d'estudis que mostrin l'eficàcia i l'eficiència del model d'atenció intermèdia de forma global. Per un costat, trobem els estudis que es centren en evidenciar l'èxit d'un tipus de servei d'atenció intermèdia. Per altra, avaluacions amb mirada territorial, que busquen que el model d'avaluació sigui generalitzable.

L'evidència disponible sobre els hospitals de dia mèdics, en els que s'ofereix atenció multidisciplinària a les persones grans, és de baixa qualitat. La revisió de Brown, en el que s'inclouen setze assajos que comparen l'hospital de dia amb altres serveis d'atenció integral, d'atenció domiciliària o de serveis d'atenció no integral, conclou que l'hospital de dia sembla ser més eficaç que serveis d'atenció no integral en relació a la mortalitat i mals resultats ( institucionalització, dependència i deteriorament físic) (OR: 0,72; IC 95%: 0,53-0,99). Per la resta de resultats, no hi ha evidència clara o avantatges respecte altres serveis<sup>(97)</sup>.

Pel que fa a altres recursos d'atenció intermèdia per evitar ingressos hospitalaris, es posa de manifest que l'hospitalització a domicili és un bon recurs<sup>(99)</sup>. L'any 2008, la revisió de Shepperd, amb deu assajos clínics dels quals cinc els inclouen al metanàlisi, conclou que l'hospitalització a domicili s'associa a una reducció significativa de la mortalitat als sis mesos (OR ajustat: 0,62; IC95%: 0,45-0,87) i a una reducció no significativa d'ingressos hospitalaris (OR ajustat:1,49; IC95%: 0,96-2,33), sense diferències rellevants en la capacitat funcional, la qualitat de vida o la capacitat cognitiva. Els pacients en hospitalització a domicili mostren una alta satisfacció. Un parell d'estudis de costos mostren que, un cop exclosos els costos de l'atenció informal, l'hospitalització domiciliària és més econòmica que un ingrés hospitalari convencional, encara que és poc probable que suposi un estalvi significatiu de costos globals. Només tres dels assajos clínics aleatoritzats d'aquesta revisió inclouen persones grans amb diferents malalties, el que fa que l'evidència disponible sigui insuficient per a les polítiques sanitàries<sup>(98)</sup>.

Shepperd també revisa el paper de l'hospitalització a domicili, com a servei per reduir l'estada hospitalària, i constata, a través dels 26 assajos clínics aleatoritzats, que hi ha una taxa superior de reingressos en els pacients d'hospitalització a domicili (persones amb varies malalties OR: 1,57; IC95%: 1,10-2,24) i un menor ingrés a residència (persones amb ictus OR: 0,63; IC95%: 0,40-0,98 i persones amb persones amb varies malalties OR: 0,69; IC95%: 0,48-0,99). L'evidència en l'estalvi de costos no és conclouent i hi ha una insuficient evidència en la mortalitat entre grups i en els reingressos en el cas de persones postoperades<sup>(99)</sup>.

Les unitats d'hospitalització dirigides per infermeres també han estat objecte d'estudi com a serveis per gestionar amb èxit la transició entre l'hospital i el domicili. La revisió de Griffiths, amb deu assajos aleatoris i quasi aleatoris, posa de manifest que les unitats dirigides per infermeres redueixen significativament la institucionalització a l'alta (OR: 0,44; IC 95%: 0,22-0,89) i suposen un augment de l'estat funcional a l'alta. L'estada hospitalària és superior en aquestes unitats, però redueixen els reingressos al mes (OR:

0,52; IC95%: 0,34-0,80). Els costos de la atenció en unitats gestionades per infermeres, comparats amb els de l'atenció convencional, suposen un estalvi de costos en els estudis del Regne Unit però un augment en els estudis americans<sup>(100)</sup>.

Entre les avaluacions que contempnen els diferents serveis d'atenció intermèdia, Carpenter i els seus col·laboradors, analitzen en el districte de Sefhway, dins del projecte ICON (*Intermediate Care Organisation & Normalisation*), l'ús de recursos hospitalaris i de quatre tipus de serveis d'atenció intermèdia. L'anàlisi del perfil d'usuari evidencia que en les unitats de rehabilitació les persones tenen millor estat cognitiu i pitjor estat funcional a l'ingrés, però a l'alta estan més recuperats que en els altres serveis. Així doncs troben que hi ha característiques que fan que una persona tingui més probabilitat d'ingressar en un o altre recurs d'atenció intermèdia, diferenciant-los de la llarga durada, en funció de l'estat físic, cognitiu i la capacitat de recuperació, confirmant que cada servei d'atenció intermèdia es dirigeix a un determinat grup de pacients<sup>(101)</sup>.

Posteriorment l'equip INCET (*Intermediate Care National Evaluation Team*), de les Universitats de Leicester i Birmingham, fan l'avaluació nacional de costos i resultats de l'atenció intermèdia, encarregada pel propi NHS i el Consell d'Investigació Mèdica. L'estudi revela l'heterogeneïtat en el desenvolupament de l'atenció intermèdia, així com dels seus serveis, en termes d'estructura, localització, funció, cobertura, perfil d'usuaris i rendiment. Incorporen la visió de l'usuari, qui refereix estar satisfet amb aquest servei que ofereix atenció centrada en la persona, flexibilitat, l'oportunitat de restablir l'autonomia i el benefici de ser atesos per equips multidisciplinaris. S'identifiquen debilitats en la capacitat dels serveis, generalment relacionades amb la manca de personal, causada per inadequades retribucions, i amb les infraestructures amb les que han de treballar. Els resultats suggereixen que l'atenció intermèdia és un servei substitutiu, però alhora parcialment addicional per a un grup de població que no requeriria ingrés hospitalari. A nivell de costos, els serveis intermedis que eviten l'ingrés i els que no suposen internament es relacionen amb un estalvi de costos per al sistema, mentre que els serveis d'internament i, novament, els que eviten l'ingrés són els que milloren la qualitat de vida de la persona. Finalment, aquest estudi també afageix la necessitat que l'atenció intermèdia es desenvolupi en un context ampli i global, per superar la fragmentació i la poca integració de l'atenció intermèdia amb altres serveis<sup>(101)</sup>.

L'any 2011 Hutchinson fa el pilotatge de l'auditoria nacional de l'atenció intermèdia, i diferencia els serveis intermedis basats en llits i serveis intermedis a domicili. Aquesta prova evidencia que la majoria de persones ateses a l'atenció intermèdia provenen de l'hospital (49-56%), que el metge intervé més en els recursos d'internament (60% dels



casos front el 25% en recursos sense llits), que la majoria de les persones està menys de sis setmanes (75-80%) i que més del 80% dels casos es consideren adequats de ser atesos en un recurs d'atenció intermèdia<sup>(102)</sup>.

Des de l'any 2012 es fan auditories anuals de l'atenció intermèdia amb la finalitat de veure la progressió en el desenvolupament a nivell nacional, veure l'eficàcia d'aquesta atenció i desenvolupar estàndards de qualitat i indicadors per mesurar els resultats. La darrera auditoria, l'any 2015<sup>(103)</sup>, focalitzada en quatre categories de serveis (resposta a la crisi, cures intermèdies a casa, cures intermèdies amb internament i serveis d'atenció domiciliaris), mostra que:

- Les persones ateses cada vegada són més grans, especialment en els serveis d'internament (el 25% majors de 90 anys), i s'ha millorat l'accessibilitat i l'atenció a les persones amb problemes cognitius, incorporant professionals especialitzats en salut mental. Més del 90% de les persones ateses manté o millora el seu estat funcional, tant a domicili, com en internament i més del 70% de les persones ateses torna a domicili.
- Els usuaris reporten alts nivells de satisfacció, amb aspectes positius referents a les relacions socials. Malgrat això, també reporten aspectes de millora pel que fa a la comunicació del funcionament del servei (especialment temps d'estada) i a la participació en l'establiment d'objectius, aspecte detectat prèviament a l'auditoria<sup>(84)</sup>.
- Cada vegada es disposa d'una major integració de serveis, amb una gestió unificada a nivell estructural, del l'avaluació del procés, amb un registres compartits i reunions sistematitzades, tot i que la complexitat local del sistema sanitari i social causa diversitat a la hora d'implementar circuits de derivació.
- La capacitat dels serveis d'atenció intermèdia de salut està estancada i la dels serveis socials disminuïda respecte les auditories anteriors, amb el risc de no cobrir la pressió assistencial demandada.
- El temps d'espera pels serveis d'atenció intermèdia ha augmentat i té una demora mitjana entre 3 i 9 dies, essent en alguns casos molt més llarga, bloquejant la sortida del terç de pacients que esperen sortir de serveis d'hospitalització. Alhora, més del 95% dels serveis de resposta a les crisis tenen un horari ampli i funcionen 365 dies.
- Les ràtios d'infermeres en els hospitals comunitaris s'aproximen a les recomanades pel *Royal College of Nursing*, tot i així, en ocasions els usuaris les consideren inadequades. Una tercera part dels equips domiciliaris són multidisciplinaris, essent necessari introduir millores per garantir el treball en equip interdisciplinari.

Els serveis d'atenció intermèdia han tingut un impacte en els professionals que hi treballen. Una de les principals dificultats ha estat la captació i retenció de professionals en aquest àmbit. Encara que els resultats mostren un alt nivell de satisfacció relacionat amb la filosofia de treball aplicada, l'autonomia dels professionals i els companys amb els que treballen, un aspecte negatiu ha estat la sensació d'incertesa que han tingut els professionals respecte la direcció i durada del recurs on treballaven. Tenen una visió optimista respecte el seu desenvolupament professional en aquest àmbit d'atenció. Els professionals tenen la percepció que la seva tasca impacta directament en els resultats del pacient, que treballen i formen part de l'equip, així com que prenen decisions de forma compartida. L'atenció intermèdia també ha permès als professionals augmentar les seves capacitats generalistes, ja que la varietat de perfils dels pacients és molt àmplia. Es considera que la manca de recursos al domicili ha contribuït a que els professionals proporcionin una atenció més adequada i a potenciar la capacitat innovadora assistencial. Alhora, en els equips no jeràrquics, els professionals han pogut contribuir a la gestió de l'equip, de forma complementària al rol clínic, fet que comporta que tinguin habilitats gestores. També el treball en equip ha propiciat la capacitat formativa ja que els professionals d'una disciplina formen als de l'altra<sup>(104-105)</sup>.

L'atenció intermèdia sembla que ha tingut un major impacte en les infermeres. Encara que no consideren que el seu status sigui inferior al d'altres infermeres, opinen que la resta d'infermeres no entenen el seu paper. Reporten un major desenvolupament del seu rol autònom, on la valoració i la gestió de cures és el puntal, i duen a terme funcions de pràctica avançada, espais compartits de l'atenció que tradicionalment s'han considerat dins l'àmbit de responsabilitat dels metges<sup>(105)</sup>. Un dels dubtes que apareix en l'atenció intermèdia, on hi ha diferents professionals actuant, és el de com es podria avaluar el treball de les infermeres per veure si els resultats de l'atenció als pacients s'han assolit<sup>(96)</sup>.

Resumint, l'atenció intermèdia té punts forts i punts dèbils. Entre els reptes s'inclouen aspectes vinculats al personal, a la doble dependència organitzativa i econòmica (social i sanitària) i a la manca de suport o implicació de professionals mèdics. Entre les debilitats es troben la manca de capacitat de l'àmbit, les dificultats d'accessibilitat i l'escassa coordinació amb altres nivells assistencials. Finalment, com a punts forts destaquen el treball en equip, la seva flexibilitat, el model d'atenció centrat en la persona i la promoció de la independència, en el seu sentit més ampli<sup>(104)</sup>.

### **2.1.3.2. El context actual de l'atenció intermèdia d'internament sociosanitari a Catalunya**

En els darrers anys hi ha hagut la tendència a comparar el model d'atenció intermèdia britànic amb el model d'atenció sociosanitari català. És per això que amb freqüència s'utilitza el nom d'atenció intermèdia per fer referència a l'atenció sociosanitària.

D'aquesta manera, l'atenció intermèdia a Catalunya es defineix com un ventall de serveis integrats per promoure una recuperació més ràpida de la malaltia, prevenir l'ingrés o estades innecessàries a hospitals d'aguts, prevenir l'internament prematur de llarga durada, facilitar l'alta hospitalària puntual, maximitzar l'autonomia de la persona sempre que sigui possible i oferir atenció pal·liativa a aquelles persones amb malaltia avançada. Aquest model d'atenció, orientat a les persones grans amb diverses malalties cròniques, intenta garantir una millor utilització de recursos assistencials i contribuir a la sostenibilitat del sistema sanitari<sup>(66,77,84,87,93)</sup>.

A l'hora d'operativitzar el concepte d'atenció intermèdia d'internament en el nostre sistema hi ha algunes diferències en el plantejament entre els diferents autors. Santaeugènia et al. plantegen, en el seu protocol d'estudi, el qual tracta l'avaluació de l'efectivitat clínica d'un model d'atenció intermèdia basat en un sistema d'atenció centrat en processos clínics integrats, que l'atenció intermèdia és aquella que s'ofereix en les unitats de convalsència i de llarga estada<sup>(106)</sup>. L'estudi de Colprim et al., que tracta d'estudiar els trasllats potencialment evitables a hospital d'aguts des de centres d'atenció intermèdia, considera només els pacients ingressats a les unitats de convalsència<sup>(107)</sup>. Els estudis de Salvà et al. i Pérez et al. que analitzen factors associats al guany funcional, també fan equivalent les unitats d'atenció intermèdia a les unitats de convalsència<sup>(108-109)</sup>. Finalment, també hi ha una línia d'estudis encapçalada per Inzitari sobre alternatives a l'ingrés hospitalari per a persones grans, en els que les unitats d'atenció intermèdia fan referència a les unitats de subaguts<sup>(110-111)</sup>.

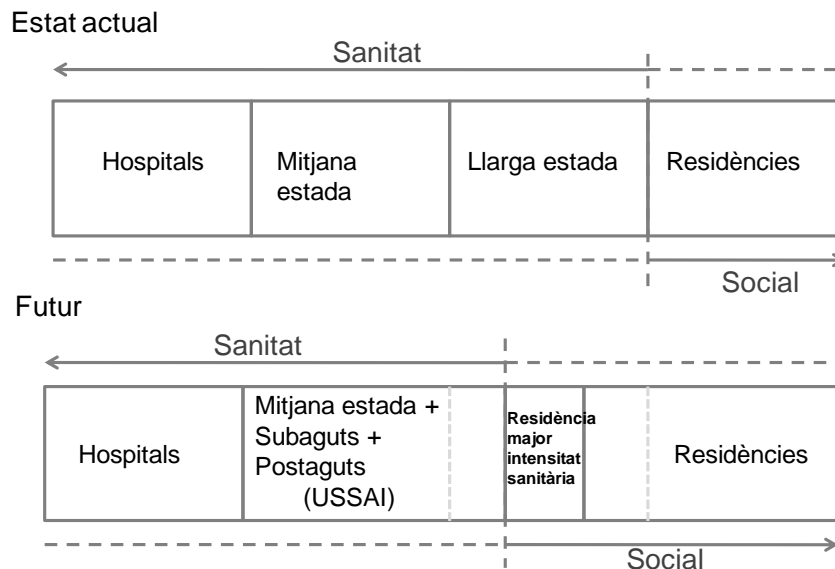
Tal i com s'ha exposat, a Catalunya, l'àmbit sociosanitari té una evolució d'aproximadament 30 anys, però el terme d'atenció intermèdia ha pres major rellevància en la planificació sanitària amb el darrer Pla de Salut 2011-2015, amb la voluntat d'oferir un tractament més adequat a les persones grans i amb necessitats sociosanitàries, tal i com van fer en el NHS<sup>(66)</sup>. A les unitats existents de mitjana estada (cures pal·liatives, convalsència, psicogeriatría de mitjana estada i mitjana estada polivalent), s'afegeixen les unitats de subaguts, que es plantegen com a substitutives de l'hospital d'aguts per a persones amb inestabilitat clínica i, alhora, les de postaguts, com a unitats per començar la rehabilitació el més aviat possible després d'un procés agut<sup>(64)</sup>. La incorporació

d'aquestes noves línies assistencials a l'àmbit sociosanitari suposen un increment de la complexitat clínica i assistencial, ja que s'incorpora a l'àmbit de l'atenció intermèdia l'atenció de persones que fins a l'actualitat eren atesos a l'hospital d'aguts<sup>(112)</sup>.

L'evolució de la xarxa sociosanitària alhora proposa la creació d'un gran sector d'atenció a la llarga durada, diferenciat de l'atenció intermèdia i amb dependència de serveis socials (Figura 3). El sistema sanitari haurà de considerar i garantir la cobertura de les necessitats de salut, cada vegada més intenses i complexes, de les persones pertanyents a aquest sector<sup>(113)</sup>. El gran canvi que es requereix a nivell polític, organitzatiu i del sistema social i sanitari per tal d'evolucionar i desenvolupar aquest gran sector de llarga durada, queda reflectit en el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), sense estar definit actualment el model de llarga durada que es vol desenvolupar a Catalunya<sup>(69,77)</sup>.

Així doncs, encara que la tendència ha estat canviar el terme d'atenció sociosanitària per atenció intermèdia de forma global, l'atenció intermèdia a nivell d'internament sociosanitari només inclouria els recursos sociosanitaris de mitjana estada, subaguts i postaguts, deixant de banda l'atenció a la llarga durada. És en aquesta definició més focalitzada d'atenció intermèdia en el que es basa aquesta tesi doctoral.

Figura 3. Evolució de la xarxa sociosanitària. Atenció d'institucionalització sanitària i social



Font: Adaptat Pla director sociosanitari

### **2.1.3.3. Evidència sobre les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya**

D'acord amb el que diu García, el repte d'atendre a les persones grans de la forma més eficient és una obligació, especialment en temps de crisi, i cal tenir en compte tres dimensions clau: la disposició apropiada de recursos, la selecció proactiva de pacients i els tractaments adequats<sup>(12)</sup>.

Les primeres publicacions dels anys 90 evidencien la disposició de recursos adequats i fan referència al comportament dels diferents recursos sociosanitaris (encara no es parlava del terme atenció intermèdia) de forma global. Són estudis descriptius, que presenten dades dels recursos dels que disposava el sistema sanitari, expliquen el seu funcionament i ofereixen dades essencials de l'activitat realitzada per tipologia de serveis sociosanitaris (número de persones ateses, estada mitjana,...) i de les característiques principals de les persones ateses en cada recurs (edat, grau de dependència,...)<sup>(71-72)</sup>. Paral·lelament, i reforçant aquests articles, es presentaven els resultats dels primers cinc anys del projecte demostratiu de l'OMS a Catalunya i es posava de manifest l'expansió dels recursos de cures pal·liatives en tot el territori, arribant a 19 unitats sociosanitàries amb aquesta activitat<sup>(38)</sup>.

Posteriorment, els estudis han anat adreçats a aportar coneixement sobre les diferents línies que conformen l'àmbit d'atenció intermèdia, el perfil de persones ateses, els tractaments que s'hi fan i els resultats obtinguts.

Les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia (USSAI) de convalsència conformen el major pes de l'atenció intermèdia i tenen per objectiu principal la rehabilitació de les persones ateses. Una de les característiques que acompanya a aquestes unitats és la heterogeneïtat que es deriva dels diferents criteris d'ingrés utilitzats, la proximitat d'hospitals d'aguts, la disponibilitat de recursos de llarga estada i/o la dotació de personal. L'estudi de Sánchez-Ferrín evidencia els diferents comportaments entre cinc unitats catalanes, amb estades mitjanes que oscil·len entre 37,8 i 73,2 dies i amb una mitjana de guany funcional que va des de 8,2 fins a 21,9 punts<sup>(114)</sup>.

Una de les finalitats de les publicacions científiques sobre les USSAI de convalsència ha estat estudiar els factors pronòstics que s'associen a la millora funcional i a la capacitat rehabilitadora, per tal d'unificar i seleccionar els pacients més adequats que han d'ingressar en aquestes unitats i obtenir millors resultats. L'any 2000 Miralles contempla onze factors pronòstics relacionats amb l'ingrés a una unitat de convalsència entre els que hi ha l'edat, el diagnòstic principal, l'estat nutricional i la durada de la discapacitat<sup>(115)</sup>. Posteriorment, descriu com a factors predictius del retorn a domicili: una major capacitat

funcional en el moment de l'ingrés, l'estat cognitiu normal i una situació sociofamiliar favorable<sup>(116)</sup>. Uns anys més tard, Salvà et al. objectiven que un 47% de les persones ateses en aquestes unitats milloren el seu estat funcional i el 63,5% tornen al seu domicili habitual després d'una estada mitjana de 35 dies. Alhora identifiquen que ser dependent en menys de 9 AVD a l'ingrés i la intensitat d'entrenament d'habilitats com caminar i vestir-se/ rentar-se són factors predictius de millora funcional. Com a factors associats a menys guany funcional detecten problemes en l'estat cognitiu i d'alerta, major complexitat i comorbiditat, ésser categoritzat en determinades categories *Resource Utilization Group* (RUG III) i la tipologia i la intensitat de determinades teràpies<sup>(108)</sup>.

Tot i que no hi ha evidència suficient per extrapolar a tots els usuaris, hi ha estudis que objectiven que pacients amb ictus i, especialment amb fractura de fémur, es beneficien d'un programa de rehabilitació intensiva en les USSAI, on un 96,77% dels pacients tenen un guany funcional clínicament rellevant<sup>(117)</sup>. Els objectius plantejats a l'ingrés i el nivell d'intensitat terapèutica acordat entre el pacient i l'equip terapèutic contribueixen a la consecució de millors resultats de l'atenció intermèdia, entre els que destaquen la recuperació de l'estat funcional, el retorn a domicili i la disminució de trasllats evitables a hospitals d'aguts<sup>(107)</sup>.

Tanmateix, existeixen experiències en les que es mostra com en les USSAI de convalsència es poden obtenir millores de guany funcional, inclús en pacients amb deteriorament cognitiu, amb seqüeles de delírium o amb depressió severa. Aquests pacients normalment tenen dificultats per adaptar-se i seguir la fisioteràpia convencional, per això sovint no eren acceptats en els programes de rehabilitació hospitalaris. Les USSAI els hi ofereixen l'oportunitat de rebre fisioteràpia adaptada, en intensitat i temps, combinada a més amb un programa de valoració geriàtrica integral amb intervencions interdisciplinàries<sup>(118)</sup>.

El guany funcional també és un dels resultats aconseguits en les USSAI psicogeriatrics, on totes les persones ateses tenen algun grau de deteriorament cognitiu o malaltia psiquiàtrica (73% demència i 81,5% GDS $\geq$ 4). L'estada mitjana és de 42 dies (rang=5-141 dies) i el 50% tornen al domicili amb menor presència de trastorns del son i amb menys número de fàrmacs i psicofàrmacs que a l'ingrés<sup>(47)</sup>.

L'objectiu de l'ingrés a una USSAI de cures pal·liatives és l'estabilització i la millora de la qualitat de vida. Des de l'inici s'han considerat eficients, suposant un estalvi al sistema sanitari, fonamentat en la diferència del cost diari d'un llit d'atenció intermèdia respecte a un llit d'aguts, disminuint les visites als serveis d'urgències i per una reducció en els dies d'estada hospitalària<sup>(38,41)</sup>. A més, la satisfacció dels pacients amb aquestes unitats ha

estat molt elevada (8,3/10)<sup>(40)</sup>. La mortalitat en aquests recursos és superior al 70% , amb una estada mitjana que ha tendit a disminuir fins als 20 dies<sup>(43)</sup>.

Els estudis de les USSAI de subaguts han anat dirigits a avaluar l'efectivitat d'aquestes unitats, com a alternativa a l'hospitalització convencional per a persones grans, i a estudiar quina és el perfil de pacients adequat. L'estada en aquestes unitats és de 11,4 dies (desviació estàndard (DE)=4,2 dies) i el 82% de persones tornen al seu domicili habitual, un 4% són alta per defunció, un 3% retornen a l'hospital d'aguts i un 10% ingressen en un altre recurs sociosanitari a l'alta, assolint els estàndards marcats<sup>(110)</sup>. El perfil de pacient susceptible a subaguts des del servei d'urgències per tal d'assolir bons resultats s'associa amb persones amb menor risc (*Identification of Seniors at Risk -ISAR-<3*)<sup>(111)</sup>. Alhora s'ha evidenciat que amb perfils equivalents, les persones que ingressen directament a aquestes unitats, escurcen els dies d'estada global comparat amb els que sí que ingressen a l'hospital i després requereixen ingrés a USSAI (38 dies en front 61 dies)<sup>(119)</sup>.

#### **2.1.4 Polítiques de transparència i la rendició de comptes**

Ellis planteja que el desenvolupament de qualsevol política sanitària ha d'estar basat en l'evidència adequada que la sostingui i ha d'anar lligat a una avaluació sòlida, la transparència i la rendició de comptes<sup>(120)</sup>. El desenvolupament de l'atenció intermèdia a Catalunya ha comptat amb l'evidència creada al llarg dels 30 anys d'evolució de l'àmbit sociosanitari, exposada sintèticament en el punt anterior. Paral·lelament, s'ha vetllat per la transparència i el rendiment de comptes d'aquesta línia d'atenció.

La demanda de transparència és una reivindicació social cada vegada més ferma i que, alhora, ha quedat reforçada amb la Llei de transparència, accés a la informació pública i bon govern, publicada l'any 2014 a Catalunya, en la que s'entén la transparència com a una obligació de l'Administració, que ha de facilitar de manera proactiva la informació sobre dades i continguts de diversa naturalesa que són referencials respecte de la seva organització, funcionament, presa de decisions més importants i gestió dels recursos públics<sup>(121)</sup>.

L'any 2012, Trilla ja considera el rendiment de comptes i la transparència en els sistemes de salut com una obligació professional i ètica. Alhora, reforça la idea que la publicació de dades és una eina que millora resultats, ajuda en la presa de decisions, en la millora contínua de la qualitat i en la seguretat assistencial. Tot i les avantatges de les polítiques de transparència i el rendiment de comptes, les limitacions en la qualitat de les dades i en la bondat dels indicadors han estat algunes de les raons per les que els professionals han

tendit a ser reacios a publicar resultats<sup>(122)</sup>. El repte recau en tenir fonts de dades de qualitat i obtenir bons indicadors que siguin els més adequats possibles per a la mesura de la complexitat assistencial que assumeixen els centres sanitaris i sociosanitaris.

Des de l'any 1999 han estat disponibles de forma anual les dades de l'avaluació de l'atenció intermèdia d'internament sociosanitari a Catalunya en la memòria CatSalut, la qual recull l'estructura dels serveis contractats per l'asseguradora pública i l'activitat que s'hi realitza, descrivint de forma global (per Regió Sanitària i global de Catalunya) les principals característiques dels episodis assistencials que s'hi realitzen: número d'episodis, dies d'estada (mitjana i mediana), diagnòstic d'ingrés, mitjana d'edat, percentatge d'altres i destinació a l'alta (domicili i èxitus)<sup>(75)</sup>. Les memòries d'activitat han permès mostrar i fer visible què és fa a la xarxa sociosanitària, com es fa i quina repercussió té aquesta activitat. Així doncs, les memòries anuals del CatSalut han esdevingut una eina essencial per millorar la visibilitat de la xarxa i avançar cap a la cultura de la transparència i la rendició de comptes.

#### **2.1.4.1. Central de Resultats**

L'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) és un dels àmbits d'actuació de l'Àgència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya i té la missió d'afavorir la transparència, el retiment de comptes i la generació de coneixement del sector salut a Catalunya, posant a disposició de gestors, professionals, investigadors, ciutadans i administració, la informació necessària amb imparcialitat, credibilitat i rigor per millorar el coneixement del sector salut i facilitar el rendiment de comptes i la presa de decisions, mitjançant la transparència i l'avaluació comparativa entre proveïdor (*benchmarking*). Els tres àmbits de treball de l'OSSC són la transparència de la informació sobre el sistema sanitari; la identificació, l'avaluació i la promoció de les millors pràctiques en el sistema de salut de Catalunya; i la informació sobre els professionals i l'anàlisi de tendències en les professions sanitàries<sup>(123)</sup>.

Un dels principals productes de l'OSSC és la Central de Resultats del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya que té la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits, en l'àmbit de l'assistència sanitària, pels diferents centres del sistema sanitari públic (hospitals, equips d'atenció primària, centres sociosanitaris, centres de salut mental i addicions i centres de recerca i instituts d'investigació sanitària)<sup>(124)</sup>.

La Central de Resultats és un projecte creat al 2003<sup>(125)</sup> i engegat al 2008, regit per un consell de direcció i dotat d'una comissió tècnica, ambdós amb professionals de



l'administració i de les organitzacions associatives dels centres. Els seus principis són la consolidació, minimitzant costos i maximitzant la informació existent; la participació dels actors principals del sistema; la millora continua, identificant dèficits d'informació, proposant millores per assolir l'homogeneïtzació de la informació; l'ètica, promovent bones pràctiques en l'àmbit de la informació sobre resultats; la responsabilitat, realitzant anàlisis riguroses, amb claredat i difonent els resultats; i la capacitat analítica per respondre a les preguntes del sistema. Els objectius van dirigits a mesurar i avaluar els resultats de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) en els àmbits de: resultats de salut, qualitat assistencial, eficiència, sostenibilitat econòmica, accés als serveis i atenció al ciutadà; posar informació útil a l'abast dels agents del sistema per a la millora de resultats i de la qualitat assistencial de les diferents entitats que el conformen; proposar i promoure avenços en els sistemes d'informació de la XSUP per millorar l'avaluació de resultats; i difondre les conclusions derivades de la valoració de resultats<sup>(124,126)</sup>.

La Central de Resultats, ahora, és una eina que ofereix retroalimentació de forma periòdica als proveïdors. El *feedback* del rendiment, basat en mesures rellevants, pot augmentar la qualitat de l'atenció, tant de forma general com en infermeria, oferint als professionals informació sobre tendències, problemes emergents i èxits. Tal i com fa l'OSSC, aquesta retroalimentació té més efecte quan els resultats es presenten de forma verbal (jornada anual de presentació) i escrita (informes). Algunes dificultats per a garantir una major efectivitat d'aquest projecte podrien considerar-se la manca de claredat en els objectius i d'un pla d'acció global posterior a l'avaluació, així com que els responsables de l'avaluació i retroalimentació siguin professionals poc propers a l'àmbit assistencial<sup>(127)</sup>.

Des de l'inici, els informes de Central de Resultats han anat dirigits a respondre a les preguntes clau del sistema sanitari (Figura 4) mitjançant indicadors de resultat i de procés, complimentant-los amb aquella informació bàsica del sistema que ajuda a contextualitzar-los.

Figura 4. Preguntes clau del sistema sanitari

Població	Quina població tenim? Com és? On és?		
	Estat de salut	Quin és l'estat de salut de la població?	
	Estructura del sistema	De quins recursos es disposa?	
	Accés	L'accés als serveis és prou equitatiu?	
Es garanteix una atenció sanitària efectiva, apropiada i oportuna?		Provisió efectiva	
Es presta l'atenció sanitària de forma eficient?		Eficiència	
Els usuaris estan satisfets de l'atenció que reben?		Satisfacció usuaris	
Quins resultats en millores de salut s'obtenen?			Resultats en salut

Font: Central de Resultats

Les característiques dels indicadors utilitzats en la Central de Resultats es basen en que siguin factibles, apropiats, tècnicament robustos, amb capacitat per al seguiment dinàmic i definits de forma estandarditzada i homogènia.

En els quatre primers informes de Central de Resultats es van incloure indicadors globals i transversals per mesurar i avaluar els resultats assolits en el conjunt del sistema sanitari classificats en: sociodemogràfics, estils de vida, estats de salut, recursos, utilització de serveis, qualitat, sostenibilitat econòmica i responsabilitat social corporativa<sup>(128)</sup>. L'any 2012, amb la voluntat de respondre a la creixent demanda de transparència i rendició de comptes en les decisions polítiques i en la gestió de recursos públics, s'inicien els informes específics de l'àmbit hospitalari i d'atenció primària, publicant resultats nominals de centres i elaborant versions per a la ciutadania. L'any 2013 s'hi sumen els informes de l'àmbit sociosanitari i de la salut mental i les addicions en els diferents formats. Alhora es comencen a publicar informes monogràfics d'àmbits d'interès del sistema sanitari com són les infeccions nosocomials, l'avaluació de l'atenció a la cronicitat i la salut de la població de Catalunya en el context europeu, entre d'altres. Al 2014 s'hi afegixen infografies dels diferents àmbits per facilitar a la ciutadania les principals dades i es fan públics els resultats dels centres de recerca i instituts d'investigació sanitària de l'àmbit de les ciències de la salut. Paral·lelament a tots els informes, des de l'any 2009, es disposa a la pàgina web de Central de Resultats de les dades obertes que es relacionen amb els diferents informes<sup>(124)</sup>.

#### **2.1.4.2. Informe de Central de Resultats. Àmbit sociosanitari**

El primer informe de l'àmbit sociosanitari, amb dades 2012, dedica una part important a presentar l'entorn sociodemogràfic, el model d'atenció sociosanitària a Catalunya, així com a introduir els recursos assistencials sociosanitaris i la utilització que se'n fa en els territoris (Regions sanitàries i Sectors Sanitaris). Posteriorment, mostra resultats de qualitat i eficiència, tant de Catalunya en el seu global, com de cadascun dels centres<sup>(129)</sup>.

En el segon informe, amb dades 2013, es fa un canvi de format i l'estructura s'adapta als diferents perfils de pacients de l'àmbit sociosanitari, tenint en compte també les tipologies de serveis. Per això a l'informe hi ha tres capítols generals que presenten dades de la xarxa sociosanitària i la seva utilització, l'atenció centrada en la persona i la sostenibilitat dels centres i quatre capítols que es corresponen cadascun amb una de les línies estratègiques del PDSS: l'atenció a la gent gran amb malalties cròniques, l'atenció al final de la vida, l'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències i, finalment, l'atenció a les persones amb malalties neurològiques que cursen amb discapacitat. També en aquest informe apareixen els primers resultats de les unitats de subaguts i s'introdueixen resultats fruit del creuament de la informació dels conjunts mínims bàsics de dades (CMBD) d'hospitalització d'aguts (CMBD-HA) i de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS), que permeten avaluar la coordinació entre nivells assistencials i les derivacions precoces a un recurs de convallescència<sup>(130)</sup>.

Degut a la dificultat per obtenir un nombre suficient d'episodis que permeti el càlcul dels indicadors per cadascun dels centres, en el tercer informe de l'àmbit sociosanitari, amb dades del 2014, s'opta per tractar menys temes, més concrets i amb més profunditat. També es presenten resultats fruit del creuament de la informació dels CMBD-HA i CMBD-RSS i es mantenen els indicadors segons les línies estratègiques del PDSS, igual que l'any anterior, excepte els indicadors referents a l'atenció a les persones amb malalties neurològiques que cursen amb discapacitat, línia amb menor volum de dades i amb major dificultat d'anàlisi i avaluació<sup>(131)</sup>.

L'enfocament del darrer informe de l'àmbit sociosanitari, amb dades 2015, torna a l'anàlisi per tipologia de recurs. Utilitza nous indicadors, que consideren la tipologia de persones ateses (classificació per grups) amb la voluntat de millorar la comparació entre els resultats obtinguts per cadascun dels centres<sup>(132)</sup>.

#### **2.1.4.2.1. Fonts d'informació de l'àmbit sociosanitari**

La complexitat de la xarxa sociosanitària, amb diversitat de proveïdors en tot el territori, fa imprescindible disposar de sistemes d'informació que integrin la informació, facilitin el seu anàlisi i representin la informació de forma sintètica per ajudar a una correcta presa de decisions<sup>(133)</sup>. La major informació relacionada amb l'àmbit sociosanitari està disponible en el repositori integrat i consolidat, el Sistema d'Informació Integrada de Salut (SIIS) de Catalunya. Tot i així, també es necessiten altres sistemes i productes d'informació del Departament de Salut i del CatSalut com a fonts d'informació per respondre a les principals preguntes de l'àmbit sociosanitari (punt 2.1.4.3).

La Central de Balanços és un instrument tècnic que permet conèixer l'evolució en el temps de la informació econòmica i financera dels hospitals i centres de la XSUP de Catalunya amb la finalitat de millorar la gestió i l'eficiència dels centres, i també de disposar d'una informació agregada per a la planificació i la compra de serveis sanitaris. Els centres aporten de forma voluntària els seus comptes anuals a la Central de Balanços, que processa la informació rebuda i genera informes globals, amb dades homogeneïtzades i informes individualitzats per a cada centre, amb l'objectiu que es pugui comparar a nivell de rendibilitat d'ingressos, rendibilitat econòmica, recursos generats positius, solvència i liquiditat amb altres centres similars que operen a la xarxa<sup>(134)</sup>.

El CMBD és una eina en la que es registra sistemàticament la morbiditat atesa i l'activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Hi ha CMBD dels diferents àmbits assistencials: hospital, atenció primària, sociosanitari, salut mental, urgències i atenció ambulatoria. Recullen variables identificatives del pacient (sexe, data naixement, residència,...), variables del procés assistencial (unitat proveïdora del servei, circumstància i data d'admissió, circumstància i data d'alta,...) i variables clíniques (diagnòstics i procediments codificats d'acord amb la classificació utilitzada en cadascun dels àmbits). En el CMBD-RSS també es recull una selecció de variables específiques que permet la classificació de cadascuna de les persones ateses en el RUG-III, els quals serveixen per avaluar la complexitat de les persones ingressades, avaluar la qualitat de l'atenció proporcionada, planificar recursos i ajustar el sistema de finançament de les unitats<sup>(135-136)</sup>. També inclou un índex de funció física i un altre de deteriorament cognitiu<sup>(137)</sup>.

El Registre central de persones assegurades (RCA) és un fitxer que permet la identificació única dels assegurats del CatSalut, mitjançant el codi d'identificació personal

(CIP), la gestió i consulta de les seves dades i l'actualització d'aquestes a les unitats proveïdores de serveis sanitaris. També permet gestionar l'emissió de targetes sanitàries individuals, la localització dels assegurats per àrees bàsiques de salut i l'assignació de la unitat proveïdora d'atenció primària<sup>(138)</sup>.

La facturació de serveis sanitaris registra les dades de facturació de serveis sanitaris i dóna suport a la seva revisió, en funció de la contractació, l'activitat i el nivell de prestacions. La informació s'obté a partir de les dades que les unitats proveïdores contractades trameten mensualment al CatSalut<sup>(138)</sup>.

El Pla d'enquestes de satisfacció de Catalunya (PLAENSA) del CatSalut és una eina d'avaluació i de proposta de millora dels serveis que presten atenció pública mitjançant la medicació sistemàtica i objectiva de la satisfacció dels usuaris amb els serveis rebuts, així com mitjançant l'elaboració de propostes de millora amb activitats de seguiment i el foment de l'equitat entre tots els centres sanitaris i territoris. L'opinió expressada per la ciutadania ofereix una informació essencial per a la millora de la qualitat assistencial ajudant a oferir els serveis de forma més eficient i adequats a les necessitats expressades. Es disposa de dades de l'àmbit socio sanitari cada tres anys i en els informes de Central de Resultats s'hi recullen fins ara els resultats dels anys 2010 i 2013<sup>(139)</sup>.

El programa de Vigilància d'infeccions nosocomials (VINCat) té la missió de contribuir a reduir les taxes d'aquestes infeccions mitjançant la vigilància epidemiològica activa i continuada i un dels seus objectius específics és obtenir dades agregades, ajustades per risc d'infecció, que permetin la comparació entre centres i amb d'altres sistemes de vigilància. El programa VINCat té l'objectiu d'implantar un sistema de vigilància estandarditzat de les infeccions nosocomials als Centres Socio sanitaris (CSS) de Catalunya que permeti aprofundir en el coneixement i la prevenció de les infeccions adquirides en aquests centres ja que s'han convertit en receptors de malalts amb un elevat risc de presentar infeccions, sotmesos a procediments invasius com catèters urinaris o vasculars, etc. Aquest objectiu es vol assolir mitjançant la implementació de dos indicadors de vigilància: la prevalença i el registre continuat d'infeccions nosocomials<sup>(140-141)</sup>.

#### **2.1.4.2.2. Les mesures d'avaluació de les unitats d'atenció intermèdia en la Central de Resultats**

Els informes de Central de Resultats faciliten la informació a partir d'un conjunt d'indicadors que permeten l'anàlisi en base a diferents dimensions: seguiment temporal, comparació, simulació i projeccions, establiment de valors de control i detecció de desviacions<sup>(126)</sup>.

Tal i com s'ha explicat anteriorment (apartat 2.1.4.3.1), l'informe de l'àmbit sociosanitari ha evolucionat en cadascuna de les seves publicacions i ha anat incorporant indicadors a mesura que es disposa de més registres, més capacitat de relacionar informació i més expertesa en la seva anàlisi i interpretació. Tot i això, per tal de sistematitzar la informació hi ha un bloc d'indicadors que estan presents tots els anys. Alguns són generals per centre, i d'altres poden desdoblarse segons diagnòstics, tipologia de recurs, etc.

La voluntat és incorporar bons indicadors, factibles, apropiats i amb capacitat de seguiment dinàmic de les unitats sociosanitàries. La qualitat dels indicadors depèn de la qualitat dels components utilitzats en la seva construcció, així com de la qualitat dels sistemes d'informació i de la recollida i registre de les dades<sup>(133)</sup>. Tot i que s'han tingut en compte totes les característiques de qualitat dels indicadors, la selecció dels indicadors que hi ha en els informes s'ha prioritzat majoritàriament en funció de la seva factibilitat, rellevància i integritat. En l'Annex 1 es mostren els indicadors identificats en els quatre informes de l'àmbit sociosanitari que fan referència a les unitats d'atenció intermèdia i s'especifica en quin informe s'ha utilitzat cadascun d'ells.

Tal i com sintetitza la Figura 4, en relació a l'estructura del sistema, els indicadors d'estades contractades i de l'import del contracte, així com el percentatge que suposa cada tipologia d'unitat respecte el total, s'utilitzen per conèixer la quantitat i tipus de recursos d'atenció intermèdia dels que disposa el sistema sociosanitari i el tipus de centres. Per altra banda, els indicadors de número d'episodis, número d'episodis finalitzats i número de persones ateses responen al volum de persones que accedeixen a les unitats d'atenció intermèdia i també orienten del volum d'activitat que realitzen aquestes unitats, estretament vinculada a l'activitat contractada. D'aquesta manera, es relaciona la oferta amb la demanda<sup>(142)</sup>.

Els indicadors relacionats amb el número d'episodis i percentatge de pacients atesos amb una determinada malaltia o situació ajuden a respondre el perfil d'usuari que s'atén a les unitats d'atenció intermèdia. Així mateix, responen a l'accessibilitat que tenen les persones amb determinats estats de salut en aquestes unitats. En el cas de les unitats

intermèdies de cures pal·liatives, l'accessibilitat de les persones amb malalties no oncològiques i perfil geriàtric ha estat un dels punts forts assolits en comparació a altres àmbits<sup>(43)</sup>. Alhora, una forma indirecta d'avaluar l'accés a cures pal·liatives en serveis no específics de cures pal·liatives és analitzar els casos en què s'ha utilitzat la codificació V66.7 (codi d'atenció pal·liativa en la Codificació Internacional de Malalties -CIM-9) per identificar els pacients tributaris d'aquest tipus d'atenció. També s'utilitza aquest codi en les unitats específiques de cures pal·liatives, encara que en aquest cas s'utilitza com a indicador de qualitat del registre diagnòstic que fan els professionals. El diagnòstic de demència i deteriorament cognitiu està lligat a pitjors resultats rehabilitadors i interrupció de rehabilitació<sup>(143-144)</sup>, i tal i com evidencia la revisió de Campbell, el diagnòstic es relaciona amb els dies d'estada, la mortalitat, la destinació a domicili i les taxes de reingrés<sup>(145)</sup>.

Els indicadors de dies d'estada, d'estades medianes i d'estades mitjanes s'utilitzen com a indicadors d'eficiència, considerant que aquelles unitats amb estades medianes i mitjanes més baixes tenen costos per episodi més baixos en el supòsit d'assolir els mateixos resultats<sup>(146)</sup>. Les estades medianes i mitjanes a l'hospital de les persones que després han ingressat a l'àmbit d'atenció intermèdia també s'utilitzen per mesurar l'eficiència del sistema, en la que l'adequació de nivell assistencial, la coordinació entre nivells assistencials i la planificació de les transicions suposen una disminució de dies d'hospitalització, menors reingressos i una major satisfacció per l'usuari<sup>(147-148)</sup>. Alhora, cal tenir en compte que els indicadors que fan referència amb els dies d'estada es relacionen amb l'estat funcional, la gravetat de la malaltia, l'estat cognitiu, la malnutrició, el diagnòstic i la comorbiditat associada, la polifarmàcia, l'edat i el gènere<sup>(145)</sup>.

Els indicadors de destinacions a l'alta responen a la pregunta de si l'atenció que s'ofereix és efectiva en els serveis d'atenció intermèdia i, indirectament, si s'han assolit els objectius terapèutics, és a dir la maximització de la independència o l'estabilització de la persona que permeti als pacients tornar a casa seva<sup>(91)</sup>. Per tant, la destinació a domicili s'utilitza com a indicador d'una provisió efectiva d'atenció i de resultats en salut positius. Alhora les altes per defunció i per trasllat cap a altres serveis socio-sanitaris o hospitalaris, sobretot les no planificades, es vinculen a resultats negatius, especialment si superen els estàndards marcats<sup>(110,149)</sup>. L'estat funcional i cognitiu, l'edat i el diagnòstic són variables relacionades amb la destinació a l'alta<sup>(145)</sup>.

En relació a la provisió efectiva i als resultats en salut hi ha els indicadors que es vinculen a la qualitat assistencial i a la seguretat dels pacients. La incidència de nafres per pressió és, en determinades circumstàncies, un indicador d'efecte advers degut al fracàs de les

mesures de prevenció o a la ineficàcia del tractament en les fases més inicials, quan la incidència és de nafres de major grau, vinculat a l'equip i l'entorn infermer<sup>(150-151)</sup>. Alhora aquest indicador es relaciona amb estades hospitalàries més llargues, amb menor recuperació funcional i una menor probabilitat de tornar a casa<sup>(152)</sup>. Pel que fa a les infeccions nosocomials, l'indicador inclòs al darrer informe de central de resultats mesura la participació o no en un programa de vigilància. Aquesta tipologia de programes, tenen la missió de reduir les infeccions nosocomials i promocionen les estratègies i programes de seguretat del pacient<sup>(140)</sup>.

### **2.1.5. L'avaluació de l'atenció infermera a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia**

Degut al paper clau en la prestació de serveis de salut i en la identificació de les necessitats de les persones, l'aportació de les infermeres és de gran valor en tot els contextos i en tots els nivells assistencials<sup>(153)</sup>. Des dels anys 70, relacionat amb la contenció de costos, juntament amb el creixent desenvolupament de programes d'avaluació de resultats i l'interès per assegurar i millorar la qualitat en sanitat, s'ha evidenciat arreu la preocupació pel valor i la contribució de les infermeres en el sistema sanitari<sup>(154-155)</sup>.

Tal i com apunten Planas i Icart, la incorporació de l'avaluació de l'aportació infermera en l'anàlisi dels resultats que s'utilitzen per a valorar el rendiment de comptes dels proveïdors sanitaris pot servir per a que el col·lectiu infermer sigui més visible i, alhora, ajudar en la presa de decisions o a orientar estratègies futures de la planificació i utilització de serveis<sup>(156)</sup>.

De forma general, l'evidència disponible ha permès identificar a les infermeres com a agents clau en l'assoliment dels objectius assistencials, especialment els que es centren en la seguretat de pacients, els resultats de salut de les persones i els entorns de treball<sup>(157-158)</sup>. El paper de les infermeres a les USSAI també es considera d'especial rellevància per assolir una qualitat assistencial global que faciliti que la persona restableixi al màxim el seu estat de salut i per a la satisfacció de l'usuari<sup>(84,159)</sup>.

Així doncs, en aquestes darreres dècades, l'objectiu ha estat disposar de bases de dades que permetin la mesura i l'avaluació comparativa de l'acompliment del personal infermer mitjançant uns indicadors i estàndards de qualitat consensuats.

D'acord amb la revisió de Spilsburgy i Meyer, la mesura de l'efectivitat infermera cal que contempli qui, on, com i quan s'ofereix l'atenció infermera i quins són els resultats dels



pacients que són sensibles i atribuïbles a aquesta atenció. Es reconeix en aquest treball la dificultat associada a l'atribució d'un resultat únicament a les cures infermeres ja que els pacients reben atenció per part de diferents professionals de la salut<sup>(160)</sup>. Aquesta dificultat ha estat manifesta en els recursos d'atenció intermèdia, on el treball en equip interdisciplinari és una de les característiques pròpies d'aquest àmbit<sup>(81)</sup>.

Malgrat aquesta dificultat, es manté la voluntat de transparència i rendició de comptes en clau de sistema, amb una visió àmplia i global, on es busca el valor de la contribució infermera com a part del sistema i no com a un element aïllat<sup>(153,161)</sup>. Conseqüentment, l'avaluació de l'atenció infermera a les USSAI queda vinculada a l'avaluació i les mètriques utilitzades en aquestes unitats, considerant l'evidència disponible, mitjançant la qual es pot establir si els resultats obtinguts es relacionen amb les cures infermeres ofertes.

#### **2.1.5.1. Els indicadors sensibles a la pràctica infermera**

El model d'estructura, procés i resultat d'Avedis Donabedian sovint s'ha utilitzat com a marc d'avaluació de la qualitat d'atenció i de les cures infermeres. Els indicadors d'estructura fan referència als recursos per oferir l'atenció a les persones i inclouen característiques de l'organització (instal·lacions, equips, sistemes d'informació...), del personal (intel·lectuals -formació, expertesa, etc.- i humans) i dels pacients (edat, complexitat, etc). Tot i que tenen impacte en el procés i els resultats, aquests indicadors haurien de ser considerats com a estàndards de qualitat. Els indicadors de procés fan referència a diagnòstics i tractaments, inclouen la percepció i les intervencions infermeres, especialment fan referència a aquells indicadors que mesuren les activitats infermeres que aporten valor als resultats de l'atenció. Finalment, els indicadors de resultats mesuren els efectes de les cures sobre la salut de les persones. Són els resultats finals del procés i mesuren l'eficàcia de les activitats dutes a terme en l'atenció al pacient<sup>(162-163)</sup>.

El personal d'infermeria és el grup de professionals més gran que ofereix atenció directa. Desenvolupar indicadors que mesurin la contribució infermera en el sistema sanitari suposa una oportunitat i alhora una necessitat per a la professió.

Els indicadors sensibles a la pràctica infermera s'utilitzen, tant per les organitzacions de salut, com pels investigadors, per mesurar la contribució infermera en els resultats de pacients. Es defineixen com a aquells indicadors que mesuren resultats atribuïbles a les infermeres. És a dir, aquells indicadors que es veuen influïts per variació de la qualitat i quantitat de les cures infermeres<sup>(153)</sup>. Es consideren principalment dos enfocaments per a

la mesura de la pràctica infermera en el sistema. El primer, amb disseny d'indicadors que exclusivament medeixen el treball i la contribució infermera. El segon, adopta mesures de resultats de l'atenció (no únicament del treball infermer) i els associa a variables estructurals que reflecteixen la contribució infermera<sup>(161)</sup>.

Florence Nightingale es considera pionera en establir una relació entre les intervencions infermeres i els resultats clínics, especialment centrats en taxes d'infeccions, morbiditat i mortalitat, i va ser capaç de reduir la taxa de mortalitat d'un 42% a un 2% en la guerra de Crimea. Posteriorment, al llarg de la història de la infermeria moderna, diferents estudis han treballat en el disseny d'aquestes mesures sensibles a la pràctica infermera, especialment centrant-se en l'associació entre el personal d'infermeria i els resultats en pacients<sup>(164)</sup>. Tenint en compte l'evidència disponible, al 2004, el *National Quality Forum* (NQF) aprova el primer conjunt d'estàndards d'infermeria voluntari (Taula 5), consensuat i de nivell nacional (Estats Units), suposant la base i un impuls important a l'expansió de les mesures de l'acompliment infermer, inicialment en l'atenció hospitalària i posteriorment, treballant amb la mateixa metodologia en altres àmbits i països, com l'atenció primària catalana<sup>(161,165)</sup>. Alguns indicadors, com per exemple els dies d'estada, van ser desestimats en aquesta llista consensuada per manca de suficient evidència, tot i saber que és una mesura influenciada per l'atenció infermera<sup>(166)</sup>. Anys més tard, al 2007, Needleman et al. presenten l'estat de la ciència i el consens sobre les mesures d'acompliment de les cures infermeres. Identifiquen 27 resultats associats amb les infermeres (errors de medicació, infeccions, control del dolor, etc.), 7 mesures estructurals que influeixen en els resultats (absentisme, entorn de treball –NWI-, educació infermera, etc.) i una mesura de procés (l'educació/ assessorament al pacient)<sup>(167)</sup>.

*Taula 5. Primer conjunt d'estàndards consensuats de resultats sensibles a la pràctica infermera del National Quality Forum*

<p><b>Indicadors de resultats centrats en el pacient</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mortalitat en pacients quirúrgics amb complicacions greus tractables (fracàs en la reanimació)</li><li>2. Prevalença de nafres per pressió</li><li>3. Prevalença de caigudes</li><li>4. Caigudes amb lesions</li><li>5. Prevalença de contencions</li><li>6. Infeccions del tracte urinari associades a sondatge vesical en pacients ingressats a unitats de cures intensives</li><li>7. Infeccions del catèter central venós en pacients ingressats a unitats de cures intensives i d'alt risc</li><li>8. Pneumònia associada al respirador en pacients ingressats a unitats de cures intensives i d'alt risc</li></ol> <p><b>Indicadors d'intervencions centrades en infermeria</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Percentatge de pacients amb infart agut de miocardi que reben durant l'ingrés assessorament per deixar de fumar*</li><li>10. Percentatge de pacients amb insuficiència cardíaca que reben durant l'ingrés assessorament per deixar de fumar*</li><li>11. Percentatge de pacients amb pneumònia que reben durant l'ingrés assessorament per deixar de fumar a pacients amb pneumònia*</li></ol> <p><b>Indicadors centrats en el sistema</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. Combinació de capacitats del personal d'infermeria i hores totals d'infermeria contractades</li><li>13. Hores d'infermeria per pacient i dia</li><li>14. Escala de valoració de l'entorn de pràctica infermera- Índex de treball infermer (PES-NWI)</li><li>15. Abandonament voluntari del lloc de treball</li></ol>
--

Font: NQF, 2004

\*L'aprovació d'aquests indicadors no es va mantenir en la revisió del 2009

El treball de l'estat de l'art de les mètriques per infermeria del *King's College London*, liderat per Griffiths, posa de manifest que s'han desenvolupat molts grups d'indicadors per mesurar la contribució infermera. Aquesta revisió parteix del posicionament de considerar aquells indicadors de resultats en pacients que reflexin l'eficiència, la seguretat i la compassió que ofereixen les cures infermeres. Revisant 18 font de dades, que inclouen indicadors d'agències de qualitat, d'associacions d'infermeres, de comissions de salut i de revisions científiques, entre d'atres, identifiquen 87 indicadors, majoritàriament vinculats a hospital d'aguts, però aplicables a altres entorns si s'adapten. Entre els 21 indicadors identificats més freqüentment com a sensibles a les cures infermeres es troben, les úlceres per pressió, la dotació i composició del personal d'infermeria, la percepció de tenir personal adequat, la mortalitat, la qualitat del context organitzatiu, l'autocura i les activitats de la vida diària, entre d'altres. Aquesta revisió també posa de

manifest que només un percentatge de la variació dels resultats és atribuïble a infermeria, per exemple en el cas de la mortalitat una reducció d'un 4,2% o en el cas dels dies d'estada una disminució del 24%<sup>(168)</sup>.

Burston et al. exposen en el seu treball que és imprescindible l'ús d'indicadors sensibles a la pràctica infermera adequats per reflectir la qualitat de les cures. Plantegen que per tal d'identificar el potencial d'un indicador com a sensible a la pràctica infermera és fonamental definir cada indicador, conèixer la font de dades, la unitat o el nivell hospitalari i el model d'ajustament del risc utilitzat, així com que és necessària l'estandardització per permetre la comparació. La definició de l'indicador permet conèixer com ha estat calculat i conèixer la font de les dades permet evitar biaixos potencials com és el cas de buscar causalitat a partir de dades d'origen transversal, les quals només ens poden mostrar associació. Per triar els indicadors adequats planteja que cal considerar tres elements: el context clínic, com reportaran els indicadors i com incorporaran i mantindran l'ús dels indicadors en la pràctica clínica<sup>(169)</sup>.

El context clínic ha de tenir present que la gent gran és la principal consumidora dels serveis sanitaris i la seva presència en els diferents nivells assistencials és una realitat, fet que exigeix a tot el col·lectiu infermer que desenvolupi unes habilitats i competències per a donar resposta a les seves necessitats. Meyers i Sturdy exploren els factors a tenir en compte de la pràctica infermera gerontològica a l'hora de mesurar resultats per la gent gran. La multimorbiditat i la complexitat que presenten algunes persones grans requereixen una perspectiva àmplia en relació a la mesura d'indicadors. El repte és gran quan cal definir indicadors adequats. La mortalitat de la gent gran no és un indicador que detecti diferències entre la qualitat de cures dels diferents entorns institucionals, i pel que fa a l'estat funcional com a mesura de salut, cal considerar que no és realista esperar que totes les persones grans recuperin totalment la capacitat funcional. La destinació a l'alta es pot considerar un indicador adequat en entorns d'hospitalització aguda, però no en entorns de continuïtat assistencial o de llarga estada. Així doncs, es planteja que la utilització de múltiples perspectives i mètodes, quantitius i qualitius, que incorporin també la mesura de la qualitat de vida de les persones grans, poden millorar el coneixement i capturar la invisibilitat, fins ara, de la pràctica infermera en aquest camp, que es deriva de la dificultat d'identificar resultats centrats en la persona<sup>(170)</sup>.

En el nostre entorn, en el marc del Pla de Salut 2011-2015, la Comissió d'indicadors d'avaluació del Consell de la Professió Infermera de Catalunya elabora l'any 2014 el document d'Indicadors d'avaluació de les cures infermeres amb l'objectiu de valorar els resultats d'aquest col·lectiu professional de forma objectiva, fer visible la seva aportació a

la salut de la població i a l'eficiència del sistema de salut, i retre comptes de les seves intervencions. Alhora, la definició dels 65 indicadors que recull el document es planteja com a eina que permeti identificar les millors pràctiques i contribuir a millorar el compliment de tots els professionals i a millorar la qualitat de les cures<sup>(151)</sup>. L'any 2015, la Central de Resultats inclou en la seva presentació alguns d'aquests indicadors de l'àmbit hospitalari (mortalitat en GRD de baixa mortalitat, mortalitat per complicacions, pacients diabètics amb diagnòstics infermers relacionats i pacients donats d'alta amb protocol PREALT) i posa de manifest la necessitat, i alhora dificultat, de recollir adequadament totes les intervencions que permetin construir indicadors que objectivin l'impacte de les intervencions infermeres en l'entorn sanitari català<sup>(124)</sup>.

### **2.1.6. L'entorn de treball de les infermeres**

L'entorn de treball, context organitzatiu o àmbit de pràctica de les infermeres es defineix com a aquelles característiques organitzacionals que faciliten o dificulten la pràctica professional infermera<sup>(171)</sup>. Al llarg dels anys, els esforços han anat dirigits a identificar aquelles característiques distintives dels ambients organitzatius que ofereixen el major suport al treball del personal d'infermeria i que promociónen l'aplicació del seu total potencial<sup>(172)</sup>.

L'entorn de treball de les infermeres ha estat considerat un punt clau per millorar la qualitat de l'atenció i la seguretat dels pacients. En un context sanitari condicionat pel control de costos i la reestructuració organitzativa per maximitzar l'eficiència, amb repercussió important en els professionals d'atenció directa, els estudis iniciats a Estats Units durant els anys 80 pretenien comprendre millor la influència de l'entorn amb la satisfacció laboral i la rotació infermera. Durant els anys 90 els estudis es van focalitzar en l'impacte de l'ambient organitzatiu infermer en la qualitat de l'atenció i en els resultats en pacients. Posteriorment, els estudis es dirigeixen a conèixer la influència de l'entorn de treball infermer en la seguretat i els resultats en pacient<sup>(173)</sup>.

Es defineixen vuit dominis de l'entorn de treball infermer derivats dels factors relacionats amb la satisfacció laboral i de la pràctica professional: l'autonomia; el model d'atenció que accentua la qualitat; el nivell d'infermeria, que inclou l'apoderament del lideratge infermer i la participació de les infermeres en l'organització; el reconeixement i la promoció basada en la preparació i l'experiència; el desenvolupament professional i; el suport i col·laboració amb gestors, metges i companys<sup>(173)</sup>.

L'any 2002 l'Associació Americana de Col·legis d'Infermeria (AACN per les seves sigles en anglès) va presentar l'informe blanc sobre les característiques de l'entorn de la pràctica professional infermera. En aquest informe es posen de manifest les dificultats a les que s'haurà d'afrontar Estats Units al 2020 per abordar l'increment de la demanda d'infermeres, l'alentiment de l'oferta d'aquest col·lectiu i a l'hora el seu envelliment. Tenint en compte: 1) l'evidència derivada dels programes de reconeixement d'hospitals magnètics, que milloren el reclutament i la retenció de les infermeres i que al 1998 també van incloure centres de llarga estada; 2) els models de docència de les infermeres, que inclouen tutories i programes de residència que faciliten el reclutament, la retenció i potencien el compromís infermer; 3) els diferents models de pràctica infermera, vinculats als nivells de formació, d'experiència i d'expertesa de les infermeres; i 4) la col·laboració interdisciplinària, que es vincula a la confiança, coneixement, respecte, bona comunicació, coordinació i cooperació i responsabilitat compartida entre professionals, l'AACN identifica un conjunt de característiques que ofereixen un millor suport a la pràctica professional de les infermeres, aplicables a tot el personal d'infermeria per a assolir el seu major potencial, independentment de quina sigui la seva posició i el seu àmbit d'actuació (Taula 6)<sup>(172)</sup>. Aquests vuit dominis han estat majoritàriament la base del contingut que recullen els instruments de mesura de l'entorn de l'exercici assistencial infermer.

*Taula 6. Característiques de l'entorn de treball de les infermeres*

1. Manifestar una filosofia d'atenció clínica que emfatitza la qualitat, seguretat, col·laboració interdisciplinària, continuïtat de l'atenció i la rendició de comptes professional
2. Reconèixer la contribució del coneixement i l'habilitat de les infermeres en la qualitat i resultats de l'atenció
3. Promocionar el lideratge d'infermeria de nivell executiu
4. Permetre la participació infermera en la presa de decisions d'aspectes clínics i organitzatius
5. Mantenir programes de promoció clínica basats en formació, certificació i preparació avançada
6. Donar suport al desenvolupament professional de les infermeres
7. Crear relacions col·laboratives dins de l'equip de professionals sanitaris
8. Utilitzar tecnologies avançades en l'atenció clínica i sistemes d'informació

Font: AACN

Kramer i Schmalenberg evidencien que els elements essencials d'un entorn de treball saludable difereixen entre el personal infermer assistencial i les infermeres amb càrrec de gestió o d'organitzacions professionals. Així doncs, mentre que per a les infermeres assistencials és fonamental l'autonomia en la presa de decisions, el suport per part de les seves gestores o el suport en forma de temps per a la formació, per a les infermeres gestores els elements clau de l'entorn positiu inclouen l'accés a programes de formació, la qualitat del lideratge o la presència del treball col·laboratiu<sup>(174)</sup>.

Tot i això, un entorn de treball saludable es defineix com a productiu quan permet la qualitat de l'atenció i cobreix les necessitats del personal. Es relaciona amb la satisfacció dels pacients, la satisfacció laboral de les infermeres, la major retenció del personal infermer, la disminució de la rotació, menors nivells d'estrès i menor *burnout* entre les infermeres<sup>(174)</sup>. A nivell de resultats en pacients, Stalpers et al. fan una revisió sistemàtica de la literatura sobre característiques de l'entorn de treball infermer sobre cinc resultats de pacients. Evidencien que el personal d'infermeria, les relacions entre professionals, l'experiència i l'educació de les infermeres es relacionen amb menys caigudes, millor control del dolor i menys úlceres per pressió i alhora, no identifiquen cap estudi que relacioni l'ambient laboral infermer amb el deliri ni amb la malnutrició<sup>(163)</sup>.

Twigg i McCullough també fan una revisió d'estratègies vinculades a entorns de pràctica infermera positius que potencien la retenció d'infermeres i milloren la qualitat de l'atenció. Entre les intervencions s'inclou potenciar el lloc de treball, compartir estructures directives, l'autonomia, el desenvolupament professional, el suport del lideratge, l'adequació de personal en número i tipologia i les relacions entre els professionals de l'equip<sup>(175)</sup>.

Cada vegada més, les organitzacions sanitàries tenen el repte de millorar l'entorn de pràctica infermera i obtenir els beneficis relacionats. El primer pas per aconseguir-ho és l'avaluació de l'entorn de treball de les infermeres.

#### **2.1.6.1. La mesura de l'entorn de treball de les infermeres**

Disposar d'eines per mesurar l'entorn de treball infermer és una necessitat per als gestors d'organitzacions sanitàries que els dona la possibilitat d'implementar i avaluar pràctiques i aspectes organitzatius associats a un entorn positiu per a l'exercici professional infermer.

En base a la revisió de Lake, s'observa que la mesura de l'entorn organitzatiu de les infermeres es remunta als anys 70 i 80 amb la utilització d'escala generals de mesura de l'entorn i posteriorment específiques d'infermeria<sup>(173)</sup>.

El *Job Characteristics Inventory* (JCI), publicat al 1976 i propi de literatura vinculada a gestió i administració, va ser utilitzada en quatre estudis d'infermeria. Els factors valorats per aquest instrument són: varietat, autonomia, identificació de tasques, retroalimentació, tracte amb els altres i l'amistat. Així mateix, el *Work Environment Scale* (WES), publicada al 1981 a psicologia, es va utilitzar en 20 estudis de l'entorn de treball de les infermeres. Aquesta escala valora el clima social dels diferents entorns de treball a través de 90 ítems "cert o fals" sobre les relacions entre companys, entre treballadors i supervisors, l'estructura organitzacional i funcional. L'escala conté deu subescales: participació, cohesió entre parells, suport dels supervisors, autonomia, orientació del treball, pressió laboral, claredat, control, innovació i confort físic<sup>(173)</sup>.

Es considera que Kramer i Hafner van ser pioneres a finals dels anys 80 en la mesura l'entorn de treball infermer amb el desenvolupament del *Nursing Work Index* (NWI) que conté les característiques organitzatives d'hospitals amb un entorn atractiu per a les infermeres. Aquest instrument, basat en els atributs identificats en estudis d'Hospitals Magnètics<sup>®</sup> i en la literatura disponible relacionada amb la satisfacció laboral de les infermeres, té 65 ítems valorats amb escala tipus Likert de quatre punts (de 4 -totalment d'acord- a 1 -totalment en desacord-) per mesurar quatre variables: els valors laborals relacionats amb la satisfacció de les infermeres i els valors laborals relacionats amb la productivitat percebuda, la satisfacció laboral de les infermeres i la percepció de l'entorn propici per unes cures infermeres de qualitat. Cada ítem és valorat segons la importància per a la satisfacció laboral, segons la rellevància per a la productivitat percebuda i segons la presència en el lloc de treball actual<sup>(176)</sup>. Posteriorment aquest instrument va ser modificat pels seus autors per mesurar cinc característiques principals: l'estil de gestió, la qualitat del lideratge, l'estructura organitzativa, la pràctica i el desenvolupament professional<sup>(177)</sup>.

Durant els 90 es van desenvolupar diferents eines per a la mesura de l'entorn de pràctica infermera. Whitley et al. van desenvolupar el *Work Quality Index* (WQI) a partir de la literatura infermera disponible. Amb 38 ítems valora la satisfacció de les infermeres amb la qualitat del seu treball i del seu entorn infermer a partir de sis subescales: l'entorn de treball professional, l'autonomia, el treball amb valor, les relacions professionals, la publicació dels rols i els beneficis<sup>(178)</sup>.

Van aparèixer iniciatives com la de Nolan et al. que van desenvolupar el *Assessment of Work Environment Schedule* (AWES) amb la voluntat de mesurar l'entorn laboral infermer en el context britànic. Aquesta escala surgeix de la literatura disponible i té 33 ítems i sis factors de valoració: el reconeixement i el respecte, la càrrega de treball, el



desevolupament professional, la qualitat de l'atenció, les relacions professionals i l'autonomia i la presa de decisions<sup>(179)</sup>. També Adams et al. van elaborar la *Ward Organization Features Scale* (WOFS) per identificar les característiques sociotecnològiques de l'entorn de treball de les infermeres en els hospitals d'aguts. És un instrument desenvolupat a partir d'entrevistes amb infermeres, té 105 ítems i 13 subescales emmarcades en 5 escales que són: entorn físic, pràctica professional infermera, lideratge de la unitat, relacions amb la resta de professionals i la influència de les infermeres. També considera una sisena escala que és la satisfacció en el treball<sup>(180)</sup>.

Aiken i Patrician van desenvolupar el *Revised Nursing Work Index* (NWI-R), derivat del NWI original, per mesurar aspectes de l'entorn de pràctica professional. Aquest instrument es focalitza només en la valoració de la presència de 57 ítem en el lloc de treball per tal de mostrar les característiques d'hospitals o d'unitats hospitalàries. Del NWI-R deriven tres subescales dels atributs de l'entorn que afavoreixen l'exercici infermer: l'autonomia (5 ítems), el control sobre l'entorn de treball (7 ítems) i la relació amb els metges (3 ítems). També se'n deriva una quarta (amb 10 ítems de les subescales anteriors) que mesura el suport de l'organització per als cuidadors<sup>(181)</sup>.

El 2007, Juvé et al. publiquen el primer anàlisi del context organitzatiu de la pràctica infermera als hospitals públics de Catalunya. Estudien 484 infermeres que treballen en les unitats d'hospitalització, crítics, àrea quirúrgica, àmbit ambulatori, supervisió i altres unitats de vuit hospitals. Mitjançant un qüestionari que inclou els 57 ítems del NWI-R, troben que hi ha diferències importants entre el context organitzatiu dels diferents hospitals i entre les diferents àrees de treball. Els factors organitzatius més desenvolupats són els inclosos en la subescala d'autonomia i control sobre la pràctica i aquells aspectes menys desenvolupats són el reconeixement professional y la formació<sup>(182)</sup>.

Malgrat el NWI-R va suposar un fort impuls a la mesura de les característiques organitzacionals dels hospitals que es consideren positives per a que les infermeres hi treballin (atracció i retenció), aquesta eina presenta algunes limitacions que Lake va voler salvar amb el desenvolupament de la *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI). El seu objectiu era disposar d'una escala psicomètrica que permetès mesurar la contribució de l'entorn de treball infermer en els resultats en pacients i en infermeres i es va basar en els estudis previs d'hospitals magnètics, el desenvolupament del NWI i els estudis que utilitzaven el NWI per mesurar les característiques organitzacionals dels hospitals. Amb la PES-NWI (Annex 2 i Annex 3), a partir de 31 ítems valorats per la infermera, segons si estan presents o no en la seva feina, s'obté una puntuació global i alhora cinc subescales, independents entre sí: 1) el rol participatiu i el

valor de les infermeres en el context hospitalari; 2) els fonaments infermers per a uns estàndards alts d'atenció al pacient; 3) el rol clau dels gestors d'infermeria; 4) la disposició d'un adequat equip i recursos de suport per oferir atenció de qualitat al pacient i; 5) les relacions de treball entre metges i infermeres. De les subescales, les relacionades amb la participació de les infermeres i els fonaments infermers per unes cures de qualitat tenen un enfocament més d'organització, mentre que les altres tres van més dirigides a abordar l'entorn a nivell d'unitat<sup>(171)</sup>. Els valors per sobre de 2,5 indiquen una valoració positiva amb un determinat ítem o subescala, mentre que els valors per sota de 2,5 mostren un desacord amb les característiques mesurades. Posteriorment, Lake et al. van desenvolupar la categorització dels hospitals en favorables, desfavorables o mixtes en funció del número de subescales valorades positivament<sup>(183)</sup>.

Tenint en compte la facilitat en la seva utilització, per extensió i format, la rellevància en els criteris teòrics claus i el cos d'evidència que s'ha creat a partir d'aquests instruments, Lake considera que el PES-NWI és l'instrument més útil i el recomana per utilitzar en recerca. A més la PES-NWI es considera una eina de qualitat fàcil d'incloure en els quadres de comandament, fet pel qual el NQF l'incorpora en els indicadors de sistema sensibles a la pràctica infermera<sup>(173)</sup>. També la Joint Commission va incloure la PES-NWI com a indicador de cribatge de l'eficàcia del personal de l'hospital en els seus estàndards d'acreditació<sup>(184)</sup>.

#### **2.1.6.2. L'evidència de la *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index***

En el primer estudi de Lake, en el que es presenta el desenvolupament de la PES-NWI, ja es posa de manifest que l'entorn de treball de les infermeres dels hospitals magnètics obté una millor valoració respecte als hospitals no magnètics, tant si valoren les subescales (entre 0,33 i 0,66 punts més), com si es mira la puntuació global de la PES-NWI (0,75 punts més). En aquest primer estudi, la subescala millor valorada en els hospitals magnètics és la de fonaments infermers (mitjana de 3,09 punts) i la pitjor valorada la participació infermera (mitjana de 2,76 punts), ambdues favorables ( $\geq 2,5$  punts)<sup>(171)</sup>.

En el treball de Lake de síntesi de literatura, s'evidencia que durant els anys posteriors al desenvolupament de la PES-NWI, aquesta es va utilitzar fonamentalment per descriure i comparar entorns de treball infermers en diferents àmbits hospitalaris, i apuntava a que s'havia d'evolucionar cap a estudis de l'entorn de pràctica infermera fora de l'àmbit hospitalari, estudis que relacionessin l'entorn de treball infermer amb resultats en pacients

i estudis d'intervenció i mecanismes que milloressin l'ambient organitzatiu de les infermeres<sup>(173)</sup>.

Bonneterre et al. observa que la PES-NWI es relaciona amb la intenció de marxar i la taxa de rotació infermera, amb la seva salut mental i amb la percepció subjectiva de la qualitat de l'atenció. El lideratge infermer, la relació entre metges i infermeres i els fonaments infermers s'associen a la mortalitat a 30 dies de pacients quirúrgics amb un 14% menys de defuncions en hospitals amb millors entorns<sup>(177)</sup>.

Warszawsky i Havens publiquen una revisió de l'ús de la PES-NWI des del 2002 al 2010. Inclouen 37 articles d'Estats Units, Canadà, Austràlia, Islàndia i Taiwan que evidencien un increment de l'ús d'aquesta escala amb el pas del temps, la majoria en estudis transversals. La PES-NWI ha estat utilitzada en diferents unitats hospitalàries (cures intensives, cardiologia, traumatologia, psiquiatria, entre d'altres) i s'ha modificat en alguns estudis per adaptar-la als països, àmbits o unitats d'estudi. Les versions internacionals que es troben en aquesta revisió són la xinesa, la francesa, la islandesa i l'australiana. La puntuació global de la PES-NWI no sempre ha estat reportada en els estudis. A més, la utilització de diferents versions de l'escala limita la comparació entre estudis, especialment entre països. A nivell d'organitzacions, les ràtios de personal, les acreditacions i reconeixement a l'excel·lència i la comunicació entre metges i infermeres s'associen positivament amb la PES-NWI, mentre que menors nivells docents dels centres, l'absentisme laboral i la rotació de les infermeres tenen una correlació negativa amb l'escala. A nivell de resultats en infermeres, l'apoderament, la satisfacció laboral, gaudir del treball i el compromís amb l'organització es relaciona positivament amb la PES-NWI. Al contrari, el *burnout*, la insatisfacció laboral i la intenció de deixar la feina tenen associacions negatives. Finalment, els indicadors de pacients associats positivament a la PES-NWI són la major qualitat de les cures. Tot i que l'associació entre la PES-NWI i els esdeveniments adversos és variable entre els estudis, sí que apunta a una associació negativa de l'escala amb complicacions postoperatòries, mortalitat, fracàs en la reanimació, infeccions nosocomials, infeccions de catèters, caigudes amb lesions i errors de medicació<sup>(184)</sup>.

Després d'aquests estudis de revisió, i tenint en compte el gran número de publicacions que hi ha disponibles, es pot afirmar que l'ús de la PES-NWI ha continuat en diversos països i utilitzant diferents versions per tal d'adaptar a diferents zones i cultures aquesta escala. Alguns exemples són els estudis fets a Japó<sup>(185)</sup>, Polònia<sup>(186)</sup>, Colòmbia<sup>(187)</sup> i Sudàfrica<sup>(188)</sup>. També s'ha extès la utilització de la PES-NWI a diverses tipologies d'unitats

com són les unitats d'hemodiàlisi<sup>(189)</sup>, de cures intensives neonatals<sup>(190)</sup>, d'oncologia ambulatoria<sup>(191)</sup> o d'atenció primària i domiciliària<sup>(192-193)</sup>.

Molts dels estudis realitzats en els darrers anys, mantenen l'enfocament descriptiu de l'entorn de treball infermer. Alguns estudis descriuen els canvis en l'entorn de pràctica infermera al llarg del temps, on els resultats mostren diferències. Kutney et al. evidencien una millor valoració de l'entorn infermer tant els hospitals magnètics, com en els hospitals no magnètics entre l'any 1999 i 2006, associat a millors resultats en indicadors de pacients i d'infermeria<sup>(194)</sup>. Per contra Roche et al. aporten evidència sobre la disminució de la qualitat de l'entorn de pràctica infermera des de 2004 fins 2013, amb un augment de la inestabilitat en les unitats, però amb un augment de la satisfacció laboral<sup>(195)</sup>.

Altres línies d'estudis es focalitzen en relacionar la PES-NWI amb resultats obtinguts. L'estudi de Ma et al. evidencien que les unitats d'hospitals magnètics tenen un 21% menys d'odds ràtio d'incidència de nafres per pressió i que l'efecte recau en la valoració de la PES-NWI a la unitat, més que en la categorització de l'hospital com a magnètic<sup>(196)</sup>. Cho et al. també mostren una odds ràtio del 39% menys en nafres per pressió (OR:0,61; IC95%: 0,45–0,83), del 45% menys en errors de medicació (OR: 0,55; IC95%: 0,40-0,76) i del 32% menys (OR:0,68; IC95%:0,49–0,94) en hospitals amb PES-NWI superiors<sup>(150)</sup>.

A nivell europeu, l'estudi RN4CAST, realitzat al 2009-2010 i que compta amb la participació de més de 33.000 infermeres d'unitats mèdiques i quirúrgiques de 488 hospitals de 12 països europeus, entre els que hi ha Espanya, és el que ha donat més impuls i utilitat a la PES-NWI. L'objectiu d'aquest projecte era aprofundir en el coneixement de la qualitat de les cures i dels resultats, en infermeres i en pacients, per identificar estratègies de retenció de personal als hospitals i mantenir la qualitat assistencial malgrat la contenció de costos sanitaris i, alhora, determinar les necessitats futures d'infermeres (en número i qualificació) en el context europeu<sup>(197)</sup>. D'aquest estudi deriven un gran nombre de publicacions amb anàlisis de dades per països, però els resultats globals posen de manifest que hi ha una gran heterogeneïtat entre països a nivell de nombre i formació de les infermeres i en la càrrega de treball que tenen. El 52% de les infermeres valoren com a pobre o just l'entorn laboral, amb alts percentatges de factors absents en el seu entorn com són, entre d'altres, l'oportunitat de participació en decisions, oportunitats d'avançar o el número suficient d'infermeres registrades<sup>(198)</sup>.

Amb les dades del RN4CAST a Espanya referents a 60 hospitals (on hi ha la participació de 11 hospitals catalans), Fuentelsanz et al. evidencien que menys del 20% de les infermeres classifica el seu hospital com a favorable i més del 40% el classifica com a desfavorable. Aquestes dades difereixen de la resposta a la pregunta general de l'entorn

laboral a l'hospital on aproximadament el 50% respon com a bo o excel·lent. També mostren que hi ha diferències significatives en la valoració que fan les infermeres de les unitats de crítics i les medicoquirúrgiques dels factors de l'entorn laboral, excepte en el factor de relacions professionals entre metges i infermeres, essent en general el factor pitjor valorat el de la participació infermera en qüestions de l'hospital i en les unitats de crítics totes les puntuacions inferiors a 2,5<sup>(199-200)</sup>. Abad et al. analitzen els resultats d'aquest projecte a la Regió de Murcia, on només el factor participació infermera i dotació són inferiors a 2,5 i on el 37,5% dels hospitals són favorables, el 37,5% són mixtes i la resta desfavorables<sup>(201)</sup>.

Tot i que de Pedro et al. validen i adapten a l'espanyol la PES-NWI amb 233 infermeres i en resulta una versió espanyola amb 30 ítems<sup>(202)</sup>, en el context del projecte RN4CAST, Fuentelsanz et al. fan una nova validació espanyola de la PES-NWI a partir de l'escala original i en mantenen els 31 ítems<sup>(203)</sup>. En el projecte RN4CAST es va utilitzar una versió modificada del PES-NWI, de la qual Orts et al. van estudiar la fiabilitat i validesa en el context espanyol<sup>(204)</sup>.

La comparació dels resultats de la PES-NWI en el RN4CAST amb l'estudi SENECA, el qual mesura la qualitat de les cures per a la seguretat del pacient, mostra una relació inversa entre el dolor i el factor de dotació infermera ( $r=-0,435$ ;  $p=0,03$ ) i entre la infecció nosocomial i els factors de fonaments infermers ( $r=-0,424$ ;  $p=0,04$ ) i de la participació infermera ( $r=-0,516$ ;  $p=0,01$ ). Així mateix, la percepció de seguretat dels pacients i la classificació que fan els pacients dels hospitals es relaciona positivament amb el factor de relacions entre metges i infermeres i el factor de fonaments infermers. La percepció de seguretat de les cures per part dels professionals es relaciona amb tots els factors de l'entorn de treball mesurats per la PES-NWI<sup>(205)</sup>.

La PES-NWI s'ha evidenciat que és un instrument igualment vàlid i fiable en el context espanyol d'atenció primària<sup>(192)</sup>. Parro et al. estudien al 2010 el context organitzatiu les infermeres d'atenció primària de la Comunitat de Madrid i ofereixen els resultats globals de la PES-NWI com a la suma de les puntuacions dels ítems i no com a la mitjana de puntuació de tots els ítems com els estudis anteriors, obtenint una puntuació de 81,04 i detectant que el millor factor valorat és el de lideratge infermer i el pitjor el de dotació. Alhora deixen palès que les infermeres que gestionen i les que tenen un determinat grau d'experiència valoren l'entorn laboral de forma més favorablement<sup>(206)</sup>.

En el territori de les Illes Balears van estudiar conjuntament l'entorn de treball infermer en atenció primària i hospitalària observant diferències significatives entre ambdós àmbits, essent superior en el d'atenció primària<sup>(207)</sup>.

A Catalunya l'estudi de l'entorn organitatiu de les infermeres d'hospitalització, elaborat per Ferrús seguint la metodologia del RN4CAST, posa de manifest que les infermeres de l'àmbit sociosanitari (11 centres) i de salut mental (9 centres) tenen una visió més positiva que les infermeres d'hospitals d'aguts (20 hospitals)<sup>(208)</sup>.

Altres estudis també han inclòs infermeres de residències com és l'estudi de Pérez et al. en el que mostren que en les residències hi ha una millor valoració de l'entorn de treball encara que sense significació estadística<sup>(209)</sup>.

S'han localitzat dos estudis més on s'utilitza la PES-NWI per mesurar l'entorn de treball de les infermeres a l'entorn geriàtric. Wang et al. en 22 institucions de gent gran de Shanghai, obtenen una puntuació de 2,97 punts en la PES-NWI, essent el factor més ben valorat el de la relació entre metges i infermeres ( $3,27 \pm 0,51$ ) i el pitjor el de la dotació de personal ( $2,64 \pm 0,76$ ), ambdues valorades favorablement ( $\geq 2,5$ ). Obtenen una forta correlació positiva entre la PES-NWI i la satisfacció laboral ( $r_s=0,6601$ ,  $p<0,001$ )<sup>(210)</sup>. Kim et al. mesuren l'entorn general de pràctica infermera amb la PES-NWI i l'entorn específic d'infermeria geriàtrica amb la *Geriatric Nursing Practice Environment scale* (GNPE) en hospitals d'aguts, que té 18 ítems i es compona de tres subescales. Observen que les dues escales mesuren diferents dominis i que la puntuació total de la PES-NWI té una relació negativa amb la qualitat de l'atenció geriàtrica percebuda per les infermeres<sup>(211)</sup>.

Després de 15 anys del seu desenvolupament, i veient l'evidència creada durant tots aquests anys, es podria concloure que la PES-NWI manté el seu potencial per seguir investigant l'entorn de treball de les infermeres i avançar en com es relacionen els diferents factors de l'entorn amb altres característiques i factors de les organitzacions, dels pacients i de les infermeres.

## 2.2. El marc teòric

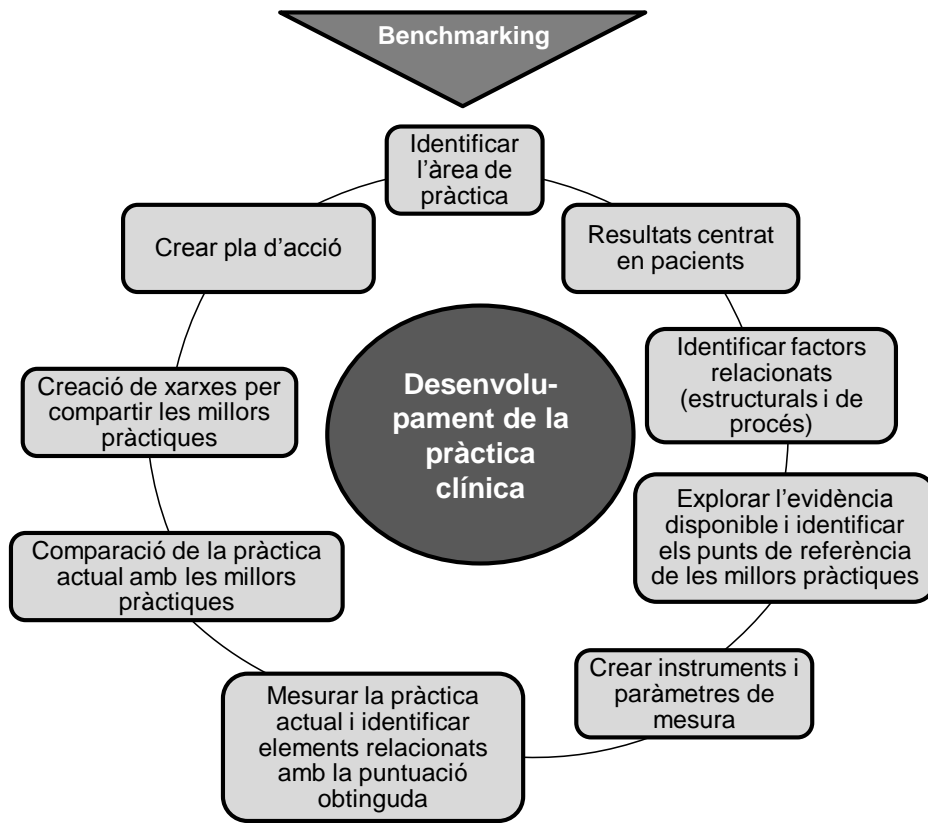
L'objectiu principal de qualsevol institució sanitària és desenvolupar i reforçar les estratègies organitzacionals, estructures i processos que millorin l'eficiència de l'organització, particularment en l'assoliment de resultats derivats d'una atenció de qualitat<sup>(174)</sup>.

Una de les eines utilitzades per a la millora contínua de la qualitat assistencial ha estat l'avaluació comparativa o el *benchmarking*, que es basa en el contrast d'indicadors, en l'aprenentatge dels resultats d'aquestes comparacions i, consegüentment, com fer millor el treball. El *benchmarking* és el procés que busca les millors pràctiques i com desenvolupar-les per tal d'assolir una millora en l'eficiència, rendibilitat i qualitat dels serveis de salut. Els tres principis que guien aquest procés són el manteniment de la qualitat, la satisfacció del client i la millora contínua<sup>(212-213)</sup>.

Actualment, en el sistema sanitari català, també en l'àmbit de l'atenció intermèdia, es disposa d'instruments de *benchmarking* enfocats a monitorar i avaluar la importància de la gestió i la pràctica clínica de les organitzacions sanitàries que permetin identificar aquells aspectes que ajuden a l'assoliment de resultats centrats en els pacients i el desenvolupament d'una atenció de qualitat (Figura 5).

Tot i que els punts de referència del *benchmarking* tradicionalment s'identifiquen de les organitzacions líders en l'àmbit, en la pràctica clínica, els estableix l'evidència científica disponible. Val a dir que actualment en els sistemes sanitaris en ocasions aquests punts de referència es consideren com a estàndards d'excel·lència, més que una realitat, és a dir, una aspiració cap on ha d'avançar la qualitat sanitària. Aquesta consideració reforça que l'avaluació comparativa en els sistemes de salut està evolucionant gradualment, des d'un enfocament més quantitatiu a un enfocament més qualitatiu, en el que s'inclou l'experiència del pacient per mesurar la qualitat assistencial<sup>(213)</sup>.

Figura 5. Cercle de l'avaluació comparativa de la pràctica clínica



Font: Adaptat Ellis<sup>(213)</sup>

La qualitat de l'atenció és un concepte complex i multidimensional. En un entorn multiprofessional, el personal d'infermeria és el que ofereix la majoria de l'atenció als pacients en els hospitals i en altres entorns sanitaris i socio-sanitaris ja que està present les 24 hores del dia en les organitzacions amb internament. La pràctica professional infermera és fonamental en la qualitat de l'atenció. Alhora, l'entorn de treball pot accentuar la satisfacció laboral de les infermeres, la seguretat dels pacients o la qualitat de l'atenció, permetent a les infermeres actuar en el millor àmbit de pràctica clínica, treballar eficaçment en un equip interdisciplinari i utilitzar els recursos eficientment<sup>(173)</sup>. La identificació de les particularitats d'aquest entorn facilitador per a l'exercici de la professió infermera és d'interès per a les infermeres dels diferents nivells i àmbits (assistencials, docents, gestores,...) per tal de conèixer les característiques clau de l'atenció sanitària que promocionen l'exercici infermer<sup>(172)</sup>.

Alguns dominis basats en la teoria de l'entorn de treball infermer són la posició i la participació infermera, la dotació de personal, l'autonomia, les relacions professionals, el suport dels gestors, entre d'altres<sup>(173)</sup>. Així doncs, quan es permet a les infermeres alinear



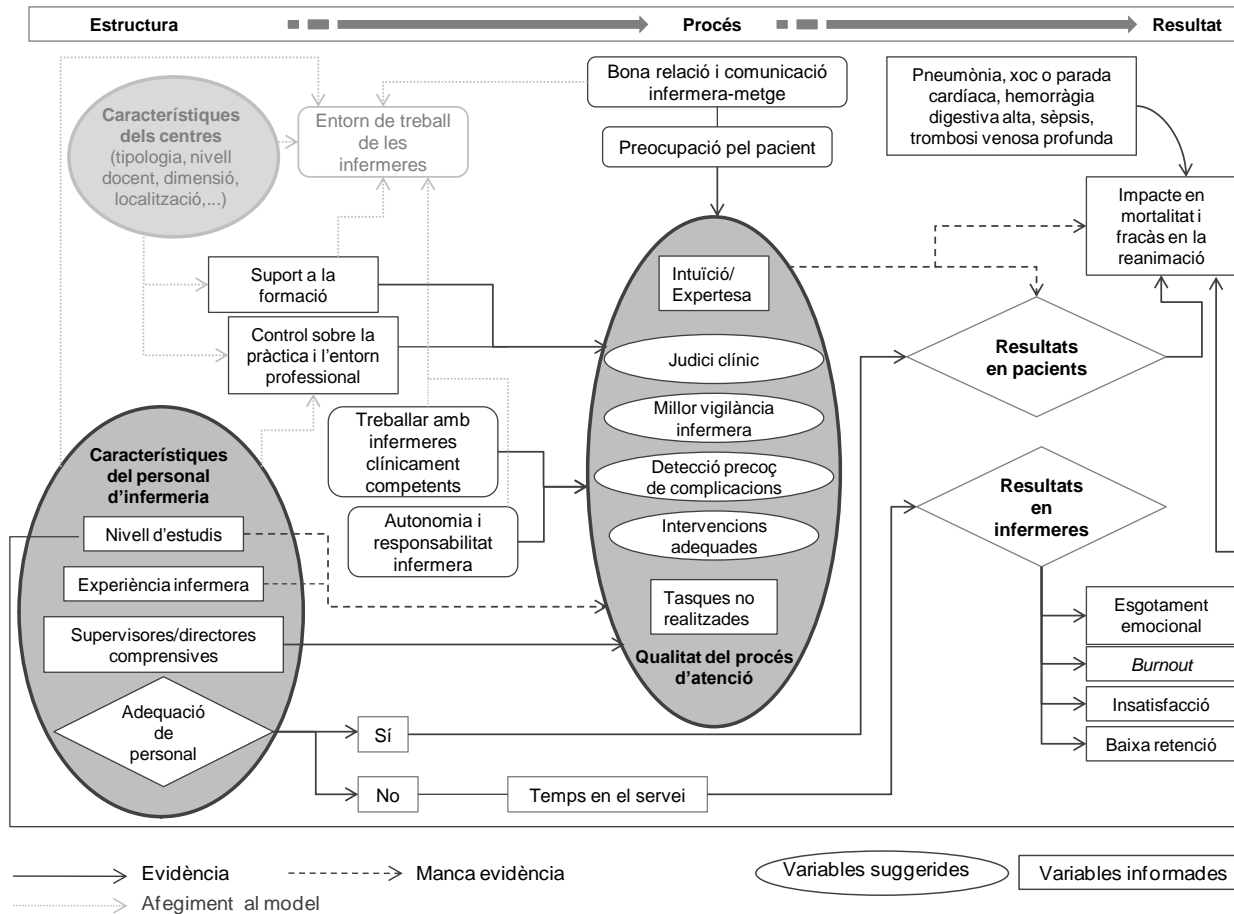
la seva responsabilitat, autonomia i control sobre l'atenció a les persones, es troben en la millor condició per detectar les necessitats dels pacients, utilitzar els recursos dels que disposen i comunicar els problemes als metges a temps quan és necessari. L'evidència ha demostrat que aquests factors de l'entorn són positius per als pacients, les infermeres i els resultats de les organitzacions<sup>(181)</sup>.

La dificultat recau en integrar l'evidència disponible quan s'examinen intervencions o aspectes considerats complexes, com és el cas de l'impacte de la prestació de les cures infermeres en els resultats obtinguts, en els que intervenen molts factors com són els relacionats amb recursos humans, els entorns de treball o les inversions en equipaments i serveis, entre d'altres<sup>(214)</sup>.

Combinant la literatura disponible amb el pensament sistemàtic sobre l'estructura, procés i resultat en la provisió de serveis sanitaris, i exposant amb claredat els mecanismes més probables d'associació, Subirana et al. presenten un model lògic realista basat en l'evidència en el que queden connectats els recursos humans d'infermeria, l'entorn de pràctica infermera i els resultats en pacients de l'entorn hospitalari d'aguts mitjançant la representació gràfica (Figura 6)<sup>(215)</sup>. El marc conceptual del treball de Boltz et al., és exclusiu per l'atenció infermera de persones grans hospitalitzades, inclou la relació establerta entre els estils organitzatius hospitalaris, l'organització del personal d'infermeria geriàtrica i els resultats en geriatría<sup>(216)</sup>. Contempla relacions que es podrien considerar complementàries a les establertes en la proposta el model lògic de Subirana et al.

Aquest model lògic preten ajudar a la comprensió de les troballes existents fins al moment i alhora guiar la recerca futura. En aquesta tesi doctoral s'assumeix aquest model proposat com a marc teòric per a l'àmbit d'atenció intermèdia, suposant aquesta assumpció com a una novetat del mateix, i basant la justificació d'aquesta innovació en una de les principals característiques de l'atenció intermèdia, la seva consideració com a alternativa a l'hospitalització d'aguts.

Figura 6. Proposta model lògic: característiques dels centres, personal d'infermeria i resultats en infermeres i en pacients



Nota: Per evitar un model més complex, Subirana et al. dibuixen el mínim de relacions causals i notifiquen que els resultats en infermeres es retroalimenten entre ells i afectaran al procés d'atenció.

Font: Adaptat Subirana et al.<sup>(215)</sup> i Boltz et al.<sup>(216)</sup>



### **III. Plantejament del problema i preguntes de recerca**



L'envelliment progressiu de la població i la creixent prevalença de malalties cròniques són uns dels reptes prioritaris dels sistemes sanitaris, pel seu alt impacte en la morbimortalitat de la població i en el consum de recursos sanitaris. L'augment de la demanda de recursos de salut i d'assistència social ha posat èmfasi en la necessitat de la prestació de serveis de qualitat, efectius i eficients per tal de garantir la sostenibilitat del sistema sanitari.

En un marc de millora contínua de la qualitat del sistema sanitari, és necessari realitzar l'avaluació del sistema, comparar resultats i aplicar mesures de millora, especialment en termes d'efectivitat i eficiència. Aquest fet ha donat lloc a una proliferació d'instruments destinats a mesurar els resultats en salut que proporcionen eines per a prendre les decisions més adequades per part de responsables polítics, gestors sanitaris i professionals assistencials. Alhora, aquest procés ha de facilitar la transparència i el rendiment de comptes a la societat<sup>(217)</sup>. En concret, essent conscients del repte que suposa el manteniment del sistema sanitari català, el Pla de Salut 2011-2015<sup>(51)</sup> planteja una transformació del sistema sanitari, en el que prenen rellevància els recursos d'atenció intermèdia i es potencia un model d'atenció orientat a les persones d'edat més avançada i amb patologies cròniques. Aquest model ha potenciat l'interès de les institucions a treballar amb models d'atenció integrals i integrats i potenciar mesures que millorin els resultats en salut, amb el desenvolupament de fórmules organitzatives sanitàries més efectives i eficients i també el desenvolupament d'alternatives assistencials a l'hospitalització convencional que garanteixin la qualitat assistencial.

Tot i que no existeixen solucions unifactorials pel desenvolupament d'un model d'atenció integral a la cronicitat de qualitat i eficient, l'atenció intermèdia ha mostrat ser una alternativa efectiva per millorar alguns resultats del sistema sanitari. A Catalunya, les unitats de subaguts i de mitjana estada dels centres socio-sanitaris poden considerar-se unitats d'atenció intermèdia per la seva finalitat i objectius.

L'equip d'infermeria dels centres socio-sanitaris és el més nombrós i és el que garanteix la continuïtat assistencial les 24 hores del dia. Tenint en compte les particularitats d'aquest col·lectiu, es considera imprescindible la participació i la implicació d'aquests professionals per assolir la millora de resultats. Des de fa anys, s'han desenvolupat diferents estudis nacionals i internacionals amb l'objectiu de generar evidència sobre l'eficàcia de les intervencions infermeres en els resultats de salut, la promoció de la qualitat assistencial, la contenció de costos, així com la seva repercussió en l'eficiència i sostenibilitat dels sistemes de salut.

La qualitat de l'atenció infermera està relacionada amb múltiples factors, tant individuals com organitzatius de les institucions en les que treballen. Així mateix, nombrosos estudis han evidenciat que un ambient laboral positiu es relaciona amb major benestar de les infermeres, millor qualitat de cures i millors resultats assistencials en termes de qualitat i seguretat<sup>(173)</sup>.

Malgrat el convenciment que cal estudiar i millorar el context organitzatiu per a una prestació de cures de qualitat i avançar en l'avaluació de l'aportació infermera en els resultats d'aquests serveis sanitaris, encara els estudis que fan referència específica a l'aportació infermera a les unitats d'atenció intermèdia són deficitaris i els estudis relacionats amb l'entorn de treball de les infermeres en l'àmbit sociosanitari d'atenció intermèdia són escassos.

La disponibilitat de dades obertes de la mesura de resultats dels centres sociosanitaris catalans és recent i ha posat de manifest la dificultat per disposar d'instruments per calcular els resultats de les cures infermeres. Tenint en compte aquesta realitat, analitzar les dades de les que es disposa actualment sota una mirada infermera pot contribuir a donar major visibilitat a aquesta professió i, alhora, a detectar millores en la mesura de resultats de qualitat de l'àmbit d'atenció intermèdia.

Per fer front a aquests buits de coneixement, caldria donar resposta a les preguntes següents:

- Com és el context organitzatiu en el que treballen les infermeres de les USSAI?
- Quins aspectes i condicionants es relacionen amb els entorns de treball favorables en les USSAI?
- L'entorn de treball infermer es relaciona amb els resultats assolits per les USSAI?
- Quin és l'impacte de l'entorn de treball de les infermeres en els resultats de les USSAI?

Per maximitzar els resultats dels centres sociosanitaris sembla oportú prioritzar la implementació d'aquelles estratègies de gestió, d'organització i de formació dels professionals infermers que s'associen a una millor consecució de resultats. Quant més s'ajustin les estratègies a cadascuna de les realitats actuals en les diferents tipologies d'unitats, més probabilitat d'èxit tindrà la implementació de les mateixes, contribuint a aconseguir que les infermeres desenvolupin el seu màxim potencial en els centres sociosanitaris.

Seguint les línies prioritàries de recerca infermera en cures de la salut a Catalunya<sup>(218)</sup>, amb aquest estudi es volen obrir línies de recerca relacionades amb l'aportació i potencial l'entorn de treball dels professionals d'infermeria en els resultats i la qualitat de l'àmbit sociosanitari i del sistema sanitari. La detecció d'aspectes clau, de millora i de canvi farà que sigui possible, en un futur immediat, disposar d'un model assistencial integrat, de qualitat i sostenible, en el qual el rol infermer sigui cabdal.





## **IV. Hipòtesi**



Els factors organitzatius i estructurals en els que la infermera realitza la seva tasca professional tenen gran impacte, tant en el desenvolupament de l'exercici professional, com en els resultats clínics dels pacients i de productivitat dels centres.

La majoria d'instruments d'avaluació dels serveis socio-sanitaris es basa en un enfocament multidisciplinari, sense diferenciar quina és la contribució de cada professió sanitària que hi intervé, fet que dificulta donar la visibilitat al paper clau que tenen les infermeres en les organitzacions socio-sanitàries. Tot i això, hi ha un creixent interès en la mesura de la contribució infermera en els diferents processos i àmbits assistencials.

Existeix àmplia experiència en la utilització de la PES-NWI com a instrument de mesura de l'entorn de treball infermer en l'àmbit hospitalari, però aquest instrument no ha estat utilitzat en estudis específics de l'àmbit de l'atenció intermèdia.

És per això que, tenint en compte aquestes consideracions, es plantegen les hipòtesis següents:

- La valoració de l'entorn de treball infermer depèn parcialment de característiques de les infermeres i d'aspectes organitzatius i estructurals dels centres amb USSAI.
- Aquest plantejament anterior fa pensar en la PES-NWI serà un instrument útil en l'àmbit d'atenció intermèdia.
- La PES-NWI com a instrument de mesura de l'entorn de treball de les infermeres podria ser un indicador per veure diferències entre els diferents centres amb USSAI.
- Els centres socio-sanitaris en els que el personal infermer fa una millor valoració de l'entorn de treball infermer tenen millors resultats en l'avaluació de les USSAI.

D'evidenciar-se l'impacte de l'entorn de pràctica infermera en els resultats dels centres socio-sanitaris, es podria afavorir la prioritització d'aquelles estratègies que contribuïssin a millorar l'ambient de treball de les infermeres i, alhora, es donaria visualització i reconeixement al paper dels professionals d'infermeria.



## **V. Objectius**



## 5.1. Objectius generals

- Mesurar la percepció de l'entorn de treball que tenen les infermeres de les unitats socio sanitàries d'atenció intermèdia (USSAI) de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) de Catalunya.
- Analitzar les característiques de les infermeres i dels centres socio sanitaris on treballen que es relacionen amb la valoració que fan les infermeres del seu entorn de treball.
- Determinar quin és l'impacte de la valoració de l'entorn de treball de les infermeres en el resultat clínic assistencial i de morbiditat de les USSAI de la XSUP de Catalunya.

### 5.1.1. Objectius específics

- Descriure les principals característiques sociodemogràfiques, laborals/ professionals i formatives de les infermeres de les USSAI.
- Descriure les principals característiques dels centres socio sanitaris d'atenció intermèdia.
- Mesurar la percepció que tenen les infermeres del seu entorn de treball mitjançant la *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*.
- Categoritzar els centres en funció de la valoració que fan les infermeres del seu entorn de treball.
- Analitzar les diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer per raó de les característiques de les infermeres.
- Analitzar les diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer per raó de les característiques dels centres socio sanitaris.
- Conèixer l'efecte combinat de les característiques individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres en la valoració que fan les infermeres del seu entorn de treball.
- Descriure els resultats obtinguts en els indicadors analitzats per avaluar les USSAI.
- Determinar com s'associa la PES-NWI i els seus factors amb els resultats assolits de l'avaluació de les USSAI.





## **VI. Metodologia**



## 6.1. Disseny de l'estudi

El present estudi s'ha realitzat mitjançant un disseny descriptiu, observacional, transversal, amb enfocament prospectiu i multicèntric.

En una primera fase, es fa l'estudi observacional, transversal i descriptiu de l'entorn de treball de les infermeres en les diferents USSAI dels centres sociosanitaris. Posteriorment s'analitza la relació de la valoració que fan les infermeres del seu entorn laboral amb les particularitats individuals de les infermeres i les característiques dels centres sociosanitaris.

Finalment, s'examina si la valoració de l'entorn de pràctica infermera es relaciona amb els indicadors recollits en l'avaluació de les USSAI, focalitzant aquells indicadors identificats com a sensibles a la pràctica infermera segons l'evidència disponible.

## 6.2. Àmbit d'estudi

La xarxa d'atenció sociosanitària a Catalunya disposa de serveis d'hospitalització (llarga estada, mitjana estada – amb convallescència/ postaguts, cures pal·liatives, psicogeriatria i unitats polivalents- i subaguts), d'atenció diürna ambulatoria (EAIA i HD-SS) i equips de valoració i suport (UFISS i equips del PADES). L'any 2014, en el territori català hi havia 94 centres sociosanitaris amb internament, amb un total de 8.497 llits. D'aquest, 74 centres tenien activitat de mitjana estada, amb uns 3.658 llits i 27 centres amb activitat de subaguts amb uns 285 llits.

De tots els centres sociosanitaris, l'estudi es va realitzar únicament en els 14 centres que l'any 2013 van començar l'activitat de subaguts contractada pel CatSalut, la asseguradora pública de Catalunya, amb continuïtat al 2014 (Taula 7). La mida dels centres oscil·la entre 16 y 320 llits i el promig d'activitat intermèdia és del 74,6% (rang 37,1%-100%), amb un total de 1.290 llits d'atenció intermèdia, 198 llits de subaguts i 1.092 llits de mitja estada (inclouen convallescència, cures pal·liatives i mitja estada polivalent).

Aquests centres, per tenir l'activitat contractada de subaguts, compleixen els criteris establerts pel Departament de Salut (Taula 8)<sup>(64)</sup>.

Taula 7. Centres estudiats, territori, nombre de llits i tipologia d'atenció dels centres amb unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia.

Centres Sociosanitaris	Regió Sanitària	Nombre de llits						% AI
		LLE	CNV-PostA	UCP	PGME	SubA	Total	
SS H.Sta. Maria <sup>(1)</sup>	Lleida		22	8		10	40	100,00
HSS Francolí <sup>(2)</sup>	Camp de Tarragona	39	84	14		15	152	74,34
CSS Llevant <sup>(3)</sup>	Camp de Tarragona	12	14	4		30	60	80,00
SS H.C. Amposta <sup>(4)</sup>	Terres de l'Ebre					16	16	100,00
SS PSMJ <sup>(5)</sup>	Girona	40	35	15		20	110	63,64
SS H. Sta. Creu Vic <sup>(6)</sup>	Catalunya Central	4	39	33	22	8	106	96,23
CSS El Carme <sup>(7)</sup>	Barcelona	43	73	31	6	13	166	74,10
SS PSM <sup>(8)</sup>	Barcelona	52	70	16		10	148	64,86
HSS PSPV <sup>(9)</sup>	Barcelona	25	257	14		24	320	92,19
SS NHE <sup>(10)</sup>	Barcelona	68	16	14		11	109	37,61
C. Nstra. Sra. Guadalupe <sup>(11)</sup>	Barcelona	52	60	10		9	131	60,31
CSS Hospitalet <sup>(12)</sup>	Barcelona	42	41	17	8	11	119	64,71
Albada CSS <sup>(13)</sup>	Barcelona	36	78	22	30	14	180	80,00
CSS Vallparadís <sup>(14)</sup>	Barcelona	27	39			7	73	63,01
Total		440	828	198	66	198	1.730	74,56

<sup>(1)</sup>Sociosanitari Hospital Santa Maria; <sup>(2)</sup>Hospital Sociosanitari Francolí; <sup>(3)</sup>Centre Sociosanitari Santa Tecla-Llevant; <sup>(4)</sup>Sociosanitari Hospital Comarcal d'Amposta; <sup>(5)</sup>Sociosanitari Parc Sanitari Martí i Julià; <sup>(6)</sup>Sociosanitari Hospital de la Santa Creu de Vic; <sup>(7)</sup>Centre Sociosanitari El Carme; <sup>(8)</sup>Sociosanitari Parc Salut Mar (Centre Fòrum i Hospital de l'Esperança); <sup>(9)</sup>Hospital Sociosanitari Parc Sanitari Pere Virgili; <sup>(10)</sup>Sociosanitari Nou Hospital Evangèlic; <sup>(11)</sup>Clínica Nuestra Señora de Guadalupe; <sup>(12)</sup>Centre Sociosanitari Hospitalet; <sup>(13)</sup>Albada Centre Sociosanitari; <sup>(14)</sup>Centre Sociosanitari Vallparadís

Font: Qüestionari als responsables d'infermeria dels centres sociosanitaris

*Taula 8. Consideracions i criteris comuns dels centres socio-sanitaris per poder realitzar activitat de subaguts/postaguts*

<ul style="list-style-type: none"><li>• Centres socio-sanitaris vinculats o amb gran relació amb hospitals d'aguts</li><li>• Tenir establert un circuit ràpid d'accés a l'hospital d'aguts de referència en cas d'urgència</li><li>• Accessibilitat 12 hores, 7 dies, amb tendència a les 24 hores</li><li>• Metge 24 hores, amb presència física</li><li>• Equip interdisciplinari amb la dotació i la capacitat del personal necessàries per atendre la càrrega assistencial derivada</li><li>• Capacitat de realitzar rehabilitació geriàtrica intensiva</li><li>• Possibilitat de fer en el propi centre: anàlisi de sang i orina, gasometria arterial (recomanable, o tenir circuits), pulsioximetria, electrocardiograma i radiografia urgent i programada.</li><li>• Accés a altres proves de forma programada dins o fora del centre: ecografia, TAC, RMN</li><li>• Disponibilitat d'oxigenoteràpia, teràpia endovenosa i accés a circuit per a transfusions de sang de forma programada</li><li>• Possibilitat d'interconsulta a altres especialitats en el mateix centre per evitar el trasllat del malalt geriàtric: neurologia, traumatologia, cardiologia, pneumologia, etc. Aconsellable crear aliances estratègiques entre els hospitals d'aguts i els centres socio-sanitaris</li><li>• Planificació de l'alta i del seguiment domiciliari i/o control ambulatori</li></ul>
---

Font: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

L'estudi de l'entorn de treball infermer es va realitzar el darrer trimestre del 2014 i l'avaluació de les USSAI es va realitzar el primer semestre del 2015 amb les dades d'activitat de l'any 2014.

### **6.3. Població d'estudi i mostra**

Els objectes d'estudi coincideixen amb l'àmbit d'estudi. Són els 14 centres socio-sanitaris amb USSAI que tenen activitat de subaguts contractada pel Catsalut el 2013 i amb continuïtat al 2014 (Taula 7).

Per conèixer la valoració que fan les infermeres de l'entorn de treball de les USSAI, es considera que la població d'estudi són les infermeres de les USSAI dels centres mencionats.

#### **6.3.1. Criteris de selecció**

S'inclouen tots els centres socio-sanitaris que tenen activitat de subaguts contractada pel Catsalut l'any 2013 i amb continuïtat al 2014. Per aquesta raó no es defineixen criteris específics de selecció per als centres.

A continuació es defineixen els criteris per a les infermeres seleccionades per a l'estudi de l'entorn de pràctica infermera.

### 6.3.1.1. Criteris d'inclusió

S'inclouen les infermeres assistencials i gestores que treballen durant l'últim trimestre de l'any 2014 en alguna USSAI, en qualsevol torn, independentment de la tipologia de contracte laboral, del temps treballat i de la dedicació en aquesta unitat.

### 6.3.1.2. Criteris d'exclusió

S'exclouran aquells professionals infermers que no treballin durant el període en que es realitza la recollida de dades per qualsevol motiu (vacances, incapacitats temporals, permisos per maternitat, etc.). No s'inclouen les infermeres residents de cap especialitat infermera ni aquelles que estan fent una estada formativa en les USSAI (vinculada a màsters, postgraus o qualsevol altra formació).

### 6.3.2. Càlcul de la mida de la mostra

Es va sol·licitar el cens de les infermeres que treballaven en aquestes unitats, essent la població d'estudi de 561. Es fa l'estimació de la mostra necessària d'infermeres partint de la màxima indeterminació ( $p=50\%$ ), assumint un nivell de confiança d'un 95% ( $\alpha=0,05$ ), amb una precisió ( $i$ ) de 0,05 i aplicant la correcció per a mostres finites. Preveient que les no respostes i les pèrdues poden arribar al 40% es fa la correcció pertinent, calculant que la mida de la mostra és de 380 infermeres (Figura 7)<sup>(219)</sup>.

Figura 7. Càlcul de la mida de la mostra

$n_a = n / [1 + (n/N)]$	$N_a = N [1/(1-R)]$
$n_a$ : número de subjectes necessaris	$N_a$ : número de subjectes ajustat
$n$ : número de subjectes per a poblacions finites	$N$ : número de subjectes teòric
$N$ : tamany de la població	$R$ : proporció esperada de pèrdues
$n_a = 384 / [1 + (384/561)] = 228$	
$N_a = 228 [1/0,4] = 380$	

### **6.3.3. Tècnica de mostreig**

Malgrat conèixer el nombre total d'infermeres que conformaven la població d'estudi abans d'iniciar la recollida de dades, per raó de la normativa legal vigent en matèria de confidencialitat i protecció de dades, no va ser possible obtenir a priori un llistat de les participants potencials, la qual cosa feia inviable l'ús d'una tècnica de mostreig probabilístic de tipus aleatori simple. Per aquest motiu, es va optar per aplicar un procediment de mostreig no probabilístic de tipus consecutiu.

## **6.4. Variables de l'estudi**

### **6.4.1. Definicions conceptuals i operatives de les variables**

La variable principal de l'estudi és l'entorn de treball de les infermeres.

En els diferents objectius de l'estudi, les variables secundàries es consideren les característiques de les infermeres, les característiques dels centres, així com els resultats obtinguts en l'avaluació de les USSAI.

#### **6.4.1.1. Variables de l'entorn de treball de les infermeres**

##### *1. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*

- Definició: percepció que tenen les infermeres del seu entorn de treball. S'utilitza la versió validada a l'espanyol del PES-NWI<sup>(203)</sup> (Annex 2). És una escala amb 31 ítems (amb quatre graus d'acord tipus likert) que s'agrupen en cinc factors. Les opcions de resposta tipus Liker de cadascun dels ítems s'utilitzen com variables quantitatives de 1 (totalment en desacord) a 4 punts (totalment d'acord) per al càlcul final del PES-NWI i per calcular la puntuació mitjana de cadascun dels factors.
- Unitat de mesura: punts.
- Valors de la variable: 31-124 (31 significa el màxim desacord amb la formulació dels ítems –pitjor entorn de treball possible-i 124 el màxim acord –millor entorn de treball possible-).



## 2. Factor 1 "Dotació i adequació de recursos" ("Dotació")

- Definició: percepció que tenen les infermeres sobre els recursos de professionals assignats a la seva àrea de treball. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 1, 7, 8 i 11 de l'escala PES-NWI (Annex 3).
- Unitat de mesura: puntuació mitjana.
- Valors de la variable: 1-4 (1 es correspon al màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 al màxim acord).
- Percepció favorable  $\geq 2,5$ ; Percepció desfavorable  $<2,5$  (referit al promig obtingut de puntuació a partir de la puntuació dels ítems d'aquests factors).

## 3. Factor 2 "Relacions laborals infermeres-metges" ("Relacions")

- Definició: percepció infermera de com és el tracte entre els metges i les infermeres en el seu lloc de treball. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 2, 15 i 23 de l'escala PES-NWI (Annex 3).
- Unitat de mesura: puntuació mitjana.
- Valors de la variable: 1-4 (1 es correspon al màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 al màxim acord).
- Percepció favorable  $\geq 2,5$ ; Percepció desfavorable  $<2,5$  (referit al promig obtingut de puntuació a partir de la puntuació dels ítems d'aquests factors).

## 4. Factor 3 "Habilitat, lideratge i recolzament a les infermeres per part de les seves responsables" ("Lideratge")

- Definició: percepció de les infermeres de la destressa, direcció i suport que reben per part de les infermeres gestores que hi ha en el seu lloc de feina. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 3, 9, 12, 19 i 31 de l'escala PES-NWI (Annex 3).
- Unitat de mesura: puntuació mitjana.
- Valors de la variable: 1-4 (1 es correspon al màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 al màxim acord).
- Percepció favorable  $\geq 2,5$ ; Percepció desfavorable  $<2,5$  (referit al promig obtingut de puntuació a partir de la puntuació dels ítems d'aquests factors).

#### 5. Factor 4 “Fonaments infermers per a unes cures de qualitat” (“Fonaments”)

- Definició: percepció infermera de la fonamentació de les cures infermeres per l'assoliment d'un alt nivell de les mateixes. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 4, 13, 17, 18, 21, 24, 25, 28, 29 i 30 (Annex 3).
- Unitat de mesura: puntuació mitjana.
- Valors de la variable: 1-4 (1 es correspon al màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 al màxim acord).
- Percepció favorable  $\geq 2,5$ ; Percepció desfavorable  $<2,5$  (referit al promig obtingut de puntuació a partir de la puntuació dels ítems d'aquests factors).

#### 6. Factor 5 “Participació de la infermera en qüestions de l'hospital” (“Participació”)

- Definició: percepció infermera de com les infermeres contribueixen en la dinàmica i assumptes de l'hospital. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 5, 6, 10, 14, 16, 20, 22, 26 i 27 (Annex 3) .
- Unitat de mesura: puntuació mitjana.
- Valors de la variable: 1-4 (1 es correspon al màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 al màxim acord).
- Percepció favorable  $\geq 2,5$ ; Percepció desfavorable  $<2,5$  (referit al promig obtingut de puntuació a partir de la puntuació dels ítems d'aquests factors).

#### 7. Entorn de treball de les infermeres

- Definició: classificació de l'ambient de treball del centre en funció de les puntuacions obtingudes en els factors de la PES-NWI (Annex 3) .
- Unitat de mesura: categories (3).
- Valors de la variable:
  - Favorable: 4 o 5 factors tenen una puntuació mitjana  $\geq 2,5$ .
  - Mixt: 2 ó 3 factors tenen una puntuació mitjana  $\geq 2,5$ .
  - Desfavorable: cap o 1 factor te una puntuació mitjana  $\geq 2,5$ .

A continuació i de forma resumida, en la Taula 9 es presenten les variables relacionades amb l'entorn de treball de les infermeres.

Taula 9. Variables de l'estudi relacionades amb l'entorn de treball de les infermeres

Variable	Tipus de variable	Valors de la variable
PES-NWI	Quantitativa discreta	31 - 124
Factor 1/ Participació	Quantitativa contínua	1 - 4
Factor 2/ Relacions	Quantitativa contínua	1 - 4
Factor 3/ Lideratge	Quantitativa contínua	1 - 4
Factor 4/ Fonaments	Quantitativa contínua	1 - 4
Factor 5/ Participació	Quantitativa contínua	1 - 4
Entorn de treball infermer	Qualitativa nominal	Desfavorable Favorable Mixt

#### 6.4.1.2. Variables de les característiques de les infermeres

##### 1. Edat

- Definició: anys que té la infermera en el moment de respondre el qüestionari.
- Unitat de mesura: anys.
- Valors de la variable: 21-65.

##### 2. Sexe

- Definició: gènere del personal infermer que respon al qüestionari.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Home/ Dona.

##### 3. Lloc de naixement

- Definició: país d'origen de la infermera.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Espanya/ Altres països.

#### 4. Centre de treball

- Definició: organització en la que la infermera desenvolupa la seva activitat professional.
- Unitat de mesura: categories (14).
- Valors de la variable:
  - Sociosanitari Hospital Santa Maria.
  - Hospital Sociosanitari Francolí.
  - Centre Sociosanitari Santa Tecla-Llevant.
  - Sociosanitari Hospital Comarcal d'Amposta.
  - Sociosanitari Parc Sanitari Martí i Julià.
  - Sociosanitari Hospital de la Santa Creu de Vic.
  - Centre Sociosanitari El Carme.
  - Sociosanitari Parc Salut Mar (Centre Fòrum i Hospital de l'Esperança).
  - Hospital Sociosanitari Parc Sanitari Pere Virgili.
  - Sociosanitari Nou Hospital Evangèlic.
  - Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.
  - Centre Sociosanitari Hospitalet.
  - Albada Centre Sociosanitari.
  - Centre Sociosanitari Vallparadís.

#### 5. Grup professional

- Definició: classificació professional en funció de la principal activitat realitzada i d'acord amb les responsabilitats que tenen les tasques a realitzar.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable:
  - Assistencial: infermeres que fan atenció directa a la persona.
  - Amb càrrec de gestió: infermeres amb responsabilitat de gestió (direcció, coordinació i/o supervisió d'infermeria). Inclou les infermeres amb activitat mixta, que realitzen activitat assistencial i alhora tenen càrrec de gestió.

## 6. Formació: postgrau

- Definició: disposició per part de la infermera d'un títol universitari de postgrau (estudis finalitzats).
- Unitat de mesura: categories (3).
- Valors de la variable:
  - No postgrau: Sense postgrau.
  - Postgrau específic: amb postgrau específic d'atenció intermèdia (AI).
  - Postgrau no específic: amb postgrau no específic d'AI.
- Descripció de postgrau específic d'AI: es consideren aquells cursos universitaris de postgrau, habitualment de 30-60 crèdits en el sistema de crèdits ECTS, que es relacionen amb l'atenció geriàtrica i gerontològica, malalties neurodegeneratives, atenció socio sanitària, cures pal·liatives, demències, ferides cròniques, psicogeriatría, cronicitat, dependència i fragilitat.  
En els casos en els que la infermera ha dit que sí que té un postgrau però no ha especificat de què és, s'ha considerat no específic.

## 7. Formació: màster

- Definició: disposició per part de la infermera d'un títol universitari de màster (estudis finalitzats).
- Unitat de mesura: categories (3).
- Valors de la variable:
  - No màster: sense màster.
  - Màster específic: amb màster específic d'AI.
  - Màster no específic: amb màster no específic d'AI.
- Descripció de màster específic d'AI: es consideren aquells cursos universitaris de postgrau, habitualment de 60-120 crèdits en el sistema de crèdits ECTS, que es relacionen amb l'atenció geriàtrica i gerontològica, malalties neurodegeneratives, atenció socio sanitària, cures pal·liatives, demències, ferides cròniques, psicogeriatría, cronicitat, dependència i fragilitat.  
En els casos en els que la infermera ha dit que sí que té un màster però no ha especificat de què és, s'ha considerat no específic.

#### 8. Formació: especialitat

- Definició: disposició per part de la infermera d'un títol d'especialitat en infermeria (residència finalitzada).
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

#### 9. Formació: doctorat

- Definició: disposició per part de la infermera del títol de doctor/a (estudis finalitzats) .
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

#### 10. Tipus de jornada

- Definició: temps que dedica la infermera al seu treball/ servei, tenint en compte el darrer any. Les hores de treball es defineixen en els convenis aplicats.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable:
  - Complerta/ total: la infermera treballa el 100% de la seva jornada.
  - Parcial: la infermera no realitza la seva jornada de forma complerta ( no es considera el motiu).

#### 11. Torn

- Definició: horari en el que la infermera realitza la seva jornada, tenint en compte el darrer any.
- Unitat de mesura: categories (3)
- Valors de la variable:
  - Dia: la infermera treballa en les franges horàries de matí i/o de tarda
  - Nit: la infermera treballa en la franja horària nocturna
  - Rotatiu: la infermera treballa en diferents franges horàries, alternant horaris de matí, tarda i/o nit.

## 12. Unitat fixa

- Definició: la infermera treballa en una o varies seccions sociosanitàries (o perfils d'usuaris) durant la seva jornada, tenint en compte el darrer any.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable:
  - Unitat única: la infermera treballa sempre en la mateix unitat i/o amb un sol perfil d'usuari.
  - Varies unitats: la infermera treballa de forma compartida entre diferents unitats i/o quan en la unitat hi ha diferent tipologia d'usuaris.
- Observacions: Aquesta variable s'obté a partir del nombre (nre.) d'unitats de treball.

## 13. Unitat de treball: subaguts

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és l'estabilització clínica i de rehabilitació integral de persones amb malalties cròniques aguditzades que necessiten tractament integral i/o supervisió clínica continuada.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

## 14. Unitat de treball: convalsència-postaguts

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és la recuperació funcional màxima després d'ingressar a un hospital d'aguts i l'atenció integral.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

## 15. Unitat de treball: cures pal·liatives

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és atendre malalts en fase avançada o terminal de la malaltia, amb necessitats assistencials complexes i intenses.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

16. Unitat de treball: psicogeriatria de mitjana estada

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és atendre persones amb demència i amb trastorns de conducta.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

17. Unitat de treball: hospital de dia

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és atendre persones en règim d'atenció diürna.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

18. Unitat de treball: llarga estada

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en aquest recurs o amb aquest perfil d'usuari en què l'objectiu és atendre a persones amb malalties o processos crònics amb diferents nivells de dependència i complexitat clínica.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

19. Unitat de treball: altres

- Definició: la infermera treballa (tenint en compte el darrer any) en altres recursos o amb altres perfil d'usuari no descrits anteriorment (llarga estada, hospital de dia, equips de suport, etc.).
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.

20. Experiència infermera

- Definició: temps d'experiència professional com a infermera. Des de que va obtenir la titulació fins a la data de resposta al qüestionari.
- Unitat de mesura: anys.
- Valors de la variable: 0,1-44.



## 21. Experiència infermera sociosanitari

- Definició: temps d'experiència professional com a infermera en l'àmbit sociosanitari.  
Des de que va començar a treballar en aquest àmbit fins a la data de resposta al qüestionari
- Unitat de mesura: anys.
- Valors de la variable: 0,1-44.

A continuació i de forma resumida, en la Taula 10 es presenten les variables relacionades amb les característiques de les infermeres.

Taula 10. Variables de l'estudi relacionades amb les característiques de les infermeres

Variable	Tipus de variable	Valors de la variable
Edat	Quantitativa discreta	21 - 65
Sexe	Qualitativa nominal	Home/ Dona
Lloc naixement	Qualitativa nominal	Espanya Altres països
Centre de treball	Qualitativa nominal	SS H. Sta. Maria HSS Francolí CSS Llevant SS HC. Amposta SS PSMJ SS H. Sta. Creu Vic CSS El Carme SS PSM HSS PSPV SS NHE C.Nstra. Sra. Guadalupe CSS Hospitalet Albada CSS CSS Vallparadís
Grup professional	Qualitativa nominal	Assistencial Amb càrrec de gestió
Formació: postgrau	Qualitativa nominal	No postgrau Postgrau específic Postgrau no específic
Formació: màster	Qualitativa nominal	No màster Màster específic Màster no específic
Formació: especialitat	Qualitativa nominal	Sí/ No
Formació: doctorat	Qualitativa nominal	Sí/ No
Tipus jornada	Qualitativa nominal	Complerta Parcial
Torn	Qualitativa nominal	Dia Nit Rotatiu
Unitat fixa	Qualitativa nominal	Unitat única Vàries unitats
Nre. unitats treball	Quantitativa discreta	1-7*
Unitat treball: SubA	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat treball: CNV-PostA	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat treball: UCP	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat treball: PGME	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat treball: HD-SS	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat de treball: LLE	Qualitativa nominal	Sí/ No
Unitat treball: altres	Qualitativa nominal	Sí/ No
Experiència infermera	Quantitativa contínua	0,1 - 44
Experiència infermera sociosanitari	Quantitativa contínua	0,1 - 44

\*Valors de les variables establerts a partir de la mostra estudiada, ja que no s'ha trobat referència prèvia.

### 6.4.1.3. Variables de les característiques dels centres

#### 1. Nombre de llits

- Definició: nombre de llits d'hospitalització socio-sanitaris disponibles, instal·lats i en funcionament.
- Unitat de mesura: llits.
- Valors de la variable: 16 – 320.

#### 2. Percentatge d'atenció intermèdia

- Definició: número de llits del centre que es dediquen a fer activitat d'atenció intermèdia (subaguts, convallescència- postaguts, cures pal·liatives, psicogeriatria de mitjana estada).
- Fórmula de càlcul: número de llits d'atenció intermèdia dividit pel número de llits total del centre multiplicat per cent.
- Unitat de mesura: percentatge.
- Valors de la variable: 37,61% - 100%.

#### 3. Tipologia d'organització

- Definició: les organitzacions sanitàries a la que pertany el centre socio-sanitari amb atenció intermèdia es classifiquen en funció dels àmbits assistencials en els que presta atenció sanitària.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable:
  - Pura SS: l'organització només ofereix atenció en l'àmbit socio-sanitari.
  - Mixta: l'organització ofereix atenció en l'àmbit socio-sanitari i en altres àmbits (atenció primària, atenció hospitalària, atenció a la salut mental, etc.).

#### 4. Ubicació del centre socio-sanitari

- Definició: els centres socio-sanitaris amb atenció intermèdia es classifiquen en funció de la seva posició respecte a hospitals del territori.
- Unitat de mesura: categories (3).

- **Valors de la variable:**

- Centres amb atenció especialitzada (AE) i/o hospitalització d'aguts (HA): en el mateix edifici hi ha el centre sociosanitari i l'hospital d'aguts o atenció hospitalària sense ingrés.
- Al costat de l'HA: El centre sociosanitari està en un edifici separat de l'hospital d'aguts però a poca distància.
- Lluny de l'HA: El centre sociosanitari està en un edifici separat i apartat de l'hospital d'aguts.

#### 5. Màxim nivell hospital de referència<sup>(220)</sup>

- **Definició:** dels diferents hospitals que poden rebre derivacions els centres sociosanitaris es considera el nivell d'aquell que està categoritzat com a més complexe segons l'Índex d'intensitat relativa d'estructura (IRE) i l'índex d'intensitat relativa de recursos (IRR).
- **Unitat de mesura:** categories (3).
- **Valors de la variable:**
  - Bàsic: inclou Grup 1 (hospitals generals bàsics aïllats i hospitals complementaris) i Grup 2 (hospitals generals bàsics).
  - Referència: inclou Grup 3 (hospitals de referència).
  - Alta tecnologia: inclou Grup 4 (hospitals d'alta tecnologia).

#### 6. Centre docent: pregrau

- **Definició:** el centre té alumnes fent formació pràctica del grau d'infermeria.
- **Unitat de mesura:** categories (2).
- **Valors de la variable:** Sí/ No

#### 7. Centre docent: postgrau

- **Definició:** el centre té alumnes fent formació pràctica de postgraus, màsters. També es consideren aquells centres que tenen professionals en formació d'especialitats d'infermeria.
- **Unitat de mesura:** categories (2).
- **Valors de la variable:** Sí/ No.

## 8. Nombre d'unitats

- Definició: estructures diferenciades del centre en les que hi ha un funcionament determinat .
- Unitat de mesura: unitats.
- Valors de la variable: 1-9.

## 9. Tipologia d'unitats

- Definició: les unitats del centre tenen unes determinades característiques que inclouen llits i/o perfil d'usuaris diferenciat d'altres.
- Unitat de mesura: categories (3).
- Valors de la variable:
  - Específiques: en les unitats del centre sociosanitari hi ha únicament una única classe de llits i/o tipologia d'usuaris.
  - Mixtes: en les unitats del centre sociosanitari es poden trobar diferents classes de llits i/o tipologia d'usuaris.
  - Específiques i mixtes: algunes de les unitats del centre tenen únicament una única classe de llits i/o tipologia d'usuaris. També hi ha altres unitats en els que els llits i/o perfil d'usuari estan barrejats.

## 10. Utilització història clínica electrònica (HCE)

- Definició: el centre sociosanitari disposa del registre mecanitzat, multimèdia, unificat i personal de tota la informació referent al pacient i a la seva atenció.
- Unitat de mesura: categoria (2).
- Valors de la variable:
  - No: no utilitzen l'HCE.
  - Parcialment: hi ha documentació en format paper perquè no es recull a l'HCE.
  - Totalment: tota la informació del pacient es recull a l'HCE.

#### 11. Utilització de la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) per part de les infermeres<sup>(221)</sup>

- Definició: actualment tots els centres d'atenció intermèdia tenen connexió a l'HC3. En funció del compliment dels requeriments tècnics i funcionals, les infermeres poden accedir al visor de l'HC3 i/o poden publicar i compartir la informació més rellevant del pacient per prestar una atenció sanitària adequada, de qualitat i continuada. Es valora en quina mesura les infermeres fan ús de l'HC3 en la seva activitat diària.
- Unitat de mesura categoria (3).
- Valors de la variable:
  - No: no l'utilitzen.
  - Parcialment: l'utilitzen parcialment (visualitzen però no poden publicar).
  - Totalment: l'utilitzen totalment (visualitzen i publiquen).

#### 12. Nivell de la direcció d'infermeria

- Definició: Es considera l'organigrama del centre sociosanitari, que defineix la posició i la dependència de la direcció d'infermeria de la que depenen les infermeres del centre, la seva organització, funcionament i qualitat assistencial.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable:
  - Mateix nivell que la direcció mèdica.
  - Depèn de la direcció mèdica/assistencial.

#### 13. Model d'infermeria

- Definició: La prestació de cures infermeres es basa en la fonamentació del desenvolupament teòric disciplinari i les obres d'una o varies infermeres teoritzadores de les diferents escoles de pensament. En conseqüència, la pràctica assistencial infermera es guia pels valors, les assumpcions i les orientacions d'aquesta fonamentació.
- Unitat de mesura: categories (3).

- Valors de la variable:
  - Virginia Henderson: la prestació de les cures s'inspira en el model infermer de Virginia Henderson.
  - Valoració geriàtrica integral (VGI): la prestació de les cures infermeres es basa en un model interdisciplinari fonamentat en la valoració geriàtrica integral de la persona.
  - Altres: la prestació de les cures infermeres es basa un model diferent als anteriors.

#### 14. Conveni aplicat

- Definició: conveni al que el centre sociosanitari està adherit i regula les condicions de treball i d'ocupació de les infermeres
- Unitat de mesura: categories (3)
- Valors de la variable:
  - 1r. conveni SS: centres adscrits al Conveni col·lectiu de treball per als centres sociosanitaris de Catalunya amb activitat concertada amb el Servei Català de la Salut per als anys 2013-2014 (codi de conveni núm. 79100095012014)<sup>(222)</sup>.
  - VIIè. conveni XHUP: centres adscrits al Conveni col·lectiu de treball dels hospitals de la XHUP i dels centres d'atenció primària concertats per als anys 2005-2008 (codi de conveni núm. 7900645)<sup>(223)</sup>.
  - Altres: centres amb adscrits a convenis col·lectius diferents als dos anteriors.

#### 15. Solapament dels torns

- Definició: Entre els torns de treball hi ha un espai de temps comú, coincidint amb l'acabament d'un torn i començament de l'altre.
- Unitat de mesura: categories (2).
- Valors de la variable: Sí/ No.
- Observacions: Aquesta variable s'obté a partir dels horaris dels torns de treball.

#### 16. Ràtio hores infermeres per pacient

- Definició: Mitjana de temps que dediquen les infermeres a un persona en 24 hores.
- Unitat de mesura: hores/pacient.
- Fórmula de càlcul: sumatori de la mitjana d'hores que dedica una infermera de la USSAI a cada persona ingressada i que es calcula a partir del número d'hores que treballa la infermera en el seu torn dividit pel número de persones (llits) que ha d'atendre en el seu torn.
- Descripció d'infermeres que treballen en la USSAI: en els centres en el que les unitats són mixtes, hi ha llits d'atenció intermèdia barrejats amb altres tipologies de llits, o que les infermeres estan compartides entre unitats, s'ha calculat la proporció d'infermera adscrita als llits d'atenció intermèdia per calcular la ràtio.
- Valors de la variable: 0,1 – 4,0 hores/pacient.

#### 17. Ràtio hores d'auxiliars d'infermeria per pacient

- Definició: Mitjana de temps que dediquen les auxiliars d'infermeria a una persona en 24 hores.
- Unitat de mesura: hores/pacient.
- Fórmula de càlcul: sumatori de la mitjana d'hores que dedica una auxiliar d'infermeria de la USSAI a cada persona ingressada i que es calcula a partir del número d'hores que treballa l'auxiliar d'infermeria en el seu torn dividit pel número de persones (llits) que ha d'atendre en el seu torn.
- Descripció d'auxiliars d'infermeria que treballen en la USSAI: en centres en els que les unitats són mixtes, hi ha llits d'atenció intermèdia barrejats amb altres tipologies de llits, o que les auxiliars d'infermeria estan compartides entre unitats, s'ha calculat la proporció d'auxiliars d'infermeria adscrita als llits d'atenció intermèdia per calcular la ràtio.
- Valors de la variable: 0,1 – 4 hores/pacient.

A continuació i de forma resumida, en la Taula 11 es presenten les variables relacionades amb les característiques dels centres.



Taula 11. Variables d'estudi relacionades amb les característiques del centre

Variable	Tipus de variable	Valors de la variable
Nre. llits	Quantitativa discreta	16 – 320*
Percentatge AI	Quantitativa contínua	37,61% - 100%*
Nre. unitats	Quantitativa discreta	1 – 9*
Tipologia organització	Qualitativa nominal	Pura SS Mixta
Centre docent: pregrau	Qualitativa nominal	Sí/ No
Centre docent: postgrau	Qualitativa nominal	Sí/ No
Utilització HCE	Qualitativa nominal	No Parcialment Totalment
Utilització HC3	Qualitativa nominal	No Parcialment Totalment
Nivell direcció infermeria	Qualitativa nominal	Mateix nivell que mèdica Depèn de la mèdica/ assistencial
Ubicació centre	Qualitativa nominal	Hi ha AE/ HA Al costat HA Lluny HA
Nivell hospital referència	Qualitativa nominal	Bàsic Referència Alta tecnologia
Tipologia unitats	Qualitativa nominal	Específiques Mixtes Específiques i mixtes
Model infermeria	Qualitativa nominal	V. Henderson VGI Altres
Conveni	Qualitativa nominal	1r. conveni SS VIIè. conveni XHUP Altres
Solapament horari	Qualitativa nominal	Sí/ No
Ràtio hores infermera-pacient	Quantitativa contínua	0,1- 4
Ràtio hores auxiliar-pacient	Quantitativa contínua	0,1- 4

\*Valors de les variables establerts a partir de la mostra estudiada, ja que no s'ha trobat referència prèvia.

#### 6.4.1.4. Variables de l'avaluació dels centres d'atenció intermèdia

La descripció de les variables d'avaluació dels centres d'atenció intermèdia es correspon amb les fitxes dels indicadors analitzats de la Central de Resultats de l'àmbit socio sanitari (veure apartat 2.1.4.2)<sup>(130-131)</sup>.

##### 1. Número de persones ateses

- Descripció: Conjunt de persones que han estat ateses en recursos d'atenció intermèdia.
- Fórmula de càlcul: Sumatori de persones que han estat ateses en un any natural en els recursos d'atenció intermèdia.
- Dimensió de desagregació: per tipologia de recurs.

##### 2. Número d'episodis atesos

- Descripció: Conjunt de processos assistencials continuats aplicats a pacients en què queda implícita la utilització d'un recurs socio sanitari d'hospitalització.
- Fórmula de càlcul: Sumatori dels processos assistencials que s'han realitzat en un any natural.
- Dimensions de desagregació: per tipologia de recurs.

##### 3. Número d'estades

- Descripció: Dies que està una persona ingressada des del moment de l'ingrés fins al dia de l'alta.
- Fórmula de càlcul: Sumatori dels dies d'ingrés de les persones ingressades en recursos d'atenció intermèdia durant un any natural.
- Dimensions de desagregació: per tipologia de recurs.

##### 4. Estada mitjana

- Descripció: mitjana de dies d'estada corresponents a episodis d'hospitalització socio sanitària donats d'alta.
- Fórmula de càlcul: Nombre de dies d'estada d'hospitalització socio sanitària dels pacients donats d'alta dividit pel nombre d'episodis d'hospitalització socio sanitària donats d'alta.
- Dimensions de desagregació: per recurs, per diagnòstic.
- Diagnòstics seleccionats: demència (diagnòstic principal i/o secundari).

## 5. Estada mediana

- Descripció: número de dies que divideix el número d'episodis d'hospitalització donats d'alta en dos grups igual de grans.
- Dimensions de desagregació: a l'hospital, per tipologia de recurs d'atenció intermèdia, total per procés (hospital d'aguts més atenció intermèdia), per diagnòstic i per circumstància d'alta èxitus.
- Diagnòstics seleccionats: general, fractura de coll de fèmur, ictus, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, demència (diagnòstic principal), demència (diagnòstic principal i/o secundari) i neoplàsies.

## 6. Import contracte

- Descripció: Quantitat de diners anuals que rep el centre del CatSalut per realitzar l'activitat que consta en contracte o conveni.
- Dimensions de desagregació: tipologia de recurs (mitja estada i subaguts).

## 7. Episodis de convalescència amb destinació domicili

- Descripció: Proporció d'episodis atesos en unitats de convalescència donats d'alta a domicili, residència social o hospitalització domiciliària.
- Fórmula de càlcul:  $\text{Número d'episodis de convalescència amb circumstància d'alta destinació al propi domicili} / \text{nombre d'episodis totals d'hospitalització de convalescència donats d'alta} \times 100$ .
- Dimensions de desagregació: per diagnòstic.
- Diagnòstics seleccionats: general, fractura de coll de fèmur, ictus, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica i demència.

## 8. Percentatge d'episodis amb una determinada malaltia

- Descripció: Proporció d'episodis d'hospitalització intermèdia que presenten un determinat diagnòstic mèdic.
- Fórmula de càlcul:  $\text{Número d'episodis d'hospitalització intermèdia que presenten una determinada popietat clínica} / \text{nombre total d'episodis d'hospitalització} \times 100$ .
- Dimensió de desagregació: per recurs, per diagnòstic, per circumstància d'alta èxitus.

- Diagnòstics seleccionats: fractura de coll de fèmur, ictus, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia pulmonar obstructiva crònica, atenció pal·liativa com a diagnòstic secundari, demència (diagnòstic principal i/o secundari) i oncològics en les defuncions.

#### 9. Episodis amb circumstància d'alta defunció

- Descripció: proporció d'episodis d'hospitalització intermèdia socio sanitària donats d'alta per causa de defunció respecte al nombre d'episodis totals d'hospitalització intermèdia socio sanitària.
- Fórmula de càlcul: Número d'episodis d'hospitalització intermèdia socio sanitària amb circumstància d'alta defunció dividit pel nombre d'episodis d'hospitalització intermèdia socio sanitària x100.
- Dimensions de desagregació: per recurs.

#### 10. Percentatge de pacients que han millorat el seu estat funcional a convalsència

- Definició: Percentatge d'episodis amb seguiment donats d'alta en què els pacients han obtingut una darrera valoració del seu estat funcional inferior (més positiva) respecte a la valoració inicial.
- Fórmula de càlcul: Nombre d'episodis amb seguiment donats d'alta amb una valoració de l'estat funcional inferior (millor) que la valoració inicial dividit pel nombre d'episodis amb seguiment donats d'alta.
- Descripció de valoració d'estat funcional: L'índex d'activitat de la vida diària (AVD) mesura la capacitat per portar a terme les activitats bàsiques de la vida diària, com ara la mobilitat al llit, la deambulació, l'alimentació, la higiene personal, vestir-se, la micció i defecació, etc. Els valors d'aquest índex oscil·len entre 4 i 18; 4 és el que correspon als malalts més vàlids i 18 als més dependents.

#### 11. Mediana de punts de millora dels pacients que han millorat el seu estat funcional

- Definició: Mediana de la diferència entre la puntuació de la darrera valoració i la valoració inicial de pacients amb seguiment donats d'alta en situació de millora funcional.
- Fórmula de càlcul: Valoració final dels pacients que han millorat menys la valoració inicial dels pacients que han millorat.

## 12. Incidència de nafres per pressió a convalescència

- Definició: Percentatge de nous episodis amb seguiment en què els pacients adquireixen una o més nafres.
- Fórmula de càlcul: Nombre de nous episodis amb seguiment en què els pacients adquireixen una o més úlceres dividit per número de nous episodis amb seguiment multiplicat x100.
- Dimensions de desagregació: per grau d'úlceres (total i de graus III i/o IV).
- Descripcions: Aquest indicador es calcula a partir de la valoració de l'estat de la pell realitzat en l'última valoració sistemàtica del pacient o per canvi significatiu de l'estat, per identificar els casos nous es compararà amb la valoració de l'estat de la pell realitzada al començament de l'episodi.

S'inclouran només els casos que en la valoració inicial no presentin nafres.

- Valoració inicial: entre els dies 1-14 de la data d'inici de l'episodi.
- Valoració sistemàtica: valoració que es fa cada 21 dies a partir de la valoració inicial.
- Variables relacionades amb l'estat de la pell segons CMBD-RSS: M1a, M1b, M1c, M1d, M2a.
- Episodis amb seguiment: els que tenen com a mínim dues valoracions (una valoració inicial més una altra valoració sigui d'alta o de seguiment).

De forma resumida les variables d'estudi relacionades amb els indicadors d'avaluació dels centres amb atenció intermèdia es poden veure a continuació (Taula 12).

*Taula 12. Variables d'estudi relacionades amb els indicadors d'avaluació dels centres amb atenció intermèdia*

Variable	Tipus de variable	Valors de la variable**
Número persones ateses	Quantitativa discreta	35 – 2.345
Número episodis	Quantitativa discreta	36 – 2.640
Número d'estades	Quantitativa discreta	357 - 107.305
Estada mitjana	Quantitativa contínua	7,340 - 55,410
Estada mediana	Quantitativa discreta	4 - 87
Import del contracte	Quantitativa discreta	350.700 - 9.067.362
Percentatge episodis CNV amb destinació a domicili	Quantitativa contínua	36,4 - 93,8
Percentatge d'episodis amb una determinada condició mèdica	Quantitativa contínua	0,0 – 96,7
Incidència de nafres a CNV	Quantitativa contínua	0,00 – 6,354
Percentatge de pacients que han millorat l'estat funcional CNV	Quantitativa contínua	6,25 – 70,711
Mediana de punts de millora dels pacients que han millorat CNV	Quantitativa discreta	2 – 6
Percentatge episodis d'alta per defunció	Quantitativa contínua	1,2 – 94,4

\*\*Valors de les variables establerts a partir de la mostra estudiada.

## 6.5. Instruments i procediments per a l'obtenció de dades

La informació dels centres que tenien contractació de línies d'atenció intermèdia l'any 2014 per part del Catsalut i que havien començat l'activitat de subaguts l'any anterior, es va obtenir dels registres de la Divisió de Provisió de Serveis Assistencials del Catsalut.

### 6.5.1. Qüestionari a infermeres

Per conèixer la percepció de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres de les USSAI dels centres participants s'utilitza un qüestionari autoadministrat en format paper.

Aquest qüestionari conté la escala PES-NWI en la seva versió validada a l'espanyol (Annex 2) i 11 preguntes sobre aspectes sociodemogràfics, formatius, laborals i professionals. Aquest qüestionari s'acompanya d'un full informatiu sobre l'estudi i el full

de consentiment informat per a que el professional signi en cas de participar a l'estudi (Annex 4).

A la majoria de les infermeres es va entregar personalment el qüestionari, mentre es feia una breu explicació dels objectius i desenvolupament de l'estudi i de la documentació que se'ls entregava.

Les infermeres van disposar de 15 dies per respondre el qüestionari.

Prèviament a la recollida de dades es va pilotar el qüestionari amb 14 infermeres d'altres centres socio-sanitaris per comprovar la correcta comprensió de les preguntes, de les possibilitats de resposta i el correcte funcionament en el registre en la base de dades, en la que cada qüestionari s'identifica amb un número de cas.

### **6.5.2. Qüestionari als responsables dels centres**

Paral·lelament, per conèixer les característiques principals dels centres, s'utilitza un qüestionari amb una bateria de preguntes (Annex 5).

Aquest qüestionari el respon, mitjançant entrevista personal, el professional que la direcció de cada centre assigna com a professional de referència per a l'estudi, majoritàriament directores i coordinadores d'infèmeria. Un cop omplert el formulari, se'ls hi va fer arribar al professionals de referència per a que validessin i acabessin de complimentar el contingut de les respostes. Cada qüestionari s'identifica amb un número de cas.

Cal esmentar que la persona que va fer les entrevistes amb els professionals responsables de cada centre és la mateixa doctoranda que presenta aquesta tesi. Així mateix, aquestes entrevistes seveixen per fer la presentació de l'estudi i proporcionar tota la informació relacionada amb les enquestes. També hi ha la necessitat, en tots els centres, de fer diverses visites per tal de proporcionar les enquestes i posteriorment recollir-les. Totes aquestes tasques, així com la gestió de les dades (custòdia, registre, informatització, etc.) s'estableixen responsabilitat de la doctoranda.

### **6.5.3. Central de Resultats**

L'informe i les dades obertes de Central de Resultats de l'àmbit socio-sanitari Dades 2014 s'utilitza com a fonts d'informació de les variables relacionades amb l'avaluació de les USSAI<sup>(131)</sup>. Aquest informe és una font secundària que es nodreix principalment del registre del CMBD-RSS de la Divisió de Gestió de Registres d'Activitat del Catalunya.

S'ha extret la informació dels indicadors relacionats amb les USSAI de cadascun dels centres. D'acord amb el que s'explica a l'informe de Central de Resultats, i per raons de fiabilitat, no es publiquen, per tant no es disposa, de les dades dels centres amb menys de trenta episodis finalitzats.

## **6.6. Preparació i anàlisi estadístic de les dades**

Es crea una base de dades d'elaboració pròpia per introduir les dades recollides dels qüestionaris de les infermeres, en la que la valoració de cada infermera es correspon amb una observació (que es correspon amb un número de cas). En una base de dades diferent es recull la informació sobre les característiques i els resultats dels indicadors analitzats de cada un dels centres socio-sanitaris.

Per poder obtenir la puntuació de l'escala PES-NWI de totes les infermeres, als ítems de la PES-NWI amb valors perduts (ítems sense contestar) se'ls imputa el valor de la mitjana obtinguda en el seu centre per aquell ítem.

Es categoritzen els centres en funció del seu entorn de treball infermer seguint les indicacions per a l'anàlisi de l'escala PES-NWI. Així doncs, els centres es consideren favorables, desfavorables o mixtes en funció del número de factors amb una puntuació mitjana superior o igual a 2,5 (Annex 3). Així mateix, s'han categoritzat els factors de l'escala PES-NWI, essent favorables (si tenien una puntuació superior o igual a 2,5) o desfavorables (puntuació inferior a 2,5).

L'anàlisi de les dades es realitza amb el programa SPSS, versió 18, i Stata 13.1 En les proves estadístiques es fixa el nivell de significació  $\alpha$  del 0,05 i per tant es treballa amb un nivell de confiança del 95%. En les proves estadístiques s'ha considerat significatiu un valor de p inferior a 0,05.

### **6.6.1. Anàlisi univariant**

Per descriure tant les característiques de les infermeres com les propietats i els indicadors dels centres, es realitza una anàlisi descriptiva de cadascuna de les variables registrades per les infermeres i pels centres. Per a les variables qualitatives es proporciona el número i els percentatges relatius. Per a les variables quantitatives es proporcionen mesures de tendència central (mitjana i mediana) i de dispersió (desviació estàndard i rang interquartílic).



### 6.6.2. Anàlisi bivariant

Per a l'anàlisi bivariant, els resultats de la PES-NWI i dels seus factors són considerats les variables principals i la resta de variables secundàries.

Per les variables qualitatives es calcula la freqüència absoluta i la freqüència relativa (%) i s'analitza la relació de les dues variables mitjançant la prova Khi-quadrat o l'exacta de Fisher en funció de les condicions d'aplicabilitat. Per a les variables quantitatives es mostren els estadístics de tendència central (mitjana i mediana) i les seves corresponents mesures de variació (desviació típica i rang interquartílic) i s'analitza la seva relació mitjançant la proves no paramètriques U de Mann Whitney (2 medianes) i Kruskal Wallis (3 o més medianes). L'ús de proves no paramètriques és degut a la distribució asimètrica de les variables.

Alhora d'analitzar l'associació entre l'entorn de treball infermer i els indicadors d'avaluació de les USSAI de la Central de Resultats s'ha considerat la PES-NWI i els diferents factors que inclou l'escala com a variables quantitatives. Per aquest anàlisi s'usa la prova no paramètrica de la  $r$  de Spearman degut als mateixos motius exposats anteriorment.

### 6.6.3. Anàlisis multivariant

Per obtenir totes les característiques que es relacionen de manera conjunta amb l'escala d'entorn de treball i els seus factors, es realitzen dos models separats de regressió logística, un per a les variables individuals de les infermeres i un altre per les variables dels centres, on es té en compte l'efecte centre. Per a fer-ho, es consideren agrupades (*clustering error*) totes les infermeres d'un mateix centre. Es calculen les Odds Ratio (OR) de que la infermera declari un valor favorable i els seus intervals al 95% de confiança.

Per a la construcció dels models, s'utilitza un mètode de selecció basat en la millora de la versemblança i el criteri d'informació d'Akaike (AIC). A partir d'un model amb la constant s'introdueixen una a una totes les variables analitzades prèviament, seleccionant en primer lloc aquella que millora més la versemblança i el AIC. Una vegada la introducció d'una nova variable no millora la versemblança es finalitza la construcció del model. El criteri per introduir una variable es un valor  $p < 0,10$ .

Per a l'estudi de l'efecte combinat de les característiques individuals de les infermeres i les particularitats dels centres en la valoració de l'entorn laboral i dels diferents factors que el componen es parteix del model de regressió logística identificat amb els factors individuals de les infermeres. Considerant les infermeres agrupades (*clustering error*) d'un mateix centre s'afegeixen les variables particulars del centre utilitzant els mateixos criteris

que en les anàlisis anteriors. Posteriorment, s'introdueixen una a una totes les variables dels centres, seleccionant en primer lloc aquella que millorava més la versemblança i el AIC. Una vegada la introducció d'una nova variable no millorava la versemblança s'ha finalitzat la construcció del model.

Es realitza la comparació del model de regressió logística obtingut, on s'ha controlat l'efecte centre mitjançant l'agrupació de les infermeres a l'hora d'estimar els models (*Clustering error*), amb un model d'efectes aleatoris o multinivell només amb la constant (Test Khi-quadrat) per descartar diferències significatives entre els models i descartar que l'anàlisi multinivell aportí resultats diferents als obtinguts. Aquesta comparació permet confirmar que la metodologia utilitzada és adequada i que el model multinivell no aporta millores.

## **6.7. Aspectes ètics**

### **6.7.1. Permís per a la utilització de l'escala PES-NWI**

Es sol·licita a la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud de l'Institut de Salut Carlos III (Investén-isciii) el permís per utilitzar la versió validada a l'espanyol de l'escala PES-NWI, amb propietat intel·lectual registrada (*Cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España.4208/10. Registro Territorial de la Propiedad Intelectual de Madrid*).

Es fan els tràmits necessaris i es complimenta la documentació demanada (Annex 6) signant la conformitat de les condicions d'ús de la PES-NWI. D'aquesta forma, es rep la versió validada a l'espanyol de la PES-NWI (Annex 2) i les instruccions per a l'anàlisi de l'escala validada al castellà de la PES-NWI (Annex 3).

### **6.7.2. Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona**

Es presenta a la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona el pla de recerca acceptat per la Comissió Acadèmica del Programa de doctorat en Ciències Infermeres juntament amb la documentació on hi consta:

- Declaració de la no existència d'experimentació en essers humans ni la utilització de mostres biològiques d'origen humà
- El compromís que la confidencialitat de les dades obtingudes en el projecte fos escrupolosament observada i que les dades personals dels subjectes participants no fossin conegudes pels investigadors del projecte.

Al llarg de l'estudi es preserva l'anonimat de les persones estudiades mitjançant codificació numèrica en el tractament de les dades, per prevenir la seva identificació. En l'escriptura final, es mostren dades agregades que no permeten la identificació de les persones estudiades.

- El compromís de no utilitzar les dades obtingudes per a altres estudis diferents als d'aquest projecte i a no traspassar-les a altres possibles projectes o equips d'investigació. En aquest supòsit els investigadors haurien de sol·licitar abans el corresponent informe de la Comissió.
- Informació detallada que rep el professional per respondre de forma voluntària al qüestionari i les principals preguntes del mateix (Annex 4).

La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona emet un informe favorable des del punt de vista bioètic de la realització de l'esmentada tesi (Annex 7).

### 6.7.3. Permís de les institucions

Es presenta el treball de recerca als responsables d'infermeria dels catorze centres per tal de saber quin són els requisits per poder realitzar l'estudi en el seu centre.

En quatre centres, es requereix l'avaluació del projecte de recerca per part del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de referència:

- CEIC Institut d'Assistència Sanitària (SS Parc Sanitari Martí i Julià)
- CEIC Consorci sanitari Integral (CSS Hospitalet)
- CEIC Parc Taulí Sabadell (Albada CSS)
- CEIC Mútua de Terrassa (CSS Vallparadís)

Un cop incorporades les recomanacions i respondre als comentaris i dubtes que plantegen, s'obté l'informe favorable dels quatre CEICs de referència (Annex 8).

S'obté de cadascun dels centres un informe d'autorització per a realitzar l'estudi en cada organització (Annex 9).

Paral·lelament, el projecte de recerca també es presenta al director de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya per a l'aprovació de la utilització de dades públiques i no confidencials dels centres socio-sanitaris amb atenció intermèdia. S'obté el permís pertinent, aconseguint l'autorització per realitzar l'estudi en el marc del Pla director socio-sanitari (**Annex 10**).

#### **6.7.4. Consideracions ètiques**

La finalitat del present estudi és proporcionar coneixements sobre les dimensions /factors de l'entorn de la pràctica infermera en les organitzacions sanitàries relacionats amb els instruments d'avaluació públics i oberts existents en el sistema sanitari català i que, majoritàriament, es relacionen amb una garantia de qualitat de l'atenció sanitària a les persones.

La participació dels professionals en aquest estudi té caràcter voluntari. Tot i així, seguint les recomanacions del CEIC de Mútua de Terrassa, s'afegeix el consentiment informat dels participants.

Els qüestionaris inicialment recollien el DNI/ NIF com a identificador únic i inequívoc per a la base de dades de cadascuna de les persones que participaran en l'estudi. El CEIC Mútua de Terrassa recomana utilitzar un codi dissociat com a identificador del cas, per no comprometre la confidencialitat de les dades. Finalment es decideix incorporar com a codi identificador les inicials del nom i cognoms i 4 últims dígits del DNI/ NIF.

Una vegada la infermera complimenta el qüestionari, l'entrega en un sobre tancat per a preservar el seu anonimat.

Les dades recollides mitjançant les enquestes es tracten de forma anònima i confidencial i utilitzades únicament per a la consecució dels objectius del present estudi, fent la màxima difusió de les troballes i resultats obtinguts.

La documentació i dades obtingudes derivades d'aquest estudi es guardaran mínim un període de cinc anys un cop finalitzi el mateix.

La investigació no té implicacions de risc per a la salut, per la confidencialitat i pels drets de les persones, respectant principis ètics bàsics i en compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal LOPD.



## **VII. Resultats**



L'estudi compta amb la informació dels 14 centres estudiats i de les 388 infermeres que varen contestar al qüestionari (77% de resposta). Es pot veure l'índex de participació en la Taula 13.

*Taula 13. Població diana, mostra i nombre de respostes per centre sociosanitari*

Sociosanitari	Població diana	Mostra	Respostes	Percentatge participació
SS.H.Sta. Maria	37	34	22	64,7%
HSS Francolí	49	43	28	65,1%
CSS Llevant	26	24	24	100,0%
SS H.C. Amposta	10	10	10	100,0%
SS PSMJ	20	19	18	94,7%
SS H. Sta. Creu Vic	28	27	25	92,6%
CSS El Carme	52	42	40	95,2%
SS PSM	62	47	40	85,1%
HSS PSPV	92	89	61	68,5%
SS NHE	25	24	17	70,8%
C. Nstra. Sra. Guadalupe	27	27	22	81,5%
CSS Hospitalet	34	25	15	60,0%
Albada CSS	79	70	47	67,1%
CSS Vallparadís	20	20	19	95,0%
<b>Total</b>	<b>561</b>	<b>501</b>	<b>388</b>	<b>77,4%</b>



## **7.1. Característiques sociodemogràfiques, laborals, professionals i formatives de les infermeres de les USSAI**

En relació al primer objectiu específic, el qual planteja descriure les principals característiques sociodemogràfiques, laborals/professionals i formatives de les infermeres de les USSAI, a la Taula 14, es mostren les principals característiques sociodemogràfiques de les que s'ha recollit informació. El 91% són dones i el 50% de les persones enquestades tenen 36 anys o més amb un màxim de 62 anys i un mínim de 21 anys. El 93% són de nacionalitat espanyola i el 85% de procedència de Catalunya.

A la Taula 15 es mostren les característiques formatives de les infermeres. Cal destacar que la taula es basa en la informació de 378 infermeres, ja que en 10 casos les infermeres no van contestar ni tan sols a la pregunta de disposar de la diplomatura o del títol de grau en infermeria. Això implica que del total de les infermeres, un 97,4% (n=378) declara tenir el grau d'infermeria. D'aquestes, un 45,2% tenen algun postgrau (un 24% el tenen específic d'AI), un 24% han fet com a mínim un màster (un 9% específic d'AI) i un 25% tenen l'especialitat (un 23,5% és especialista en infermeria geriàtrica). Només una persona declara tenir el doctorat.

A la Taula 16 es mostren les característiques laborals i professionals de les infermeres. S'observa que la mediana d'anys d'experiència de les infermeres és de 10 anys i de 8 anys en l'àmbit sociosanitari. El 68% treballen a jornada completa i el 30% en torn rotatiu. Aproximadament el 60% de les infermeres treballen en més d'una unitat, essent 2 la mediana d'unitats en les que treballa. El 8% treballen a l'hospital de dia, el 43% en cures pal·liatives, el 57% en subaguts i el 66% en convalescència-postaguts.

Taula 14. Característiques sociodemogràfiques de les infermeres

Variable		Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
Edat		37,36 (9,98)	36,00 (29,0; 44,0)
Variable		N	%
Sexe	Home	33	8,68%
	Dona	347	91,3%
Lloc naixement	Espanya	347	92,8%
	Argentina	1	0,27%
	Bolívia	1	0,27%
	Colòmbia	3	0,80%
	Cuba	2	0,53%
	Equador	2	0,53%
	França	1	0,27%
	Holanda	1	0,27%
	Marroc	3	0,80%
	Perú	4	1,07%
	Portugal	3	0,8%
	Romania	2	0,53%
	Suïssa	2	0,53%
	Veneçuela	1	0,27%
	Altres	1	0,27%
CCAA naixement	Andalusia	10	2,91%
	Aragó	3	0,87%
	Astúries	2	0,58%
	Badajoz	2	0,58%
	Castella i lleó	7	2,03%
	Catalunya	294	85,5%
	Comunitat Valenciana	7	2,03%
	Extremadura	3	0,87%
	Galícia	2	0,58%
	Illes balears	3	0,87%
	La Rioja	3	0,87%
	Madrid	1	0,29%
	Murcia	2	0,58%
	Navarra	1	0,29%
	País Basc	4	1,16%

*Taula 15. Característiques formatives de les infermeres*

Variable		N	%
Formació: postgrau	Sense postgrau	207	54,8%
	Postgrau específic	90	23,8%
	Postgrau no específic	81	21,4%
Formació: màster	Sense màster	284	75,9%
	Màster específic	33	8,82%
	Màster no específic	57	15,2%
Formació: especialitat	No	283	74,9%
	Sí	95	25,1%
Formació: doctorat	No	377	99,7%
	Sí	1	0,26%

Annex 11. Resum comunicació oral “Formación posgraduada y especializada de las enfermeras de atención intermedia en Cataluña”.

Annex 12. Resum comunicació oral “Formació de postgrau i especialitzada de les infermeres de les unitats d’atenció intermèdia”

Annex 13. Carta al director “Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia”

Taula 16. Característiques laborals i professionals de les infermeres

Variable	N		Percentatge
Centre de treball	SS.H.Sta. Maria	22	5,67%
	HSS Francolí	28	7,22%
	CSS Llevant	24	6,19%
	SS H.C. Amposta	10	2,58%
	SS PSMJ	18	4,64%
	SS H. Sta. Creu Vic	25	6,44%
	CSS El Carme	40	10,3%
	SS PSM	40	10,3%
	HSS PSPV	61	15,7%
	SS NHE	17	4,38%
	C. Nstra. Sra. Guadalupe	22	5,67%
	CSS Hospitalet	15	3,87%
	Albada CSS	47	12,1%
	CSS Vallparadís	19	4,90%
Grup professional	Assistencial	341	89,7%
	Amb càrrec de gestió	39	10,3%
Tipus de jornada	Completa	250	67,6%
	Parcial	120	32,4%
Torn	Dia	178	48,0%
	Nit	81	21,8%
	Rotatiu	112	30,2%
Unitat de treball: SubA	No	156	42,9%
	Sí	208	57,1%
Unitat de treball: CNV-PostA	No	124	34,1%
	Sí	240	65,9%
Unitat de treball: UCP	No	208	57,1%
	Sí	156	42,9%
Unitat de treball: PGME	No	285	78,3%
	Sí	79	21,7%
Unitat de treball: LLE	No	237	65,1%
	Sí	127	34,9%
Unitat de treball: HD-SS	No	336	92,3%
	Sí	28	7,69%
Unitat de treball: altres	No	333	91,5%
	Sí	31	8,52%
Unitat fixa	Vàries unitats	211	58,3%
	Unitat única	151	41,7%
<b>Variable</b>	<b>Mitjana (DE)</b>	<b>Mediana (P25; P75)</b>	
Nre. unitats de treball	2,39 (1,61)	2 (1;3)	
Experiència infermera	12,51 (9,18)	10,0 (5,0; 18,0)	
Experiència infermera SS	9,35 (7,11)	8,0 (4,0; 13,0)	

## 7.2. Característiques dels centres sociosanitaris d'atenció intermèdia

A continuació es descriuen les principals característiques dels 14 centres sociosanitaris d'atenció intermèdia dels que s'ha recollit informació a través de les caps o directores d'infermeria dels centres (Taula 17).

El 50% dels centres disposen de més de 114 llits i la mediana de percentatge d'atenció intermèdia és del 74%. El 36% són organitzacions purament sociosanitàries i el 57% dels centres tenen unitats mixtes en les que s'atenen persones de diferents línies d'atenció d'internament. El 50% dels centres estan ubicats en el mateix centre que l'hospital d'aguts o està en un centre on es fa atenció especialitzada. La mediana de ràtio d'hores d'infermera per pacient és d' 1,21 hores i d'auxiliar de 1,86 hores. En el 64% dels centres el model d'infermeria utilitzat és el de Virginia Henderson. El 93% fan docència pregrau i el 57% docència de postgrau. El 71% estan acollits al Conveni col·lectiu de treball per als centres sociosanitaris de Catalunya amb activitat concertada amb el Servei Català de la Salut per als anys 2013-2014 i el 14% al VIIè conveni col·lectiu de treball dels hospitals de la XHUP i dels centres d'atenció primària concertats per als anys 2005-2008. Pel que fa a l'ús de l'HC3, tot i que el 92,9% dels centres l'utilitzen per visualitzar i publicar, les infermeres en fan un menor ús (71,4% dels centres).

Taula 17. Característiques dels 14 centres sociosanitaris estudiats

Variable	Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
Nre. llits	123,6 (73,9)	114,5 (73,0; 152,0)
Percentatge AI	75,1 (17,8)	74,2 (63,6; 92,2)
Nre. unitats	3,9 (2,1)	4,00 (2,0; 5,0)
Ràtio hores infermera-pacient	1,24 (0,27)	1,21 (1,0; 1,3)
Ràtio hores auxiliar infermeria-pacient	1,91 (0,37)	1,86 (1,7; 2,2)

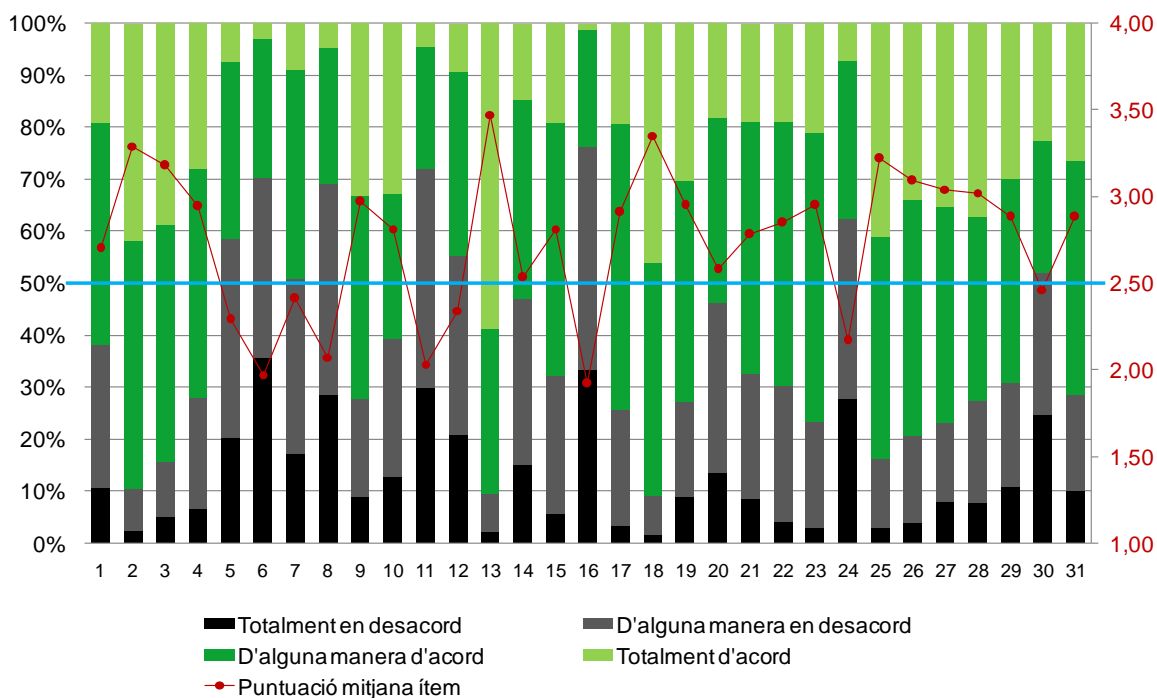
Taula 17. Continuació. Característiques dels 14 centres sociosanitaris estudiats

Variable		N	Percentatge
Ubicació centre	Hi ha AE/ HA	7	50,0%
	Al costat HA	3	21,4%
	Lluny HA	4	28,6%
Tipologia organització	Pura SS	5	35,7%
	Mixta	9	64,3%
Nivell hospital referència	Bàsic	2	14,3%
	Referència	7	50,0%
	Alta tecnologia	5	35,7%
Tipologia unitats	Específiques	2	14,3%
	Mixtes	8	57,1%
	Específiques i mixtes	4	28,6%
Horari torn dia	7h	6	42,9%
	7h 5'	1	7,14%
	7h 10'	2	14,3%
	7h 15'	5	35,7%
Horari torn nit	9h 25'	1	7,14%
	9h 55'	1	7,14%
	10h	5	35,7%
	10h 5'	1	7,14%
	10h 15'	4	28,6%
	10h 35'	1	7,14%
	10h 40'	1	7,14%
Model infermeria	V. Henderson	9	64,3%
	VGI	3	21,4%
	Altres	2	14,3%
Solapament horari	No	5	38,5%
	Sí	8	61,5%
Centre docent: pregrau	No	1	7,1%
	Sí	13	92,9%
Centre docent: postgrau	No	6	42,9%
	Sí	8	57,1%
Utilització HCE	Parcialment	1	7,1%
	Sí	13	92,9%
Utilització HC3	No	3	21,4%
	Parcialment	1	7,1%
	Totalment	10	71,4%
Conveni	1r. conveni SS	10	71,4%
	VIIè. conveni XHUP	2	14,3%
	Altres	2	14,3%
Nivell direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	13	92,9%
	Depèn de la mèdica/assistencial	1	7,1%

### 7.3. Entorn de treball de les infermeres de les USSAI

En l'anàlisi de les respostes individuals dels ítems de la PES-NWI, s'observa que hi ha 21 ítems en el que la tendència majoritària és a l'acord, havent respost més del 50% de les infermeres "d'alguna manera d'acord" o "d'acord" (ítems: 1-4, 9,10, 14, 15, 17-23, 25-29, 31). En 9 ítems la tendència és al desacord, havent respòs la majoria de les infermeres "en desacord" o "d'alguna manera en desacord" (ítems: 5-8, 11, 12, 16, 24, 30). Només en un ítem (13) la resposta majoritària és a "totalment d'acord" (Figura 8).

Figura 8. Valoració dels ítems de l'escala PES-NWI per part de les infermeres



Els resultats de l'escala PES-NWI i dels seus factors per centre es mostren a la Taula 18, en la que es pot observar que la puntuació mitjana total del PES-NWI és de 84,7 (rang=74,4- 92,3) i que les puntuacions obtingudes per centres són similars, sense grans diferències entre elles. Si dividim aquesta puntuació pels 31 ítems que té l'escala, suposa una puntuació mitjana de 2,73 (rang= 2,4- 3,0). Tots els factors tenen una puntuació total mitjana superior a 2,5 excepte el factor "Dotació" (2,30). El factor "Relacions" és el que té un valor mitjà més alt (3,02).

*Taula 18. Puntuacions totals de la PES-NWI i dels seus factors als 14 centres socio-sanitaris participants a l'estudi*

Centre	PES-NWI*	Factor 1 <sup>†</sup>	Factor 2 <sup>†</sup>	Factor 3 <sup>†</sup>	Factor 4 <sup>†</sup>	Factor 5 <sup>†</sup>
		Dotació	Relacions	Lideratge	Fonaments	Participació
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
SS.H.Sta. Maria	88,84 (13,3)	2,25 (0,6)	3,05 (0,7)	3,26 (0,5)	3,01 (0,5)	2,70 (0,5)
HSS Francolí	86,49 (11,5)	2,30 (0,6)	3,24 (0,4)	3,04 (0,5)	2,84 (0,4)	2,66 (0,5)
CSS Llevant	85,89 (9,8)	2,04 (0,5)	2,74 (0,6)	3,38 (0,3)	2,75 (0,4)	2,79 (0,4)
SS H.C. Amposta	92,30 (13,6)	2,38 (0,7)	3,37 (0,5)	3,32 (0,6)	3,07 (0,5)	2,82 (0,3)
SS PSMJ	83,78 (15,8)	2,32 (0,5)	3,11 (0,7)	2,67 (1,0)	3,00 (0,4)	2,43 (0,7)
SS H. Sta. Creu Vic	85,24 (13,3)	2,02 (0,6)	3,30 (0,5)	2,94 (0,7)	2,84 (0,5)	2,69 (0,5)
CSS El Carme	89,71 (13,6)	2,53 (0,6)	3,19 (0,7)	3,01 (0,7)	2,97 (0,5)	2,81 (0,5)
SS PSM	86,95 (11,4)	2,39 (0,7)	3,22 (0,6)	2,87 (0,5)	3,27 (0,4)	2,30 (0,5)
HSS PSPV	85,75 (11,3)	2,33 (0,5)	2,82 (0,5)	2,69 (0,6)	3,06 (0,4)	2,66 (0,5)
SS NHE	74,42 (20,3)	2,11 (0,9)	2,92 (0,7)	2,26 (1,1)	2,50 (0,5)	2,33 (0,7)
C. Nstra. Sra. Guadalupe	82,76 (19,2)	2,40(0,8)	2,87(0,6)	2,64 (0,8)	2,91 (0,6)	2,47 (0,8)
CSS Hospitalet	88,80 (11,9)	2,53 (0,7)	3,13 (0,6)	3,04 (0,4)	3,03 (0,4)	2,64 (0,4)
Albada CSS	75,02 (13,8)	2,37 (0,6)	2,70 (0,7)	2,49 (0,8)	2,56 (0,4)	2,15 (0,5)
CSS Vallparadís	86,39 (13,2)	1,97 (0,5)	3,14 (0,5)	3,01 (0,6)	2,94 (0,5)	2,74 (0,4)
Total	84,75 (14,1)	2,30 (0,6)	3,02 (0,6)	2,86 (0,7)	2,92 (0,5)	2,56 (0,6)

\*Límits puntuació: 31-124, on 31 es correspon amb el màxim desacord en la puntuació dels ítems (pitjor entorn de treball possible) i 124 el màxim acord (millor entorn de treball possible).

†Límits puntuació:1-4, on 1 es correspon amb el màxim desacord en els ítems agrupats en aquest factor i 4 es correspon amb el màxim acord. Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana  $\geq 2,5$ .



## 7.4. Categorització dels centres en funció de la valoració de l'entorn de treball de les infermeres

A la Taula 19 es mostra la categorització de l'entorn de treball infermer en base a la percepció que tenen les infermeres, tant la valoració general, com pels diferents factors que conformen la PES-NWI. Tenint en compte les puntuacions de cadascuna de les infermeres, el 53% considera que l'entorn en el que treballa és favorable. Un 32% de les infermeres valoren el seu ambient de treball com a mixt i un 15% el valoren com a desfavorable. El 44% de les infermeres consideren favorable el factor "Dotació", el 80% pensen que és favorable el factor "Relacions" i el 72% creuen que el factor "Lideratge" és favorable. El 83% indiquen que el factor "Fonaments" és favorable, i només el 56% opinen favorablement sobre el factor "Participació".

Taula 19. Valoració de l'entorn de treball i els seus factors per les infermeres participants a l'estudi

Variable		N	Percentatge
Entorn de treball infermer*	Desfavorable	60	15,46%
	Mixt	123	31,70%
	Favorable	205	52,84%
Factor "Dotació" <sup>†</sup>	Desfavorable	216	55,67%
	Favorable	172	44,33%
Factor "Relacions" <sup>†</sup>	Desfavorable	79	20,36%
	Favorable	309	79,64%
Factor "Lideratge" <sup>†</sup>	Desfavorable	107	27,58%
	Favorable	281	72,42%
Factor "Fonaments" <sup>†</sup>	Desfavorable	67	17,27%
	Favorable	321	82,73%
Factor "Participació" <sup>†</sup>	Desfavorable	171	44,07%
	Favorable	217	55,93%

\*Es considera que l'entorn de treball és favorable quan 4 o 5 factors obtenen una puntuació  $\geq 2,5$ ; mixta quan obtenen aquesta puntuació 2 o 3 factors; desfavorable quan només un (o cap) dels factors obté aquesta puntuació.

<sup>†</sup> Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana  $\geq 2,5$ .

Segons la categorització que han fet les infermeres dels seus entorns de treball, només 2 centres tenen el factor “Dotació” favorable. En canvi, tots tenen el factors “Relacions” i “Fonaments” favorables. En 2 centres les infermeres han considerat que el factor “Lideratge” és desfavorable. Globalment, un 64% dels centres tenen un entorn laboral infermer favorable i un 36% mixt (Taula 20).

*Taula 20. Categorització dels 14 centres inclosos a l'estudi segons la valoració de l'entorn de treball infermer i els seus factors*

Variable		N	Percentatge
Entorn de treball infermer*	Desfavorable	0	0%
	Mixt	5	35,7%
	Favorable	9	64,3%
Factor “Dotació”†	Desfavorable	12	85,7%
	Favorable	2	14,3%
Factor “Relacions”†	Desfavorable	0	0%
	Favorable	14	100%
Factor “Lideratge”†	Desfavorable	2	14,3%
	Favorable	12	85,7%
Factor “Fonaments”†	Desfavorable	0	0%
	Favorable	14	100%
Factor “Participació”†	Desfavorable	5	35,7%
	Favorable	9	64,3%

\*Es considera que l'entorn de treball és favorable quan 4 o 5 factors obtenen una puntuació  $\geq 2,5$ ; mixta quan obtenen aquesta puntuació 2 o 3 factors; desfavorable quan només un (o cap) dels factors obté aquesta puntuació.

† Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana  $\geq 2,5$ .

## **7.5. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb les característiques de les infermeres**

### **7.5.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les característiques de les infermeres**

La valoració favorable de l'entorn de treball de les infermeres es relaciona en l'anàlisi bivariant amb el centre de treball, el grup professional, la formació a nivell de màster, treballar en l'hospital de dia i els anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari (Taula 21). Es ressalten en gris fosc les característiques que s'associen de forma estadísticament significatives amb la valoració favorable (també en totes les taules de resultats posteriors).

Menys del 40% de les infermeres que treballen en el Centre Sociosanitari del Parc Hospitalari Martí i Julià, el Sociosanitari del Nou Hospital Evangèlic, la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe i Albada Centre Sociosanitari declaren com a favorable l'entorn de treball infermer del seu centre, mentre que el declaren favorable més d'un 60% les que treballen en el Sociosanitari de l'Hospital Comarcal d'Amposta, el Sociosanitari Hospital Santa Creu de Vic, el Centre Sociosanitari El Carme, el Centre Sociosanitari Vallparadís i el Sociosanitari del Parc Salut Mar. Les infermeres que tenen un màster no específic d'AI tenen una tendència significativa a valorar l'entorn de treball d'una forma més favorable que les que tenen un màster específic d'AI i aquelles que no en tenen cap (68% enfront prop del 53%). Tanmateix, les infermeres amb càrrec de gestió tenen una tendència significativament favorable a valorar l'entorn de treball en relació a les infermeres assistencials (74% enfront 52%) i les que treballen a l'hospital de dia sociosanitari en relació a les que no (85,7% en front al 51,5%). L'entorn de treball està valorat més favorablement per aquelles infermeres amb una mediana d'anys d'experiència al sociosanitari menor.

Taula 21. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Entorn de treball infermer*				p-valor
		Desfavorable/ Mixt		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	15	45,5%	18	54,5%	,8922
	Dona	162	46,7%	185	53,3%	
Lloc naixement	Espanya	166	47,8%	181	52,2%	,2788
	Altres països	10	37,0%	17	63,0%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	9	40,9%	13	59,1%	,0040
	HSS Francolí	13	46,4%	15	53,6%	
	CSS Llevant	11	45,8%	13	54,2%	
	SS H. C. Amposta	2	20,0%	8	80,0%	
	SS PSMJ	11	61,1%	7	38,9%	
	SS H. Sta. Creu Vic	9	36,0%	16	64,0%	
	CSS El Carme	12	30,0%	28	70,0%	
	SS PSM	15	37,5%	25	62,5%	
	HSS PSPV	30	49,2%	31	50,8%	
	SS NHE	13	76,5%	4	23,5%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	12	54,5%	10	45,5%	
	CSS Hospitalet	7	46,7%	8	53,3%	
	Albada CSS	33	70,2%	14	29,8%	
	CSS Vallparadís	6	31,6%	13	68,4%	
Grup professional	Assistencial	165	48,4%	176	51,6%	,0069
	Amb càrrec de gestió	10	25,6%	29	74,4%	
Formació: postgrau	No postgrau	88	42,5%	119	57,5%	,1855
	Postgrau específic	43	47,8%	47	52,2%	
	Postgrau no específic	44	54,3%	37	45,7%	
Formació: màster	No màster	142	50,0%	142	50,0%	,0388
	Màster específic	15	45,5%	18	54,5%	
	Màster no específic	18	31,6%	39	68,4%	
Formació: especialitat	No	133	47,0%	150	53,0%	,6375
	Sí	42	44,2%	53	55,8%	
Formació: doctorat	No	175	46,4%	202	53,6%	1,0000
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	
Tipus de jornada	Completa	125	50,0%	125	50,0%	,0711
	Parcial	48	40,0%	72	60,0%	

Taula 21. Continuació. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Entorn de treball infermer*				p-valor
		Desfavorable/ Mixt		Favorable		
		N	%	N	%	
Torn	Dia	91	51,1%	87	48,9%	,0939
	Nit	40	49,4%	41	50,6%	
	Rotatiu	43	38,4%	69	61,6%	
Unitat treball: SubA	No	71	45,5%	85	54,5%	,9033
	Sí	96	46,2%	112	53,8%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	64	51,6%	60	48,4%	,1146
	Sí	103	42,9%	137	57,1%	
Unitat treball: UCP	No	95	45,7%	113	54,3%	,9274
	Sí	72	46,2%	84	53,8%	
Unitat treball: PGME	No	132	46,3%	153	53,7%	,7508
	Sí	35	44,3%	44	55,7%	
Unitat treball: LLE	No	117	49,4%	120	50,6%	,0681
	Sí	50	39,4%	77	60,6%	
Unitat treball: HD-SS	No	163	48,5%	173	51,5%	,0005
	Sí	4	14,3%	24	85,7%	
Unitat treball: altres	No	155	46,5%	178	53,5%	,4023
	Sí	12	38,7%	19	61,3%	
Unitat fixa	Vàries unitats	94	44,5%	117	55,5%	,4751
	Única unitat	73	48,3%	78	51,7%	
Edat	Mitjana (DE)	37,8 (9,4)		37,0 (10,4)		,4667
	Mediana (P25; P75)	37,0 (30,0; 43,0)		35,0 (28,0; 45,0)		
Experiència infermera	Mitjana (DE)	13,1 (8,8)		12,0 (9,5)		,2732
	Mediana (P25; P75)	11,0 (6,0; 20,0)		10,0 (4,0; 16,0)		
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	10,1 (6,7)		8,7 (7,4)		,0874
	Mediana (P25; P75)	8,0 (6,0; 14,0)		8,0 (3,0; 12,0)		

\*Es considera que l'entorn de treball és favorable quan 4 o 5 factors obtenen una puntuació  $\geq 2,5$ ; mixta quan obtenen aquesta puntuació 2 o 3 factors; desfavorable quan només un (o cap) dels factors obté aquesta puntuació.

Annex 14. Article original breu "Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña"

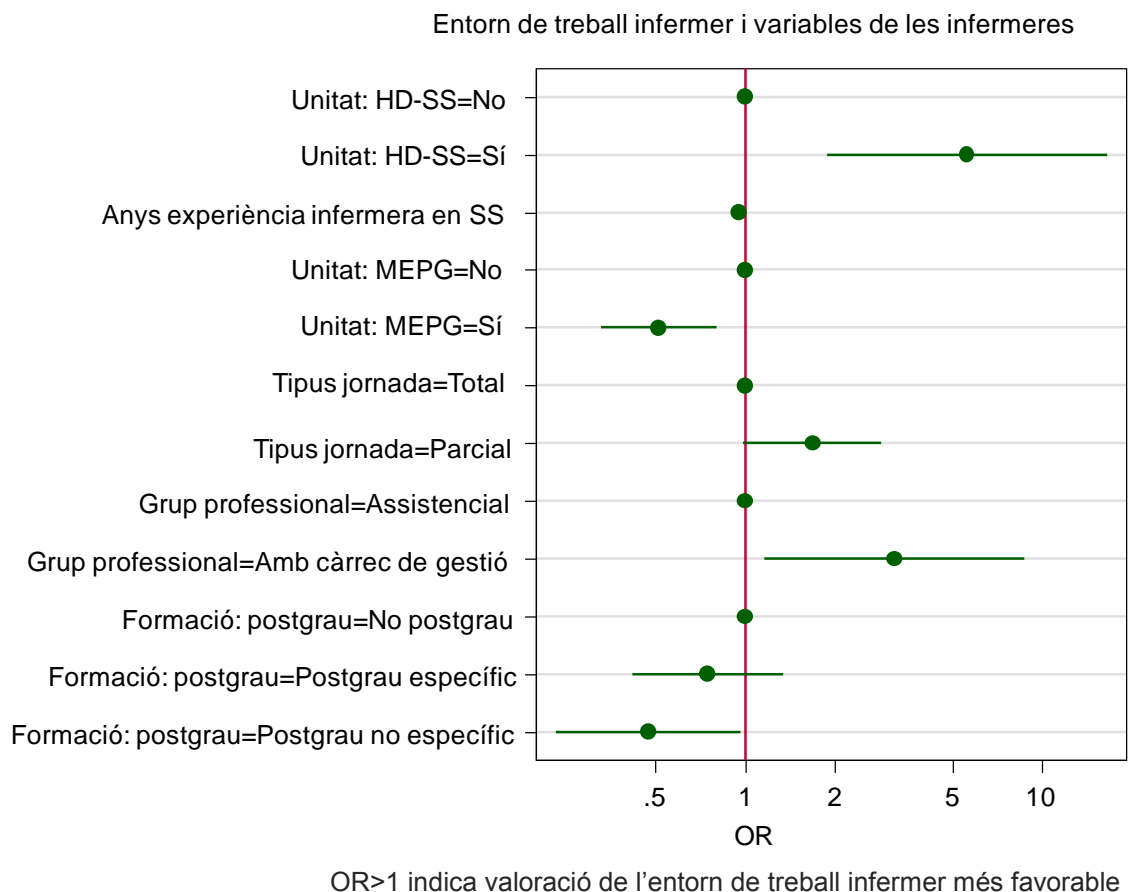
A la Taula 22 es presenta el model multivariat ajustat per a l'entorn laboral infermer segons les variables de les infermeres. Les característiques que s'associen a percebre l'entorn de treball com a favorable són: treballar a l'hospital de dia, no treballar en psicogeriatría de mitjana estada, tenir menys anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari i tenir un càrrec de gestió. La tipologia de jornada laboral i la formació de postgrau, tot i no ser variables estadísticament significatives (el seu interval de confiança inclou l'1 i creua la línia vermella), sí que són variables necessàries per a un bon ajust del model (Figura 9).

*Taula 22. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant*

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		,0018
	Sí	5,62	( 1,90;16,64)	
Experiència infermera SS		0,95	( 0,92; 0,99)	,0197
Unitat de treball: PGME	No	1		,0034
	Sí	0,51	( 0,33; 0,80)	
Jornada	Completa	1		,0551
	Parcial	1,69	( 0,99; 2,89)	
Grup professional	Assistencial	1		,0239
	Amb càrrec de gestió	3,19	( 1,17; 8,72)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		,1233
	Postgrau específic	0,75	( 0,42; 1,35)	
	Postgrau no específic	0,47	( 0,23; 0,97)	

Número d'objectes = 330; LL model= -210,72 ; AIC model= 437,44 ; BIC model= 467,83  
 OR>1 indica valoració de l'entorn de treball infermer més favorable

Figura 9. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat de l'entorn de treball infermer



### 7.5.2. Relació del factor “Dotació” amb les característiques de les infermeres

La valoració del factor “Dotació” es relaciona amb el grup professional, la formació de postgrau i el treballar en l'hospital de dia (Taula 23).

Concretament, s'observa que el 43% de les infermeres del grup assistencial perceben aquest factor com a favorable, mentre que aquest percentatge augmenta fins al 64% en les infermeres que tenen algun càrrec de gestió. Una mica més de la meitat de les infermeres sense postgrau tenen una opinió favorable del factor “Dotació” (51%) mentre que aquest percentatge és quasi del 40% de les infermeres amb un postgrau específic d'Al i d'un 35% de les que tenen un postgrau no específic d'Al. Les infermeres que treballen a l'hospital de dia declaren en un major percentatge (75%) estar en centres amb el factor “Dotació” favorable que les que no hi treballen (42%).

*Taula 23. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant*

Variable		Factor “Dotació” *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	19	57,6%	14	42,4%	,7317
	Dona	189	54,5%	158	45,5%	
Lloc naixement	Espanya	192	55,3%	155	44,7%	,9820
	Altres països	15	55,6%	12	44,4%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	13	59,1%	9	40,9%	,2249
	HSS Francolí	15	53,6%	13	46,4%	
	CSS Llevant	15	62,5%	9	37,5%	
	SS H. C. Amposta	5	50,0%	5	50,0%	
	SS PSMJ	10	55,6%	8	44,4%	
	SS H. Sta. Creu Vic	19	76,0%	6	24,0%	
	CSS El Carme	16	40,0%	24	60,0%	
	SS PSM	17	42,5%	23	57,5%	
	HSS PSPV	33	54,1%	28	45,9%	
	SS NHE	12	70,6%	5	29,4%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	13	59,1%	9	40,9%	
	CSS Hospitalet	7	46,7%	8	53,3%	
	Albada CSS	27	57,4%	20	42,6%	
	CSS Vallparadís	14	73,7%	5	26,3%	
Grup professional	Assistencial	195	57,2%	146	42,8%	,0114
	Amb càrrec de gestió	14	35,9%	25	64,1%	



Taula 23. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Dotació" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Dotació" *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Formació: postgrau	No postgrau	101	48,8%	106	51,2%	,0257
	Postgrau específic	53	58,9%	37	41,1%	
	Postgrau no específic	53	65,4%	28	34,6%	
Formació: màster	No màster	162	57,0%	122	43,0%	,2851
	Màster específic	18	54,5%	15	45,5%	
	Màster no específic	26	45,6%	31	54,4%	
Formació: especialitat	No	160	56,5%	123	43,5%	,2314
	Sí	47	49,5%	48	50,5%	
Formació: doctorat	No	207	54,9%	170	45,1%	,4524
	Sí	0	0%%	1	100%	
Tipus jornada	Completa	137	54,8%	113	45,2%	,9088
	Parcial	65	54,2%	55	45,8%	
Torn	Dia	102	57,3%	76	42,7%	,6201
	Nit	43	53,1%	38	46,9%	
	Rotatiu	58	51,8%	54	48,2%	
Unitat treball: SubA	No	91	58,3%	65	41,7%	,3009
	Sí	110	52,9%	98	47,1%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	76	61,3%	48	38,7%	,0941
	Sí	125	52,1%	115	47,9%	
Unitat treball: UCP	No	120	57,7%	88	42,3%	,2733
	Sí	81	51,9%	75	48,1%	
Unitat treball: PGME	No	162	56,8%	123	43,2%	,2371
	Sí	39	49,4%	40	50,6%	
Unitat treball: LLE	No	137	57,8%	100	42,2%	,1753
	Sí	64	50,4%	63	49,6%	
Unitat treball: HD-SS	No	194	57,7%	142	42,3%	,0008
	Sí	7	25,0%	21	75,0%	
Unitat treball: altres	No	185	55,6%	148	44,4%	,6729
	Sí	16	51,6%	15	48,4%	
Unitat fixa	Vàries unitats	113	53,6%	98	46,4%	,3725
	Única unitat	88	58,3%	63	41,7%	
Edat	Mitjana (DE)	37,6 (9,8)		37,1 (10,25)		,6699
	Mediana (P25; P75)	36,5 (29,0; 43,5)		35,0 (29,5; 45,0)		
Experiència infermera	Mitjana (DE)	12,41 (8,88)		12,64 (9,57)		,8155
	Mediana (P25; P75)	10,00 ( 5,0; 19,0)		11,00 ( 5,0; 17,0)		
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	9,67 (7,0)		8,93 (7,24)		,3418
	Mediana (P25; P75)	8,00 (5,00; 14,0)		7,00 ( 4,00; 12,0)		

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

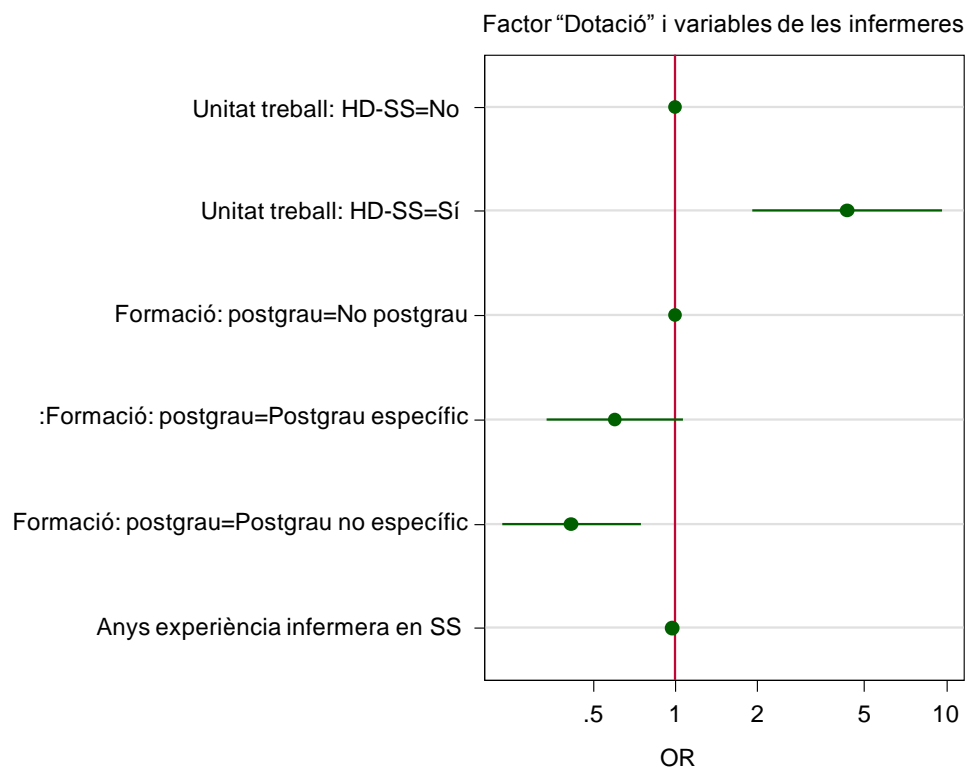
A la Taula 24 es presenta el model multivariat ajustat pel factor “Dotació” segons les particularitats de les infermeres. Les característiques que es relacionen amb tenir una percepció favorable d'aquest factor són: treballar a l'hospital de dia i no tenir formació de postgrau. Els anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari, tot i no ser una variable estadísticament significativa, sí que és una variable necessària per un bon ajust del model (Figura 10).

*Taula 24. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant*

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		.0004
	Sí	4,31	( 1.93; 9.62)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		.0117
	Postgrau específic	0,60	( 0.33; 1.07)	
	Postgrau no específic	0,41	( 0.23; 0.75)	
Experiència infermera SS		0,98	( 0.94; 1.01)	.1845

Número objectes=335; LL model= -148,98; AIC model= 448,71; BIC model= 467,78  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

*Figura 10. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor “Dotació”*



OR>1 indica valoració del factor més favorable

### 7.5.3. Relació del factor “Relacions” amb les característiques de les infermeres

La valoració d'aquesta dimensió es relaciona amb el centre de treball, tenir l'especialitat i el torn de treball (Taula 25).

Concretament, s'observa que un major percentatge d'infermeres que tenen l'especialitat (88%) tenen una opinió favorable de les relacions laborals, enfront un 77% de les que no la tenen. Per contra, les infermeres que treballen en el torn de nit declaren en menor percentatge una opinió favorable (69%) enfront als altres dos torns, prop del 82%.

Taula 25. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor “Relacions” *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	7	21,2%	26	78,8%	,8871
	Dona	70	20,2%	277	79,8%	
Lloc naixement	Espanya	71	20,5%	276	79,5%	,8274
	Altres països	6	22,2%	21	77,8%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	6	27,3%	16	72,7%	<,0001
	HSS Francolí	2	7,1%	26	92,9%	
	CSS Llevant	6	25,0%	18	75,0%	
	SS H. C. Amposta	1	10,0%	9	90,0%	
	SS PSMJ	5	27,8%	13	72,2%	
	SS H. Sta. Creu Vic	1	4,0%	24	96,0%	
	CSS El Carme	5	12,5%	35	87,5%	
	SS PSM	6	15,0%	34	85,0%	
	HSS PSPV	14	23,0%	47	77,0%	
	SS NHE	5	29,4%	12	70,6%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	6	27,3%	16	72,7%	
	CSS Hospitalet	2	13,3%	13	86,7%	
	Albada CSS	18	38,3%	29	61,7%	
	CSS Vallparadís	2	10,5%	17	89,5%	
Grup professional	Assistencial	69	20,2%	272	79,8%	,7353
	Amb càrrec de gestió	7	17,9%	32	82,1%	
Formació: postgrau	No postgrau	38	18,4%	169	81,6%	,4832
	Postgrau específic	18	20,0%	72	80,0%	
	Postgrau no específic	20	24,7%	61	75,3%	

Taula 25. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Relacions" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Relacions" *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Formació: màster	No màster	61	21,5%	223	78,5%	,5912
	Màster específic	5	15,2%	28	84,8%	
	Màster no específic	10	17,5%	47	82,5%	
Formació: especialitat	No	65	23,0%	218	77,0%	,0166
	Sí	11	11,6%	84	88,4%	
Formació: doctorat	No	76	20,2%	301	79,8%	1,0000
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	
Tipus jornada	Completa	51	20,4%	199	79,6%	,7813
	Parcial	23	19,2%	97	80,8%	
Torn	Dia	30	16,9%	148	83,1%	,0256
	Nit	25	30,9%	56	69,1%	
	Rotatiu	20	17,9%	92	82,1%	
Unitat treball: SubA	No	31	19,9%	125	80,1%	,9697
	Sí	41	19,7%	167	80,3%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	23	18,5%	101	81,5%	,6715
	Sí	49	20,4%	191	79,6%	
Unitat treball: UCP	No	41	19,7%	167	80,3%	,9697
	Sí	31	19,9%	125	80,1%	
Unitat treball: PGME	No	57	20,0%	228	80,0%	,8415
	Sí	15	19,0%	64	81,0%	
Unitat treball: LLE	No	48	20,3%	189	79,7%	,7570
	Sí	24	18,9%	103	81,1%	
Unitat treball: HD-SS	No	70	20,8%	266	79,2%	,0806
	Sí	2	7,1%	26	92,9%	
Unitat treball: altres	No	64	19,2%	269	80,8%	,3785
	Sí	8	25,8%	23	74,2%	
Unitat fixa	Vàries unitats	41	19,4%	170	80,6%	,7963
	Única unitat	31	20,5%	120	79,5%	
Edat	Mitjana (DE)	36,5 (9,8)		37,6 (10,0)		,4212
	Mediana (P25; P75)	35,0 (27,0; 44,0)		36,0 (30,0; 44,0)		
Experiència infermera	Mitjana (DE)	11,8 (8,51)		12,7 (9,35)		,4555
	Mediana (P25; P75)	10,0 (5,0; 17,0)		11,0 (5,0; 18,0)		
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	10,0 (6,6)		9,2 (7,21)		,3927
	Mediana (P25; P75)	9,0 (5,5; 12,5)		7,0 (4,0; 13,0)		

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

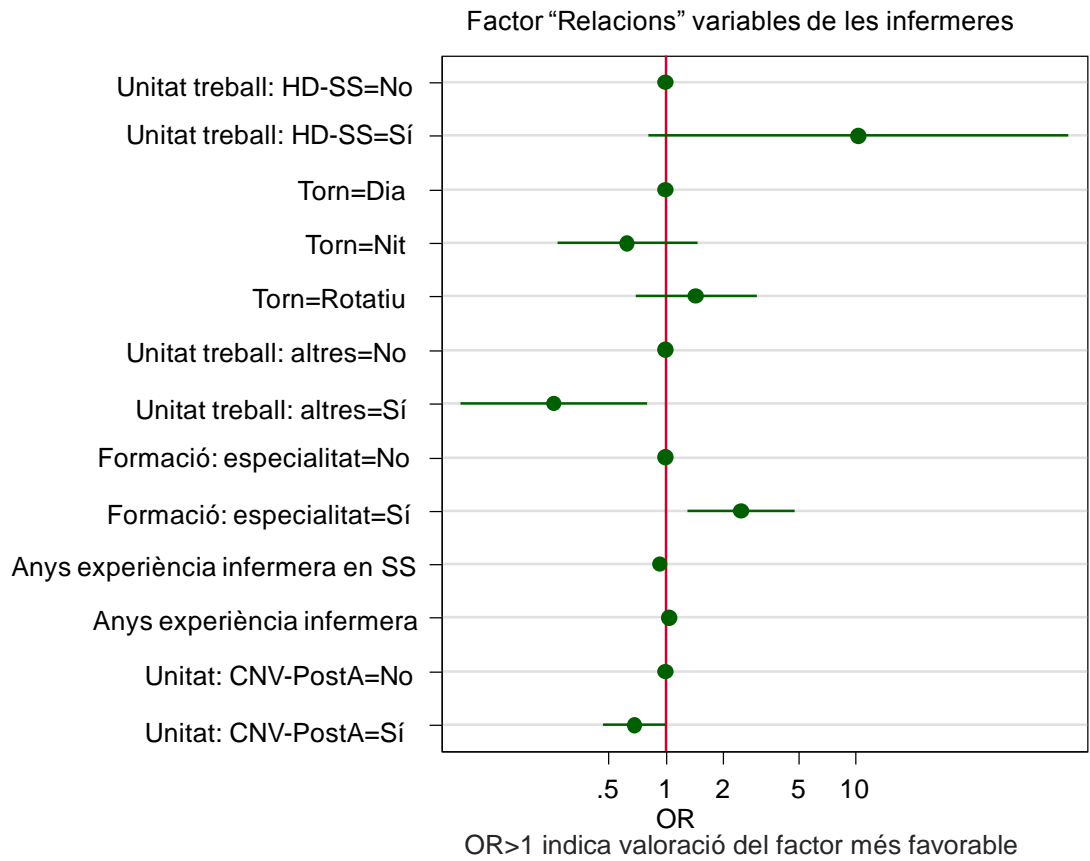
En la Taula 26 es presenta el model multivariat ajustat pel factor “Relacions” segons les particularitats de les infermeres. Les característiques de les infermeres que s’associen a percebre el factor “Relacions” com a favorables són tenir l’especialitat i tenir més anys d’experiència com a infermera. Per contra, treballar a convalsència-postaguts i a altres unitats (no especificades) i tenir més anys d’experiència en l’àmbit sociosanitari es relacionen amb una percepció desfavorable d’aquest factor. El torn i treballar a l’hospital de dia, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per un bon ajust del model (Figura 11).

Taula 26. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant.

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		,0721
	Sí	10,29	( 0,8; 130,7)	
Torn	Dia	1		,1347
	Nit	0,63	( 0,3; 1,5)	
	Rotatiu	1,45	( 0,7; 3,0)	
Unitat de treball: CNV-PostA	No	1		,0492
	Sí	0,69	( 0,47; 1,0)	
Unitat de treball: altres	No	1		,0189
	Sí	0,26	( 0,1; 0,8)	
Formació: especialitat	No	1		,0062
	Sí	2,49	( 1,30; 4,8)	
Experiència infermera en SS		0,93	( 0,9; 1,0)	,0011
Experiència infermera		1,04	( 1,0; 1,1)	,0432

Número objectes=327; LL model= -148,98; AIC model= 315,97; BIC model= 350,08  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 11. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Relacions"



#### **7.5.4. Relació del factor “Lideratge” amb les característiques de les infermeres**

La valoració d'aquest factor es relaciona amb el centre on es treballa, el grup professional, la formació de màster, el tipus de jornada laboral, el torn, treballar a l'hospital de dia i en altres unitats i amb els anys d'experiència, tant com a infermera com en l'àmbit sociosanitari (Taula 27).

Concretament, menys del 50% de les infermeres que treballen en el Sociosanitari del Nou Hospital Evangèlic i en l'Albada Centre Sociosanitari declaren com a favorable l'actitud de les seves responsables, mentre que ho declaren més d'un 90% de les que treballen en el Centre Sociosanitari de l'Hospital Santa Maria, del Centre Sociosanitari Llevant i del Centre Sociosanitari Hospitalet. Un menor percentatge de les infermeres que tenen un màster específic valoren favorablement el factor “Lideratge” (un 61% enfront el 75% de les que no tenen un màster específic). De la mateixa manera, fan una valoració favorable d'aquest factor en menor percentatge aquelles que no tenen un càrrec de gestió (71% de les assistencials enfront un 95% amb càrrec de gestió), les que treballen a jornada completa (70% enfront 81% de la jornada parcial), les que treballen en el torn de nit (57% enfront el 87% de les que tenen un torn rotatiu o el 73% de les que tenen torn diürn), les que no treballen en l'hospital de dia ni en altres unitats no especificades. La mediana d'anys d'experiència de les infermeres que treballen en centres on el factor “Lideratge” és desfavorable és major, tant l'experiència general com específicament en l'àmbit sociosanitari. Per tant, sembla que quanta més experiència, la percepció d'aquest factor és més desfavorable.

Taula 27. Relació entre la valoració del factor "Lideratge" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Lideratge"*				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	7	21,2%	26	78,8%	,4652
	Dona	94	27,1%	253	72,9%	
Lloc naixement	Espanya	92	26,5%	255	73,5%	,7245
	Altres països	8	29,6%	19	70,4%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	1	4,5%	21	95,5%	<,0001
	HSS Francolí	6	21,4%	22	78,6%	
	CSS Llevant	0	0,0%	24	100,0%	
	SS H. C. Amposta	2	20,0%	8	80,0%	
	SS PSMJ	6	33,3%	12	66,7%	
	SS H. Sta. Creu Vic	6	24,0%	19	76,0%	
	CSS El Carme	10	25,0%	30	75,0%	
	SS PSM	6	15,0%	34	85,0%	
	HSS PSPV	21	34,4%	40	65,6%	
	SS NHE	10	58,8%	7	41,2%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	10	45,5%	12	54,5%	
	CSS Hospitalet	1	6,7%	14	93,3%	
	Albada CSS	25	53,2%	22	46,8%	
	CSS Vallparadís	3	15,8%	16	84,2%	
Grup professional	Assistencial	98	28,7%	243	71,3%	,0015
	Amb càrrec de gestió	2	5,1%	37	94,9%	
Formació: postgrau	No postgrau	47	22,7%	160	77,3%	,1560
	Postgrau específic	30	33,3%	60	66,7%	
	Postgrau no específic	22	27,2%	59	72,8%	
Formació: màster	No màster	77	27,1%	207	72,9%	,0443
	Màster específic	13	39,4%	20	60,6%	
	Màster no específic	9	15,8%	48	84,2%	
Formació: especialitat	No	75	26,5%	208	73,5%	,8122
	Sí	24	25,3%	71	74,7%	
Formació: doctorat	No	99	26,3%	278	73,7%	1,0000
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	
Tipus de jornada	Completa	74	29,6%	176	70,4%	,0327
	Parcial	23	19,2%	97	80,8%	



Taula 27. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Lideratge" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Lideratge"*				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Torn	Dia	48	27,0%	130	73,0%	<,0001
	Nit	35	43,2%	46	56,8%	
	Rotatiu	15	13,4%	97	86,6%	
Unitat treball: SubA	No	41	26,3%	115	73,7%	,7814
	Sí	52	25,0%	156	75,0%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	31	25,0%	93	75,0%	,8628
	Sí	62	25,8%	178	74,2%	
Unitat treball: UCP	No	51	24,5%	157	75,5%	,6028
	Sí	42	26,9%	114	73,1%	
Unitat treball: PGME	No	75	26,3%	210	73,7%	,5243
	Sí	18	22,8%	61	77,2%	
Unitat treball: LLE	No	67	28,3%	170	71,7%	,1040
	Sí	26	20,5%	101	79,5%	
Unitat treball: HD-SS	No	91	27,1%	245	72,9%	,0201
	Sí	2	7,1%	26	92,9%	
Unitat treball: altres	No	91	27,3%	242	72,7%	,0108
	Sí	2	6,5%	29	93,5%	
Unitat fixa	Vàries unitats	49	23,2%	162	76,8%	,2040
	Única unitat	44	29,1%	107	70,9%	
Edat	Mitjana (DE)	38,3 (8,9)		37,0 (10,3)		,3031
	Mediana (P25; P75)	38,0 (30,0;44,0)		35,0 (29,0; 44,0)		,1598
Experiència infermera	Mitjana (DE)	14,0 (8,8)		12,0 (9,3)		,0827
	Mediana (P25; P75)	11,5 (7,0; 20,0)		10,0 (4,0; 17,0)		,0385
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	10,6 (6,8)		8,9 (7,2)		,0491
	Mediana (P25; P75)	8,0 (6,0; 14,0)		7,0 (3,0;13,0)		,0211

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

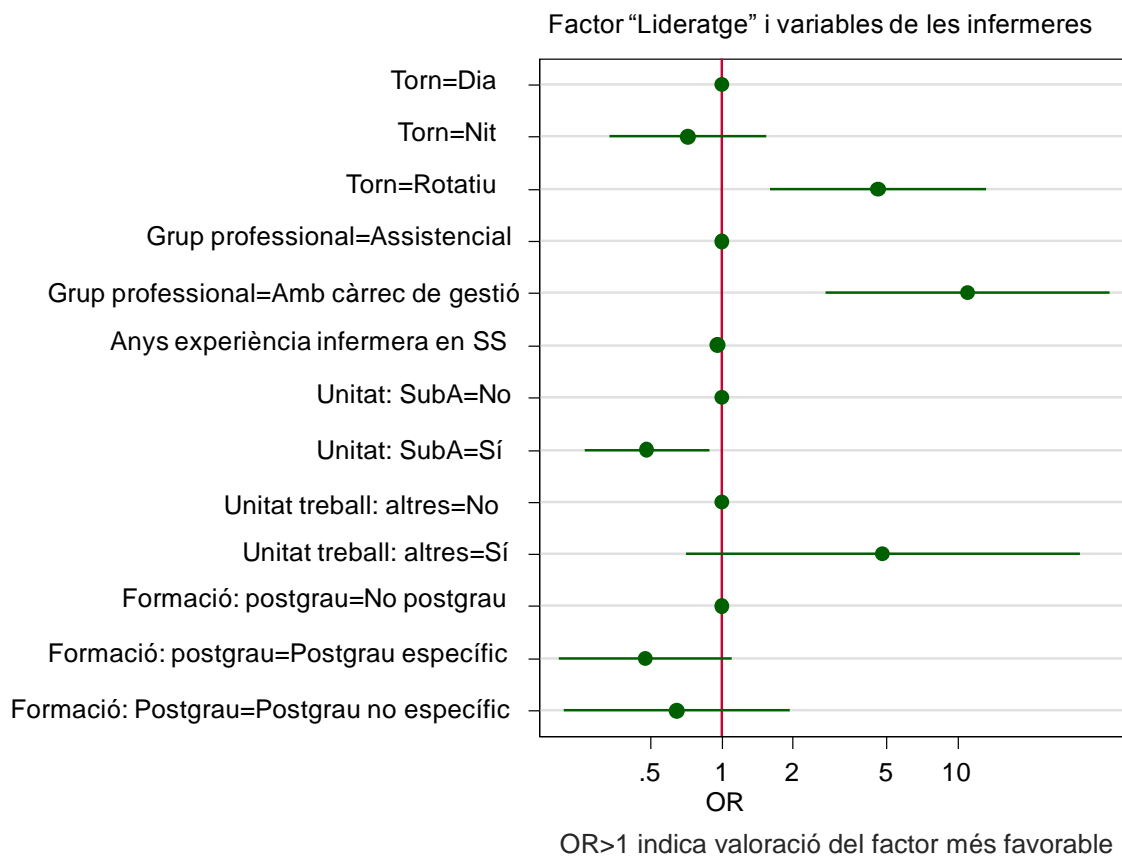
Les característiques de les infermeres que s'associen a percebre el factor "Lideratge" com a favorable en el model multivariat són: tenir un torn rotatiu, tenir un càrrec de gestió i no treballar a una unitat de subaguts (Taula 28). Els anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari, treballar en altres unitats de treball no especificades i la formació de postgrau, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per un bon ajust del model (Figura 12) .

*Taula 28. Relació entre la valoració del factor "Lideratge" i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant*

Variable		OR	IC95%	p-valor
Torn	Dia	1		,0018
	Nit	0,72	( 0,3; 1,5)	
	Rotatiu	4,64	( 1,6; 13,3)	
Grup professional	Assistencial	1		,0007
	Amb càrrec de gestió	11,06	( 2,8; 44,3)	
Experiència infermera en SS		0,96	( 0,9; 1,0)	,0545
Unitat treball: SubA	No	1		,0194
	Sí	0,48	( 0,3; 0,9)	
Unitat treball: altres	No	1		,1081
	Sí	4,85	( 0,7; 33,2)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		,1647
	Postgrau específic	0,48	( 0,2; 1,1)	
	Postgrau no específic	0,65	( 0,2; 2,0)	

Número objectes=330; LL model= -163,51; AIC model= 345,01; BIC model = 379,20  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 12. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Lideratge"



### 7.5.5. Relació del factor “Fonaments” amb les característiques de les infermeres

La valoració d'aquest factor només es relaciona amb el centre de treball de les infermeres (Taula 29). En tots els centres el percentatge d'infermeres que valoren favorablement el factor “Fonaments” és superior a les que fan una valoració desfavorable, excepte en el Centre sociosanitari del Nou Hospital Evangèlic on aquesta proporció s'inverteix.

Taula 29. Relació entre la valoració del factor “Fonaments” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor “Fonaments” *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	7	21,2%	26	78,8%	,4539
	Dona	56	16,1%	291	83,9%	
Lloc naixement	Espanya	60	17,3%	287	82,7%	,5940
	Altres països	3	11,1%	24	88,9%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	4	18,2%	18	81,8%	<,0001
	HSS Francolí	4	14,3%	24	85,7%	
	CSS Llevant	8	33,3%	16	66,7%	
	SS H. C. Amposta	1	10,0%	9	90,0%	
	SS PSMJ	1	5,6%	17	94,4%	
	SS H. Sta. Creu Vic	4	16,0%	21	84,0%	
	CSS El Carme	6	15,0%	34	85,0%	
	SS PSM	2	5,0%	38	95,0%	
	HSS PSPV	4	6,6%	57	93,4%	
	SS NHE	10	58,8%	7	41,2%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	5	22,7%	17	77,3%	
	CSS Hospitalet	0	0,0%	15	100,0%	
	Albada CSS	15	31,9%	32	68,1%	
CSS Vallparadís	3	15,8%	16	84,2%		
Grup professional	Assistencial	60	17,6%	281	82,4%	,1152
	Amb càrrec de gestió	3	7,7%	36	92,3%	
Formació: postgrau	No postgrau	30	14,5%	177	85,5%	,3667
	Postgrau específic	19	21,1%	71	78,9%	
	Postgrau no específic	14	17,3%	67	82,7%	
Formació: màster	No màster	47	16,5%	237	83,5%	,8478
	Màster específic	5	15,2%	28	84,8%	
	Màster no específic	11	19,3%	46	80,7%	
Formació: especialitat	No	52	18,4%	231	81,6%	,1241
	Sí	11	11,6%	84	88,4%	

Taula 29. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Fonaments" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Fonaments"*				p-valor
		Desfavorable		Desfavorable		
		N		N		
Formació: doctorat	No	63	16,7%	314	83,3%	1,0000
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	
Tipus de jornada	Completa	40	16,0%	210	84,0%	,5737
	Parcial	22	18,3%	98	81,7%	
Torn	Dia	24	13,5%	154	86,5%	,2198
	Nit	17	21,0%	64	79,0%	
	Rotatiu	22	19,6%	90	80,4%	
Unitat treball: SubA	No	22	14,1%	134	85,9%	,2401
	Si	39	18,8%	169	81,3%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	26	21,0%	98	79,0%	,1222
	Si	35	14,6%	205	85,4%	
Unitat treball: UCP	No	29	13,9%	179	86,1%	,0967
	Si	32	20,5%	124	79,5%	
Unitat treball: PGME	No	47	16,5%	238	83,5%	,7956
	Si	14	17,7%	65	82,3%	
Unitat treball: LLE	No	43	18,1%	194	81,9%	,3337
	Si	18	14,2%	109	85,8%	
Unitat treball: HD-SS	No	59	17,6%	277	82,4%	,1946**
	Si	2	7,1%	26	92,9%	
Unitat treball: altres	No	56	16,8%	277	83,2%	,9219
	Si	5	16,1%	26	83,9%	
Unitat fixa	Vàries unitats	32	15,2%	179	84,8%	,3113
	Única unitat	29	19,2%	122	80,8%	
Edat	Mitjana (DE)	36,2 (8,5)		37,6 (10,2)		,3326
	Mediana (P25; P75)	36,0 (29,0; 42,0)		36,0 (30,0; 45,0)		,4954
Experiència infermera	Mitjana (DE)	11,6 (8,4)		12,7 (9,3)		,4209
	Mediana (P25; P75)	10,0 (5,0; 17,0)		10,0 (5,0; 18,0)		,5663
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	9,75 (7,1)		9,3 (7,1)		,6425
	Mediana (P25; P75)	7,5 (4,0; 12,5)		8,0 (4,0; 13,0)		,6550

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

A l'intentar definir el model multivariat ajustat pel factor "Fonaments", s'ha trobat que no hi ha cap característica recollida de les infermeres que s'associï a percebre aquest factor com a favorable.

### **7.5.6. Relació del factor “Participació” amb les característiques de les infermeres**

La valoració d'aquesta dimensió es relaciona amb ser d'origen espanyol, el centre on es treballa, el grup professional, la formació de postgrau i de màster, la tipologia de jornada, el torn de treball, treballar en llarga estada i a l'hospital de dia i la mediana dels anys d'experiència, tant com a infermera, com en l'àmbit sociosanitari (Taula 30).

Un major percentatge de les infermeres que no han nascut a Espanya valoren favorablement el factor “Participació” (el 78% enfront el 55% de les espanyoles). Menys del 50% de les infermeres que treballen en el Centre sociosanitari del Parc Hospitalari Martí i Julià, el Sociosanitari del Nou Hospital Evangèlic, la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, l'Albada Centre Sociosanitari i el Sociosanitari de Parc Salut Mar valoren favorable el factor “Participació” mentre que el perceben com a favorable prop d'un 80% o més les que treballen en el Sociosanitari de l'Hospital Comarcal d'Amposta i el Centre Sociosanitari El Carme. Les infermeres que tenen un màster no específic declaren com a favorable en major percentatge el factor “Participació” que les que tenen un màster específic en AI (el 77% enfront el 55% de les que tenen un màster específic). En el cas de la formació de postgrau, són les infermeres sense postgrau les que valoren més favorablement aquest factor (el 62% enfront el 50% que tenen algun postgrau). Així mateix, les infermeres assistencials declaren en menor percentatge el factor “Participació” favorable (54% enfront un 87% de les infermeres amb càrrec de gestió), les que treballen a jornada completa (52% enfront 65% d'infermeres amb jornada parcial), les que no tenen un torn rotatiu (50% enfront el 71% de les que sí el tenen) i les que no treballen en llarga estada ni a l'hospital de dia. La mediana d'anys d'experiència de les infermeres que valoren el factor “Participació” de forma desfavorable és major que la mediana d'anys d'experiència de les que valoren aquest factor com a favorable. Per tant, sembla que, a més anys d'experiència, la percepció és més desfavorable.

Taula 30. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Participació"*				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Sexe	Home	11	33,3%	22	66,7%	,2211
	Dona	154	44,4%	193	55,6%	
Lloc naixement	Espanya	157	45,2%	190	54,8%	,0201
	Altres països	6	22,2%	21	77,8%	
Centre de treball	SS H. Sta. Maria	8	36,4%	14	63,6%	<,0001
	HSS Francolí	12	42,9%	16	57,1%	
	CSS Llevant	7	29,2%	17	70,8%	
	SS H. C. Amposta	1	10,0%	9	90,0%	
	SS PSMJ	11	61,1%	7	38,9%	
	SS H. Sta. Creu Vic	7	28,0%	18	72,0%	
	CSS El Carme	9	22,5%	31	77,5%	
	SS PSM	24	60,0%	16	40,0%	
	HSS PSPV	25	41,0%	36	59,0%	
	SS NHE	10	58,8%	7	41,2%	
	C. Ntra. Sra. Guadalupe	12	54,5%	10	45,5%	
	CSS Hospitalet	5	33,3%	10	66,7%	
	Albada CSS	35	74,5%	12	25,5%	
	CSS Vallparadís	5	26,3%	14	73,7%	
Grup professional	Assistencial	158	46,3%	183	53,7%	,0001
	Amb càrrec de gestió	5	12,8%	34	87,2%	
Formació: postgrau	No postgrau	78	37,7%	129	62,3%	,0495
	Postgrau específic	47	52,2%	43	47,8%	
	Postgrau no específic	38	46,9%	43	53,1%	
Formació: màster	No màster	135	47,5%	149	52,5%	,0027
	Màster específic	15	45,5%	18	54,5%	
	Màster no específic	13	22,8%	44	77,2%	
Formació: especialitat	No	117	41,3%	166	58,7%	,2281
	Sí	46	48,4%	49	51,6%	
Formació: doctorat	No	163	43,2%	214	56,8%	1,0000
	Sí	0	0,0%	1	100,0%	
Tipus jornada	Total	119	47,6%	131	52,4%	,0221
	Parcial	42	35,0%	78	65,0%	
Torn	Dia	89	50,0%	89	50,0%	,0014
	Nit	40	49,4%	41	50,6%	
	Rotatiu	33	29,5%	79	70,5%	
Unitat treball: SubA	No	74	47,4%	82	52,6%	,1048
	Sí	81	38,9%	127	61,1%	

*Taula 28. Continuació. Relació entre la valoració del factor “Participació” i les característiques de les infermeres: anàlisi bivariant*

Variable		Factor “Participació”				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Unitat treball: CNV-PostA	No	59	47,6%	65	52,4%	,1657
	Sí	96	40,0%	144	60,0%	
Unitat treball: UCP	No	92	44,2%	116	55,8%	,4627
	Sí	63	40,4%	93	59,6%	
Unitat treball: PGME	No	127	44,6%	158	55,4%	,1470
	Sí	28	35,4%	51	64,6%	
Unitat treball: Llarga estada	No	114	48,1%	123	51,9%	,0036
	Sí	41	32,3%	86	67,7%	
Unitat treball: Hospital dia	No	152	45,2%	184	54,8%	,0004
	Sí	3	10,7%	25	89,3%	
Unitat treball: Altres unitats	No	144	43,2%	189	56,8%	,4033
	Sí	11	35,5%	20	64,5%	
Unitat fixa	Vàries unitats	82	38,9%	129	61,1%	,0722
	Única unitat	73	48,3%	78	51,7%	
Edat	Mitjana (DE)	38,3 (9,3)		36,7 (10,4)		,1289
	Mediana (P25; P75)	37,5 (30,0; 44,0)		34,0 (28,0; 44,0)		
Experiència infermera	Mitjana (DE)	13,8 (8,9)		11,52 9,29		,0197
	Mediana (P25; P75)	12,0 (7,0; 20,0)		10,0 (4,0; 16,0)		
Experiència infermera SS	Mitjana (DE)	10,2 (6,6)		8,7 (7,4)		,0561
	Mediana (P25; P75)	9,0 (6,0; 14,0)		7,0 (3,0; 12,0)		

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

A la Taula 31 es presenta el model multivariat ajustat pel factor “Participació” segons les particularitats de les infermeres. Les característiques de les infermeres que s’associen a percebre el factor “Participació” com a favorable són: tenir un càrrec de gestió, tenir torn rotatiu i tenir un màster no específic. Els anys d’experiència de les infermeres, la formació de postgrau i el lloc de naixement, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per un bon ajust del model (Figura 13).

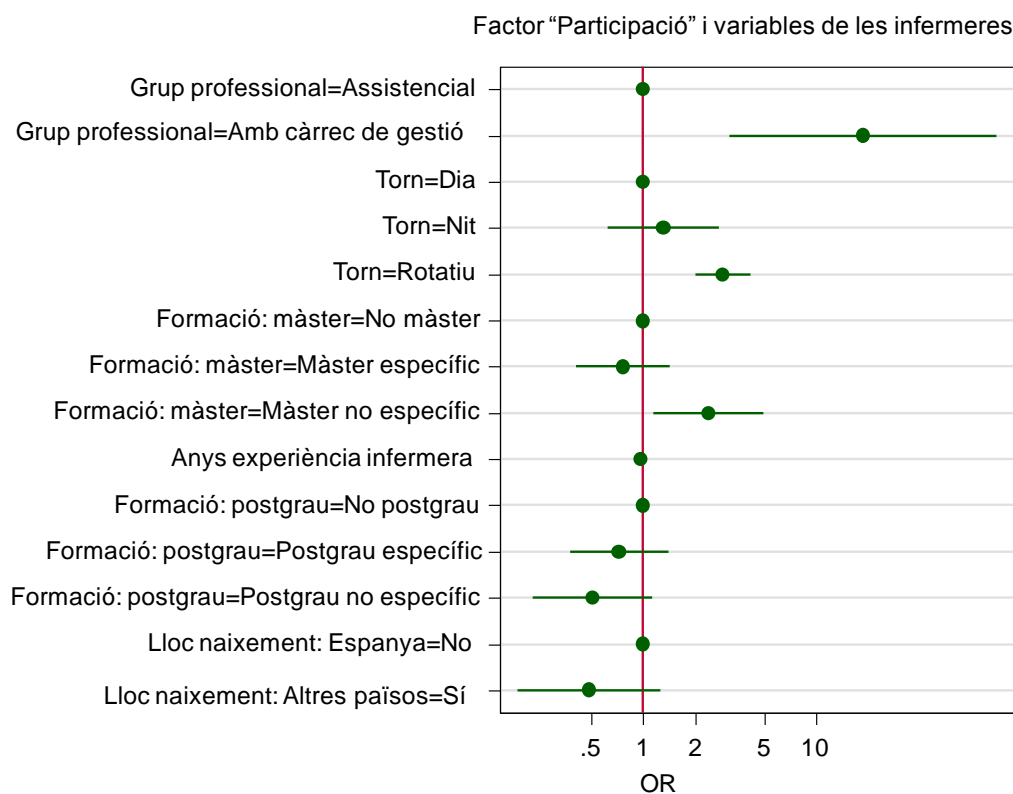


Taula 31. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques de les infermeres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Grup professional	Assistencial	1		,0013
	Amb càrrec de gestió	18,7	( 3,16; 110,5)	
Torn	Dia	1		,0000
	Nit	1,30	( 0,62; 2,74)	
	Rotatiu	2,89	( 2,01; 4,17)	
Formació: màster	No màster	1		,0260
	Màster específic	0,77	( 0,41; 1,44)	
	Màster no específic	2,38	( 1,1; 4,9)	
Anys experiència infermera		0,97	( 0,93; 1,01)	,1012
Formació: postgrau	No postgrau	1		,1861
	Postgrau específic	0,73	( 0,38; 1,40)	
	Postgrau no específic	0,51	( 0,23; 1,12)	
Lloc naixement	Espanya	1		,1351
	Altres països	0,48	( 0,19; 1,25)	

Número objectes= 330; LL model= -193,66 ; AIC model= 407,33 ; BIC model= 445,32  
OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 13. Odds ratios i intervals de confiança de les variables de les infermeres per al model multivariat ajustat del factor "Participació"



OR>1 indica valoració del factor més favorable

## 7.6. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb les característiques dels centres sociosanitaris

### 7.6.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les característiques dels centres

La valoració global de l'ambient de treball infermer es relaciona amb el nombre d'unitats, amb que el centre faci docència de pregrau i el tipus de conveni que s'aplica en el centre (Taula 32).

Les infermeres que perceben l'entorn laboral infermer com a favorable, treballen en centres amb menor numero d'unitats. Les infermeres que treballen en centres on es fa docència de pregrau declaren en major percentatge que l'entorn laboral és favorable (54% front del 24% de les infermeres on no es fa pregrau). Un 54% de les infermeres que treballen sota el 1er. conveni SS declaren l'entorn organitzatiu com a favorable mentre que ho declaren així el 32% de les infermeres que tenen el VIIè conveni de la XHUP i el 66% amb altres convenis.

*Taula 32. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

Variable		Entorn de treball infermer*		p-valor
		Desfavorable/ Mixt	Favorable	
Nre. llits	Mitjana (DE)	159,6 ( 81,9)	149,3 (84,6)	,2261
	Mediana (P25; P75)	148,0 (109,0; 180,0)	148,0 (106,0;166,0)	,1076
Percentatge Al	Mitjana (DE)	75,5 (15,9)	78,1 (14,4)	,1008
	Mediana (P25; P75)	80,0 (64,7; 92,2)	74,3 (64,9; 92,2)	,3402
Nre. unitats	Mitjana (DE)	4,9 (2,3)	4,4 (2,4)	,0459
	Mediana (P25; P75)	5,0 (3,0; 6,0)	4,00 (3,0; 5,0)	,0100
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,8775
	Mediana (P25; P75)	1,2 (1,0;1,3)	1,16 (1,0; 1,3)	,4034
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	1,9 (0,3)	1,9 (0,4)	,6933
	Mediana (P25; P75)	1,9 (1,7; 2,2)	1,9 (1,8; 2,2)	,6003

Taula 32. Continuació. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variable		Entorn de treball infermer*				p-valor
		Desfavorable/ Mixt		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	68	46,6%	78	53,4%	,1508
	Al costat HA	52	55,3%	42	44,7%	
	Lluny HA	63	42,6%	85	57,4%	
Tipologia organització	Pura SS	70	48,6%	74	51,4%	,6611
	Mixta	113	46,3%	131	53,7%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	13	38,2%	21	61,8%	,5485
	H. Referència	96	48,2%	103	51,8%	
	H. Alta tecnologia	74	47,7%	81	52,3%	
Tipologia unitats	Específiques	15	55,6%	12	44,4%	,1016
	Mixtes	83	41,9%	115	58,1%	
	Específiques i mixtes	85	52,1%	78	47,9%	
Solapament horari	No	47	47,0%	53	53,0%	,9694
	Sí	136	47,2%	152	52,8%	
Model infermeria	V. Henderson	107	49,1%	111	50,9%	,6748
	VGI	49	45,4%	59	54,6%	
	Altres	27	43,5%	35	56,5%	
Centre docent: pregrau	No	13	76,5%	4	23,5%	,0133
	Sí	170	45,8%	201	54,2%	
Centre docent: postgrau	No	66	51,6%	62	48,4%	,2234
	Sí	117	45,0%	143	55,0%	
Utilització HCE	Parcialment	6	31,6%	13	68,4%	,1629
	Sí	177	48,0%	192	52,0%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	32	50,0%	32	50,0%	,8810
	Parcialment	11	45,8%	13	54,2%	
	Totalment	140	46,7%	160	53,3%	
Conveni	1r. conveni SS	112	46,1%	131	53,9%	,0002
	VIIè. conveni XHUP	44	67,7%	21	32,3%	
	Altres	27	33,8%	53	66,3%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	174	47,5%	192	52,5%	,5450
	Depèn de mèdica/assistencial	9	40,9%	13	59,1%	

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

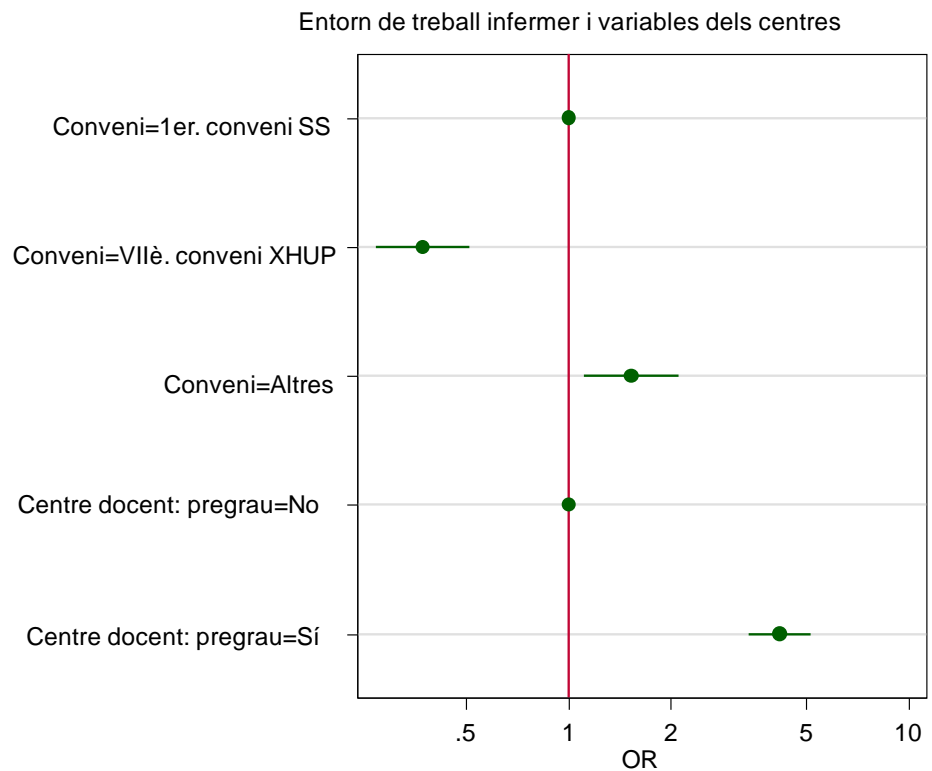
A la Taula 33 es presenta el model multivariat ajustat per l'entorn de treball infermer segons les particularitats dels centres. Les característiques dels centres que s'associen a percebre l'entorn laboral com a favorable són tenir un conveni que no sigui el 1r. conveni sociosanitari ni el VIIè. conveni de la XHUP i fer docència de pregrau (Figura 14).

Taula 33. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,37	( 0,27; 0,51)	
	Altres	1,53	( 1,11; 2,11)	
Centre docent: pregrau	No	1		<,0001
	Sí	4,17	( 3,38; 5,14)	

Número d'objectes= 388; LL model= -256,23 ; AIC model= 520,46 ; BIC model= 536,31  
 OR>1 indica valoració de l'entorn de treball infermer més favorable

Figura 14. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del l'entorn de treball infermer



OR>1 indica valoració de l'entorn de treball infermer més favorable

### 7.6.2. Relació del factor “Dotació” amb les característiques dels centres

La valoració d'aquest factor es relaciona amb la tipologia d'organització i el tipus de conveni (Taula 34). El 49% de les infermeres que treballen en centres en els que l'organització és de tipologia mixta perceben el factor “Dotació” com a favorable, mentre que ho declaren només un 37% de les infermeres que treballen en centres que pertanyen a organitzacions sociosanitàries pures. Un 40% de les infermeres que treballen sota el 1r. conveni sociosanitari valorn el factor “Dotació” com a favorable, mentre que ho declaren així el 43% de les infermeres que tenen el VIIè conveni de la XHUP i el 59% amb altres convenis.

*Taula 34. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

Variables		Factor “Dotació”*		p-valor
		Desfavorable	Favorable	
Nre. llits	Mitjana (DE)	149,8 (84,0)	159,7 (82,4)	,2467
	Mediana (P25; P75)	139,5 (106,0; 180,0)	148,0 (110,0; 180,0)	,0807
Percentatge AI	Mitjana (DE)	77,0 (16,0)	76,7 (14,1)	,8134
	Mediana (P25; P75)	80,0 (64,7;92,2)	74,3 (64,9; 92,2)	,6064
Nre. unitats	Mitjana (DE)	4,6 (2,4)	4,8 (2,31)	,5048
	Mediana (P25; P75)	4,0 (3,0; 6,0)	4,0 (3,0; 6,0)	,5058
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,3359
	Mediana (P25; P75)	1,2 (1,0; 1,3)	1,2 (1,0; 1,3)	,4252
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	1,9 (0,4)	2,0 (0,3)	,0779
	Mediana (P25; P75)	1,9 (1,7; 2,2)	1,9 (1,84; 2,2)	,0752

*Taula 34. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Dotació" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

Variable		Factor "Dotació"*				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	79	54,1%	67	45,9%	,6778
	Al costat HA	56	59,6%	38	40,4%	
	Lluny HA	81	54,7%	67	45,3%	
Tipologia organització	Pura SS	91	63,2%	53	36,8%	,0219
	Mixta	125	51,2%	119	48,8%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	20	58,8%	14	41,2%	,5406
	H. Referència	115	57,8%	84	42,2%	
	H. Alta tecnologia	81	52,3%	74	47,7%	
Tipologia unitats	Específiques	17	63,0%	10	37,0%	,3365
	Mixtes	115	58,1%	83	41,9%	
	Específiques i mixtes	84	51,5%	79	48,5%	
Solapament horari	No	56	56,0%	44	44,0%	,9386
	Sí	160	55,6%	128	44,4	
Model infermeria	V. Henderson	124	56,9%	94	43,1%	,4506
	VGI	62	57,4%	46	42,6%	
	Altres	30	48,4%	32	51,6%	
Centre docent: pregrau	No	12	70,6%	5	29,4%	,2054
	Sí	204	55,0%	167	45,0%	
Centre docent: postgrau	No	79	61,7%	49	38,3%	,0924
	Sí	137	52,7%	123	47,3%	
Utilització HCE	Parcialment	14	73,7%	5	26,3%	,1051
	Sí	202	54,7%	167	45,3%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	41	64,1%	23	35,9%	,2295
	Parcialment	15	62,5%	9	37,5%	
	Totalment	160	53,3%	140	46,7%	
Conveni	1r. conveni SS	146	60,1%	97	39,9%	,0129
	VIIè. conveni XHUP	37	56,9%	28	43,1%	
	Altres	33	41,3%	47	58,8%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	203	55,5%	163	44,5%	,7395
	Depèn de mèdica/assistencial	13	59,1%	9	40,9%	

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

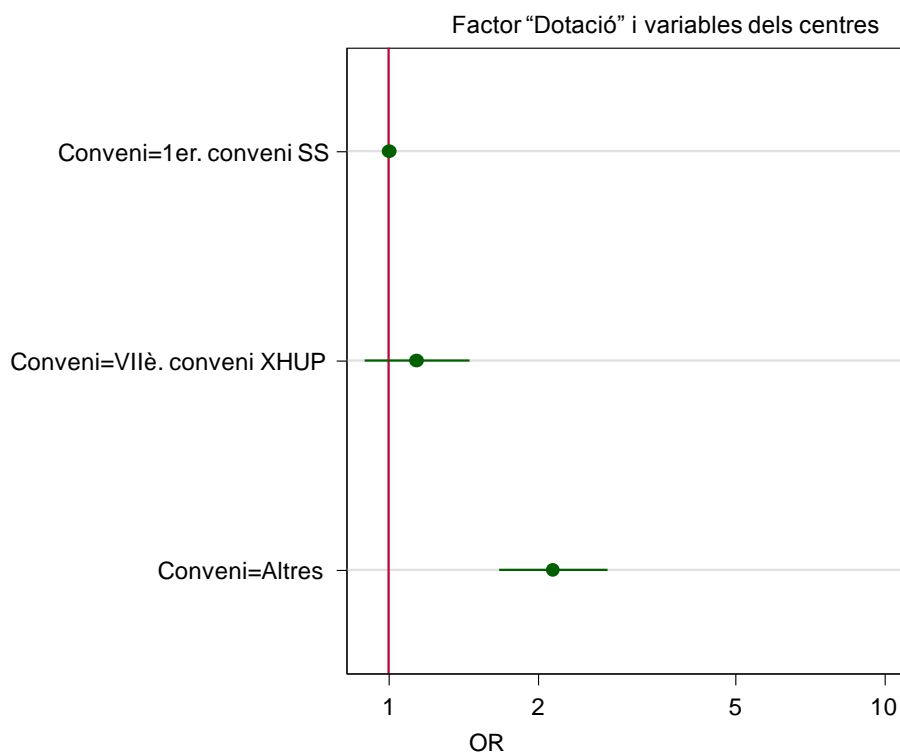
En la Taula 35 es presenta el model multivariat ajustat pel factor “Dotació” segons les particularitats dels centres. Les característiques dels centres que s’associen a percebre el factor “Dotació” com a favorable és únicament el tipus de conveni. Les infermeres que treballen en centres que no estan sota el 1r. conveni sociosanitari, ni sota el VIIè conveni XHUP tenen major probabilitat de valorar aquest factor de forma favorable (Figura 15) .

Taula 35. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	1,14	( 0,89; 1,46)	
	Altres	2,14	( 1,67; 2,76)	

Número d'objectes= 388; LL model= -262,11 ; AIC model= 530,22 ; BIC model= 542,10  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 15. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor “Dotació”



OR>1 indica valoració del factor més favorable

### 7.6.3. Relació del factor “Relacions” amb les característiques dels centres

La valoració d'aquesta dimensió es relaciona amb el conveni al qual està adscrit el centre. El 81% de les infermeres que treballen sota el 1r. conveni sociosanitari declaren les relacions laborals com a favorables, mentre que ho declaren així el 65% de les infermeres que tenen el VIIè. conveni de la XHUP i el 86% amb altres convenis (Taula 36).

*Taula 36. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

Variables		Factor “Relacions”*		p-valor
		Desfavorable	Favorable	
Nre. llits	Mitjana (DE)	161,1 (86,7)	152,4 (82,6)	,4058
	Mediana (P25; P75)	148,0 (109,0; 180,0)	148,0 (106,0;166,0)	,2212
Percentatge AI	Mitjana (DE)	76,4 (15,8)	77,0 (15,0)	,7739
	Mediana (P25; P75)	80,0 (64,7; 92,2)	74,3 (64,9; 92,2)	,9485
Nre. unitats	Mitjana (DE)	5,0 (2,4)	4,6 (2,3)	,1639
	Mediana (P25; P75)	5,00 (3,0; 6,0)	4,0 (3,00;5,0)	,0578
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,4329
	Mediana (P25; P75)	1,2 (1,0; 1,4)	1,2 (1,0; 1,3)	,1287
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	2,0 (0,3)	1,9 (0,4)	,2318
	Mediana (P25; P75)	1,9 (1,8; 2,2)	1,9 (1,7; 2,2)	,3944



Taula 36. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Relacions" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Relacions" *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	31	21,2%	115	78,8%	,5175
	Al costat HA	22	23,4%	72	76,6%	
	Lluny HA	26	17,6%	122	82,4%	
Tipologia organització	Pura SS	28	19,4%	116	80,6%	,7306
	Mixta	51	20,9%	193	79,1%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	7	20,6%	27	79,4%	,9915
	H. Referència	40	20,1%	159	79,9%	
	H. Alta tecnologia	32	20,6%	123	79,4%	
Tipologia unitats	Específiques	6	22,2%	21	77,8%	,1756
	Mixtes	33	16,7%	165	83,3%	
	Específiques i mixtes	40	24,5%	123	75,5%	
Solapament horari	No	20	20,0%	80	80,0%	,9172
	Sí	59	20,5%	229	79,5%	
Model infermeria	V. Henderson	49	22,5%	169	77,5%	,4608
	VGI	18	16,7%	90	83,3%	
	Altres	12	19,4%	50	80,6%	
Centre docent: pregrau	No	5	29,4%	12	70,6%	,3569
	Sí	74	19,9%	297	80,1%	
Centre docent: postgrau	No	26	20,3%	102	79,7%	,9868
	Sí	53	20,4%	207	79,6%	
Utilització HCE	Parcialment	2	10,5%	17	89,5%	,3867
	Sí	77	20,9%	292	79,1%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	9	14,1%	55	85,9%	,3571
	Parcialment	6	25,0%	18	75,0%	
	Totalment	64	21,3%	236	78,7%	
Conveni	1r. conveni SS	45	18,5%	198	81,5%	,0029
	VIIè. conveni XHUP	23	35,4%	42	64,6%	
	Altres	11	13,8%	69	86,3%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	73	19,9%	293	80,1%	,4156
	Depèn de mèdica/assistencial	6	27,3%	16	72,7%	

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

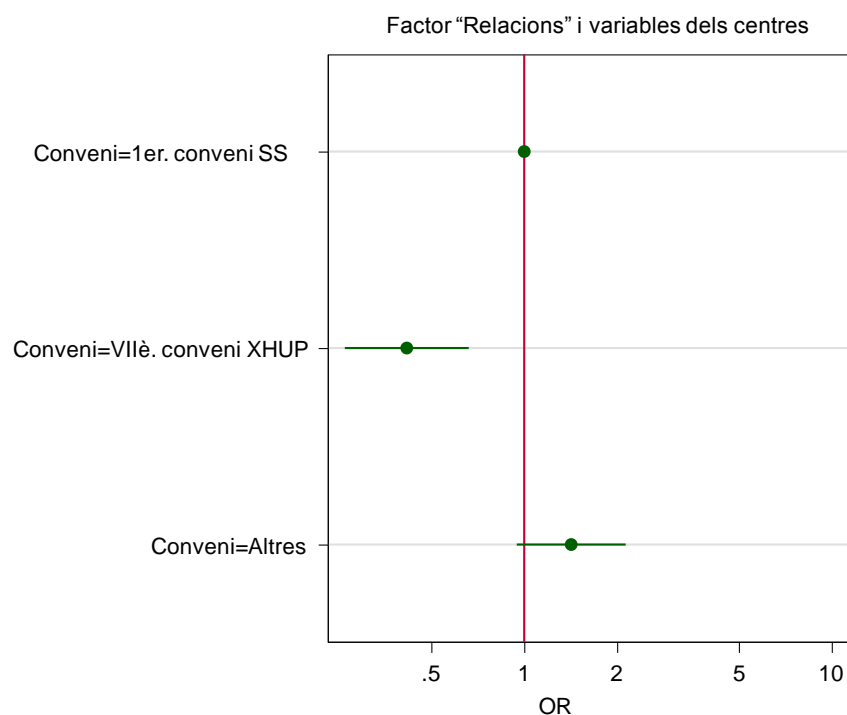
En la Taula 37 es presenta el model multivariat ajustat pel factor “Relacions” segons les particularitats dels centres, mitjançant la regressió logística. L'única particularitat dels centres que s'associa a percebre les relacions laborals com a favorables és el tipus de conveni. Les infermeres que treballen en centres que estan sota el VIIè. conveni XHUP tenen menys probabilitat de percebre la dotació com a favorable que la resta d'infermeres (Figura 16) .

Taula 37. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,42	( 0,26; 0,66)	
	Altres	1,43	( 0,94; 2,15)	

Número d'objectes = 388; LL model= -190,71 ; AIC model= 387,41 ; BIC model= 399,29  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 16. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor “Relacions”



OR>1 indica valoració del factor més favorable

#### **7.6.4. Relació del factor “Lideratge” amb les característiques dels centres**

La valoració d'aquest factor es relaciona amb el número de llits, el número i tipologia d'unitats, la ubicació del centre, la tipologia d'organització, el màxim nivell de l'hospital de referència, si el centre fa docència de pregrau, l'ús de l'HC3 per part de les infermeres, el tipus de conveni i el nivell de la direcció d'infermeria (Taula 38).

Les infermeres que perceben el factor “Lideratge” com a favorable, treballen en centres amb menor nombre de llits i d'unitats. Al voltant del 66% de les infermeres que treballen en centres on no hi ha atenció especialitzada/ hospitalària d'aguts perceben el factor “Lideratge” com a favorable, mentre que ho fan el 82% de les infermeres que treballen en centres on també hi ha aquest tipus d'atenció. El 77% de les infermeres que treballen en centres sociosanitaris que pertanyen a organitzacions mixtes perceben la dotació com a favorable, mentre que ho valoren així un 65% de les infermeres que treballen en centres d'organitzacions pures. Mentre que el 70% de les infermeres que treballen en centres on els pacients es deriven des d'hospitals d'alta tecnologia o d'hospitals de referència valoren favorablement aquest factor, aquest percentatge augmenta fins al 94% en les infermeres que treballen en centres on els que els pacients són derivats des d'hospitals generals bàsics. El 56% de les infermeres que treballen en centres amb unitats específiques declaren el factor “Lideratge” com a favorable, mentre que ho declaren un 79% de les que treballen en centres amb unitats mixtes i un 67% de les que treballen en centres amb ambdues tipologies d'unitats. Les infermeres que treballen en centres on es fa docència de pregrau perceben en major percentatge el factor “Lideratge” favorable (74% enfront del 41% de les infermeres on no es fa docència de pregrau). Totes les infermeres que treballen en centres on es fa un ús parcial de l'HC3 per part de les infermeres declaren favorable el factor “Lideratge” enfront del 70% de les infermeres que treballen en centres on se'n fa un ús total o no se'n fa ús. Un 52% de les infermeres que treballen en centres on apliquen el VIIè. conveni de la XHUP valora el factor “Lideratge” com a favorable. Aquest percentatge ascendeix al 76% de les infermeres que treballen en centres amb altres convenis. Finalment, un 95% les infermeres que treballen en centres on la direcció d'infermeria depèn de la direcció mèdica/assistencial perceben aquest factor favorablement, mentre que ho valoren així un 71% de les infermeres que treballen en centres on la direcció d'infermeria està al mateix nivell que la mèdica.

Taula 38. Relació entre la valoració del factor "Lideratge" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Lideratge" *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	26	17,8%	120	82,2%	,0028
	Al costat HA	34	36,2%	60	63,8%	
	Lluny HA	47	31,8%	101	68,2%	
Tipologia organització	Pura SS	50	34,7%	94	65,3%	,0156
	Mixta	57	23,4%	187	76,6%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	2	5,9%	32	94,1%	<,0001
	H. Referència	53	26,6%	146	73,4%	
	H. Alta tecnologia	52	33,5%	103	66,5%	
Tipologia unitats	Específiques	12	44,4%	15	55,6%	,0073
	Mixtes	42	21,2%	156	78,8%	
	Específiques i mixtes	53	32,5%	110	67,5%	
Solapament horari	No	25	25,0%	75	75%	,5033
	Sí	82	28,5%	206	71,5%	
Model infermeria	V. Henderson	61	28,0%	157	72,0%	,9430
	VGI	30	27,8%	78	72,2%	
	Altres	16	25,8%	46	74,2%	
Centre docent: pregrau	No	10	58,8%	7	41,2%	,0092
	Sí	97	26,1%	274	73,9%	
Centre docent: postgrau	No	35	27,3%	93	72,7%	,9424
	Sí	72	27,7%	188	72,3%	
Utilització HCE	Parcialment	3	15,8%	16	84,2%	,2384
	Sí	104	28,2%	265	71,8%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	19	29,7%	45	70,3%	,0077
	Parcialment	0	0,0%	24	100,0%	
	Totalment	88	29,3%	212	70,7%	
Conveni	1r. conveni SS	60	24,7%	183	75,3%	,0003
	VIIè. conveni XHUP	31	47,7%	34	52,3%	
	Altres	16	20,0%	64	80,0%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	106	29,0%	260	71,0%	,0128
	Depèn de mèdica/assistencial	1	4,5%	21	95,5%	

*Taula 38. Continuació. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

		Desfavorable	Favorable	p-valor***
Nre. llits	Mitjana (DE)	175,6 (79,5)	146,0 (83,5)	,0017
	Mediana (P25; P75)	166,0 (110,0; 180,0)	148,0 (106,0; 166,0)	,0001
Percentatge AI	Mitjana (DE)	74,8 (16,7)	77,7 (14,5)	,0969
	Mediana (P25; P75)	80,0 (63,6; 92,2)	74,3 [64,9; 92,2]	,2507
Nre. unitats	Mitjana (DE)	5,5 (2,1)	4,4 (2,4)	<,0001
	Mediana (P25; P75)	5,0 (4,0; 6,0)	4,0 (3,0; 5,0)	,0044
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,1423
	Mediana (P25; P75)	1,1 (1,0; 1,4)	1,2 (1,0; 1,3)	,1504
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	2,0 (0,3)	1,9 (0,4)	,6704
	Mediana (P25; P75)	1,9 (1,8; 2,2)	1,9 (1,7; 2,2)	,2997

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

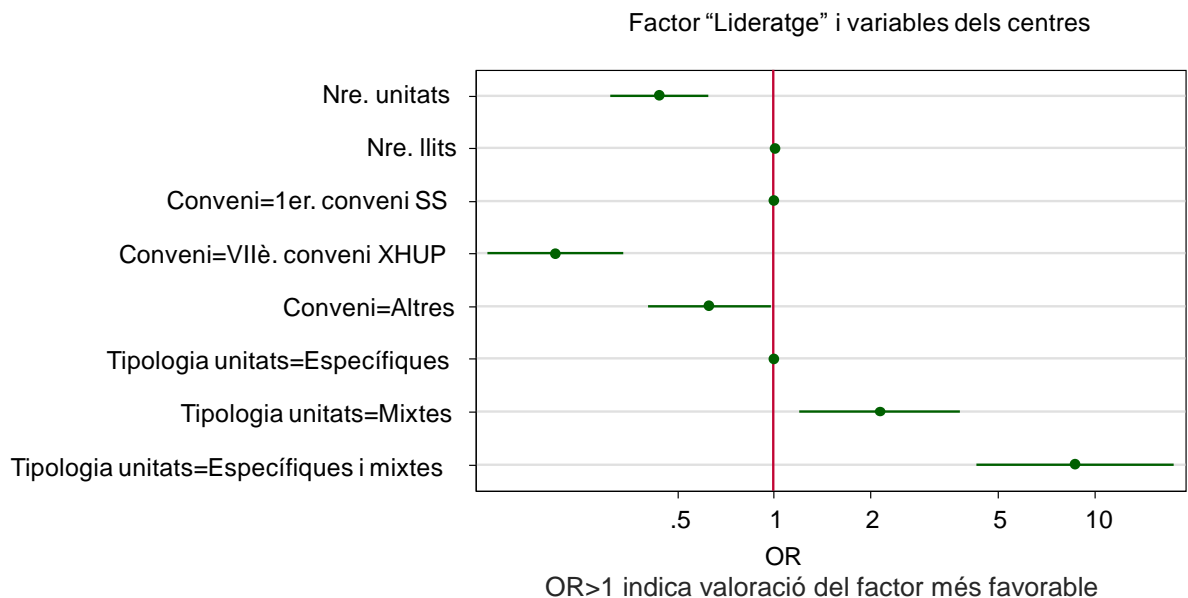
En la relació multivariada per al factor “Lideratge” (Taula 39), s'evidencia que les característiques del centres que s'associen a percebre aquest factor com a favorable són disposar de major nombre de llits, tenir menys unitats en el centre, no tenir únicament unitats específiques i treballar sota el 1r. conveni sociosanitari (Figura 17).

Taula 39. Relació entre la valoració del factor “Lideratge” i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Nre. unitats		0,46	( 0,30; 0,71)	,0005
Nre. llits		1,01	(1,00; 1,02)	,0128
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,21	(0,13; 0,34)	
	Altres	0,63	0,40; 0,98)	
Tipologia unitats	Específiques	1		<,0001
	Mixtes	2,14	(1,20; 3,82)	
	Específiques i mixtes	8,67	(4,27; 17,6)	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	1		<,0001
	Depèn de mèdica/assistencial	7,15	(4,83; 10,58)	

Número d'objectes= 388; LL model= -201,08 ; AIC model= 410,17 ; BIC model= 426,01  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 17. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor “Lideratge”



### **7.6.5. Relació del factor “Fonaments” amb les característiques dels centres**

La valoració d'aquest factor es relaciona amb el nombre de llits i el percentatge d'atenció intermèdia, la tipologia d'unitats que té el centre, el model d'infermeria, que el centre faci docència de pregrau i postgrau i l'ús de l'HC3 per part de les infermeres (Taula 40). Les infermeres que valoren favorablement el factor “Fonaments” estan en centres amb una mitjana més alta de llits i de percentatge d'atenció intermèdia. El 59% de les infermeres que treballen en centres on les unitats són específiques valoren el factor “Fonaments” favorablement, mentre que aquest percentatge ascendeix al 84% de les que treballen en centres amb altres tipus d'unitat. Un 78% de les infermeres que treballen en centres que utilitzen el model Virginia Henderson perceben el factor “Fonaments” com a favorable, mentre que ho valoren així prop del 90% de les infermeres que treballen en centres amb altres models d'infermeria. Les infermeres que treballen en centres on es fa docència de pregrau i/o docència postgrau valoren en major percentatge aquest factor favorablement (el 85% i 86%, enfront del 41% i 76% respectivament de les infermeres on no es fa aquest tipus de docència). Aquest factor també està valorat favorablement per un 86% de les infermeres que treballen en centres on elles utilitzen totalment l'HC3, mentre que en els centres on no s'utilitza o s'utilitza parcialment l'HC3 per part de les infermeres, aquest percentatge descendeix a un 72%.

Taula 40. Relació entre la valoració del factor "Fonaments" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Fonaments" *				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	26	17,8%	120	82,2%	,1033
	Al costat HA	22	23,4%	72	76,6%	
	Lluny HA	19	12,8%	129	87,2%	
Tipologia organització	Pura SS	26	18,1%	118	81,9%	,7525
	Mixta	41	16,8%	203	83,2%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	9	26,5%	25	73,5%	,3293
	H. Referència	33	16,6%	166	83,4%	
	H. Alta tecnologia	25	16,1%	130	83,9%	
Tipologia unitats	Específiques	11	40,7%	16	59,3%	,0018
	Mixtes	35	17,7%	163	82,3%	
	Específiques i mixtes	21	12,9%	142	87,1%	
Solapament horari	No	15	15,0%	85	85,0%	,4861
	Sí	52	18,1%	236	81,9%	
Model infermeria	V. Henderson	49	22,5%	169	77,5%	,0087
	VGI	11	10,2%	97	89,8%	
	Altres	7	11,3%	55	88,7%	
Centre docent: pregrau	No	10	58,8%	7	41,2%	,0001
	Sí	57	15,4%	314	84,6%	
Centre docent: postgrau	No	31	24,2%	97	75,8%	,0110
	Sí	36	13,8%	224	86,2%	
Utilització HCE	Parcialment	3	15,8%	16	84,2%	1,0000
	Sí	64	17,3%	305	82,7%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	17	26,6%	47	73,4%	,0054
	Parcialment	8	33,3%	16	66,7%	
	Totalment	42	14,0%	258	86,0%	
Conveni	1r. conveni SS	43	17,7%	200	82,3%	,0657
	VIIè. conveni XHUP	16	24,6%	49	75,4%	
	Altres	8	10,0%	72	90,0%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	63	17,2%	303	82,8%	1,0000
	Depèn de mèdica/assistencial	4	18,2%	18	81,8%	



*Taula 40. Continuació. Relació entre la valoració del factor “Fonaments” i les característiques dels centres: anàlisi bivariant*

		Desfavorable	Favorable	p-valor
Nre. llits	Mitjana (DE)	134,8 (66,5)	158,2 (86,0)	,0369
	Mediana (P25; P75)	131,0 (106,0; 180,0)	148,0 (109,0; 180,0)	,1613
Percentatge AI	Mitjana (DE)	73,1 (18,4)	77,7 (14,3)	,0236
	Mediana (P25; P75)	80,0 (63,0; 80,0)	74,3 (64,9; 92,2)	,2979
Nre. unitats	Mitjana (DE)	4,4 (2,0)	4,7 (2,4)	,2499
	Mediana (P25; P75)	5,0 [ 3,0; 6,0]	4,0 (3,0; 6,0)	,8667
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,4860
	Mediana (P25; P75)	1,25 (1,1; 1,4)	1,2 (1,0; 1,3)	,1084
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	1,9 (0,3)	1,9(0,4)	,4298
	Mediana (P25; P75)	1,8 (1,7; 2,3)	1,9 (1,8; 2,3)	,1542

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

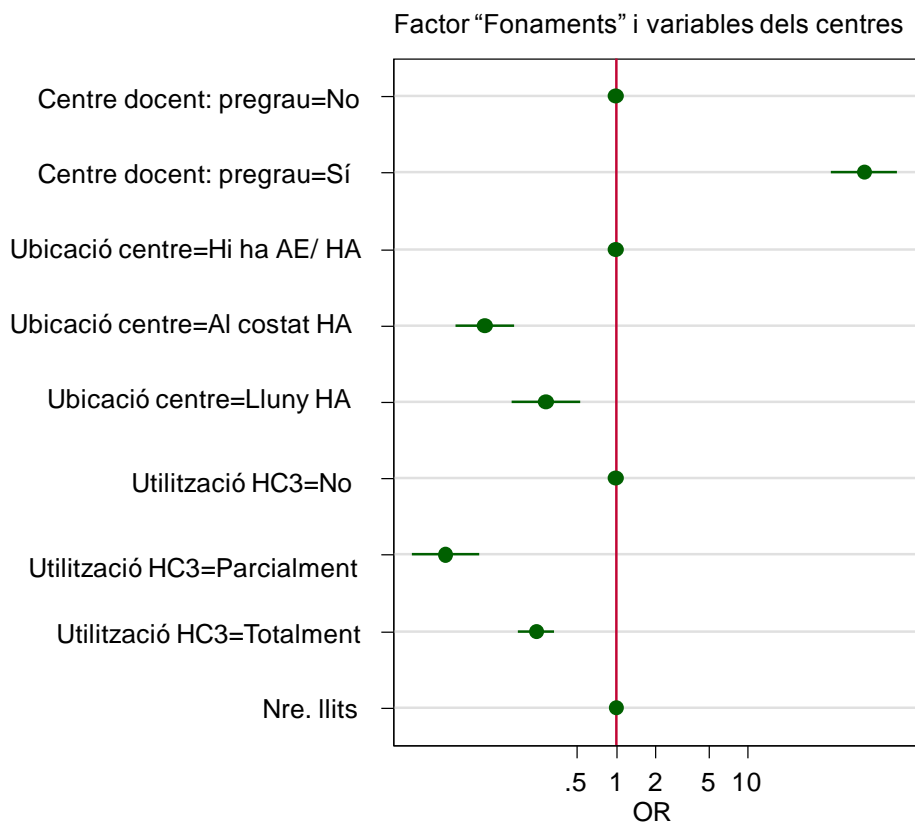
En la Taula 41 es presenta el model multivariat ajustat per al factor “Fonaments”. Les característiques dels centres que s’associen a percebre aquest factor com a favorable són: fer docència de pregrau, estar en el mateix recinte en el que també hi ha atenció especialitzada/ hospitalització d’aguts, no fer ús de l’HC3 per part de les infermeres i el nombre de llits (Figura 18).

Taula 41. Relació entre la valoració del factor "Fonaments" i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Centre docent: pregrau	No	1		<.0001
	Sí	76,1	(42,5; 136,1)	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	1		<.0001
	Al costat HA	0,10	( 0,06; 0,17)	
	Lluny HA	0,29	( 0,16; 0,53)	
Utilització HC3	No l'utilitzen	1		<.0001
	Parcialment	0,05	( 0,03; 0,09)	
	Totalment	0,25	( 0,18; 0,34)	
Nre. Il·lits		1,01	( 1,00; 1,01)	<.0001

Número d'objectes= 388; LL model= -158,04 ; AIC model= 324,09 ; BIC model= 339,93  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 18. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Fonaments"



OR>1 indica valoració del factor més favorable

### **7.6.6. Relació del factor “Participació” amb les característiques dels centres**

La valoració d'aquesta dimensió es relaciona amb el nombre de llits i d'unitats, la tipologia d'unitats, la ubicació del centre, el nivell de l'hospital de referència, el model d'infermeria i el tipus de conveni (Taula 42). Les infermeres que perceben la participació com a favorable, treballen en centres amb menor nombre de llits i menor nombre d'unitats. El 64% de les infermeres que treballen en centres que estan lluny de l'hospital d'aguts perceben el factor “Participació” com a favorable, mentre que ho fan prop d'un 55% de les infermeres que treballen en centres on hi ha atenció especialitzada/ hospitalització d'aguts i un 45% de les infermeres que treballen en centres que estan al costat de l'hospital d'aguts. El 61% de les infermeres que treballen en centres en el que els hi deriven pacients des d'hospitals d'alta tecnologia valoren el factor “Participació” com a favorable, mentre que ho declaren un 49% de les que treballen en centres en els que els pacients venen derivats des d'hospitals de referència i un 76% de les que treballen en centres en el que l'hospital que deriva és general bàsic. El 45% de les infermeres que treballen en centres amb combinació d'unitats específiques i mixtes declaren aquest factor com a favorable, mentre que entre les infermeres que treballen en centres amb unitats específiques o mixtes ascendeix al 64%. Un 57% de les infermeres que treballen en centres on s'utilitza el model Virginia Henderson perceben el factor “Participació” com a favorable, mentre que en centres en els que s'utilitza la valoració geriàtrica integral aquest percentatge és d'un 61% i en els centres que utilitzen altres models és d'un 42%. Finalment, només un 29% de les infermeres que treballen en centres en els que tenen el VIIè. conveni de la XHUP valoren favorablement el factor “Participació”, mentre que aquest percentatge és més elebat en els centres en els que tenen el 1r. conveni sociosanitari o altres convenis (61%).

Taula 42. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variable		Factor "Participació"*				p-valor
		Desfavorable		Favorable		
		N	%	N	%	
Ubicació	Hi ha AE/ HA	66	45,2%	80	54,8%	,0111
	Al costat HA	52	55,3%	42	44,7%	
	Lluny HA	53	35,8%	95	64,2%	
Tipologia organització	Pura SS	59	41,0%	85	59,0%	,3447
	Mixta	112	45,9%	132	54,1%	
Nivell hospital referència	H. Gral. Bàsic	8	23,5%	26	76,5%	,0034
	H. Referència	102	51,3%	97	48,7%	
	H. Alta tecnologia	61	39,4%	94	60,6%	
Tipologia unitats	Específiques	11	40,7%	16	59,3%	,0016
	Mixtes	71	35,9%	127	64,1%	
	Específiques i mixtes	89	54,6%	74	45,4%	
Solapament horari	No	44	44,0%	56	56,0%	,9865
	Sí	127	44,1%	161	55,9%	
Model infermeria	V. Henderson	93	42,7%	125	57,3%	,0433
	VGI	42	38,9%	66	61,1%	
	Altres	36	58,1%	26	41,9%	
Centre docent: pregrau	No	10	58,8%	7	41,2%	,2103
	Sí	161	43,4%	210	56,6%	
Centre docent: postgrau	No	57	44,5%	71	55,5%	,8983
	Sí	114	43,8%	146	56,2%	
Utilització HCE	Parcialment	5	26,3%	14	73,7%	,1099
	Sí	166	45,0%	203	55,0%	
Utilització HC3	No l'utilitzen	27	42,2%	37	57,8%	,2774
	Parcialment	7	29,2%	17	70,8%	
	Totalment	137	45,7%	163	54,3%	
Conveni	1r. conveni SS	92	37,9%	151	62,1%	< ,0001
	VIIè. conveni XHUP	46	70,8%	19	29,2%	
	Altres	33	41,3%	47	58,8%	
Direcció infermeria	Mateix nivell que mèdica	163	44,5%	203	55,5%	,4534
	Depèn de mèdica/assistencial	8	36,4%	14	63,6%	

Taula 42. Continuació. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques dels centres: anàlisi bivariant

Variables		Factor "Participació"*		p-valor
		Desfavorable	Favorable	
Nre. llits	Mitjana (DE)	160,8 (76,5)	148,9 (88,2)	,1627
	Mediana (P25; P75)	148,0 (110,0;180,0)	148,0 (106,0; 166,0]	,0180
Percentatge AI	Mitjana (DE)	74,8 (15,1)	78,5 (15,0)	,0169
	Mediana (P25; P75)	74,3 (64,7; 80,0)	74,3 (64,9; 92,2]	,0664
Nre. unitats	Mitjana (DE)	5,0 (2,1)	4,4 (2,5)	,0086
	Mediana (P25; P75)	5,0 (4,0;6,0]	4,0 (3,0; 5,0)	,0002
Ràtio hores infermera-pacient	Mitjana (DE)	1,2 (0,2)	1,2 (0,2)	,6014
	Mediana (P25; P75)	1,2 (1,0; 1,4)	1,1 ( 1,0; 1,3)	,0567
Ràtio hores auxiliar-pacient	Mitjana (DE)	2,0 (0,3)	1,9 (0,4)	,0601
	Mediana (P25; P75)	1,9 (1,8; 2,2)	1,9 (1,7; 2,2)	,0563

\* Es considera que la percepció del factor és favorable quan el valor de la mitjana de les puntuacions obtingudes en els ítems que el componen és  $\geq 2,5$ .

En la Taula 43 es presenta el model multivariat ajustat per al factor "Participació". Les característiques dels centres que s'associen a percebre aquest factor com a favorable són: no treballar sota el VIIè. conveni de la XHUP, treballar amb el model de Virginia Henderson com a model d'infermeria i estar en un centre que faci docència de pregrau (Figura 19).

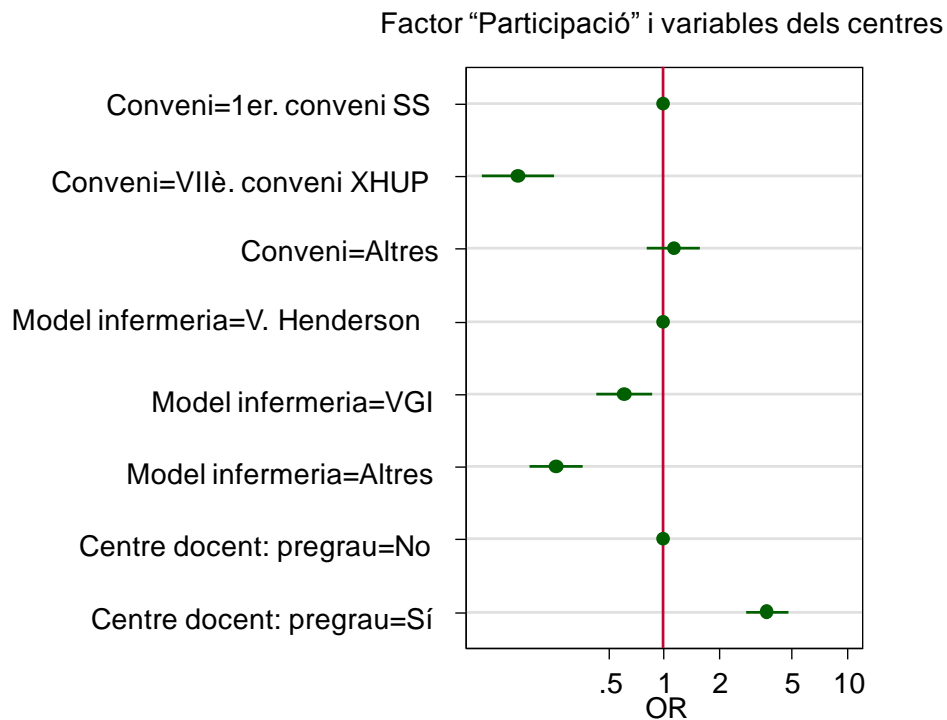
Taula 43. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,16	( 0,10; 0,25)	
	Altres	1,13	( 0,81; 1,58)	
Model infermeria	V. Henderson	1		<,0001
	VGI	0,61	( 0,43; 0,86)	
	Altres	0,26	( 0,18; 0,36)	
Docència de pregrau	No	1		<,0001
	Sí	3,69	( 2,83; 4,80)	

Número objectes= 388; LL model= -244,66 ; AIC model= 499,32 ; BIC model= 519,12

OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 19. Odds ratios i intervals de confiança de les variables dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Participació"



OR>1 indica valoració del factor més favorable

## **7.7. Diferències en la valoració de l'entorn de treball infermer relacionades amb l'efecte combinat de les característiques individuals de les infermeres i les particularitats dels centres socio-sanitaris**

A continuació es mostren els resultats de percebre l'entorn de pràctica infermera i els seus factors com a favorables tenint en compte conjuntament les característiques de les infermeres i dels centres.

### **7.7.1. Relació de l'entorn de treball infermer amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres**

Les característiques que s'associen a percebre l'entorn laboral com a favorable són per part d'infermeria treballar a l'hospital de dia, no treballar a psicogeriatría de mitja estada, tenir menys anys d'experiència en socio-sanitari i tenir càrrec de gestió i per part dels centres no estar sota el 1er. conveni socio-sanitari ni sota el conveni de la XHUP, tenir menys nombre d'unitats i major percentatge d'atenció intermèdia (Taula 44). Tenir jornada de treball parcial i tenir formació de postgrau, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per un bon ajust del model (Figura 20).

*Taula 44. Relació entre la valoració de l'entorn de treball infermer i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant*

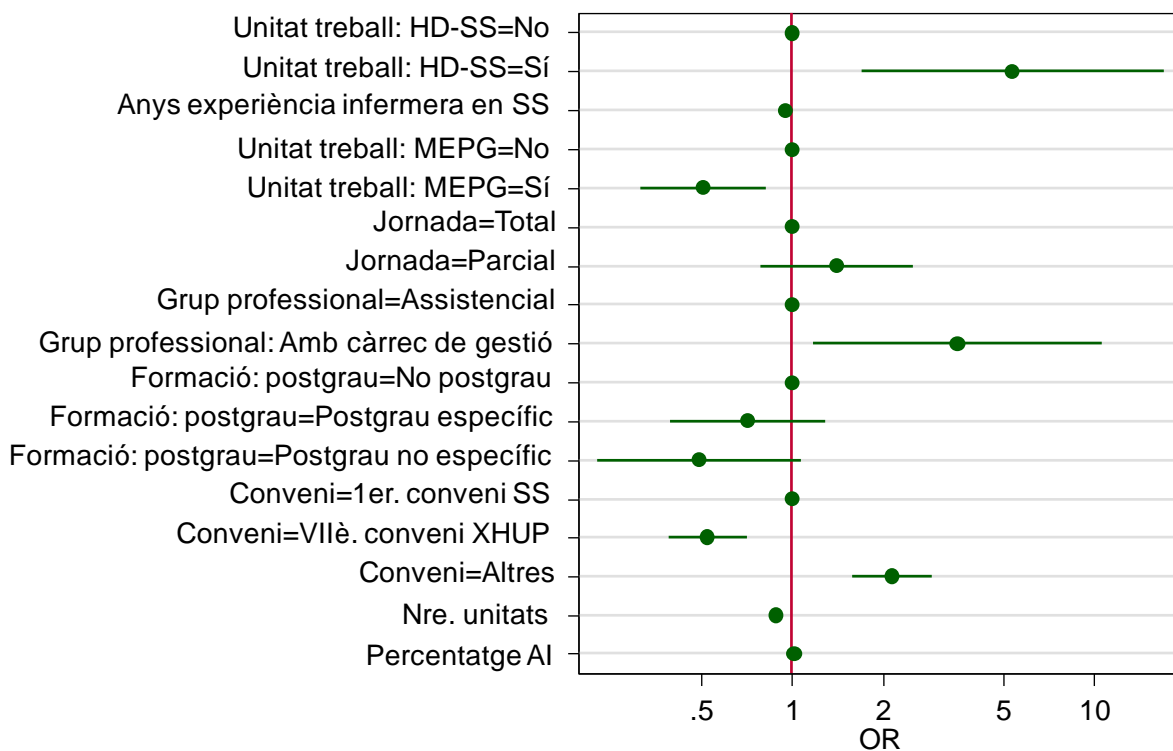
Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		,0043
	Sí	5,36	(1,69;16,93)	
Experiència infermera SS		0,95	(0,91; 0,99)	,0224
Unitat de treball: PGME	No	1		,0052
	Sí	0,51	(0,31; 0,82)	
Jornada	Completa	1		,2536
	Parcial	1,40	(0,78; 2,52)	
Grup professional	Assistencial	1		,0244
	Amb càrrec de gestió	3,53	(1,18;10,57)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		,1878
	Postgrau específic	0,72	(0,40; 1,29)	
	Postgrau no específic	0,49	( 0,23; 1,07)	
Conveni	1r. conveni SS	1		,0000
	Vllè. conveni XHUP	0,53	(0,39; 0,71)	
	Altres	2,14	(1,58; 2,91)	
Nre. unitats		0,88	(0,84; 0,93)	,0000
Percentatge AI		1,02	(1,01; 1,03)	,0028

Número objectes=330 LL model= -200,80 ; AIC model= 425,61 ; BIC model= 471,20  
 OR>1 indica valoració de l'entorn de treball infermer més favorable



Figura 20. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat de l'entorn de treball infermer

Entorn de treball infermer i variables de les infermeres i dels centres



OR>1 indica valoració de l'entorn de treball infermer més favorable

### 7.7.2. Relació del factor “Dotació” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres

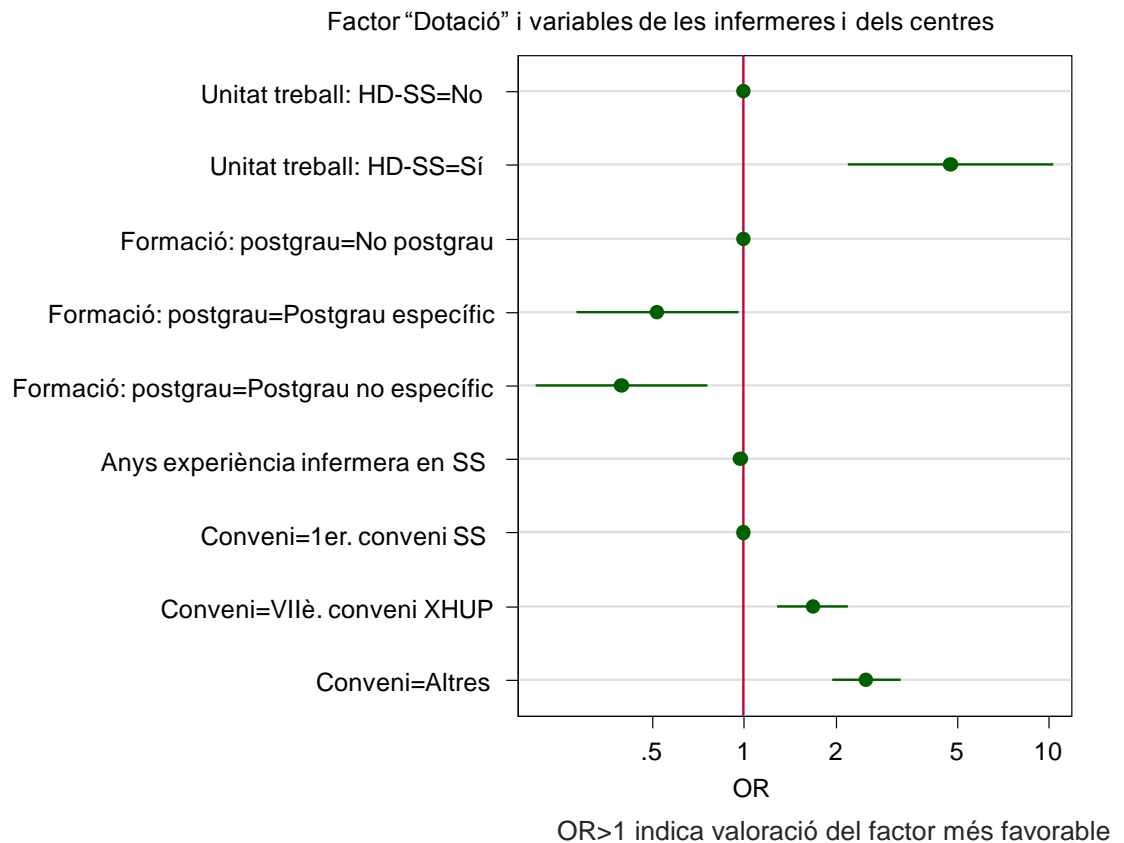
Les característiques que s'associen a percebre el factor “Dotació” com a favorable són per part d'infermeria treballar a l'hospital de dia, no tenir formació de postgrau, i per part dels centres, el no estar sota el 1er. conveni sociosanitari (Taula 45). Els anys d'experiència en el sociosanitari, tot i no ser una variable estadísticament significativa, sí que és necessària per a un bon ajust del model (Figura 21).

Taula 45. Relació entre la valoració del factor “Dotació” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		,0001
	Sí	4,77	( 2,20;10,32)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		,0146
	Postgrau específic	0,52	( 0,28; 0,96)	
	Postgrau no específic	0,40	( 0,21; 0,76)	
Experiència infermera SS		0,97	( 0,94; 1,01)	,1264
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	1,68	( 1,28; 2,20)	
	Altres	2,51	( 1,94; 3,25)	

Número d'objectes=335; LL model= -214,06 ; AIC model= 442,13 ; BIC model= 468,83  
 OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 21. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor “Dotació”



### 7.7.3. Relació del factor “Relacions” amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres

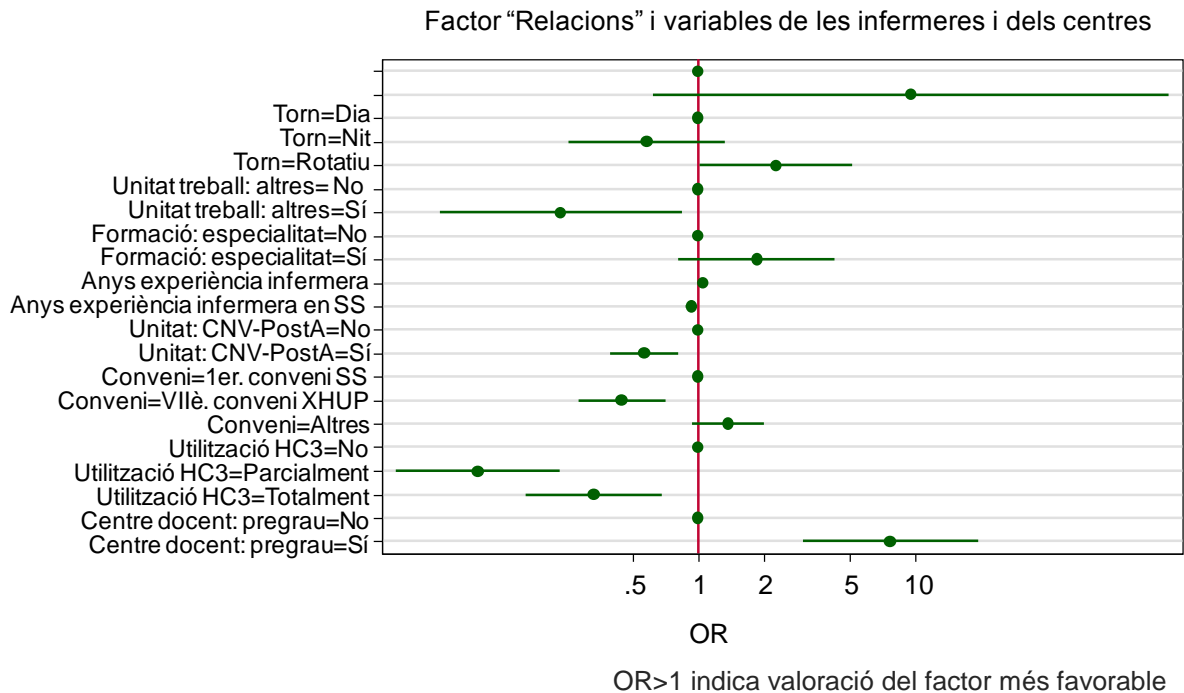
Les característiques que s'associen a percebre el factor “Relacions” com a favorable són per part d'infermeria tenir el torn rotatiu, no treballar en altres unitat de treball no especificades, tenir l'especialitat d'infermeria, tenir més anys d'experiència infermeria però tenir menys anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari i no treballar en convalsència-postaguts. Per part dels centres, es relaciona amb estar sota altres convenis diferents al 1er. conveni sociosanitari i al conveni de la XHUP, que les infermeres no utilitzin l'HC3 i que en el centre facin docència de pregrau (Taula 46). Treballar a l'hospital de dia i tenir l'especialitat d'infermeria, tot i no ser variables estadísticament significatives, són necessàries per un bon ajust del model (Figura 22).

Taula 46. Relació entre la valoració del factor “Relacions” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: HD-SS	No	1		,1056
	Sí	9,59	( 0,62;148,2)	
Torn	Dia	1		,0014
	Nit	0,58	( 0,25; 1,34)	
	Rotatiu	2,28	( 1,02; 5,12)	
Unitat de treball: altres	No	1		,0259
	Sí	0,23	( 0,06; 0,84)	
Formació: especialitat	No	1		,1386
	Sí	1,87	( 0,82; 4,29)	
Experiència infermera		1,06	( 1,01; 1,10)	,0087
Experiència infermera SS		0,93	( 0,88; 0,99)	,0177
Unitat de treball: CNV-PostA	No	1		,0024
	Sí	0,57	( 0,39; 0,82)	
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,45	( 0,28; 0,71)	
	Altres	1,37	( 0,94; 2,02)	
Utilització HC3	No l'utilitzen	1		<,0001
	Parcialment	0,10	( 0,04; 0,23)	
	Totalment	0,33	( 0,16; 0,68)	
Centre docent: pregrau	No	1		<,0001
	Sí	7,71	( 3,04;19,5)	

Número objectes=327 LL model= -141,94 ; AIC model= 307,87 ; BIC model= 353,35  
OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 22. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Relacions"



#### 7.7.4. Relació del factor "Lideratge" amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats dels centres

Les característiques que s'associen a percebre el factor "Lideratge" com a favorable són per part de les infermeres treballar amb torn rotatiu, tenir càrrec de gestió, no treballar en unitats de subaguts i, per part dels centres, estar sota el primer conveni sociosanitari i ser una organització mixta (Taula 47). Els anys d'experiència en sociosanitari, treballar en altres unitats de treball no especificades i tenir formació de postgrau, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per un bon ajust del model (Figura 23).

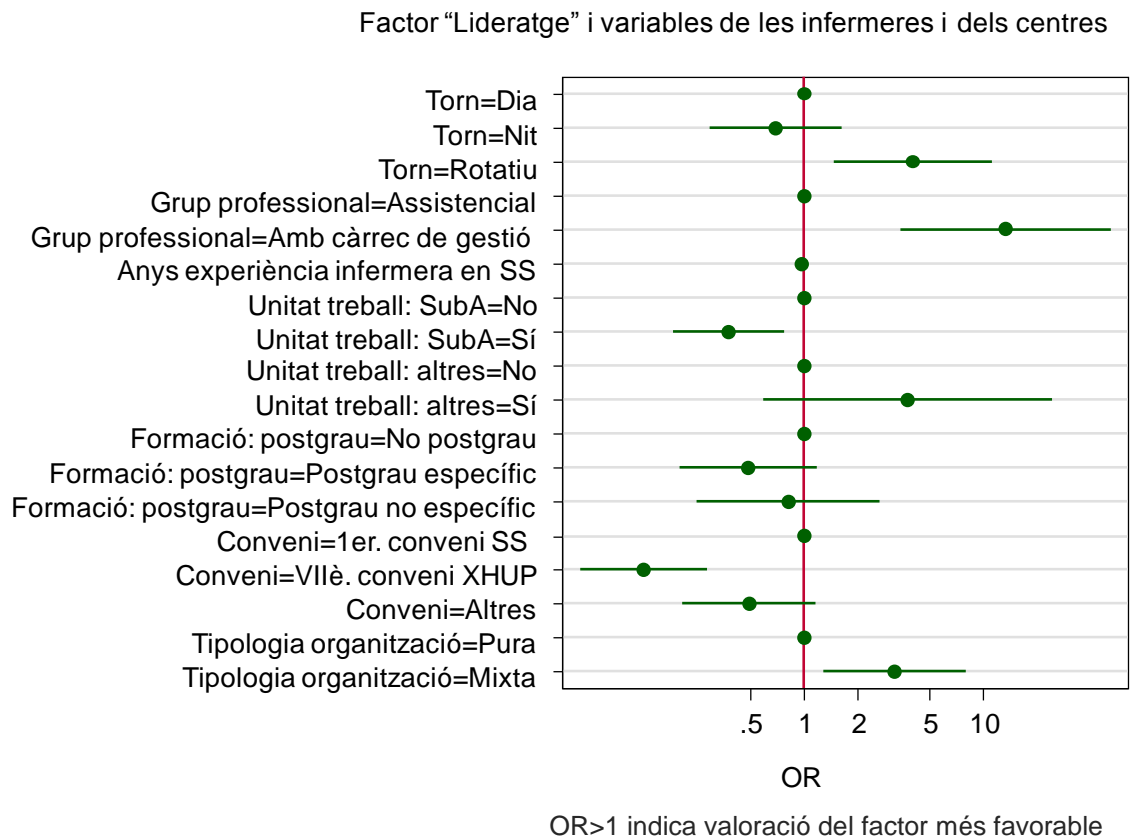
*Taula 47. Relació entre la valoració del factor "Lideratge" i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant*

Variable		OR	IC95%	p-valor
Torn	Dia	1		,0002
	Nit	0,70	( 0,30; 1,62)	
	Rotatiu	4,03	( 1,46; 11,15)	
Grup professional	Assistencial	1		,0002
	Amb càrrec de gestió	13,30	( 3,46; 51,08)	
Experiència infermera SS		0,97	( 0,93; 1,01)	,1468
Unitat de treball: SubA	No	1		,0073
	Sí	0,38	( 0,19; 0,77)	
Unitat de treball: altres	No	1		,1586
	Sí	3,78	( 0,60; 24,06)	
Formació: postgrau	No postgrau	1		,1229
	Postgrau específic	0,49	( 0,20; 1,19)	
	Postgrau no específic	0,82	( 0,25; 2,65)	
Conveni	1r. conveni SS	1		<,0001
	VIIè. conveni XHUP	0,13	( 0,06; 0,29)	
	Altres	0,49	( 0,21; 1,16)	
Tipologia organització	Pura	1		,0124
	Mixta	3,20	( 1,29; 7,98)	

Número objectes=330 LL model= -152,55 ; AIC model= 329,11 ; BIC model= 374,70

OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 23. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Lideratge"



### 7.7.5. Relació del factor "Fonaments" amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres

Les característiques que s'associen a percebre el factor "Fonaments" com a favorable fan referència a les dels centres i són: fer docència pregrau, que l'hospital derivador no sigui general bàsic, que estigui en el mateix lloc on hi ha atenció especialitzada/ hospitalització d'aguts, que en el centre es treballi amb la valoració geriàtrica integral com a model d'infermeria i que la direcció d'infermeria estigui al mateix nivell que la direcció mèdica (Taula 48). L'única característica de les infermeres que es relaciona amb aquest factor és treballar a cures pal·liatives, que, tot i no ser una variable estadísticament significativa, sí que és necessària per un bon ajust del model (Figura 24).

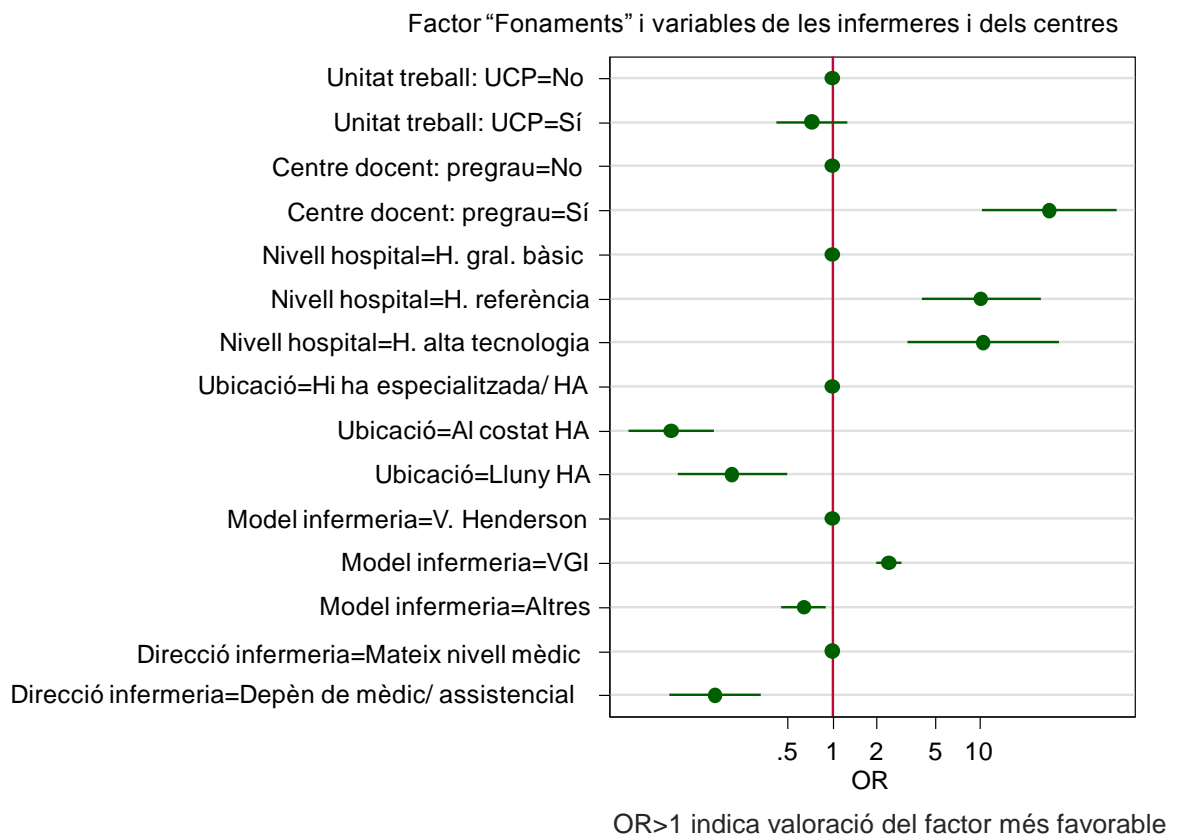
*Taula 48. Relació entre el la valoració del factor “Fonaments” i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant*

Variable		OR	IC95%	p-valor
Unitat de treball: UCP	No	1		,2558
	Sí	0,73	( 0,42; 1,26)	
Centre docent: pregrau	No	1		<,0001
	Sí	29,88	(10,49; 85,14)	
Nivell hospital referència	H. Gral. bàsic	1		<,0001
	H. de referència	10,25	( 4,04; 26,02)	
	H. d'alta tecnologia	10,55	( 3,24; 34,40)	
Ubicació	Hi ha especialitzada/ HA	1		<,0001
	Al costat HA	0,08	( 0,04; 0,16)	
	Lluny HA	0,21	( 0,09; 0,49)	
Model infermeria	V. Henderson	1		<,0001
	VGI	2,42	( 1,97; 2,98)	
	Altres	0,64	( 0,45; 0,91)	
Direcció infermeria	Al mateix nivell	1		<,0001
	Depèn del mèdic assistencial	0,16	( 0,08; 0,33)	

Número objectes=364 LL model= -148,09 ; AIC model= 312,18 ; BIC model= 343,35

OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 24. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Fonaments"



### 7.7.6. Relació del factor "Participació" amb les variables individuals de les infermeres i les particularitats del centres

Les característiques que s'associen a percebre el factor "Participació" com a favorable són per part d'infermeria tenir torn rotatiu, assumir un càrrec de gestió, tenir algun màster no específic i, per part dels centres, disposar d'unitats específiques, fer docència de postgrau i que hi hagi solapament horari entre els torns (Taula 49). Els anys d'experiència com a infermera, tenir formació a nivell de postgrau i l'origen espanyol, tot i no ser variables estadísticament significatives, sí que són variables necessàries per a un bon ajust del model (Figura 25).



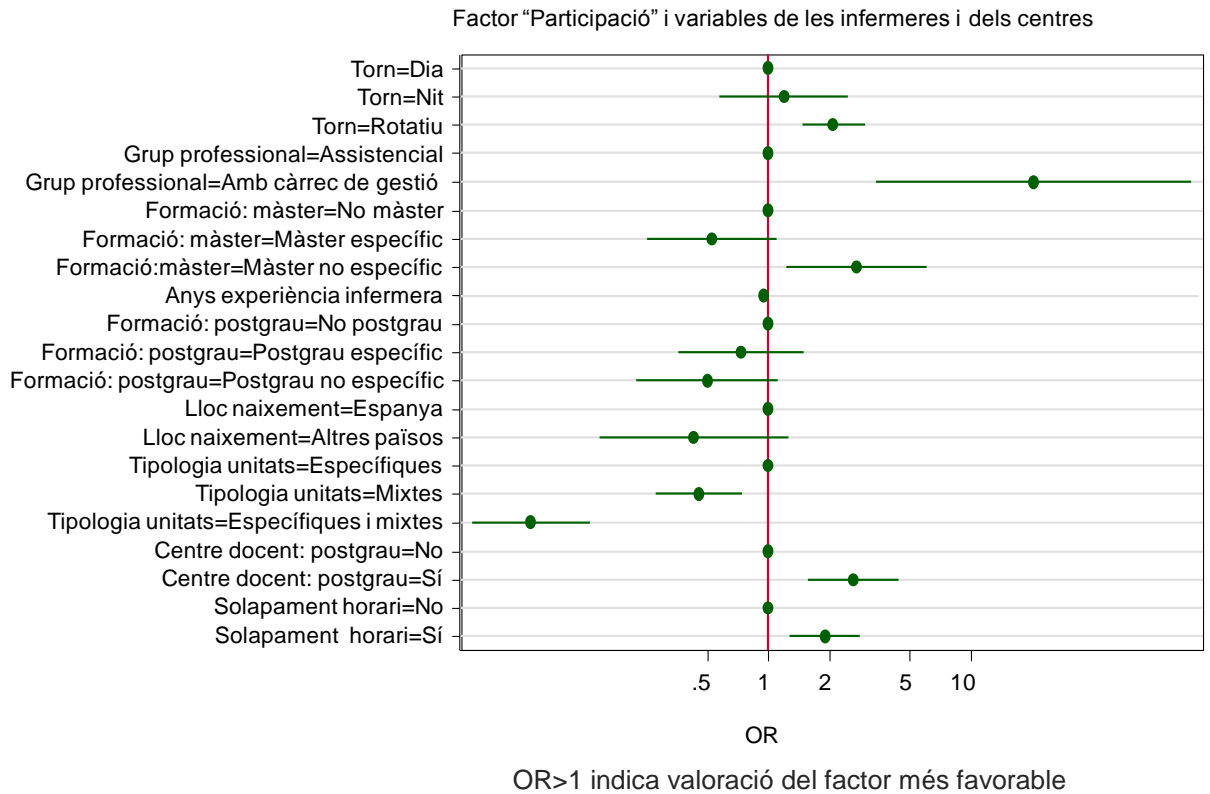
Taula 49. Relació entre la valoració del factor "Participació" i les característiques de les infermeres i dels centres: anàlisi multivariant

Variable		OR	IC95%	p-valor
Torn	Dia	1		,0001
	Nit	1,20	( 0,58; 2,49)	
	Rotatiu	2,10	( 1,47; 3,00)	
Grup professional	Assistencial	1		,0010
	Amb càrrec de gestió	20,29	( 3,40; 120,96)	
Formació: màster	No màster	1		,0057
	Màster específic	0,53	( 0,25; 1,10)	
	Màster no específic	2,73	( 1,23; 6,06)	
Experiència infermera		0,96	( 0,91; 1,00)	,0622
Formació: postgrau	No postgrau	1		,2145
	Postgrau específic	0,73	( 0,36; 1,50)	
	Postgrau no específic	0,50	( 0,23; 1,11)	
Lloc naixement	Espanya	1		,1225
	Altres països	0,43	( 0,15; 1,25)	
Tipologia d'unitats	Específiques	1		<,0001
	Mixtes	0,45	(0,28; 0,74)	
	Específiques i mixtes	0,07	(0,03; 0,13)	
Centre docent: postgrau	No	1		,0002
	Sí	2,64	(1,58; 4,41)	
Solapament horari	No	1		,0014
	Sí	1,91	(1,28; 2,84)	

Número objectes=330 LL model= -177,44 ; AIC model= 380,87 ; BIC model= 430,26

OR>1 indica valoració del factor més favorable

Figura 25. Odds ratios i intervals de confiança de les variables individuals de les infermeres i de les particularitats dels centres per al model multivariat ajustat del factor "Participació"



## 7.8. Descripció dels resultats obtinguts en els indicadors analitzats per avaluar les USSAI

Pel que fa a les dades generals d'activitat dels recursos d'atenció intermèdia, les 26.333 persones ateses als 73 centres amb convalsència de Catalunya l'any 2014 van realitzar 29.333 episodis i 1.096.390 estades, el que suposa una estada mitjana de 37,4 dies i una estada mediana de 34 dies. Als 49 centres del territori català que realitzen activitat de cures paliatives es van atendre 8.845 persones que van causar 9.947 episodis i 137.400 estades, essent l'estada mitjana de 13,8 dies i l'estada mediana de 9 dies. Als 27 centres amb unitats de subaguts, les 6.345 persones ateses van causar 7.394 episodis i 76.013 estades, el que suposa una estada mitjana de 10,3 dies i una estada mediana de 9,0 dies.

En la Taula 50 es mostren les característiques descriptives dels 14 centres estudiats segons les dades generals de la Central de Resultats de l'àmbit socio sanitari.

Taula 50. Estadístics resum de les dades generals dels 14 centres participants a l'estudi

	Variable	N*	Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
SubA	Persones ateses	14	313,2 (107,6)	298,0 (224,0; 422,0)
	Episodis realitzats	14	366,1 (137,1)	354,0 (249,0; 477,0)
	Estades fetes	14	3.614,6 (1.812,3)	3.188,0 (2.342,0; 3.901,0)
	Estada mediana	14	8,93 (1,54)	9,0 (8,0; 10,0)
CNV-PostA	Persones ateses	14	648,2 (592,84)	572,0 (268,0; 764,0)
	Episodis realitzats	14	728,6 (670,23)	634,5 (294,0; 895,0)
	Estades fetes	14	25.945,9 (26.202,1)	21.401,5 (9.908,0; 29.131,0)
	Estada mediana	14	32,0 (10,5)	29,0 (27,0; 38,0)
UCP	Persones ateses	12	286,0 (141,2)	289,0 (200,0; 342,0)
	Episodis realitzats	12	326,1 (175,52)	323,5 (207,0; 404,5)
	Estades fetes	12	4.672,4 (2.448,8)	4.340,0 (3.197,0; 6.028,0)
	Estada mediana	12	10,2 (3,63)	9,0 (7,25; 13,75)
Import AI		14	3.116.173,5 (2.199.397,8)	2.748.657,5 (1.734.614,0; 3.521.257,7)

\*Per raons de fiabilitat, no hi ha dades dels centres amb menys de trenta episodis finalitzats. Els sombregats en gris fosc són els que es diposa informació dels 14 centres estudiats.

Respecte als indicadors que es relacionen amb l'atenció a la gent gran amb malalties cròniques, el total dels centres que fan convalsència van atendre un 13,1% de persones amb fractura de coll de fèmur, dels quals un 76,6% van ser donats d'alta a domicili al final de l'episodi. El 8,9% dels episodis van ser d'atenció a persones amb ictus dels quals el 65,5% van tornar al seu domicili a l'alta. El percentatge d'episodis atesos de persones amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) va ser del 4,9%, el d'episodis de persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) del 2,6%, i el percentatge de persones destinades a domicili un cop donades d'alta del 61,5% i del 63,3%, respectivament. Amb caràcter general, tenint en compte tots els episodis atesos a Catalunya a convalsència, el 69,3% són amb destí a domicili en el moment de l'alta.

Pel que fa als episodis amb incidència de nafres per pressió (NPP) en els episodis de convalsència en tot el territori català, un 0,7% dels episodis adquireixen nafres de grau III-IV durant l'ingrés. Si es tenen en compte les nafres de qualsevol grau, aquest percentatge augmenta fins al 2,3%.

El 43,9% dels pacients millora el seu estat funcional durant l'ingrés a convalsència i són 4 la mediana de punts de les persones que han millorat.

L'estada mediana a l'hospital d'aguts dels tots els episodis amb fractura de coll de fèmur és de 10,0 dies i després estan una mediana de 41,0 dies a convalsència. En el cas dels episodis per ictus, l'estada mediana a l'hospital és de 12,0 dies i a convalsència de 41,0 dies. No es disposa de les estades medianes a l'hospital dels episodis amb ICC i MPOC, però a convalsència, els episodis causats per aquestes patologies són 25,0 dies i 24,0 dies, respectivament.

A la Taula 51 es mostren els resultats dels 14 centres estudiats segons els indicadors d'atenció a la gent gran amb malalties cròniques.

Taula 51. Estadístics resum dels indicadors d'atenció a la gent gran amb malalties cròniques dels 14 centres participants a l'estudi

	Variable	N *	Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
CNV-PostA	Percentatge episodis fractura coll de fèmur	14	14,6 (8,21)	11,7 (9,9; 20,6)
	Percentatge episodis fractura coll de fèmur a domicili	11	84,5 (7,18)	86,1 (80,0; 89,7)
	Percentatge episodis ictus	14	9,44 (6,46)	7,4 (5,9; 11,8)
	Percentatge episodis ictus a domicili	11	69,8 (12,1)	70,2 (68,6; 77,2)
	Percentatge episodis ICC	14	4,64 (2,56)	4,55 (2,5; 6,4)
	Percentatge episodis ICC a domicili	5	60,9 (7,67)	64,1 (56,1; 65,8)
	Percentatge episodis MPOC	14	2,39 (1,86)	2,3 (1,1; 2,8)
	Percentatge episodis MPOC a domicili	2	70,1 (7,99)	70,15 (64,5; 75,8)
	Percentatge episodis destinació domicili	14	71,1 (10,6)	72,45 (66,9; 78,4)
	Percentatge episodis amb incidència NPP qualsevol grau	14	1,68 (1,65)	1,54 (0,57; 2,1)
	Percentatge episodis amb incidència NPP grau III-IV	14	0,83 (0,82)	0,66 (0,38; 1,01)
	Percentatge de pacients que han millorat l'estat funcional	14	46,52 (16,17)	49,94 (35,54; 57,83)
	Mediana de punts de millora dels pacients que han millorat	14	4,29 (0,91)	4,0 (4,0; 5,0)
	Estada mediana ICC	5	22,3 (7,41)	19,0 (18,0; 25,0)
	Estada mediana MPOC	2	26,0 (12,73)	26,0 (17,0; 35,0)
Hospital-CNV-PostA	Estada mediana a l'hospital episodis fractura coll de fèmur	10	9,50 (3,10)	9,0 (7,0; 12,0)
	Estada mediana episodis fractura coll de fèmur CNV-PostA	10	37,8 (8,88)	36,75 (33,0; 42,5)
	Estada mediana episodis fractura coll de fèmur total	10	47,3 (10,6)	45,7 (42,0; 52,5)
	Estada mediana a l'hospital ictus	10	12,8 (5,59)	12,0 (8, 0; 18,5)
	Estada mediana episodis ictus CNV-PostA	10	43,4 (14,4)	38,75 (32,0; 55,0)
	Estada mediana episodis ictus total	10	56,3 (18,93)	53,2 (38,0; 71,0)

\*Per raons de fiabilitat, no hi ha dades dels centres amb menys de trenta episodis finalitzats. Els sombrejats en gris fosc són els que es diposa informació dels 14 centres estudiats.

A Catalunya un 7,2% dels episodis de convalescència són alta per defunció, dels quals un 12,3% corresponen a pacients oncològics. Tot i això, només un 1,7% té registrat el diagnòstic V66.7 (atenció pal·liativa). L'estada mediana dels episodis amb circumstància d'alta defunció és de 17,0 dies, essent per als oncològics d'un dia menys (16,0 dies). En les unitats de cures pal·liatives la codificació V66.7 es troba en un 52,2% dels episodis i el percentatge d'episodis amb circumstància alta per defunció augmenta fins al 69,7%, dels quals el 61,9% es correspon a pacients amb patologia oncològica. L'estada mediana dels pacients que es moren és de 6,0 dies, essent per als malalts oncològics lleugerament més elevada (8,0 dies).

A la Taula 52 es mostren els resultats dels 14 centres estudiats segons els indicadors d'atenció al final de la vida.

*Taula 52. Estadístics resum dels indicadors d'atenció al final de la vida dels 14 centres participants a l'estudi*

	Variable	N*	Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
CNV-PostA	Percentatge episodis codificats amb V66.7	14	1,64 (5,26)	0,11 (0,0; 0,57)
	Percentatge episodis circumstància alta defunció	14	7,24 (4,73)	5,82 (4,24; 9,2)
	Estada mediana dels episodis amb èxits	5	15,6 (4,63)	14,0 (12,5; 17,0)
	Estada mediana dels episodis oncològics amb èxits	5	26,6 (13,1)	29,0 (23,0; 36,0)
	Percentatge defuncions corresponents a oncològics	5	8,81 (12,4)	4,55 (1,94; 5,26)
UCP	Percentatge episodis codificats amb V66.7	12	50,9 (42,8)	66,02 (0,92; 89,4)
	Percentatge episodis circumstància alta defunció	12	71,7 (14,45)	74,6 (59,9; 82,3)
	Estada mediana dels episodis amb èxits	12	7,46 (2,27)	7,25 (6,0; 8,0)
	Estada mediana dels episodis oncològics amb èxits	10	8,30 (1,77)	8,0 (7,0; 9,0)
	Percentatge defuncions corresponents a oncològics	12	61,31 (16,07)	62,2 (46,2; 74,3)

\*Per raons de fiabilitat, no hi ha dades dels centres amb menys de trenta episodis finalitzats. Els sombrejats en gris fosc són els que es diposa informació dels 14 centres estudiats.

Els episodis amb diagnòstic principal de demència suposen el 6,0% dels episodis de convallescència i el 3,3% dels episodis realitzats a les unitats de cures pal·liatives de Catalunya. Si es té en compte aquest diagnòstic com a primari o secundari, els percentatges augmenten a un 22,2% i a un 16,8, respectivament. L'estada mitjana dels pacients amb diagnòstic principal de demència a cures pal·liatives és de 14,1 dies i a convallescència de 42,4 dies a convallescència, on un 70,2% dels pacients han estat donats d'alta al seu domicili.

A la Taula 53 es presenten els resultats dels 14 centres estudiats segons els indicadors d'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

*Taula 53. Estadístics resum dels indicadors d'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències dels 14 centres inclosos en l'estudi*

Variable		N*	Mitjana (DE)	Mediana (P25; P75)
CNV-PostA	Percentatge episodis amb diagnòstic principal de demència	14	4,41 (5,51)	1,95 (0,61; 8,25)
	Percentatge episodis amb diagnòstic principal o secundari de demència	14	18,0 (10,2)	13,27 (10,4; 26,3)
	Estada mitjana dels pacients amb diagnòstic principal de demència	5	34,4 (9,62)	33,4 (26,8; 40,9)
	Percentatge d'episodis amb demència amb destinació a domicili	5	77,6 (12,2)	74,8 (68,5; 83,7)
UCP	Percentatge episodis amb diagnòstic principal de demència	12	2,51 (3,54)	1,17 (0,11; 3,16)
	Percentatge episodis amb diagnòstic principal o secundari de demència	12	16,24 (10,38)	18,79 (8,14; 23,1)
	Estada mitjana dels pacients amb diagnòstic principal de demència	0	-	-

\*Per raons de fiabilitat, no hi ha dades dels centres amb menys de trenta episodis finalitzats.  
 Els sombreads en gris fosc són els que es diposa informació dels 14 centres estudiats.

## 7.9. Impacte de l'entorn de treball infermer en els resultats assolits en l'avaluació de les USSAI

Hi ha 13 indicadors dels que es disposa informació dels 14 centres estudiats (pintats amb gris més fosc en les Taules 51, 52, 53). D'aquests, sis es consideren indicadors de resultat i són objecte d'aquest anàlisi:

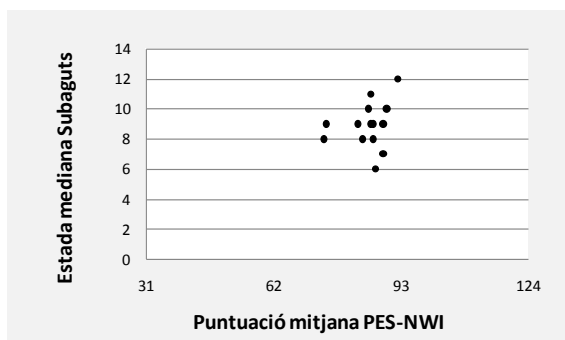
- Relacionats amb l'atenció a la gent gran amb malalties cròniques:
  - Percentatge d'episodis a convalsència amb destinació a domicili
  - Percentatge d'episodis a convalsència amb incidència NPP qualsevol grau
  - Percentatge episodis a convalsència amb incidència NPP grau III-IV
  - Percentatge de pacients que han millorat l'estat funcional a convalsència
  - Mediana de punts de millora dels pacients que han millorat a convalsència
  
- Vinculats a l'atenció al final de la vida:
  - Percentatge d'episodis amb circumstància d'alta defunció a convalsència

S'inclou també a l'anàlisi l'indicador d'estada mediana a subaguts i a convalsència. Tot i que, inicialment i de forma global, està contemplat com a dada general, posteriorment s'inclou com a indicador en els diferents apartats on està desagregat per patologies, fet que no permet que hi hagi suficient nombre de casos per fer el càlcul dels 14 centres i no es puguin incloure més indicadors a l'anàlisi.

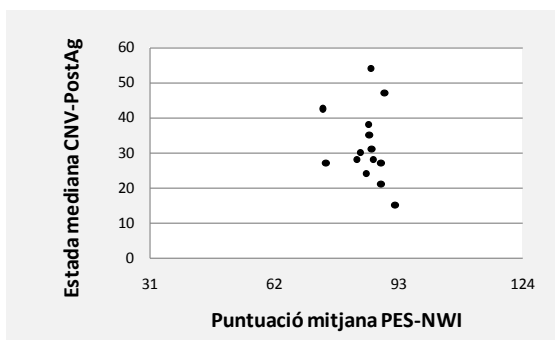
En les següents figures (Figura 26-31) es mostren els diagrames de punts i les correlacions entre els indicadors de la Central de Resultats de l'àmbit socio sanitari i la valoració de l'entorn de treball (PES-NWI i els seus factors). Es pot observar que en general les correlacions són febles i només tres arriben a mostrar significació estadística. Existeix una bona correlació significativa entre la puntuació del factor "Dotació" i l'indicador de nafres per pressió de grau III-IV a convalsència ( $r_s=0,614$ ;  $p=0,020$ ). També entre el factor "Relacions" i l'estada mediana a subaguts i entre el factor "Lideratge" i la destinació a domicili a l'alta a convalsència hi ha una bona correlació ( $r_s=0,577$ ;  $p=0,031$  i  $r_s=-0,596$ ;  $p=0,025$  respectivament).



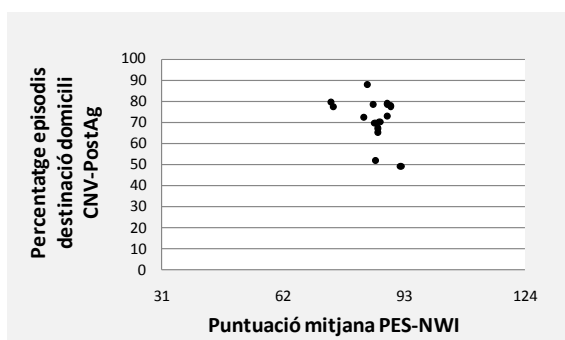
Figura 26. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació de l'entorn de treball infermer (PES-NWI) dels 14 centres inclosos a l'estudi



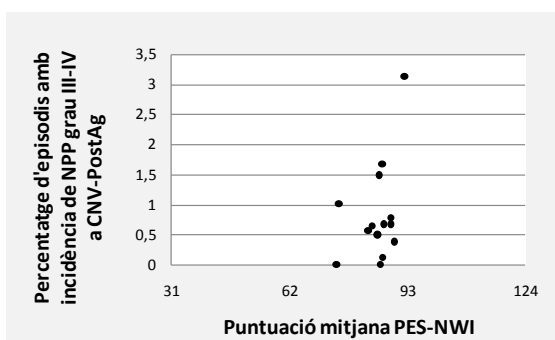
$r$  d'Spearman ( $r_s$ )= 0,183  $p$ =0,531



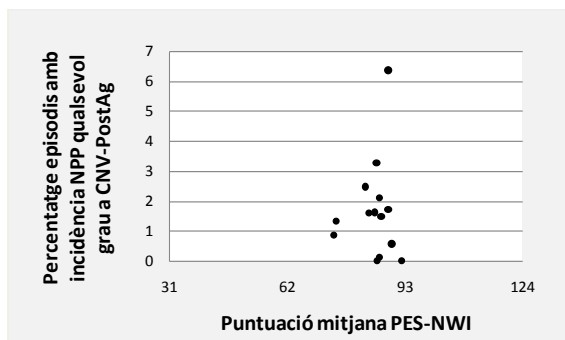
$r_s$  = -0,218  $p$ =0,454



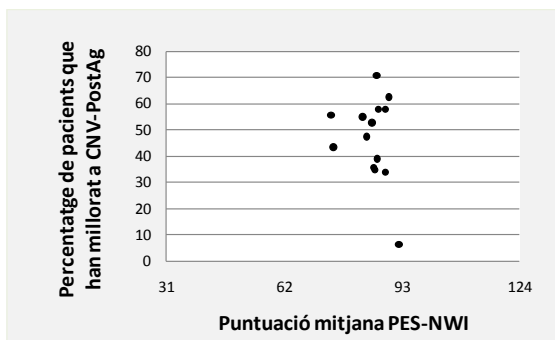
$r_s$  = -0,393  $p$ =0,164



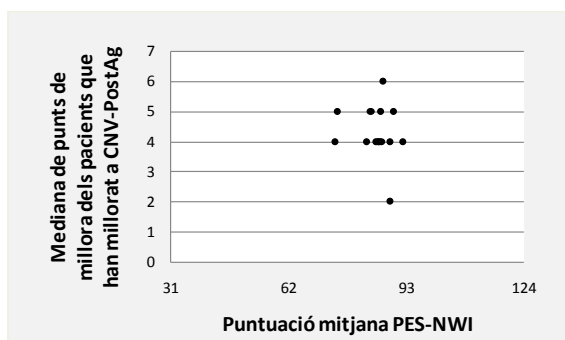
$r_s$  = 0,284  $p$ =0,325



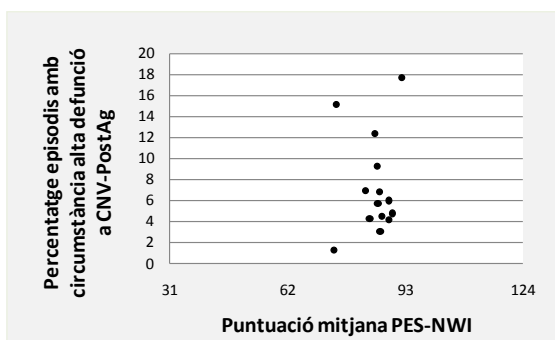
$r_s$  = -0,145  $p$ =0,620



$r_s$  = -0,042  $p$ =0,887

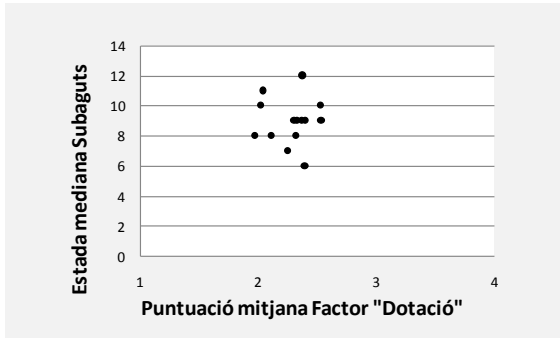


$r_s$  = -0,084  $p$ =0,776

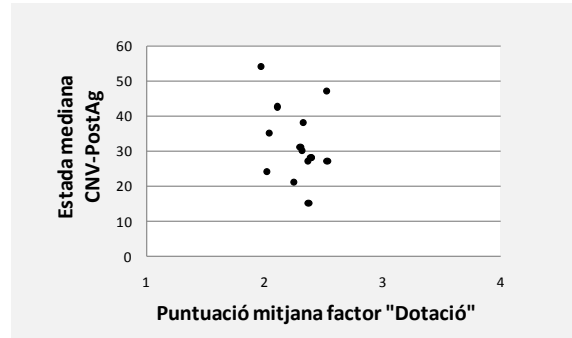


$r_s$  = 0,015  $p$ =0,958

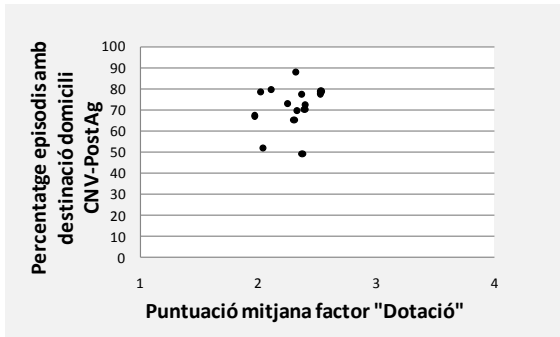
Figura 27. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Dotació" dels 14 centres inclosos a l'estudi



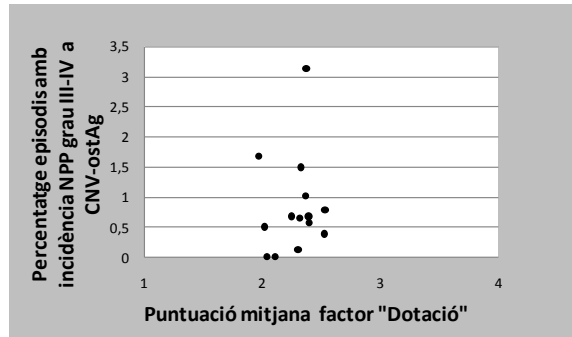
$r$  d'Spearman ( $r_s$ )= -0,174  $p$ =0,552



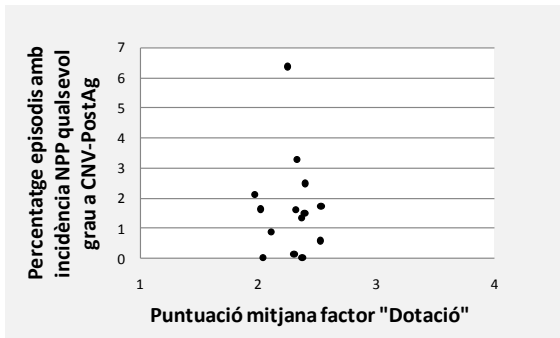
$r_s$ = -0,269  $p$ =0,353



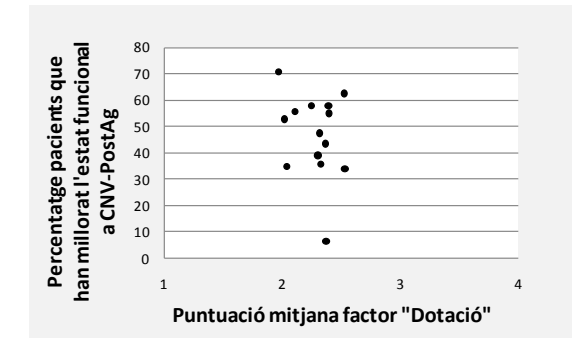
$r_s$  = -0,204  $p$  =0,483



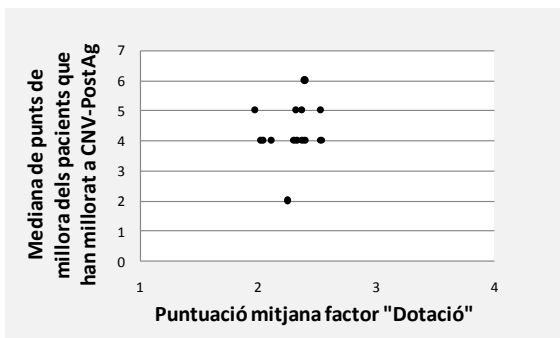
$r_s$  = 0,614  $p$  =0,020



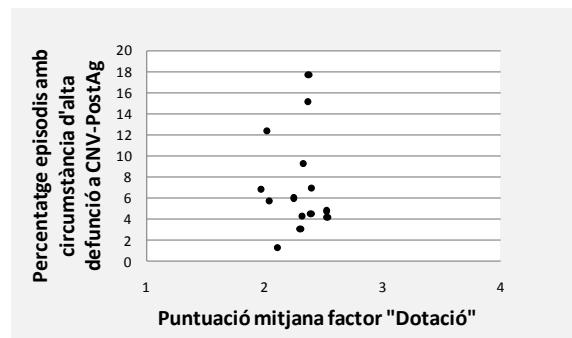
$r_s$  = 0,271  $p$  =0,349



$r_s$  = -0,103  $p$  =0,725

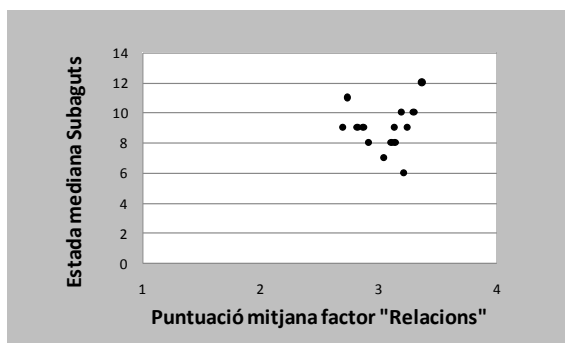


$r_s$  = 0,099  $p$  =0,737

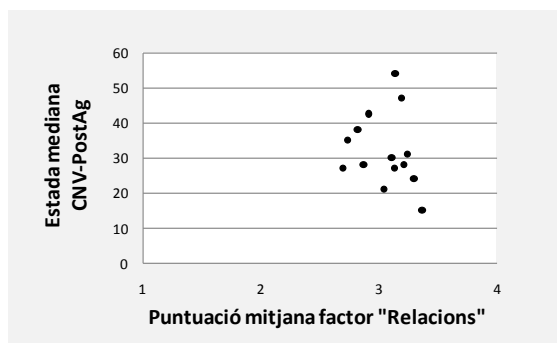


$r_s$  = 0,099  $p$  =0,737

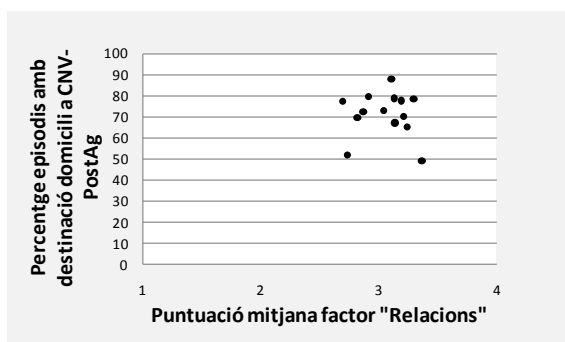
Figura 28. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Relacions" dels 14 centres inclosos a l'estudi



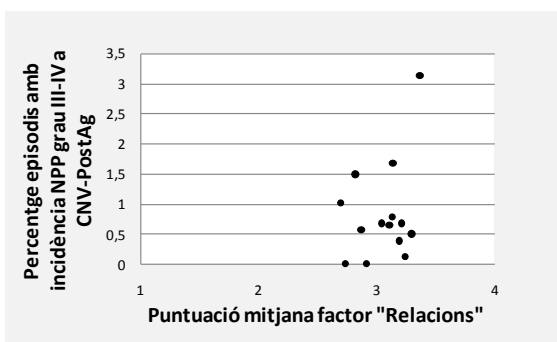
$r_s = 0,577$   $p = 0,031$



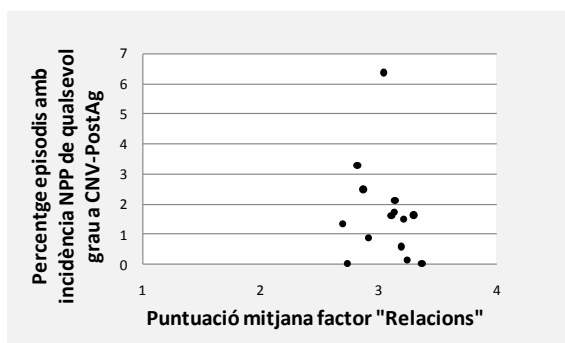
$r_s = 0,055$   $p = 0,852$



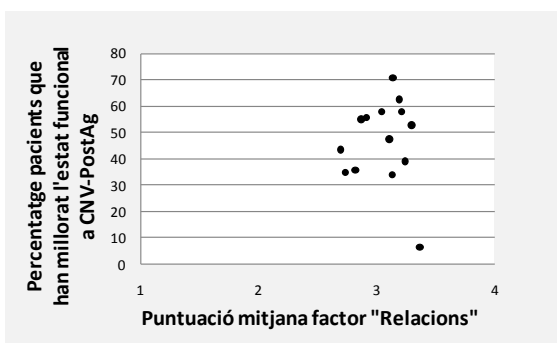
$r_s = -0,495$   $p = 0,072$



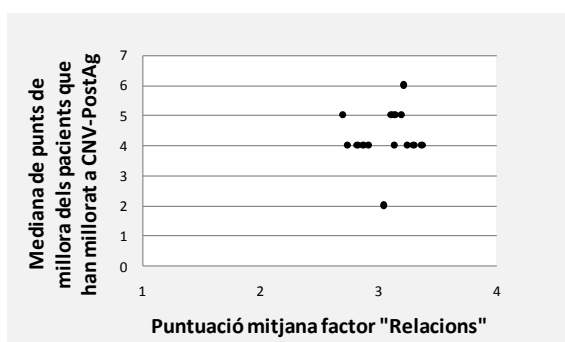
$r_s = 0,066$   $p = 0,823$



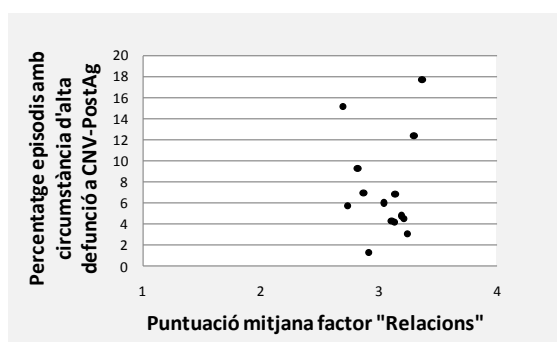
$r_s = -0,187$   $p = 0,522$



$r_s = -0,055$   $p = 0,852$

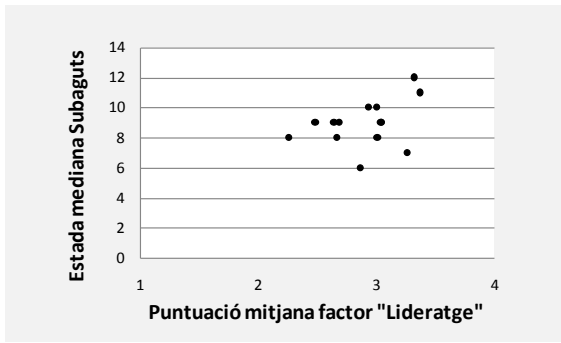


$r_s = -0,316$   $p = 0,271$

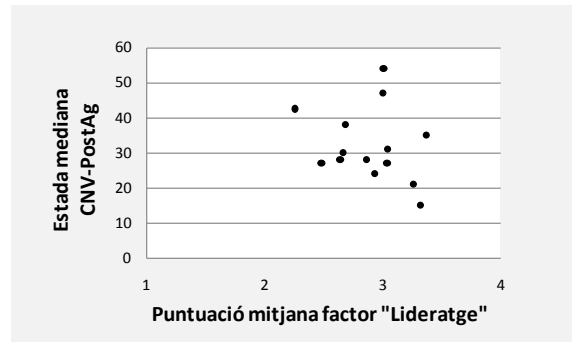


$r_s = 0,305$   $p = 0,288$

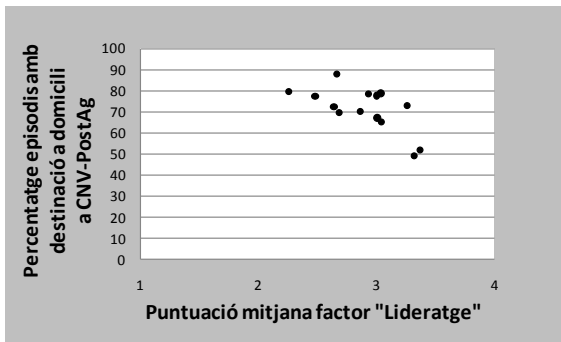
Figura 29. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Lideratge" dels 14 centres inclosos a l'estudi



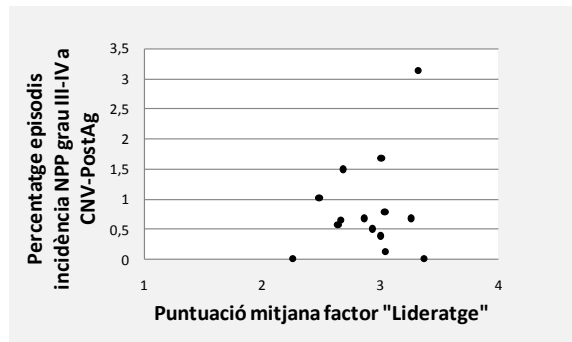
$r$  d'Spearman ( $r_s$ )=0,375  $p$ =0,186



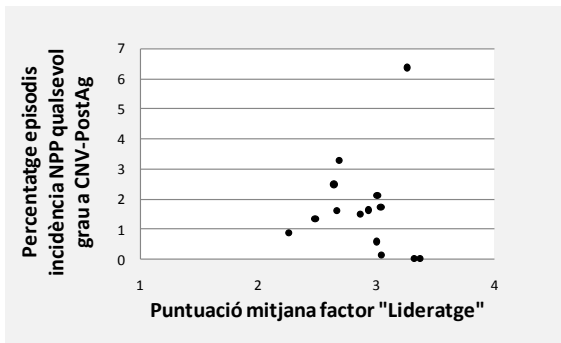
$r_s$ =-0,216  $p$ =0,459



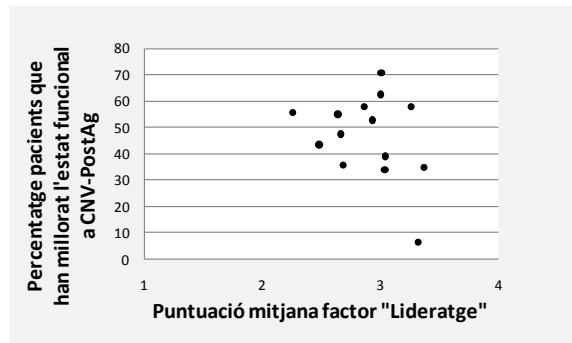
$r_s$  =-0,596  $p$  =0,025



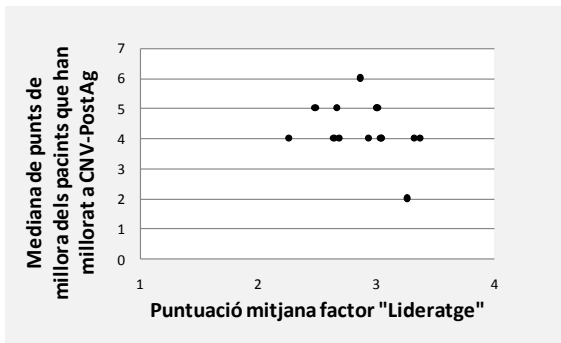
$r_s$  =0,053  $p$  =0,858



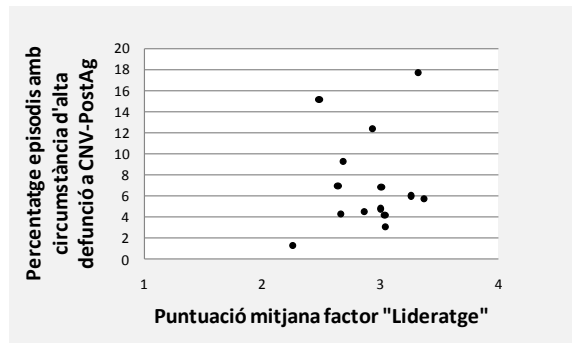
$r_s$  =-0,264  $p$  =0,362



$r_s$ =-0,284  $p$ =0,326

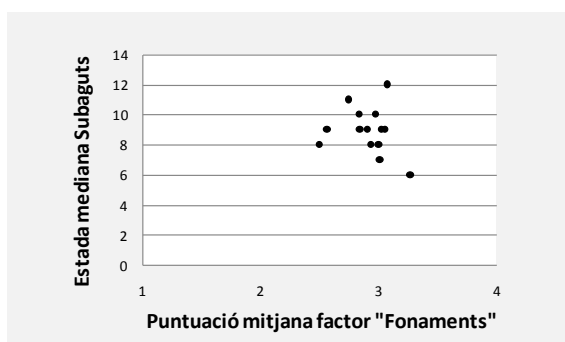


$r_s$  =-0,370  $p$  =0,193

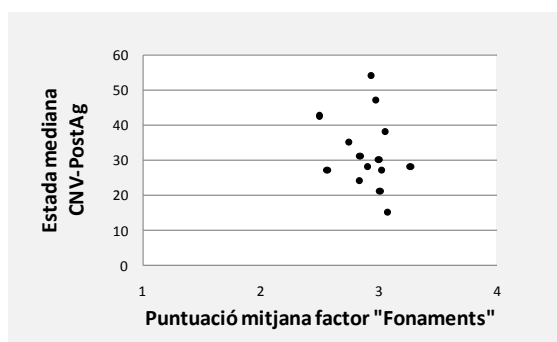


$r_s$  =0,51  $p$  =0,864

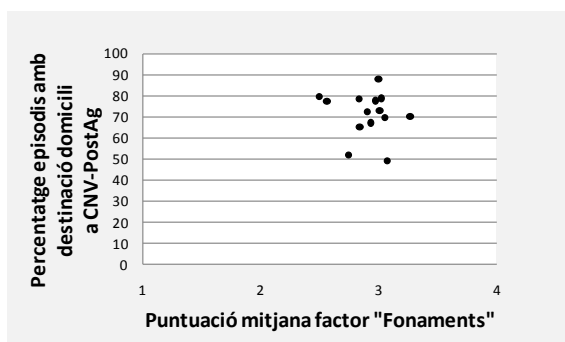
Figura 30. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Fonaments" dels 14 centres inclosos a l'estudi



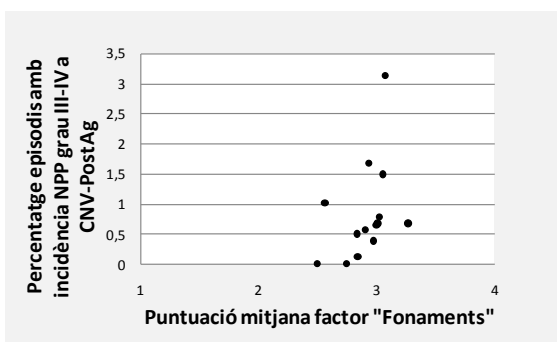
$r_s = 0,136$   $p = 0,644$



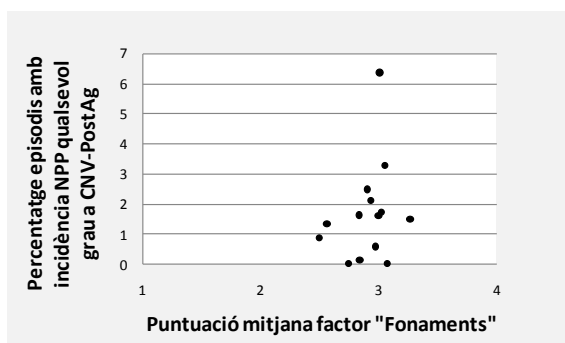
$r_s = -0,227$   $p = 0,435$



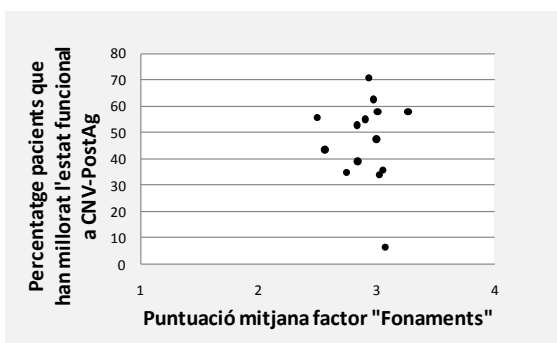
$r_s = -0,130$   $p = 0,659$



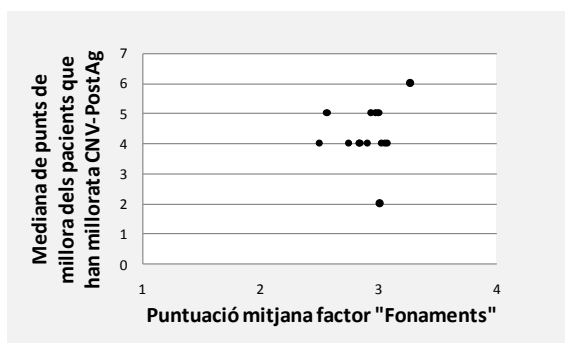
$r_s = 0,106$   $p = 0,719$



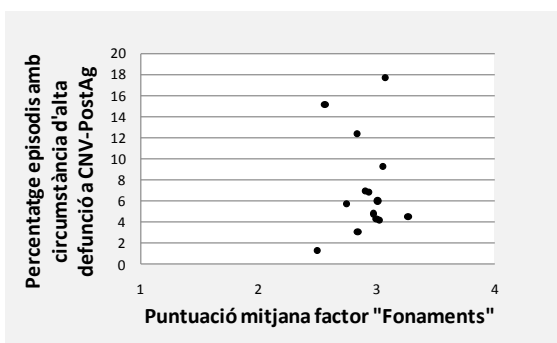
$r_s = -0,249$   $p = 0,391$



$r_s = 0,064$   $p = 0,829$

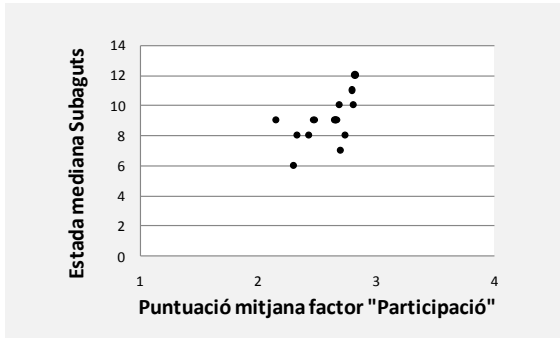


$r_s = 0,091$   $p = 0,756$

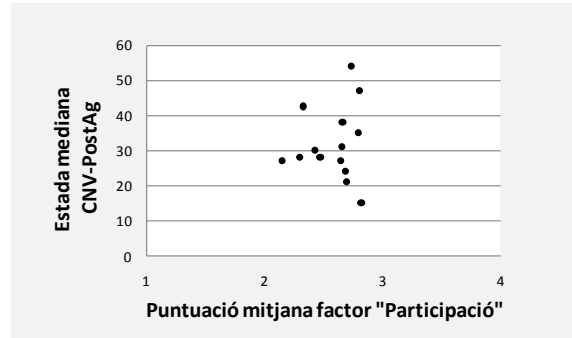


$r_s = -0,046$   $p = 0,876$

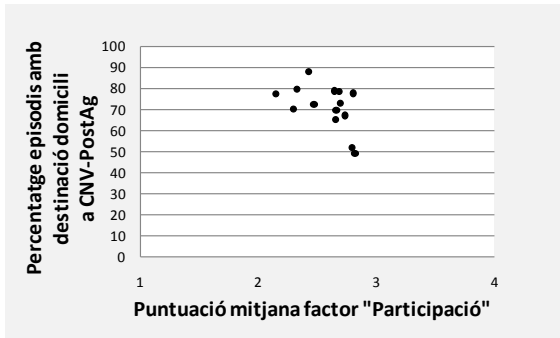
Figura 31. Diagrama de punts i correlacions entre els resultats de la Central de Resultats i la puntuació del factor "Participació" dels 14 centres inclosos a l'estudi



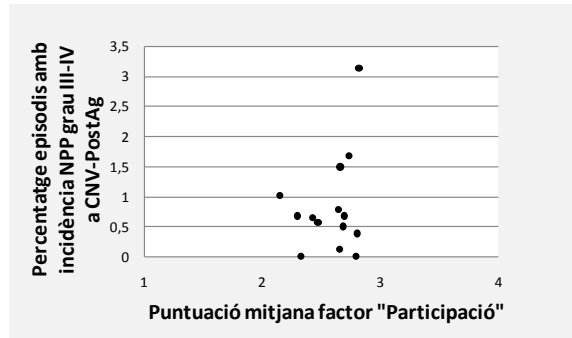
$r_s = 0,113$   $p = 0,700$



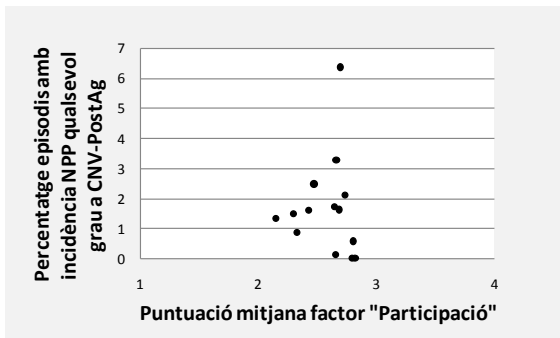
$r_s = -0,218$   $p = 0,454$



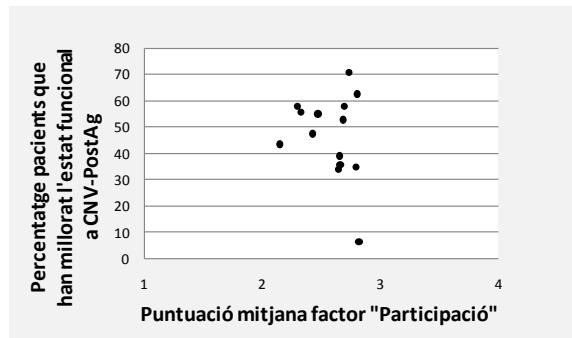
$r_s = 0,138$   $p = 0,637$



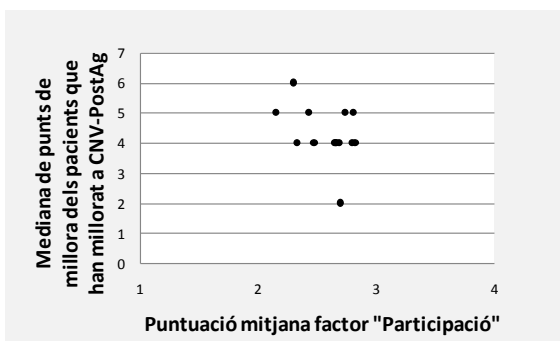
$r_s = 0,224$   $p = 0,441$



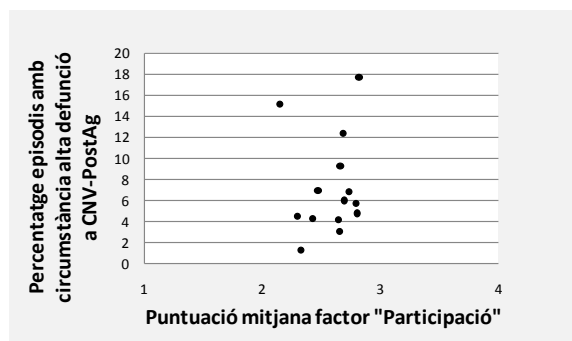
$r_s = -0,018$   $p = 0,952$



$r_s = -0,209$   $p = 0,474$



$r_s = 0,202$   $p = 0,488$



$r_s = -0,042$   $p = 0,887$



## **VIII. Discussió**





## 8.1. Consideracions generals

La creixent demanda de recursos sanitaris associada a l'alta prevalença de malalties cròniques en la població de major edat suposa un repte prioritari per a la sostenibilitat del sistema sanitari. Millorar l'eficiència de l'atenció que s'ofereix a aquest col·lectiu de persones no només passa per la contenció de costos, sinó que suposa també realitzar intervencions i processos sanitaris adequats i eficaços<sup>(12)</sup>. Els recursos d'atenció intermèdia es consideren una alternativa a l'hospitalització convencional, tant de substitució, com de continuïtat assistencial<sup>(81)</sup>. El present estudi ha permès analitzar els resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia com a fórmula organitzativa efectiva i eficient per a les persones grans.

A Catalunya l'àmbit sociosanitari té una evolució d'aproximadament 30 anys, però el desenvolupament de l'atenció intermèdia ha pres major rellevància en la planificació sanitària durant el darrer Pla de Salut 2011-2015, especialment amb el desenvolupament de la línia de subaguts i la definició de la línia de postaguts<sup>(64,66,77)</sup>.

Aquest estudi ha recollit dades que intenten mostrar la comparabilitat dels centres sociosanitaris amb activitat d'atenció intermèdia, per fomentar la identificació i la incorporació d'aquells aspectes organitzatius relacionats amb millors resultats i que permeten una millora contínua en tots els centres<sup>(213)</sup>.

Tot i que els resultats en els recursos d'atenció intermèdia es vinculen al treball d'un gran nombre de professionals<sup>(81,224)</sup>, la present investigació ha procurat aprofundir en l'aportació infermera en la qualitat assistencial assolida. Específicament, ha permès avaluar quin és l'entorn de treball de les infermeres i els diferents factors que s'hi inclouen, els quals es consideren claus per a la qualitat i la seguretat assistencial<sup>(173)</sup>.

En la línia que apunta Wiles et al., les infermeres de les USSAI també es troben davant de l'oportunitat d'establir el seu rol com a cabdal en l'atenció multidisciplinària que s'ofereix en aquestes unitats<sup>(159)</sup>. Per assolir-ho, es requereixen professionals competents i líders capacitats. També organitzacions que potenciïn un entorn de treball per a les infermeres favorable, que facilitarà que aquestes ofereixin una atenció d'alta qualitat i així obtenir els millors resultats assistencials possibles.

En aquest estudi s'ha prioritzat la Central de Resultats com a font de dades i la utilització de la informació que apareix en aquesta, provinent principalment del CMBD-RSS. S'ha volgut potenciar l'oportunitat que ofereixen les dades públiques en el camp de la recerca, encara que les bases de dades actuals no estiguin exemptes de presentar limitacions.

La disponibilitat pública de les dades, amb una finalitat de *benchmarking* entre els centres, pot ajudar a millorar la complimentació i registre de les dades del CMBD-RSS, i també a avançar en els indicadors utilitzats per avaluar i comparar els centres d'atenció intermèdia, especialment en aquells sensibles a la pràctica infermera, que tenen un menor vagatge en el nostre entorn. Per això, i d'acord amb el que planteja Alexander<sup>(225)</sup>, treballar una proposta consensuada d'indicadors de l'àmbit d'atenció intermèdia sensibles a la pràctica infermera, juntament amb els seus estàndards i fórmules de mesura, i fer-la pública, suposaria un gran avenç en aquesta direcció.

Aquesta investigació ha permès corroborar que la PES-NWI és un instrument útil en l'àmbit d'atenció intermèdia, confirmant una de les hipòtesis plantejades. Per altra banda, aquesta investigació també ha permès comprovar que existeixen factors individuals, organitzatius i estructurals dels centres i de les unitats que es relacionen amb que les infermeres facin una millor valoració de l'entorn de pràctica infermera. Encara que no s'ha pogut confirmar que els centres amb una millor puntuació global de la PES-NWI tenen millors resultats d'avaluació de les USSAI, els resultats obtinguts sí que han permès observar que existeixen diferències entre els centres estudiats, així com que hi ha factors d'aquesta escala que es relacionen amb alguns resultats en pacients. A la vegada, aporten un major coneixement de l'àmbit d'atenció intermèdia i conviden a aprofundir en els factors que afecten al context organitzatiu de les infermeres.

## 8.2. Respecte a la metodologia de l'estudi

Un dels objectius principals d'aquest estudi ha estat determinar l'impacte de l'entorn de treball infermer en els resultats d'avaluació de les USSAI. Hi ha una primera part en la que s'ha estudiat la percepció de l'entorn de treball en la que les participants han sigut les infermeres. Per aquesta raó, a part de presentar l'estudi a les direccions dels centres, es va intentar també explicar personalment el projecte de recerca al màxim número d'infermeres. El fet d'apropar la investigadora principal a cadascuna de les USSAI, qui va explicar directament els objectius del treball i la metodologia de com s'avaluaria l'entorn de treball infermer, podria estar relacionat amb l'alta participació infermera (77% de resposta), superior a altres estudis en el nostre entorn<sup>(199)</sup>.

Alhora, tot i l'alt percentatge de resposta, algunes infermeres van deixar algun ítem de la PES-NWI sense contestar. El percentatge dels valors sense respondre en cadascun dels ítem oscil·la entre un 0,26% i el 3,61%. Parro et al. mostren també aquest percentatge, arribant a ser superior en alguns ítems (fins al 6,6%)<sup>(206)</sup>. En les instruccions per a l'anàlisi de l'escala validada al castellà (annex 3) no es contempla el tractament de valors *missing*.

Per tal de no eliminar aquells casos en els que no es disposa d'informació complerta com en estudis anteriors<sup>(191)</sup>, i alhora poder disposar de tots els valors en els ítems i poder calcular les subescales, s'utilitza la imputació simple de la mitjana als ítems de la PES-NWI sense contestar, és a dir, es substitueix el valor que falta per la puntuació mitjana de les observacions amb informació del centre per aquell ítem. És convenient tenir en compte aquesta consideració a l'hora d'interpretar els resultats.

A la vegada, en les instruccions per a l'anàlisi d'aquesta escala tampoc queda reflectida una puntuació global de la PES-NWI. Per un costat, hi ha estudis en els que només es calculen les puntuacions mitjanes dels factors que componen l'escala, sense presentar una puntuació global<sup>(184,199,226)</sup>. Per altra costat, es troben publicacions en les que s'utilitza la puntuació global mitjana, com a promig dels cinc factors<sup>(227)</sup>. En d'altres, la puntuació global mitjana es calcula mitjançant la suma de les puntuacions dels ítems i dividida pels 31 ítems que componen l'escala<sup>(184,189,228)</sup>. Val a dir que la PES-NWI té respostes en quatre graus tipus Likert, que són de naturalesa categòrica. Tractar-les de forma quantitativa (de l'1 al 4) no seria la forma ideal de fer-ho. No obstant, al agrupar els ítems de cada factor, les sumes de les seves puntuacions adquireixen una naturalesa numèrica que permeten l'enfocament quantitatiu, d'acord amb les instruccions de la versió validada al nostre context<sup>(203)</sup>. També, es disposa d'estudis que presenten la puntuació bruta global de l'escala, fent referència a la suma de les puntuacions de tots ítems<sup>(206-207)</sup>. Aquesta darrera opció s'utilitza en el present estudi, i en algun moment es fa referència a la puntuació total dividida pels 31 ítems ja que al ser una escala que tracta quantitativament les respostes de l'1 al 4, facilita la seva interpretació.

La categorització de l'entorn de treball infermer en tres grups (favorable, desfavorable i mixt) i els seus factors en dos (favorable i desfavorable), és una forma simple i clara d'interpretar els resultats obtinguts. En les anàlisis bivariades i multivariades s'han tractat qualitativament l'entorn de treball infermer i els seus factors, igual que en altres estudis, el que permet identificar fàcilment aquelles variables que es relacionen amb un entorn favorable<sup>(183)</sup>. El fet de tractar la valoració de l'entorn de treball i els seus factors de forma quantitativa en la darrera part de l'anàlisi és degut a que el tracte categòric del factor "Relacions" i el factor "Fonaments" no permet l'anàlisi de la relació entre els centres que tenen valoracions favorables i millors resultats en pacients, ja que tots els centres estan en una única categoria. Tractant la PES-NWI i els factors quantitativament, permet analitzar si a majors puntuacions de la PES-NWI i els seus factors, els resultats també són millors.

Finalment, es volen fer tres consideracions dels indicadors d'avaluació de les USSAI que s'han utilitzat. La primera consideració, i que alhora es considera un aspecte novedós, és que són indicadors dels quals es disposa de dades públicament. La Central de Resultats, que vol ser un sistema transparent de mesura i d'avaluació dels resultats assolits pels diferents agents implicats en el sistema sanitari<sup>(229)</sup>, també ofereix la possibilitat d'utilitzar la informació per fer recerca aplicada en serveis, realçant l'oportunitat que ofereix el fet de disposar d'informació oberta del sistema sanitari. El seu ús facilita totalment l'accessibilitat a la informació de centres concrets. Aquest va ser el principal motiu per utilitzar la Central de Resultats com a font de dades. D'altra manera hagués estat complicat obtenir dades nominals, a través del procés habitual de permisos dirigits a les diferents institucions i organismes implicats. Alhora, també facilita la disposició de dades i indicadors homogenis entre els diferents centres que permet comparar-los, tot i que siguin diferents en quant a la dimensió, estructura i funcionament.

La segona reflexió destaca el fet que els indicadors que s'utilitzen són aquells disponibles en el moment de l'estudi<sup>(229)</sup>. Els sistemes d'informació evolucionen constantment per integrar la informació sanitària, analitzar-la i facilitar la presa de decisions del sistema de salut. Aquesta evolució és especialment d'interès i costosa en un entorn complex com el de Catalunya, en el que hi ha una gran quantitat de proveïdors de serveis sanitaris<sup>(133)</sup>. El seguiment dels indicadors utilitzats en la Central de Resultats en l'àmbit sociosanitari evidencia que, any a any, s'han modificat, inclòs o exclòs algunes mesures d'avaluació per explicar d'una forma més adequada el funcionament i els resultats del sistema, sempre d'acord i prioritzant la seva rellevància i disponibilitat (anex 1)<sup>(126)</sup>. Així doncs, l'any 2014, comptant amb l'expertesa i coneixement d'un equip de treball *ad-hoc*, es van definir i obtenir la millor bateria d'indicadors possibles, comparables, rigorosos i factibles a partir dels sistemes d'informació existents i tenint en compte la capacitat analítica de les eines utilitzades i la competència de l'equip professional que treballa en la Central de Resultats.

La darrera consideració és que s'han utilitzat una bateria d'indicadors que s'emmarquen en polítiques de transparència i retiment de comptes, les quals vetllen per la millora de la qualitat, així com per la contenció de costos<sup>(161)</sup>. S'utilitzen indicadors de processos i resultats d'atenció per mesurar l'acompliment del sistema sanitari i de cadascun dels proveïdors en el seu global, però que alhora, tenen la capacitat de reflectir la contribució dels professionals d'infermeria, a través del cos d'evidència disponible. D'aquesta manera, encara que sense indicadors que mesurin únicament l'exercici infermer, també es pot avaluar el rendiment infermer i la contribució de les infermeres en el sistema

sanitari, i en aquest cas específic, en els centres amb USSAI. Mitjançant la informació existent, i estimulant la participació i corresponsabilitat dels professionals d'infermeria en els resultats que es comparen en la Central de Resultats, es pot potenciar la millora continua de la qualitat i la promoció de bones pràctiques. Conseqüentment, es pot aconseguir una major efectivitat de l'atenció infermera i dels recursos sanitaris.

### **8.3. Relacionat amb les característiques descriptives d'infermeres i centres**

Malgrat els requisits establerts per l'administració sanitària que han d'acomplir els centres sociosanitaris per a realitzar activitat de subaguts<sup>(64)</sup>, amb la finalitat d'aconseguir una atenció homogènia en tot el territori, els centres amb USSAI són molt heterogenis, tant pel que fa a les característiques estructurals, com pel que fa als atributs funcionals. Algunes xifres que ho evidencien és que el centre més gran té 20 vegades més llits que el més petit. Així mateix, el percentatge d'atenció intermèdia d'alguns centres sociosanitaris és més del doble que en d'altres (entre el 100% i el 37%).

La ubicació dels centres amb USSAI depèn en gran mesura de la tipologia d'organització de la que forma part. Tal i com descriu Santaegúenia et al. només en alguns casos pertanyen a una organització sanitària integral que engloba els diferents àmbits assistencials. Quan no és així, la relació i coordinació amb diferents proveïdors és més complexa<sup>(106)</sup>. En el cas dels centres estudiats, la majoria formen part d'organitzacions mixtes on els hospitals derivadors no són hospitals bàsics. Compleixen en la seva majoria amb la recomanació de planificació de que han de ser centres sociosanitaris vinculats o amb gran relació amb hospitals d'aguts, especialment d'aquells amb major tecnologia i complexitat, evitant els ingressos de pacients amb malalties cròniques conegudes descompensades que necessiten atenció hospitalària sense tecnologia diagnòstica i terapèutica complexa<sup>(64)</sup>.

A part de si els centres pertanyen a organitzacions pures o mixtes, una de les eines que facilita la comunicació i la continuïtat assistencial entre els diferents nivells assistencials és l'HC3 que permet l'accés de forma organitzada a la informació rellevant de les persones ateses en el sistema sanitari públic<sup>(230)</sup>. El desenvolupament d'aquesta eina s'emmarca en la transformació del sistema sanitari cap a un model integrat, centrat en la persona i en base territorial, que permeti el treball compartit en xarxa dels diferents professionals, dispositius i nivells assistencials. La totalitat dels centres sociosanitaris amb USSAI, i el 99% de tots els centres sociosanitaris, han establert convenis i tenen

connexió amb HC3 com a eina bàsica en el sistema de salut per poder compartir informació clínica<sup>(231)</sup>. Val a dir que, el desenvolupament de l'HC3 ha estat paral·lela al desenvolupament progressiu de l'HCE en cadascun dels centres, havent algun centre que encara manté part de la història clínica en format paper. També cal considerar que el fet que els centres tinguin connexió a l'HC3 no implica que tots els professionals que hi treballen l'estiguin utilitzant. L'HC3 és un repositori documental, el que permet consultar i publicar informes, però no interactuar. En la majoria dels centres estudiats les infermeres utilitzen totalment l'HC3, és a dir que veuen i publiquen, però encara hi ha centres en els que les infermeres no la fan servir.

Tenint en compte estudis previs del nostre context, les infermeres de les USSAI tenen més semblança a les infermeres hospitalàries que a les d'atenció primària, en quant a edat i a anys d'experiència<sup>(199,206)</sup>. La principal diferència trobada és que en les USSAI menys d'un 70% de les infermeres treballen la totalitat de la jornada. Aquest percentatge és inferior al de l'àmbit hospitalari i a estudis previs realitzat entre els anys 2009 i 2010 quan el percentatge superava el 80%, tant en hospitals, com en l'àmbit sociosanitari<sup>(200-201,208)</sup>. Aquests resultats també són coherents amb les dades generals de l'INE, on el nombre de persones amb contractes a temps parcial augmenta des del 2009 en detriment als contractes a temps complet<sup>(3)</sup>. Les mesures d'austeritat i la contenció de costos dels sistemes sanitaris derivats de l'actual realitat econòmica repercuteixen a les infermeres<sup>(232)</sup>, per una banda, al desenvolupament de condicions laborals diferents amb l'adhesió de la majoria de centres al 1r. conveni per als centres sociosanitaris de Catalunya<sup>(222)</sup>, i per altra a la contractació i reducció de la dotació de personal infermer, arribant la taxa d'atur de les infermeres al 4,41% al 2014, quan l'any 2011 només era de 1,47%<sup>(233)</sup>. Posteriorment, les infermeres també han rebut les conseqüències del Reial Decret-Llei 16/2013 que planteja la contractació parcial com una eina de flexibilitat per a les empreses i que permet modular la jornada d'acord amb les necessitats de l'empresa<sup>(234)</sup>. En aquest estudi el percentatge d'infermeres a jornada parcial i amb torn rotatiu és molt similar, el que suggereix que la política de contractació actual comporta que es necessiti un major nombre d'infermeres per cobrir els mateixos llocs de treball. La rotació de personal condiciona una major tasca de coordinació i organització en general per assegurar una atenció de qualitat, alhora que té conseqüències desfavorables per al personal que té aquest tipus de torn ja que menys probabilitat d'estar satisfet laboralment<sup>(235)</sup>. Aquests resultats negatius també és troben en el personal que treballa fora de l'horari diürn intersetmanal, és a dir, del torn de nit i les infermeres que treballen en cap de setmana les quals presenten pitjors resultats en quant a benestar, satisfacció laboral o qualitat de la son, entre d'altres<sup>(236)</sup>.

D'acord amb Muñoz, determinar el número de personal d'infermeria és complex ja que són molts els factors que influeixen en la capacitat de les infermeres per prestar cures de qualitat<sup>(237)</sup>. Però hi ha països que han establert una ràtio de mínims per aconseguir una atenció segura i de qualitat com és el cas de Japó, on la Llei de Serveis de Salut per a la tercera edat de Japó ja regulava a finals dels anys 90 que en els centres d'atenció intermèdia calia comptar amb un metge, vuit infermeres, vint auxiliars d'infermeria, un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional i una treballadora social per cada 100 pacients, essent xifres superiors a les ràtios de personal de residències<sup>(238)</sup>. En aquest estudi només s'han calculat les hores assistencials directes de personal d'infermeria (infermeres i auxiliars) per pacient i dia, evidenciant que, entre els centres amb major i menor ràtio d'hores, hi ha una diferència de quasi el doble (de 2,21 hores de personal d'infermeria/pacient/dia a 4,0 hores de personal d'infermeria/pacient/dia). Adaptant la metodologia utilitzada en estudis previs<sup>(239-240)</sup>, aquest càlcul s'ha fet en tots els centres igual, a partir de l'entrevista amb les responsables d'infermeria, tenint en compte les infermeres i auxiliars d'infermeria de cada torn, la suma de les hores que aporten cadascuna d'elles segons l'horari laboral i dividint pel número de llits de la unitat.

El fet d'utilitzar dades agregades no permet diferenciar el personal que hi ha per torn, fet que estudis previs han mostrat que té repercussió en els resultats de pacients obtinguts i que s'associa també a la proporció d'infermeres, les hores de personal d'infermeria per pacient i l'experiència dels professionals<sup>(241)</sup>. Els horaris dels centres són variats, però en cap d'ells hi ha torn de dotze hores, el que permet a les infermeres disposar de major temps fora de la feina, facilitant la conciliació familiar i les hores de descans laboral<sup>(242)</sup>.

L'anàlisi dels horaris ha permès identificar que la majoria dels hospitals disposen de temps conjunt entre els professionals de dos torns tant a l'inici com al final de la jornada. La qualitat assistencial, la seguretat i l'assoliment dels objectius terapèutics plantejats amb cada pacient depenen en gran mesura de la continuïtat assistencial que se li proporciona<sup>(231)</sup>. Disposar de temps pel canvi de torn permet comunicar sintèticament els fets més rellevants de cada pacient que han passat al llarg de la jornada de la infermera, amb la finalitat que l'equip d'infermeria que entra a treballar en sigui coneixedor i pugui planificar el seu treball de la millor manera. També ofereix l'oportunitat d'intercanviar i aclarir conceptes entre els diferents professionals presents en el canvi de torn, potenciant la participació dels mateixos i disminuint possibles efectes adversos o errors, augmentant així la satisfacció de l'usuari i la seva família<sup>(243)</sup>.

Independentment del torn i contracte, la majoria de les infermeres de les USSAI treballen en diferents unitats o amb diferent perfils d'usuaris. Aproximadament el 60% de les



infermeres treballen en diverses unitats, amb una mitjana de 2,4 (DE=1,6). La majoria dels centres estudiats tenen unitats mixtes (85,7%), és a dir que en una mateixa unitat tenen perfils d'usuaris barrejats, el que suposa que les infermeres tenen un cert grau de polivalència dins de l'àmbit sociosanitari, que en alguns casos va més enllà de l'àmbit d'Al d'internament, com és el cas d'aquelles infermeres que treballen en la llarga estada o l'hospital de dia.

En aquest estudi només es consideren les infermeres diplomades o graduades (*Registered Nurses*), el que implica que el total d'elles tenen com a mínim aquest nivell acadèmic. Les característiques formatives aporten informació sobre si, a més del títol de grau (o equivalent), les infermeres tenen formació especialitzada i/o postgraduada, tant postgraus universitaris com màsters universitaris, sense diferenciar si són oficials o propis d'universitats<sup>(244,245)</sup>. S'observa que dos de cada cinc infermeres tenen algun postgrau i que el percentatge entre les que el tenen vinculat a l'àmbit d'atenció intermèdia de les que el tenen en altres àmbits és molt similar. La proporció d'infermeres amb algun màster baixa a una de cada quatre infermeres i el percentatge d'infermeres amb màster no vinculat a l'atenció intermèdia és superior.

Amb anàlisis paral·leles a la utilitzada en aquest estudi (annex 11 i annex 12), es posa de manifest que hi ha una important heterogeneïtat en la formació de les infermeres de les USSAI dels diferents centres. També que el 60% de les infermeres de les USSAI té formació postgraduada, mostrant que hi ha un percentatge important d'infermeres que tenen més d'un postgrau o màster i que més d'un 12% de les infermeres tenen almenys un postgrau i un màster. Aquests resultats estan alineats amb els d'Estrada et al. en els que el 87,4% de les infermeres tenen dos o més programes de formació postgraduada finalitzats<sup>(246)</sup>. Així mateix, hi ha un alt percentatge d'infermeres (77%) que tenen formació postgraduada també tenen l'especialitat.

Els sistemes sanitaris difereixen de forma considerable en quant a filosofia i disposició socioeconòmica, el que suposa un context divers per a les infermeres en funció del país en el que exerceixen, tant pel que fa als nivells existents dins de la professió, com la proporció de professionals d'infermeria de cada tipus<sup>(247)</sup>. També hi ha diferències en la categorització dels nivells formatius de les infermeres. A Espanya, com a resultat d'una major complexitat de l'atenció a les persones, derivat del desenvolupament tècnic i científic i de la necessitat de comptar amb professionals cada vegada més i millor formats, es desenvolupen les especialitats infermeres<sup>(248-249)</sup>. Mentre que a nivell estatal l'especialitat té un procés de formació específic en unitats docents acreditades, a nivell internacional es correspon en general a infermeres amb formació de mestratge<sup>(250)</sup>.

Els resultats mostren que una de cada quatre infermeres de les USSAI són especialistes, en la seva majoria en Infermeria Geriàtrica. No s'ha localitzat cap estudi previ que faci referència al nombre d'infermeres amb l'especialitat d'Infermeria Geriàtrica en centres sociosanitaris a l'entorn espanyol. Aquest fet es podria relacionar amb que, encara que les especialitats infermeres van ser publicades l'any 2005 al Real Decret 450/250, de 22 d'abril, sobre especialitats d'infermeria<sup>(249)</sup>, l'especialitat d'Infermeria Geriàtrica es va començar a desplegar a partir del 2011, any en el que es van oferir les primeres places de formació especialitzada d'aquesta especialitat a Espanya. A Catalunya, aquesta oferta es demora fins a l'any 2016, només amb dos places<sup>(251)</sup>. Es considera que el gran impuls de l'especialitat d'Infermeria Geriàtrica deriva de la convocatòria d'obtenció de l'especialitat per la via excepcional al 2013, procés amb el que la majoria de les infermeres catalanes, y espanyoles, especialistes en Infermeria Geriàtrica van obtenir aquesta especialitat<sup>(252)</sup>.

Es considera que l'establiment de nivells de competències lligats a l'expertesa dels professionals que combina l'acreditació acadèmica, anteriorment comentada, l'experiència professionals i el perfil professional, així com una adequada gestió del personal infermer en base a aquests nivells, permet assolir una millor atenció a les persones, així com obtenir millors resultats, tant de pacients com els vinculats al personal<sup>(253)</sup>. Però també hi ha oportunitats en les organitzacions en què les infermeres amb major capacitat en un àmbit estiguin en altres unitats. En el cas de les infermeres amb formació avançada en cures pal·liatives que treballen en unitats de subaguts, convallescència o psiogeriatría, poden aportar un enfocament pal·liatiu en unitats on el perfil d'usuaris té freqüentment un component de multimorbiitat i cronicitat, potenciant així la implementació de les polítiques sanitàries en matèria de cures pal·liatives<sup>(44)</sup>.

Exceptuant el número d'infermeres amb doctorat (una), que mostra una baixa formació en recerca en les USSAI, els resultats obtinguts mostren que el màxim grau formatiu de les infermeres d'aquestes unitats és superior que al d'hospitals i estudis previs, amb un 43,3% d'infermeres amb algun màster o especialitat<sup>(201,208,254)</sup>. La categorització de la formació que han fet les infermeres després d'acabar els estudis de grau (o equivalent), mostra que un 40% d'aquesta formació no està vinculada a l'àmbit en el que treballa. Aquests resultats són coherents amb que la major oferta de formació postgraduada per part de les universitats es correspon a les àrees de cirurgia, salut pública i emergències<sup>(246)</sup>. Tot i això, cal valorar positivament qualsevol titulació de nivell màster, ja que de forma general, aporten una major capacitat de les infermeres a nivell individual i professional, que pot influir positivament a l'atenció a les persones, a través d'una millor

gestió del temps, en l'avaluació de necessitats i en el pensament crític, amb una millor aplicació de l'evidència en la pràctica, en el lideratge i una major confiança per tractar amb els metges i treballar en equip<sup>(246,255)</sup>.

A part d'alts nivells de formació, els centres amb USSAI també tenen una gran capacitat docent. Excepte un, tots els centres tenen alumnes d'infermeria de pregrau i vuit dels catorze també formen part d'unitats docents de postgrau, tant de màster com d'especialitats infermeres, encara que cap dels centres disposa encara o forma part d'una unitat docent multidisciplinària de geriatria. Així doncs, de la triple missió que parla Núñez et al. sobre els hospitals universitaris<sup>(256)</sup>, el personal infermer dels centres amb USSAI es suma a l'aspecte assistencial i docent, essent la missió investigadora la més dèbil en aquestes institucions, probablement comparable a altres àmbits de pràctica infermera, com són el d'atenció primària o d'atenció hospitalària.

En l'àmbit de la gestió, considerant-la una altra de les branques d'infermeria, les directives d'infermeria tenen la capacitat d'influir en la presa de decisions dels centres com a membres dels comitès executius. Al igual que als hospitals, en la majoria de centres socio-sanitaris es disposa del director assistencial com a màxim responsable del procés assistencial. En la major part de centres s'ha mantingut la direcció mèdica, estant la direcció d'infermeria al mateix nivell que aquesta, oferint la complementarietat del curar i cuidar en el procés assistencial. Només en un dels centres la direcció mèdica és assumida per la direcció assistencial, passant la posició de la direcció d'infermeria a dependre d'aquesta, podent ser visualitzat com una debilitat i pèrdua de poder de la direcció d'infermeria<sup>(257)</sup>. Les infermeres amb càrrec de gestió, en aquest estudi representen el 10% de la població estudiada i inclouen també comandaments intermedis, coordinadores o supervidores d'infermeria, que també tenen una important tasca planificadora, organitzativa, executora i avaluadora, requerint el maneig de certes habilitats directives.

De les direccions infermeres en depèn el model d'infermeria utilitzat per oferir unes cures de qualitat. En la majoria de centres estudiats, l'atenció infermera s'ofereix en base a un model fonamentat en les necessitats de la persona, principalment el de Virginia Henderson. Però, tal i com passa en d'altres centres, en l'àmbit socio-sanitari i d'atenció intermèdia no és estrany que les infermeres treballin en base a la valoració geriàtrica integral, considerada com aquell procés diagnòstic multidimensional i interdisciplinari que permet determinar les necessitats mèdiques, funcionals, cognitives i psicològiques d'una persona gran fràgil per tal de desenvolupar un pla d'intervenció i seguiment integrat i centrat en la persona<sup>(29)</sup>. A les USSAI, al igual que a les unitats geriàtriques d'aguts i com

a prolongació de l'hospitalització a aguts, fan una valoració geriàtrica integral de tots els pacients, utilitzen instruments de valoració estandarditzats, realitzen reunions periòdiques amb els membres de l'equip i planifiquen l'alta des del moment de l'ingrés<sup>(258)</sup>. El treball en equip en aquestes unitats és un element clau, i d'acord amb el que diu Miralles et al. la veritable eficàcia d'un programa de valoració geriàtrica integral dependrà de la intervenció interdisciplinària real i eficaç, la qual va més enllà que la suma de les intervencions d'un equip de professionals<sup>(224)</sup>.

#### **8.4. En referència als resultats de la valoració de l'entorn de treball de les infermeres**

Entre els objectius de les institucions d'atenció intermèdia, també de qualsevol entitat sanitària, inclou aconseguir un entorn organitzacional que permeti a les infermeres treballar eficaçment, en el context d'un equip interdisciplinari i utilitzant adequadament els recursos disponibles, amb la finalitat d'aconseguir una atenció de qualitat a les persones.

L'entorn de treball infermer és una construcció complexa de conceptualitzar i mesurar. En aquest estudi s'ha utilitzat la PES-NWI validada a Espanya per Fuentelsanz et al<sup>(203)</sup>. En el procés de validació d'aquesta escala van participar infermeres d'unitats hospitalàries de cures intensives, mèdiques i quirúrgiques i es va avaluar la seva validesa i fiabilitat, a més de l'adaptació transcultural. Es considera que el context cultural de les infermeres espanyoles és transvesal, fet que permet utilitzar aquesta escala per mesurar l'entorn organitzacional infermer en qualsevol àmbit, també en l'àmbit d'atenció intermèdia.

Considerant que la puntuació superior a 2,5 indica que les infermeres tendeixen a estar d'acord amb la presència d'un ítem en el seu entorn laboral i viceversa, en aquest estudi la majoria dels ítems tenen una valoració favorable. Només 9 ítems són valorats desfavorablement, essent majoritàriament ítems inclosos en els factors "Dotació" i "Participació". Contràriament, els 8 ítems amb millors valoracions tenen mitjanes superiors a 3,0 i la meitat d'ells són ítems inclosos en el factor "Fonaments".

La tendència a que els ítems siguin valorats favorablement o desfavorablement coincideix amb els resultats obtinguts en l'estudi de l'entorn organitzatiu dels hospitals catalans de l'any 2009 en el que varen participar 11 centres sociosanitaris<sup>(208)</sup>. Només l'ítem 10 (el/la director/a d'infermeria és molt visible i accessible al personal) i l'ítem 20 (la direcció escolta i respon a les preocupacions dels empleats) han canviat, passant a ser favorables. La similitud de resultats apunta a una estabilitat de l'entorn de treball infermer

en l'àmbit català en els darrers anys, amb una millora en les direccions d'infermeria vinculada a una major proximitat amb les infermeres.

D'acord amb les instruccions per a l'anàlisi de l'escala, les puntuacions en els ítems tenen utilitat per a calcular la puntuació dels cinc factors que componen la PES-NWI (annex 3). Alhora la valoració de cadascun dels ítems aporta informació rellevant del contingut que s'inclou en cada factor. Trobem en els factors "Fonaments" i "Participació" alguns exemples de la importància dels ítems ja que són factors amb ítems amb puntuacions extremes (inferiors a 2,5 i superiors a 3,0). En el factor "Fonaments" els ítems amb puntuacions superiors a 3,0 fan referència a que la gerència espera unes cures d'infermeria d'alta qualitat, que es treballa amb infermeres clínicament competents i que les cures d'infermeria es basen en un model d'infermeria. Per contra, els ítems amb valoracions desfavorables es corresponen amb la utilització dels diagnòstics d'infermeria i a l'existència d'un programa d'orientació i seguiment per a les infermeres de nova incorporació. En el cas del factor "Participació" els ítems desfavorables fan referència a les oportunitats que tenen les infermeres d'ascendir, de ser promocionades a nivell clínic i professional i de participar en les decisions sobre la gestió de l'hospital. Els ítems favorables estan relacionats amb les oportunitats que tenen les infermeres de formar part dels comitès d'infermeria i hospitalaris i si les supervidores consulten al personal sobre els problemes i procediments del dia a dia. Així doncs, queda manifest que encara que els dos factors són valorats favorablement, hi ha aspectes concrets que poden ser millorats per obtenir un millor entorn organitzatiu per a les infermeres. Aquest comportament també s'ha observat en estudis previs, encara que els ítems amb puntuacions extremes són diferents als trobats en aquest estudi<sup>(228)</sup>.

En aquest estudi s'han analitzat els ítems de forma agregada amb les dades de tots els centres però s'ha vist que l'anàlisi dels ítems té potencial a nivell de centre<sup>(173)</sup>. Analitzar les puntuacions i identificar aquells ítems amb menor puntuació pot ser un bon inici per desenvolupar plans de millora de l'entorn organitzatiu de les infermeres. Complementàriament, es poden utilitzar metodologies qualitatives que permetin aprofundir en cadascun dels factors analitzats per la PES-NWI, tal i com plantegen Gradner i Walton en el seu estudi, amb l'objectiu de trobar solucions d'infermeria per millorar l'ambient de treball en recursos d'hemodiàlisi ambulatoria, partint de les dades obtingudes en la PES-NWI. Així mateix, exploren possibles solucions a com mantenir la competència, resoldre la dotació de personal i recursos, enfortir el lideratge organitzacional i reconstruir les relacions, identificant estratègies concretes dins de cada categoria<sup>(259)</sup>.

Segons les dades analitzades, la puntuació mitjana global bruta de la PES-NWI és de 84,75, el que suposa una puntuació mitjana de 2,73 si es considera en una escala de 1 a 4. Aquesta puntuació és de les més altes observades en la literatura en la que es presenten resultats globals de la PES-NWI, tant a nivell nacional com internacional. En el nostre context, els estudis que mostren les puntuacions globals més altes de la PES-NWI són els realitzats a l'atenció primària, amb puntuacions mitjanes que arriben als 80,4 punts, el que suposa una mitjana de 2,59 punts en una escala de 1 a 4<sup>(55)</sup>. Segons l'estudi de Pérez et al. en el que s'avaluen infermeres de qualsevol àmbit que participen en fòrums d'internet, les infermeres de residències puntuen millor l'entorn organitzatiu que les d'atenció primària i hospitalària, amb una puntuació mitjana de 2,52 en front 2,48 en atenció primària i 2,42 en hospitals<sup>(261)</sup>. També de Pedro et al. van estudiar en la Comunitat Balear la valoració que feien 1.753 infermeres del seu entorn de treball, registrant una puntuació mitjana de 80,4 a l'atenció primària, 74,7 en hospitals petits i 66,4 en hospitals més grans, el que significa en escales de 1 a 4 puntuacions de 2,59; 2,41; i 2,14 respectivament<sup>(207)</sup>. Les dades obtingudes, juntament amb les de treballs previs, suggereixen que en general hi ha una millor percepció de l'entorn organitzatiu de les infermeres als centres d'atenció intermèdia, seguit de centres residencials, centres d'atenció primària i, finalment, dels hospitals d'aguts.

Quan es prenen referències internacionals, no hi ha patrons clars. S'observa que hi ha alguns països on les puntuacions de la PES-NWI en hospitals són superiors, però en d'altres inferiors, a l'obtinguda en aquest estudi. Els països on les puntuacions hospitalàries són inferiors inclouen Japó (puntuació de 2,61)<sup>(262)</sup>, Sudàfrica (puntuació de 2,67)<sup>(188)</sup> i Austràlia (puntuació de 2,7), havent disminuït aquesta puntuació respecte l'any 2004<sup>(195)</sup>. A la Xina la puntuació de la PES-NWI és de les més altes observades, amb una mitjana de 3,3<sup>(263)</sup>. A Estats Units les puntuacions també són altes, tant si són hospitals considerats magnètics (puntuació de 3,0) com si no ho són (puntuació de 2,92)<sup>(196)</sup>. També en àmbits sense internament, com són les unitats d'hemodiàlisi i d'atenció domiciliària les infermeres fan millors valoracions del seu entorn de pràctica infermera, amb puntuacions globals de la PES-NWI de 3,09 i 2,99 respectivament<sup>(264-265)</sup>. L'estudi de Wang et al. realitzat a Shanghai, amb una puntuació mitjana global de 2,97, és el que ofereix dades de la PES-NWI en un entorn més similar a l'atenció intermèdia, ja que estudia la valoració del l'entorn organitzatiu de les infermeres que treballen amb població major de 65 anys, en centres geriàtrics de rehabilitació, residències (dependents del sistema sanitari) i hospitals geriàtrics, entre d'altres<sup>(210)</sup>.

La tendència en els centres estudiats és a valorar favorablement tots els factors, excepte el factor "Dotació". D'acord amb les puntuacions globals dels factors, l'ordre dels factors de millor a pitjor valoració és: 1) "Relacions" 2) "Fonaments"; 3) "Lideratge"; 4) "Participació" i 5) "Dotació". Aquest ordre es manté en la majoria de centres per als factors "Relacions", "Participació" i "Dotació".

Coherentment amb els resultats dels ítems pitjors valorats, el factor "Dotació" és el que obté menor puntuació. A nivell d'infermeres gairebé el 56% el consideren desfavorable. Aquesta proporció és superior a nivell de centres, essent desfavorable en 12 dels 14 centres. La valoració desfavorable d'aquest factor no és un fet aïllat de l'àmbit d'atenció intermèdia català, ja que ha estat reportat anteriorment en estudis de l'entorn de treball de les infermeres d'hospitals de molts països<sup>(184,195,226,266)</sup> i també dels diferents àmbits assistencials en el context espanyol<sup>(199,261,267)</sup>.

En els darrers anys, derivat de la crisi econòmica i especialment del sistema sanitari, es van realitzar canvis en les organitzacions i en les condicions de treball que van afectar a les infermeres<sup>(268)</sup>. En conseqüència, el percentatge d'infermeres a temps complert es va veure reduït en més d'un 20%<sup>(200,201)</sup> i el reajustament del personal d'infermeria ha estat una de les accions més percebuda per les infermeres. Les limitacions en els pressupostos sanitaris han portat a establir mesures d'austeritat i de contenció de costos, especialment en països europeus com Grècia, Portugal i Espanya, que han suposat una reducció de personal infermer<sup>(232)</sup>. Cal tenir en compte que la ràtio poblacional d'infermeres a Espanya és inferior a la mitjana de la OCDE (5 per 1.000 habitants, en front 9)<sup>(269)</sup> i la ràtio de pacients per infermera és de les més elevades en l'àmbit hospitalari amb 12,6 pacients per infermera<sup>(270)</sup>. Encara que aquestes dades no fan esment específic a l'àmbit d'atenció intermèdia, el comportament respecte a altres països probablement és similar, justificant així la percepció desfavorable d'aquest factor en els centres estudiats.

També, coherentment amb els ítems amb pitjors valoracions, el factor "Participació" obté la segona puntuació més baixa (puntuació de 2,56), tot i estar valorat favorablement per un 56% de les infermeres i en 9 centres. Aquests resultats mostren una millor valoració d'aquest factor en l'àmbit de l'atenció intermèdia respecte a l'atenció primària, hospitalària i residencial del context espanyol, en els que el factor "Participació" es valorat desfavorablement<sup>(199,260-261)</sup>. La valoració d'aquest factor, que té un enfocament més d'organització<sup>(171)</sup>, suggereix que les infermeres fan una valoració positiva de la participació a nivell clínic i assistencial, participant en comitès i essent consultades per les supervidores, però, en contrapartida, valoren la participació en les decisions directives i

en les polítiques de gestió negativament. D'acord amb el que opina Martínez, les direccions d'infermeria no s'escapen de la politització i el sistema gerencial de les organitzacions sanitàries, el que ha suposat una falta de participació dels professionals, privant en moltes ocasions la possibilitat d'avaluar la seva aportació<sup>(268)</sup>.

El factor "Lideratge" és el tercer més ben avaluat, amb una puntuació mitjana de 2,86. La proporció d'infermeres que valoren favorablement aquest factor és d'un 72%, mentre que a nivell de centres és del 85,7% (12 centres). Aquests resultats coincideixen amb estudis previs, tant nacionals com internacionals, en els que aquest factor també és dels més ben valorats<sup>(199,226,260,264-265)</sup>. El lideratge, entès com un procés en la influència i la transmissió dels aspectes importants i rellevants dins de les organitzacions, permet prioritzar els valors col·lectius, de cooperació i recolzament que potencien la participació i el treball en equip per l'assoliment d'uns objectius comuns, i que, alhora, constitueixen una estructura motivacional i potencien el compromís professional<sup>(271)</sup>. Estudis previs posen de manifest que les infermeres amb càrrecs de gestió i líders han de facilitar la informació i els recursos necessaris, potenciar el creixement dels professionals, han de ser un exemple per a les altres infermeres en relació a les actituds i valors organitzacionals, així com contribuir en la confiança en les decisions que la direcció prengui<sup>(272-273)</sup>. La bona valoració que fan les infermeres de les supervidores orienta a que compleixen totes aquestes característiques. A més, el suport que reben de les seves supervidores, indica que en les USSAI l'estil de lideratge està enfocat a les relacions, posant en valor les necessitats i preocupacions que cadascuna de les infermeres pugui presentar, així com construint un clima de confiança a través de l'escolta<sup>(274)</sup>. Disposar de supervidores i coordinadores amb habilitats relacionals, que es preocupen pels professionals dels seus equips i que consideren el treball col·laboratiu per trobar aspectes de millora per a l'equip, per a l'atenció a les persones i per a l'organització en general, suposa la participació activa de tots els membres de l'equip. La relació moderada trobada en aquest estudi entre el factor "Lideratge" i "Participació" podria estar en aquesta línia.

El factor "Fonaments" és de les més ben valorades en les USSAI, essent valorada favorablement en els 14 centres i per un 83% de les infermeres, essent el màxim percentatge d'infermeres que valoren favorablement un factor. Aquests resultats són coherents als trobats en l'entorn hospitalari espanyol i europeu<sup>(188,199)</sup>, així com en entorns d'atenció ambulatoria<sup>(264)</sup> i domiciliària<sup>(265)</sup>. El treball de les infermeres en les USSAI, així com el de tots els professionals que hi treballen, es basa en el model d'atenció sociosanitària, que compta amb una gran solidesa derivada d'una trajectòria de trenta anys<sup>(34)</sup>. Aquest model reforça el paper de les infermeres com a part essencial de l'equip



multidisciplinari per garantir una atenció integral de qualitat, el que permet que la seva competència professional sigui altament evidenciada<sup>(105)</sup>. Davant de l'expectativa que hi ha en els centres estudiats de que s'ofereixin cures d'infermeria de qualitat, la percepció de les infermeres és que estan capacitades i tenen les competències per fer-ho, en gran relació amb els alts nivells de formació de les infermeres de les USSAI i amb el convenciment que l'*status* que tenen no és inferior al d'altres infermeres de diferents àmbits<sup>(105)</sup>. A l'atenció intermèdia, i de forma alineada amb les polítiques de cronicitat, les infermeres disposen d'un alt nivell d'autonomia, basada en l'adquisició de competències avançades, i major responsabilitat, que recolza la presa de decisions en la pràctica clínica multidisciplinària, sense perdre la perspectiva infermera<sup>(275)</sup>. La utilització dels diagnòstics infermers en l'àmbit de l'atenció intermèdia segueix essent una assignatura pendent en molts dels centres. Així mateix, també ho són les polítiques d'acolliment i seguiment de les noves incorporacions infermeres als centres, ambdues amb valoracions desfavorables per la majoria de les infermeres.

Finalment, el factor més ben valorat és el factor "Relacions", també amb valoració favorable en tots els centres i per un 80% de les infermeres. No és d'estranyar aquesta troballa en l'àmbit d'atenció intermèdia, on el treball en equip és un dels principis i fonaments del model d'atenció<sup>(34)</sup>, superant la puntuació obtinguda en altres àmbits assistencials, tant a nivell nacional com internacional<sup>(199,261,265-267)</sup>. Alhora, aquests resultats també es troben en estudis previs de l'àmbit de la geriatria, evidenciant que les relacions entre metges i infermeres que treballen amb gent gran, també amb d'altres professionals com fisioterapeutes, psicòlegs o terapeutes ocupacionals, són imprescindibles per a una atenció de qualitat<sup>(210)</sup>.

Tenint en compte la valoració de tots i cadascun dels factors, la tendència en les USSAI és a percebre l'entorn de treball de les infermeres com a favorable (9 dels 14 centres) i cap dels centres queda classificat com a desfavorable. Contràriament, en l'anàlisi a nivell d'infermeres sí que apareix la classificació d'entorn desfavorable en un 15%. Aquests resultats mostren la importància de fer l'anàlisi a nivell individual i de centres, encara que es consideri que la majoria dels efectes de l'entorn de treball infermer tenen un comportament força consistent entre els nivells d'anàlisi<sup>(276-277)</sup>.

## **8.5. Respecte a les característiques de les infermeres i dels centres relacionades amb l'entorn de treball infermer**

Els resultats de les anàlisis bivariades i multivariades entre la PES-NWI i els seus factors, amb les característiques de les infermeres per un costat, i amb els atributs dels centres per un altre, aporten profunditat en el coneixement de quines variables es relacionen amb un entorn de treball infermer favorable i amb quina intensitat ho fan. Val a dir que en condicions reals, la interacció entre infermeres i centres és insalvable, convivint les particularitats de cadascuna de les infermeres que hi treballen, amb els trets del propi centre. Així doncs, la rellevància dels resultats es troba en els models ajustats multivariats de l'entorn de treball infermer i els seus factors que tenen en compte conjuntament les característiques de les infermeres i les particularitats dels centres.

Les unitats en les que treballen les infermeres, en diferent mesura, es relacionen amb la valoració global de l'entorn de treball infermer i amb els tres factors de l'entorn que es consideren més vinculats a nivell d'unitat ("Dotació", "Relacions" i "Lideratge")<sup>(171)</sup>. Al igual que passa entre les diferents unitats hospitalàries, la tipologia de pacients i els objectius en les diferents USSAI són diferents, el que requereix adequar la forma de treballar i organitzar-se, que pot comportar diferències en el context de treball<sup>(200-201)</sup>. En aquest estudi s'han inclòs les infermeres que treballen a les USSAI, encara que un percentatge d'elles refereixen que també treballen en altres unitats, com és el 8% en el cas de l'hospital de dia o un altre 9% en altres unitats (no especificades en el qüestionari). Només les infermeres que treballen a l'hospital de dia tenen una major probabilitat de valorar favorablement l'entorn de treball infermer (OR=5,36), també el factor "Dotació" (OR= 4,77). Les infermeres que treballen a psicogeriatria tenen una major probabilitat de valorar l'entorn de treball infermer desfavorablement (OR=0,51). També les infermeres que treballen a convallescència-postaguts i a altres unitats no especificades tenen una major probabilitat de valorar desfavorablement el factor "Relacions" (OR=0,57 i OR=0,23 respectivament) i les de subaguts també valoren desfavorablement el factor "Lideratge" (OR=0,38). Aquests resultats estan alineats amb estudis previs en els que s'ha evidenciat la importància que té l'entorn de treball infermer a nivell d'unitat, més enllà del nivell de centre, ja que les diferències entre els objectius assistencials, les activitats principals de les infermeres, les estructures i les formes de funcionar i de relacionar-se, suposen diferències en els entorns de treball en les diverses unitats<sup>(278-279)</sup>. Tenint en compte que les infermeres que treballen en els hospitals de dia fan millors valoracions de l'entorn de pràctica infermera, caldria estudiar i identificar quins són els elements clau d'aquestes

unitats per intentar, en la mesura del possible, extrapolar-los a altres unitats amb pitjors contextos organitzatius.

En els centres amb major percentatge d'atenció intermèdia les infermeres tenen una major, petita però significativa, probabilitat de valorar favorablement el seu entorn de treball (OR=1,02). En canvi, el número d'unitats de les que disposa el centre té una odds ratio de 0,88. En aquest estudi, els centres tenen dimensions molt diferents i no s'ha avaluat si el nombre d'unitats es relaciona amb el volum de les mateixes (nombre de llits per unitat). Malgrat això, i encara que en el aquest estudi no s'ha relacionat el nombre d'unitats amb cap factor de l'entorn de treball infermer, Mark va evidenciar que la percepció sobre els nivells de dotació infermera es relaciona inversament amb la dimensió de les unitats i especificava que les unitats de menys de 27 llits són òptimes<sup>(279)</sup>.

El conveni que regeix les condicions laborals i econòmiques dels centres en les que treballen les infermeres és una de les característiques que es relaciona amb que les infermeres valorin el seu entorn de treball millor o pitjor, també els factors "Dotació", "Relacions" i "Lideratge". Encara que la majoria dels centres estudiats estan adherits al 1r. conveni sociosanitari<sup>(222)</sup> (10 de 14), les infermeres que estan en centres que es regeixen pel VIIè conveni de la XHUP tenen major probabilitat de fer valoracions més negatives de l'entorn (OR=0,53) i els factors esmentats (excepte "Dotació" amb OR=1,68) i les infermeres de centres emparats per altres convenis no especificats tenen major probabilitat de valorar favorablement l'entorn de treball (OR=2,14) i el factor "Dotació" (OR=2,51).

La remuneració o el salari de les infermeres és un incentiu important, recollit en els convenis, i que afecta a la satisfacció laboral, encara que s'ha evidenciat que amb freqüència no té les característiques de motivació que se li atribueixen<sup>(199,280-281)</sup>. Val a dir que, encara que en aquest estudi no s'ha aprofundit en les polítiques de gestió de personal de cadascun dels centres, caldria considerar-les en propers estudis. Els convenis ofereixen un marc regulador de mínims que es complementen amb les polítiques de les empreses en matèria de planificació i gestió de professionals i que es poden relacionar, entre d'altres, amb els horaris i calendaris laborals, el tipus de contracte o polivalència del personal, que són aspectes vinculats a la satisfacció de les infermeres i que poden relacionar-se també amb la valoració de l'entorn de treball<sup>(262,282)</sup>.

Un major número d'anys d'experiència en l'àmbit sociosanitari, augmenta la probabilitat de que puntuïn pitjor l'entorn de treball i el factor "Relacions", però per contra, el factor "Relacions" és més ben valorat per les infermeres amb més experiència professional. Els resultats suggereixen que a mesura que la infermera té més experiència en l'àmbit

sociosanitari, la seva valoració de l'entorn de treball i de la relació amb els metges va minvant. El que sorprèn, és la diferència de l'efecte que s'ha trobat en aquest estudi entre els anys d'experiència professional i els anys d'experiència en l'àmbit sociosantiari amb el factor "Dotació". En aquest estudi ha quedat pendent analitzar el temps que fa que les infermeres estan en el mateix centre treballant, però considerant que una major experiència en l'àmbit sociosantiari pot estar relacionat amb una major estabilitat, com en el cas de les infermeres amb més anys treballats en un determinat centre, aquesta troballa estaria alineada amb els resultats de Parro et al., que van evidenciar que les infermeres amb més experiència (a partir dels 3 anys) valoren pitjor l'entorn de treball<sup>(206)</sup>. Encara que els resultats d'aquest estudi no ho confirmen (els anys d'experiència no és una variable significativa en el factor "Dotació"), l'evidència disponible demostra que l'experiència de les infermeres és una variable que es relaciona amb la percepció de l'adequació dels equips d'infermeria i la qualitat de l'atenció, que a la vegada influeix en la percepció de l'entorn de treball de les infermeres<sup>(283)</sup>.

Una de les troballes esperades, ja que ha estat referida per diferents autors, és que les infermeres amb càrrec de gestió tenen major probabilitat de valorar l'entorn organitzatiu favorablement (OR=3,53)<sup>(206-207,261-262,267)</sup>. També els factors "Lideratge" i "Participació" són valorats millor per aquestes infermeres (OR=13,3 i OR=20,3 respectivament). Els factors que afecten a la satisfacció de les infermeres amb càrrec de gestió varien respecte els de les infermeres assistencials i la percepció entre els dos grups d'infermeres sobre l'entorn de treball també és diferent<sup>(262,284)</sup>. En aquest sentit, seria convenient que les organitzacions, a l'hora de dissenyar i implementar plans de millora de l'entorn de treball, no tinguessin únicament en compte la visió de les infermeres amb responsabilitat i donessin veu a tot el personal. De no ser així, es podria tenir una visió esbiaixada de la percepció de l'entorn de treball, en sentit favorable, distanciant-se de la realitat percebuda per les infermeres assistencials. Possiblement, la millor valoració de l'entorn es deriva de que les infermeres amb càrrec de gestió estan més involucrades a la qualitat i gestió dels factors de l'entorn de treball, el que contribueix a que el valorin millor<sup>(285)</sup>. Encara que, estant d'acord amb el que planteja González et al., cal pensar en si la diferència en valoració de l'entorn de treball podria derivar de que les infermeres amb càrrec de gestió treballen lleugerament aïllades de les infermeres assistencials i de la seva realitat quotidiana<sup>(267)</sup>.

La major part dels estudis previs avaluen l'entorn organitzatiu infermer en unitats específiques hospitalàries (quirúrgiques, mèdiques, cures crítiques, etc.)<sup>(199)</sup>. En l'àmbit d'atenció intermèdia, trobem que només dos dels centres tenen les unitats organitzades

amb perfils específics i la resta tenen unitats mixtes o específiques i mixtes. La polivalència en l'àmbit de l'atenció intermèdia, i en l'àmbit sociosanitari en general, es considera una propietat adequada de planificació de recursos en aquells casos en que la densitat poblacional o el volum d'activitat, no justifica la especificitat d'un servei o recurs<sup>(60)</sup>. Tot i així, els resultats suggereixen que aquesta polivalència no afavoreix a l'entorn de treball infermer, ja que en centres amb unitats mixtes, hi ha una major probabilitat que les infermeres valorin desfavorable el factor "Participació" (OR=0,45 en centres amb unitats mixtes; OR=0,07 en centres amb unitats específiques i mixtes). Choi et al. encara que no mesuren el factor "Participació", també troben puntuacions més baixes en la PES-NWI en aquelles unitats en les que es combina activitat quirúrgica i mèdica en front a les que fan una única activitat<sup>(286)</sup>.

La polivalència en els horaris de treball, és a dir que les infermeres tinguin horari rotatiu, es relaciona amb que tinguin una millor valoració del factor "Relacions" (OR=2,28) i "Lideratge" (OR=4,03). Els resultats obtinguts difereixen dels trobats per Gómez et al. en els que les infermeres del torn diürn són les que fan una millor valoració de l'entorn de treball i els seus factors<sup>(287)</sup>. El que sí que és coherent, és que encara que sense significació estadística, les infermeres del torn de nit tenen una pitjor percepció d'aquests factors (OR=0,58; IC95%=0,25-1,34 i OR=0,70; IC95%=0,30-1,62 respectivament). En general, les infermeres que treballen a la nit són més propenses a tenir resultats desfavorables en quant a fatiga, benestar mental o satisfacció a la feina, i també valoren pitjor l'entorn de treball<sup>(236,287)</sup>. Alhora, aquesta valoració més desfavorable podria estar justificada, en part, pel fet que en el torn de nit la relació entre metges i infermeres és puntual, només quan hi ha alguna necessitat clínica no programada que requereix la presència del metge/ssa. Les infermeres amb torn rotatori també tenen el doble de probabilitat de valorar favorablement el factor "Participació" respecte a la resta. El fet de relacionar-se amb el personal dels diferents torns i conèixer la dinàmica dels diferents horaris podria estar associat a que puguin aportar coneixement sobre els problemes i possibles solucions en la dinàmica global de les unitats i del centre. També, les infermeres que treballen en centres en els que hi ha solapament horari entre els diferents torns fan una millor valoració del factor "Participació". El canvi de torn, a part de suposar un temps per comunicar els aspectes més rellevants dels pacients, també es considera un espai social i d'interrelació entre els membres de l'equip d'infermeria<sup>(243)</sup>, en el que poden expressar-se problemes del dia a dia o aspectes vinculats a l'organització de la unitat i del centre, fet que podria millorar la seva percepció sobre la participació en qüestions del centre.

La PES-NWI no abasta ítems sobre tecnologies de la informació, factor clau en l'entorn assistencial actual, també per a les infermeres, com a eina de suport als professionals en l'atenció directa al pacient, i també per a la millora de la comunicació, la gestió de dades i transicions<sup>(288)</sup>. En aquest estudi es volia contemplar si les noves eines que permeten compartir informació tenen relació amb l'entorn de pràctica infermera. Per això es van incloure variables sobre HCE i HC3 com a característiques dels centres, sense aprofundir més que en quina mesura les infermeres les utilitzen. Moorer et al. obtenen puntuacions superiors a 3 en la *Nursing Information Technology Subscale*, subescala que van desenvolupar de la PES-NWI, conscients també de la possibilitat que les tecnologies de la informació poguessin afectar la percepció de les infermeres del seu context organitzatiu. Encara que no especifiquen la relació amb el factor "Relacions", sí que observen que en els centres estudiats la relació entre metges i infermeres també es valora favorablement<sup>(289)</sup>. Cline et al. identifiquen que les noves tecnologies suposen beneficis i reptes per a les infermeres i l'atenció geriàtrica. Per un costat, augmenten la qualitat assistencial, per exemple evitant errors de medicació, però, per l'altra, els suposa un alt consum de temps que va en detriment de la interacció amb els pacients<sup>(290)</sup>. És en aquesta línia, que es podria justificar els resultats obtinguts de que la utilització de l'HC3 per part de les infermeres, tant si és parcial com total, es relaciona amb una pitjor percepció del factor "Relacions".

La formació és un dels aspectes que es relaciona amb la valoració de l'ambient de treball infermer<sup>(291)</sup>. Es pot destacar el diferent comportament que s'ha observat entre tenir formació de postgrau, màster o especialitat. Mentre que les infermeres amb postgrau, tant si és específic d'atenció intermèdia com si no, tenen major probabilitat de valorar desfavorablement el factor "Dotació" (OR=0,52 i OR=0,40 respectivament), les infermeres amb màster no específic d'atenció intermèdia tenen major probabilitat de valorar favorablement el factor "Participació" (OR=2,73). Val a dir que, encara que no s'han trobat relacions estadísticament significatives, la formació a nivell de postgrau també apareix en els models multivariants de l'entorn de treball infermer i els factors "Lideratge" i "Participació". Igualment, les infermeres amb especialitat, sense significació estadística, valoren millor el factor "Relacions". Aquestes troballes orienten a que la percepció d'alguns factors de l'entorn de treball es relacionen amb la capacitació i les competències assolides en cada nivell formatiu, no podent considerar conjuntament i de forma agregada tota la formació de postgrau.

Les infermeres que treballen en hospitals docents, independentment si ofereixen formació de pregrau o postgrau, tenen més probabilitat de valorar favorablement els factors

“Relacions”, “Fonaments” i “Participació”. Aquesta troballa és coherent amb estudis previs en els que el nivell docent de l'hospital es considera una de les característiques més estables dels centres que afecta a l'entorn de treball, per això sovint s'utilitza com a variable de control o per categoritzar grups d'infermeres<sup>(184,197,292-293)</sup>. Aquests resultats són reconfortants en quant a que les infermeres s'estan formant en centres en els que tenen millors entorns de treball, el que es considera positiu per a que les estudiants de pregrau o postgrau es sentin en un entorn facilitador, agradable i acollent, fet que pot potenciar una actitud positiva i la voluntat posterior de treballar amb la gent gran<sup>(294)</sup>.

A part de si el centre és docent o no, i congruentment amb que és un factor amb un enfocament més d'organització, la valoració favorable o desfavorable del factor “Fonaments” només es relaciona amb característiques dels centres<sup>(173)</sup>. Encara que només és un centre el que té la direcció d'infermeria depenent de la direcció mèdica/assistencial, aquestes infermeres tenen major probabilitat de valorar desfavorablement aquest factor, el que suggereix que les cures infermeres perden valor quan és la direcció mèdica/ assistencial la que lidera el procés assistencial. Per contra, en els centres en els que els pacients són derivats des d'hospitals amb més complexitat les infermeres fan millor valoració d'aquest factor (hospitals de referència OR=10,25 i hospitals d'alta tecnologia OR=10,55) i quant més lluny es troba el centre de l'hospital derivant les infermeres tendeixen a valorar pitjor el factor “Fonaments” (al costat de l'hospital OR=0,08 i lluny de l'hospital OR=0,21). Considerant que les persones ateses en hospitals de referència i d'alta tecnologia presenten major complexitat que les ateses en hospitals bàsics i que en els centres socio-sanitaris que estan integrats o més aprop de l'hospital es fan derivacions més precoces, els resultats fan pensar en que els fonaments infermers per a unes cures de qualitat es relacionen amb aquella atenció postaguda de major component sanitari i intensitat terapèutica, que és cap on avança l'àmbit de l'atenció intermèdia en el seu conjunt<sup>(295)</sup>. També, el fet que les infermeres que treballen en centres socio-sanitaris d'organitzacions mixtes també valoren millor el factor “Lideratge” (OR=3,20) fa pensar que la tendència actual d'organitzacions integrals, en els que hi ha un treball més proper entre els diferents nivells assistencials, aporta, a més de beneficis assistencials<sup>(147)</sup>, millores en els entorns de treball.

Les infermeres que treballen en centres que basen el model d'infermeria en la valoració geriàtrica integral tenen més del doble de probabilitats de valorar favorablement el factor “Fonaments” (OR=2,42). Aquesta troballa fa patent la solidesa i l'avantatge que ofereix la valoració geriàtrica integral com a metodologia de treball a les USSAI, en les que les infermeres treballen de forma interdisciplinària per identificar i atendre, de forma integrada

i coordinada, a les necessitats mèdiques, psicosocials i funcionals de la persona<sup>(29)</sup>. D'aquesta manera, es podria considerar que els centres amb altres models d'infermeria, haurien de tendir progressivament a instaurar la valoració geriàtrica integral en l'atenció a les persones grans, encara que no sigui un model propi i exclusiu d'infermeria, ja que a més de garantir una atenció de qualitat en diferents àmbits, també contribueix a una millor percepció de l'entorn de treball de les infermeres<sup>(31,296)</sup>.

Com a punt final d'aquest apartat es vol destacar l'absència de cap relació entre l'entorn de treball infermer i els seus factors amb les ràtios de personal d'infermeria, ja que l'evidència disponible demostra que els hospitals amb major ràtio de pacients per infermera tenen pitjor valoració del context organitzatiu infermer<sup>(199)</sup>. La percepció d'adequació de personal en les unitats depèn de molts factors, com pot ser l'estructura de les unitats, factors humans o l'ús de sistemes d'informació, que a la vegada afecten a com les infermeres realitzen el seu treball<sup>(279)</sup>. Estudis previs han evidenciat que la valoració positiva del factor "Dotació" es relaciona amb majors nivells de personal infermer, més hores d'infermeria i menor nombre de pacients per infermera<sup>(297)</sup>. La ràtio de pacients per infermera es considera una de les característiques més consistents de les unitats que es relaciona amb la percepció que tenen les infermeres del seu entorn de treball, establint-se una relació negativa entre aquestes variables<sup>(259)</sup>. El fet que aquests resultats no hagin aparegut en aquest estudi, podria estar relacionat amb com s'han recollit les variables de personal de les unitats, personal infermer per un costat i personal auxiliar per un altre, i només considerant les hores productives per pacient, és a dir d'atenció directa<sup>(164,298)</sup>.

## **8.6. Respecte als indicadors d'avaluació de les USSAI utilitzats i l'impacte de l'entorn de treball infermer en aquests**

Aquest estudi plantejà entre en els seus objectius generals analitzar quina és la relació de l'entorn de treball infermer amb els resultats de l'avaluació de les USSAI, el qual es considera un objectiu que està totalment alineat amb les prioritats de recerca en l'àmbit de l'entorn organitzatiu de les infermeres<sup>(173)</sup>.

Dins dels indicadors d'avaluació de la Central de Resultats, els indicadors generals que inclouen el número de persones ateses, els episodis realitzats, les estades fetes, així com l'import de l'atenció intermèdia, objectiven una gran variabilitat en el volum d'activitat entre els 14 centres estudiats, i també en comparació amb la resta de centres que tenen USSAI. L'estada mediana de les unitats de subaguts dels 14 centres estudiats i de les



unitats de convallescència-postaguts és inferior a les del total de centres que realitzen aquesta activitat. Alhora, els dies d'estada a subaguts i convallescència-postaguts són inferior als resultats en estudis previs, el que suggereix que hi ha hagut una disminució progressiva de l'estada mitjana en aquestes línies d'atenció<sup>(108,111,299)</sup>. De les unitats de cures paliatives no es disposa d'informació de tots els centres, ja que hi ha dos dels centres estudiats que no tenen aquesta línia d'atenció contractada<sup>(131)</sup>. Tot i així, s'observa que els dies d'estada en aquests centres són superiors a les del total de centres sociosanitaris que fan aquesta activitat, tot i que amb una tendència també decreixent al llarg dels anys<sup>(43)</sup>. Aquests resultats orienten a que l'àmbit de l'atenció intermèdia està treballant per la sostenibilitat del sistema sanitari, ja que la disminució d'estades mitjanes és un dels indicadors d'eficiència, sense per això minvar la qualitat de l'atenció que es presta en els serveis<sup>(103,300)</sup>.

En relació als indicadors de l'atenció a la gent gran amb malalties cròniques, es diferencien dos tipologies d'indicadors. Els primers, dels que es disposa de resultats de tots els centres estudiats, permeten conèixer el perfil de pacients en les unitats en funció del diagnòstic principal, considerats indicadors d'estructura<sup>(162)</sup>. Els segons, dels que només es disposa de dades d'alguns centres, són indicadors de resultat centrats en els pacients i inclouen indicadors d'eficàcia, d'eficiència i de seguretat, alguns vinculats a la pràctica infermera<sup>(131,301)</sup>. Les unitats de convallescència-postaguts atenen un perfil molt variat de persones<sup>(295)</sup> i coincidint amb els resultats de Salvà et al. un terç de les persones ingressades en aquestes unitats tenen diagnòstic de fractura de coll de fèmur, ictus, ICC o MPOC<sup>(108)</sup>. Destaca en els 14 centres estudiats que, comparat amb la totalitat de centres amb unitats de convallescència-postaguts, tenen major percentatge de persones amb fractures de fèmur i ictus, menys incidència de nafres, menys dies d'estada mediana en hospital i en convallescència-postaguts, una major proporció de persones que milloren el seu estat funcional i un major percentatge de persones que són alta a domicili. Aquests resultats fan pensar que en aquests centres hi ha una tendència al desenvolupament d'estratègies d'integració amb altres nivells assistencials, així com a tenir un determinat perfil de pacient que es pugui beneficiar d'una funció rehabilitadora més intensa, aconseguint majors nivells d'eficàcia i d'eficiència<sup>(117,147)</sup>.

Igualment, en els indicadors d'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències, que mostren el percentatge de persones amb demència, tant si és aquesta la causa principal d'ingrés com si és secundària, és inferior en els centres estudiats, evidenciant que l'accessibilitat d'aquestes persones en els 14 centres estudiats és inferior a la del total de centres. També és inferior al percentatge de diagnòstic principal de demència detectat

per Salvà et al. (4,41% en front del 6,5%)(<sup>108</sup>). Val a dir que els pacients ingressats a les unitats de psicogeriatría, en les que més d'un 70% tenen algun tipus de demència(<sup>47</sup>), queden registrats en el CMBD-RSS com a episodis de convalescència-postaguts. El fet de que en les unitats de convalescència-postaguts estudiades, estiguin menys dies i tornin en major percentatge a domicili, fa pensar en que en aquestes unitats es seleccionen els pacients amb demència amb major probabilitat d'estabilització i rehabilitació(<sup>47,115</sup>).

Relacionat amb els indicadors d'atenció al final de la vida, també hi ha indicadors d'estructura, que permeten conèixer el perfil d'usuari, i indicadors de resultat. En les unitats de convalescència-postaguts, seria d'esperar que el percentatge de defuncions fos baix, ja que l'objectiu principal de l'ingrés és el de rehabilitació per millorar l'estat funcional(<sup>302</sup>). Tot i així, durant l'ingrés es poden presentar complicacions que arriben a causar fins a un 10% de defuncions(<sup>114</sup>), el que hauria de suposar un canvi dels objectius plantejats i prioritzar una correcta atenció al final de la vida(<sup>45,303</sup>). Al no disposar d'altres dades en el CMBD-RSS que permetin mesurar la qualitat de l'atenció en les unitats de cures pal·liatives, a través de la valoració i la gestió de símptomes o de l'experiència del pacient i la seva família(<sup>304</sup>), es calculen indicadors que mesuren el registre de pacients amb necessitat de cures pal·liatives, els dies d'estada o l'accessibilitat a malalts no oncològics, que d'acord amb els objectius dels plans integrats d'atenció al final de la vida implementats a diferents territoris, han contribuït a una major accessibilitat a persones amb malalties cròniques avançades no oncològiques i a disminuir els dies d'estada en aquestes unitats(<sup>44,147</sup>).

Les dades utilitzades de la Central de Resultats parteixen del CMBD-SS. Degut a que la seva utilització i finalitat principal és recollir informació sobre l'activitat dels centres i aportar dades que es vinculen a la facturació i preus per la contraprestació de serveis, el seu ús com a font de dades per a fer recerca pot presentar algunes mancances derivades de la qualitat i el nivell de complimentació de les dades. El pagament dels serveis d'atenció intermèdia definits com a mitjana estada (convalescència-postaguts, cures pal·liatives i mitjana estada polivalent) és per estades i contempla nivells de complexitat, en funció de la complexitat terapèutica dels usuaris. Cada centre té assignat un nivell de complexitat i en funció d'aquest cobren la tarifa baixa, mitjana o alta(<sup>305</sup>). La complexitat terapèutica de l'usuari es determina en base a les variables que es recullen en el CMBD-RSS per calcular les categories del RUG-III, el que podria portar a una desviació del registre de dades per tal de disposar d'un millor pagament per la contraprestació de serveis.

Alexander posa de manifest en el seu treball que a Estats Units hi ha una gran varietat de bases de dades administratives, dades derivades de pacients i dades extretes de registres sanitaris amb informació sensible a la pràctica infermera, entesa com aquella que descriu la influència infermera en l'atenció sanitària, però que moltes d'elles no són públiques, el que planteja barreres a la investigació. Alhora, també planteja que les bases amb efectes de reemborsament no són particularment útils pel que fa als indicadors sensibles a la pràctica infermera<sup>(225)</sup>.

Cho et al. Eviten l'ús de bases de dades i estudien els esdeveniments adversos a partir de tres variables de resultat reportades per les infermeres: errors en l'administració o dosificació de medicació, úlceres per pressió i caigudes amb lesions. D'aquesta forma, utilitzen una alternativa a les dades administratives recollides per la *Health Insurance Review Agency* de Corea del Sud. Són les pròpies infermeres les que reporten les variables a partir de la categorització amb la que veuen aquests esdeveniments adversos (mai, algunes vegades a l'any, una vegada al mes, algunes vegades l mes o diàriament). Les dades administratives els hi serveixen per controlar les diferències entre els hospitals, segons la severitat de les malalties i les característiques dels pacients, a partir del percentatge de: pacients de 65 anys o més, pacients transferits, ingressos urgents, pacients masculins, pacients amb principals categories diagnòstiques i pacients amb comorbiditat<sup>(150)</sup>. També a l'entorn espanyol Abad et al. han utilitzat a les infermeres com a reportadores de la qualitat assistencial en els hospitals de Múrcia, però sense controlar les variables que fan referència als pacients atesos i als centres<sup>(201)</sup>.

L'entorn de treball infermer contempla aquelles característiques organitzatives que afavoreixen o dificulten l'exercici professional i té unes conseqüències sobre pacients i infermeres que es poden mesurar mitjançant els resultats de salut en pacients i els resultats en infermeres<sup>(171)</sup>. Alhora, hi ha estudis que mostren que els resultats de les infermeres influeixen als dels pacients, suggerint que els resultats de pacients poden ser associats a l'entorn de treball infermer de forma indirecta<sup>(184)</sup>.

En general, els resultats d'avaluació analitzats en aquest estudi no confirmen la relació entre el context organitzatiu infermer i els resultats en pacients obtinguts a les USSAI, tot i que són mesures vinculades a l'exercici professional infermer. Això es contradiu amb la literatura científica disponible que estableix que l'ambient en el que les infermeres treballen és crucial per als resultats, tal i com s'ha exposat anteriorment<sup>(173)</sup>.

Només s'han trobat tres correlacions significatives entre els factors de la PES-NWI i els resultats d'avaluació de les USSAI. El percentatge d'episodis amb incidència de nafres per pressió grau III-IV a convallescència-postaguts s'associa positivament amb la

puntuació del factor “Dotació”, que s’interpreta com que a millor percepció de dotació y adequació de recursos, més incidència de nafres de major grau. Les nafres per pressió són un tema crític per a la seguretat del pacient, es consideren prevenibles amb una bona qualitat assistencial i la seva incidència es considera un indicador en pacients sensible a la pràctica infermera<sup>(163)</sup>. Alhora, la valoració positiva del factor “Dotació” es relaciona amb majors nivells de personal infermer, més hores d’infermeria i menor nombre de pacients per infermera<sup>(297)</sup>. Els estudis existents, mostren resultats contradictoris entre els indicadors d’infermeria i la incidència de nafres per pressió. Tot i que la majoria dels estudis troben associacions invertides entre aquestes variables, els estudis de major qualitat revelen que major número de personal està relacionat amb nivells més alts de nafres per pressió, com s’ha evidenciat també en aquest estudi<sup>(163,168)</sup>. Aquesta relació no hauria d’avaluar-se aïllada del seu context, ja que sovint es pot trobar que una major dotació d’infermeres és deguda a la presència de pacients amb un pitjor perfil de salut, amb més riscos i severitat, en els que no sempre és possible prevenir l’evolució de les nafres.

La segona correlació significativa és entre el factor “Relacions” i la mediana dels dies d’estada a les unitats de subaguts, evidenciant que una millor valoració de les relacions laborals infermera-metge s’associa a més dies d’estada. Considerant que els ingressos amb menys dies d’estada es relacionen amb millor qualitat assistencial<sup>(300)</sup>, la correlació trobada es contradiu amb la percepció que tenen les infermeres de que quan hi ha interaccions negatives amb els metges, aquestes contribueixen a una mala qualitat de l’atenció geriàtrica i viceversa<sup>(290)</sup>. Una possible explicació d’aquest resultat podria estar en la línia de l’estudi de Kim et al. que va evidenciar que les relacions metge-infermera i la qualitat de l’atenció geriàtrica percebuda per la infermera no tenien una relació significativa<sup>(306)</sup>. A les unitats de subaguts també és un equip multidisciplinari el que ofereix l’atenció i no només la relació infermera-metge té rellevància. Encara que sovint s’ignora l’impacte d’altres professionals en els resultats de salut de pacients, la relació amb i entre tots els altres professionals és fonamental i s’hauria de considerar, ja que també pot influir en la qualitat de l’atenció al pacient geriàtric.

Finalment, el percentatge d’episodis amb destinació a domicili a convalsència-postaguts té una correlació moderada negativa amb el factor “Lideratge”. La planificació de l’alta es considera una part de la tasca quotidiana de les infermeres i una responsabilitat de tot l’equip assistencial. Les infermeres avaluen la situació dels pacients i decideixen el pla d’atenció, en base a les seves necessitats i els coneixements i la millor pràctica en base a la evidència científica disponible, per a que pugui tornar a domicili<sup>(307)</sup>.

Tenint en compte que la millor valoració del factor "Lideratge" s'associa a una millor pràctica basada en l'evidència, fet que s'associa a millors resultats, es contradiu amb els resultats trobats en aquest estudi<sup>(207)</sup>.

Altres estudis sí que han trobat relació entre la PES-NWI i resultats de pacients. Gardner et al., que utilitzen els dies de pacient a risc per controlar les variables dels pacients que atenen, van trobar que una major puntuació de l'entorn de treball i els seus factors es relacionava inversament amb les hospitalitzacions de pacients<sup>(264)</sup>. A l'entorn espanyol, només s'ha identificat un estudi que compara resultats de seguretat amb la PES-NWI. Escobar et al. també van obtenir resultats negatius a l'entorn hospitalari quan van comparar els resultats de l'estudi SENECA (mesura la qualitat de les cures per a la seguretat del pacient) amb els del RN4CAST (mesura l'ambient de treball i el síndrome de burnout del personal d'infermeria). Només van observar relació entre l'indicador de control del dolor amb el factor "Dotació" ( $r=-0,435$ ;  $p=0,03$ ) i entre l'indicador d'infeccions nosocomials i els factors "Fonaments" i "Participació" ( $r=-0,424$ ;  $p=0,04$  i  $r=-0,516$ ;  $p=0,01$ ). El que sí van trobar van ser més relacions dels factors de la PES-NWI amb la percepció que tenien els professionals sobre la qualitat de les cures i amb la percepció dels pacients sobre la seguretat de les cures<sup>(205)</sup>.

Els resultats obtinguts, fan reflexionar sobre la relació entre eines de mesura subjectives de fenòmens complexos, com la PES-NWI, i indicadors que busquen l'objectivitat i la comparabilitat de resultats com els usats en la Central de Resultats, o el citat estudi SENECA. D'aquesta manera, es creu que els resultats obtinguts en aquest estudi podrien estar influïts i justificats parcialment per l'adequació i metodologia de les mesures utilitzades.

En primer lloc, els indicadors de resultats en pacients utilitzats s'han calculat de forma independent, sense tenir en compte la relació que existeix entre la majoria d'ells, el que podria ocultar alguns resultats, ja que de forma aïllada només tenen una capacitat parcial d'explicar la qualitat assistencial<sup>(308)</sup>. L'evidència disponible ens confirma que els dies d'estada en les USSAI s'associen a l'estat funcional a l'alta i a la mediana de punts de millora. Sovint, en l'avaluació d'unitats de convallescència, s'utilitzen aquestes tres variables juntes en un únic paràmetre que és l'eficiència de guany funcional i que es descriu com la relació entre el guany funcional obtingut i el temps necessari per a aconseguir-ho. Alguns estudis estableixen estàndards o nivells de l'eficiència del guany funcional i es fa servir com a mesura de comparació de la utilització de recursos entre unitats<sup>(309-310)</sup>. Alhora, una milloria de la capacitat funcional es relaciona amb una major probabilitat de ser donat d'alta al domicili habitual i una major supervivència<sup>(100,115,310)</sup>.

També, la millora funcional depèn de l'absència de nafres per pressió durant el procés rehabilitador. Així mateix, les nafres per pressió s'associen a estades més llargues, menys probabilitat de retorn a domicili i major mortalitat<sup>(152,311)</sup>. Conseqüentment, la utilització d'aquestes mesures de forma independent, com és el en aquest estudi, fa pensar en que la possibilitat que les dades no compleixin el valor de comparabilitat. Els resultats d'un indicador depenen i afecten els resultats dels altres, el que suposa que per comparar cadascun d'ells, caldria controlar la resta de variables de resultat.

En segon lloc, els indicadors tampoc tenen en compte variables definitòries dels pacients atesos. L'estat i les característiques de morbiditat dels pacients són claus, tant en l'aparició de complicacions, com en les possibilitats de rehabilitació, el que requereix aplicar mètodes d'anàlisi que permetin evitar la seva influència i comportin atribuir únicament l'impacte de l'atenció als resultats obtinguts<sup>(170)</sup>. Segons Baztan et al. la comparació dels resultats entre unitats pel que fa als dies d'estada en atenció intermèdia hauria d'ajustar-se per edat, patologia que causa l'ingrés, comorbiditat, situació funcional i situació cognitiva dels pacients<sup>(309)</sup>. A part d'aquestes variables dels pacients, Miralles també identifica l'estat general de salut, els dèficits sensorials, l'estat nutricional, la depressió i el suport social i familiar com a factors pronòstics de mortalitat, guany funcional i de la possibilitat de retorn a domicili<sup>(115)</sup>. També la presència de síndromes geriàtriques com les úlceres per pressió i la incontinència repercuteixen en aquests resultats<sup>(144)</sup>. Sabartés et al. incorporen l'agudesa de la malaltia o lesió aguda com a variable a tenir en compte en els dies d'estada i la probabilitat de tornar a domicili en les unitats de subaguts i convallescència- postaguts<sup>(295)</sup>. Així mateix, Salvà et al. confirmen que la categorització de pacients en diferents grups del RUG-III és rellevant ja que a les unitats de convallescència hi ha diferents usuaris amb diferents expectatives rehabilitadores<sup>(108)</sup>. Recentment, Amblàs et al. avancen en la mesura de la complexitat clínica i del diagnòstic situacional com a condició crònica lligada a resultats. Proposen la utilització d'índexs de fragilitat, que, partint de la valoració geriàtrica integral, permeten contextualitzar millor les característiques dels pacients complexos<sup>(312,313)</sup>.

D'aquesta manera, es posa en evidència que part dels indicadors d'estructura de la Central de Resultats, que permeten conèixer el perfil de pacients en les unitats (percentatge de pacients amb un determinat diagnòstic principal o secundari) i que en aquest estudi només han tingut un paper contextualitzador, prendrien major interès si s'utilitzessin models d'ajustament de risc. Alhora, tenint present l'evidència mencionada, encara que no es disposi de dades de tots els centres, els indicadors que mesuren dies d'estada o destinacions a domicili a l'alta per una determinada patologia mostren la

intenció d'avançar cap a controlar les variables dels pacients que afecten als resultats. Aquesta voluntat també es posa de manifest en l'informe de Central de Resultats de l'àmbit sociosanitari l'any 2016 (amb dades 2015) on s'utilitzen els grups RUG-III (mesuren la complexitat de la persona) com a dimensions de desagregació, millorant així la comparabilitat dels resultats<sup>(132)</sup>. També en l'àmbit hospitalari la Central de Resultats es presenta un avenç important. L'informe inclou el percentatge de cesàries sense i amb l'índex ajustat, el qual inclou com a variables d'ajust la categoria de l'embaràs, la història de parts de la mare, el treball de part, la gestació i les condicions i patologies de la mare. La incorporació d'aquest índex com a variable d'ajust, permet disposar d'un indicador de major qualitat i visualitzar l'esforç dels hospitals que atenen més parts de risc, que queden avaluats desfavorablement quan no s'utilitza cap mesura d'ajustament<sup>(314)</sup>.

Tot i que els sistemes d'informació disposen de moltes de les dades per fer aquests càlculs d'ajustament, el procediment és massa feixuc, avui per avui, per aplicar-lo. Conseqüentment, hi ha una reticència per part dels professionals a fer públics els seus resultats per les carències en la bondat de les mesures o indicadors (exactitud, precisió, sensibilitat i especificitat)<sup>(122)</sup>. Malgrat això, és en aquesta línia en la que s'avança i es creu convenient seguir avançant. En aquest estudi es fa present la necessitat de disposar d'indicadors amb una definició curosa i que contemplin totes aquelles variables d'ajustament que permetin fer una bona avaluació comparativa entre les diferents unitats o centres, que tal i com desenvolupa Freeman, no és una tasca senzilla<sup>(308,315)</sup>.

En tercer lloc, la mesura de l'impacte de l'entorn de treball infermer en els resultats d'avaluació de les USSAI, només ha tingut en compte la puntuació de la PES-NWI i els seus factors, sense tenir en compte totes aquelles variables que s'hi relacionen, entre les que destaquen les relatives al personal d'infermeria<sup>(164,316-319)</sup>. L'entorn de treball infermer és un constructe complex, basat en la subjectivitat de la percepció de les infermeres sobre un conjunt d'elements i factors que alhora estan influenciats per característiques de les infermeres, de les unitats i dels centres d'acord amb l'evidència i els resultats d'aquest estudi. Warshawsky reconeix la complexitat de conèixer els determinants dels resultats en salut dels pacients, i també identifica la necessitat de seguir avançant en entendre quines variables, encara no identificades, es relacionen amb els resultats en pacients i també poden estar relacionades amb l'entorn de treball de les infermeres, fent d'intermediàries entre aquests dos elements<sup>(184)</sup>. En aquesta línia han avançat estudis previs en els que han controlat possibles variables de confusió a nivell de pacient (diagnòstic, comorbiditat, dies d'estada, mortalitat, etc.), a nivell d'unitat (tipologia, número de llits, etc.) i a nivell d'hospital (dimensió, nivell de docència, etc.) per estimar l'efecte de

l'entorn de treball de les infermeres en els resultats de pacients<sup>(196,320)</sup>. També altres estudis, un cop han fet ajustaments per les característiques dels pacients i hospitals, han pogut estudiar que l'entorn de treball infermer contribueix als resultats de pacients, juntament amb altres variables, com el nivell formatiu de les infermeres o la ràtio de pacients per infermeres<sup>(321-322)</sup>.

Com a quart punt, la PES-NWI és una escala validada en el nostre entorn, però no abasta continguts respecte dominis destacats en l'entorn de treball com són l'autonomia de les infermeres, el reconeixement de la seva preparació i expertesa, el desenvolupament professional ni del suport en les relacions amb les companyes<sup>(173)</sup>. I especialment, per l'interès en aquest estudi, tampoc recull factors específics propis del context organitzatiu de l'àmbit d'atenció geriàtrica i que són rellevants per a una atenció de qualitat en l'atenció intermèdia. D'acord amb Kim et al., que van trobar que només el factor "Participació" tenia una relació directa amb la qualitat d'atenció geriàtrica percebuda per les infermeres, l'atenció a la gent gran pot requerir més que un entorn de treball que recolzi el desenvolupament de competències de les infermeres i el progrés professional. El suport organitzacional ha d'abordar les competències explícites de les infermeres per a cuidar a les persones grans amb necessitats complexes, ja que un bon entorn general de pràctica infermera no es relaciona necessàriament amb un bon entorn per a l'atenció geriàtrica<sup>(306)</sup>.

La qualitat de l'atenció en la gent gran es defineix com aquella assistència que és específicament geriàtrica, basada en l'evidència, que ofereix atenció individualitzada, que promou la presa de decisions informada i ofereix continuïtat d'atenció entre els diferents nivells assistencials<sup>(216)</sup>. Derivat de les troballes d'aquest estudi i de l'evidència disponible, és convenient avançar cap a la mesura de l'entorn organitzatiu geriàtric de les infermeres, entès com el conjunt específic de característiques de l'entorn de treball de les infermeres que contribueix específicament a la qualitat de l'atenció geriàtrica<sup>(290)</sup>, i com aquest afecta a la qualitat de l'atenció que s'ofereix i als resultats assolits. Boltz et al. van utilitzar tres subescales per mesurar l'entorn de treball de les infermeres geriàtriques en hospitals que incloïen els valors institucionals sobre l'atenció a la gent gran i el personal, la col·laboració interdisciplinària i l'accés a recursos geriàtrics específics i van evidenciar que un entorn geriàtric favorable s'associava a una major qualitat d'atenció geriàtrica ( $F=4,68$ ;  $p<,001$ )<sup>(216)</sup>. De Brouwer et al. recentment també han avançat en validar la versió holandesa l'*Essentials of Magnetism II*<sup>®</sup> (EOMII) a les residències de gent gran, entenent que l'EOMII és un instrument que s'utilitza per mesurar els processos i les relacions de l'entorn de treball que contribueixen a la productivitat i a la qualitat de l'atenció al pacient.



Malgrat les vuit subescales del EOMII són rellevants en les residències, han observat que només les subescales referents a l'adequació de personal, a tenir companys clínicament competents, a la cultura centrada en el pacient i a l'autonomia i el suport de les infermeres directives poden ser utilitzades sense problemes en aquest nou àmbit. Les subescales de la relació entre infermera i metge, el suport en la formació i el control sobre l'exercici infermer han de ser millorades abans de poder-les utilitzar a les residències<sup>(323)</sup>.

També iniciatives com el programa NICHE (*Nurses Improving Care for Healthsystem Elders*) iniciat a la l'Institut Hartford de la Univeristat de Nova York l'any 1993, poden servir com a referència en el nostre país per a la millora de l'avaluació dels resultats de l'atenció intermèdia i geriàtrica. El NICHE és un programa internacional en el que participen institucions sanitàries per augmentar la qualitat de l'atenció a la gent gran i la competència de les infermeres en les institucions sanitàries. Disposa del *Geratric Institutional Assessement Porfile* (GIAP) que permet oferir un servei de *benchmarking* a les institucions que participen en el programa. Amb el GIAP s'ha aconseguit evidenciar que el programa millora l'entorn de treball de les infermeres geriàtriques i la qualitat de l'atenció geriàtrica i actualment els estudis van dirigits a estudiar si el programa repercuteix en les mesures de resultat en pacients com les nafres per pressió, la mortalitat o els dies d'estada<sup>(216,324)</sup>.

El *benchmarking* aplicat en serveis constitueix una eina de gran utilitat en la gestió i la qualitat ja que manté a les organitzacions en un procés continu de mesura, anàlisi i millora de processos. Val a dir que la realització del procés de *benchmarking* entre centres molt diferents en quant a mida i funcionament, com passa en aquest estudi, esdevé complicat degut a que no es compleix el principi d'homotècia, propietat imprescindible per poder comparar les dades<sup>(325)</sup>. Malgrat això, i tal com explica Moracho a través del seu terme *cotilleing*, cal potenciar igualment l'ús de comparacions de resultats i la identificació de bones idees i pràctiques com a mètode imprescindible de gestió i millora continua, encara que l'aplicació de la metodologia de *benchmarking* no sigui estricta<sup>(326)</sup>. No està clar quin és l'impacte de la Central de Resultats en la millora de la pràctica de les organitzacions, però sí que potencia al *cotilleing*. S'està implantant com a eina de referència a l'hora de referir i mostrar resultats d'avaluació del sistema sanitari i la difusió que fa dels resultats a través d'informes, dades obertes i la presentació anual en una jornada presencial, busca tenir el major impacte en els professionals per a que millorin el seu exercici professional i rendiment<sup>(127)</sup>.

## 8.7. Limitacions

D'acord amb el que s'ha exposat a l'apartat 8.2, respecte a la metodologia de l'estudi, una limitació de l'estudi deriva de la utilització de la imputació simple en els ítems de la PES-NWI que algunes infermeres no havien contestat.

Es destaquen tres limitacions més en aquesta tesi. La primera deriva de que aquest estudi està realitzat en els catorze centres socio-sanitaris amb USSAI en els que s'inicia l'activitat de subaguts al 2013 i que compleixen uns requisits establerts<sup>(64)</sup>, el que suposa un nombre limitat d'objectes d'estudi. Tot i això, les tècniques estadístiques usades han tingut en compte aquesta grandària poblacional. Val a dir que el volum de centres socio-sanitaris amb USSAI a Catalunya l'any 2014 ascendeix a 76, els quals presenten diferències importants estructurals i funcionals entre ells<sup>(131)</sup>. La variabilitat i l'heterogeneïtat entre els centres socio-sanitaris és un factor a valorar a l'hora de poder reproduir els resultats d'aquest estudi.

Una segona limitació d'aquesta investigació, deriva i és pròpia del disseny transversal, el qual permet establir associacions però no permet establir relacions de causalitat entre les variables relacionades.

La tercera limitació deriva dels nivells d'anàlisi utilitzats en aquest estudi. Normalment, el context en el que s'estudien els resultats desnsibles a la pràctica infermera són d'índole multinivell. L'escala PES-NWI pot ser utilitzada a nivell individual, d'unitat, de centre o territori (Ex. comunitat autònoma, país o continent)<sup>(277)</sup>. La complexitat que se'n deriva implica un anàlisi multinivell amb la finalitat de tenir en compte la correlació natural de les dades<sup>(276)</sup>. En aquest estudi, per a la construcció dels models multivariats s'han agrupat les infermeres d'un mateix centre (*clustering error*), sense considerar la unitat com a nivell d'anàlisi. La decisió de treballar a nivell d'infermera i de centre es basa en el limitat nombre d'infermeres en alguns centres i l'estructura mixta de moltes de les unitats en les que treballen les infermeres. La unitat sí que s'ha tingut en compte però no s'ha analitzat com a nivell, sinó que s'ha categoritzat com a variable de les infermeres (unitats de treball). També els indicadors de resultats utilitzats poden ser a nivell de pacient, d'unitat, de centre o territori. Els resultats utilitzats en la Central de Resultats, encara que es fa esment que són a nivell de centre, ofereixen informació a nivell de línia d'atenció: convallescència, subaguts, cures pal·liatives,...<sup>(131)</sup>. D'acord amb les troballes d'aquest estudi, els resultats d'avaluació de cada centre poden ser imputables a una o varies unitats que fan una determinada activitat, per exemple si un centre té tres unitats que fan convallescència els resultats d'avaluació en la Central de Resultats seran agregats i faran

referència a l'activitat realitzada per les tres unitats. A l'hora d'analitzar l'impacte del context organitzatiu infermer en els resultats de l'avaluació, s'ha tingut en compte la valoració per centre, és a dir que han fet totes les infermeres de les diferents USSAI. En canvi els resultats d'avaluació corresponen a una determinada unitat (o unitats), existint un decalatge entre els dos nivells d'anàlisi. Conseqüentment, en propers estudis seria convenient considerar els diferents nivells de les organitzacions i mantenir aquesta estructura en l'anàlisi de les dades.

Per finalitzar, en aquest estudi no s'ha pogut confirmar la relació directa entre la PES-NWI i els resultats d'avaluació (resultats en pacients) de les USSAI, però és convenient prendre aquests resultats amb prudència per les limitacions que presenta. Aquest estudi inclou moltes de les variables que hi ha en el model lògic que proposa Subirana et al.<sup>(215)</sup>, però la confirmació, o no, de la relació entre l'entorn de treball infermer i els resultats de les USSAI requerirà d'estudis que aprofundeixin en la interacció de la gran quantitat de variables que afecten als resultats obtinguts. També la disposició d'uns indicadors d'avaluació de qualitat per a l'àmbit d'atenció intermèdia, en els que es controlin les variables principals de pacients, unitats i centres, serà fonamental. A més cal plantejar si és necessari adaptar el model a l'àmbit de l'atenció intermèdia, incorporant les possibles especificitats de l'àmbit geriàtric i pal·liatiu. Alhora, requerirà d'estudis analítics que comprovin la possible relació entre l'entorn i els resultats assolits i introduir altres metodologies i perspectives per una major comprensió dels factors que intervenen en una atenció de qualitat<sup>(170)</sup>.

## **8.8. Recomanacions per a la pràctica professional i altres investigacions**

Les infermeres han de ser capaces de donar valor i rendir comptes de la qualitat i l'eficàcia de les seves intervencions en els diferents àmbits d'atenció. Dins d'un sistema sanitari complex, en el que intervenen diferents professionals, és necessari establir mesures sensibles a la pràctica infermera per mostrar la contribució d'aquest col·lectiu en els resultats de pacients.

Les troballes del present estudi, per un costat, poden tenir utilitat per a la gestió dels centres, potenciant i garantint aquelles característiques del personal infermer, de les unitats i dels centres que es relacionen amb un millor entorn de treball infermer, el qual podrà facilitar que les infermeres obtinguin el seu màxim potencial. Alhora, amb tota aquesta informació es poden plantejar plans de millora dels centres amb aquells aspectes identificats com a desfavorables, també amb la finalitat de disposar d'entorns organitzatius favorables per a les infermeres.

Per altra costat, els resultats porten a plantejar noves línies de treball i de recerca per tal d'avançar en la mesura de la contribució infermera en el sistema sanitari, així com de l'impacte de l'entorn de pràctica infermera en els resultats d'avaluació. De forma resumida, les recomanacions per a altres investigacions, especialment per aquelles relacionades amb l'àmbit de l'atenció intermèdia, serien:

- Potenciar la utilització de les fonts de dades existents i de les dades públiques en projectes de recerca. Es requereix que progressivament es comparteixi la informació disponible i, alhora, avançar en la qualitat de dades que contenen.
- Cal seguir realitzant estudis d'avaluació comparativa. Es requereix definir un conjunt estable d'indicadors que permeti veure l'evolució al llarg del temps, així com establir el procés de mesura per disposar d'indicadors de la màxima qualitat possible. També, establir específicament línies de recerca que aprofundeixin en la mesura de la contribució infermera en els resultats de salut de les persones i els factors que s'hi relacionen, dins del conjunt del sistema sanitari i tenint en compte característiques individuals i organitzacionals de les infermeres. Seria convenient disposar d'un conjunt d'indicadors sensibles a la pràctica infermera, que permetés la comparació entre centres i detectar bones pràctiques per tal d'estendre-les.
- Estudiar la qualitat dels registres i el seu impacte en les dades d'indicadors d'estructura, procés i resultats.

- Realitzar estudis longitudinals amb intervencions que permetin monitoritzar el canvi en l'entorn de pràctica infermera, general i específic de l'atenció geriàtrica, en els diferents àmbits.
- Desenvolupar estudis que permetin millorar el coneixement de com es relaciona l'entorn de pràctica infermera, general i específic de l'atenció geriàtrica, amb els resultats obtinguts en el sistema sanitari, i específicament en l'àmbit d'atenció intermèdia.
- Aprofundir amb les ràtios d'infermeria que garanteixin una atenció d'infermeria homogènia i de qualitat, amb la finalitat de disposar de recomanacions sobre el nombre i composició de les plantilles en l'àmbit de l'atenció intermèdia a Catalunya.
- Estudiar la repercussió econòmica del personal d'infermeria, vinculant els costos i beneficis de l'atenció infermera.
- Analitzar i identificar aquells factors que poden intervenir a aconseguir que la mesura de la contribució infermera sigui un objectiu transversal i compartit entre infermeres investigadores, gestores, docents i assistencials, independentment de l'àmbit d'actuació.

## **IX. Conclusions**



D'acord amb els objectius plantejats i els resultats obtinguts, les conclusions que es desprenen d'aquest estudi són les següents:

1. La PES-NWI és un instrument que pot ser útil per mesurar l'entorn de treball de les infermeres a l'àmbit d'atenció intermèdia.
2. Les infermeres de les USSAI tendeixen a valorar favorablement el seu entorn de treball. Tots els factors són valorats favorablement, excepte el factor "Dotació".
3. Hi ha diferències en l'entorn de treball de les infermeres de les USSAI entre els diferents centres estudiats. En nou centres l'entorn de treball infermer és classificat com a favorable, en cinc mixt i en cap d'ells l'entorn de treball infermer és desfavorable.
4. La valoració favorable de l'entorn de treball infermer s'associa amb la unitat de treball, característiques laborals i professionals de les infermeres, així com amb característiques dels centres vinculades a l'organització estructural, al tipus d'activitat i a les condicions laborals i econòmiques que ofereixen als professionals.
5. La valoració favorable de cadascun dels factors de l'entorn de treball infermer es relaciona amb algunes unitats de treball i amb determinades característiques de les infermeres i dels centres amb atenció intermèdia.
6. Es disposa d'indicadors d'avaluació públics de les USSAI que permeten observar diferències entre els centres sociosanitaris del sistema sanitari català.
7. Entre els indicadors de resultats inclosos en l'avaluació de les USSAI i les puntuacions dels factors de l'entorn de treball de les infermeres s'han trobat només tres correlacions estadísticament significatives: entre el factor "Dotació" i la incidència de nafres grau III-IV a convalsència-postaguts; entre l'estada mediana a subaguts i el factor "Relacions"; i entre el factor "Lideratge" i el percentatge d'episodis de convalsència-postaguts amb destinació a domicili.
8. Els centres sociosanitaris en els que les infermeres fan una millor valoració de l'entorn de treball infermer, mesurat mitjançant la puntuació total de la PES-NWI, no semblen obtenir millors resultats en l'avaluació de les USSAI.





## **X. Bibliografia**



1. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes [Internet]. Madrid: Fundación Pfizer; 2007 [Consulta 21 gen 2017]. 125p. Disponible a:  
<https://www.fundacionpfizer.org/?q=evolucion-proceso-envejecimiento-poblacion-espanola-analisis-sus-determinantes2>
2. Eurostat Statistics explained. Europe in figures- Eurostat yearbook [Internet]. Luxemburg: Eurostat; 2015 [Actualitzada 9 des 2016; Consulta 24 març 2016]. Disponible a:  
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe\\_in\\_figures\\_-\\_Eurostat\\_yearbook](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe_in_figures_-_Eurostat_yearbook)
3. Instituto Nacional Estadística. INEbase: Operaciones estadísticas: clasificación por temas [Internet]. Madrid: Instituto Nacional Estadística. 2016 [Consulta 25 març 2016]. Disponible a: <http://ine.es/inebmenu/indice.htm>
4. Instituto Nacional Estadística. Proyección de la Población de España 2014-2064 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional Estadística. 2014 [Consulta 23 març 2016]. 15p. Disponible a: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Ginebra; 2015 [Consulta 24 març 2016]. 25 p. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)
6. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity. J Clin Epidemiol. 2001;54:661–74
7. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. Lancet. 2012;7;380(9836):37-43
8. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. Am J Med. 2004; 116(3):179-85.
9. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, Mckee M. How can health systems respond to population ageing ? [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [Consulta 26 març 2016]. 43p. Disponible a:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/64966/E92560.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf)
10. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 [Consulta 26 març 2016]. 127p. Disponible a:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA) [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut Departament de Salut; 2015 [Consulta 27 març 2016]. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/)
12. García Navarro JA. El reto de atender a los ancianos enfermos de la forma más eficiente: una obligación en tiempos de crisis. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(4):183-5

13. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med.* 2007;22(Supl. 3):391-5.
14. Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppá M, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev.* 2011;68(4):387–420.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de publicaciones; 2012 [Consulta 28 març 2016]. 80p. Disponible a:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
16. World Health Organization. Integrated health services – what and why? [Internet]. World Health Organization; 2008 [Consulta 28 març 2016]. 8p. Disponible a:  
[http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)
17. Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? [Internet]. Londres: The King's Fund; 2011[Consulta 28 març 2016]. 8p. Disponible a:  
[https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/integrated-care-summary-chris-ham-sep11.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/integrated-care-summary-chris-ham-sep11.pdf)
18. Constante i Beitia C. El Plan de Salud de Catalunya: instrumento transformador del sistema de salud. *Med Clin (Barc).* 2015;145(Supl 1):20-6
19. Galindo Martín M, Fernández Jurado Y. Política socioeconómica en la Unión Europea. Madrid: Delta Publicaciones; 2006
20. WHO Regional Office for Europe. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. [Consulta 26 abr 2016]. 29p. Disponible a:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf?ua=1)
21. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care.* 2001;1:e21.
22. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [Consulta 26 abr 2016]. 339p. Disponible a:  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>
23. Espanya. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE, núm. 128, 29-05-2003, p. 20567-88).
24. Espanya. Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado. (BOE, núm. 299, 15-12-2006, p. 44142-56).
25. Espanya. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de

- la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. (BOE, núm. 200, 20-08-2011, p. 93143-68).
26. Catalunya. Ordre de 7 de setembre de 1983, de creació del Programa Sectorial d'Atenció Malalt Crònic. (DOGC, núm. 364, 16-09-1983, p. 2343-4).
  27. Catalunya. Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del programam "Vida als Anys" d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. (DOGC, núm. 694, 02-06-1986, p. 1753-4).
  28. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Med Clin North Am.* 2015;99(2):263-79
  29. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(7):CD006211.
  30. Gladman JRF, Conroy SP, Ranhoff AH, Gordon AL. New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment: knowing, doing and the "know-do" gap. *Age Ageing.* 2016;45(2):194-200
  31. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel J-P, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2011;23(4):244-54.
  32. Hickman LD, Phillips JL, Newton PJ, Halcomb EJ, Al Abed N, Davidson PM. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):322-9.
  33. Dellefield ME. Interdisciplinary Care Planning and the Written Care Plan in Nursing Homes: A critical Review. *Gerontologist.* 2006;46(1):128-33.
  34. Divisió d'Atenció Sociosanitària. Àrea Sanitària. CatSalut. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003. Barcelona: CatSalut; 2004. 64p.
  35. Catalunya. Decret 215/1990, de 30 de juliol, de promoció i finançament de l'atenció sociosanitària. (DOGC, núm. 1348, 28-09-1990, p. 4396-8).
  36. Catalunya. Ordre de 15 de maig de 1991, per la qual es determinen les activitats d'assistència sociosanitària que poden concertar-se amb les entitats titulars de centres, serveis i establiments sociosanitaris. (DOGC, núm. 1452, 07-06-1991, p. 3077-8).
  37. Catalunya. Ordre SLT/265/2015, de 3 de juliol, per la qual s'estableixen per a l'any 2015 els preus unitaris i els valors corresponents a la contraprestació dels serveis duts a terme pels centres sociosanitaris. (DOGC, núm. 6946, 31-08-2015, p. 1-6).
  38. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, Borrás JM, Viladiu P, Stjernsward J, et al. Catalonia WHO demonstration project on palliative care implementation 1990-1995: Results in 1995. *J Pain Symptom Manage.* 1996;12(2):73-8.

39. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Corrales E, Madrid F, Trelis J, et al. Spain: The WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia: Results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(2):239–44.
40. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, Nabal M, Espinosa J, Paz S, et al. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years (2005). *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(5):584–90.
41. Paz-Ruiz S, Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Esperalba J. The Costs and Savings of a Regional Public Palliative Care Program: The Catalan Experience at 18 Years. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):87–96.
42. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich-Marín I, Porta-Sales J, Sala C, et al. Quality improvement in palliative care services and networks: preliminary results of a benchmarking process in Catalonia, Spain. *J Palliat Med.* 2010;13(10):1237–44.
43. Gómez-Batiste X, Caja C, Espinosa J, Bullich-Marín I, Martínez-Muñoz M, Porta-Sales J, et al. The catalonia world health organization demonstration project for palliative care implementation: Quantitative and qualitative results at 20 years. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(4):783–94.
44. Gómez-Batiste X, Blay C, Martínez-Muñoz M, Lasmarías C, Vila L, Espinosa J, et al. The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990-2015). *J Pain Symptom Manage.* 2016; 52(1):92-9
45. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Consulta 31 març 2016]. 160p. Disponible a:  
[http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf)
46. Salvà A. La atención sanitaria a la población anciana: un reto para la organización y la sostenibilidad en los servicios sanitarios. *Rev Jano.* 2003;64(1474):1432–8.
47. Ferré A, Capdevila M, García E, Almenar C. Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(4):190-7.
48. Catalunya. Ordre de 31 de gener de 1996, per la qual es crea el Consell Assessor en Psicogeriatría. (DOGC, núm. 2170, 19-02-1996, p. 1444–5).
49. Catalunya. Ordre 5 d'abril de 1997, per la qual es crea el Consell Assessor sobre el tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer. (DOGC, núm. 2393, 16-05-1997, p. 5306).
50. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut 1996-1998 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996 [Consulta 31 març 2016]. p421–6. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/pla\\_salut\\_catalunya/anys\\_anteriors/pla\\_de\\_salut\\_de\\_catalunya\\_1996-1998/documents/trastorns\\_coghitius98.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/pla_salut_catalunya/anys_anteriors/pla_de_salut_de_catalunya_1996-1998/documents/trastorns_coghitius98.pdf)

51. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut; 2012 [Consulta 10 febr 2016]. 182p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)
52. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Bases per a l'atenció comunitària a les persones amb demència [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2014 [citado 3 març 2016]. 34p. Disponible a:  
[http://salut- envelliment.uab.cat/publicacions/docs/atencio\\_persones\\_demencia.pdf](http://salut- envelliment.uab.cat/publicacions/docs/atencio_persones_demencia.pdf)
53. Catalunya. Decret 242/1999, de 31 d'agost, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments socio-sanitaris d'utilització pública de Catalunya. (DOGC, núm. 2973, 13-09-1999, p. 12024-5).
54. Catalunya. Ordre, de 7 de maig de 2001, per la qual es regulen els estàndards de qualitat que han de complir els centres, serveis i establiments socio-sanitaris d'utilització pública de Catalunya. (DOGC, núm. 3388, 15-05-2001, p.7026-7).
55. Catalunya. Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i se'n fixen les normes d'autorització. (DOGC, núm. 3597, 18-03-2002, p. 4827-31).
56. Catalunya. Decret 260/2000, de 31 de juliol, pel qual es despleguen l'estructura i l'organització centrals de l'ens públic del Servei Català de la Salut. (DOGC, núm. 3200, 08-08-2000, p. 10270-2).
57. Catalunya. Decret 163/2002, d'11 de juny, pel qual es regula l'activitat d'avaluació integral ambulatoria en geriatría, cures pal·liatives i trastorns cognitius que pot contractar el Servei Català de la Salut. (DOGC, núm. 3660, 19-06-2002, p.11128-9).
58. Pla director socio-sanitari. Cartera de serveis socio-sanitaris [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2014 [Consulta 7 abr 2016]. 14p. Disponible a:  
[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_d\\_e\\_salut/ambit\\_sociosanitari/documents/pdsocisanitari\\_cartera\\_serveis.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_d_e_salut/ambit_sociosanitari/documents/pdsocisanitari_cartera_serveis.pdf)
59. Catalunya. Decret 39/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla director socio-sanitari i el seu Consell Assessor. (DOGC, núm. 4594, 16-03-2006, p.12350-2).
60. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla director socio-sanitari. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006. 152p.
61. Catalunya. Acord GOV/13/2012, de 21 de febrer, pel qual s'aprova el Pla de salut de Catalunya 2011- 2015. (DOGC, núm. 6073, 23-02-2012, p.8515).
62. Catalunya. Acord GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. (DOGC, núm. 5915, 07-07-2011, p.37282-6).



63. Blay C, Cabezas C, Contel JC, González-Mestre A, Ledesma A, Martínez M, et al. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015 [Consulta 3 abr 2016]. 32p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/mo\\_del\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/destacats\\_a\\_la\\_dreta/avaluacio\\_cronicitat\\_2011\\_2014.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf)
64. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Reordenació de la xarxa sociosanitària [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2012 [Consulta 17 febr 2015]. 21p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/mo\\_del\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documentos/front2\\_ss.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentos/front2_ss.pdf)
65. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Models d'atenció domiciliària, residencial i 7x24 als malalts crònics [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat; 2012 [Consulta 3 abr 2016]. 24p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/mo\\_del\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documentos/front1\\_ad.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentos/front1_ad.pdf)
66. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Criteris de planificació sobre hospitalització i alternatives assistencials en l'atenció a la cronicitat [Internet]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2014 [Consulta 3 abr 2016]. 24p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/mo\\_del\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documentos/arxius/criteris\\_planif\\_alter\\_asis.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentos/arxius/criteris_planif_alter_asis.pdf)
67. Avellana E, Beni C, Blay C, Boix C, Bullich I, Canet M, et al. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat; 2013 [Consulta 3 abr 2016]. 35p. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/mo\\_del\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documentos/arxius/guia\\_complexitat\\_5\\_1.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo_del_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documentos/arxius/guia_complexitat_5_1.pdf)
68. Catalunya. Acord GOV/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials. (DOGC, núm. 6454, 05-09-2013, p.1-6).
69. Catalunya. Acord GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). (DOGC, núm. 6571, 27-02-2014, p.1-7).
70. Abellán-Hervás MJ, López-Fernández C, Santi-Cano MJ, Deudero-Sánchez M, Picardo-García JM. ¿Quién es el receptor de intervenciones sociosanitarias y cuáles son sus necesidades? *Enferm Clin*. 2016;26(1):49–54.
71. Salvà A, Vallès E, Llevadot D, Martínez F, Albinyana C, Miró M, et al. Una experiència de atenció sociosanitària: programa Vida als Anys. *Realidad y expectativas de futuro. Adm. Sanit*. 1999;3(2):413–28.

72. Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roigé P, García MC, Llevadot MD, Rabadà MT, et al. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *Todo Hosp.* 1992;84:17-26.
73. Esteban-Pérez M, Grau IC, Castells-Trilla G, Bullich-Marín I, Busquet-Duran X, Aranzana-Martínez A, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Med Paliat.* 2015;22(2):69–80.
74. CatSalut. Regió Sanitària Barcelona. Criteris de planificació operativa i de les ràtios en l'àmbit d'internament sociosanitari [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014 [Consulta 9 abr 2016]. 2p. Disponible a: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut\\_territori/barcelona/recomanacions/Recomanacio3\\_ratios\\_ss\\_oct\\_2014.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/barcelona/recomanacions/Recomanacio3_ratios_ss_oct_2014.pdf)
75. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Memòria del CatSalut 2014 [Internet]. 1a ed. Barcelona: CatSalut; 2015 [Consulta 23 gen 2016]. 332p. Disponible a: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/memories\\_activitat/memories\\_catsalut/2014/memoria\\_catsalut\\_2014\\_integra.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2014/memoria_catsalut_2014_integra.pdf)
76. Bullich I, Ferrando C, Salvà A, Sánchez P. Propostes per a l'hospital de dia sociosanitari [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. 2014 [Consulta 9 abr 2016]. 15p. Disponible a: [http://salut-entrellament.uab.cat/publicacions/docs/propostes\\_hospital\\_dia.pdf](http://salut-entrellament.uab.cat/publicacions/docs/propostes_hospital_dia.pdf)
77. Bullich I, Elias T, Ferrando C, Salvà A, Sánchez P. Adequació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Pla director sociosanitari; 2015 [Consulta 11 abr 2016]. 39p. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/ambit\\_sociosanitari/documents/arxiu/adequa\\_cronicitat.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ambit_sociosanitari/documents/arxiu/adequa_cronicitat.pdf)
78. Hancock S. Intermediate care and older people. *Nurs Stand.* 2003;17(48):45–51.
79. Kaambwa B, Bryan S, Barton P, Parker H, Martin G, Hewitt G, et al. Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health Soc Care Community.* 2008;16(6):573–81.
80. Woodford HJ; George J. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med.* 2010;10(2):119–23.
81. Department of Health. Service Circular/ Local Authority Circular: Intermediate Care [Internet]. Londres: Department of Health; 2001 [Consulta 11 abr 2016]. 13p. Disponible a: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/26/80/04012680.pdf>
82. Young J. The development of intermediate care services in England. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(Supl 2):S21-5.

83. Department of Health. National Service Framework for Older People [Internet]. Londres: Department of Health; 2001 [Consulta 23 abr 2016]. 202p. Disponible a: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/198033/National\\_Service\\_Framework\\_for\\_Older\\_People.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf)
84. Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs*. 2004;46:303–10.
85. Steiner A. Intermediate care: more than “a nursing thing.” *Age Ageing*. 2001;30:433-5.
86. Morrison LG. What is intermediate care? *Nothing New*. *BMJ*. 2004; 329(7467): 686.
87. Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Parker SG, van Eijken MIJ. What is intermediate care? An international consensus on what constitutes intermediate care is needed. *BMJ*. *BMJ* 2004;329(7462):360–1.
88. Petch A. Intermediate Care [Internet]. York: Joseph Rowntree Foundation; 2003 [Consulta 19 abr 2016]. 44p. Disponible a: <https://www.irf.org.uk/file/36038/download?token=eYug97Om&filetype=download>
89. Thompson S, Crome P. Intermediate care. *Rev Clin Gerontol*. 2001;11:205–207.
90. Steiner A. Intermediate care--a good thing? *Age Ageing*. 2001;30(Supl 3):33–9.
91. Department of Health. Intermediate care- Halfway home. Updated Guidance for the NHS and Local Authorities [Internet]. Leeds: Department of Health; 2009 [Consulta 11 febr 2016]. 61p. Disponible a: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh\\_103154.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh_103154.pdf)
92. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older-a controlled observational study. *BMC Health Serv Res*; 2015;15:351.
93. Stevenson J, Spencer L. Developing Intermediate Care. A guide for health and social services professionals [Internet]. Londres: King's Fund; 2002 [Consulta 28 des 2014]. 144p. Disponible a: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Developing-Intermediate-Care-guide-health-social-services-professionals-Jan-Stevenson-Linda-Spencer-The-Kings-Fund-July-2009.pdf>
94. Martin GP, Peet SM, Hewitt GJ, Parker H. Diversity in intermediate care. *Health Soc Care Community*. 2004;12(2):150–4.
95. Parker G. Intermediate Care, Reablement or Something Else? A Research Note about the Challenges of Defining Services [Internet]. York: University of York; 2014 [Consulta 24 abr 2016]. 8p. Disponible a: <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/social-work-care-services/spru/169316ICR.pdf>

96. Manthorpe J. Commentary on Nancarrow S (2007), The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development opportunities. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1222-1229. *J Clin Nurs.* 2007;16(7):1381–2.
97. Brown L, Forster A, Young J, Crocker T, Benham A, Langhorne P. Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(6): CD001730.
98. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4): CD007491.
99. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1): CD000356.
100. Griffiths P, Edwards ME, Forbes A, Harris RG, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2): CD002214.
101. Carpenter I, Kotiadis K, Mackenzie M. An evaluation of Intermediate Care for older people [Internet]. Kent: Centre for Health Services Studies, University of Kent; 2003 [Consulta 19 abr 2016]. 22p. Disponible a:  
<https://kar.kent.ac.uk/7761/1/icon.PDF>
102. Hutchinson T, Young J, Forsyth D. National pilot audit of intermediate care. *Clin Med.* 2011;11(2):146–9.
103. NHS Benchmarking Network. National Audit of Intermediate Care. Summary Report 2015 [Internet]. Manchester: NHS Benchmarking Network; 2015 [Consulta 19 abr 2016]. 80p. Disponible a:  
<http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/CubeCore/uploads/NAIC/Reports/NAICReport2015FINAL4printableversion.pdf>
104. Regen E, Martin G, Glasby J, Hewitt G, Nancarrow S, Parker H. Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health Soc Care Community.* 2008;16(6):629–37.
105. Nancarrow S. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development opportunities. *J Clin Nurs.* 2007;16:1222–9.
106. Santa Eugènia SJ, García-Lázaro M, Alventosa AM, Gutiérrez-Benito A, Monterde A, Cunill J. Nuevo modelo de atención integrada orientada a ancianos ingresados en Unidades de Atención Intermedia en Cataluña: protocolo de un estudio cuasiexperimental. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.002>
107. Colprim D, Casco M, Malumbres J, Rodríguez G, Inzitari M. Gestión de traslados potencialmente evitables a los hospitales de agudos desde unidades de rehabilitación geriátrica: aspectos críticos de un protocolo de intervención. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.007>
108. Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Bullich I, Sánchez P. Prognostic factors of functional status improvement in individuals admitted to convalescence care units. *Eur Geriatr Med.* 2015;6(4):341–7.

109. Pérez LM, Inzitari M, Roqué M, Duarte E, Vallès E, Rodó M, et al. Change in cognitive performance is associated with functional recovery during post-acute stroke rehabilitation: a multi-centric study from intermediate care geriatric rehabilitation units of Catalonia. 2015;36(10):1875–80.
110. Inzitari M, Espinosa L, Pérez MC, Roqué M, Argimón JM, Farré J. Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization. *Gac Sanit.* 2012;26(2):166–9.
111. Inzitari M, Gual N, Roig T, Colprim D, Pérez-Bocanegra C, San-José A, et al. Geriatric Screening Tools to Select Older Adults Susceptible for Direct Transfer From the Emergency Department to Subacute Intermediate-Care Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*;2015;16(10):837–41.
112. García Navarro JA. ¿Existe el enfermo subagudo? *Rev Mult Gerontol.* 2008;18(4):172.
113. Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Rodó M, Sánchez P. Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(2):59–64.
114. Sánchez P. Unidades de Convalecencia. *Rev Multidisc Gerontol.* 2005;15(1):13-5.
115. Miralles-Bassedà R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35(Supl. 6):38-46.
116. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a geriatric convalescence unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(2):252-7.
117. Mora R, Abril À, Garreta R, Sanahuja J. Evaluación de las características y la mejoría funcional de pacientes con accidente vascular cerebral y fractura de fémur en un programa de rehabilitación intensiva de un centro sociosanitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.009>
118. Esperanza A, Miralles R, Rius I, Fernandez B, Digón A, Arranz P, et al. Evaluation of functional improvement in older patients with cognitive impairment, depression and/or delirium admitted to a geriatric convalescence hospitalization unit. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2004;(9):149–53.
119. Colprim D, Martín R, Parer M, Prieto J, Espinosa L, Inzitari M. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(4):300–2.
120. Ellis G. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med (Lond).* 2010;10(6):639.
121. Catalunya. Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern. (DOGC, núm. 6780, 31-12-2014, 1-38).

122. Trilla A. Transparencia del sistema de salut: rendir cuentas ya no es opcional. Med Clin (Barc). 2012;139(9):395–7.
123. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [Actualitzada 24 gen 2017; Consulta 14 set 2016]. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat/ca/index.html>
124. Central de Resultats [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [Actualitzada 24 gen 2017; Consulta 14 set 2016]. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central\\_de\\_resultats/index.html](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/index.html)
125. Catalunya. Ordre SSS/496/2003, de 14 de novembre, de creació de la central de resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya. (DOGC, núm. 4032, 17-12-2003, 24769-70).
126. Argenter-Giralt M, Barba-Albós G, Román-Martínez A. Medición de resultados: el ejemplo de la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña. Med Clin (Barc); 2010;134(Supl 1):27–31.
127. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012(6): CD000259.
128. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Central de Resultats. Primer informe Juliol de 2010 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de salut; 2010 [Consulta 14 set 2016]. 236p. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/central\\_resultats\\_primerinforme\\_2010.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_primerinforme_2010.pdf)
129. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit sociosanitari. [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013 [Consulta 2 febr 2016]. 112p. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/central\\_resultats\\_sociosanitari\\_2013.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_sociosanitari_2013.pdf)
130. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit Sociosanitari. Dades 2013 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [Consulta 2 febr 2016]. 126p. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/documents/Central\\_Resultats\\_socio\\_dades\\_2013.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/documents/Central_Resultats_socio_dades_2013.pdf)
131. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit Sociosanitari. Dades 2014 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [Consulta 2 febr 2016]. 74p. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_socio\\_dades\\_2014.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_socio_dades_2014.pdf)

132. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit Sociosanitari. Dades 2015 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016 [Consulta 16 set 2016]. 114p. Disponible a:  
[http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fixers\\_estatics/CdR\\_Sociosanitari\\_dades\\_2015.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fixers_estatics/CdR_Sociosanitari_dades_2015.pdf)
133. Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):3–9.
134. Central de Balanços [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [actualitzada 24 gen 2017; Consulta 17 set 2016]. Disponible a:  
<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/central-balancos/>
135. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care*. 1994;32(7):668–85.
136. Carrillo E, García-Altés A, Peiró S, Portella E, Mediano C, Fries BE. Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups versión III. Validación en España. *Rev Mult Gerontol*. 1996;6(4):276–84.
137. CatSalut. Manual de notificació. Recursos sociosanitaris. Registre del conjunt mínim bàsic de dades. CMBD 2014 [Internet]. Barcelona: CatSalut; 2014 [Consulta 21 març 2016]. Disponible a:  
[http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/registres\\_catalegs/documents/cmbd\\_socio.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/cmbd_socio.pdf)
138. CatSalut. Servei Català de la Salut. Aplicacions disponibles [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2016 [Actualitzada 24 gen 2017; Consulta 18 set 2016]. Disponible a:  
<http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/portal-aplicacions/aplicacions-disponibles/>
139. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA®. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:55–9.
140. Serrano M, Barcenilla F, Limón E, Pujol M, Gudiol F. Prevalencia de infección relacionada con la asistencia sanitaria en centros sanitarios de cuidados prolongados de Cataluña. Programa de Vigilancia de la Infección Nosocomial en Cataluña (VINCat). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.11.011>
141. VINCat. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. [Actualitzada 24 gen 2016; Consulta 18 set 2016]. Disponible a:  
[http://vincat.gencat.cat/ca/el\\_programa\\_vincat/](http://vincat.gencat.cat/ca/el_programa_vincat/)
142. Frigola D, Illa C, Elorza JM. Utilización de servicios de salud y flujos asistenciales. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:23–30.

143. Colombo M, Guaita A, Cottino M, Previderé G, Ferrari D, Vitali S. The impact of cognitive impairment on the rehabilitation process in geriatrics. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2004;(9):85–92.
144. Mas MA, Renom A, Vazquez O, Miralles R, Bayer AJ, Cervera AM. Interruptions to rehabilitation in a geriatric rehabilitation unit: associated factors and consequences. *Age Ageing.* 2008;38(3):346–9.
145. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing.* 2004;33(2):110–5.
146. OECD Data. Length of hospital stay (indicator) [Internet]. París: OECD; 2016 [Actualitzada 3 gen 2017; Consulta 19 set 2016]. Disponible a: <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>
147. Santaeugènia González SJ. Efectivitat d'un model d'atenció integrada geriàtrica en el marc d'una organització sanitària integral [Tesi doctoral a Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [Consulta 19 set 2016]. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/377758>
148. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs.* 2003;19(3):204–10.
149. Colprim D, Casco M, Malumbres J, Rodríguez G, Inzitari M. Gestión de traslados potencialmente evitables a los hospitales de agudos desde unidades de rehabilitación geriátrica: aspectos críticos de un protocolo de intervención. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* De propera aparició 2016.
150. Cho E, Chin DL, Kim S, Hong O. The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(1):74–82.
151. Cobalea N, Contel JC, Ferrús L, Llorens D, Martí N, Perez P, et al. Indicadors d'avaluació de les cures infermeres [Internet]. Barcelona: Consell de la professió infermera de Catalunya. Departament de Salut; 2014 [Consulta 28 des 2014]. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/participacio/consells\\_de\\_les\\_professions\\_sanitaries/consell\\_professio\\_infermera\\_de\\_catalunya/documents/arxiu/indicadors\\_avaluacio\\_cures\\_infermeresv4.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/participacio/consells_de_les_professions_sanitaries/consell_professio_infermera_de_catalunya/documents/arxiu/indicadors_avaluacio_cures_infermeresv4.pdf)
152. Wang H, Niewczyk P, DiVita M, Camicia M, Appelman J, Mix J, et al. Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities. *Am J Phys Med Rehabil.* 2014;93(3):207–16.
153. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enferm Clin.* 2014;24(2):142–7.
154. Hill M. Outcomes measurement requires nursing to shift to outcome-based practice. *Nurs Adm Q.* 1999;24(1):1–16.
155. Newbold D. The production economics of nursing: A discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1):120–8.



156. Planas-Campmany C, Icart Isern MT. La aportación enfermera en la rendición de cuentas. *Metas Enferm*. 2013;16(4):246–250.
157. Kurtzman ET, Dawson EM, Johnson JE. The current state of nursing performance measurement, public reporting, and value-based purchasing. *Policy Polit Nurs Pract* [Internet]. 2008;9(3):181–91.
158. Kurtzman ET, Jennings BM. Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *J Nurs Adm*. 2008;38(7–8):349–54.
159. Wiles R, Postle K, Steiner A, Walsh B. Nurse-led intermediate care: An opportunity to develop enhanced roles for nurses? *J Adv Nurs*. 2001;34(6):813–21.
160. Spilsburgy K, Meyer J. Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*. 2001;10(1):3-14.
161. Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. *Nurs Econ*. 2010;28(5):295-306.
162. Satya-Murti S. An Introduction to quality assurance in health care. *JAMA*. 2003;290(1):119-20.
163. Stalpers D, de Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):817-35.
164. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci*. 2005;28(2):163-74.
165. Planas-Campmany C. La contribució infermera en l'acompliment dels objectius prioritzats en la contractació de serveis sanitaris a Catalunya [tesi doctoral a Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2013 [Consulta 5 gen 2016]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/2445/45026>
166. Smith AP. Nursing-sensitive care measures: a platform for value and vision. *Nurs Econ*. 2007;25(1):43–6.
167. Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW. Performance measurement of nursing care: State of the Science and the Current Consensus. *Med Care Res Rev*. 2007;64(2 supl):10S–43S.
168. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal [Internet]. Londres: National Nursing Research Unit. King's College London; 2008 [Consulta 2 oct 2016]. 38p. Disponible a: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nuru/publications/Reports/Metricsfinalreport.pdf>
169. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: A review and discussion of issues. *J Clin Nurs*. 2014;23(13-14):1785–95.

170. Meyer J, Sturdy D. Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *J Clin Nurs*. 2004;13(6B):128–34.
171. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176–88.
172. American Association of Colleges of Nursing. Hallmarks of the professional nursing practice environment. *J Prof Nurs*. 2002;18(5):295–304.
173. Lake ET. The Nursing Practice Environment: Measurement and Evidence. *Med Care Res Rev*. 2007;64(2 suppl):104S–22S.
174. Kramer M, Schmalenberg C. Confirmation of a healthy work environment. *Crit Care Nurse*. 2008;28(2):56–63.
175. Twigg D, McCullough K. Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):85–92.
176. Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res*. 1989;38(3):172–7.
177. Bonnetterre V, Liaudy S, Chatellier G, Lang T, de Gaudemaris R. Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure Psychosocial and Organizational Work Factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *J Nurs Meas*. 2008;16(3):207–30.
178. Whitley MP, Putzier DJ. Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. *J Nurs Care Qual*. 1994;8(3):43–51.
179. Nolan M, Grant G, Brown J, Nolan J. Assessing nurses' work environment: old dilemmas, new solutions. *Clin Enf Nurs*. 1998;2(3):145–54.
180. Adams A, Bond S, Arber S. Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(6):612–27.
181. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 49(3):146–53.
182. Juvé-Udina ME, Farrero S, Monterde D, Hernández O, Sistac M, Rodríguez A, et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospittales públicos. *Metas Enferm*. 2007;10(7):67–73.
183. Lake ET, Friese CR. Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res*. 55(1):1–9.
184. Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2011;60(1):17–31.
185. Tei-Tominaga M, Sato F. Effect of nurses' work environment on patient satisfaction: A cross-sectional study of four hospitals in Japan. *Japan J Nurs Sci*. 2016;13(1):105–13.
186. Brzyski P, Kózka M, Squires A, Brzostek T. How factor analysis results may change due to country context. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(6):598–607.

187. Cardona LC, Arango GL, Squires A. Validation of a Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the Colombian context. *Hisp Health Care Int.* 2014;12(1):34–42.
188. Coetzee SK, Klopper HC, Ellis SM, Aiken LH. A tale of two systems-Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):162–73. 188.
189. Prezerakos P, Galanis P, Moisoglou I. The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *Int J Nurs Pract.* 2015;21(2):132-40.
190. Hallowell SG, Spatz DL, Hanlon AL, Rogowski J a, Lake ET. Characteristics of the NICU work environment associated with breastfeeding support. *Adv Neonatal Care.* 2014;14(4):290–300.
191. Friese CR, Manojlovich M. Nurse-Physician relationships in ambulatory oncology settings. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(3):258–65.
192. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericàs-Beltrán J, Miguélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J Adv Nurs.* 2012;68(1):212–21.
193. Tullai-McGuinness S, Riggs JS, Farag AA. Work environment characteristics of high-quality home health agencies. *West J Nurs Res.* 2011;33(6):767–85.
194. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW, Aiken LH. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care.* 2015;53(6):550–7.
195. Roche MA, Duffield C, Friedman S, Twigg D, Dimitrelis S, Rowbotham S. Changes to nurses' practice environment over time. *J Nurs Manag.* 2016;24(5):666–75.
196. Ma C, Park SH. Hospital magnet status, unit work environment, and pressure ulcers. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(6):565–73.
197. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;10:6.
198. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143–53.
199. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012;22(5):261–8.
200. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, Gómez-García T, González-María E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Intensiva.* 2013;24(3):104–12.

201. Abad-Corpa E, Molina-Durán F, Vivo-Molina MC, Moya-Ruiz B, Martínez-Hernández A, Romero-Pelegrín JM, et al. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):345–54.
202. De Pedro J, Morales JM, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Pericàs J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm.* 2009;12(7):65–73.
203. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):274–80.
204. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas MT, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E, et al. Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Appl Nurs Res.* 2013;26(4):e5–9.
205. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, Rodríguez-Escobar J, Moreno-Casbas MT, Fuentelsaz-Gallego C, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: Comparación de datos entre los estudios Seneca y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23(3):103–13.
206. Parro A, Serrano P, Ferrer C, Serrano L, de la Puerta ML, Barberá A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria.* 2013;45(9):476–85.
207. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Perelló C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit.* 2011;25(3):191–7.
208. Ferrús L. Estudi de l'entorn organitzatiu de les infermeres d'hospitalització a Catalunya. Informe de resultats [Internet]. Barcelona: Càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitàries UAB. 2009 [Consulta 21 maig 2015]. 125p. Disponible a: [http://www.catedragedgestiosanitaria.uab.es/recerca/Estudi\\_entorn\\_organitzatiu\\_infermeres\\_a\\_Catalunya\\_2009.pdf](http://www.catedragedgestiosanitaria.uab.es/recerca/Estudi_entorn_organitzatiu_infermeres_a_Catalunya_2009.pdf)
209. Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Knowledge, Attitude and Use of Evidence- Based Practice among nurses active on the Internet. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(3):451-60.
210. Wang Y, Dong W, Mauk K, Li P, Wan J, Yang G, et al. Nurses' practice environment and their job satisfaction: a study on nurses caring for older adults in Shanghai. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138035.
211. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res.* 2009;31(4):480–95.
212. Anderson-Miles E. Benchmarking in healthcare organizations: an introduction. *Healthc Financ Manag.* 1994;48(9):58–61.
213. Ellis J. All inclusive benchmarking. *J Nurs Manag.* 2006;14(5):377–83.

214. Clarke SP. Review: A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *J Res Nurs*. 2014;19(1):24–5.
215. Subirana M, Long A, Greenhalgh J, Firth J. A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *J Res Nurs*. 2014;19(1):8-23.
216. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(3):282–9.
217. García-Altés A, Dalmau-Bueno A, Colls C, Mendivil J, Benet J, Mompert-Penina A, et al. Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo. *Gac Sanit*. 2009;23(5):465–72.
218. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya [Internet]. Barcelona: Secretaria d'Estratègia i Coordinació Direcció Estratègica d'Infermeria; 2011 [Consulta 8 gen 2016]. 42p. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/recursos/altres\\_recursos\\_interes/estudis/17\\_infermeria/documents/arxius/recerca\\_infermera\\_cures\\_salut\\_2012.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/altres_recursos_interes/estudis/17_infermeria/documents/arxius/recerca_infermera_cures_salut_2012.pdf)
219. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2013. 402 p.
220. Comissió Economicofinancera CSC. Estudi de l'evolució del preu de contractació de l'alta hospitalària dels hospitals de la XHUP en el període 2014-2013 [Internet]. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya; 2014 [Consulta 18 febr 2016]. 25p. Disponible a: [http://www.consorci.org/media/upload/arxius/publicacions/Estudi\\_Evolucio\\_Preu\\_Alta\\_Hosp\\_13-14\\_v2.pdf](http://www.consorci.org/media/upload/arxius/publicacions/Estudi_Evolucio_Preu_Alta_Hosp_13-14_v2.pdf)
221. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guia ràpida integració HC3 [Internet]. Barcelona; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012 [Consulta 20 febr 2016]. 2p. Disponible a: [http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/hc3\\_guia\\_rapida\\_integracio\\_v1\\_1.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/hc3_guia_rapida_integracio_v1_1.pdf)
222. Catalunya. Resolució EMO/538/2014, de 14 de febrer, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del Conveni col·lectiu de treball per als centres sociosanitaris de Catalunya amb activitat concertada amb el Servei Català de la Salut per als anys 2013-2014 (codi de conveni núm. 79100095012014). (DOGC núm. 6583, 17-03-2014, p. 1-71).
223. Catalunya. Resolució TRI/3160/2006, de 26 de juny, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del Conveni col·lectiu de treball dels hospitals de la XHUP i dels centres d'atenció primària concertats per als anys 2005-2008 (codi de conveni núm. 7900645). (DOGC núm. 4733, 04-10-2006, p. 41252-86).
224. Miralles R, Esperanza A, Vázquez O. Valoración geriátrica en el hospital: unidades de postagudos. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):30–5.
225. Alexander GR. Nursing sensitive databases: their existence, challenges, and importance. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2007 Apr 1;64(2 supl):44S–63S.

226. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(4):357–64.
227. Desmedt M, De Geest S, Schubert M, Schwendimann R, Ausserhofer D. A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13733.
228. Numminen O, Ruoppa E, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Hupli M, Meretoja R. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: Perception of newly graduated nurses. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):E1–E11.
229. Argenter-Giralt M, Barba-Albós G, Román-Martínez A. Medición de resultados: el ejemplo de la Central de Resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):27–31.
230. Marimon-Suñol S, Rovira-barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Historia Clínica Compartida en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):45–8.
231. Padrosa JM, Guarga À, Brosa F, Jiménez J, Robert R. La transformación del modelo asistencial en Cataluña para mejorar la calidad de la atención. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(Supl 1):13–9.
232. Buchan J, O'May F, Dussault G. Nursing workforce policy and the economic crisis: a global overview. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(3):298–307.
233. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2014. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeras [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2014 [Consulta 13 febr 2017]. 86p. Disponible a:  
[https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/InformeRRHHSanitarios2014.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2014.pdf)
234. Espanya. Real Decreto-ley 16/2013, de 20 de diciembre, de medidas para favorecer la contratación estable y mejorar la empleabilidad de los trabajadores. (BOE núm. 305, 21-12-2013, p. 103148–62).
235. Estévez-Guerra GJ, Núñez-González E, Fariña-López E, Marrero-Medina CD, Hernández-Marrero P. Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(5):285–92.
236. De Cordova PB, Phibbs CS, Bartel AP, Stone PW. Twenty-four/seven: a mixed-method systematic review of the off-shift literature. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1454–68.
237. Muñoz Camargo JC. Más enfermeros en los centros de atención sanitaria. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):1–2.
238. Ishizaki T, Kobayashi Y, Tamiya N. The role of geriatric intermediate care facilities in long-term care for the elderly in Japan. *Health Policy*. 1998;43(2):141–51.

239. Lindqvist R, Smeds L, Runesdotter S, Ensio A, Jylhä V, Kinnunen J, et al. Organization of nursing care in three Nordic countries: relationships between nurses' workload, level of involvement in direct patient care, job satisfaction, and intention to leave. *BMC Nurs.* 2014;13:27.
240. Arango GL, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos adulto. *Aquichan.* 2015;15(1):90–104.
241. Patrician PA, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M, et al. The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *J Nurs Adm.* 2011;41(2):64–70.
242. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nurs Res.* 2011;60(1):1–8.
243. Guevara Lozano M, Arroyo Marles LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. *Enferm Glob.* 2015;37:419–34.
244. Espanya. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. (BOE, núm. 89, 13-04-2007, p. 16241–60).
245. Espanya. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (BOE, núm. 260, 30-10-2007, p. 44037–48).
246. Estrada-Masllorens JM, Guix-Comellas EM, Cabrera-Jaime S, Galimany-Masclans J, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T. Analysis of university postgraduate Nursing education in Spain. *J Nurs Educ.* 2016;55(11):615-22.
247. Flynn M, McKeown M. Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research. *J Nurs Manag.* 2009;17(6):759–66.
248. Martínez ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educ Med.* 2007;10(2):93–6.
249. Espanya. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. (BOE, núm. 108, 06-05-2005, p. 15480–6).
250. Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna DP, Schultz TJ, et al. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(7): CD0070192008.
251. Espanya. Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. (BOE, núm. 224, 18-09-2015, p. 82031-318).

252. Espanya. Resolución de 30 de agosto de 2013, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Enfermero Especialista en Enfermería Geriátrica. (BOE, núm. 213, 05-09-2013, p.64346-403).
253. Dixon S, Kaambwa B, Nancarrow S, Martin GP, Bryan S. The relationship between staff skill mix, costs and outcomes in intermediate care services. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:221.
254. Schmalenberg C, Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res.* 2008;57(1):2–13.
255. Cotterill-Walker SM. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Educ Today.* 2012;32(1):57–64.
256. Núñez JM, Civeira-Murillo F, Gutiérrez-Fuentes JA. El hospital universitario del siglo XXI. *Educ Med.* 2011;14(2):83–9.
257. Artigas M. Pérdida de poder de las direcciones de enfermería de los hospitales. *Enferm Clin [Internet].* 2011;21(3):127–8.
258. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(4):186–92.
259. Gardner JK, Walton J. Striving to be heard and recognized: nurse solutions for improvement in the outpatient hemodialysis work environment. *Nephrol Nurs J.* 2011;38(3):239–53.
260. González Torrente S. Factores que influyen en la incorporación de la evidencia científica a la práctica diaria de las enfermeras de Atención Primaria [tesi doctoral a Internet]. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2014 [Consulta 7 des 2016]. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/284437>
261. Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enferm Clin.* 2013;23(6):271–8.
262. Anzai E, Douglas C, Bonner A. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nurs Health Sci.* 2014;16(2):171-8.
263. You L, Aiken LH, Sloane DM, Liu K, He G, Hu Y, et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):154-61.
264. Gardner JK, Thomas-Hawkins C, Fogg L, Latham CE. The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrol Nurs J.* 2007;34(3):271-81.
265. Jarrin O, Flynn L, Lake ET, Aiken LH. Home health agency work environments and hospitalizations. *Med Care.* 2014;52(10):877–83.



266. Heinen MM, van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kózka M, et al. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):174-84.
267. González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:227.
268. Martínez JR. Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf.* 2012;35(2):108-19.
269. Panorama estadístico de la OCDE 2015-2016 [Internet]. México: OCDE; 2016 [Consulta 10 des 2016]. 229p. Disponible a: <http://www.oecd.org/std/panorama-estadistico-de-la-ocde-2015-2016-9789264258402-es.htm>
270. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344:e1717.
271. Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García-Hita MÁ. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Publica Mex.* 2007;49(6):401-7.
272. Anthony MK, Standing TS, Glick J, Duffy M, Paschall F, Sauer MR, et al. Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers. *J Nurs Adm.* 2005;35(3):146-55.
273. Moore SC, Hutchison SA. Developing leaders at every level. *J Nurs Adm.* 2007;37(12):564-8.
274. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):363-85.
275. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. *Aprendiendo de las experiencias. Enfermería Clínica.* 2014;24(1):90-8.
276. Gabriel AS, Erickson RJ, Moran CM, Diefendorff JM, Bromley GE. A multilevel analysis of the effects of the practice environment scale of the nursing work index on nurse outcomes. *Res Nurs Heal.* 2013;36(6):567-81.
277. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, Van den Heede K, Matawie K, Aiken LH, et al. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: A multivariate multilevel probit model. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):281-91.
278. Ma C, Olds DM, Dunton NE. Nurse work environment and quality of care by unit types: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(10):1565-72.
279. Mark BA. What explains nurses' perceptions of staffing adequacy? *J Nurs Adm.* 2002;32(5):234-42.

280. Zander B, Blümel M, Busse R. Nurse migration in Europe-Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):210–8.
281. Herrera-Amaya G, Manrique-Abril FG. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan.* 2008;8(2):243–56.
282. Lu H, BARRIBALL KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(8):1017–38.
283. Kramer M, Schmalenberg C. Revising the Essentials of Magnetism tool: there is more to adequate staffing than numbers. *J Nurs Adm.* 2005;35(4):188–98.
284. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2008;16(7):768–83.
285. Hall LM, Doran D, Pink L. Outcomes of interventions to improve hospital nursing work environments. *J Nurs Adm.* 2008;38(1):40–6.
286. Choi J, Boyle DK. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(11):1441–9.
287. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid MJ, et al. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open.* 2016;6(8):e012073.
288. Hessels A, Flynn L, Cimiotti JP, Bakken S, Gershon R. Impact of health information technology on the quality of patient care. *Online J Nurs Inform.* 2015;19(3):4.
289. Moorer OW, Meterko M, Alt-White AC, Sullivan JL. Adding a nursing information technology subscale to the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Heal.* 2010;33(1):48–59.
290. Cline DD, Dickson VV, Kovner C, Boltz M, Kolanowski A, Capezuti E. Factors influencing RNs' perceptions of quality geriatric care in rural hospitals. *West J Nurs Res.* 2013;36(6):748–68.
291. García-Pozo A, Moro-Tejedor MN, Medina-Torres M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010;25(4):207–14.
292. Pearson A, Pallas LO, Thomson D, Doucette E, Tucker D, Wiechula R, et al. Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *Int J Evid Based Healthc.* 2006;4(4):337–84.
293. Lindqvist R, Smeds L, Griffiths P, Runesdotter S, Tishelman C. Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *J Nurs Manag.* 2015;23(2):263–74.
294. Haron Y, Levy S, Albagli M, Rotstein R, Riba S. Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(11):1558–65.

295. Sabartés O, Sánchez D, Cervera AM. Unidades de subagudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(Supl1):34–8.
296. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Pérez-Zepeda MU, Abellan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of “The end of the disease era”. *Eur J Intern Med*. 2016;31:11-4.
297. Choi J, Staggs VS. Comparability of nurse staffing measures in examining the relationship between RN staffing and unit-acquired pressure ulcers: A unit-level descriptive, correlational study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(10):1344–52.
298. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*. 2004;34(7–8):326–37.
299. Meléndez C, Arroyo E, Saez M. Análisis de datos de pacientes subagudos con información registrada en el conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios (CMBD-RSS). *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:e1–7.
300. García EI, Mira JJ, Guilabert M. Indicadores de eficiencia para contribuir a la sostenibilidad de los servicios de salud en España. *Rev Calid Asist*. 2014;29(5):287–90.
301. Krueger L, Funk C, Green J, Kuznar K. Nurse-related variables associated with patient outcomes: A review of the literature 2006-2012. *Teach Learn Nurs*. 2013;8(4):120–7.
302. Aguilera A, Pi-Figües M, Arellano M, Torres RM, García-Caselles MP, Robles MJ, et al. Previous cognitive impairment and failure to thrive syndrome in patients who died in a geriatric convalescence hospitalization unit. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2004;(9):7–11.
303. Peschman J, Brasel KJ. End-of-life care of the geriatric surgical patient. *Surg Clin North Am*. 2015;95(1):191–202.
304. National Quality Forum. Endorsement Summary: Palliative care and end-of-life care measures. Washington: National Quality Forum; 2012 [Consulta 09 oct 2016]. 3p. Disponible a:  
[http://www.qualityforum.org/Projects/Palliative\\_Care\\_and\\_End-of-Life\\_Care.aspx](http://www.qualityforum.org/Projects/Palliative_Care_and_End-of-Life_Care.aspx)
305. Catalunya. Ordre SLT/360/2014, de 3 de novembre, per la qual s'estableixen per a l'any 2014 els valors de les unitats de pagament per a la contraprestació dels serveis duts a terme pels centres sociosanitaris. (DOGC, núm. 6773, 18-12-2014, p1-4).
306. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res*. 2009;31(4):480–95.
307. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Appl Nurs Res*. 2007;20(2):72–7.
308. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Heal Serv Manag Res*. 2002;15(2):126–37.

309. Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Ruipérez I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del hospital central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(3):355–66.
310. Castellano E, Gómez F, Rochina A, Gil M. Factores asociados a mejoría funcional y nueva institucionalización en enfermos con intervención rehabilitadora en una unidad de media-larga estancia. *Rev Clín Esp*. 2010;210(1):1–10.
311. Santaeugènia González SJ, Mas MA, Alventosa AM, García M, Monterde A, Gutiérrezngel A. RE: Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93(7):638.
312. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>
313. Amblàs-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005>
314. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resutats. Ambit hospitalari. Dades 2015 [Internet]. Barcelona; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2016 [Consulta 14 des 2016]. 121p. Disponible a: Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/content/minisite/observatorisalut/oss\\_centr\\_al\\_resultats/informes/fixers\\_estatics/CdR\\_Hospitals\\_dades\\_2015.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/content/minisite/observatorisalut/oss_centr_al_resultats/informes/fixers_estatics/CdR_Hospitals_dades_2015.pdf)
315. Weissman NW, Allison JJ, Kiefe CI, Farmer RM, Weaver MT, Williams OD, et al. Achievable benchmarks of care: the ABCs of benchmarking. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(3):269–81.
316. Needleman 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):1715–22.
317. Aiken LH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.
318. Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *West J Nurs Res*. 2013;35(6):760–94.
319. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;51(1):73–82.
320. Chau JPC, Lo SHS, Choi KC, Chan ELS, McHugh MD, Tong DWK, et al. A longitudinal examination of the association between nurse staffing levels, the practice environment and nurse-sensitive patient outcomes in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:538.

321. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):253–63.
322. Lasater KB, McHugh MD. Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(2):253-8.
323. De Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schoonhoven L, van Achterberg T. Essential elements of the nursing practice environment in nursing homes: psychometric evaluation. *Int J Older People Nurs*. 2016. De propera aparició. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/opn.12137/abstract>
324. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Vaughn V, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses improving care for healthsystem elders- a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *J Clin Nurs*. 2012;21(21–22):3117–25.
325. Fariñas-Álvarez C, Ansorena-Pool L, Álvarez-Díez E, Herrera-Carral P, Valdor-Arriarán M, Piedra-Antón L, et al. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red.7. *Rev Calid Asist*. 2008;23(5):199–204.
326. Moracho O. Benchmarking y Cotilleing: eficiencia en acción. *Rev Calid Asist*. 2011;26(5):278–80.

## **XI. Annexes**



## Annex 1

### Indicadors d'atenció intermèdia a la Central de Resultats

Dades	1r.	2n.	3r.	4t.
	2012	2013	2014	2015
Estades contractades a CNV i CP		X		
Import contracte CNV i CP		X		
<b>Convalescència</b>				
Número de persones ateses		X	X	X
Número episodis	X	X	X	X
% que suposa del total de l'activitat d'internement	X			
Número episodis finalitzats	X	X		
Dies d'estada (d'episodis acabats)	X	X	X	X
Estada mediana	X	X	X	X
Estada mitjana	X			X
Mitjana d'edat		X		X
Import del contracte CNV i MEP				X
Participa al VINCat				X
% Episodis amb fractura de coll de fèmur		X	X	
Número episodis amb fractura de coll de fèmur		X		
% Episodis amb d'ictus		X	X	
Número episodis amb ictus		X		
% Episodis amb ICC o MPOC		X		
Número episodis amb ICC o MPOC		X		
% Episodis amb insuficiència cardíaca congestiva			X	
% Episodis amb MPOC			X	
% Episodis amb destinació domicili		X	X	
% Episodis amb ictus i destinació domicili		X	X	
% Episodis amb ictus donats d'alta a hospital d'aguts o psiquiàtric	X			
% Episodis amb ictus donats d'alta a centre o servei sociosanitari	X			
% Episodis amb ictus donats d'alta a residència social	X			
% Episodis amb ictus donats d'alta per defunció	X			
% Episodis amb ictus donats d'alta per altres circumstàncies	X			
% Episodis amb ictus donats d'alta	X			
% Episodis amb Fractura coll de fèmur donats d'alta a domicili	X	X	X	
% Episodis amb Fractura coll de fèmur donats d'alta a hospital d'aguts o psiquiàtric	X			
% Episodis amb fractura coll de fèmur donats d'alta a centre o servei sociosanitari	X			
% Episodis amb fractura coll de fèmur donats d'alta a residència social	X			
% Episodis amb fractura coll de fèmur donats d'alta per defunció	X			



% Episodis amb fractura coll de fèmur donats d'alta per altres circumstàncies	x			
% Episodis amb fractura coll de fèmur donats d'alta	x			
% Episodis amb ICC i destinació domicili		x		
% Episodis amb MPOC i destinació domicili			x	
% Episodis amb ICC o MPOC i destinació domicili			x	
Número episodis amb nafres grau III-IV	x			
% Prevalença de nafres per pressió graus III i IV	x			
% Incidència de nafres per pressió graus III i IV		x	x	x
% Incidència de nafres de qualsevol grau		x	x	x
Mitjana de punts de millora funcional assolits	x			
% Pacients que han millorat el seu estat funcional		x	x	
Mediana de punts de millora dels pacients que han millorat		x	x	
Estada mediana en hospitalització d'episodis amb fractura de coll de fèmur		x	x	
Estada mediana en hospitalització d'episodis amb ictus		x	x	
Estada mediana en hospitalització d'episodis amb ICC o MPOC		x		
Estada mediana en hospitalització d'episodis amb ICC			x	
Estada mediana en hospitalització d'episodis amb MPOC			x	
Estada mitjana en hospitalització d'episodis amb fractura de coll de fèmur		x		
Estada mitjana en hospitalització d'episodis amb ictus		x		
Estada mitjana en hospitalització d'episodis amb ICC o MPOC		x		
Estada mediana en convalsència d'episodis amb fractura de coll de fèmur		x	x	
Estada mediana en convalsència d'episodis amb ictus		x	x	
Estada mediana en convalsència d'episodis amb ICC o MPOC		x		
Estada mitjana en convalsència d'episodis amb fractura de coll de fèmur		x		
Estada mitjana en convalsència d'episodis amb ictus		x		
Estada mitjana en convalsència d'episodis amb ICC i MPOC		x		
Estada mediana en convalsència d'episodis amb ICC			x	
Estada mediana en convalsència d'episodis amb MPOC			x	
% Episodis codificats amb el codi V66.7		x	x	
% Episodis amb circumstància d'alta defunció		x	x	
Número d'episodis amb circumstància d'alta defunció		x		
Episodis amb circumstància d'alta defunció (per 100 dies d'estada)		x		
Estada mediana dels episodis amb èxitus		x	x	
Estada mediana dels episodis oncològics amb èxitus			x	
% Defuncions corresponents a pacients oncològics		x	x	
Número d'episodis amb diagnòstic principal de demència		x		
% Episodis amb diagnòstic principal de demència		x	x	
Número d'episodis amb diagnòstic principal de demència		x		
% Episodis amb diagnòstic principal o secundari de demència		x	x	

Episodis finalitzats de persones amb diagnòstic principal de demència		x		
Estada mitjana dels pacients amb diagnòstic principal de demència		x	x	
Estada mediana dels pacients amb diagnòstic principal de demència		x		
% Episodis de pacients amb diagnòstic principal de demència amb estades inferiors a 35 dies		x		
Episodis amb diagnòstic principal de demència i destinació a domicili		x	x	
% Episodis amb grup RUG-III A				x
Estada mediana a convalsència dels pacients amb grup RUG-III A				x
Estada mediana a l'hospital dels que van a CNV dels pacients amb grup RUG-III A				x
Estada mediana a CNV dels que venen de l'hospital dels pacients amb grup RUG-III A				x
% Episodis amb grup RUG-III A amb destinació domicili				x
% episodis amb grup RUG-III A que han millorat estat funcional				x
Mediana de punts de millora dels pacients del grup RUG A que han millorat				x
% Episodis de pacients del grup RUG-III A amb circumstància d'alta defunció				x
% Episodis amb grup RUG-III B, C i D				x
% Episodis amb grup RUG-III E, F i G				x
<b>Cures pal·liatives</b>				
Nombre de persones ateses		x	x	x
Nombre d'episodis	x	x	x	x
% que suposa respecte al total de l'activitat d'internament	x			
Número episodis finalitzats	x	x		
Dies d'estada (dels episodis finalitzats)	x	x	x	x
Estada mediana	x	x	x	x
Estada mitjana	x			x
Mitjana d'edat		x		x
Import contracte CP i MEP				x
Participa al VINCat				x
% Episodis codificats amb el codi V66.7		x	x	x
% Episodis amb circumstància d'alta defunció		x	x	x
Número d'episodis amb circumstància d'alta per defunció		x		
Episodis amb circumstància d'alta defunció (per 100 dies d'estada)		x		
Estada mediana dels episodis amb èxitus		x	x	x
Estada mediana dels episodis oncològics amb èxitus		x	x	x
Defuncions corresponents a pacients oncològics (%)		x	x	x
% Episodis amb destinació domicili				x
% Episodis oncològics				x
Número d'episodis amb diagnòstic principal de demència		x		
% Episodis amb diagnòstic principal de demència		x	x	

Número d'episodis amb diagnòstic principal de demència		x		
Percentatge d'episodis amb diagnòstic principal o secundari de demència		x	x	
Estada mitjana dels pacients amb diagnòstic principal de demència			x	
<b>Subaguts</b>				
Nombre de persones ateses		x	x	x
Nombre d'episodis		x	x	x
Dies d'estada (d'episodis acabats)		x	x	x
Número d'episodis finalitzats		x		
Estada mediana		x	x	x
Estada mitjana				x
Mitjana d'edat		x		x
Estades contractades		x		
Import del contracte		x	x	x
Participa al VINCat				x
% Episodis amb circumstància d'alta defunció				x
% Episodis amb destinació domicili				x

Font: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. 1r.-4t. Informes de Central de Resultats

## Annex 2

### Escala Validada en Castellà. *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*

Por favor rellena con una “x” la casilla correspondiente a tu respuesta en cada pregunta, o contesta a la información que se pide.

Por favor indica hasta qué punto estás de acuerdo con que en tu trabajo se dan las siguientes características:

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>**Servicios de apoyo*: Personal de limpieza, de cocina para el reparto/recogida de bandejas, celadores para la movilización/transporte de pacientes, personal para reponer el almacén, transportar muestras al laboratorio/medicación desde la unidad de farmacia</small>				
Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las supervisoras apoyan a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay tiempo y oportunidades suficientes para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras				
Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La supervisora es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay oportunidades de ascender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe un programa activo de garantía de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se utilizan los diagnósticos de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annex 3

### **Instruccions rebudes per a l'anàlisi de l'escala validada al castellà *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)***

#### ORÍGEN:

La escala Nursing Work Index (NWI) permite medir, evaluar y comparar dimensiones/factores en el entorno de la práctica enfermera. La escala, en su versión inicial, se desarrolló desde la investigación de los Hospitales Magnéticos<sup>®</sup> (Kramer et al., 1989; McClure et al., 1982).

El instrumento validado en castellano y cuya validación está publicada en la revista *International Journal of Nursing Studies*

(ver: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00257-X/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00257-X/abstract))

contiene 31 preguntas acerca del entorno laboral en una escala Likert de 4 puntos ('totalmente en desacuerdo', 'en desacuerdo', 'de acuerdo', 'totalmente de acuerdo').

#### INTERPRETACIÓN:

Una puntuación alta indica un alto grado de consenso en relación al ítem correspondiente.

Está compuesta por cinco factores, dependiendo del entorno de cuidados y de la selección de preguntas:

- Factor 1: "Dotación y adecuación de recursos"
- Factor 2: "Relaciones laborales enfermera-médico"
- Factor 3: "Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables"
- Factor 4: "Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad"
- Factor 5: "Participación de la enfermera en cuestiones del hospital"

#### ANÁLISIS A REALIZAR:

1. Cálculo de las puntuaciones medidas de cada uno de los factores

Las valoraciones de cada factor se analizan calculando el valor medio de las puntuaciones de las preguntas que conforman cada factor. Así, en la tabla se muestra qué preguntas forman cada factor. Por ejemplo, el factor 1, Dotación y Adecuación de Recursos, se calcula con la media de las puntuaciones 1, 7,8 y 11.

2. Cálculos necesarios para la clasificación de hospitales según la escala

Como las enfermeras puntúan cada ítem del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo), la media es 2,5. Si la puntuación es superior al 2,5, se podría decir que las enfermeras tienden a estar de acuerdo con la presencia del ítem en su entorno laboral, y viceversa. De este modo, se crea una nueva variable que calcula el número de factores cuya medida es superior a 2,5 y que tiene tres categorías posibles:

- Hospital favorable: Si tiene 4 o 5 factores con una puntuación media  $\geq 2,5$ .
- Hospital mixto: Si tiene 2 o 3 factores con una puntuación media  $\geq 2,5$ .
- Hospital desfavorable: Si tiene 1 o ningún factor con una puntuación media  $\geq 2,5$ .

Ítem	FACTORES PES-NWI
<b>Factor 1: (Dotación y adecuación de recursos)</b>	
1	Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempos con mis pacientes
7	Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras
8	Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes
11	Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo
<b>Factor 2: (Relaciones laborales enfermera-médico)</b>	
2	Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral
15	Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos
23	Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos
<b>Factor 3: (Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables)</b>	
3	Las supervisoras apoyan a las enfermeras
9	La supervisora es una buena gestora y líder
12	Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho
19	La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico
31	Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica
<b>Factor 4: (Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad)</b>	
4	Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras
13	La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad
17	Existe una filosofía clara de la enfermería que domina el entorno del cuidado al paciente
18	Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes
21	Existe un programa activo de garantía de calidad
24	Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación
25	Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de un modelo médico
28	Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes
29	Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados (p. ej. La misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)
30	Se utilizan los diagnósticos de enfermería
<b>Factor 5: (Participación de la enfermera en cuestiones del hospital)</b>	
5	Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras
6	Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital
10	El/la directora/a de enfermería es muy visible y accesible al personal
14	El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución
16	Hay oportunidades de ascender
20	La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados
22	Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/ institución (comités, grupos de trabajo, etc.)
26	Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería
27	La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos



## Annex 4

### Full d'informació/ Hoja de información

Aquesta enquesta s'emmarca en el treball de recerca "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya" realitzat en el Programa de doctorat de Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona.

La finalitat de l'estudi és analitzar la relació de l'entorn de la pràctica infermera de les unitats d'atenció intermèdia amb els resultats (atenció de salut) d'aquestes mateixes unitats.

La principal eina de l'estudi és l'escala de l'entorn de pràctica infermera Nursing Work Index (PES-NWI, validada internacionalment i en l'àmbit espanyol), que s'inclou en el qüestionari següent, i que té l'objectiu de conèixer la percepció de les infermeres sobre el seu ambient de treball. També es recullen principals característiques sociodemogràfiques i laborals de les infermeres i els principals trets de les unitats d'atenció intermèdia en les que treballem. El càlcul estimat per a complimentar l'enquesta és inferior a 20 minuts.

Les dades recollides seran tractades de forma anònima i confidencial i seran únicament utilitzades per a la consecució dels objectius del present estudi.

La participació en aquest estudi té caràcter voluntari. Moltes gràcies per avançar per la vostra participació i col·laboració en estudis que busquen el desenvolupament de la professió infermera i la millora de la seva pràctica.

*Esta encuesta se enmarca en el trabajo de investigación "El impacto del entorno de práctica enfermera en la evaluación de procesos y resultados de las unidades sociosanitarias de atención intermedia a Catalunya" realizado dentro del Programa de doctorado de Ciencias enfermeras de la Universidad de Barcelona.*

*La finalidad del estudio es analizar la relación del entorno de la práctica enfermera de las unidades de atención enfermera contratadas en el 2014 por el Sistema Público en Cataluña con los resultados (atención de salud) de estas mismas unidades.*

*La principal herramienta del estudio es la escala del entorno de práctica enfermera Nursing Work Index (PES-NWI, validado internacionalmente y en el ámbito español), que se incluye en el cuestionario siguiente, y que tiene el objetivo de conocer la percepción de las enfermeras sobre su ambiente de trabajo. También se recogen las principales características sociodemográficas y laborales de las enfermeras y, paralelamente, las principales características de las unidades de atención intermedia en las que trabajáis. El cálculo estimado para cumplimentar la encuesta es entre 15 y 20 minutos.*

*Los datos recogidos serán tratados de forma anónima y confidencial y serán únicamente utilizados para la consecución de los objetivos del presente estudio.*

*La participación en este estudio tiene carácter voluntario. Muchas gracias por adelantado por vuestra participación y colaboración en estudios que buscan el desarrollo de la profesión enfermera y la mejora de su práctica.*

## **Full de consentiment informat del professional/ Hoja de consentimiento informado del profesional**

Títol de l'estudi: *L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya*

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i cognoms)

He llegit el full d'informació que se m'ha lliurat, i he rebut suficient informació sobre l'estudi.

Entenc que la meva participació és voluntària.

De conformitat amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat de l'existència d'un fitxer amb dades de caràcter personal, de la finalitat de la seva recollida i del tractament de les mateixes, així com els destinataris de la informació. Consenteixo que les dades sociodemogràfiques, formatives i professionals siguin emmagatzemades en aquesta base de dades específica, la informació de la qual podrà ésser utilitzada exclusivament per a les finalitats científiques d'aquest estudi.

Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi de l'entorn de la pràctica infermera mitjançant el qüestionari que inclou el PES-NWI.

*Título del estudio: El impacto del entorno de práctica enfermera en la evaluación de procesos y resultados de las unidades sanitarias de atención intermedia a Cataluña*

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos)

*He leído la hoja de información que se me ha librado, y he recibido suficiente información sobre el estudio.*

*Entiendo que mi participación es voluntaria.*

*De conformidad con lo que establece la L.O 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo e 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber estado informado de la existencia de d'un fitxero con datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del tratamiento de los mismos, así como los destinatarios de la información. Consiento que los datos sociodemográficos, formativos y profesionales sean almacenados en esta base de datos específica, la información de la cual podrá ser utilizada exclusivamente para las finalidades científicas de este estudio.*

*Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio del entorno de la práctica enfermera mediante el cuestionario que incluye el PES-NWI.*

Signatura del participant      Signatura de l'investigador

*Firma del participante*      Firma del investigador

Data/ Fecha: \_\_\_\_\_

## Dades sociodemogràfiques, laborals/ professionals i formatives

### Datos sociodemográficos, laborales/ profesionales y formativos

Si us plau, contesti a les següents preguntes sobre vostè. Aquestes dades són necessàries per ajudar-nos a construir una imatge de la variabilitat i les característiques del personal enquestat. Per favor, marqui la casella que correspongui. Tingui en compte que per a algunes preguntes pot ser necessari escriure la informació requerida en el quadre o espai corresponent. Moltes gràcies.

*Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre usted. Estos datos son necesarios para ayudarnos a construir una imagen de la variedad y las características del personal encuestado. Por favor, marque la casilla que corresponda. Tenga en cuenta que para algunas preguntas puede ser necesario escribir la información requerida en el cuadro o espacio correspondiente. Muchas gracias.*

Inicials del nom i cognoms i 4 últims dígit del DNI/ NIF <i>Iniciales del nombre y apellidos y últimos dígitos del DNI/NIF</i>		.....
Quina edat té? <i>¿Qué edad tiene?</i>		..... anys/ años
Gènere <i>Género</i>	<input type="checkbox"/>	Home <i>Hombre</i>
	<input type="checkbox"/>	Dona <i>Mujer</i>
Quin és el seu lloc de naixement? <i>¿Cuál es su lugar de nacimiento?</i>		País <i>País</i> Comunitat autònoma (si va nèixer a Espanya)..... <i>Comunidad autónoma (si nació en España)</i> .....
Nom del centre de treball <i>Nombre del centro de trabajo</i>		..... ..... ..... .....
Grup professional <i>Grupo profesional</i>  *Tenint en compte el darrer any/ <i>Teniendo en cuenta el último año</i> Accepta opció simple o doble en funció de la tasca realitzada diàriament/ <i>acepta opción simple o doble en función de la tarea realizada diariamente</i>	<input type="checkbox"/>	Infermera amb responsabilitat (direcció, coordinació i/o supervisora d' infermeria) <i>Enfermera con responsabilidad (dirección, coordinación y/o supervisión de enfermería)</i>
	<input type="checkbox"/>	Infermera assistencial <i>Enfermera asistencial</i>

<p>Màxima formació relacionada amb l'àmbit professional actual (estudis finalitzats)*  <i>Máxima formación relacionada con el ámbito profesional actual (estudios finalizados)*</i></p> <p>*Accepta selecció simple o múltiple en funció de si s'han realitzat estudis de postgrau i la seva tipologia.  <i>Acepta selección simple o múltiple en función de si se han realizado estudios de postgrado y su tipología.</i></p>	<input type="checkbox"/>	Diploma universitari/ Grau en infermeria <i>Diploma universitario/ Grado en enfermería</i>
	<input type="checkbox"/>	Títol de postgrau. Especificar <i>Título de postgrado. Especificar</i> ..... .....
	<input type="checkbox"/>	Títol de màster. Especificar <i>Título de máster. Especificar</i> ..... .....
	<input type="checkbox"/>	Especialitat en infermeria. Especificar <sup>1</sup> <i>Especialidad en enfermería. Especificar<sup>1</sup></i> ..... .....
	<input type="checkbox"/>	Títol de Doctorat. Especificar <i>Título de Doctorado. Especificar</i> ..... .....
<p>Jornada laboral a temps/ <i>Jornada laboral a tiempo*</i></p> <p>*Tenint en compte el darrer any/ <i>Teniendo en cuenta el último año</i></p>	<input type="checkbox"/>	Complet/ Total <i>Completo/total</i>
	<input type="checkbox"/>	Parcial Parcial
<p>Torn de treball / <i>Turno de trabajo*</i></p> <p>*Tenint en compte el darrer any/ <i>Teniendo en cuenta el último año</i>                  (accepta selecció simple/ <i>acepta selección simple</i>)</p>	<input type="checkbox"/>	Matí/ <i>Mañana</i>
	<input type="checkbox"/>	Tarda/ <i>Tarde</i>
	<input type="checkbox"/>	Nit/ <i>Noche</i>
	<input type="checkbox"/>	Rotatiu/ <i>Rotativo</i>

<sup>1</sup>Inclou l'APTE a la prova objectiva per a l'accés al títol d'infermer/a especialista per la via excepcional l'any 2013.

*Incluye el APTO en la prueba objetiva para el acceso al título de enfermero/a especialista por la vía excepcional en el 2013.*

Unitat o perfil d'usuari amb els que/qui treballa actualment * <i>Unidad o perfil de usuario en la/ con quien trabaja actualmente*</i>  * Tenint en compte el darrer any/ <i>Teniendo en cuenta el último año</i> (accepta selecció simple o múltiple en funció de si es treballa en una sola unitat o de forma compartida amb altres unitats o si en una unitat hi ha diferent tipologia d'usuaris/ <i>acepta selección simple o multiple en función de si se trabaja en una sola unidad o de forma compartida con otras unidades o si en una unidad hay diferente tipología de usuarios</i> )	<input type="checkbox"/>	Subaguts socio-sanitaris <i>Subagudos socio-sanitarios</i>
	<input type="checkbox"/>	Convalescència <i>Convalecencia</i>
	<input type="checkbox"/>	Cures pal·liatives <i>Cuidados paliativos</i>
	<input type="checkbox"/>	Mitja estada de psicogeriatría o de trastorns cognitius <i>Media estancia de psicogeriatría o de trastornos cognitivos</i>
	<input type="checkbox"/>	Llarga estada socio-sanitària <i>Larga estanciasocio-sanitària</i>
	<input type="checkbox"/>	Hospital de dia socio-sanitari <i>Hospital de día socio-sanitario</i>
	<input type="checkbox"/>	Altres. Especificar..... ..... <i>Otros. Especificar.....</i> .....
Temps d'experiència professional com a infermera <i>Tiempo de experiencia profesional como enfermera</i>	..... anys/ años	
Temps d'experiència professional en l'àmbit socio-sanitari <i>Tiempo de experiencia profesional en el ámbito socio-sanitario</i>	..... anys/ años	

## Annex 5

### Característiques dels centres sociosanitaris

Nom de l'empresa:	
Nom del centre:	
Nom del informador:	
Càrrec del informador:	
Ubicació:	
Adreça:	
Ciutat:	
AGA:	
Població de referència:	
Població de 65 o més:	
Centres d'atenció primària de referència:	
Hospitals de referència:	
LLITS DE LLE	
LLITS DE SUBAGUTS	
LLITS DE CNV	
LLITS DE CP	
LLITS DE MEP	
LLITS DE ME	
PLACES HD	
LLITS INTERNAMENT SOCIAL	
PLACES DE CENTRE DE DIA	
ALTRES RECURSOS SOCIOSANITARIS PADES, EAIA,...	
ESTRUCTURA DEL CENTRE (plantes, llits per planta, ...)	
NÚMERO D'UNITATS	
TIPUS D'UNITATS Mixtes o específiques d'un servei	
NÚMERO D'INFERMERES DEL CENTRE	
NÚMERO D'INFEREMRES EN UAISS	

HORARI DELS TORNS	M: T: N: Dies: Caps de setmana:
RÀTIOS D'INFERMERIA EN CADA TIPOLOGIA DE RECURS Hores de dedicació per llit (dia/ nit)	LLE: CNV: CP: MEP: SUBAGUTS:
RÀTIOS D'AUXILIARS D'INFERMERIA EN CADA TIPOLOGIA DE RECURS	LLE: CNV: CP: MEP: SUBAGUTS:
MODEL D'ATENCIÓ DE LES CURES D'INFERMERIA	
POLIVALÈNCIA DEL PERSONAL Treballen en una única unitat o canvien d'unitat	
TIPOLOGIA DE CONTRACTACIÓ DEL PERSONAL D'INFERMERIA Jornades parcials o totals	
ALUMNES EN PRÀCTIQUES Pregrau i/o postgrau	
UTILITZACIÓ D'HISTÒRIA CLÍNICA ELECTRÒNICA	
CONNEXIÓ A HCCC Publicació i/o visió per part de les DUI	
CONVENI APLICAT	
ORGANIGRAMA La direcció coordinació d'infermeria i altres càrrecs d'infermeria	

COM ES POT FER PER FER ARRIBAR A TOTES LES INFERMERES DE L'ATENCIÓ INTERMÈDIA (CNV, UCP, MEP I SUBAGUTS) EL QÜESTIONARI?

FORMAT ON-LINE O PAPER?

CAL PASSAR CEIC O SIMILAR?

QUINS TRÀMITS I AQUI M'HE DE DIRIGIR PER OBTENIR EL PERMÍS PER A FER L'ESTUDI?

## Annex 6

### **Permís de l'ús de l'escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) validada en la seva versió en castellà inclosa en el qüestionar de les infermeres del projecto RN4CAST-Espanya**

#### **PERMISO DE USO DE LA ESCALA PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI) VALIDADA EN SU VERSIÓN EN CASTELLANO INCLUIDA EN EL CUESTIONARIO DE ENFERMERAS DEL PROYECTO RN4CAST-ESPAÑA**

- DE:** D<sup>a</sup> Teresa Moreno Casbas RN MSc PhD  
Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)  
Instituto de Salud Carlos III  
Monforte de Lemos 5, pabellón 13. Sótano 2 (entrada por la puerta de atrás)  
28029 Madrid  
[mmoreno@isciii.es](mailto:mmoreno@isciii.es)
- A:** Uso de la escala PES-NWI en su versión validada en castellano

Se le concede permiso para utilizar, en su trabajo de investigación, la escala “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index” en su versión en castellano validada (ver [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00257-X/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00257-X/abstract)). Esta escala está incluida en el Cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España, que tiene propiedad intelectual (*Cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España. 4208/10. Registrado en el Registro Territorial de la Propiedad Intelectual de Madrid*). Por este motivo, no puede duplicarse o copiarse su contenido sin la previa solicitud del permiso. Dicho permiso se obtiene con:

- La cumplimentación del anexo de este documento, que incluye datos personales: nombre, dirección, teléfono y correo electrónico.
- El envío de una copia firmada del mismo a D<sup>a</sup> Teresa Moreno Casbas

Las condiciones de dicho permiso son:

- Válido únicamente para el estudio que se solicita bajo estas líneas.
- Al hacer uso de la escala “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index” incluida en el “Cuestionario de Enfermeras del proyecto RN4CAST-España” debe aparecer la siguiente referencia a su propiedad intelectual: «Cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España. 4208/10. Registrado en el Registro Territorial de la Propiedad Intelectual de Madrid»
- Comunicación de la referencia de cualquier publicación que cite dicha escala, con el objetivo de conocer la difusión de la misma.
- El actual permiso de utilización de la escala se realiza sobre la versión publicada de la escala Practice environment Scale of the Nursing Work Index en su versión en castellano, publicada en INSJ. Cualquier cambio realizado en la escala anula que Ud. pueda usar los resultados de validación como referencia.



## Annex 7

### Informe de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona



#### COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

#### CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Ingrid Bullich Marín**, doctoranda en el Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica, i referent a la Tesi intitulada "l'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats socio sanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigida per la Dra. M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea i pel Dr. Ramon Miralles Basseda, aquesta Comissió, per acord de data 3 de febrer de 2014, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de la mentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 3 de febrer de 2014.

Vist i Plau  
El president de la Comissió de  
Bioètica de la Universitat de  
Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

## Annex 8

### Informes dels comitès d'ètica d'investigació clínica (CEIC)

#### 1. Informe CEIC Institut d'Assistència Sanitària



Parc Hospitalari Martí i Julià  
Edifici Mancomunitat 1 – primera planta  
Comissió d'Investigació  
C/ Doctor Castany, s/n  
17190 Salt (Girona)  
T. 972 18 26 00  
www.ias.cat // recerca@ias.scs.es

#### INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

El Dr. Josep Garre Olmo, director de la Comisión de Investigación (CI) del Institut d'Assistència Sanitària,

#### CERTIFICA

Que esta comisión ha evaluado el día 5 de junio de 2014, en reunión ordinaria, la propuesta presentada por la Sra. Ingrid Bullich Marín, investigadora en formación del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universitat de Barcelona "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya" y acuerdan informar:

- a) Que el ámbito de investigación en que se enmarca el protocolo es de interés científico y que el éxito de los objetivos propuestos permitirá analizar la relación del entorno de práctica enfermera de las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Catalunya, con los resultados de evaluación de procesos y resultados (atención de salud) de estas mismas unidades.
- b) Que este estudio será realizado por la Sra. Ingrid Bullich Marín, investigadora principal, y con el equipo de trabajo que consta en el protocolo y revisado por mí como director de la CI.
- c) Que sigue las normas éticas propias para este tipo de estudios.
- d) Que siguiendo la normativa del reglamento interno para la evaluación de protocolos de investigación biomédica, la CI informa **FAVORABLEMENTE** de la realización del estudio el mismo día 5 de junio de 2014, **y considera que** de forma general:
  - se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio;
  - la capacidad del grupo investigador y los medios disponibles son los apropiados para llevar a cabo el estudio; y
  - la compensación prevista para la realización del estudio es apropiada.

Asimismo, esta comisión **HACE CONSTAR** que tanto en su composición como en sus procedimientos de trabajo cumple con la normativa vigente y con las directrices de la Conferencia Internacional de Armonización de las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).

La composición actual de la Comisión de investigación del Institut d'Assistència Sanitària es la siguiente:

Director: Dr. Josep Garre Olmo, psicólogo y epidemiólogo  
Secretaría tecnicoadministrativa: Sra. Silvia Monserrat Vila, traductora e intérprete

#### **Vocales:**

Dra. Remei Girona Bastús, médico  
Sra. Meritxell Baró Dilme, trabajadora social  
Sra. Ivana Fdez. de Trastámara Caminals, enfermera  
Dr. Miquel Carreras Massanet, médico  
Sr. Jordi Cid Colom, psicólogo  
Dr. José Antonio Becerra Fontal, médico  
Sra. Pilar Oliveras Mach, enfermera  
Dra. Cristina Lombardía Fernández, médico  
Sr. Francesc Iglesias Garcia, adjunto a gerencia

Sra. Glòria Reig Garcia, enfermera  
Dr. Antoni Rodríguez Poncelas, médico  
Dra. Cristina Soler Ferrer, médico  
Sra. Eva Tarrés Brugué, contable  
Dr. Joan Vilalta Franch, médico  
Dr. Secundí López-Pousa, médico  
Sra. Rocío Jurado Pérez, enfermera  
Dr. Domènec Serrano Sarbosa, médico  
Sr. Jordi Font Pujol, enfermero  
Sra. Maribel Garcia Tomàs, administrativa

Dr. Josep Garre Olmo  
Director de la Comisión de Investigación  
Institut d'Assistència Sanitària

Salt, 5 de junio de 2014

## 2. Informe del CEIC del Consorci Sanitari Integral

### COMUNICACIÓN DEL INFORME DEL CEIC

Código interno: 14/37

Título: L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermedia a Catalunya

Centro: Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral  
Investigador Principal: Sra. Ingrid Bullich. Investigadora en formació del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona  
investigador responsable en el Consorci Sanitari Integral: Dr. Benito Fontecha  
Servicio: Geriatria

SE HACE CONSTAR:

Que en la reunió del pasado día **25 de junio de 2014**, el CEIC del Consorci Sanitari Integral ha evaluado el protocolo arriba mencionado, en calidad de CEIC implicado, y ha emitido el siguiente informe:

INFORME: FAVORABLE

Atentamente,



Secretaría del CEIC  
L'Hospitalet de Llobregat, a 26 de junio de 2014.

### 3. Informe del CEIC de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.



#### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Ingrid Bullich para que se realice el estudio titulado: "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya" del protocolo y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de SABADELL por MELLADO CASQUET CRISTINA, como investigador principal.

Lo que firma en SABADELL a martes, 16 septiembre 2014

Firmado:



**Dra. Coloma Moreno Quiroga**

Ref.: 2014621

#### 4. Informe del CEIC de Mútua de Terrassa



### COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dr. Ramón Pla Poblador, como Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Mútua Terrassa

#### CERTIFICO:

Que ha sido sometido a este Comité en su reunión del día 28 de mayo de 2014 (Acta 05/14) para su aceptación el Proyecto de investigación titulado "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya".

Que una vez evaluado dicho estudio, así como la capacidad del equipo investigador y medios disponibles del Centro, este Comité considera adecuado el estudio y su realización por la Sra. Ingrid Bullich Marín.

---

Terrassa a 28 de mayo de 2014.

Dr. Ramon Pla  
Presidente del CEIC

## Annex 9

### Autoritzacions per a realitzar l'estudi en els diferents centres socio-sanitaris

#### 1. Informe d'autorització Socio-sanitari Hospital Santa Maria



El Sr. Jordi Ballesté, Director de Processos de Continuitat Assistencial de l'Hospital de Santa Maria de Lleida

#### **Certifica**

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia de l'Hospital Santa Maria de Lleida mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats socio-sanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i també pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. Ballesté', is written over a faint, circular stamp or watermark.

Director de Processos de Continuitat Assistencial  
Hospital Santa Maria  
Gestió de Serveis Sanitaris

Lleida, 12 de Setembre de 2014

## 2. Informe d'autorització Hospital Sociosanitari Francolí



La Sra. Elena Moltó, directora asistencial del Hospital Sociosanitari Francolí

El Dr. Rami Qanneta, director adjunto asistencial del Hospital Sociosanitari Francolí

La Sra. Maria Dolors Puñet, directora de enfermeria del Hospital Sociosanitari Francolí

### Certifican

Que la Señora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona, **tiene el permiso para realizar el estudio del entorno de práctica enfermera en las unidades de atención intermedia del Hospital Sociosanitario Francolí mediante un cuestionario a las enfermeras de estas unidades que incluye la escala validada NWI-PES.**

Este estudio de corresponde con su proyecto de tesis doctoral titulado "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigido por los doctores M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda y tutorizado por la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorado favorablemente des del punto de vista bioético por la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona i también por el CEIC de Mútua de Terrasa.

Y para que quede constancia y tenga los efectos que correspondan, firman este certificado.

Directora asistencial

Director adjunto asistencial

Directora de enfermeria

Tarragona, 18 de Sptiembre de 2014

### 3. Informe d'autorització Centre Sociosanitari Santa Tecla- Llevant



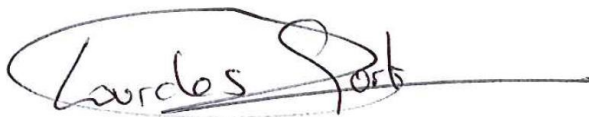
La Sra. Lourdes Gort, Directora d'infermeria del Centre Sociosanitari Santa Tecla-Llevant

#### **Certifica**

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, **té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia del Centre Sociosanitari Santa Tecla-Llevant mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.



Directora d'infermeria del Centre Sociosanitari Santa Tecla-Llevant

Tarragona, 24 de setembre de 2014



#### 4. Informe d'autorització Hospital Comarcal d'Amposta



La Sra. Ana Belen Torrero, Directora de Cures d'Infermeria de l'Hospital Comarcal d'Amposta

##### **Certifica**

Que la Senyora Íngrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera a les unitats d'atenció intermèdia de l'Hospital d'Amposta mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona, pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa, i pel Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Comarcal d'Amposta.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

Directora de Cures d'Infermeria  
Hospital Comarcal d'Amposta

Amposta, 24 de Setembre de 2014

## 5. Informe d'aurització Hospital Santa Caterina (Institut d'Assistència Sanitària)

**IAS**  
Institut  
d'Assistència  
Sanitària

Parc Hospitalari Martí i Julià  
**Hospital Santa Caterina**  
*Direcció d'Infermeria*

Edifici Santa Caterina  
C/ Doctor Castany, s/n  
17190 Salt (Girona)  
T. 972 189 035 / F. 972 182 605  
www.ias.cat

M<sup>a</sup> Teresa Vilalta i Altés, Directora d'Infermeria de l'Institut d'Assistència Sanitària, del Servei Català de la Salut, amb domicili social al c/ Dr. Castany s/n 17190 Salt,

### CERTIFICA

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, **té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera a les unitats d'atenció intermèdia de l'Hospital Santa Caterina (Sociosanitari del Parc Sanitari Martí i Julià) mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació de l'Institut d'Assistència Sanitària.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, signo aquest certificat.



Salt, 1 d'octubre de 2014

## 6. Informe d'autorització de l'Hospital de la Santa Creu de Vic



La Sra. Marta Ferrer, directora de cures de l'Hospital de la Santa Creu de Vic

### **Certifica**

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia de l'Hospital de la Santa Creu de Vic mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.



Directora d'infermeria de l'Hospital de la Santa Creu de Vic

Vic, .....8.....de setembre de 2014

## 7. Informe d'autorització Centre Sociosanitari El Carme (Badalona Serveis Assistencials)



Pl. de Pau Casals, 1 - 08911 Badalona  
Tel. 93 464 83 00 - www.bsa.cat

Míriam Bou Creixell amb DNI núm. 46.546.330 B, com a Directora d'infermeria de Badalona Serveis Assistencials, SA, amb domicili social a la Pl. de Pau Casals, 1 – 08911 de Badalona, empresa que gestiona el Centre Sociosanitari El Carme (Camí de Sant Jeroni de la Murtra, 60 – 08917 Badalona)

### **CERTIFICA,**

Que la Sra. Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per a realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia del nostre Centre Sociosanitari El Carme, mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat: "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors Ma. Pilar Torres Egea i Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

i per tal que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, signo aquest certificat.

Badalona, 1 d'octubre de 2014

Badalona  
Serveis  
Assistencials

## 8. Informe d'autorització Sociosanitari Parc Salut Mar



La Sra. Lourdes Garcia Zaldivar, Directora infermera del Parc de Salut Mar

### **Certifica**

**Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia del Parc de Salut Mar (Centre Fòrum i Hospital de l'Esperança) mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. G. Zaldivar', written over a horizontal line.

Directora Infermera del Parc de Salut Mar

Barcelona, 12 de juny de 2014

## 9. Informe d'autorització Hospital Sociosanitari Pere Virgili



El Sr. Pedro Garzón, director d'infermeria de l'Hospital Sociosanitari Pere Virgili

El Dr. Marco Inzitari, director assistencial i mèdic de l'Hospital Sociosanitari Pere Virgili

### Certifiquen

Que la Senyora Íngrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, **té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera a les unitats d'atenció intermèdia de l'Hospital Sociosanitari Pere Virgili de Barcelona mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

Pedro Garzón

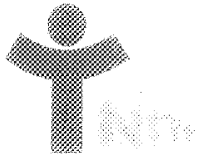
Director d'infermeria  
Hospital Sociosanitari Pere Virgili

Marco Inzitari

Director assistencial i mèdic  
Hospital Sociosanitari Pere Virgili

Barcelona, 5 de setembre 2014

## 10. Informe d'autorització Sociosanitari Nou Hospital Evangèlic



La Sra. Joke Fraga, Coordinadora d'infermeria del Nou Hospital Evangèlic

### **Certifica**

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia del Nou Hospital Evangèlic mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista biètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

Coordinadora d'infermeria del Nou Hospital Evangèlic



Barcelona, 12 de Setembre de 2014

## 11. Informe d'autorització Clínica Nuestra Señora de Guadalupe



La Dra. Rosario Casas Floriano, directora asistencial de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de Esplugues del Llobregat

La Sra. Ana Cabello, directora de enfermería de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de Esplugues del Llobregat

### Certifican

Que la Señora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona, tiene el **permiso para realizar el estudio del entorno de práctica enfermera en las unidades de atención intermedia de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe mediante un cuestionario a las enfermeras de estas unidades que incluye la escala validada NWI-PES.**

Este estudio de corresponde con su proyecto de tesis doctoral titulado "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigido por los doctores M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda y tutorizado por la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorado favorablemente des del punto de vista bioético por la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

Y para que quede constancia y tenga los efectos que correspondan, firmo este certificado.

Directora asistencial Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Directora de enfermería Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Esplugues del Llobregat, 26 .de Mayo de 2014





## 12. Informe d'autorització de l'Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet (ConSORCI Sanitari Integral)



Dña. Maria Rotllan, Directora Asistencial del Consorci Sanitari Integral,

### CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por el promotor la **Sra. Ingrid Bullich** para que sea realizado en el Centro **Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet** el estudio titulado "**L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermedia a Catalunya**" y que será realizado por la **Sra. Ingrid Bullich**, investigadora en formación del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras de la Universidad de Barcelona, como investigadora principal y como investigador responsable en el Consorci Sanitari Integral. el **Dr. Benito Fontecha**, jefe de Servicio de Geriatria.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro, previo informe favorable del CEIC del Consorci Sanitari Integral.

Lo que firma en Sant Joan Despí a, 30 de junio de 2014.

Consorci Sanitari Integral

Dña. María Rotllan  
Directora Asistencial

### 13. Informe d'autorització de l'Albada Centre Sociosanitari

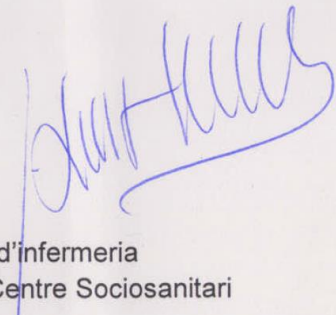
La Sra. Salut Madriles, directors d'infermeria del Centre Sociosanitari Albada

#### **Certifica**

Que la Senyora Íngrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, **té el permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera a les unitats d'atenció intermèdia de l'Albada Centre Sociosanitari mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclou l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica ee la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.



Director d'infermeria  
Albada Centre Sociosanitari

Sabadell, ...23.....de...NOVEMBRE de 2014

#### 14. Informe d'autorització Sociosanitari Vallparadís (Mútua Terrassa)



La Sra. Susana Lamana, directora del Sociosanitari Vallparadís de Terrassa

La Sra. Carme Varo, coordinadora d'infermeria del Sociosanitari Vallparadís de Terrassa

#### **Certifiquen**

Que la Senyora Ingrid Bullich Marín, doctoranda del Programa en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona, té el **permís per realitzar l'estudi de l'entorn de pràctica infermera en les unitats d'atenció intermèdia del Sociosanitari Vallparadís mitjançant un qüestionari a les infermeres d'aquestes unitats que inclouen l'escala validada NWI-PES.**

Aquest estudi es correspon amb el seu projecte de tesi doctoral titulat "L'impacte de l'entorn de pràctica infermera en l'avaluació de processos i resultats de les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia a Catalunya", dirigit pels doctors M<sup>a</sup> Pilar Torres Egea y Ramon Miralles Basseda i tutoritzat per la doctora Avelina Tortosa Moreno, valorat favorablement des del punt de vista bioètic per la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona i pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de Mútua de Terrassa.

I per a que quedi constància i tingui els efectes que corresponguin, firmo aquest certificat.

Sociosanitari Vallparadís  
Mútua Terrassa

Directora Sociosanitari Vallparadís  
Directora d'infermeria Sociosanitari  
Vallparadís

Terrassa, 9 de Juny de 2014

## Annex 10

### Informe de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut



Carles Constante i Beitia, Director General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de salut,

CERTIFICO:

Que la Sra. Ingrid Bullich Marín té permís per a utilitzar dades públiques i no confidencials referents a la xarxa d'atenció socio sanitària per a realitzar la seva tesi doctoral.

I perquè així consti i tingui els efectes que corresponguin, signo aquest certificat.



Carles Constante i Beitia  
Director general de Planificació i Recerca en Salut

Barcelona, 17 de febrer de 2014

1714 / 2014

## Annex 11

### Resum de la comunicació oral “Formación posgraduada y especializada de las enfermeras de atención intermedia en Cataluña” en el 58è Congrés de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Sevilla, 8-10 juny 2016

58 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

41

#### OS-014. ¿ESTÁ EN PELIGRO LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL? EL CUIDADO INFORMAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES

P.G. Mota Lourenço<sup>1</sup>, F. Melchor<sup>2</sup> y M.P. Freire Esparis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>USC, Setúbal, Portugal. <sup>2</sup>Grupo de Análise e Modelização Económica (GAME). <sup>3</sup>Faculdade de CC. Económicas e Empresariais, Universidade de Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción:** La Estrategia Europa 2020 afronta como una prioridad dar respuesta al reto social y económico que supone una realidad demográfica caracterizada por un intenso envejecimiento poblacional. En un contexto de preocupación creciente, 2012 fue declarado Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones. Entre otros objetivos, la Unión Europea quiere fomentar el compromiso de los jóvenes con el bienestar de los futuros mayores no solo a través del estado del bienestar (cuidado formal), sino también desde la actuación individual (cuidado informal), ya que la solidaridad intergeneracional es un elemento esencial para afrontar el reto del envejecimiento con garantías.

**Objetivos:** Evaluar la percepción de la corte de 16-19 años de edad (alumnos matriculados en la enseñanza secundaria) sobre el envejecimiento poblacional en su entorno más cercano, analizando su percepción sobre el desgaste emocional y físico del cuidador informal en la familia, el grado de autonomía y de dependencia de los abuelos, el uso del tiempo de la familia dedicado a los cuidados de los abuelos y su disponibilidad para apoyar en las actividades de la vida diaria a las personas mayores de su entorno.

**Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio cuantitativo sobre la base de un amplio cuestionario individual realizado a alumnos matriculados en el curso 2014-2015 en las escuelas secundarias del municipio de Setúbal, Portugal. Se han aplicado diferentes cuestionarios validados para estudiar diferentes dimensiones, como la opinión de quien cuida, el grado de autonomía de los abuelos, el uso del tiempo y la disponibilidad para cuidar de mayores.

**Resultados:** Del análisis estadístico de los cuestionarios se puede concluir que el Grado de Autonomía y el Grado de Dependencia son las dos dimensiones donde la percepción de los jóvenes es más elevada, siendo la percepción más baja cuando se pregunta por su disponibilidad para cuidar a personas mayores.

**Conclusiones:** Se constata una baja disponibilidad para cuidar a las personas mayores incluso en el entorno más próximo. Conocer las causas y elementos que están determinando esta percepción facilitaría la toma de medidas para modificar una situación que en un futuro próximo podría comprometer la solidaridad intergeneracional.

#### OS-015. FORMACIÓN POSGRADUADA Y ESPECIALIZADA DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN CATALUÑA

I. Bullich Marín<sup>1</sup>, C. Planas Campmany<sup>1</sup>, M. Garreta Burrel<sup>1</sup>, E.M. Melendo Azuela<sup>3</sup>, A. Monterde Martínez<sup>4</sup>, M.E. Juvé Udina<sup>5</sup> y R. Miralles Basseda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona. <sup>2</sup>Parc Salut Mar-Centro Fórum, Barcelona. <sup>3</sup>Consorci Sanitari Integral-HSS de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>4</sup>Centro Sociosanitario el Carme Badalona Serveis Assistencials, Badalona. <sup>5</sup>Instituto Catalán de la Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona.

**Objetivos:** Describir el nivel formativo de posgrado de las enfermeras que trabajan en las unidades sociosanitarias de atención intermedia (USSAI) de Cataluña y analizar la relación de los niveles formativos adquiridos y vinculados a la atención intermedia (AI) con las características de las enfermeras.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado en 14 centros sociosanitarios (CSS), con una muestra de 501 enfermeras que respondieron a un cuestionario entre octubre-diciembre 2014. Las variables de estudio fueron: nivel máximo de formación general, en gestión y específica de AI (posgrado, máster, especialidad, docto-

rado); edad; sexo; país; centro; grupo profesional; jornada; turno; número y tipo de unidades de trabajo; experiencia (tiempo como enfermera y en CSS). Análisis univariado (número y porcentajes) y bivariado (t-Student y chi-cuadrado) con SPSS-18.

**Resultados:** Respuesta 75,4% (n = 378). 216 enfermeras (57,14%) tenían formación posgraduada [FPG (máster y/o posgrado)]. De éstas, 102 (47,2%) tenían FPG específica de AI (FPGE), 21 (9,72%) FPG en gestión (FPGG) y 51(23,61%) la especialidad enfermería geriátrica (EEG). De las 102 enfermeras con FPGE (26,98% del total), 9 (8,91%) también tenían FPGG, 42 (41,18%) la EEG y una era doctora. De 21 enfermeras que tenían FPGG (8,20% del total), 9 (42,86%) tenían también la EEG. El porcentaje de enfermeras con FPGE, FPGG y EEG se asocia con mayor edad, mayor experiencia enfermera y en el ámbito SS, trabajar de día y sin turno rotativo y tener jornada completa (todas p < 0,05). Además, la FPGE también se asocia con ser español y trabajar en cuidados paliativos; la FPGG se asocia a ocupar cargo de responsabilidad, trabajar en psiquiatria y mayor número de unidades de trabajo; y la EEG con ser español, ocupar cargo de responsabilidad y trabajar en convalecencia-posagudos.

**Conclusiones:** Más de la mitad de enfermeras tienen FPG y casi un tercio tienen FPGE. Una de cada cuatro enfermeras tiene la EEG. La edad, la experiencia enfermera y en SS, el turno y el tipo de jornada se relacionan con tener FPG y la EEG. Cuatro de diez enfermeras tiene FPG no relacionada con su trabajo.

#### OS-016. COLABORACIÓN SOCIO SANITARIA: PROTOCOLO PARA INCORPORAR EL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA) EN UNA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INTEGRAL

L. Zurbano beaskoetxea<sup>1</sup>, R. Torre<sup>1</sup>, B. Pablos<sup>2</sup>, A. Gonzalo<sup>3</sup> y N. Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao. <sup>2</sup>Colegio de Médicos de Bizkaia, Bilbao. <sup>3</sup>Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Bilbao. <sup>4</sup>Ayuntamiento de Bilbao, Bilbao.

**Introducción:** Conscientes de que la valoración y orientación en situaciones de dependencia y la consecuente elaboración de una propuesta de servicios y prestaciones asociados a la cartera de la Ley 39/2006, es sólo una parte de la atención que requiere la persona, es una necesidad integrar en lo posible el Programa Individual de Atención (PIA) en una atención sociosanitaria integral. Es imprescindible establecer cauces de comunicación y participación para los/as diferentes profesionales implicados en aras de poder ajustar en lo posible esta propuesta de servicios y prestaciones a la continuidad de cuidados requerida. En el momento actual se dan condiciones favorables para desarrollar el proyecto aunando: la visita conjunta de médico/a o psicólogo/a y trabajador/a social para valoración y orientación de dependencia, y utilización de diferentes instrumentos de evaluación de la situación (RAI, Escala Guberman de sobrecarga de la persona cuidadora...) y los avances en coordinación sociosanitaria: implementación de comisiones sociosanitarias y elaboración de protocolos, o desarrollo de la atención primaria sociosanitaria, entre otros.

**Objetivos:** Mejorar la atención a personas que solicitan la valoración de la dependencia mediante la actuación coordinada y conjunta de todos/as los/as profesionales y agentes implicados/as, comprometidos a intervenciones conjuntas interdisciplinares, y concretamente mediante la incorporación del PIA en una atención integral e integrada.

**Métodos:** Grupo de trabajo con profesionales del ámbito sanitario y de los servicios sociales de nivel primario y secundario, que realizaron: revisión de la propuesta de servicios y prestaciones; validación de indicadores para diferentes niveles de comunicación y coordinación y elaboración de herramientas de apoyo.

**Resultados:** Nuevo modelo de propuesta de servicios y prestaciones con inclusión de actuaciones sociosanitarias a llevar a cabo. Indicadores de consenso para establecer diferentes niveles de comunicación y coordinación. Ficha de interconsulta sociosanitaria para

## Annex 12

### Resum de la comunicació oral “Formació de postgrau i especialitzada de les infermeres de les unitats socio sanitàries d’atenció intermèdia” en el XXIIè Congrés de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Barcelona, 20-21 octubre 2016

#### FORMACIÓ DE POSTGRAU I ESPECIALIZADA DE LES INFERMERES DE LES UNITATS SOCIO SANITÀRIES D'ATENCIÓ INTERMÈDIA

Ingrid Bulllich Marín<sup>1\*</sup>; Carme Planas Campmany<sup>2,4</sup>; Ramon Miralles Basseda<sup>3,5</sup>; Maria Eulàlia Juvé Udina<sup>2,4\*</sup>

<sup>1</sup>Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; <sup>2</sup>Institut Català de la Salut; <sup>3</sup>Parc Salut Mar; <sup>4</sup>Universitat de Barcelona; <sup>5</sup>Universitat Autònoma de Barcelona; <sup>\*</sup>Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge

**Paraules clau:** Atenció intermèdia, infermeria, educació de postgrau en infermeria, especialització, infermeria geriàtrica  
a20160924203625r17e427.docx

**OBJECTIUS:** Descriure el nivell formatiu de postgrau i d'especialitat de les infermeres que treballen en unitats socio sanitàries d'atenció intermèdia (USSAI) a Catalunya i observar la variabilitat entre els centres.

**MÈTODE:** Estudi multicèntric observacional, transversal, descriptiu realitzat l'últim trimestre 2014 a 14 centres socio sanitàris (SS) en les USSAI (convalescència, cures pal·liatives, mitja estada polivalent i subaguts). Mostra: 501 infermeres que treballen en USSAI. Enquesta mitjançant qüestionari on les variables d'estudi són: nivell màxim de formació general, en gestió i específica d'AI (postgrau, màster, especialitat, doctorat). Anàlisi descriptiu univariant amb Excel 2007.

Resultados: 75,4% de resposta (n=378). 44,4% d'infermeres tenen algun postgrau (rang dels centres 18,2%-72,2%) i el 24,9% tenen algun màster (rang 7,1%-44,0%). El 56,6% (36,4%-72,7%) d'infermeres tenen formació postgraduada, el 27% (0%-45,5%) la té específica d'AI i el 34,7% (18,2%-54,5%) la té en altres àmbits no vinculats a AI. El 5,8% (0%-20%) tenen formació postgraduada en gestió. Només una infermera té el doctorat. Un 24,6% té almenys una especialitat i el 23,5% (0%-42,5%) té l'especialitat de geriatria.

#### CONCLUSIONS:

Més de la meitat de les infermeres han fet formació postgraduada universitària, però només un terç tenen formació específica vinculada a l'àmbit en el que treballen. Una de cada quatre infermeres són especialistes. La variabilitat entre els centres de la formació postgraduada i especialitzada de les infermeres és gran. Per tal de millorar la qualitat i l'equitat assistencial en els centres d'AI seria recomanable disposar de criteris de planificació de professionals infermers per a les USSAI.

## Annex 13

### Publicació Carta al director “Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia”

Enferm Clin. 2016;26(5):330-332



ELSEVIER

## Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



### CARTAS AL DIRECTOR

#### Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia



#### Advanced competences in intermediate care nurses

Sra. Directora:

En un entorno en constante evolución, para dar respuesta a la transición demográfica y epidemiológica que se afrontan los sistemas sanitarios, los recursos de atención intermedia están tomando relevancia como alternativa asistencial, para evitar ingresos y estancias hospitalarias innecesarias, así como maximizar la recuperación después de un proceso agudo en personas mayores o garantizar la calidad de vida en procesos de enfermedad avanzada y terminal<sup>1</sup>.

En el artículo editorial de San Martín-Rodríguez, se presentan las posibilidades a medio plazo de la enfermera de práctica avanzada en el contexto hospitalario y de atención primaria y comunitaria<sup>2</sup>. En este sentido, consideramos que la figura de la enfermera de práctica avanzada<sup>1-3</sup>, también tiene cabida en el contexto de atención intermedia, donde muchos de los recursos están liderados por enfermeras y la mayoría de pacientes cuentan con enfermedades crónicas y necesidades complejas. Nos referimos, entre otras, a aquellas enfermeras con competencias avanzadas que trabajan en unidades sociosanitarias, equipos de cuidados paliativos o de hospitalización domiciliaria integral que, a pesar de trabajar en un entorno interdisciplinario, realizan parcialmente su actividad de forma individual, asumen responsabilidades de otros profesionales, son claves en la toma de decisiones, ejercen de forma autónoma su capacidad de gestión de pacientes y, a su vez, contribuyen a ofrecer unos cuidados de máxima calidad.

La implementación de estas figuras en los diferentes contextos implica una redefinición de las competencias profesionales, y son varias las comunidades autónomas las que han desarrollado nuevas figuras de enfermería con competencias ampliadas, para dar respuesta a las nuevas demandas de atención en diferentes ámbitos asistenciales<sup>3</sup>.

El hecho de que muchas de las funciones que se asignan a enfermeras de nuevas competencias para el ámbito hospitalario y de atención primaria<sup>3</sup> se relacionen con las competencias de enfermera especialista definidas en

el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica<sup>4</sup>, hace pensar en que quizás hablamos del mismo perfil de enfermera, con unas determinadas competencias, aunque ubicada en un contexto diferente al que estamos habituados.

En varias comunidades autónomas, también en la nuestra (Cataluña), no están regulados los puestos para enfermeras especialistas de algunas especialidades, como es el caso de las enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica. Hicimos un estudio en 14 centros con unidades de atención intermedia en el que observamos que un 24,1% de las enfermeras tenían la especialidad en enfermería geriátrica<sup>3</sup>. En el contexto de atención primaria y comunitaria, así como en el contexto hospitalario, pensamos que a medio plazo se podría contar con estas enfermeras especialistas en enfermería geriátrica, reguladas a nivel formativo, actuando con roles avanzados y con las competencias necesarias para dar respuesta a las necesidades de una población más envejecida, con problemas crónicos y con necesidades cada vez más complejas.

Es evidente que el abordaje a la cronicidad requiere un replanteamiento del sistema sanitario y de todos sus actores. El citado editorial concluye con instar a los directivos a crear y regular puestos de práctica avanzada en enfermería<sup>2</sup>. Nosotras nos atrevimos a instar al colectivo enfermero, a los colegios profesionales y a las administraciones públicas a repensar la planificación y la implementación de nuestra profesión, desde las normativas que le afectan, a la formación en las universidades, desde la evidencia disponible, a las posibilidades de sus especialidades, siempre teniendo en cuenta las peculiaridades de nuestro sistema de salud.

#### Bibliografía

1. Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs*. 2004;46:303-10.
2. San Martín-Rodríguez L. Práctica avanzada en enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. *Enferm Clin*. 2016;26:155-7.
3. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en enfermería. *Enfermeras de práctica avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*. 2014;24:79-89.
4. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. *Boletín Oficial del Estado* n.º 288, (30-10-2009).
5. Bullich I, Planas C, Garreta M, Melendo EM, Monterde A, Juve ME, et al. Formación posgraduada y especializada de las enfermeras de atención intermedia en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51:41.

Ingrid Bullich-Marín<sup>a,\*</sup>, Marisa Garreta-Burriel<sup>b</sup>  
y Montserrat Solé-Casals<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

<sup>b</sup> Área Sociosanitaria y Geriátrica, Parc Salut Mar, Barcelona, España

<sup>c</sup> Dirección de Enfermería, Centre Integral de Salut Cotxeres, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.  
Correos electrónicos: [ingridbullich@yahoo.es](mailto:ingridbullich@yahoo.es),  
[ibullich@catsalut.cat](mailto:ibullich@catsalut.cat) (I. Bullich-Marín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.06.006>

## Annex 14

### Publicació Original breu “Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña”

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(6):342–348



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL BREVE

#### Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña<sup>☆</sup>



Ingrid Bullich-Marín<sup>a,b,\*,</sup>, Ramón Miralles Basseda<sup>c,d</sup>, Pilar Torres Egea<sup>b</sup>, Carme Planas-Campmany<sup>b,e</sup> y María Eulalia Juvé-Udina<sup>b,f,g</sup>

<sup>a</sup> Plan Director Sociosanitario, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

<sup>b</sup> Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Geriatria, Parc Salut Mar, Barcelona, España

<sup>d</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>e</sup> Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

<sup>f</sup> Dirección asistencial, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

<sup>g</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de julio de 2015

Aceptado el 25 de octubre de 2015

On-line el 17 de diciembre de 2015

Palabras clave:

Entorno laboral

Ambiente de instituciones de salud

Personal de enfermería

Enfermería geriátrica

Instituciones de atención intermedia

#### RESUMEN

**Introducción:** Un ambiente laboral favorable facilita que las enfermeras realicen su trabajo con mayor satisfacción y en mejores condiciones, hecho que podría influir en la calidad de los resultados obtenidos en los centros sociosanitarios. Los objetivos del estudio fueron: 1) Identificar la tipología de centros en función del ambiente laboral percibido por las enfermeras; y 2) describir las características individuales de las enfermeras relacionadas con dicha valoración.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, multicéntrico realizado el último trimestre de 2014. Se administró a las enfermeras de las unidades de atención intermedia un cuestionario con el *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), que evalúa 5 factores del entorno laboral mediante 31 ítems. Se recogieron también variables sociodemográficas, laborales/profesionales y formativas.

**Resultados:** De 501 enfermeras en 14 centros participaron 388 (77% de respuesta). La puntuación media del PES-NWI fue 84,75. Nueve centros obtuvieron una valoración del entorno laboral «favorable» y 5 «mixto». El factor mejor valorado fue «relaciones laborales» y el peor «dotación/adequación de recursos». El turno de trabajo rotativo, trabajar en varias unidades, tener responsabilidades de gestión y tener máster universitario fueron características de las enfermeras que se relacionaron con una mejor percepción del entorno.

**Conclusiones:** En la mayoría de los centros el ambiente laboral fue percibido como favorable. Algunas características laborales/profesionales y formativas se relacionaron con la valoración del entorno laboral.

© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Evaluation of the nurse working environment in health and social care intermediate care units in Catalonia

#### ABSTRACT

**Introduction:** A favourable work environment contributes to greater job satisfaction and improved working conditions for nurses, a fact that could influence the quality of patient outcomes. The aim of the study is two-fold: Identifying types of centres, according to the working environment assessment made by nurses in intermediate care units, and describing the individual characteristics of nurses related to this assessment.

Keywords:

Working environment

Health facility environment

Nursing staff

Geriatric nursing

Intermediate care facilities

<sup>☆</sup> Nota: de la misma manera que lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este artículo al hacer mención a «enfermeras», debemos entender que se alude a los profesionales de ambos sexos.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [ingridbullich@yahoo.es](mailto:ingridbullich@yahoo.es), [ingridbullich@gmail.com](mailto:ingridbullich@gmail.com) (I. Bullich-Marín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.009>

0211-139X/© 2015 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



**Methods:** An observational, descriptive, prospective, cross-sectional, and multicentre study was conducted in the last quarter of 2014. Nurses in intermediate care units were given a questionnaire containing the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) which assesses five factors of the work environment using 31 items. Sociodemographic, employment conditions, professional and educational variables were also collected.

**Results:** From a sample of 501 nurses from 14 centres, 388 nurses participated (77% response). The mean score on the PES-NWI was 84.75. Nine centres scored a "favourable" working environment and five "mixed". The best valued factor was "work relations" and the worst was "resource provision/adaptation". Rotating shift work, working in several units at the same time, having management responsibilities, and having a master degree were the characteristics related to a better perception of the nursing work environment.

**Conclusions:** In most centres, the working environment was perceived as favourable. Some employment conditions, professional, and educational characteristics of nurses were related to the work environment assessment.

© 2015 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los recursos de atención intermedia (AI) toman relevancia en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015<sup>1</sup> para dar mejor respuesta al aumento de población envejecida con enfermedades crónicas. Los principales objetivos de la AI incluyen la prevención de ingresos y estancias hospitalarias innecesarias, el fomento de la capacidad funcional y la autonomía de los pacientes, la reducción de la institucionalización de larga duración y la prestación de cuidados paliativos a personas con enfermedad en fase avanzada/terminal<sup>2-4</sup>; por ello, las unidades de subagudos y de media estancia (convalecencia-postagudos, cuidados paliativos, psicogeriatría y media estancia polivalente) pueden considerarse unidades sociosanitarias de AI (USSAI).

El papel de las enfermeras en las USSAI es clave para alcanzar los objetivos asistenciales<sup>2,5</sup>. A su vez, existe evidencia de la asociación entre un ambiente laboral positivo y mejores resultados asistenciales en términos de calidad y seguridad<sup>6</sup>.

El entorno o ambiente laboral enfermero (ALE) es el conjunto de características organizacionales y condiciones en que las enfermeras desarrollan su trabajo<sup>6</sup>. La *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) es una herramienta validada para la determinación del ALE<sup>6-8</sup>. Aunque existe abundante literatura sobre el ALE en hospitales, son escasos los estudios en el ámbito sociosanitario. Por ello, este estudio plantea los siguientes objetivos: identificar la tipología de los centros sociosanitarios en función del ALE percibido y describir las características individuales de las enfermeras relacionadas con dicha valoración.

## Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal realizado en el último trimestre de 2014 en los 14 centros con USSAI que empezaron la actividad de subagudos contratada por la aseguradora pública el año 2013 (tabla 1). Estos centros cumplen criterios establecidos por el Departamento de Salud para garantizar la cartera de servicios ofrecida<sup>9</sup>. El tamaño de los centros oscila entre 16 y 320 camas, y el promedio de AI supone un 75,1% (rango 37,1-100%). La población estudiada fueron las 561 enfermeras de las USSAI, excluyendo aquellas que durante el periodo de recogida de datos no trabajaron y las que no quisieron participar, obteniendo una muestra de 501 enfermeras.

### Variables de estudio y recogida de datos

Para evaluar el ALE se utilizó la PES-NWI<sup>8</sup> (anexo 1) que contiene 31 ítems (con 4 grados de acuerdo tipo likert) agrupados en

5 factores: 1) «dotación y adecuación de recursos»; 2) «relaciones laborales enfermera-médico»; 3) «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables»; 4) «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad»; y 5) «participación de la enfermera en cuestiones del hospital».

El resto de variables fueron: edad; sexo; país de nacimiento; centro de trabajo; grupo profesional (enfermera gestora, asistencial); formación (diplomatura/grado, posgrado, máster, especialidad, doctorado); tipo de jornada (completa/total, parcial); turno de trabajo (día, noche, rotativo); unidad o perfil de usuario con los que trabaja (subagudos, convalecencia-postagudos, cuidados paliativos, psicogeriatría, otras); tiempo de experiencia (como enfermera y en el ámbito sociosanitario).

Se entregó el cuestionario a las enfermeras que voluntariamente aceptaron participar (consentimiento informado), disponiendo de 15 días para responderlo.

### Aspectos éticos y permisos

Se solicitó el permiso para utilizar la versión validada al español de la PES-NWI<sup>8</sup> (Cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España, 4208/10, Registro Territorial de la Propiedad Intelectual de Madrid). Se obtuvieron los permisos y la autorización del comité ético de investigación clínica para realizar el estudio en cada centro.

### Análisis estadístico

Los datos fueron procesados y analizados con SPSS, versión 18. Se realizó el análisis descriptivo de las variables. Para determinar la asociación en el análisis bivariante se utilizó el test de la «t» de Student entre variables continuas y categóricas según 2 grupos, el análisis de la varianza (ANOVA) entre variables de agrupación según 3 grupos y el coeficiente de correlación de Pearson entre variables continuas. Se fijó el nivel  $\alpha$  del 0,05 y se aceptó un intervalo de confianza del 95%.

Para obtener la puntuación de la PES-NWI y sus factores de cada enfermera, a los ítems de la PES-NWI sin contestar se les imputó el valor promedio de su centro para aquel ítem.

## Resultados

### Descripción de la muestra

Se obtuvo una tasa de respuesta del 77% (n= 388 enfermeras). El 91,3% fueron mujeres de origen español, con una media de edad de 37,4 años y 12,5 años de experiencia profesional, de los cua-

**Tabla 1**  
Porcentaje de respuestas y puntuaciones totales del PES-NWI y cada uno de sus factores en los distintos centros

	% respuesta	N	PES-NWI M (DE)	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Entorno laboral
				Dotación M (DE)	Relaciones M (DE)	Liderazgo M (DE)	Fundamentos M (DE)	Participación M (DE)	
SS Hospital Santa María	65	22	88,84 (13,34)	2,25 (0,63)	3,05 (0,71)	3,26 (0,50)	3,01 (0,52)	2,70 (0,46)	Favorable
HSS Francolí	65	28	86,49 (11,48)	2,30 (0,62)	3,24 (0,43)	3,04 (0,55)	2,84 (0,41)	2,66 (0,53)	Favorable
CSS Santa Tecla-Llevant	100	24	85,89 (9,78)	2,04 (0,55)	2,74 (0,56)	3,38 (0,33)	2,75 (0,40)	2,79 (0,36)	Favorable
SS Hospital Comarcal de Amposta	100	10	92,30 (13,64)	2,38 (0,74)	3,37 (0,55)	3,32 (0,63)	3,07 (0,53)	2,82 (0,35)	Favorable
SS Parc Sanitari Martí i Julià	95	18	83,78 (15,79)	2,32 (0,53)	3,11 (0,71)	2,67 (1,04)	3,00 (0,44)	2,43 (0,66)	Mixto
SS Hospital de la Santa Creu de Vic	93	25	85,24 (13,33)	2,02 (0,58)	3,30 (0,51)	2,94 (0,68)	2,84 (0,46)	2,69 (0,55)	Favorable
CSS El Carme	95	40	89,71 (13,56)	2,53 (0,59)	3,19 (0,68)	3,01 (0,68)	2,97 (0,47)	2,81 (0,49)	Favorable
SS Parc Salut Mar	85	40	86,95 (11,39)	2,39 (0,67)	3,22 (0,62)	2,87 (0,51)	3,27 (0,39)	2,30 (0,50)	Mixto
HSS Parc Sanitari Pere Virgili	69	61	85,75 (11,28)	2,33 (0,53)	2,82 (0,48)	2,69 (0,64)	3,06 (0,39)	2,66 (0,48)	Favorable
SS Nou Hospital Evangèlic	71	17	74,42 (20,28)	2,11 (0,86)	2,92 (0,71)	2,26 (1,13)	2,50 (0,54)	2,33 (0,73)	Mixto
Clínica Nuestra Señora de Guadalupe	81	22	82,76(19,20)	2,40(0,76)	2,87(0,65)	2,64(0,84)	2,91(0,59)	2,47(0,76)	Mixto
CSS Hospitalet	60	15	88,80 (11,87)	2,53 (0,73)	3,13 (0,65)	3,04 (0,45)	3,03 (0,41)	2,64 (0,42)	Favorable
Albada CSS	67	47	75,02 (13,77)	2,37 (0,62)	2,70 (0,73)	2,49 (0,79)	2,56 (0,39)	2,15 (0,53)	Mixto
CSS Vallparadis	95	19	86,39 (13,17)	1,97 (0,53)	3,14 (0,48)	3,01(0,63)	2,94(0,52)	2,74(0,42)	Favorable
Total	77	388	84,75 (14,07)	2,30 (0,63)	3,02 (0,63)	2,86 (0,73)	2,92 (0,49)	2,56 (0,56)	

En el caso de los factores se muestra la puntuación media calculada a partir de los ítems que se incluyen en cada factor, tratando los ítems como una variable cuantitativa, representando 1 el máximo desacuerdo y 4 el máximo acuerdo.

Favorable: 4-5 factores con puntuación media  $\geq 2,5$ ; mixto: 2-3 factores con puntuación media  $\geq 2,5$ ; desfavorable: 0-1 factor con puntuación media  $\geq 2,5$ .

N: número de enfermeras participantes; M: media; DE: desviación estándar; Dotación: «dotación y adecuación de recursos»; Fundamentos: «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad»; Liderazgo: «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables»; Participación: «participación de la enfermera en cuestiones del hospital»; Relaciones: «relaciones laborales enfermera-médico»; SS: Sociosanitario; HSS: Hospital sociosanitario; CSS: Centro sociosanitario.

les 9,35 eran en el ámbito sociosanitario. El 89,7% trabajaban como enfermeras asistenciales y el 10,3% como gestoras (2 enfermeras simultaneaban ambas tareas). Un 45,2% tenía título de posgrado, un 24,9% nivel de máster y un 25,1% título de especialista. Dos enfermeras eran doctoras. El 67,6% trabajaba a jornada completa. En cuanto a la distribución por turnos el 48% trabajaba de día, el 21,8% de noche y el 30,2% en turno rotativo. Un 58,3% trabajaba en varias unidades, siendo 2 unidades lo más habitual. Un 57,1% refirió trabajar en subagudos, un 65,9% en convalencia-postagudos, un 42,9% en paliativos, un 21,7% en psicogeriatría, un 34,9% en larga estancia, un 7,7% en hospital de día y un 8,5% en otras unidades.

#### Valoración del entorno laboral de las enfermeras

El 64,2% de los centros obtuvieron un resultado «favorable» del ALE y el 35,7% «mixto». La tabla 1 presenta la puntuación total de la PES-NWI y sus factores por centro. La mayor correlación de la PES-NWI fue con el factor «participación» ( $r=0,880$ ;  $p<0,001$ ) y la menor con el factor «relaciones» ( $r=0,553$ ;  $p<0,001$ ). La correlación más alta de factores se halló entre «liderazgo» y «participación» ( $r=0,729$ ;  $p<0,001$ ) y la menor entre «dotación» y «relaciones» ( $r=0,254$ ;  $p<0,001$ ).

#### Relación de los resultados de la Practice Environment Scale of the Nursing Work Index y sus factores con las características de las enfermeras

No se observó correlación entre la edad y la PES-NWI y sus factores. Hubo una correlación débil, aunque significativa, entre los años de experiencia profesional y los factores «liderazgo» ( $r=-0,11$ ;  $p=0,038$ ) y «participación» ( $r=-0,137$ ;  $p=0,011$ ). Igual sucedió entre años de experiencia en el ámbito sociosanitario y el factor «participación» ( $r=-0,127$ ;  $p=0,019$ ). El análisis del resto de las características de las enfermeras se presenta en la tabla 2.

#### Discusión

Los centros estudiados son heterogéneos en tamaño y actividad, sin embargo, la valoración del ALE tiende a ser «favorable» (ningún centro obtuvo un resultado «desfavorable») y la puntuación obtenida en la PES-NWI es de las más altas descritas en la literatura de nuestro país<sup>10-13</sup>.

El trabajo enfermero en las USSAI se basa en un modelo de atención geriátrica, donde el papel de las enfermeras es esencial para garantizar una atención integral de calidad<sup>2</sup>. El trabajo en equipo interdisciplinar se relacionaría con la buena valoración en estas unidades del factor «relaciones», superior a otros ámbitos asistenciales<sup>10,13,14</sup>.

La crisis económica de la última década ha obligado a realizar ajustes en las organizaciones y en las condiciones laborales de los profesionales. El porcentaje de enfermeras a tiempo completo se ha reducido aproximadamente un 20%<sup>12</sup>, y el reajuste de plantillas ha sido una de las acciones más notoria, relacionándose con puntuaciones peores del factor «dotación»<sup>11,12,15</sup>.

Las enfermeras gestoras tienden a valorar mejor el entorno laboral. Este hallazgo ha sido referido anteriormente<sup>10,11</sup>. Para evitar sesgos de información sería conveniente que las organizaciones consideraran no solo la evaluación de los profesionales gestores. El diseño e implementación de planes de mejora del ALE debería incluir una visión multiperspectiva asistencial y gestora.

La formación se relaciona con la valoración del ALE. Los resultados muestran mayor porcentaje de enfermeras con formación de posgrado (títulos de posgrado, máster y especialistas) en las USSAI respecto de otros entornos<sup>11,14</sup>. Cabe destacar el diferente comportamiento observado entre tener un posgrado, un máster o ser especialista. Estos hallazgos orientan a que la percepción del ALE se relacionaría con la capacitación y competencias conseguidas en cada nivel formativo, no pudiendo considerarse de forma agregada toda la formación de posgrado.

Este estudio apunta la conveniencia de considerar la variable movilidad como factor que mejora la valoración del ALE.

**Tabla 2**  
Puntuaciones totales del PES-NWI y de cada uno de sus factores en función de las características de las enfermeras

	N	PES-NWI M (DE)	Factor 1 Dotación M (DE)	Factor 2 Relaciones M (DE)	Factor 3 Liderazgo M (DE)	Factor 4 Fundamentos M (DE)	Factor 5 Participación M (DE)
<b>Sexo</b>							
Hombre	33	83,42 (9,74)	2,27 (0,63)	2,98 (0,58)	2,93 (0,53)	2,73 (0,38)	2,61 (0,42)
Mujer	347	85,28 (14,01)	2,33 (0,63)	3,02 (0,63)	2,87 (0,72)	2,94 (0,48)	2,57 (0,56)
Valor p		0,321	0,637	0,724	0,563	< 0,05	0,631
<b>Lugar de nacimiento</b>							
España	347	84,73 (13,61)	2,31 (0,62)	3,01 (0,63)	2,88 (0,70)	2,91 (0,48)	2,55 (0,54)
Otros países	27	87,34 (13,11)	2,39 (0,66)	2,97 (0,57)	2,83 (0,72)	2,95 (0,44)	2,80 (0,49)
Valor p		0,338	0,511	0,778	0,730	0,670	< 0,05
<b>Turno</b>							
Día	178	84,36(13,15)	2,29 (0,62)	3,10 (0,60)	2,82 (0,71)	2,92 (0,46)	2,50 (0,52)
Noche	81	80,71 (14,16)	2,32 (0,62)	2,77 (0,65)	2,61 (0,72)	2,85 (0,48)	2,40 (0,59)
Rotativo	112	89,13 (13,17)	2,36 (0,66)	3,07 (0,62)	3,16 (0,60)	2,96 (0,51)	2,79 (0,49)
Valor p		< 0,05	0,640	< 0,05	< 0,05	0,282	< 0,05
<b>Unidad de trabajo</b>							
Unidad única	151	83,20 (13,47)	2,27 (0,63)	3,00 (0,61)	2,79 (0,74)	2,88 (0,46)	2,48 (0,55)
Varias unidades	211	86,66 (13,29)	2,34 (0,62)	3,04 (0,63)	2,95 (0,67)	2,96 (0,48)	2,65 (0,53)
Valor p		< 0,05	0,319	0,612	< 0,05	0,104	< 0,05
<b>Tipología de unidad de trabajo</b>							
Subagudos	208	85,56 (13,94)	2,33 (0,65)	3,01 (0,61)	2,92 (0,71)	2,90(0,48)	2,61 (0,56)
No subagudos	156	84,95 (12,86)	2,30 (0,59)	3,03 (0,63)	2,84 (0,69)	2,96 (0,46)	2,54 (0,52)
Valor p		0,673	0,659	0,783	0,233	0,254	0,198
CNV-PosAg	240	86,33 (13,49)	2,37 (0,63)	3,02 (0,62)	2,89 (0,71)	2,97 (0,47)	2,62 (0,55)
No CNV-PosAg	124	83,30 (13,27)	2,22 (0,61)	3,02 (0,61)	2,88 (0,69)	2,84 (0,47)	2,50 (0,52)
Valor p		< 0,05	< 0,05	0,981	0,949	< 0,05	< 0,05
CP	156	86,08 (13,98)	2,40 (0,65)	3,03 (0,65)	2,94 (0,66)	2,90 (0,50)	2,63 (0,54)
No CP	208	84,71 (13,08)	2,26 (0,60)	3,01 (0,59)	2,84(0,73)	2,96 (0,45)	2,54 (0,54)
Valor p		0,336	< 0,05	0,778	0,190	0,291	0,133
Psicogeriatría	79	87,71 (13,66)	2,38 (0,69)	3,05 (0,71)	2,96 (0,63)	2,98 (0,50)	2,71 (0,50)
No psicogeriatría	285	84,63 (13,37)	2,30 (0,61)	3,01 (0,59)	2,86 (0,72)	2,91 (0,46)	2,55 (0,55)
Valor p		0,072	0,305	0,651	0,266	0,279	< 0,05
<b>Grupo profesional</b>							
Responsable	39	94,07 (11,33)	2,69 (0,62)	3,15 (0,59)	3,29 (0,55)	3,12 (0,46)	2,91 (0,37)
Asistencial	341	84,24 (13,59)	2,27 (0,61)	3,00(0,63)	2,84(0,71)	2,91(0,48)	2,54(0,55)
Valor p		< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05
<b>Jornada</b>							
Completa	250	84,27 (13,54)	2,32 (0,64)	3,01 (0,66)	2,84 (0,72)	2,90 (0,46)	2,53 (0,55)
Parcial	120	86,79 (13,78)	2,33 (0,60)	3,03 (0,56)	2,96 (0,66)	2,97 (0,50)	2,64 (0,55)
Valor p		0,097	0,866	0,712	0,117	0,145	0,066
<b>Formación</b>							
Con posgrado	171	83,03 (14,10)	2,24(0,59)	2,99(0,70)	2,80(0,79)	2,87(0,48)	2,48(0,55)
Sin posgrado	207	86,91 (13,14)	2,38(0,65)	3,04(0,56)	2,95 (0,63)	2,97(0,48)	2,65(0,54)
Valor p		< 0,05	< 0,05	0,529	0,050	0,052	< 0,05
Con máster	94	87,82 (14,77)	2,45 (0,67)	3,10 (0,60)	2,92 (0,71)	2,97 (0,53)	2,71 (0,52)
Sin máster	284	84,28 (13,24)	2,28 (0,61)	2,99 (0,64)	2,87 (0,71)	2,91 (0,46)	2,53 (0,55)
Valor p		< 0,05	< 0,05	0,135	0,526	0,269	< 0,05
Especialidad	95	86,16 (12,59)	2,37 (0,64)	3,20 (0,55)	2,87 (0,72)	2,99 (0,43)	2,53 (0,52)
Sin especialidad	283	84,82 (14,06)	2,30 (0,62)	2,95 (0,64)	2,88 (0,71)	2,90 (0,49)	2,58 (0,56)
Valor p		0,412	0,384	< 0,05	0,878	0,126	0,428

En el caso de los factores se muestra la puntuación media calculada a partir de los ítems que se incluyen en cada factor, tratando los ítems como una variable cuantitativa, representando 1 el máximo desacuerdo y 4 el máximo acuerdo.

N: número de respuestas; M: media; DE: desviación estándar; CNV-PosAg: convalecencia-postagudos; CP: cuidados paliativos; Dotación: «dotación y adecuación de recursos»; Fundamentos: «fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad»; Liderazgo: «habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables»; Participación: «participación de la enfermera en cuestiones del hospital»; Relaciones: «relaciones laborales enfermera-médico».

Frecuentemente las enfermeras que trabajan en diferentes USSAI u horarios se encuentran con dinámicas variadas, derivado de la adecuación organizativa para atender las distintas tipologías de pacientes y asumir las diferentes cargas de trabajo entre turnos<sup>11,12,14</sup>. La mejor valoración del ALE por estas enfermeras podría relacionarse con que la movilidad evita que la enfermera consolide su percepción sobre aspectos negativos de una unidad o turno concreto, hecho que sí sucedería en las fijas.

Este estudio tiene las limitaciones inherentes a los diseños descriptivos y transversales. Aunque se consiguió un número

significativo de respuestas, se aplicó en los ítems en blanco la fórmula del promedio por centro, lo cual debe considerarse una limitación. Otra posible limitación es que algunas enfermeras no contestaron las variables individuales a pesar del trato confidencial de los datos.

La aplicación del PES-NWI en los centros con USSAI no ha supuesto dificultades. Esta herramienta validada en hospitales<sup>8</sup> se considera también adecuada para centros sociosanitarios donde el ámbito cultural y organizativo es compartido con los hospitales, tanto en formación como en el desempeño profesional

enfermero<sup>10</sup>. Además, algunos de los centros estudiados son propiamente hospitales.

Este estudio evidencia que el ALE en las USSAI de los centros estudiados es percibido como un contexto favorable para la prestación de cuidados a las personas que precisan este tipo de atención sociosanitaria.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Queríamos agradecer a Sergi Mojal y Bibiana Prat su participación en el análisis estadístico. A Pau Sánchez, por su continuo asesoramiento. También agradecer la colaboración de las

direcciones de los centros sociosanitarios. Merece especial mención el compromiso y la implicación de todos los profesionales que intervinieron en la planificación y organización del estudio en cada uno de los centros. Del mismo modo, queríamos mostrar nuestra gratitud a todos los profesionales de enfermería que participaron, por su buena predisposición y su tiempo, sin cuya colaboración no hubiese sido posible realizar este estudio.

### Anexo 1. Versión validada en español de la escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* que se ha utilizado en el presente estudio<sup>8</sup>.

Por favor rellena con una "x" la casilla correspondiente a tu respuesta en cada pregunta, o contesta a la información que se pide. Por favor indica hasta qué punto estás de acuerdo con que en tu trabajo se dan las siguientes características:

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Existen servicios de apoyo* adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes *“Servicios de apoyo”: Personal de limpieza, de cocina para el reparto/recogida de bandejas, celadores para la movilización/transporte de pacientes, personal para reponer el almacén, transportar muestras al laboratorio/medicación desde la unidad de farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los médicos y las enfermeras tienen una buena relación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay oportunidades de promoción a nivel clínico y profesional para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La supervisora es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se hacen elogios y reconocimiento al trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El/la directora/a de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	De alguna manera de acuerdo	Totalmente de acuerdo
15. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hay oportunidades de ascender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Existe un programa activo de garantía de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en un modelo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomente la continuidad de los cuidados (p. ej. la misma enfermera se encarga del mismo paciente todos los días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Se utilizan los diag nósticos de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Bibliografía

- Government of Catalonia; Ministry of Health. Health Plan for Catalonia 2011-2015. Barcelona: Catalan Ministry of Health; 2012 [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio\\_model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/front2\\_ss.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio_model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf)
- De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé A, Bennasar M, Artigues G, Perelló C. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25:191-7.
- Parro A, Serrano P, Ferrer C, Serrano L, de la Puerta ML, Barberá A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria*. 2013;45:476-85.
- Puentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, López-Zorraquino D, Gómez-García T, González-María E, en nombre del consorcio RN4CAST-España. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin*. 2012;22:261-8.
- Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Valoración del entorno de práctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de Internet. *Enferm Clin*. 2013;23:271-8.
- Abad-Corpa E, Molina-Durán F, Vivo-Molina MC, Moya-Ruiz B, Martínez-Hernández A, Romero-Pelegri JM, et al. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist*. 2013;28:345-54.
- Buchan J, O'May F, Dussault G. Nursing workforce policy and the economic crisis: A global overview. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45:298-307.
- Government of Catalonia; Ministry of Health. Health Plan for Catalonia 2011-2015. Barcelona: Catalan Ministry of Health; 2012 [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio\\_model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/front2\\_ss.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio_model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf)
- Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *J Adv Nurs*. 2004;46:303-10.
- Stevenson J, Spencer L. Developing intermediate care. London: The King's Fund; 2002 [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Developing-Intermediate-Care-guide-health-social-services-professionals-Jan-Stevenson-Linda-Spencer-The-Kings-Fund-July-2009.pdf>
- Sabartés O, Sánchez D, Cervera AM. Unidades de subagudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44 Supl 1:34-8.
- Wiles R, Postle K, Steiner A, Walsh B. Nurse-led intermediate care: An opportunity to develop enhanced roles for nurses? *J Adv Nurs*. 2001;34:813-21.
- Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002;25:176-88.
- Parker D, Tuckett A, Eley R, Hegney D. Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:352-8.
- Puentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment-Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:274-80.
- Generalitat de Catalunya; Departamento de Salud; Programa de prevención y atención a la cronicidad. Alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado. Reordenación de la red sociosanitaria. Barcelona: Departamento de Salud; 2012 [consultado 30 Sep 2015]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio\\_model\\_assistencial/atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/front2\\_ss.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/contenut/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio_model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf)

