



Universitat de Lleida

La implantació de la figura de la infermera primària o referent en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica a través d'un procés d'investigació - acció participativa

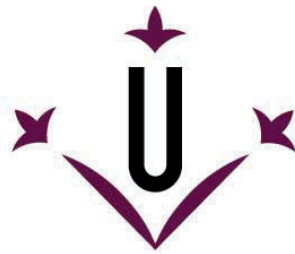
Laura Lahuerta Valls

<http://hdl.handle.net/10803/620810>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

**La implantació de la figura de la infermera
primària o referent en una unitat d'oncologia-
hematologia pediàtrica a través d'un procés
d'investigació - acció participativa**

Laura Lahuerta Valls

Memòria presentada per optar al grau de doctor
per la Universitat de Lleida
Programa de Doctorat en Salut

Directors:

Dra. Núria Roca Caparà i Dr. Joan Blanco Blanco

Tutor:

Dr. Joan Blanco Blanco

Lleida, 2018

**La implantació de la figura de la infermera primària o referent
en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica a través d'un
procés d'investigació - acció participativa**

Doctoranda: Laura Lahuerta Valls

Línia de recerca: Infermeria i Salut

Tutor: Dr. Joan Blanco

Directors: Dra. Núria Roca i Dr. Joan Blanco

Dades generals:

- **Doctoranda:** Laura Lahuerta Valls
- **Títol del projecte:** La implantació de la figura de la infermera primària o referent en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica a través d'un procés d'investigació - acció participativa
- **Línia de recerca:** Infermeria i Salut
- **Director de la línia de recerca:** Dr. Joan Torres Puig-gros / Dr. Fidel Molina
- **Tutor:** Dr. Joan Blanco
- **Directors:** Dr. Joan Blanco i Dra. Núria Roca

Aquest estudi ha estat finançat parcialment per la Fundació Infermeria i Societat en el marc de les Ajudes a la Recerca Infermera (PR-008-16)

Aquesta tesi ha rebut un ajut de l'Institut de Llengües de la Universitat de Lleida per a la correcció lingüística (convocatòria de 2018)

**Al Fausto, al Faust, als meus pares, als meus
germans, a l'Anna, a la Gina i a totes les infermeres.**

“El que fa bonic un desert és que en algun lloc amaga un pou.”

El petit príncep, d'Antoine de Saint-Exupéry

AGRAÏMENTS

Aquesta tesi ha estat un gran repte tant personal com professional. Quan s'arriba al final d'aquest recorregut, es veu com n'ha estat d'important la presència i el suport de tots els meus: família, amics, directors i companys, entre d'altres. Sense vosaltres no hauria estat possible. Gràcies.

En primer lloc, m'agradaria donar les gràcies a totes les infermeres i la resta de professionals de la planta d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu per haver fet possible aquest projecte. A elles és a qui he de donar més les gràcies: sense elles i sense la seva predisposició al diàleg, la reflexió i la millora de la gran tasca assistencial que estan desenvolupant, aquesta recerca mai no s'hauria pogut desenvolupar. En especial a l'Avelina, la Mercè i la Lluïsa, i sobretot a l'Anna; vosaltres heu estat la peça clau d'aquesta investigació i dels canvis en aquesta unitat. També m'agradaria esmentar la Pepi, que m'ha ajudat a recollir totes les dades d'aquesta recerca. Moltes gràcies per tot i a totes!

En segon lloc m'agradaria agrair a la Direcció d'Infermeria de l'Hospital Sant Joan de Déu —en especial a l'Emma i a la Charo— que sempre hagin cregut en aquest projecte des d'un inici fins al final, que m'hagin posat totes les facilitats per desenvolupar-lo i per la gran frase de la Charo en els meus moments de debilitat: “Laura, nadie dijo que fuera fácil, pero lo conseguiremos”. Gràcies per tot i a totes!

En tercer lloc m'agradaria agrair l'enorme treball que la Dra. Núria Roca Caparà, directora d'aquesta tesi, ha fet en aquesta recerca. Li hauria de dedicar moltes pàgines en aquests agraïments i segurament no serien suficients. Tinc molt molt a agrair-li. Gràcies per guiar-me en tot moment, evitant que em perdés. Gràcies per compartir tots els teus coneixements amb mi. Moltes gràcies per la teva generositat i el teu rigor. Moltes gràcies per la teva perfecció, la teva constància, exigència i comprensió, i per animar-me a lluitar per aconseguir aquest gran projecte. Gràcies per tot, Núria!

En quart lloc, m'agradaria donar les gràcies al Dr. Joan Blanco, director i tutor d'aquesta tesi. Gràcies pel teu suport, per haver fet que tot fos senzill, per animar-me a lluitar per aconseguir el repte marcat, per compartir els teus coneixements amb mi. Pel teu rigor i perfecció. Gràcies per la teva confiança absoluta. Gràcies, Joan!

Tinc molt a agrair a les persones del meu entorn. En primer lloc m'agradaria donar les gràcies al Fausto, per la seva comprensió i respecte. Per haver aguantat hores i hores de solitud mentre jo estava redactant aquesta tesi. Per intentar que casa nostra fos un lloc pacífic on es pogués escriure. Per animar-me a lluitar dia rere dia, per donar-me ànims quan ja no podia més, per donar-me suport d'una manera incondicional, per fer-me riure de mi mateixa en moments de desesperació. Gràcies, Fausto, per tot l'amor i la paciència.

També vull donar les gràcies als meus pares, als meus germans i als meus padrins: pel seu suport incondicional i perquè d'ells és d'on he tret els valors de constància, treball, esforç i superació. Sense aquests valors mai hauria tingut el coratge de dur a terme aquesta tesi. Gràcies per tot i per ser-hi sempre!

Els meus amics i amigues han estat un altre dels meus suports. Gràcies per creure sempre en mi, escoltar les meves històries sobre desesperació i posar-hi calma: gràcies!

També m'agradaria mostrar el meu agraïment a les bibliotecàries del campus docent de Sant Joan de Déu, concretament a la Yolanda i l'Anna, per ajudar-me a trobar articles, posar ordre a la bibliografia i donar-me suport en tot el que he necessitat en tot moment.

Gràcies també a les meves "companyetes" infermeres de feina i a les que ho han estat al llarg d'aquests 13 anys. Jo sóc un "trosset" de cadascuna d'elles: elles m'han ajudat, guiat, assessorat i m'han construït com la professional que sóc avui. Per tant, també tinc molt a agrair-los, per ensenyar-me sempre, donar-me suport, confiar amb mi d'una manera incondicional i convertir-me en una millor professional dia rere dia.

Finalment, m'agradaria dedicar aquesta tesi a la nostra professió, la més bonica del món, però amb un gran trajecte per lluitar, i a totes aquelles professionals que m'han ensenyat i m'ensenyaran al llarg de la meva vida professional. Gràcies.

RESUM	XXVII
RESUMEN.	XXXIII
ABSTRACT	XXXIX
PRESENTACIÓ	1
CAPÍTOL 1: REVISIÓ DE LA LITERATURA	11
1.1. Hospitals magnètics	13
1.2. Qualitat assistencial i satisfacció laboral	18
1.3. Models assistencials	28
1.4. Model d'infermera primària o referent	34
1.4.1. Antecedents del model de la infermera primària o referent	37
1.4.2. Model d'infermera primària o referent a escala estatal.	38
CAPÍTOL 2: CONTEXT DE LA RECERCA	43
CAPÍTOL 3: JUSTIFICACIÓ DE LA RECERCA.	53
3.1. Per què aquesta recerca?	55
3.2. A què li vull donar resposta i per què	59
CAPÍTOL 4: HIPÒTESI I OBJECTIUS	63
CAPÍTOL 5: METODOLOGIA.	67
5.1. Àmbit d'estudi	71
5.2. Període d'estudi	75
5.3. Disseny qualitatiu	76
5.3.1. Investigació -- acció participativa	77
5.3.2. Adaptació del model de Kemmis i McTaggart al context	82
5.3.3. Participants en el disseny qualitatiu	83
5.3.4. Tècniques de recollida de dades	87
5.3.5. Anàlisi de les dades	90
5.4. Disseny quantitatiu	93
5.4.1. Mètode quantitatiu	94
5.4.2. Participants en el disseny quantitatiu	96

5.4.3. Càlcul de la grandària de la mostra	98
5.4.4. Variables	99
5.4.4.1. Variables principals	99
5.4.4.2. Variables secundaries	99
5.4.5. Escales utilitzades per a la recollida de dades	106
5.4.5.1. Escala PES--NWI.	106
5.4.5.2. Escala SERVQHOS.	107
5.4.6. Procediment de recollida de dades.	109
5.4.7. Anàlisi estadística de les dades	110
CAPÍTOL 6: CRITERIS DE RIGOR DE LA RECERCA	111
6.1. Criteris de rigor en la investigació qualitativa	113
6.2. Criteris de rigor en la investigació quantitativa	117
CAPÍTOL 7: CONSIDERACIONS ÈTIQUES	119
CAPÍTOL 8: PROCÉS DE REALITZACIÓ DEL TREBALL DE CAMP.	125
CAPÍTOL 9: RESULTATS.	135
9.1. Fase inicial: diagnòstic i planificació de l'acció.	137
9.1.1. Desenvolupament del procés	137
9.1.2. Dades qualitatives	146
9.1.3. Acció que es vol dur a terme	157
9.1.4. Dades quantitatives	161
9.1.5. Síntesi de la fase inicial	177
9.2. Fase de desenvolupament de l'acció	179
9.2.1. Dades qualitatives	180
9.2.2. Síntesi de la fase d'implementació	190
9.3. Fase final: avaluació de l'acció	193
9.3.1. Dades qualitatives	194
9.3.2. Dades quantitatives	206
9.3.2.1. Resultats del model infermera primària o referent	206
9.3.2.2. Comparativa entre el model d'infermera primària o referent i el sistema tradicional o burocràtic	220

9.3.2.2.1. Escala PES-NWI	220
9.3.2.2.2. Escala SERVQHOS	233
9.3.3. Síntesi de la fase final d'avaluació de l'acció	247
CAPÍTOL 10: DISCUSSIÓ	249
CAPÍTOL 11: CONCLUSIONS.	291
CAPÍTOL 12: LIMITACIONS DE LA RECERCA	297
CAPÍTOL 13: APLICABILITAT I UTILITAT CLÍNICA I LÍNIES FUTURES D'INVESTIGACIÓ	301
CAPÍTOL 14: DIFUSIÓ DE LA RECERCA	305
Bibliografia	309
Annexos	337

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Grup focal de professionals experts. Criteris d'inclusió i d'exclusió.

Taula 2: Grup focal de professionals assistencials. Criteris d'inclusió i d'exclusió.

Taula 3: Criteris d'inclusió i d'exclusió dels professionals d'infermeria per realitzar l'escala PES-NWI.

Taula 4: Criteris d'inclusió i d'exclusió dels usuaris i de les famílies per realitzar l'escala SERVQHOS.

Taula 5: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera coordinadora.

Taula 6: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera referent.

Taula 7: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera col·laboradora.

Taula 8: Variables sociodemogràfiques i laborals de les infermeres que van realitzar l'escala PES-NWI en el STB.

Taula 9: Resultats de l'escala PES-NWI en el STB. Ítems de l'1 al 32.

Taula 10: Variables sociodemogràfiques dels usuaris i les famílies que van realitzar l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 11: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 12: Valoració objectiva dels usuaris i les famílies en els ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 13: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 14: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 15: Descriptius de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 16: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'1 al 3 de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 17: Valoració subjectiva dels usuaris i les famílies en els ítems del 4 al 7 de l'escala SERVQHOS en el STB.

Taula 18: Variables sociodemogràfiques i laborals de les professionals d'infermeria que van realitzar l'escala PES-NWI en el MIPR.

Taula 19: Resultats de l'escala PES-NWI en el MIPR.

Taula 20: Variables sociodemogràfiques d'usuaris i de famílies que van realitzar l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 21: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 22: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 23: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 24: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 25: Descriptius de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 26: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'1 al 3 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 27: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 4 al 7 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 28: Diferència en la titulació de les professionals en l'escala PES-NWI entre ambdues fases.

Taula 29: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-WNI en cada fase.

Taula 30: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems de l'1 al 5.

Taula 31: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 6 al 10.

Taula 32: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems de l'11 al 15.

Taula 33: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 16 al 20.

Taula 34: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 21 al 25.

Taula 35: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 26 al 30.

Taula 36: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI cada fase, ítems del 31 al 32.

Taula 37: Desviació típica i mitjana obtinguda en l'escala SERVQHOS en cada fase de l'estudi.

Taula 38: Diferència en la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems de l'1 al 5.

Taula 39: Diferència en la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems del 6 al 10.

Taula 40: Diferència en la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems de l'11 al 15.

Taula 41: Diferència en la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems del 16 al 19.

Taula 42: Diferència en la satisfacció global que perceben els usuaris i les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 43: Diferència obtinguda entorn "si es recomanaria la institució sanitària a altres persones" per part d'usuaris i de famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 44: Diferència obtinguda entorn de la "percepció de realització de proves sense consentiment durant l'ingrés hospitalari" en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 45: Diferència entorn de la "percepció de temps d'ingrés" per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 46: Diferència entorn de "conèixer el nom del professional mèdic referent" per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 47: Diferència entorn de “conèixer el nom de la seva infermera referent” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

Taula 48: Diferència entorn d'“haver rebut suficient informació durant l'ingrés hospitalari” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases.

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1: Organigrama del personal d'infermeria de la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica de l'HSJD.

Figura 2: Model d'Investigació - acció participativa de Kemmis i McTaggart.

Figura 3: Desenvolupament IAP.

Figura 4: Mural "Qui et cuida avui".

Figura 5: Resultats de l'escala SERVQHOS en el STB.

Figura 6: Resultats de l'escala SERVQHOS en el MIPR

Figura 7: Diagrama de caixa amb els resultats de l'escala PES-NWI en ambdues fases.

Figura 8: Diagrama de caixa amb els resultats de l'escala SERVQHOS en ambdues fases.

ÍNDEX DE SIGLES I ABREVIATURES

AAN: Acadèmia Americana d'Infermeria

ANA: Associació d'Infermeres Americanes

ANCC: Centre d'Accreditació d'Infermeres Americanes

AWES: Assessment of Work Environment Schedule

BPC: bona pràctica clínica

CEI: Comitè d'Ètica d'Investigació

CEIC: Comitè d'Ètica i Investigació Clínica

CIOMS: Consell d'Organització Internacional de Ciències Mèdiques

EUA: Estats Units d'Amèrica

FSJD: Fundació Sant Joan de Déu

HSJD: Hospital Sant Joan de Déu

IAP: investigació - acció participativa

JCI: Job Characteristics Inventory

MIPR: model d'infermera primària o referent

NWI: Nursing Work Index

NWI-R: Revised Nursing Work Index

OMS: Organització Mundial de la Salut

PES-NWI: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.

RN4CAST: Registered Nursing Forecasting

SAS: Servei Andalus de Salut

STB: sistema tradicional o burocràtic

UE: Unió Europea

WES: Work Environment Scale

WOFS: Ward Organization Features Scale

WQI: Work Quality Index

RESUM

La pràctica de la infermeria va més enllà de l'acte de cuidar: implica oferir a usuaris i famílies una atenció personalitzada basada en la reflexió, la integració de creences i valors, l'anàlisi crítica i l'aplicació de coneixements, el judici clínic, la intuïció i l'avaluació de la qualitat de les intervencions i dels factors organitzatius i estructurals de la pràctica infermera.

L'evidència científica existent posa de manifest que els factors organitzatius i estructurals de les institucions sanitàries faciliten la pràctica del professional d'infermeria i tenen un gran impacte, a més del desenvolupament professional, en els resultats clínics dels pacients i en els resultats de la productivitat dels centres.

Dins els diferents models organitzatius de la plantilla d'infermeria, el model basat en la figura de la infermera primària o referent no és simplement una manera d'assignar infermeres als pacients/famílies, sinó que va molt més enllà i proporciona una figura infermera en què la seva pràctica professional està centrada en el pacient i no en la malaltia i, a la vegada, això pot ocasionar una millora de la percepció de l'entorn laboral per part dels professionals i una millor qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies.

Objectiu:

La finalitat d'aquesta tesi va ser explorar el procés d'implantació del sistema d'assignació de la infermera primària o referent (MIPR) a la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu a través d'una investigació - acció participativa (IAP) i les seves implicacions en l'entorn laboral de les infermeres i en la qualitat assistencial percebuda pels pacients i les seves famílies.

Metodologia:

Es va plantejar un estudi mixt utilitzant el principi de la triangulació a través de diferents instruments (grups focals, observació no participant, diari de camp, qüestionaris), diferents agents (infermeres gestores i assistencials i usuaris/famílies) i diferents mètodes (mètode qualitatiu i quantitatiu).

La metodologia qualitativa va seguir un disseny de tipus investigació - acció participativa des del model de Kemmis i McTaggart. Es va utilitzar un mostreig no probabilístic, estratègic o intencional. Els actors principals van ser cinc professionals expertes (infermeres amb una trajectòria de reconegut prestigi en el camp de la gestió, que aportaven perspectives diverses sobre la professió en el disseny del nou model d'organització). Paral·lelament també van participar-hi cinc infermeres assistencials (professionals que en el moment de l'estudi estaven relacionades amb l'àmbit de l'activitat assistencial en la planta d'hospitalització en què es va desenvolupar el canvi).

Les tècniques utilitzades per la recollida de dades van ser els grups focals amb infermeres expertes i professionals, l'observació no participant per part de la investigadora principal i el diari de camp.

Tot i que el vessant qualitatiu va aportar molta informació sobre el procés, la combinació amb la metodologia quantitativa va complementar les dades a través d'un estudi quasiexperimental prospectiu sense aleatorització amb dos grups no equivalents ni recurrents per identificar si el MIPR millorava la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals, així com la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies dins la institució sanitària.

L'àmbit d'estudi va ser la Unitat d'Oncologia - Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu. El treball de camp es va dur a terme des de setembre del 2015 fins a setembre de 2016.

Les variables principals d'aquesta recerca van ser la relació o no de la figura de la *infermera primària o referent* amb la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies, valorada mitjançant l'escala SERVQHOS i la relació o no de la figura de la infermera primària o referent en la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals valorada mitjançant l'escala PES-NWI. Les variables secundàries van ser variables sociodemogràfiques d'usuaris i famílies, i de les professionals.

La recerca va seguir en tot moment els criteris de rigor fonamentals en investigació qualitativa i quantitativa.

Resultats:

Entre els resultats més destacables d'aquesta recerca hi ha que les professionals d'infermeria, assistencials i gestores, van valorar el desenvolupament de l'acció d'una manera molt positiva. Les professionals es van sentir participants del projecte des del primer moment, tot i que sabien que implantar aquest model de cures era una aposta de la institució. El fet d'haver tingut l'oportunitat de manifestar la seva opinió, fer un seguiment de la implantació de l'acció, saber que la investigadora principal recollia la veu de totes les professionals i que es poguessin esmentar els elements destacables i millorables d'aquest projecte les va fer sentir protagonistes principals de tot el procés, element que va fomentar una bona acceptació del canvi per part seva.

Les gestores també van valorar la metodologia d'implantació de l'acció de manera molt positiva i van recalcar el fet que atès que havien participat en tot el procés de desenvolupament, això havia permès adaptar la nova organització de cures a les característiques de la institució d'una manera molt precisa, amb la possibilitat de corregir els elements millorables i potenciar els elements destacables.

Tant infermeres assistencials com gestores van valorar el MIPR com una organització de cures d'excel·lència, on infermeria tenia més visibilitat dins l'equip interdisciplinari, una relació professional més bona amb el pacient i la família, i proporcionava més motivació i un entorn laboral millor. Les infermeres gestores coincidien amb les infermeres assistencials que aquest model potencia el rol autònom d'infermeria i fomenta que hi hagi més implicació en les cures proporcionades a usuaris i famílies.

Gràcies a la metodologia quantitativa, les dades es van poder complementar i es va evidenciar un increment en la mitjana de l'escala PES-NWI (percepció de l'entorn laboral per part de les professionals) entre les dues fases de l'estudi (abans i després de la implantació del MIPR) de gairebé quatre punts, passant d'una mitjana de 90,75 (DE = 12,19) en el sistema d'assignació basat en el model tradicional o burocràtic (MTB) a una mitjana de 94,60 (DE=13,20) amb el sistema MIPR. Tot i que hi va haver un increment de l'escala PES-NWI entre les dues fases, aquesta diferència no arribava a ser significativa ($p = 0,344$) probablement degut a la grandària de la mostra de què es

disposava. Pel que fa a la qualitat assistencial percebuda per usuaris i famílies, es va poder observar un increment significatiu de la mitjana de l'escala SERVQHOS entre les dues fases de l'estudi de gairebé 7 punts ($p = 0,006$). En el sistema d'assignació MTB, la mitjana de l'escala SERVQHOS va ser de 78,029 (DE = 11,55) i en MIPR, la mitjana va ser de 84,80 (DE = 7,43).

Conclusions:

El model organitzatiu basat en la figura de la infermera primària o referent va ser valorat molt positivament per infermeres gestores i assistencials. El valoraven com un model amb una visió més humanista, que focalitza l'activitat assistencial en el malalt i la seva família i no en la patologia (més pròpia del model biomèdic), cosa que permet oferir unes cures de més qualitat i assolir més lideratge assistencial infermer durant tot el procés d'hospitalització.

S'ha evidenciat que aquest model produeix un augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies respecte del MTB, així com una millora de la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals d'infermeria.

Les estratègies desenvolupades durant tot el procés de la IAP en aquest estudi van permetre implantar un nou model d'organització de cures, basat en la figura de la infermera primària o referent, a partir de l'experiència gestora i assistencial de les professionals d'infermeria mateixes implicades en el procés, i establir un vincle entre la teoria i la pràctica i la possibilitat que les infermeres assistencials i gestores aprenguin de la seva pròpia experiència per poder transformar-la posteriorment.

Paraules clau: Infermeria Pediàtrica, Infermeria Primària, Investigació Qualitativa, Ambient de Treball, Qualitat de l'atenció de Salut.

RESUMEN

La pràctica de la enfermería va més allà del acto propio del cuidar: implica ofrecer a los usuarios y a sus familias una atención personalizada basada en la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico y la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición y la evaluación de la calidad de las intervenciones y de los factores organizativos y estructurales de la práctica enfermera.

La evidencia científica existente pone de manifiesto que los factores organizativos y estructurales de las instituciones sanitarias facilitan la práctica del profesional de enfermería y tienen un gran impacto, a parte del desarrollo profesional, en los resultados clínicos de los pacientes y en los resultados de la productividad de los centros.

Dentro de los distintos modelos organizativos de la plantilla de enfermería, el modelo basado en la figura de la enfermera primaria o referente no es simplemente una forma de asignar enfermeras a los pacientes/familias, sino que da un paso más y proporciona una figura enfermera en la que su actividad profesional está centrada en el paciente y no en la enfermedad, y, a su vez, esto puede ocasionar una mejora en la percepción del entorno laboral por parte de los profesionales y una mejor calidad asistencial percibida por usuarios y familias.

Objetivo:

La finalidad de esta tesis fue explorar el proceso de implantación del sistema de asignación de la enfermera primaria o referente (MIPR) en la unidad de Oncología-Hematología del Hospital Sant Joan de Déu mediante un proceso de investigación - acción participativa (IAP) y sus implicaciones en el entorno laboral de las enfermeras y en la calidad asistencial percibida por los pacientes y sus familias.

Metodología:

Se planteó un estudio mixto utilizando el principio de la triangulación a través de distintos instrumentos (grupos focales, observación no participante, diario de campo, cuestionarios), distintos agentes (enfermeras gestoras y asistenciales y usuarios/familias) y distintos métodos (método cualitativo y cuantitativo).

La metodología cualitativa siguió un diseño de tipo investigación - acción participativa desde el modelo de Kemmis y McTaggart. Se utilizó un muestreo no probabilístico, estratégico o intencional. Los actores principales fueron cinco profesionales expertas (enfermeras con una trayectoria de reconocido prestigio dentro del campo de la gestión, que aportaban perspectivas distintas sobre la profesión en el diseño del nuevo modelo de organización). Paralelamente, también participaron cinco enfermeras asistenciales, que en el momento del estudio estaban relacionadas con el ámbito asistencial en la unidad de hospitalización donde se desarrollaba el cambio.

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos fueron los grupos focales con enfermeras expertas y profesionales, la observación no participante por parte de la investigadora principal y el diario de campo.

La parte cualitativa aportó mucha información sobre el proceso, no obstante, la combinación con la metodología cuantitativa complementó los datos a través de un estudio cuasiexperimental prospectivo sin aleatorización con dos grupos no equivalentes ni recurrentes, para identificar si el MIPR mejoraba la percepción del entorno laboral por parte de las profesionales, así como la calidad asistencial que percibían usuarios y familias dentro de la institución sanitaria.

El ámbito de estudio fue la Unidad de Oncología - Hematología del Hospital Sant Joan de Déu. El trabajo de campo se llevó a cabo desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2016.

Las principales variables de esta investigación fueron la relación o no de la figura de la enfermera referente con la calidad asistencial percibida por los usuarios y las familias, valorada mediante la escala SERVQHOS y la relación o no de la figura de la enfermera primaria o referente en la percepción del entorno laboral por parte de las profesionales, valorada mediante la escala PES-NWI. Las variables secundarias fueron las variables sociodemográficas de usuarios y familias y de las profesionales.

La investigación siguió en todo momento los criterios de rigor fundamentales de la investigación cualitativa y cuantitativa.

Resultados:

Entre los resultados más destacables de esta investigación, se encuentra que las profesionales de enfermería, asistenciales y gestoras, valoraron el desarrollo de esta acción de una forma muy positiva. Las profesionales se sintieron partícipes del proyecto desde el primer momento, aunque sabían que la implantación del modelo de cuidados era una apuesta de la institución, el hecho de haber tenido la oportunidad de manifestar su opinión, de hacer un seguimiento de la implantación de la acción, saber que la investigadora principal recogía la voz de todas las profesionales y el hecho de que se pudieran mencionar los elementos destacables y mejorables de este proyecto, les hizo sentirse protagonistas principales de todo el proceso, situación que fomentó una buena aceptación del cambio por su parte.

Las gestoras también valoraron la metodología de implantación de la acción de forma muy positiva, recalcando el hecho de que al haber participado en todo el proceso de desarrollo, sentían que había permitido adaptar la nueva organización de cuidados a las características de la institución, de una forma muy precisa, con la posibilidad de corregir los elementos mejorables y potenciar los elementos destacables.

Tanto enfermeras asistenciales como gestoras valoraron el MIPR como una organización de cuidados de excelencia, donde enfermería tiene más visibilidad dentro del equipo interdisciplinario, mejor relación profesional con el paciente y la familia, y aportaban mayor motivación y mejor entorno laboral. Las enfermeras gestoras coincidían con las enfermeras asistenciales en que este modelo potencia el rol autónomo enfermero y fomenta una mejor implicación en los cuidados proporcionados a usuarios y familias.

Gracias a la metodología cuantitativa, los datos se pudieron complementar, evidenciándose un incremento en la media de la escala PES-NWI (percepción del entorno laboral por parte de las profesionales) entre las dos fases del estudio (antes y después de la implantación del MIPR) de casi 4 puntos, pasando de una media de 90,75 (DE = 12,19) en el sistema de asignación basado en el modelo tradicional o burocrático (MTB), a una media de 94,60 (DE = 13,20) en el sistema MIPR. A pesar de

que hubo un incremento de la escala PES-NWI entre ambas fases, esta diferencia no llegaba a ser significativa ($p = 0,344$) con el tamaño muestral de que se disponía. En relación con la calidad asistencial percibida por los usuarios y las familias, se pudo observar un incremento significativo de la media de la escala SERVQHOS entre las dos fases del estudio de casi 7 puntos ($p = 0,006$). En el sistema de asignación MTB, la media de la escala SERVQHOS fue de 78,29 (DE = 11,55) y, en el MIPR, la media fue de 84,80 (DE = 7,43).

Conclusiones:

El modelo organizativo basado en la figura de la enfermera primaria o referente fue valorado muy positivamente por enfermeras gestoras y asistenciales. Lo valoraron como un modelo más humanista, que focalizaba la actividad asistencial en el enfermo y su familia y no en la patología (más propia del modelo biomédico), permitiendo, de esta forma, ofrecer unos cuidados de mayor calidad y conseguir un mayor liderazgo asistencial enfermero durante el proceso de hospitalización.

Se ha evidenciado que este modelo produce un aumento de la calidad asistencial que perciben los usuarios y las familias respecto al MTB, así como una mejora en la percepción del entorno laboral por parte de las profesionales de enfermería.

Las estrategias desarrolladas durante el proceso de la IAP en este estudio permitieron implantar un nuevo modelo de organización de cuidados, basado en la figura de la enfermera primaria o referente, a partir de la experiencia gestora y asistencial de las propias profesionales de enfermería implicadas en el proceso, estableciendo un vínculo entre teoría y práctica y la posibilidad de que las enfermeras asistenciales y gestoras aprendieran de su propia experiencia para luego transformarla.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica, Enfermería Primaria, Investigación Cualitativa, Ambiente de Trabajo, Calidad de la Atención de Salud.

ABSTRACT

Nursing practice goes beyond the actual act of caring, it involves providing the users and their families with personalized attention based on reflection, the integration of beliefs and values, critical analysis and the application of knowledge, clinical judgment, intuition, evaluating the quality of the interventions performed and of the organizational and structural factors of nursing practice.

The scientific evidence available highlights that organizational and structural factors of health institutions facilitate the practice of nursing professionals and, as well as on professional development, have a major impact on the clinical outcomes of patients and on the centers' productivity.

Within the different organizational models of nursing staff, the one based on the figure of Primary or Referent Nurse is not simply a way of assigning nurses to patients/families, but goes one step further and provides a nursing figure whose professional activity focuses on the patient and not on the disease, and this, in turn, can lead to an improved perception of the work environment by professionals and better quality of care perceived by users and families.

Objective:

The purpose of this thesis was to explore the process of implementing the Primary or Referent Nurse (MIPR) allocation system in the Oncology-Hematology Unit at Hospital Sant Joan de Déu through a Participatory Action Research (PAR) process and its implications in the working environment of nurses and the quality of care perceived by patients and their families.

Methodology:

A mixed study was proposed using the principle of triangulation through various instruments (focus groups, non-participant observation, field diary, questionnaires), various stakeholders (manager nurses and care nurses and users/families), and different methods (qualitative and quantitative).

The qualitative methodology followed a Participatory Action Research design taken from the model by Kemmis and McTaggart. Non-probability, strategic or intentional sampling was used. The main actors were five expert professionals (nurses with a prestigious track record within the field of management, who contributed various perspectives of the profession to the design of the new organizational model). In parallel, five care nurses also took part, who at the time of the study were involved in the field of care in the hospital unit where the change was being implemented.

The techniques used for data collection were focus groups with skilled professional nurses, non-participant observation by the principal investigator, and the field diary.

Although the qualitative part provided a great deal of information on the process, the combination with the quantitative methodology complemented the data via a non-randomized, prospective quasi-experimental study with two non-equivalent, non-recurring groups, to identify if the MIPR improved professionals' perceptions of the work environment, as well as the quality of care perceived by users and families within the healthcare institution.

The study took place in the Oncology-Hematology Unit at Hospital Sant Joan de Déu. Fieldwork was undertaken between September 2015 and September 2016.

The main variables of this research were the relationship or not of the figure of Primary or Referent Nurse with the perceived quality of care by users and families assessed using the SERVQHOS scale and the relationship or not of the figure of Primary or Referent Nurse in professionals' perception of the work environment scored using the PES-NWI scale. The secondary variables were the sociodemographic variables of the users and families and of the professionals.

At all times, the research followed the fundamental rigorous criteria of qualitative and quantitative research.

Results:

Among the most notable results of this research is that professional nurses, care nurses and manager nurses, valued the development of this action most positively. The professionals felt involved in the project from the outset, even though they knew that the implementation of this care model was at the initiative of the institution; the fact that they had had the opportunity to express their views, to monitor the implementation of the action, knowing that the principal investigator was recording the voice of all the professionals and that it was possible to mention the noteworthy and improvable aspects of this project made them feel they were the focus of the entire process, which then fostered good acceptance of the change on their part.

The managers were also highly positive towards the methodology for the implementation of the action, stressing that, having participated throughout the development process, they felt that it had allowed adapting the new care organization to the characteristics of the institution, very precisely, with the possibility of rectifying aspects for improvement and enhancing the noteworthy ones.

Both care nurses and manager nurses valued the MIPR as an excellent care organization, where nursing is more visible within the interdisciplinary team, has a better professional relationship with patient and family, and provided greater motivation and a better work environment. Managing nurses agreed with care nurses that this model boosts the autonomous role of nursing and promotes greater involvement in the care provided to users and families.

Thanks to the quantitative methodology, data could be supplemented displaying an increase in the mean of the PES-NWI scale (professionals' perception of the work environment) between the two phases of the study (before and after implementing the MIPR) of almost 4 points, rising from a mean of 90.75 (SD=12.19) in the allocation system based on the Traditional or Bureaucratic Model (MTB), to a mean of 94.60 (SD=13.20) in the MIPR System. While there was an increase in the PES-NWI scale between the two phases, this difference was not significant ($p=0.344$) given the sample size available. In relation to healthcare quality perceived by users and families, a

significant increase was observed of nearly 7 points ($p=0.006$) in the mean of the SERVQHOS scale between the two phases of the study. In the MTB allocation system, the mean of the SERVQHOS scale was 78.29 ($SD=11.55$), and in the MIPR mean was 84.80 ($SD=7.43$).

Conclusions:

The organizational model based on the figure of Primary or Referent Nurse was most positively valued by manager and care nurses. They valued it as a more humanistic model, focusing healthcare activity on the patient and their family and not on the pathology (more typical of the biomedical model), thus offering higher quality care and achieving greater nursing healthcare leadership during hospitalization.

This model has been seen to produce an increase in the quality of care perceived by users and their families, compared to MTB, as well as an improvement in the perception of the work environment by nursing professionals.

The strategies developed during the Participatory Action Research process in this study allowed implementing a new model of care organization, based on the figure of Primary or Referent Nurse, resorting to the management and healthcare experience of the nursing staff involved in the process, establishing a link between theory and practice and the possibility for care and manager nurses to learn from their own experience to then transform it.

Keywords: Pediatric Nursing, Primary Nursing, Qualitative Research, Working Environment, Quality of Health Care.

PRESENTACIÓ

Presentació

“Camina amb la certesa de saber que a cada pas que fas estàs més a prop d'aconseguir allò que una vegada va ser només un somni”

Minglano

La necessitat de personalitzar i humanitzar les cures infermeres posa de manifest el requeriment de reorientar els sistemes i els serveis de salut amb nous models i estratègies que responguin les preguntes següents: quines seran les atencions de salut en els pròxims anys? Quin paper exerciran els professionals d'infermeria?. Les infermeres^a constituïm el col·lectiu de professionals de la salut més nombrós i ens trobem en tots els àmbits relacionats amb la salut: des d'hospitals d'alta complexitat fins als centres de salut més allunyats de zones rurals o urbanes, les escoles i els centres de treball. Les infermeres eduquem, dirigim, gestionem, assessorem i investiguem, però sobretot cuidem (Adam, 1991; Benner i Wrubel, 1989; Zarate Grajales, 2004).

Les intervencions de les infermeres es caracteritzen perquè són polivalents, altament flexibles i molt complexes: se'ns demana que desenvolupem el pensament crític, se'ns exigeixen competències tècniques de molt alt nivell i mantenir sempre una gran sensibilitat pel tracte humà de les persones i les famílies que es troben en situacions de salut-malaltia. Aquest tracte humà, les cures infermeres personalitzades, són la raó de ser de la nostra professió i constitueixen el motor del nostre “quefer” diari i, per tant, el nostre centre d'atenció i objectiu d'estudi com a disciplina professional (Benner, 1995; Colliere, 1986; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, i Major, 1996; Zarate Grajales, 2004).

La personalització de les cures infermeres és una de les expectatives que apareixen més freqüentment en els estudis de satisfacció que es duen a terme en els sistemes sanitaris actuals (Díaz, 2005; Mira, Aranaz, Lorenzo, Rodríguez Marín, i Moyano, 2001;

^a Durant aquesta tesi s'utilitza el terme “infermera” i el seu plural, *infermeres*, per fer referència a tot el col·lectiu de la professió, tal i com recomana el Consell Internacional d'Infermeria.

Torres i Piñero Martín, 1997), ja que l'objectiu de les diferents institucions sanitàries és centrar l'activitat infermera en la persona-pacient i no solament en la patologia-pacient. Aquesta personalització de les cures constitueix el pilar fonamental per aconseguir una atenció holística, integral i continuada, orientada a l'usuari i a la família (Shindul Rothschild, Berry, i Long Middleton, 1996), i unes cures infermeres basades en l'excel·lència. Tanmateix, això obliga les diferents institucions sanitàries a desenvolupar una reorientació en el context organitzatiu de la pràctica infermera (Aiken, Clarke, i Sloane, 2002) per tal de donar resposta a l'atenció sanitària actual, que cada cop és més complexa, i a les diferents institucions sanitàries, que s'enfronten a importants reptes per proporcionar cures que siguin adients a alts nivells de qualitat en un medi canviant, competitiu i incert (Shindul Rothschild et al., 1996).

Aquests canvis organitzatius es defineixen com la necessitat de disposar d'un professional d'infermeria de referència durant tot el procés assistencial, amb qui el pacient i la família puguin establir un vincle estable que permeti una relació terapèutica i una coordinació de les cures infermeres, i permeti dur a terme una educació sanitària perquè l'usuari/família puguin continuar les cures al domicili, una vegada tinguin l'alta hospitalària (Hegyvary, 1982; Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey, Ciske, Robertson, i Harris, 1974; Manthey i Kramer, 1970). Aquest model s'anomena *infermera primària* o *referent* (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970), i es defineix com "l'assignació en un hospital d'un professional d'infermeria de referència per cada pacient, el qual planifica, brinda i vigila l'atenció com a responsable des que ingressa fins que se'n va d'alta domiciliària" (Pontin, 1999). Mitjançant aquest model es poden oferir unes cures infermeres més individualitzades, holístiques i integrals, la intervenció d'una infermera com a recurs terapèutic i la integració d'habilitats específiques per part d'aquest professional cap a la població.

La pràctica de la infermeria va més enllà de l'acte de cuidar: implica oferir una atenció personalitzada que englobi la reflexió, la integració de creences i valors, l'anàlisi crítica, l'aplicació de coneixements, el judici clínic, la intuïció, l'avaluació de la qualitat de les intervencions i, sobretot, els factors organitzatius i estructurals de la pràctica

infermera mateixa (Kérouac et al., 1996; Meleis i Jennings, 1989; Meleis i Price, 1988). Hi ha evidència científica en la literatura, des de fa anys, entorn dels factors organitzatius i estructurals (Aiken et al., 2012) que faciliten la pràctica del professional d'infermeria, i que tenen un gran impacte no solament en el desenvolupament professional, sinó també en els resultats clínics dels pacients i en els resultats de la productivitat dels centres (Adams, Bond, i Hale, 1998; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, i Silber, 2003; Aiken et al., 2012; Lin i Liang, 2007). Per exemple, Zelaukas y Howes (1992) defineixen que el context organitzatiu òptim per a la prestació de les cures infermeres inclou tres elements principals: autonomia professional del personal d'infermeria, responsabilitat i implicació en la presa de decisions, i control sobre l'entorn en què es desenvolupen les cures infermeres. D'altra banda, autores com Linda Aiken^b destaquen la importància de l'activitat infermera per a l'obtenció de cures més segures i de més qualitat (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, i Cheney, 2008; Aiken et al., 2012). Tots aquests problemes organitzatius i estructurals enunciats anteriorment es poden reduir amb el paper del professional d'infermeria referent (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Pontin, 1999).

La majoria de les infermeres treballen en centres hospitalaris o comunitaris, dirigits per una administració molt complexa, amb principis d'alta burocràcia, de gran centralització i divisió de tasques excessiva. Sovint l'organització, els serveis i el treball s'estableixen amb un enfocament mèdic del diagnòstic i del tractament (Diers, 1986; Kérouac et al., 1996) (medicina, cirurgia, obstetrícia, pediatria). D'altra banda, hi ha múltiples grups organitzats de manera jeràrquica: els caps assistencials, els metges, els sindicats i diversos grups professionals, fet que genera problemes en relació amb el reconeixement, l'estatus, la comunicació, l'autonomia i la responsabilitat, que poden complicar l'assoliment d'una gestió de cures amb èxit (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, i Johnson, 1990; Pepin, 1992; Zarate Grajales, 2004). A l'interior de les mateixes unitats d'infermeria, de les diferents institucions, també existeixen elements que obstaculitzen una gestió efectiva, com ara personal escàs, alta rotació de personal,

^b Una de les expertes més importants a escala europea i internacional en l'àmbit de la seguretat dels pacients, els recursos i l'activitat dels professionals infermers.

absentisme, etc. A més, les infermeres han de superar situacions d'estrès, angoixa i patiment dels pacients. En fi, un personal responsable de les cures que treballa en un mitjà altament complex i on sorgeixen, en algunes ocasions, dilemes ètics (Prescott i Bowen, 1985; Zarate Grajales, 2004).

La literatura indica que la gestió de les cures requereix de la figura de la infermera referent (Hegyvary, 1982; Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Pontin, 1999), amb més lideratge i motivació, dues qualitats essencials per garantir unes cures de qualitat. El lideratge permet influir en l'acció de la resta de l'equip interdisciplinari, així la infermera referent pot transmetre els valors de les cures i assumir actituds de suport a la resta de l'equip i reduir els factors que obstaculitzen unes cures de qualitat (Manthey, 1973; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970). Paral·lelament, la infermera referent podrà tenir més motivació en la seva feina i generar un clima feiner favorable i participatiu, podrà involucrar el personal en les decisions, demanar l'opinió del grup, ser receptiva davant les demandes del personal, reconèixer el treball, compartir la informació, afavorir la creativitat, promoure l'esperit d'equip, fomentar l'autonomia professional i la capacitat de tots els membres del grup de proporcionar cures personalitzades (Manthey, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey i Kramer, 1970). Tot això es podrà veure reflectit en unes cures infermeres de més qualitat, ja que la motivació del personal responsable de les cures és essencial per oferir unes cures excel·lents (Kramer i Hafner, 1989). Una infermera satisfeta i estimulada per la seva feina és capaç de comprometre's a millorar la qualitat dels processos de les cures adreçats a afavorir el confort, la comunicació i la curació, a promoure la salut de les persones que cuida i augmentar-ne la satisfacció laboral dins la institució sanitària on desenvolupa el seu rol professional (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, i Silber, 2002; Duarte Clímets i Aguirre Jaime, 2003; Lake, 2007). Aquesta realitat es va percebre en els hospitals magnètics (Aiken, 1996; Kaplan, Zeller, Damitio, Culbert, i Bayley, 2014; López Alonso, 2004a).

El concepte d'*hospital magnètic* va ser introduït per primera vegada l'any 1983 i sorgeix d'una política definida per l'Acadèmia Americana d'Infermeria (AAN) l'any 1981. Davant del fenomen d'escassetat d'infermeres als Estats Units, calia identificar

les característiques de les organitzacions que eren capaces de retenir i d'atreure personal d'infermeria qualificat i buscar les millors condicions per a la pràctica professional. A conseqüència d'aquest fet, es va fer un estudi per determinar els diferents factors que atreien i retenien infermeres, i es va poder observar que els hospitals magnètics són centres basats en una excel·lència de cures infermeres i un ambient de treball òptim (Kramer, 1991; Vickie, Moore, i Sharkey, 2002).

L'any 1988, Kramer i Schamlenberg (1988) van publicar els resultats dels estudis sobre els hospitals magnètics (centres sanitaris on tot usuari/família vol ser atès i tot professional vol treballar) i les institucions basades en l'excel·lència, on es va identificar la relació entre la satisfacció laboral dels professionals i el seu impacte en la qualitat de les cures brindades. D'aquí la importància de dur a terme un canvi organitzatiu en la pràctica infermera i substituir el sistema tradicional o burocràtic (STB), que impera en la majoria d'institucions sanitàries del nostre país —i on l'objectiu final d'aquest model és el desenvolupament d'una sèrie de tasques rutinàries (donar medicació, pressió arterial, etc.) i on cap professional d'infermeria és el responsable final de la planificació de les cures infermeres (García Altés, Martínez, Carrillo, i Peiró, 2000; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, i Zelevinsky, 2002; Ruiz Hontangas, Luis, Sánchez, Loreto, i Gregori, 2011) — pel model professional, amb el qual s'identifica el model d'assignació d'infermera primària o referent (MIPR) (García Juárez et al., 2011; Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Pontin, 1999), que es caracteritza per una major complexitat per part del professional d'infermeria, on es ressalten les qualificacions individuals de les professionals infermeres, més presència de la infermera amb el pacient, més autonomia i autoritat en la presa de decisions de la professional, la individualització de les cures infermeres més enllà dels aspectes físics, l'avaluació continuada, etc. Tots aquests elements accentuen les responsabilitats de la professional infermera; no obstant això, també generen més motivació en la professional i més motivació en la consecució dels objectius institucionals (Aiken et al., 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; Antolí Sasot, 1998; Gershon et al., 2007; Gershon, Stone, Bakken, i Larson, 2004; Kazanjian, Green, Wong, i Reid, 2005; Kramer i Schmalenberg,

2008; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox, i Guither, 2002; Sleutel, 2000; Van Bogaert et al., 2014).

A Catalunya, el MIPR va ser introduït a l'empresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, l'any 2007, i va derivar en una millora de la qualitat assistencial mesurada amb bons indicadors de qualitat i una valoració positiva per part dels diferents professionals assistencials que proporcionen les cures infermeres (ALTHAIA. Xarxa assistencial de Manresa, s.d.).

La substitució del STB pel MIPR pot donar resposta a tot el que s'ha esmentat anteriorment, a un augment de la qualitat de les cures infermeres percebudes per l'usuari i la família (Antolí Sasot, 1998; *Guía para la protocolización de la enfermera referente en unidades de hospitalización*, 2006; Padula, 1998; Sancón Macías, 1995), i, d'altra banda, un augment de la satisfacció laboral de les professionals d'infermeria (Adams et al., 1998), millorant així l'ambient de treball dins de les institucions (Adams et al., 1998; Elizabeth Álvarez de la Rosa, Olivares Ramírez, Cadena Estrada, i Sonalí Olvera Arreola, 2012; García Juárez et al., 2013; González Valentín, Padín López, i de Ramón Garrido, 2005).

La personalització de les cures infermeres no s'ha d'entendre com un simple sistema utilitzat per organitzar i oferir cures a les persones hospitalitzades, sinó que comprèn una estructura organitzativa que permet l'expressió d'unes cures humanitzades (Binnie, Titchen, i Lathlean, 1999; Cañas Nuñez et al., 2007). La figura de la infermera referent no és simplement una manera d'assignar infermeres als pacients, sinó una visió de la infermeria com una pràctica professional centrada en el pacient (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Pontin, 1999). Per tant, implantar aquestes accions per a la personalització de les cures, com ara la relació interpersonal o d'ajuda, resulta difícil de posar en pràctica si ens allunyem del disseny metodològic d'investigació - acció participativa (IAP)^c, ja que per aconseguir una implantació real i efectiva d'evidències en la complexa realitat de la pràctica clínica, es necessita entendre els mecanismes que motiven els canvis en

^c Al llarg de la tesi ens referirem al concepte d'investigació – acció participativa com a IAP.

l'organització (Abad Corpa, Delgado Hito, i Cabrero García, 2010; Bellman, 1996; Delgado Hito et al., 2001; Latorre, 2003b; López Alonso et al., 2010; López Alonso, Rodríguez Gómez, i Rodríguez Morilla, 2007). Actualment, les organitzacions sanitàries han adquirit una complexitat extrema i entendre-les esdevé cada cop més necessari. Els clínics hem de ser investigadors de la nostra pròpia pràctica professional i els canvis s'han de generar dins dels mateixos equips de treball (Bellman, 1996; Latorre, 2003b).

Si es parteix de la hipòtesi que són molts els beneficis del MIPR respecte del STB, els resultats de satisfacció dels pacients i les famílies han de ser més elevats (Manthey et al., 1974), i el grau de satisfacció laboral del professional d'infermeria, també. Per tant, la necessitat de fer aquest estudi és la d'introduir una millora en l'organització de les cures infermeres a la nostra institució, substituint el STB o model funcional o centrat en les tasques pel MIPR.

En nombrosos actes científics de caràcter nacional i internacional és freqüent sentir que sense les infermeres els sistemes de salut no operarien (Kron i Durbin, 1983). No obstant això, tot i les evidències de la important activitat professional de les infermeres i el benefici de salut que aporten, sovint les institucions no perceben les cures brindades per les infermeres com a indispensables (Subirana Casacuberta i Fargues i García, 2005). Per això és imprescindible fer recerca sobre les cures i la seva gestió, amb la finalitat de plantejar propostes basades en l'evidència científica, que millorin la prestació de les cures infermeres en els diferents escenaris de la pràctica, elaborant estudis on es puguin mostrar com els serveis d'infermeria poden incidir en indicadors de morbimortalitat, temps d'estada hospitalària, reingressos, infeccions hospitalàries i satisfacció d'usuaris i famílies, entre d'altres (Aiken et al., 2008).

CAPÍTOL 1

Revisió de la literatura

1.1. HOSPITALS MAGNÈTICS

“Si sus acciones inspiran a otros a soñar más, a aprender más, a hacer más y a llegar a ser más, es usted un líder.”

John Quincy Adams 1767 - 1848

Un dels problemes que presenten les diferents institucions sanitàries a escala mundial —i que preocupa no només els països desenvolupats— és l'escassetat d'infermeres. Aquesta situació ha estimulat l'anàlisi de centres hospitalaris, interessats a atreure i retenir els professionals d'infermeria amb més formació i que busquen una satisfacció laboral adequada (Fuentelsaz Gallego, Moreno Casbas, López Zorraquino, Gómez García, i González María, 2012; López Alonso, 2004a).

La major part de països europeus ha optat per la incorporació d'infermeres procedents de països en vies de desenvolupament, com ara les Filipines, el Pakistan o l'Índia, i altres països occidentals, entre els quals hi ha Espanya (López Alonso, 2004a). Aquesta situació podria requerir una reflexió: Espanya és un país atípic en el context europeu; l'any 2000 tenia una ràtio de 372 infermeres per cada 100.00 habitants, i la mitjana europea se situava en 755 infermeres (OMS, 2012). El nostre país es dedica a formar infermeres que, posteriorment, es desplacen a desenvolupar el seu rol professional a altres països, a causa de l'escassetat de contractació, les males condicions laborals, etc., que s'ofereixen en la majoria d'institucions sanitàries del nostre país (Consejo General de Enfermería, 2000). Als Estats Units, en canvi, on l'escassetat d'aquests professionals no és nova, i davant la dificultat de captar infermeres procedents d'altres països, estan optant per desenvolupar fórmules que facin atractiva aquesta professió a les infermeres autòctones (Ganley, 1991; McClure, Poulin, Sovie, i Wandelt, 1983; *Nursing administration: scope and standards of practise*, 2009).

A principis de la dècada dels 80, la literatura ja havia identificat un conjunt d'hospitals “excel·lents”, anomenats *magnètics*, (Aiken, 1996; Kaplan et al., 2014; López Alonso, 2004a; Usó Bou, 2016) amb una màxima qualitat en les cures infermeres, relacionada amb un bon entorn laboral i amb la satisfacció d'usuaris i infermeres (Aiken et al.,

2008; Gershon et al., 2007; Kazanjian et al., 2005; Lundstrom et al., 2002; Sleutel, 2000). Aquests hospitals reben la categorització de “magnètics” pel Centre d’Acreditació d’Infermeria Americana (American Nurses Credentialing Center) (“American Nurses Credentialing Center,” s.d., *Nursing administration: scope and standards of practise*, 2009) després de completar amb èxit un procés de revisió per assegurar que es compleixin els estàndards d’excel·lència establerts per l’Associació d’Infermeres Americanes (ANA).

L’interès internacional pel concepte d’*hospital magnètic* és evident atès el nombre de publicacions que proposen l’aplicació dels principis seleccionats com a “magnètics” a escala internacional (Aiken, 1996; Dinsdale, 2000; Ganley, 1991; Havens, Labov, Faura, i Aiken, 2002; Manzano García, 1997; Marcos, 1997; Secaf i Marx, 1991). Austràlia, el Brasil, el Regne Unit, Escòcia, Espanya i d’altres posen de manifest que l’entorn laboral ha tingut importància fonamentalment en la repercussió sobre la producció de béns i serveis, així com sobre la salut dels treballadors. En les últimes dècades s’ha fet un pas més, s’ha destacat que l’entorn laboral, així com les característiques estructurals i organitzatives dels recursos humans d’una institució, tenen, a més, resultats en la salut. Aquest és el context dels *hospitals magnètics*.

Des de fa més d’una dècada, autores com Aiken (Aiken et al., 2011, 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; Aiken, Sloane, i Klocinski, 1997; Aiken i Patrician, 2000; Dinsdale, 2000), entre d’altres (Lake, 2002; Lundstrom et al., 2002; Manthey i Kramer, 1970), han analitzat l’efecte de l’entorn de la pràctica en què exerceixen les infermeres, així com aspectes de la cultura organitzacional, i han mostrat que els hospitals amb un ambient positiu (hospitals magnètics), on la infermera pot ser més autònoma, exercir la seva activitat amb més control i establir millors relacions amb altres professionals de la salut, presentaven més satisfacció laboral, més satisfacció dels pacients i menys taxa de mortalitat de pacients (Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2012; Gershon et al., 2004; Lake, 2002; Maslach i Jackson, 1997; Zelauskas i Howes, 1992). Contràriament a un entorn magnètic saludable hi trobaríem un entorn “tòxic”, referint-nos no només a l’enfocament clàssic dels riscos laborals (riscos físics, químics, biològics, etc.) sinó també a un entorn que no afavoreixi el desenvolupament personal

i professional, que dificulti o no promogui la col·laboració entre els seus membres, que augmenti la insatisfacció laboral, entorns en què els treballadors no tinguin ganes de treballar i que, en última instància, poden provocar un impacte negatiu en el producte (que en el cas de les institucions de salut no és un altre que l'atenció que es proporciona als usuaris i a les famílies i, per tant, un impacte negatiu en la salut (Freudenberger, 1974; Gil Monte i Peiró, 1997).

Aiken *et al.* (1997) van elaborar un estudi en cinc països (els Estats Units, Alemanya, el Canadà, el Regne Unit i Nova Zelanda), en 600 hospitals i entre 15.000 infermeres. Malgrat que els països seleccionats corresponien a regions diverses, van considerar que els problemes d'infermeria eren comuns. Entre els més destacables, posaven de manifest que als Estats Units les infermeres treballaven entre 37 i 40 hores setmanals, i que habitualment estan pluriempleades. Aquestes dades manifesten que la professió viu problemes derivats de la pràctica i que això produeix un grau d'insatisfacció laboral. És per aquest motiu que a Amèrica, les institucions sanitàries han creat indicadors que permeten mesurar les variables que avaluen la satisfacció laboral de les infermeres de centres acreditats com a centres d'excel·lència, on el personal d'infermeria té una autonomia destacable (McClure *et al.*, 1983).

El Centre d'Accreditació d'Infermeres Americanes (ANCC) ("American Nurses Credentialing Center," s.d., *Nursing administration: scope and standards of practise*, 2009) va crear el Programa de reconeixement d'hospitals magnètics per tal d'identificar l'excel·lència institucional basada en la gestió, la filosofia i la pràctica dels serveis d'infermeria. Aquesta pràctica rescata l'essència de la professió infermera, orientant la pràctica cap a una autonomia centrada en les cures infermeres (Dinsdale, 2000; Ganley, 1991; Secaf i Marx, 1991). Els hospitals magnètics tenen com a objectius identificar l'excel·lència de les cures infermeres i promoure la qualitat de les organitzacions i els serveis en un entorn que doni suport a la pràctica professional d'infermeria.

En aquestes institucions existeix una metodologia de treball que posa en relleu la importància del lideratge que tenen i que haurien de tenir els professionals d'infermeria dins d'una institució (Secaf i Marx, 1991). No obstant això, existeixen alguns elements essencials en aquest context, com ara la presència d'una política activa de formació i desenvolupament professional, una assignació adequada de recursos humans, l'existència de respecte i de col·laboració positiva amb els professionals mèdics, la possibilitat de promoció i de desenvolupament professional, la competitivitat destacable... En resum, elements que permetin transformar les institucions en centres idonis per al treball professional. Aquesta visió entorn de les institucions de salut va ser plantejada ja per Florence Nightingale (Dossey, 2010), una visionària per l'època, en identificar la necessitat de lideratge per transformar les cures infermeres. Ella ho va reiterar en la seva obra: "Estem només al llindar de la infermeria. En el futur, que no veuré, o que seré anciana, pot ser que s'obri un camí millor! Camins pels quals cada nen, cada humà, pot tenir la millor oportunitat per a la seva salut, camins en què cada persona malalta tingui la millor oportunitat de recuperar-se, mètodes que seran apresos i practicats" (Dossey, 2010).

Els investigadors actuals destaquen cinc forces magnètiques ("Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado," 2004) per aconseguir institucions excel·lents, que són:

- **Lideratge de transformació:** el líder ha de ser creatiu, visionari, inspirat, estratègic, compromès, respectuós, defensor, fiable, que treballi per a l'estabilització de l'entorn i que tingui l'habilitat de gestionar.
- **Apoderament estructural:** els líders de transformació generen estructures que suporten una pràctica professional forta on la missió, la visió i els valors de l'organització serveixen per controlar els resultats desitjats de la població a la qual s'atén. En funció d'un pla estratègic, gestionen la informació, els recursos, el suport, la política, els sistemes i els programes.
- **Pràctica professional exemplar:** model de pràctica professional, sistema de cures, procés de gestió de recursos, cures interdisciplinàries, responsabilitat,

competència i autonomia, ètica, privacitat, seguretat i confidencialitat, diversitat, cultura de la seguretat, monitoratge de la qualitat i les millores.

- **Nou coneixement, innovació i millora:** se centra en una pràctica basada en l'evidència, el compromís amb la investigació, amb millora de la qualitat, dels processos, anàlisis de benefici i conformitat.
- **Resultats empírics qualitius:** per trobar un marc conceptual entorn de la pràctica que no respongui a "com ho fas?", sinó que ofereixi resposta a "quina diferència has creat?". Els resultats s'han de catalogar en termes d'aspectes clínics relacionats amb infermeria, personal, malalt i organització.

En resum, els atributs magnètics en una institució sanitària són una de les estratègies més sòlides per a la millora de les cures de salut i l'organització hospitalària. Són una proposta que es basa en l'evidència per aconseguir reformes organitzatives i definir polítiques relatives a recursos humans d'infermeria en les institucions de salut. És un plantejament innovador que pot tenir una aplicació com a estratègia per potenciar tant la qualitat de les cures cap als malalts i les famílies com per a l'entorn laboral. El reconeixement dels hospitals magnètics està considerat com la millor iniciativa basada en l'evidència per millorar l'entorn de la pràctica d'infermeria, millorant els resultats en els pacients, la satisfacció percebuda per usuaris i famílies i la satisfacció del personal institucional, posicionant les institucions de salut com a organitzacions excel·lents ("Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado," 2004).

L'Hospital Sant Joan de Déu pot utilitzar aquest model per contrarestar els problemes que es deriven de la pràctica, i així poder garantir cures excel·lents, on el professional d'infermeria tingui més autonomia, adoptant un lideratge professional que li permeti desenvolupar-se àmpliament ocupant nous escenaris, i així pugui satisfer les seves pròpies necessitats professionals i laborals.

1.2. QUALITAT ASSISTENCIAL I SATISFACCIÓ LABORAL

“La enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor.”

Florence Nightingale

En l'apartat anterior ja s'ha esmentat que les institucions de més alt nivell de qualitat de serveis de salut es denominen *magnètiques* perquè han obtingut l'acreditació des d'aquesta perspectiva, han aconseguit un reconeixement social i han fomentat la participació del personal d'infermeria.

Tal com s'ha explicat anteriorment, ser un hospital amb un índex de rotació baix cap a altres institucions, tenir una plantilla completa i ser un hospital posicionat cap a un mercat laboral competitiu són característiques que defineixen els hospitals magnètics (Aiken, 1996; Dinsdale, 2000; Ganley, 1991; Havens et al., 2002; Haverns, Labov, Faura, i Aiken, 2002; “Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado,” 2004; Kaplan et al., 2014; Kramer, 1991; López Alonso, 2004a; López Alonso et al., 2010; Manzano García, 1997; Marcos, 1997; Secaf i Marx, 1991; Vickie et al., 2002). Els elements que s'examinen en l'acreditació d'aquests centres són la satisfacció dels professionals, el prestigi social, la relació entre metges i infermeres, la relació entre infermeres i pacients, el reclutament i el manteniment dels i de les professionals, la descentralització de la presa de decisions, el lideratge clínic, l'autonomia i la responsabilitat de les cures del pacient, la flexibilitat d'horaris i, sobretot, la qualitat assistencial que es proporciona en aquestes institucions (Aiken, 1996).

El valor que es dona a la certificació d'hospital magnètic pretén crear una cultura en què l'organització de l'autonomia, el respecte, la metodologia, el treball en equip, l'orgull i les millors cures augmentin, assegurant, a més, la qualitat dels resultats i establint elements diferenciadors de mercat (Faura, 2002).

Les direccions d'infermeria d'aquestes institucions poden demostrar bons resultats de qualitat (Alvarez Gallego i Fernandez Rios, 1991; del Rosario Mendoza, 1994; Faura,

2002; Gil Monte i Peiró, 1997; Kramer i Schmalenberg, 1988). Partint del model de Donabedian (Avedis Donabedian, 1984), la classificació de les necessitats de millora de la qualitat d'aquests centres es basa en l'estructura, el procés i els resultats.

Amb referència a l'estructura, podem afirmar que als hospitals magnètics, l'organització dels recursos humans, la descripció dels rols, els recursos, els equips i els sistemes de suport estan molt coordinats. En relació amb el procés, cal destacar que en aquestes institucions es millora la comunicació, el desenvolupament, el reconeixement, la disciplina, l'educació i les millors relacions interprofessionals. I, finalment, en relació amb els resultats, cal destacar que els hospitals magnètics han demostrat que amb un departament d'infermeria competent es fomenta un millor ambient de treball (Aiken, Smith, i Lake, 1994), s'augmenta la satisfacció laboral dels professionals quan s'ofereixen horaris laborals flexibles, s'estableixen bones relacions entre infermeres, es millora el treball en equip, s'assoleix una millor gestió de l'hospital amb participació d'infermeria, no s'actua en contra dels propis criteris i s'aconsegueix un aplicació de cures infermeres basades en models innovadors ("Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado," 2004).

Tanmateix, tots els elements esmentats anteriorment orientats a aconseguir una qualitat assistencial excel·lent amb una bona satisfacció laboral dels usuaris, les famílies i els professionals han d'anar acompanyats d'un bon líder assistencial, ja que actualment els professionals d'infermeria han de tenir un paper dinàmic intern, assumit i personificat en l'obtenció d'uns índexs de qualitat en les cures que proporcionen als usuaris (Marinerr Tomey, 2008; Subirana Casacuberta i Solà Arnau, 2006a, 2006b). Perquè el professional d'infermeria pugui oferir unes cures infermeres excel·lents, ha de tenir unes competències per desenvolupar aquesta funció, per exemple: aptituds intel·lectuals, una base necessària de coneixements per a l'administració de serveis d'infermeria i competència en l'àmbit de la direcció. Tot això ha de ser potenciat per un bon líder (Benner, 1995; Magargal, 1987; Meleis i Jennings, 1989).

El lideratge s'associa amb l'eficiència i la qualitat per al funcionament de qualsevol organització i per induir els seus treballadors a defensar valors: aquestes característiques generen un clima organitzacional de cooperació i de suport per mitjà de la motivació. El líder ha de tenir qualitats com ara coneixement, integritat, entusiasme, calidesa, serenitat, rigidesa i flexibilitat per poder influir de manera positiva en els membres de la seva organització (March Cerdà et al., 2014).

En certa manera, el model de lideratge es podria considerar la variable per excel·lència dels entorns de treball, atès que proporciona una informació sensible i específica sobre com és la salut de les institucions. El lideratge transformacional es caracteritza pel foment de les relacions i la confiança, la creació d'un entorn de treball apoderat, així com una cultura organitzacional que fomenti el desenvolupament del coneixement i la integració, tenir un enfocament proactiu i participatiu per dirigir i mantenir el canvi, i equilibrar valors i prioritats de la institució. El líder assistencial ha de produir i fomentar un bon ambient de treball, cosa que derivarà en més motivació assistencial per part dels professionals i en l'obtenció d'un augment de la qualitat assistencial (March Cerdà et al., 2014).

Per tant, el líder assistencial té una funció molt important en les institucions sanitàries, ja que, en aquestes empreses de serveis, els professionals són els propietaris dels diferents processos assistencials i poden garantir unes cures personalitzades i orientades al pacient (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; "Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado," 2004; López Alonso, 2004b; Servicio Andaluz de Salud, s.d.; OMS, 2012). A més, el líder ha de potenciar la importància de la figura del professional d'infermeria en la gestió de l'empresa sanitària moderna. Ha de fomentar la qualitat assistencial, ja que és un dels components bàsics de la pràctica clínica i requereix una gestió eficient per garantir la sostenibilitat del sistema, optimitzant i adequant les necessitats assistencials i de cures a les persones i els recursos.

En els últims anys es pot observar que en la qualitat percebuda pels usuaris i les famílies, mesurada en termes de satisfacció, identifiquen com a valor afegit la calidesa,

la proximitat, el tracte curós, la capacitat d'escolta i de personalització en les cures, gràcies a la visualització de les cures infermeres com a component fonamental de la pràctica clínica i dels resultats en salut (Juvé Udina, 2010; Ruiz Hontangas et al., 2011; Welton, Zone-Smith, i Fischer, 2006). Millorar l'atenció als pacients, així com considerar la situació dels treballadors, és una responsabilitat ètica de les organitzacions i té una rellevància especial en el cas de les organitzacions sanitàries que apliquen la direcció per valors proposada a *The Practice of Management* per Peter Drucker (1995), per tal de donar resposta al repte actual de treballar de manera eficient, ètica i emocional en un context de competitivitat creixent, que exigeix alts nivells de rendiment, confiança, compromís i creativitat per part de tots els professionals que conformen les diferents organitzacions.

Tal com s'ha determinat anteriorment, hi ha alguns factors clau en l'entorn de la pràctica que influeixen en resultats positius per a pacients i infermeres, molts d'ells procedents d'estudis sobre hospitals magnètics desenvolupats al llarg de les últimes dècades als Estats Units. Kramer i Cols van identificar vuit dimensions reconegudes per les mateixes infermeres com a essencials per a la qualitat de l'atenció: suport per a la formació, exercir juntament amb altres infermeres de gran competència clínica, relacions positives entre metges i infermeres, autonomia de la pràctica infermera, cultura centrada en el pacient, control de les infermeres sobre la seva pràctica, percepció d'una dotació adequada de plantilla i suport dels gestors infermers (Usó Bou, 2016). Cal destacar que l'autonomia i el control sobre la pràctica han estat dues de les dimensions més rellevants al llarg de múltiples estudis que s'han dut a terme entorn d'aquest tema ("Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado," 2004; Marinerr Tomey, 2008; Pereda Martín i Berrocal Berrocal, 1999; Subirana Casacuberta i Fargues i García, 2005; Subirana Casacuberta i Solà Arnau, 2006a, 2006b).

En el nostre Sistema Nacional de Salut, tant a escala estatal com autonòmica, hi ha un nombre limitat d'evidències sobre l'impacte de la qualitat i la seguretat del pacient i els

resultats en salut relacionats amb els models organitzatius de les cures infermeres i la pràctica d'aquesta disciplina, d'aquí la importància de dur a terme aquesta recerca.

Per desenvolupar investigacions d'aquest tipus, cal disposar d'eines per avaluar l'entorn de treball d'infermeria, ja que és una necessitat per als gestors d'organitzacions sanitàries que els dóna la possibilitat d'examinar pràctiques i aspectes organitzatius en l'àmbit institucional associats a un entorn positiu per a la infermeria. Sobre la base de la revisió de Lake, es pot observar que el monitoratge i la valoració de l'entorn organitzatiu de la pràctica infermera es remunta als anys setanta i vuitanta, mitjançant la utilització d'escales generals de mesurament de l'entorn i, posteriorment, d'altres d'específiques de la disciplina infermera (Lake, 2007).

Hi ha diferents escales per monitorar la percepció de l'entorn laboral, com el Job Characteristics Inventory (JCI) que va ser publicat l'any 1976 i que valora la varietat, l'autonomia, la identificació de tasques, la retroalimentació, el tracte amb els altres i l'amistat. L'any 1981 va aparèixer la Work Environment Scale (WES), que valora el clima social dels diferents entorns de treball mitjançant 90 ítems sobre les relacions entre companys, entre treballadors i supervisors, l'estructura organitzacional i funcional. A finals dels anys vuitanta, Kramer i Hafner van ser pioners amb el desenvolupament de l'escala Nursing Work Index (NWI), que mesura mitjançant 65 ítems les característiques organitzatives d'hospitals amb un entorn atractiu per a les infermeres (hospitals magnètics) (Kramer i Hafner, 1989). Posteriorment, el NWI va ser modificat pels seus autors per mesurar cinc característiques principals: estil de gestió, qualitat del lideratge, estructura organitzativa i la pràctica i el desenvolupament professional (Bonneterre, Liaudy, Chatellier, Lang, i de Gaudemaris, 2008). Així mateix, Whitley i Putzier (1994) van dissenyar el Work Quality Index (WQI) als anys noranta, que constava de 38 ítems que valoren la satisfacció de les infermeres amb la qualitat de la seva feina i del seu entorn. Van aparèixer altres alternatives, com l'Assessment of Work Environment Schedule (AWES), dissenyat per Nolan, Grant, Brown, i Nolan, (1998); la Ward Organization Features Scale (WOFS), elaborada per Adams, Bond, i Arber (1995) i el Revised Nursing Work Index (NWI-R), redissenyat per Aiken i Patrician (2000) derivat del NWI original.

L'any 2007, Juvé *et al.* (2007) van publicar la primera anàlisi del context organitzatiu de la pràctica infermera als hospitals públics de Catalunya. Van participar-hi 484 infermeres, que treballaven en diferents unitats (hospitalització, crítics, àrea quirúrgica, atenció primària i càrrecs de gestió, entre d'altres) de vuit institucions sanitàries. Mitjançant el NWI-R, es van observar diferències entre el context organitzatiu de les diferents institucions sanitàries i entre les àrees de treball.

L'escala NWI-R és una escala que va permetre monitorar els entorns laborals de diferents organitzacions sanitàries; no obstant això, presentava diverses limitacions que Lake va voler arreglar mitjançant la creació del *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (Lake, 2002). Aquesta autora volia fer una escala que permetés monitorar la contribució de l'entorn laboral d'infermeria en els resultats dels pacients i en les infermeres, i es va basar en estudis sobre hospitals magnètics. L'escala PES-NWI consta de 31 ítems valorats per la infermera, en funció de si estan presents o no en la seva activitat assistencial; s'obté una puntuació general i s'organitza en cinc subescales, independents entre si, que són: 1) el rol participatiu de la infermeria 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 equip i uns recursos de suport adequats per oferir atenció de qualitat al pacient, i 5) les relacions de treball entre metges i infermeres. De les subescales esmentades, les relacionades amb la participació de les infermeres i els fonaments infermers per a unes cures de qualitat presenten un enfocament més d'organització, mentre que les altres tres estan més relacionades amb l'entorn a nivell d'unitat (Lake, 2002). En relació amb la puntuació de l'escala PES-NWI, cal dir que les puntuacions per sobre de 2,5 indiquen una valoració positiva per part del professional en un determinat ítem o subescala, i els valors per sota de 2,5 mostren un desacord amb les característiques mesurades. Lake *et al.* van categoritzar les institucions sanitàries entre *favorables* i *desfavorables* en funció del nombre de subescales valorades de manera positiva pels professionals (Lake i Friese, 2006). Lake considera que l'escala PES-NWI és l'instrument més útil i el recomana per monitorar l'entorn laboral. L'escala es considera una eina de fàcil incorporació en els quadres de comandament.

A escala estatal, Pedro Gomez et al. (2009). van validar i adaptar a l'espanyol l'escala PES-NWI amb 233 infermeres i en va resultar una versió espanyola amb 31 ítems Fuentelsanz *et al.* van fer una nova validació espanyola de l'escala PES-NWI a partir de l'escala original i mantenen els 31 ítems (Fuentelsanz Gallego, Moreno Casbas, i González María, 2013).

Es va dur a terme un projecte d'investigació en cures infermeres en l'àmbit europeu (*registered nurse forecasting*, abreviadament, RN4CAST) (Fuentelsanz Gallego et al., 2012; Sermeus et al., 2011; Zelauskas i Howes, 1992), finançat a través del VII Programa marc d'investigació i desenvolupament de la Unió Europea (UE), que tenia com a objectiu millorar els models de previsió i de planificació dels recursos humans d'infermeria, estudiant com les condicions laborals i les condicions en què el personal d'infermeria ofereix cures afecten la captació i la retenció de les infermeres, així com els resultats de salut dels pacients. El projecte es va desenvolupar entre gener de 2009 i desembre de 2011 simultàniament en 11 països europeus: Alemanya, Bèlgica, Espanya, Finlàndia, Grècia, Holanda, Irlanda, Polònia, Regne Unit, Suècia i Suïssa, juntament amb uns altres tres països socis de la Unió Europea en matèria de cooperació internacional (Botswana, la Xina i Sudàfrica), i amb la col·laboració dels Estats Units. En l'àmbit espanyol, el projecte el va desenvolupar l'Institut de Salut Carlos III, sota la coordinació de la Unitat de Recerca en Cures de Salut (Investén-isciii). La seva responsable, Teresa Moreno Casbas, és la coordinadora científica de l'estudi a Europa, juntament amb Carmen Fuentelsanz Gallego, infermera de l'Hospital Vall d'Hebron, que era la investigadora principal en l'àmbit estatal. Aquest projecte es va desenvolupar amb la col·laboració de l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, del Ministeri de Sanitat i Política Social, a través del seu Pla de qualitat. En aquest estudi es va utilitzar l'escala PES-NWI original amb algunes modificacions dirigides pels creadors del NWI-R i el PES-NWI. Aquestes modificacions van consistir a afegir-hi quatre ítems nous i eliminar-ne tres del PES-NWI original. Així, per a l'escala de 32 ítems, es van afegir els ítems: "Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras", "Los médicos reconocen la contribución de las enfermeras al cuidado de los pacientes", "Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales" i "Los

médicos tienen a las enfermeras en gran estima”; i es van eliminar els ítems “La supervisora consulta al personal sobre los problemas del día a día y los procedimientos”, “Se utilizan los diagnósticos de enfermería” i “Las supervisoras utilizan los errores como oportunidades para aprender, no como crítica”. La versió espanyola validada d’aquest instrument (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) coincideix amb la modificada de 32 ítems.. Orts Cortés et al. (2013) també van estudiar-ne la fiabilitat i la validesa en el context espanyol.

En aquesta recerca es va decidir utilitzar aquesta modificació de l’escala PES-NWI (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) de 32 ítems, ja que s’adapta al context de la institució on s’ha dut a terme la recerca, per tal de valorar la percepció de l’entorn laboral dels professionals d’infermeria i, a més, tal com s’ha esmentat anteriorment, és la versió que es va utilitzar en el projecte RN4CAST (Fuentelsaz Gallego et al., 2012; Sermeus et al., 2011; Zelauskas i Howes, 1992) en els contextos europeu i espanyol, i un dels objectius era comparar la percepció de l’entorn laboral de les infermeres de l’Hospital Sant Joan de Déu en relació amb la resta d’institucions sanitàries que van participar al projecte prèviament citat.

L’escala PES-NWI està considerada per diferents organitzacions, com la Joint Commision (JCI), un indicador de qualitat en l’acreditació de centres, i l’American Nurses Credentialing Center (“ANCC,” s.d.) també l’inclou com a indicador en l’acreditació dels hospitals magnètics (Dinsdale, 2000; Ganley, 1991; Secaf i Marx, 1991).

Paral·lelament, també és necessari monitorar la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies. Existeix l’escala SERVQHOS (Mira et al., 1998), un dels instruments més utilitzats en el sector hospitalari per avaluar el nivell de qualitat percebuda pels usuaris i les famílies, una de les escales més esmentades a la literatura entorn de la qualitat i la que més atenció ha rebut per part d’autors de diferents disciplines. Deriva de l’instrument SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, i Berry, 1988), una de les escales més utilitzades en el sector serveis per avaluar el nivell de qualitat percebuda pels clients, que es basa en la idea que la qualitat vista pel client és el

resultat de la diferència entre expectatives i percepcions (Parasuraman, Zeithaml, i Berry, 1985), també denominat com “paradigma de desconfirmació” (Cadotte, Woodruff, i Jenkins, 1987; Cardozo, 1965; Churchill i Surprenant, 1982; Oliver, 1980; Parasuraman et al., 1985), una de les teories amb més solidesa (Oliver, 1993).

L'escala SERVQHOS va ser dissenyada específicament per a l'àmbit hospitalari públic del nostre país. Reuneix un nombre reduït d'ítems (19), facilitat i rapidesa de resposta, abasta els elements bàsics en l'avaluació de la qualitat percebuda, incloent-hi la qualitat en l'atenció sanitària (Bowers, Swan, i Koehler, 1994) i, a diferència d'altres propostes, combina expectatives i percepcions per obtenir un mesurament compatible amb el “paradigma de desconfirmació”. L'escala té una estructura factorial formada per dues dimensions: la primera va ser denominada *qualitat subjectiva*, atès que els ítems que l'integren fan tots referència a aspectes totalment subjectius, difícils d'avaluar externament i que només es basen en l'opinió del pacient/família. La segona dimensió, de qualitat objectiva, conté ítems que fan referència al canvi, a aspectes que poden ser susceptibles de comprovació, com ara l'estat de conservació o de neteja de les habitacions, la puntualitat de les consultes, etc.

L'escala SERVQHOS fa referència a aspectes valorats positivament pels pacients i les famílies durant l'estada hospitalària, la capacitat per discriminar entre pacients i famílies satisfets i insatisfets, sobre la base de diferents criteris habitualment considerats de bona pràctica (conèixer el nom del metge, de la infermera, considerar haver estat ingressat el temps suficient, o respondre afirmativament a la pregunta sobre si recomanaria l'hospital a altres persones). Una puntuació elevada en l'escala SERVQHOS es correspon a un nivell més elevat de qualitat percebuda, cosa que en facilita la comprensió. De la mateixa manera, l'escala permet identificar oportunitats de millora i, per tant, capacitat de reorganitzar activitats assistencials i organitzatives a escala institucional per part de les direccions i els professionals.

A escala nacional s'han dut a terme diferents estudis amb l'escala SERVQHOS en el context institucional de diferents institucions sanitàries (Anguera Guinovart i Martínez Bateman, 2011; Jorge Cerrudo et al., 2012; Sainz, Martínez, i Estévez, 2003).

L'escala SERVQHOS permetrà fer un monitoratge entorn de la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies dins de la institució en què es duu a terme la recerca i valorar si amb l'assignació d'un nou model d'infermeria, amb unes cures més personalitzades, n'augmenta el grau de satisfacció (Kutney Lee et al., 2009; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, i Vargas, 2004).

1.3. MODELS ASSISTENCIALS

“Seguir un solo camino es retroceder.”

Igor Stravinski

Els models de la pràctica infermera també han estat objecte d'estudi. Es podrien definir com a representacions de l'estructura i del context en què té lloc el desenvolupament de l'exercici de la pràctica clínica de qualsevol grup d'infermeres i permeten comparar la informació entre unitats o centres. Aquest concepte (models de la pràctica infermera) va ser desenvolupat a principis dels noranta i ha estat àmpliament estudiat a la literatura infermera, ja que recull les principals aportacions sobre com les infermeres aconseguen la consecució dels objectius assistencials, com són les estructures, com s'organitzen, quines normes regeixen la seva pràctica clínica, quins valors predominen entre les infermeres, quins recursos hi ha disponibles, en quins contextos, quins estils de lideratge presenten i com és la participació en la presa de decisions (Gershon et al., 2004; Kramer i Schmalenberg, 2008; Weston, 2009).

Alguns autors manifesten que la manca de personalització en les cures infermeres dins el camp assistencial es poden manifestar fonamentalment en quatre aspectes. El primer té relació amb l'actual model de prestació de serveis, que al prioritzar la relació cost-benefici fa de l'exercici professional una carga desgastant i afavoreix la deshumanització de les cures (Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos, i Arenas, 2013; Malvárez i Castrillón, 2005; Romero, Mesa, i Galindo, 2008; Zapata, 2008). El segon té relació amb la satisfacció laboral dels professionals d'infermeria (Freudenberger, 1974; Gil Monte i Peiró, 1997; Maslach i Jackson, 1986; Rincón i Guarino, 2008). El tercer aspecte té relació entre la ràtio infermera/pacient (Castrillón et al., 2013; Romero et al., 2008), en què la infermera dilueix o delega el seu quefer fonamental atesa l'elevada càrrega assistencial. El quart aspecte té relació amb la pèrdua d'autonomia (Castrillón et al., 2013; Malvárez i Castrillón, 2005) en l'exercici de la infermeria, ja que, com a conseqüència de les retallades econòmiques, molts cops la infermera ha de dur a terme activitats d'altres disciplines.

Amb relació a tot el que s'ha esmentat anteriorment, es pot afirmar que l'exercici professional de la infermeria té el perill de caure en un procés de deshumanització: l'allunyament del pacient i la família, la desvinculació de l'exercici professional i la pèrdua d'autonomia el fan vulnerable. Sovint, el sistema sanitari actual no aprecia suficientment l'activitat de la infermera i vulnera la professió. Els professionals d'infermeria s'adapten a la situació; tanmateix, acaben perjudicant el subjecte i la família que cuiden, ja sigui amb un tracte no excel·lent o amb un contacte limitat (Kutney Lee et al., 2009; Vahey et al., 2004).

Algunes autores, en el seu anàlisi sobre el metaparadigma d'infermeria (Fawcett, 1995; Newman, Sime, i Corcoran Perry, 1991), han proposat que les cures siguin un dels elements nuclears que construeixen tant el pensament com la pràctica infermera. Watson exposa en un dels 11 valors de les cures humanes que: "les cures són l'element central unificador de la pràctica infermera, l'essència de la infermeria" (Watson, 2002). Newman et al. (1991) assenyalen que les cures són un dels elements definitoris de la infermeria, i que és fonamental per a la identitat de la disciplina que les cures potenciïn una relació transformadora i de qualitat entre la infermera i el pacient. Aquestes afirmacions estan en consonància amb un consens d'unitat filosòfica sobre les bases deontològiques de la infermeria, que afirmen que l'ésser humà es caracteritza per la seva integritat, complexitat i consciència. L'essència de la infermeria implica un procés compromès d'humà a humà, i l'essència de la pràctica d'infermeria és la relació entre la infermera i el malalt (Newman, Smith, Pharris, i Jones, 2008; Romero, 2007).

Molts autors afirmen que la direcció de les cures infermeres ha de tenir una visió clara i explícita de la disciplina infermera, basada en un model de cures infermeres que ens ajudi a solucionar els problemes relatius a les cures, als pacients, a la família i als professionals. Una filosofia que defineixi la responsabilitat sobre la presa de decisions entorn de les cures al pacient, la durada d'aquesta responsabilitat, la distribució de la feina de les infermeres, la comunicació sobre la informació relativa al pacient i la gestió de les cures generals en una unitat d'hospitalització. Tot això amb l'objectiu

d'aconseguir, de manera eficient, una qualitat òptima de les cures infermeres (Adam, 1991; Le May, 1991; Magargal, 1987; Meleis i Jennings, 1989).

En l'àmbit hospitalari hi ha quatre models clàssics d'assignació de cures infermeres definits a la literatura científica (Adams et al., 1998; Binnie et al., 1999; García Juárez et al., 2004; Tiedeman i Lookinland, 2004). Són els descrits a continuació:

Model d'assignació funcional:

Aquest model procedeix de la línia de producció industrial i s'ha traspasat al servei de l'atenció de salut. En aquest sistema d'assignació, les cures a les persones es redueixen al seguiment i a l'execució d'unes tasques tècniques prenent com a base la jerarquia establerta. El paper de la infermera es limitarà a donar resposta a aquestes funcions, ja que el centre d'atenció és la tasca mateixa. D'aquesta manera, cada infermera es responsabilitza d'un nombre reduït de cures que oferirà a totes les persones ingressades a la unitat d'hospitalització, cosa que origina que cada persona sigui cuidada per un nombre variable d'infermeres segons les necessitats de cures que es requereixen en cada torn de treball (Binnie et al., 1999).

Model d'assignació per pacients o tradicional o burocràtic (STB):

Amb la introducció dels plans de cures es va intentar personalitzar l'atenció, assignant la responsabilitat de les cures d'un grup de persones a cada infermera. No obstant això, l'absència d'una delimitació clara sobre la responsabilitat de planificar fa que aquesta planificació de cures sigui únicament burocràtica. La responsabilitat de les cures es manté només durant el torn de treball i exclusivament per a les tasques tècniques, ja que aquestes són el centre d'atenció. Cada infermera es responsabilitza de dur a terme les tasques d'un grup de persones ingressades en una unitat d'hospitalització; tanmateix, no hi ha un responsable d'infermeria final de les cures infermeres: la infermera no és un líder assistencial. A més a més, es realitza una assignació de llits o de sector de les unitats on es troben les persones de manera que si un pacient i família canvia a un altre sector durant l'estada hospitalària, canvia també d'infermera assignada (García Juárez et al., 2004).

Model d'assignació en equip:

Aquest sistema d'assignació es caracteritza per la presència d'un nombre d'infermeres que, dirigides per un líder d'equip, proporcionen cures a un grup de persones hospitalitzades. Prové del model d'assignació funcional: el líder planifica i coordina les cures que proporcionaran les infermers del seu equip al grup de pacients. El centre del treball és el pacient, tot i que és un sistema jeràrquic i centralitzat. Les funcions de les infermeres són similars al model d'assignació funcional a excepció del líder d'equip (Binnie et al., 1999).

Model d'assignació d'infermera primària o referent (MIPR):

Aquest model se centra en la continuïtat de la relació entre la infermera i el pacient. Cada pacient té assignada, des del moment que ingressa a l'hospital, una infermera referent per oferir-li les cures durant tota la seva estada. Cada infermera és responsable de la planificació de les cures d'un nombre reduït de pacients, coordina les cures realitzades per la resta de les infermeres sobre els pacients quan no hi és present i les tasques realitzades per les auxiliars d'infermeria. En la seva absència, el pla de cures és desenvolupat per una altra infermera, denominada infermera col·laboradora. Amb aquest model, totes les infermeres duen a terme funcions d'infermeres referents i de col·laboracions. El centre d'atenció és el pacient i la família, i la presa de decisions és descentralitzada.

Actualment es pot trobar a la literatura científica un abundant nombre d'articles que han intentat caracteritzar i determinar, de manera teòrica i empírica, els avantatges i els inconvenients que presenten els models d'assignació de cures infermeres esmentats. Entre aquestes publicacions, en destaquen diverses revisions bibliogràfiques que han aparegut en els últims anys:

- Tiedeman va realitzar una revisió bibliogràfica on va detallar com a resultats positius per al pacient el model d'infermera primària o referent, en termes d'augment de la satisfacció del pacient i de millora de la continuació de les

cures per la simplificació dels canals de comunicació; no obstant això, com en altres models, els resultats eren poc consistents (Tiedeman i Lookinland, 2004).

- Pearson *et al.* van dur a terme una revisió sistemàtica entorn dels models d'assignació de cures infermeres. El model d'assignació d'infermera primària o referent presentava una millora de la qualitat de les cures (en què destacava una millora en la comunicació amb el malalt); no obstant això, van trobar una certa limitació estadística en els beneficis obtinguts per als pacients. Sobre les infermeres, es va percebre en aquest sistema d'assignació més grau d'autonomia i d'habilitats en la presa de decisions clíniques respecte del sistema tradicional o burocràtic, però també es va poder percebre un cert nivell d'estrès entre les que actuaven com a infermeres primàries (Pearson, Porritt, Doran, Vincent, Craig, Tucker, Long, et al., 2006).

Paral·lelament, també és important destacar que la investigació qualitativa ha permès conèixer la percepció i el funcionament dels models d'assignació de cures infermeres, on es destaca positivament el MIPR. Per la seva part, la investigació quantitativa també ofereix resultats positius en relació amb el MIPR, tot i que amb escassa solidesa a causa de la limitació estadística o els problemes metodològics (Pontin, 1999), que es repeteixen en altres estudis sobre models de pràctica infermera (López Alonso, 2004b; Pearson, Porritt, Doran, Vincent, Craig, Tucker, Long, et al., 2006). Entre les limitacions d'aquests estudis, cal esmentar:

- Falta de delimitació de les característiques que defineixen els models d'assignació (no s'identifiquen les variables, ni la definició operativa dels models).
- Absència d'instruments per mesurar el grau de desenvolupament de cada sistema d'assignació (falta de validesa i fiabilitat).
- Entorns concrets que en delimiten la generalització

Tots aquests sistemes d'assignació d'infermeria estan determinats per unes polítiques de direcció de personal que, resumidament, podríem dir que fan referència al conjunt

d'orientacions i pràctiques que controlen les relacions dels professionals amb l'organització; regulen la quantitat de professionals que formen part de la institució (ingressos, assignació de llocs, promocions, ascensos, jubilacions, acomiadaments, etc.), així com les recompenses entre la institució i els seus treballadors (valoració dels llocs de treball, avaluació dels rendiments, sistemes de retribucions, incentius, etc.). A part dels sistemes d'assignació, també farem referència al concepte "direcció per valors", que va aparèixer l'any 1997 conceptualitzat pels professors Salvador Garcia i Simon Dolan i pels nord-americans Ken Blanchard i Michael O'Connor amb el nom *managing by values* (Blanchard i O'Connor, 2003). També cal destacar que la professora Knoppen (s.d.) va definir molt bé aquest concepte de "direcció per valors" en afirmar que és una proposta que pretén anar més enllà de la direcció per objectius i de la direcció per instruccions, per tal de respondre eficaçment a les situacions actuals d'alta complexitat i incertesa que exigeixen alts nivells de confiança, compromís i creativitat per part de les persones (Knoppen, s.d.).

En resum, un bon sistema d'assignació que permeti oferir unes cures infermeres humanitzades i personalitzades als pacients i les famílies, acompanyat d'una direcció de valors, farà que el professional d'infermeria tingui la possibilitat de proporcionar unes cures basades en l'excel·lència en la institució on duu a terme la seva pràctica assistencial.

1.4. MODEL D'INFERMERA PRIMÀRIA O REFERENT

“Con il maturare della professione, ci si sposta dalla rabbia e dalla tristezza per le opportunità perse alla comprensione che, all'interno del mondo reale, è nostro diritto e responsabilità offrire i nostri servizi coerentemente con il patto fondamentale da noi stipulato con la società.”

Marie Manthey

La gestió de les cures infermeres a través de la infermera primària o referent, entre les seves competències fonamentals, ha de garantir una cultura organitzacional que afavoreixi la pràctica de cures prioritant l'elaboració de polítiques sobre selecció de personal amb una formació excel·lent en cures infermeres, així com el desenvolupament de la capacitació i la implantació d'un model per guiar la pràctica infermera (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Pontin, 1999).

Sovint s'observa que, a la pràctica, les organitzacions dels serveis d'infermeria als hospitals del nostre país no responen a un model centrat en el pacient i la família i en la seva necessitat de cures. La bibliografia ens mostra l'existència d'una relació clara entre la manera amb què la infermeria s'organitza i la qualitat de les cures que ofereix a usuaris i famílies (Adam, 1991; Vicenzi, 1994). Actualment la majoria d'institucions sanitàries prevaleixen per models on la pràctica es basa en la distribució de tasques que fragmenten les cures infermeres, en què cada professional és responsable únicament de les cures que ha fet durant el seu torn de treball. Una prestació d'atenció continuada durant 24 hores, els 365 dies a l'any, fa necessari un sistema de rotació de professionals per torns, en què un mateix pacient és atès per diverses infermeres en un període de temps curt, cosa que també ajuda en la fragmentació de les cures.

Avui en dia no es percep una prestació de cures infermeres de qualitat sense la utilització d'una metodologia infermera (Meleis i Jennings, 1989). El procés

d'infermeria requereix d'un model conceptual que identifiqui clarament el nostre àmbit disciplinari. A més a més, en qualsevol model, la relació entre la infermera i el pacient té una rellevància important i hi ha un punt en comú: el professional ha d'abordar el pacient i la família d'una manera integral i holística (*Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente*, 2002).

Així, la personalització de les cures infermeres no s'ha d'entendre simplement com una manera que utilitzen les infermeres d'organitzar i oferir cures als usuaris i les famílies hospitalitzades, ja que, si fos així, n'hi hauria prou amb un pla funcional. La personalització de les cures infermeres s'ha d'entendre com un tipus d'estructura organitzativa que permet la prestació d'unes cures humanitzades (Pontin, 1999), que dóna resposta als requeriments de qualitat i seguretat dels usuaris, però no només això, sinó que paral·lelament disminueix les condicions de precarietat laboral i la mobilitat de les plantilles.

Tots aquests elements es veuen millorats amb el MIPR (Noreña, Alcaraz Moreno, Rojas, i Rebolledo Malpica, 2012; Manthey, 1973, 1980, 1989a, 1989b; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970; Polit OH'ara i Hungler, 1994; Pontin, 1999), on cada infermera desenvolupa un doble rol: responsable dels pacients i col·laboradora de l'execució de les intervencions de la resta de malats que li corresponguin a cada torn. El fet que cada pacient/família tingui un responsable d'infermeria al llarg de l'estada hospitalària té com a resultat que usuaris i famílies percebin un professional infermer com a responsable final de totes les seves cures (Manthey et al., 1974).

Els obstacles identificats en la literatura per implantar aquest sistema d'assignació infermera-pacient resideixen en els professionals i fins ara no s'ha publicat cap argument clínic que ho contradigui (Pontin, 1999).

Una pràctica centrada en la persona suposa l'harmonització de les intervencions de tots els professionals al servei de l'altre, posant en pràctica les seves competències

professionals i tenint en compte, en tot moment, les necessitats, els hàbits, les creences i els valors de l'usuari, la família i el seu entorn en les seves circumstàncies vitals (Alonso Coello, Zamora Romero, Rigau Comas, i del Campo, 2009; Hopia, Tomlinson, Paavilainen, i Åstedt-Kurki, 2005). El MIPR no és rígid, sinó flexible i adaptable, facilitant fonamentalment la qualitat de les cures i la qualitat de vida dels professionals (Manthey, 2012). Permet que tots els usuaris hospitalitzats tinguin assegurada la personalització de les cures infermeres mitjançant l'assignació d'una infermera referent per al pacient i la família, garantint d'aquesta manera que la infermera conegui tot el procés del pacient, sigui la que prengui decisions entorn de la planificació de les cures i sigui referent per a la persona i els cuidadors (Manthey, 1980). Els altres membres d'infermeria no deixen, per això, d'atendre els pacients assignats a altres infermeres, però aquesta acció ha de ser basada en cures infermeres planificades per les infermeres referents respectives de cada pacient.

La reorientació de les cures suposa, a més de l'impuls en la coordinació entre nivells, la participació en el disseny, la implantació i la millora dels processos assistencials, la incorporació de millors pràctiques i la consecució d'una visió compartida de l'assistència (Delgado Hito et al., 2001; Zaforteza et al., 2015). Falta preguntar-se per què, si hi ha tanta bibliografia de qualitat entorn del MIPR i tantes infermeres i usuaris/famílies preocupats per la personalització de les cures infermeres, les evidències no s'inclouen a la dinàmica de les unitats d'hospitalització del nostre país, ja que la majoria d'elles s'organitzen amb el STB. El punt de partida és que cal ser crític amb la cultura de l'organització de les cures a les diferents unitats d'hospitalització de les institucions sanitàries del nostre país, i reflexionar sobre la manera en què estem promovent les cures. Per tant, fan falta solucions imaginatives que tractin la transformació a través del canvi liderat pels professionals, que ajudin les infermeres a revisar les tradicions que imposa la rutina i a prendre consciència crítica de la seva pràctica quotidiana, per veure com es podrien millorar les cures infermeres que s'estan oferint als usuaris i les famílies.

1.4.1. ANTECEDENTS DEL MODEL DE LA INFERMERA PRIMÀRIA O REFERENT

Tal com s'ha anat explicat en els diferents capítols, sovint s'observa que els serveis d'infermeria de la majoria d'hospitals del nostre país a la pràctica no responen a un model centrat en el pacient i en les seves necessitats de cures (Tiedeman i Lookinland, 2004). També s'ha argumentat la relació entre la forma en que la infermeria s'organitza i la qualitat de les cures que brinda.

En la dècada dels seixanta i els setanta als Estats Units, les infermeres presentaven insatisfacció amb les cures fragmentades que oferien a usuaris i famílies i amb la falta de contacte amb el pacient i la família. Això va comportar que les infermeres estiguessin d'acord amb les queixes que feien els usuaris/famílies. Va ser en aquest context quan Marie Manthey (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991, 2012; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970) van introduir el MIPR i el van definir com un sistema deliberatiu per a les infermeres que facilita la pràctica de la infermeria, malgrat la naturalesa burocràtica dels hospitals (Delgado, 2002). Manthey i Kramer van definir el model d'infermera primària o referent com "Una filosofia i una forma d'organització. No és simplement una manera d'assignar infermeres als pacients, sinó una visió de la infermeria com una pràctica professional centrada en el pacient" (Manthey, 1980). Posteriorment, a la dècada dels vuitanta aquest model es va introduir a la Gran Bretanya.

Cal destacar també les aportacions de Kron i Durbin (Kron i Durbin, 1983), que van definir la infermera primària com un concepte, una idea modificable i adaptable; per això s'ha de tenir sempre present que la introducció del MIPR ha de ser flexible, intentant prioritzar l'atenció a l'usuari/família i la satisfacció del professional. Aquests autors manifesten que l'aplicació de models rígids que impliquin un canvi important en els torns, no consensuat amb els treballadors, i per tant, que afecti negativament la seva vida familiar, pot ser rebutjada pels professionals, i per tant, fracassarà.

1.4.2. MODEL D'INFERMERA PRIMÀRIA O REFERENT A ESCALA ESTATAL

Dins el territori estatal, el MIPR té el referent del Servei Andalús de Salut (SAS), que en una de les línies d'acció del Contracte programa 2001-2004 recull: *“El hospital deberá tender hacia un modelo de asistencia más cooperativo y personalizado, donde el paciente tendrá un único médico y enfermera responsables de su proceso”* (SAS, 2001). No obstant això, en una atenció de 24 hores de prestació de cures per part de diferents professionals d'infermeria, com es pot establir la persona responsable del procés? En aquest context és on el SAS va plantejar una resposta. Va examinar la gestió de les cures amb capacitat autocrítica i va considerar que estaven davant la possibilitat d'aplicar un pla de millora^d. Així doncs, el seu objectiu va ser millorar el desenvolupament professional individual i augmentar l'eficàcia dels professionals substituint gradualment el sistema de treball que predominava en aquell moment per un altre de centrat en la personalització i la continuïtat de les cures, que fomentés el desenvolupament professional i la conciliació amb la vida familiar dels professionals. Amb aquesta finalitat es va dissenyar un projecte de gestió de cures per a les unitats d'hospitalització del SAS que es fonamentava en tres idees claus:

1. La implantació de metodologia infermera en aquestes unitats, dissenyant un programa formatiu ambiciós.
2. L'assignació d'una infermera primària o referent per pacient, redissenyant l'organització de l'activitat infermera en les unitats.
3. L'acceptació dels professionals es considerava un element clau per desenvolupar el projecte, per la qual cosa es va mantenir el sistema de torns.

^d Els plans de millora són programes d'activitats que persegueixen el desenvolupament competencial del subjecte a un nivell de comportament observable, amb un impacte directe i positiu del seu treball diari (Delgado, 2002).

Partint de la base d'aquest model o filosofia de cures, el SAS va elegir les unitats on es podria iniciar el canvi, i va fer-hi prèviament una anàlisi del model basada en les variables següents:

- a) Nombre de llits.
- b) Processos prevalents, perfil dels pacients ingressats.
- c) Distribució dels torns de personal.
- d) Distribució i forma de treball actual d'infermeria.
- e) Ús de metodologia i formació de les infermeres.
- f) Lideratge del supervisor.

Fruit d'aquests elements es van elegir dues unitats diana o pilot: una pertanyia a l'àrea d'hospitalització mèdica (Unitat d'Infecciosos) i l'altra a l'àrea quirúrgica (Unitat de Patologia mamària).

Abans de començar el projecte, es va definir la infermera primària o referent com el professional que vetlla perquè el pacient tingui les cures infermeres que necessita en funció del coneixement científicoteòric, l'evidència i els recursos disponibles. La seva responsabilitat s'estén les 24 hores del dia, i a tots els dies que el pacient estigui afectat per un procés que en causa l'ingrés.

Durant la implantació l'any 2003, es van observar problemes que dificultaven posar en pràctica aquest sistema i que es van resoldre gràcies a la participació dels professionals de les unitats implicades.

Els resultats que va obtenir SAS entorn de la implantació del MIPR va ser que és un model que facilita la personalització i la continuïtat de les cures sense afectar la vida familiar dels professionals i fomenta la responsabilitat de les infermeres i, en conseqüència, la seva motivació (SAS, 2001). Actualment el SAS està en disposició de continuar amb l'ampliació d'aquest tipus de gestió cap a altres unitats, ja que

consideren que és el començament d'un canvi cultural important en l'àmbit de l'organització.

A Catalunya, l'experiència amb el model d'infermera primària o referent es va incorporar l'any 2007 a l'empresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa (ALTHAIA, s.d.). El primer projecte comença el 2007-2008 amb la introducció dels canvis necessaris en l'organització de les cures perquè la infermera assumeixi més responsabilitats individuals, sobretot en les unitats d'hospitalització, on els torns i la mobilitat dels equips fan que es dilueixin. El nou sistema de treball permetria que la infermera referent, amb una visió global, coordinés tot el procés d'atenció i, alhora, que el pacient la pogués identificar fàcilment. Més detalladament, els canvis que es van introduir comportaven que la infermera referent es responsabilitzés de la gestió del pla de treball dels pacients que tenia assignats i garantís la continuïtat de les cures entre els professionals de la mateixa unitat, entre diferents unitats/especialitats i entre diferents nivells assistencials.

A més de coordinar el procés, la infermera referent gestiona, transmetria i registraria la informació que es generaria entre els diferents professionals implicats. L'empresa Althaia va diferenciar el rol entre la infermera referent, que realitza el seu torn de treball de manera continuada (matí o tarda), i la infermera col·laboradora, que garantiria l'assistència en absència de la referent.

Actualment, el rol de la infermera referent a l'empresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, es manté i les professionals ho agraeixen, ja que manifesten sentir-se més reconegudes pel pacient i la família (ALTHAIA, s.d.). En els resultats obtinguts s'observa una gestió més eficient de l'alta hospitalària, sobretot, per a una coordinació millor entre l'atenció especialitzada i la primària. A més, es detecten més bons resultats en els indicadors de seguretat i qualitat anuals, en què destaquen per exemple una disminució de les úlceres per pressió i de les caigudes accidentals hospitalàries.

Paral·lelament al projecte de la infermera referent, a partir del 2010 l'empresa Althaia va començar la informatització del procés d'atenció d'infermeria amb el suport del programa Gacela. El nou sistema suposa la introducció de canvis importants, que han tingut un impacte positiu en l'organització del treball de l'equip d'infermeria i en la seguretat dels pacients.

Aquesta informatització ha anat vinculada a la implantació d'un carro de cures, també digital, per a cada infermera de les unitats d'hospitalització. Gràcies a la connexió Wi-Fi, cada una d'aquestes professionals pot consultar la història clínica del malalt a peu de llit, la qual cosa facilita la planificació i possibilita que les dades (signes, símptomes i incidències) siguin incorporades a la història clínica allà on es duu a terme l'acció. Entre altres millores, també hi ha el blocatge automàtic de les variables de la història clínica des dels monitors de constants i la gravació automàtica, tres cops al dia, d'un arxiu de contingències en un dels ordinadors de cada unitat.

El nou sistema de treball es va implantar fent-lo compatible amb el programa informàtic mèdic i amb el seguiment d'un acurat programa formatiu^e.

^e Durant la realització de la tesi doctoral, la investigadora principal d'aquest projecte, juntament amb l'adjunta d'hospitalització de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, van visitar la directora i l'adjunta d'infermeria de l'empresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, amb la finalitat de conèixer les percepcions, els avantatges, els inconvenients i els elements destacables de la implantació del model d'infermera primària o referent, ja que ells presentaven una llarga trajectòria en aquest model.

CAPÍTOL 2

Context de la recerca

“Hace falta proyectar el futuro desde el presente, teniendo en cuenta lo positivo del pasado; proyectando el futuro desde la reflexión, desde la actualización de principios y valores. Hablemos de actualizarnos en cuanto al lenguaje y de adaptarlo a los diferentes lugares, para que pueda ser conocido y aceptado por las personas que entren en contacto con nuestras obras.”

Germà Pascual Piles, superior provincial OHSJD, província d'Aragó - San Rafael

El present projecte de recerca s'ha desenvolupat a la planta d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona.

L'HSJD és una institució de titularitat privada però alhora amb vocació i finançament públics. Fundada per l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu l'any 1867, té 150 anys d'antiguitat. Es tracta d'un hospital d'alta especialització i tecnologia en el qual la dona, l'infant i l'adolescent en són el centre d'interès. La missió de l'hospital és donar una atenció integral als pacients i a les famílies compaginant el vessant més humà de l'assistència amb el desenvolupament dels nous avenços científics, una nova aposta sistèmica per la innovació, la confiança en els professionals, la participació, la comunicació constant i la transparència. Aquest és el “tractament” amb què l'HSJD de Barcelona ha aconseguit convertir-se en un dels centres d'assistència sanitària especialitzada en l'àrea maternoinfantil més prestigiosos a Espanya.

Els principis ideològics de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu són plenament assumits per l'hospital i els gestors i professionals que en formen part i, en conseqüència, inspiren i regeixen la manera d'entendre l'assistència. Es creu en l'equip interdisciplinari com a eina de treball vàlida per donar assistència integral. El respecte per la persona és un dels puntals en el qual s'ha de sostenir la manera d'actuar en el dia a dia, perquè s'estableixi un estil assistencial. Les bases en què descansa aquest estil assistencial són dues:

1. Concepte antropològic cristià.
2. Trajectòria històrica de l'Orde Hospitalaria de l'HSJD, a partir de les constants que manté al llarg del seu desenvolupament i que incideixen en el centre d'ençà que es va fundar.

L'HSJD és una institució que vol transformar-se en una organització oberta. Vol anar més enllà de la posició que actualment té d'hospital terciari i de sector i convertir-se en una xarxa de serveis i centre d'excel·lència que garanteixin l'accessibilitat en la seva activitat de proximitat i que alhora es distingeixi per la seva especialització i capacitat d'investigació i docència (Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, s.d.).

L'HSJD té una direcció per valors, ja que disposa d'un model de gestió estratègica basat en el desenvolupament de factors culturals en l'organització. Una institució que compagina harmònicament la innovació amb els valors que la caracteritzen:

Hospitalitat: és el valor suprem i per excel·lència de l'Orde, i que engloba els altres quatre valors.

Qualitat: és la base essencial del servei que ofereix i de la seva gestió.

Respecte: per a totes les persones que assisteixen als nostres centres

Responsabilitat: en el servei que presta.

Espiritualitat: per guiar cada persona en la recerca del significat, de la religió i dels valors transcendents.

Parlar de l'HSJD és fer-ho entorn d'una institució de referència pel caràcter global, innovador, humà i solidari que té, però també de referència pels alts nivells d'orgull de pertinença i compromís que demostren els més de 1.800 professionals que conformen la seva plantilla, i que són els que estan permetent mantenir aquests màxims estàndards de qualitat en un context econòmic de dificultats i retallades generals, dels quals el sector sanitari tampoc ha quedat al marge^f.

Així ho manifesta el director gerent a la memòria d'activitats del 2011: *"El año 2011 ha estado condicionado por el contexto económico del país y las consiguientes dificultades*

^f Informació extreta de la web oficial de l'Hospital Sant Joan de Déu: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca>

que los centros sanitarios hemos tenido que afrontar. A principios de año, como consecuencia de la reducción del concierto con el CatSalut, el Hospital tuvo que elaborar un plan de sostenibilidad que ha supuesto medidas de reducción del gasto y otras dirigidas al incremento de los ingresos. Se ha intentado en todo momento conseguir el equilibrio económico del centro sin comprometer el trabajo realizado durante estos años y asegurando el mantenimiento de calidad asistencial. En esta situación se ha hecho patente, un año más, el alto grado de implicación y compromiso de los profesionales en el proyecto del Hospital, que ha permitido llegar a acuerdos para poder superar de forma conjunta las dificultades económicas” (“Paidhos cumple diez años,” 2015). Aquest compromís basat en un model de gestió transparent (dir el que es farà) i en la coherència (fer el que s’ha dit que es faria) és el que ha consolidat aquest sentiment de pertinença i implicació dels professionals. Aquest model es va posar en marxa l’any 2005, quan atès l’entorn de canvis que s’estaven produint, el centre va decidir iniciar un procés per redefinir les estratègies i les dimensions futures de l’hospital.

En aquesta situació es va establir una dinàmica de treball i uns requisits bàsics per elaborar el Pla estratègic del 2004-2014 —que s’ha integrat—, i per marcar i definir la cultura corporativa de l’HSJD. Els pilars del Pla estratègic van ser:

1. Que el Pla estratègic es portés a terme amb correcció metodològica i tècnica, és a dir, que se seguissin les regles de joc.
2. Que es compartís: no havia de ser un instrument només de la direcció, sinó de tots els professionals (hi van col·laborar 300 treballadors de la institució).
3. Que la direcció assumís el compromís públic de dur a terme les iniciatives suggerides.
4. Que l’Hospital es pogués comparar amb els hospitals pediàtrics més ben considerats d’Europa.

5. Que fos concret: un nombre “controlat” d’iniciatives que es poguessin dur a terme (realisme).
6. Que tingués un calendari definit i possibilista.
7. Que es comunicés adequadament, és a dir, que la totalitat dels professionals conegués quin era el camí.
8. Que generés confiança: alguna de les iniciatives s’havien de desenvolupar de forma ràpida per generar credibilitat als professionals.
9. Que fos avaluat periòdicament: els professionals havien de disposar de la informació de com s’estaven desenvolupant els plans i quins eren els resultats que s’havien aconseguit.
10. Que tingués continuïtat: s’havia de garantir el dinamisme necessari per fer ajustaments en el transcurs del temps.

El resultat va ser l’elaboració del Pla estratègic PAIDHOS (2004 - 2014), amb l’objectiu d’esdevenir un centre d’excel·lència i de referència nacional i internacional en el tractament de les malalties pediàtriques més complexes sense perdre la funció d’hospital de proximitat.

El terme *paidhos* prové de la llengua grega i significa “del nen”; és l’acrònim de: **pròxims, accessibles, investigadors, docents, hospitalaris, oberts i solidaris**. A partir d’aquest moment s’estableixen les característiques que diferenciarien l’HSJD com a institució: professional, accessible, innovador, docent, hospitalari, obert i sostenible.

Fruit d’aquesta marcada visió global (de la consideració que l’aportació a la societat ha d’anar més lluny de l’acte estrictament assistencial) i innovadora (l’HSJD va ser el primer hospital d’Espanya que va tenir una direcció d’innovació, i en l’actualitat disposa d’un model integral de suport a la innovació i és impulsor de la creativitat dels seus professionals) va néixer l’any 2008 l’Hospital Líquid (H₂O), *“una iniciativa que engloba tota una sèrie de projectes relacionats amb les noves tecnologies i que tenen com a objectiu facilitar l’atenció dels pacients més enllà de les parets de l’Hospital amb*

models més pròxims al pacient i a la seva família; promoure l'intercanvi de coneixements i d'informació entre els professionals de diferents àmbits, i incrementar el valor que marca la institució” segons explica el director de recursos humans de la institució, Manuel Salcedo.

Així, el projecte d'Hospital Líquid (H₂O) engloba una sèrie de projectes de divulgació i relació estructurats a partir de la identificació de tres col·lectius: pacients i famílies, professionals i societat. Inclou un portal del pacient (a través del qual es realitzen consultes en línia i es promou el concepte *e-health*), portals interactius especialitzats (en els quals els pacients i les famílies poden obtenir informació rigorosa sobre una determinada patologia i compartir les seves experiències), projectes de telemedicina (que permeten la prestació de serveis compartits amb altres hospitals) i plataformes divulgatives (que promouen hàbits saludables desenvolupant aplicacions mòbils en l'àmbit de la salut), presència a les xarxes socials (per facilitar la comunicació amb les famílies i la societat en general) i programes de *2-learning* i web càsting (dirigits a l'actualització i la formació de professionals sanitaris de tot el món). Tots aquests projectes tenen la finalitat de millorar la qualitat del servei, i alhora compaginen un model sostenible i eficient amb el valor de la solidaritat que caracteritza l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu.

Però més allà de l'aplicació de les eines tecnològiques, si per alguna cosa destaca l'Hospital Líquid és perquè implica una superació del model de l'atenció de salut i la comunicació unidireccional (en què existeix un expert que dicta i un pacient que escolta, una nova filosofia de treball i un canvi organitzatiu ple), com reconeix el director de recursos humans: *“El Hospital Líquid (H₂O) supone la puesta en práctica diaria de la interacción continua, la gestión de la información y, sobre todo, la gestión del conocimiento. Exige, por tanto, una nueva dinámica de trabajo basada en la gestión por proyectos y esto tiene implicaciones directas en la organización: creación de equipos multifuncionales para poder atender proyectos transversales y ruptura, por tanto, en la práctica de las estructuras jerárquicas y funcionales clásicas y operativas, ya que el líder de un proyecto no tiene que ser necesariamente el jefe del área, etc.”*. Segons Salcedo: *“Supone, además, un cambio de paradigma profesional. El profesional*

debe ser inquieto, innovador, con una orientación al paciente, altamente comprometido y motivado, abierto a la escucha, la colaboración y el aprendizaje constante” (del Río, 2012).

Un perfil que identifica tant el professional com el model de gestió de persona d'aquesta institució⁸: *“Fomentamos permanentemente la innovación por parte de nuestros profesionales, una actitud abierta en ellos, de mejora continua y participación constante. Esta es la cultura del Hospital Sant Joan de Déu y la artífice de que nuestros colaboradores se sientan tan orgullosos de pertenecer a esta institución. Nuestros profesionales tienen una vocación de servicio muy marcada e inquietud permanente para mejorar todos aquellos aspectos asistenciales que redundan en una mejora en la prestación de servicio para nuestros pacientes y sus familias. En este sentido, contar con este tipo de profesionales es lo que nos permite desarrollar todas las iniciativas. Esta es la llave del éxito. En el Hospital Sant Joan de Déu tenemos muy claro que esta institución la forman y la hacen crecer todos los trabajadores, por eso toda nuestra gestión de RRHH está focalizada en el orgullo de pertenencia y el compromiso de nuestros empleados, porque somos conscientes de que éste es el vehículo que nos conducirá hacia el cumplimiento de nuestros objetivos estratégicos desde nuestros valores y principios de calidad, humanidad y solidaridad” (del Río, 2012).*

Deu anys després de l'elaboració d'aquest pla, es va fer un balanç dels objectius aconseguits, que es va presentar en el decurs de la jornada “Hospital del futuro: nuevos horizontes”, celebrada el 24 d'octubre del 2014 a l'auditori de l'Hospital davant de més de 250 persones i en la qual van intervenir experts internacionals. Durant la jornada es va esmentar la consecució de tots els objectius del PAIDHOS 2004-2014.

Actualment l'HSJD ja està immers en el Pla estratègic PAIDHOS 2020 per refermar la seva posició com a hospital maternoinfantil d'alta especialització en l'àmbit internacional. El PAIDHOS 2020 té nombrosos àmbits d'actuació que incideixen en aspectes com la persecució contínua de l'excel·lència clínica, la millora constant de

⁸ Informació extreta de l'article “Excelencia, calidad y eficiencia a partir de la gestión del compromiso y la innovación” de Verónica del Río a la revista *Observatorio* (setembre del 2012), en el qual entrevista Manuel Salcedo.. L'HSJD va guanyar el mes de maig del 2012 el IV Premi de Factor Humà Mercè Sala que atorgava la Fundació Factor Humà, en reconeixement al desenvolupament d'un model integral de gestió que va saber mantenir la sostenibilitat i l'eficiència (obligada en un context de profunds canvis, crisi i reducció dels ingressos del sector sanitari) amb el manteniment dels màxims estàndards de qualitat.

l'experiència dels pacients i de les infraestructures i la sostenibilitat del seu model. Un dels objectius principals d'aquest pla estratègic és millorar la qualitat que perceben els usuaris i les famílies i la satisfacció del professional.

La Direcció d'Infermera de l'Hospital Sant Joan de Déu, basant-se en la idea que l'ésser humà és un tot integrat des dels punts de vista biològic, cultural, espiritual, psicològic i social que viu en contínua interacció amb el medi que l'envolta, creu que la funció principal de la infermera en l'àmbit hospitalari és proporcionar al malalt i a la seva família les cures necessàries per aconseguir la ràpida reintegració al seu entorn habitual, o al nou si les conseqüències de la malaltia ho exigeixen.

Des d'aquesta perspectiva holística totes les accions hauran d'estar encaminades envers el malalt, qui necessàriament haurà de ser l'eix al voltant del qual girin tots els recursos, tant humans com tècnics. La Direcció d'Infermeria creu en la definició de Virginia Henderson (SAS, 2001) adoptada per la CIE el 1961: "La funció de la infermera és ajudar l'individu, malalt o sa, en la realització d'activitats que contribueixen a la seva salut o recuperació, o a morir en pau, activitats que ell mateix faria sense ajut si tingués la força, la voluntat o els coneixements necessaris, i fer això de tal manera que l'ajudi a independitzar-se al més aviat possible".

La persona té unes necessitats bàsiques per cobrir que són universalment les mateixes, però varien en funció de la seva relació amb el medi que l'envolta, de la manera de percebre la realitat i, per tant, de la manera d'adaptar-se a l'entorn. Així, doncs, les atencions i les cures encaminades al malalt hauran de ser necessàriament individualitzades, atenent les necessitats d'una manera personalitzada i vetllant en tot moment per assegurar el respecte dels seus drets.

No obstant això, el sistema d'assignació d'infermeria que s'utilitza actualment a l'HSJD està basat en un model biomèdic; les infermeres només són responsables de les cures que brinden als usuaris i les famílies durant el seu torn de treball, sense que hi hagi un responsable final de les cures infermeres.

Avui en dia, tal com s'ha comentat anteriorment, els usuaris tenen requeriments assistencials nous, i es necessiten criteris i eines de gestió per planificar un sistema d'assignació d'infermeria que ens permeti brindar unes cures infermeres més òptimes i personalitzades, en què el professional d'infermeria tingui una paper de líder en tot el procés assistencial, amb més visibilitat, i que incorporin el pacient i la família dins l'equip interdisciplinari. Un sistema d'assignació que permeti al professional oferir unes cures més personalitzades i assegurar una atenció integral, holística i de més qualitat per realitzar una pràctica assistencial basada en l'excel·lència; d'aquí la importància de fer una reorganització en el STB que impera actualment, pel MIPR, amb unes cures més personalitzades i amb la infermera com a líder del procés assistencial^h.

^h Informació extreta de la intranet de l'Hospital Sant Joan de Déu: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca>

CAPÍTOL 3

Justificació de la recerca

3.1. PER QUÈ AQUESTA RECERCA?

“Hacer lo que nadie más hará, un camino que nadie más puede tomar, a pesar de todo seguimos adelante, eso es la enfermería.”

Rawsi Williams, RN

Les infermeres tenim la responsabilitat de proporcionar la millor atenció possible, és a dir, realitzar una pràctica basada en l'evidència científica i generar els nostres coneixements (Arroy, Cortina, i Zugastri, 1997; Vicenzi, 1994). Les infermeres hem de qüestionar-nos constantment la nostra pràctica assistencial per millorar la salut dels usuaris i de les famílies a qui brindem cures. La recerca en cures afegeix coneixements a la disciplina i impacta en el benestar del pacient i de la família, i fins i tot pot disminuir el cost de la cura (Camaño Puig i Forero Rincón, 2000). La ciutadania es beneficia de les cures infermeres basades en l'evidència científica, i paral·lelament la ciència infermera es nodreix del coneixement i l'experiència dels professionals investigadors que generen l'evidència científica. Utilitzant estratègies amb dissenys metodològics rigorosos, les infermeres traslladem l'evidència científica a la pràctica, un element que permet augmentar la qualitat assistencial que perceben els nostres usuaris i les famílies (Aiken et al., 2003, Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; Kron i Durbin, 1983; Le May, 1991).

En el meu cas, la motivació i la inquietud per dur a terme aquesta recerca és fruit dels 13 anys de la meva pràctica assistencial. Fa 13 anys, quan per primera vegada vaig entrar en una planta d'hospitalització com a infermera assistencial, em va sorprendre veure que la infermera no era líder assistencial i que els usuaris i les famílies no percebien un professional d'infermeria com a responsable final de les cures infermeres que se'ls oferiren. Em va impactar la fragmentació de les cures en el STB, en el qual ens repartíem els pacients de la unitat; la poca visibilitat de la nostra professió, i la necessitat de potenciar l'adheriment terapèutic del professional d'infermeria cap als usuaris i famílies que estan institucionalitzats per afavorir la bona evolució del pacient.

Posteriorment, la meva experiència clínica de sis anys com a infermera especialista en infermeria pediàtrica en un hospital monogràfic de tercer nivell va confirmar la meva primera impressió. Existeix un sistema d'assignació d'infermeria molt sistemàtic que no permet brindar unes cures infermeres personalitzades, que no afavoreix poder desenvolupar un adheriment terapèutic amb la infermera, que no produeix visibilitat infermera ni motivació del professional i que podria millorar la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies entorn de l'assistència sanitària rebuda durant el procés d'hospitalització.

Això no obstant, fruit d'aquesta espècie de crítica cap al sistema, després de realitzar els estudis d'especialitat en pediatria, vaig decidir iniciar una investigació sobre aquests fenòmens, aprofitant que estava immersa en un medi en el qual la pràctica basada en l'evidència era vigent en la majoria d'accions que desenvolupàvem en el nostre quefer diari.

Amb aquesta consciència crítica construïda al llarg dels anys, vaig iniciar un procés de coneixement amb profunditat del fenomen. En primer lloc, a través de la revisió de la literatura entorn dels diferents sistemes d'assignació d'infermeria en àmbit nacional i internacional, vaig descobrir la presència internacional dels hospitals magnètics, on tots els usuaris volen ser atesos i tots els professionals volen treballar (Aiken, 1996; Kaplan et al., 2014; Kramer, 1991; López Alonso, 2004a; Vickie et al., 2002). Què feien ells que no fèiem nosaltres? Per què tots els professionals d'aquestes institucions tenien més satisfacció professional que nosaltres? Com podíem aconseguir oferir als nostres usuaris i famílies unes cures infermeres més personalitzades? Què podíem fer perquè la infermeria tingués més visibilitat en tot el procés assistencial i, per tant, més motivació? Quin sistema d'assignació de pacients havíem d'utilitzar per intentar solucionar el problema de fragmentació de les cures? Què podria fer infermeria perquè els usuaris i les famílies percebessin més qualitat assistencial en tot el procés d'hospitalització?.

Vaig realitzar una recerca bibliogràfica amb la finalitat d'intentar obtenir respostes a moltes de les preguntes que em plantejava i vaig observar que el MIPR en responia

moltes. Vaig enviar el meu projecte a la Direcció d'Infermeria de l'Hospital Sant Joan de Déu i els vaig explicar les meves idees i percepcions, i aquesta idea va passar a ser una aposta de la institució.

Aquesta idea es plantejava en un context en què canviar el sistema d'assignació d'infermeria d'una institució és un procés molt complex (Koloroutis, 2004; Manthey, 2002) i en què els diferents professionals s'havien de sentir implicats en el procés de canvi perquè aquest tingués èxit. No obstant les dificultats del dia a dia, les infermeres indicaven una necessitat creixent d'oferir unes cures més personalitzades, holístiques i integrals a les famílies i als usuaris institucionalitzats, en què infermeria desenvolupés un paper amb més lideratge assistencial i amb més adheriment terapèutic entorn dels usuaris i les famílies a qui brinden les cures. Els desitjos de canvi dels professionals assistencials i dels gestors va ser l'element que em va portar a plantejar aquest projecte. Hi havia evidència científica que ens argumentava que a través del MIPR se'ns permetria oferir unes cures infermeres més personalitzades (Manthey, 1973, 1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970), d'altra banda els professionals assistencials i de gestió tenien voluntat de canvi, la direcció apostava per aquest canvi en el sistema d'assignació d'infermeria de la institució. Llavors, com ho podíem fer per dur-ho a terme?.

3.2. A QUÈ VULL DONAR RESPOSTA I PER QUÈ?

“Ningú com una bona infermera de les que ho viu cada nit pot ensenyar-te a ser el que no has sigut mai: un autèntic pacient, en tots els sentits de la paraula.”

Carles Capdevila

Tal com s'ha explicat prèviament, la recerca s'ha desenvolupat a l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, concretament a la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica. Es va implantar en aquesta unitat d'hospitalització perquè és l'àrea de l'hospital on es troben ingressats infants malalts amb les seves famílies, amb una estada hospitalària més llarga, i el model d'infermera primària o referent és més efectiu com més llarga és l'estada, ja que com més llarg és el temps d'ingrés més adheriment terapèutic o relació de confiança estableix la infermera referent amb els usuaris i les famílies. Aquest va ser el motiu pel qual la prova pilot es va desenvolupar en aquesta unitat.

La revisió de la literatura i la meua experiència professional i investigadora, em van portar a plantejar què és el que succeeix en les diferents institucions sanitàries perquè les cures infermeres que es brinden als usuaris i les famílies siguin poc personalitzades (Brennan i Anthony, 1998, 2000; Pearson, Porritt, Doran, Vincent, Craig, Tucker, Long, et al., 2006). Als centres la infermera no és una líder assistencial i el col·lectiu d'infermeria no té present la visibilitat que es mereix durant tota l'estada hospitalària (López Alonso, 2004b); en alguns casos això provoca una disminució de la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies, i una disminució de la satisfacció laboral dels professionals que brinden les cures (Fajardo i Germán, 2004). La literatura ofereix algunes respostes a aquestes qüestions: la majoria de cures que infermeria ofereix als usuaris ingressats en les institucions sanitàries radiquen entorn de les seves necessitats fisiològiques, a través d'un model biomèdic en el que les infermeres realitzen cures de forma fragmentada a totes les famílies i a tots els usuaris institucionalitzats (Zapata, 2008). Paral·lelament la preeminència de la figura del professional de la medicina sobre la resta de professionals del servei pot portar al fet

que les veus i les aportacions de la resta de professionals no es tinguin tant en compte, independentment de la seva qualitat, utilitat o idoneïtat (Pronovost et al., 2003).

Per tant, alguns dels interrogants que es van plantejar en aquesta recerca són: com es podria canviar aquesta dinàmica professional, de tal manera que les cures que es brindessin als usuaris i a les famílies fossin més personalitzades? Com es podria millorar la qualitat assistencial que perceben usuaris i famílies? Com es podria millorar la satisfacció laboral dels professionals? Què es podria fer per millorar l'ambient de treball i intentar aconseguir ser un hospital magnètic? Quin sistema d'assignació caldria implantar perquè infermeria sigues líder assistencial en el procés d'hospitalització? Com es podria aconseguir més visibilitat dels professionals d'infermeria?.

Des del meu punt de vista, aquestes preguntes eren pertinents per dos motius: en primer lloc perquè l'evidència científica ens demostra que hi ha uns hospitals (hospitals magnètics) on tots els usuaris volen ser atesos i tots els professionals volen treballar (Aiken, 1996; Dinsdale, 2000; Kaplan et al., 2014; Kramer, 1991; López Alonso, 2004a; *Nursing administration: scope and standards of practise*, 2009; Secaf i Marx, 1991; Vickie et al., 2002), on infermeria adopta un paper com a líder assistencial en tot el procés d'hospitalització de l'usuari i la família i estan acreditats amb una excel·lència en les cures infermeres. D'aquí la importància de produir canvis en la nostra institució per intentar convertir-nos en un hospital magnètic. En segon lloc, l'evidència ens torna a demostrar que com més satisfets estan els professionals que brinden les cures, més qualitat assistencial perceben els usuaris i les famílies (Adams et al., 1998; del Rosario Mendoza, 1994; Pearson, Porritt, Doran, Vincent, Craig, Tucker, i Long, 2006). Per tant, algunes de les meves preguntes van ser: si adoptéssim un sistema d'assignació en què infermeria tingués més responsabilitat i realitzés un paper més de líder assistencial durant l'estada hospitalària, els professionals presentarien un augment en la motivació per la feina?, les cures brindades als usuaris i a les famílies serien millors?, augmentaria la qualitat percebuda per usuaris i famílies?, i hi hauria més bon ambient laboral?.

Per donar respostes, i una vegada feta la revisió bibliogràfica, es va partir del supòsit que era necessari substituir el STB pel MIPR. Per tant, era necessari establir processos de canvi en les unitats que generessin transformacions duradores. Aquests canvis havien de ser la base per a futures modificacions que anessin acostant l'atenció de la salut als estàndards de qualitat que suggereix l'evidència científica. A continuació, al llarg d'aquesta recerca veurem com vam dissenyar i dur a terme les accions per intentar aconseguir totes aquestes transformacions per brindar unes cures més personalitzades, i així que les diferents professionals percebessin un entorn laboral millor i els usuaris i les famílies, una més bona qualitat assistencial.

No obstant això, la nostra proposta va ser implantar aquest model des d'un procés reflexiu per demostrar com les micropolítiques, les creences o les relacions interprofessionals d'una unitat d'hospitalització podien canviar amb la participació dels diferents professionals en el procés de canvi (Delgado Hito et al., 2001; Zaforteza et al., 2015) i per monitorar a través d'un vessant quantitatiu la qualitat percebuda pels usuaris i les famílies i la percepció de l'entorn laboral dels professionals que brinden les cures.

A manera de síntesi d'aquesta reflexió, i per concretar la investigació, la pregunta que es planteja és la següent: la implantació del MIPR a través d'un procés d'IAP, pot garantir als usuaris i les famílies un augment de la qualitat de l'atenció que perceben, i un grau de satisfacció més elevat del professional? Al llarg d'aquesta recerca s'intentarà donar resposta a aquesta pregunta d'investigació.

CAPÍTOL 4

Hipòtesis i objectius

HIPÒTESIS:

1. És possible canviar el model organitzatiu d'infermeria a través d'un procés d'investigació - acció participativa.
2. El model d'assignació d'infermera primària o referent produeix un augment de la qualitat assistencial que perceben l'usuari i la família.
3. El model d'assignació d'infermera primària o referent produeix un increment en la millora de la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria.

Per donar resposta a aquestes hipòtesis, es plantegen els objectius generals i específics següents:

OBJECTIU GENERAL:

1. Explorar el procés d'implantació del sistema d'assignació de la infermera primària o referent a la unitat d'oncologia-hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu a través d'un procés d'investigació - acció participativa.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

1. Promoure la reflexió sobre les cures infermeres a través d'un procés participatiu dels professionals amb la finalitat d'aportar canvis en la pràctica infermera.
2. Explorar el posicionament i la valoració dels professionals d'infermeria davant el sistema d'assignació d'infermera primària o referent i les seves experiències davant del canvi.
3. Identificar els avantatges i els inconvenients del canvi de model assistencial d'infermeria a través del disseny metodològic d'IAP.

4. Avaluar si el model d'infermera primària o referent produeix un augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies.

5. Avaluar si el model d'infermera primària o referent millora la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria.

6. Descriure les estratègies desenvolupades durant el procés de realització de la IAP.

CAPÍTOL 5

Metodologia

“Los métodos mixtos no nos proveen de soluciones perfectas; sin embargo, hasta hoy, son la mejor alternativa para indagar científicamente cualquier problema de investigación. Conjunten información cuantitativa y cualitativa, y la convierten en conocimiento sustantivo y profundo.”

ROBERTO HERNÁNDEZ-SAMPIER

El disseny global de la investigació segueix una metodologia mixta. La característica principal d'aquesta metodologia és la combinació de la perspectiva qualitativa i quantitativa en un mateix estudi (Hamui Sutton, 2013). Seguint els teòrics Creswell i Plano Clark (2011) s'han plantejat objectius qualitatius i quantitius, acompanyats d'una pregunta d'investigació basada en un mètode mixt que integra ambdues estratègies (qualitativa i quantitativa). L'objectiu de la metodologia mixta és donar resposta a una pregunta d'investigació complexa, utilitzant els avantatges d'ambdues metodologies per contrarestar-ne les debilitats i optimitzar potencialitats en els resultats, per explicar millor els fenòmens, per donar resposta als resultats inesperats, per millorar el mostratge, per millorar la credibilitat dels resultats, per millorar la transferència de coneixement, per oferir diverses visions i per descobrir nous resultats fruit de les dues perspectives, entre d'altres (Cook, Bordage, i Schmidt, 2008; Creswell i Plano Clark, 2011).

Schifferdecker i Reed (2009) van definir els quatre models de metodologia mixta més utilitzats en estudis relacionats amb les ciències de la salut de les últimes dues dècades, tot i que n'existeixen molts més tipus (Tashakkori i Teddlie, 2003b). Els quatre models que van definir aquests autors són: 1) per desenvolupar instruments; 2) explicatiu o aclaridor; 3) la triangulació; 4) la transformació longitudinal.

La metodologia utilitzada en aquesta recerca s'encaixa dins el model de triangulació, a través de diferents instruments (grups focals, observació no participant, diari de camp i qüestionaris), diferents agents (infermeres gestores i assistencials) i diferents mètodes (mètode qualitatiu i quantitatiu). En aquest tipus de disseny els resultats qualitatius i

quantitatius es produeixen simultàniament. La generació de dades es porta a terme en relativament poc temps i s'involucra la mateixa població.

Per donar resposta a l'objectiu general (explorar el procés d'implantació del sistema d'assignació de la infermera primària o referent a la unitat d'oncologia - hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu a través d'un procés d'IAP), així com a l'objectiu específic 1 (promoure la reflexió sobre les cures infermeres a través d'un procés participatiu dels professionals amb la finalitat d'aportar canvis a la pràctica infermera), a l'objectiu específic 2 (explorar el posicionament i la valoració dels professionals d'infermeria davant el sistema d'assignació d'infermera primària o referent i les seves experiències davant el canvi), a l'objectiu específic 3 (identificar els avantatges i els inconvenients del canvi de model assistencial d'infermeria a través del disseny metodològic d'IAP) i a l'objectiu específic 6 (descriure les estratègies desenvolupades durant el procés de realització de la IAP), s'ha seguit una metodologia qualitativa amb un disseny de tipus IAP des del model de Kemmis i McTaggart (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis, McTaggart, i Nixon, 2014).

Per donar resposta a l'objectiu específic 4 (avaluar si el model d'infermeria primària o referent produeix un augment de la qualitat assistencial percebuda per usuaris i famílies), així com l'objectiu específic 5 (avaluar si el model d'infermera primària o referent produeix una millora en la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria), s'ha utilitzat una metodologia quantitativa amb disseny de tipus quasi experimental prospectiu sense aleatorització amb dos grups no equivalents ni concurrents.

Tal com s'ha destacat anteriorment, el fet de dur a terme un estudi de disseny mixt ha permès utilitzar els avantatges d'ambdues metodologies (quantitativa i qualitativa) per contrarestar-ne les limitacions i alhora verificar i generar teories de manera simultània, fer inferències de més qualitat i obtenir conclusions més sòlides; a més a més d'obtenir possibles visions divergents sobre un mateix fenomen i millorar la recepció de les administracions.

5.1. ÀMBIT DE L'ESTUDI

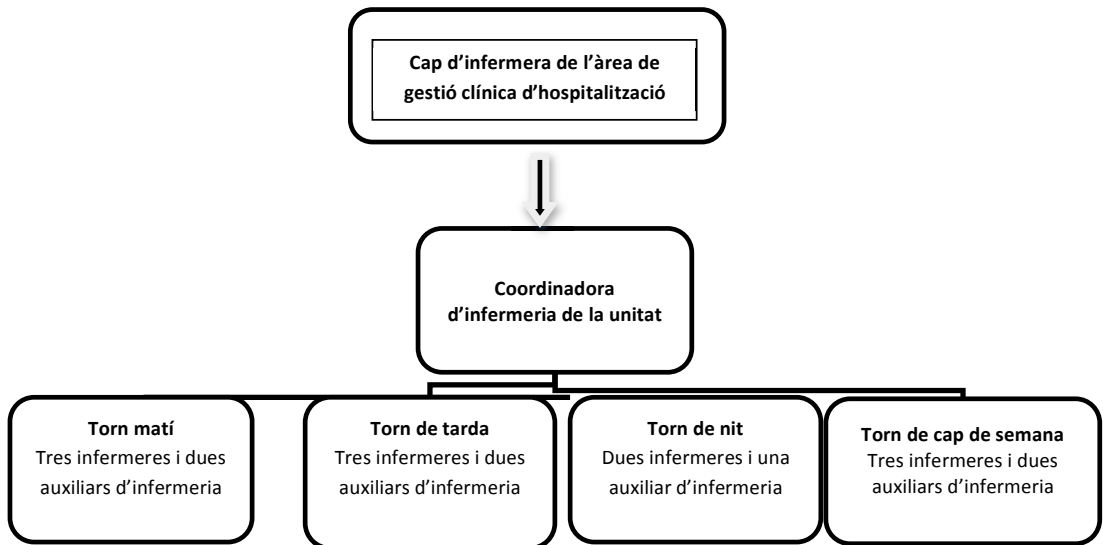
La recerca s'ha realitzat a la planta d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD (Barcelona).

El servei d'Oncologia- Hematologia de l'HSJD de Barcelona és centre de referència nacional per a l'atenció del càncer en desenvolupament i de referència internacional per certs tipus de tumors. L'HSJD és un centre especialista en el tractament de tot tipus de càncers pediàtrics: el neuroblastoma, el retinoblastoma, els tumors musculoesquelètics (sarcomes), els tumors cerebrals, incloent-hi gliomes del tronc cerebral, histiocitosi, tumors renals, leucèmies i limfomes. També es tracta malalties hematològiques poc freqüents, com per exemple: les hemoglobiopaties, les fallades medul·lars congènites i adquirides (eritroblastopènia, leucopènia, anèmia de Fanconi, Blackfan-Diamond, etc.), les neutropènies congènites i adquirides, la plaquetopènia immunitària aguda i altres plaquetopènies, el dèficit de factors de coagulació, les anèmies hemolítiques, etc.

Cada any es tracta gairebé 2000 nens/es i adolescents de tot tipus de càncer del desenvolupament a l'HSJD, dels quals 250 són nous pacients a l'Hospital.

El centre d'atenció de la unitat d'hospitalització pediàtrica d'Oncologia- Hematologia són infants amb càncer oncològic o hematològic i nens i nenes amb problemes relacionats amb la neurocirurgia (traumatismes, patologia tumoral i mals formatius). Aquesta unitat d'hospitalització està ubicada a la vuitena planta i forma part de l'Àrea de Gestió Clínica d'Hospitalització dins l'organigrama de l'hospital, tal com es pot veure a la figura 1.

Figura 1: Organigrama del personal d'infermeria de la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica de l'HSJDⁱ



Font: Elaboració pròpia

La unitat d'hospitalització té 29 habitacions, majoritàriament individuals, que preveuen la permanència de la família, ja que disposen d'un sofà llit, o una butaca en el cas de les habitacions dobles. Totes les habitacions tenen armari i bany i un polsador al capçal del llit amb sistema de telefonia per avisar la infermera referent i un altre polsador d'alarma al bany. El llit dels usuaris, d'altura regulable electrònicament, tenen baranes i suport de sèrum i drenatges. Els bressols estan articulats amb tren i antitren i disposen de baranes de metacrilat. Totes les habitacions estan equipades amb una presa de sortida d'oxigen i una de buit, amb tot el material preparat i protegit amb una bossa, així com amb dispensadors d'administració de solucions alcohòliques per a la higiene de mans, televisor, servei Wi-Fi d'accés a internet gratuït, sistemes musicals i amb el servei contacontes a l'hora de dormir (20 h).

El passadís de la unitat disposa d'un mural informatiu de l'hospital amic i a cada porta hi trobem un suport per penjar un dibuix que personalitza l'habitació del pacient i per identificar els aïllaments. És un espai agradable i tranquil, en el qual s'evita l'acumulació de carros; on, si el procés ho permet, l'infant pot sortir, passejar i

ⁱ Es farà referència a l'Hospital Sant Joan de Déu amb les inicials HSJD.

conèixer altres pacients; amb terra antilliscant per evitar caigudes. A la part central hi ha l'accés a les escales i als ascensors. Als extrems del passadís hi ha una zona diferenciada amb una porta de vidre per a les càmeres estèrils i, a l'altre costat, una zona per a les famílies i una sala polivalent, destinada al matí a fer rehabilitació i a la tarda, a sala de jocs; també disposa d'escales d'evacuació en cas d'incendi.

El control d'infermeria està central i és equidistant a totes les habitacions. Disposa d'un tub pneumàtic per enviar mostres i documents entre diferents punts de l'hospital. La unitat disposa d'un administratiu en torn de matí, equipat amb el telèfon de la unitat.

L'espai de treball del personal d'infermeria està situat darrere del control d'infermeria i està tancat amb una porta de vidre; és on es prepara la medicació. A darrere de l'espai de treball es disposa d'un accés a l'ascensor per al subministrament dels estocs i també d'un baixant per a la roba. Es disposa de cinc punts informàtics amb accés a internet i els professionals poden accedir a tots els programes mitjançant el número d'usuari. Aquest espai està destinat a les infermeres, els metges i els professionals de l'hospital i s'hi fan els canvis de torn, les consultes de les històries i les sessions clíniques de la unitat.

L'equip interdisciplinari de la Unitat d'Oncologia-Hematologia està format per oncòlegs, hematòlegs, neurocirurgians, neuròlegs, psiquiatres, psicòlegs, infermeres, auxiliars d'infermeria, personal de neteja, voluntaris, voluntaris de Pallapupes, treballadors socials, administratius, zeladors, així com diferents professionals que desenvolupen el seu programa formatiu (residents de medicina o d'infermeria; estudiants de màster, de postgrau, de grau, etc.).

Paral·lelament a l'activitat assistencial, tots aquests professionals realitzen activitat docent participant en la formació pràctica d'estudiants de pregrau i postgrau, d'alumnes auxiliars d'infermeria, i també participen en la formació teòrica o pràctica de nous professionals, en la formació de la unitat, en la formació del centre i en sessions formatives per a pares d'infants oncològics. Una altra part de l'activitat professional se centra en la recerca, dins la qual es realitzen plans de cures i

procediments, es participa en congressos i jornades i es col·labora amb les línies estratègiques d'investigació de la Direcció d'Infermeria.

5.2. PERÍODE D'ESTUDI

Tal com s'ha detallat en apartats anteriors, el període de l'estudi comprèn des del setembre del 2015 fins al setembre del 2016.

5.3. DISSENY QUALITATIU

La investigació qualitativa aconsegueix un acord intersubjectiu, la comprensió mútua d'una situació, el consens no forçat entorn del que s'ha de fer i un sentit que allò que els professionals aconsegueixin junts serà una veritat no només per a aquell col·lectiu professional, sinó per a qualsevol professional i institució. La investigació qualitativa aspira a crear circumstàncies en les quals els professionals puguin buscar junts, en forma col·laborativa, formes més comprensibles, verdaderes, autèntiques i moralment correctes i apropiades per comprendre i actuar en el seu àmbit de treball (González Gil i Cano Arana, 2010). Es basa en la convicció que les persones tenen capacitat per canviar, elles mateixes, i transformar el món que les envolta per fer-lo més habitable, tal com es veu en estudis com el de Delgado Hito i Gastaldo (2006). Les persones adquireixen consciència sobre la realitat que les envolta i sobre el fet que les seves regles del joc poden canviar l'entorn de manera progressiva (Berg i Lune, 2004). Per tant, és especialment en les seves versions més desafiants de l'*statu quo* que es desenvoluparà un tipus de recerca amb un posicionament social molt explícit a favor de grups que volen transformar la realitat desfavorable.

La recerca qualitativa va aparèixer després de la Primera Guerra Mundial, en relació amb les idees democràtiques i pragmàtiques de John Dewey aplicades al camp de l'educació (Drapeau, 2004; Goyette i Lessard Hébert, 1988; Lessard Hébert, Goyette, i Boutin, 1997), no obstant això, són els treballs de Moreno i Kurt Lewin que ho consoliden a partir dels anys quaranta del segle xx, amb relació al desenvolupament comunitari als EUA.

La literatura descriu la recerca qualitativa de diferents formes i reconeix la dificultat d'establir una definició única, a causa principalment de la complexitat de les seves intervencions i de la varietat que agrupa (Buitrago, 2006).

5.3.1. INVESTIGACIÓ - ACCIÓ PARTICIPATIVA (IAP)

Per desenvolupar aquesta recerca s'ha dissenyat un estudi qualitatiu de tipus IAP que parteix del model de Kemmis i McTaggart (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014). La IAP té els orígens en el pensament de Kurt Lewin (1946), que va proposar acostar de forma teòrica i metodològica els problemes de la vida quotidiana i involucrar l'investigador principal com a agent de canvi. Delgado-Hito argumenta que les persones poden aprendre, canviar i transformar el món del qual formen part amb participant en el procés d'investigació (Delgado Hito i Gastaldo, 2006). És per aquest element que aquest tipus de recerca requereix dels participants i de l'investigador una responsabilitat compartida, un compromís personal, una obertura cap a l'activitat humana i una participació en totes les etapes del procés, tal com argumenten Kemmis i McTaggart (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014).

S'ha escollit el model de Kemmis i McTaggart (1988) perquè és un mètode molt aplicable a la recerca que es planteja, i que inclou diferents etapes que es poden anar repetint en forma d'espiral, és a dir, a través d'una retroalimentació contínua. Aquestes etapes són: el reconeixement del terreny (valoració del context i detecció de la problemàtica), la planificació (participants i investigadora decideixen el pla que es vol seguir), l'acció (desenvolupar l'acció), l'observació de la pràctica real i la reflexió sobre l'observació. Un cop finalitzat tot el procés, s'inicia un nou cicle amb les quatre etapes i enfocat a la replanificació. Paral·lelament, com que és un mètode d'investigació amb bases cooperatives, democràtiques i transparents s'ha escollit aquest disseny orientat a la producció de canvis en el mateix lloc de treball (Altrichter, 2002; Delgado Hito et al., 2001), a través d'un procés reflexiu durant l'acció. Amb aquesta finalitat, una part del disseny metodològic d'aquesta recerca és la IAP com a metodologia que busca involucrar els professionals en la millora de la qualitat assistencial, realitzar un canvi amb estratègies pensades, dissenyades i executades pels mateixos professionals d'infermeria a partir dels valors comuns de les cures humanitzades i de la seva pràctica clínica habitual (Binnie et al., 1999; Briggs, 1997; Brody et al., 1989; Cañas Nuñez et al., 2007; Carper, 1978; Champion i Leach, 1989;

Denzin i Lincoln, 2011; Hart i Bond, 1995; Heaton, 2004; López Alonso et al., 2010; Pontin, 1999); és per aquest motiu que durant tota la recerca s'ha adoptat una posició paradigmàtica constructivista, ja que els objectius que es persegueixen en aquesta tesi van dirigits a la producció de canvis tant individuals com col·lectius, comprendre millor la pràctica assistencial d'infermeria i la millora de la situació en les unitats d'hospitalització (Altrichter, 2002; Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014; Tashakkori i Teddlie, 2003a).

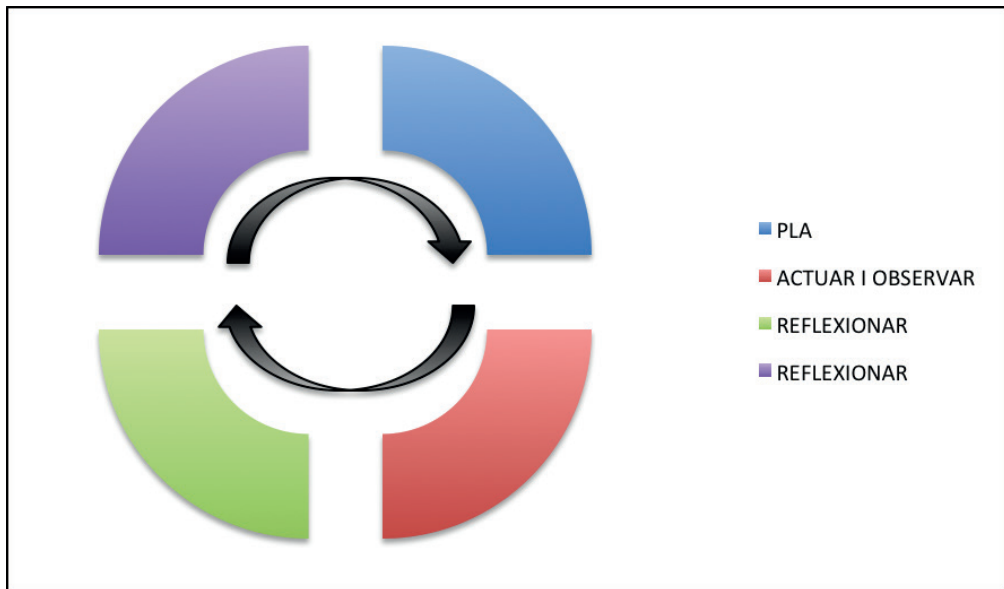
Els investigadors del vessant participatiu tenen en comú un conjunt de característiques: 1) l'èmfasi en la persona i la capacitat d'acció social i de participació que té, 2) el poder concebut com a apoderament, 3) la unió entre la reflexió i l'acció com a eines de canvi i 4) el fet de posar en el diàleg els coneixements pràctics i contextuals i els coneixements teòrics i científics (Buitrago, 2006). Sobre la base d'aquestes característiques s'estableixen els principis que s'utilitzen en aquesta recerca: ha estat una investigació participativa, col·laborativa i pràctica per als diferents professionals d'infermeria de la unitat on s'ha implantat l'acció; el coneixement generat en aquesta investigació és compartit i contextualitzat; s'ha desenvolupat una investigació reflexiva i crítica per poder dur a terme un canvi en el sistema d'assignació d'infermeria, i s'ha reflexionat prèviament entorn de com millorar la situació actual, i a través d'aquesta desenvolupar un apoderament dels diferents professionals canviant-los l'entorn immediat a favor seu i dels usuaris i les famílies.

Existeixen diferents models per aplicar la IAP. Tots comparteixen els principis que s'han explicat anteriorment, però es diferencien en la manera de presentar les fases o activitats. En aquesta investigació s'ha utilitzat el model de Kemmis i McTaggar (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014). Aquest model està pensat especialment en entorns laborals i s'ha utilitzat amb èxit a la UCI de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, amb la finalitat de canviar les pràctiques de les infermeres cap al pacient crític i cap als familiars (Delgado Hito et al., 2001). Es pot aplicar de manera flexible, adaptant-lo al llarg del procés. És un model que reconeix que la realitat és fluida i complexa i, per tant, no és possible prevenir totes les eventualitats i tot el que s'ha de fer. Ens

proporciona una idea general de com organitzar les fases de la IAP, que, finalment, a la pràctica, se solaparan i viuran modificacions, com a conseqüència dels ajustaments continus que porta el procés de reflexió-acció-avaluació.

En la figura 2 s'indiquen les fases de la IAP segons el Model de Kemmis i McTaggart.

Figura 2: Model d'investigació-acció participativa de Kemmis i McTaggart



Font: Elaboració pròpia partir d'una adaptació del model de Kemmis i McTaggart

Com s'acaba d'esmentar, el model de Kemmis i McTaggart (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014) estableix quatre moments o etapes de la IAP que s'articulen al voltant del que s'anomena preocupació temàtica. Aquesta preocupació temàtica és el punt de partida i constitueix l'àrea d'interès entorn de la qual els participants volen treballar. Una vegada identificada aquesta preocupació temàtica, s'articulen els quatre moments.

1. El pla: en aquesta fase s'organitza l'acció que es durà a terme en el moment següent. Es caracteritza per ser flexible, per estar articulada amb la realitat del context

al qual va dirigida i perquè pot assumir el risc d'anar més enllà de les pràctiques actuals. En aquest moment hem de tenir present que el pla ha de ser capaç d'adaptar-se als imprevistos que apareguin durant la posta en marxa de la pràctica i ha d'ajudar els professionals a anar més enllà de les limitacions del context. Finalment en aquest moment és quan hem d'ajudar els professionals a actuar de manera més eficient i que millorin la seva pràctica.

2. L'acció: aquesta fase està basada en el pla i està sotmesa a control i observació, amb l'objectiu d'aprendre'n per informar de les successives accions que es portin a terme en aquest context. Tot i la planificació, i el control rigorós, l'acció és arriscada perquè suposa sortir de la pràctica habitual i enfrontar-se a les limitacions contextuais ja conegudes, però també a les que sorgiran com a conseqüència del canvi. Per tant, el pla inicial ha de preveure la possibilitat d'aplicar-hi modificacions i ha d'incloure estratègies de negociació i de reajustament, així com assumir que s'han de prendre decisions de manera ràpida per garantir la continuïtat de l'acció.

3. L'observació: està molt relacionada amb l'acció, perquè es tracta de documentar-ne els efectes (previstos i no previstos) i les circumstàncies en què s'han produït (com el context ha afavorit o dificultat l'acció). Ha de proporcionar les bases per a la posterior reflexió o avaluació i ha de ser oberta i flexible, de manera que l'observació planificada amb anterioritat és una guia que caldrà ampliar amb les noves categories que apareixen en el procés.

4. La reflexió: Kemmis i McTaggart descriuen la reflexió com a descriptiva i avaluable. Manifesten que en aquesta part és quan s'observen els efectes de l'acció i s'hi reflexiona. La part més avaluable busca el sentit dels processos que han tingut lloc i l'origen de les restriccions i els problemes que s'han produït.

La IAP ha estat aplicada des dels anys trenta del segle xx. Diferents experiències en diferents entorns (fàbriques, gestió de salut mental, treball miner, etc.) van demostrar que la participació de treballadors i usuaris en el disseny i en com aplicar-lo en la pràctica del dia a dia conduïen a la consecució de contextos laborals més eficients, amb treballadors més satisfets i amb menys resistència al canvi (Lines, 2004), i en el

cas dels serveis de salut, a més a més, més satisfacció de les necessitats de l'usuari. La IAP s'aplica recentment en el camp de les ciències de la salut i es reconeix que és una metodologia adequada per a la intervenció i l'avaluació dels serveis de salut (Zaforteza et al., 2015). Els experts en el tema manifesten que aplicar la IAP en els entorns de la salut pot ser adequat quan: s'hagin de desenvolupar i avaluar serveis nous, s'hagi de millorar l'atenció a la salut, s'hagin de desenvolupar coneixements dels professionals o s'hagi d'implicar els usuaris i els professionals en la millora dels serveis.

En l'àmbit internacional trobem projectes que demostren que la IAP o els processos que incorporen el seus elements metodològics provoquen canvis tant en els professionals com en les organitzacions per adaptar-los als usuaris (Hopia et al., 2005). És un sistema que s'està utilitzant i que s'ha utilitzat en el camp de la infermeria; n'és un exemple el treball de Kite (1995), que en el context d'una UCI pediàtrica va modificar la forma habitual de realitzar les higiènes orals en pacients intubats per una pràctica basada en l'evidència i més segura per als usuaris.

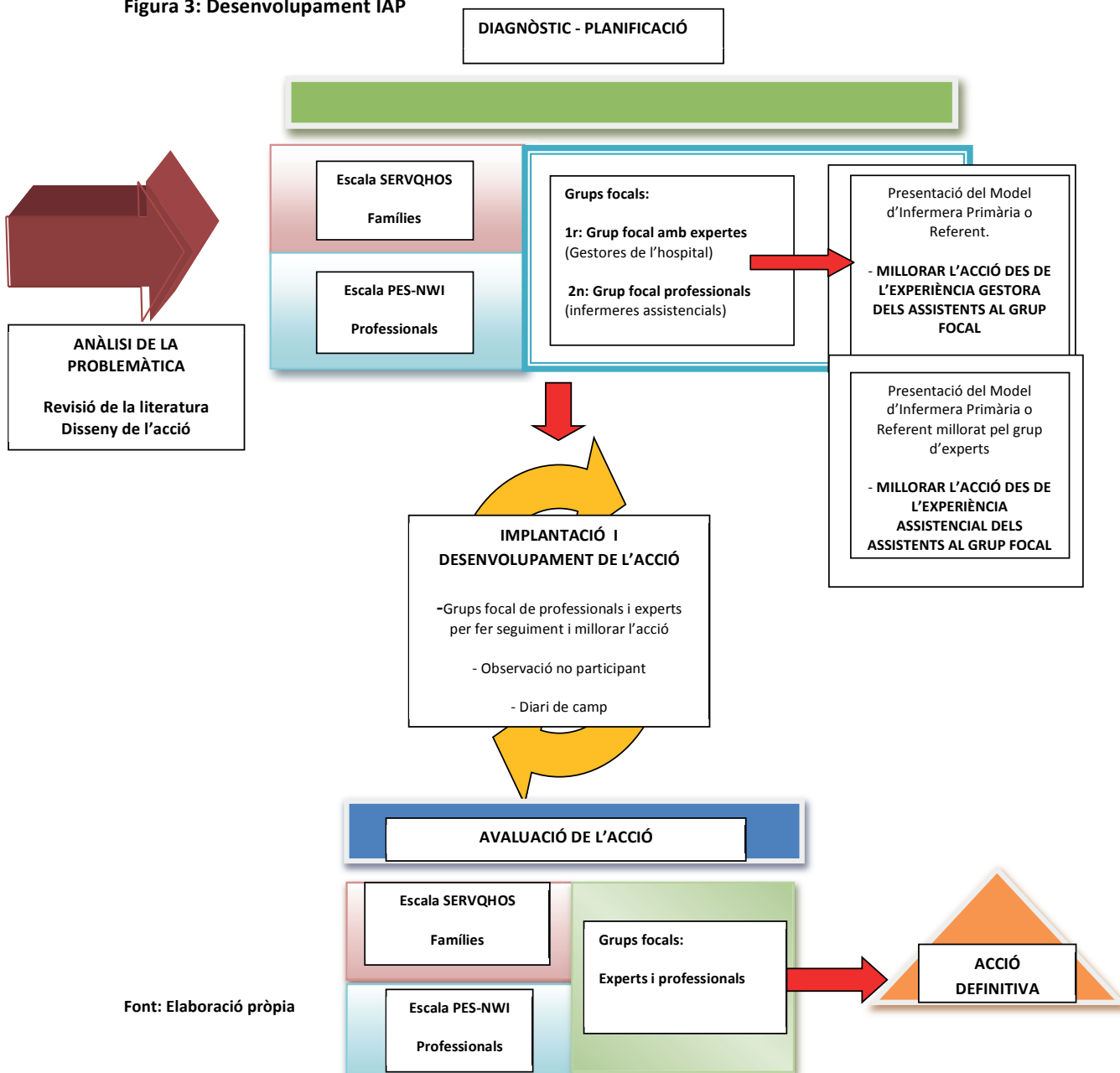
En terreny estatal hi ha projectes que, en el camp de la infermeria, utilitzen la IAP com a forma de canviar pràctiques clíniques de les infermeres i basar-les en l'evidència científica. Cal destacar el treball de Delgado Hito et al. (2001), finançat pel Fons d'Investigació Sanitària (FIS), en el qual posen de manifest que la IAP és un mètode adequat per modificar la pràctica diària de les infermeres. En el seu cas, com s'ha esmentat anteriorment, es tractava de promoure la reflexió a través de la IAP i el canvi entorn de la provisió de cures als familiars del pacient crític.

A continuació es detalla com s'ha desenvolupat l'aplicació de la IAP en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD. En primer lloc s'explica l'adaptació del model de Kemmis i McTaggart al context de l'estudi. Posteriorment, s'exposen quins han estat els actors del procés i quines tècniques s'han seguit per reclutar els participants. Finalment, s'exposen les tècniques de recollida i d'anàlisi de les dades.

5.3.2. ADAPTACIÓ DEL MODEL DE KEMMIS I MCTAGGART AL CONTEXT

Per realitzar aquesta recerca s'ha fet una adaptació del model de Kemmis i McTaggart amb la finalitat d'adequar-lo al context i als condicionants de temps i participants. En la figura 3 es mostren les diferents etapes en què s'ha desenvolupat el treball de camp amb relació als participants i a les tècniques de recollida de dades que s'explicaran a continuació.

Figura 3: Desenvolupament IAP



Font: Elaboració pròpia

5.3.3. PARTICIPANTS EN EL DISSENY QUALITATIU

Durant tot el projecte s'ha explicat que la IAP necessita que les persones implicades en la situació participin i col·laborin en el projecte des de l'inici fins al final. El mostreig va ser intencional i per conveniència. En aquest cas, es van reclutar els professionals següents:

- A. Grup de professionals experts:** infermeres amb una trajectòria de reconegut prestigi dins el camp de la gestió, que aportaven perspectives diverses sobre la professió i assessoraven en el disseny del nou model d'infermera primària o referent. Van ser **un total de cinc professionals**. Es necessitaven professionals de la institució que ocupessin llocs clau per donar suport al canvi. Aquestes persones van ser la directora d'Infermeria de la institució, la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la infermera cap de recursos humans de la institució i una infermera d'enllaç. El paper d'aquestes professionals va ser el d'aportar l'expertesa i els recursos que facilitarien el procés.

- B. Grup de professionals:** infermeres que en el moment de l'estudi estaven relacionades professionalment amb l'àmbit de l'activitat assistencial dins de la planta d'hospitalització on es va desenvolupar el canvi. Es necessitaven professionals que formessin part de la unitat on es desenvoluparia l'acció, i que fossin capaces de liderar-hi processos de canvi. La coordinadora de la unitat va elegir aquests professionals basant-se en el fet que havien ser líders naturals d'opinió i que tinguessin interès per la problemàtica de l'estudi. D'acord amb aquestes premisses el grup va estar format per **cinc infermeres assistencials**. El coneixement de la unitat que tenien i la motivació en el projecte van ser la clau del procés.

- C. Professional d'enllaç:** es necessitava un professional assistencial que fes de pont entre el grup d'experts i el grup de professionals. La coordinadora de la unitat va escollir aquest professional, que va assistir els dos grups focals per fomentar l'intercanvi d'informació.

D. Finalment, la investigadora principal d'aquest projecte, que en el moment de la recerca era infermera assistencial de la UCI pediàtrica de l'hospital, però que tenia experiència com a infermera assistencial en les diferents unitats d'hospitalització de la institució. El paper de la investigadora principal va ser d'investigadora orgànica, que tal com ho van definir Kemmis i McTaggart (Denzin i Lincoln, 2005; Kemmis et al., 2014) l'any 2009 consisteix en "algú que no ha de ser vist com un agent extern que ofereix guia tècnica als membres del grup d'acció, sinó com algú que pretén establir o donar suport a una iniciativa col·laborativa en la qual les persones puguin implicar-les en una acció exploratòria que dona respostes a carències legítimes..." Per tant, el paper de la investigadora principal va ser de tipus investigador i facilitador, coordinant el procés i fomentant que els participants fossin qui prenen la iniciativa de les decisions que afectaven el problema abordat.

A la taula 1 es detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quins professionals d'infermeria formaven part del grup focal de professionals experts.

Taula 1: Grup focal de professionals experts. Criteris d'inclusió i d'exclusió

<i>Criteris d'inclusió dels grup de professionals experts</i>
1. Tenir el títol de diplomad universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
2. Ser professional d'infermeria i ocupar un càrrec de coordinació o supervisió amb una antiguitat mínima de dos anys.
3. Ser professional d'infermeria i no ocupar cap càrrec de coordinació o supervisió d'una planta d'hospitalització pediàtrica, no obstant tenir l'aval de la coordinadora de la unitat.
<i>Criteris d'exclusió del grup de professionals experts</i>
1. No voler participar en l'estudi.

Font: Elaboració pròpia

Justificació:

Només podien participar en el grup focal professionals d'infermeria amb càrrec de supervisió amb una antiguitat mínima de dos anys (excepte els professionals d'infermeria elegits pel supervisor de la unitat), ja que es considerava que necessitaven un cert temps en un càrrec de coordinació per poder valorar i conèixer tots els professionals, el servei, el sistema de funcionament de la unitat, les necessitats del

servei, el funcionament institucional, etc. Interessava que els professionals d'infermeria ocupessin un càrrec de supervisió, ja que eren els professionals amb més experiència en planificació de torns i professionals. A la coordinadora de la unitat també se li va atribuir l'encàrrec d'eleger un professional de la unitat per participar al grup d'experts, ja que ella era la que coneixia millor la plantilla i sabia quina era la infermera que encaixaria més bé dins el grup focal d'experts.

En la taula 2 és detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quins professionals d'infermeria assistencials formaven part del grup focal de discussió.

Taula 2: Grup focal de professionals assistencials. Criteris d'inclusió i d'exclusió

<i>Criteris d'inclusió del grup de professionals d'infermeria assistencials</i>
1. Tenir el títol de diplomad universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
2. Ser professionals de tots els torns.
3. Tenir qualsevol tipus de contracte del professional d'infermeria amb la institució (suplent, laboral indefinit, etc.).
4. Ser professionals d'infermeria amb més de dos anys d'experiència a la unitat on s'instaura el treball de camp.
<i>Criteris d'exclusió del grup de professionals d'infermeria assistencials</i>
1. Ser professionals d'infermeria que no es dediquen a l'activitat assistencial (gestors).
2. No voler participar en l'estudi.

Font: Elaboració pròpia

Justificació:

Tal com podem observar en els criteris d'inclusió, interessava que hi participessin professionals de tots els torns, ja que s'implantaria el MIPR les 24 hores del dia i, per tant, era necessari la participació dels professionals de tots els torns per poder conèixer-ne l'opinió i la participació en la implantació del nou model. Només formarien part d'aquest grup focal professionals amb un mínim de dos anys d'antiguitat en la unitat, per fomentar que el professional tingués certa expertesa i bagatge en el servei i en el funcionament de la unitat d'hospitalització, etc.

Reclutament de professionals:

El reclutament de professionals es va desenvolupar al llarg de tres mesos (del juliol al setembre del 2015). Durant aquest període es va realitzar una reunió amb la coordinadora de la unitat amb la finalitat d'explicar l'objectiu de l'estudi. La coordinadora va escollir una professional d'infermeria de la planta d'hospitalització (professional d'enllaç), i a partir d'aquí es va formar un grup d'experts. Paral·lelament es va explicar a tots els professionals d'infermeria de la unitat (torn de matí, tarda i nit) el projecte amb la finalitat d'aconseguir la màxima implicació possible i es va crear el grup de professionals assistencials formats per totes les infermeres de la unitat que volien participar al grup focal. L'objectiu del procés era la incorporació d'aquests professionals per implicar-los al màxim i recollir la seva veu.

No es va seguir un mostreig per segmentació sinó que la tècnica de reclutament va ser la següent: d'una banda, es van incorporar els professionals experts formats per la directora de l'hospital, l'adjunta d'hospitalització, la coordinadora assistencial de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i, de l'altra, els mateixos professionals experts van incorporar dins el grup de discussió la cap de recursos humans de la institució i una infermera d'enllaç que feia de nexa d'unió entre un grup de discussió i l'altre. Paral·lelament, en el grup de professionals hi van participar totes les infermeres assistencials de la unitat que volien formar part del grup focal.

5.3.4. TÈCNiques DE RECOLLIDA DE DADES

A la figura 2 s'han enumerat breument les tècniques de recollida de dades en cada una de les fases de la recerca, que es descriuran amb més detall a continuació. Cal posar èmfasis en el fet que al llarg de la recerca s'han desenvolupat un conjunt de tècniques de recollida de dades amb la finalitat de captar de la millor manera possible la complexitat del model organitzatiu d'infermeria i del procés d'hospitalització dels infants i les famílies. En aquest estudi, la recollida de dades s'ha dut a terme mitjançant les tècniques següents:

- **GRUPS FOCALS:**

Els grups focals^j són un tipus d'entrevista grupal que van aparèixer a la meitat del segle xx dins el camp de la sociologia amb autors com Robert Merton (1941) i Krueger i Casey (2009), que els van definir com una "conversa planificada i dissenyada amb molta cura per obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu i no directiu per provocar autoconfessions dels participants". La característica central d'aquests grups focals són la conversa, la parla i l'escolta d'un grup amb la finalitat de recollir dades qualitatives que promoguin la confiança i la construcció d'una relació d'intimitat en la qual es puguin percebre els aspectes afectius i subjectius del procés. El fet d'establir aquestes relacions properes (de confiança i intimitat) entre l'investigador i els professionals fan promoure la reflexió dels grups entorn de les seves accions i experiències de la professió i fan transformar els grups focals en uns espais d'intervenció, i que alhora fomenten la participació i l'autonomia de les professionals (Montenegro Martínez, Balasch Domínguez, Causa Bofil, i Rodríguez-Giralt, 2011).

Els grups focals segueixen una sèrie d'etapes o fases (García Calvente i Mateo Rodríguez, 2000). La primera és la **fase preparatòria**, en què s'han de prendre una sèrie de decisions sobre el nombre de participants, que normalment oscil·la entre els cinc i els deu; sobre les seves característiques; sobre com es reclutaran; sobre les

^j Moltes vegades la literatura posa com a sinònims dels grups focals (*focus group*) el grup de discussió o les entrevistes profundes de grup (*group depth interview*).

preguntes que es desenvoluparan; sobre la moderació; sobre la fase d'anàlisi; sobre l'informe final; etc. La segona és la **fase d'implementació**, durant la qual es fa representació del moderador; s'expliquen els objectius de l'estudi, com s'han seleccionat els membres, les normes generals de la reunió, que totes les idees i experiències dels participants són vàlides, la confidencialitat, l'anonimat, la duració (que normalment és de 90-120 minuts) i s'inicia el debat amb una pregunta general que fa el moderador). Finalment trobem la **fase de cloenda**, és a dir, el moment en el qual la informació del grup s'esgota i en què no queda cap idea nova referent a la temàtica tractada. Posteriorment l'investigador fa una síntesi amb el grup participant.

En apartats següents s'explica com es van dur a terme els diferents grups focals d'aquesta recerca.

- **OBSERVACIÓ NO PARTICIPANT:**

L'origen d'aquesta tècnica data del segle XIX fruit del corrent naturalista que intentava descriure el comportament dels éssers vius dins el seu medi natural (Casadó Marín i Delgado-Hito, 2015). L'observació no participant és una de les tècniques que actualment s'utilitzen més per investigar la vida social dels grups de persones.

Podríem definir l'observació no participant com una interacció entre l'investigador i els participants dins d'un entorn (lloc on passen els fets) en el qual l'investigador recull informació dels subjectes observant, sense establir-hi interacció, recollint informació de manera sistemàtica i respectuosa (Casadó Marín i Delgado-Hito, 2015). En resum, l'objectiu principal d'aquest tipus d'investigació és la descripció i la comprensió d'un col·lectiu, a través de les accions que desenvolupen els participants dins del seu entorn habitual.

Hi ha diferents tipus d'observació en funció del grau d'implicació de l'observador, del grau d'explicitació de l'objectiu de l'observació, del grau de coneixement sobre la

realització de l'observació, del nombre d'observadors, de la sistematització de l'observació i del nivell d'estructuració (Kawulich, 2005; Martín Rojo, 2005).

En aquesta recerca la investigadora principal ha realitzat l'observació no participant durant la fase d'implantació del nou model (fase d'acció). L'observació es va fer seguint les tres fases definides per Kawulich i altres autors: (Montenegro Martínez et al., 2011; Vargas Jiménez, 2012) descriptiva, focalitzada i selectiva (Spradley i McCurdy, 1980; Vargas Jiménez, 2012). En la fase descriptiva, la investigadora principal va recollir aspectes generals de la planta d'hospitalització, dels participants, així com una visió general de la situació. En la fase focalitzada, l'observació es va centrar en aspectes més específics relacionats amb l'àmbit de la recerca. Finalment, en la fase selectiva la investigadora es va concentrar en elements molt concrets relacionats amb la investigació. Tots aquests elements es van enregistrar com a notes de camp.

- **DIARI DE CAMP:**

Durant la recerca, la investigadora principal va prendre notes en un diari de camp en el qual va registrar les observacions, les reflexions, les reaccions, les interpretacions i, les sensacions més rellevants en relació amb el procés. Aquest document va permetre dur a terme la triangulació de dades i augmentar la qualitat de la recerca, tal com indica Baribeau i Germain (2010).

5.3.5. ANÀLISI DE LES DADES

La finalitat de l'anàlisi qualitativa és percebre els elements que configuren la realitat, descriure la relació entre aquests elements i resumir els coneixements obtinguts. Tots aquests elements s'han dut a terme durant la formulació del problema que es vol investigar i s'han mantingut fins a la redacció dels resultats finals (Atkinson i Hammersley, 1994). En aquesta recerca, l'anàlisi de les dades qualitatives es va anar fent de manera paral·lela, ja que cada fase del treball de camp (i de la IAP) es retroalimentava de l'anterior.

El primer que es va realitzar per dur a terme l'anàlisi va ser ordenar els materials empírics per estructurar, comparar i dotar de significat els discursos i les observacions, de manera que les dades recollides fossin el màxim d'útils en la comprensió del fenomen objecte d'estudi. En aquest sentit, per anar d'allò més descriptiu a la interpretació de les dades, el procés d'anàlisi va ser flexible i circular per assegurar-ne el màxim rigor (Berenguera et al., 2014). Es va fer una anàlisi temàtica per comprendre i interpretar les dades de manera integrada.

L'anàlisi de les dades va incloure les observacions recollides en el diari de camp i la transcripció dels grups focals que es van desenvolupar al llarg de la recerca, tal com descriuen alguns autors com Gibbs (2012). La transcripció va consistir a capturar els aspectes verbals dels grups focals, però també el context en el qual es van dur a terme i la comunicació no verbal, que provenia de les notes preses per la investigadora principal. Es va fer una lectura exhaustiva i integral.

Per assegurar una anàlisi correcta de les dades es van seguir una sèrie d'etapes que es retroalimentaven contínuament. Inicialment es va dur a terme una codificació oberta que va implicar en primer lloc una codificació substantiva, en què es van aplicar etiquetes de codis als fragments de la narració i, una vegada agrupats en famílies relacionades amb els objectius de la investigació, es va desenvolupar una segona codificació focalitzada en temes per evitar la pèrdua d'informació rellevant. En aquesta segona fase, a partir de les famílies de codis, es van elaborar categories provisionals establint-ne les propietats i dimensions (codificació axial). L'elaboració del paradigma

de codificació, de forma transversal en tot el procés d'anàlisi, va facilitar l'establiment de categories i va permetre elaborar, d'aquesta manera, una narrativa teòrica. Cal dir que la categorització va ser de tipus mixt, ja que algunes categories estaven directament relacionades amb els objectius de la recerca i d'altres que emergien de manera inductiva.

A continuació es descriuen aquestes fases amb més detall:

- a. **Fase d'immersió o descobriment:** a partir d'una lectura exhaustiva del discurs es va obtenir la primera impressió, la intuïció de les unitats del discurs i un sentit general de la informació, alhora que es reunien les observacions recollides en el diari de camp. Durant aquesta primera lectura s'anotaven impressions, idees, reflexions o intuïcions que serien de gran valor un cop validades en l'anàlisi intensiva de les dades.

- b. **Fase d'anàlisi de les dades:** inclou dues etapes, la codificació i la categorització de les dades.
 - **Fase de codificació de les dades:** es van buscar unitats mínimes de significat (codis) segons el que deien o el que feien els participants. A mesura que s'identificaven diferents codis s'anàlitzava si tenien semblances entre ells i es descrivia significat propi dels codis (frase, paraula o paràgraf).
 - **Fase de categorització de les dades:** posteriorment es van reagrupar tots els codis per atorgar-los un enunciat o una etiqueta que representés un nivell més elevat d'abstracció. Aquesta agrupació de codis s'anomena subcategoria. Posteriorment, es van reagrupar aquestes subcategories i es van formar les categories, un nivell més alt d'abstracció. A través de les categories van sorgir els temes centrals d'estudi. Un cop identificats aquests temes i organitzades les categories es van escriure els resultats.

- c. **Fase d'interpretació o verificació de les dades:** aquesta fase va consistir a contrastar les dades amb els objectius de la recerca i amb els marcs teòrics més amplis. Es va elaborar una descripció completa de cada categoria i es va realitzar una ubicació en el fenomen estudiat. En aquest moment es va capturar el significat que els participants donaven a les seves pràctiques professionals. Per assegurar la validesa dels resultats es va retornar la transcripció dels textos als participants.

Tal com s'ha comentat anteriorment, existeixen diferents estratègies que permeten comprovar el grau de validesa dels resultats. En aquesta recerca s'ha utilitzat el que s'anomena validació sol·licitada, que consisteix a retornar les transcripcions dels grups de discussió al grup de participants, per confirmar la validesa dels resultats. També es va utilitzar la triangulació de dades, és a dir, la utilització de diferents fonts per validar els resultats, tal com indica Denzim (1970) (Valencia Arias, 2000), per disminuir el perill d'una anàlisi incorrecta pel fet de tenir confiança en una única versió de les dades.

5.4. DISSENY QUANTITATIU

La metodologia quantitativa formula hipòtesis sobre relacions esperades entre variables que formen part del problema que s'estudia. Per verificar aquestes hipòtesis es recollia informació quantitativa, orientada per conceptes empírics i mesurables, derivats dels conceptes teòrics amb els quals s'han construït les hipòtesis conceptuals. L'anàlisi de la informació recollida té per finalitat determinar el grau de significació de les relacions previstes entre les variables. En la metodologia quantitativa la mesura i la quantificació de les dades constitueix el procediment utilitzat per aconseguir l'objectivitat en el procés de coneixement (Ratcliffe i González del Valle, 2000).

En aquesta recerca el disseny quantitatiu s'ha utilitzat, d'una forma objectiva i mesurable, a través de diferents escales validades per avaluar si la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies (mitjançant l'escala SERVQHOS) i la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria (mitjançant l'escala PES-NWI) milloren després de la implantació del model d'infermera primària o referent.

5.4.1. MÈTODE QUANTITATIU

S'ha dissenyat un estudi quantitatiu analític quasiexperimental, prospectiu, amb mostreig casual o incidental no probabilístic i amb dos grups no equivalents ni concurrents.

La recerca va incloure tots els pacients ingressats a la planta d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) del setembre del 2015 al setembre del 2016, així com totes les infermeres que brindaven cures en aquesta unitat d'hospitalització.

Es va passar la versió modificada de l'escala PES-NWI (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) del projecte RN4CAST a totes les infermeres de la planta d'Oncologia-Hematologia per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral dins d'aquesta institució en el STB (**annex 5**). D'altra banda, es van passar els qüestionaris SERVQHOS (Mira et al., 1998) a tots els usuaris i a les famílies ingressats en aquesta unitat d'hospitalització per conèixer la qualitat assistencial que percebien en aquesta institució i amb l'assignació del STB (**annex 6**).

Es va realitzar l'acció que consistia a substituir el STB de la planta d'Oncologia-Hematologia pel MIPR i, nou mesos després de la implantació d'aquest sistema d'assignació, es va tornar a passar les escales esmentades prèviament per observar si amb el MIPR es produïa un augment de la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies i una millora en la percepció de l'entorn laboral per part de les infermeres.

La justificació d'aquest tipus d'estudi és (Ratcliffé i González del Valle, 2000):

- 1. Analític:** és un estudi analític perquè la finalitat és conèixer la relació causa-efecte (es vol demostrar que a través de la implantació de la infermera primària o referent millora la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i les famílies i millora la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals).

2. Quasiexperimental: és un estudi quasiexperimental, ja que l'investigador té un paper actiu dins de la investigació i realitza una intervenció, és a dir, manipula la realitat per veure què és el que succeeix amb l'acció del canvi. No obstant això, no és experimental sinó que es quasiexperimental, ja que l'assignació dels grups no és aleatòria, sinó que s'utilitza un mostratge de conveniència.

3. Prospectiu: és un estudi prospectiu perquè a l'inici de l'estudi no s'han produït els fenòmens que es volen estudiar, sinó que es miren els fenòmens presents i futurs, és a dir, es vol demostrar un augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies i una millora de la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals, després de la implantació de la infermera primària o referent. En el moment que s'inicia l'estudi no s'ha produït el fenomen (augment de la qualitat assistencial i augment del grau de satisfacció laboral) sinó que caldrà esperar fins al final del procés per avaluar-ne els resultats.

4. Sense aleatorització: tal com es caracteritza en els estudis quasiexperimentals, la mostra no és aleatòria sinó que s'utilitza un mostratge per conveniència.

5. Amb dos grups no equivalents ni recurrents: no hi ha dos grups completament iguals per comparar abans i després de la intervenció, sinó que hi ha mostres amb unes característiques diferents. Es valora la qualitat assistencial dels 'usuaris i les famílies i la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals abans de la implantació de la infermera primària i referent i posteriorment, la qual cosa fa que existeixin dos grups amb el mateix nombre d'individus però amb característiques possiblement diferents.

5.4.2. PARTICIPANTS EN EL DISSENY QUANTITATIU

La població i el total de la mostra va estar constituïda per:

a. Professionals assistencials: infermeres que en el moment de l'estudi estaven relacionades professionalment amb l'àmbit de l'activitat assistencial dins de la planta d'hospitalització d'Oncologia-Hematologia. Les professionals d'infermeria van realitzar l'enquesta PES-NWI abans de l'assignació de la infermera primària o referent (per valorar la percepció que tenien de l'ambient laboral en el STB) i un cop implantat el MIPR els professionals d'infermeria van tornar a realitzar l'enquesta PES-NWI. D'aquesta manera es podia observar si en el MIPR es produïa un canvi de la percepció de l'entorn laboral per part del professional d'infermeria. A la taula 3 es detallen els criteris d'inclusió i exclusió que concreten quins professionals d'infermeria poden realitzar l'escala PES-NWI i, per tant, formar part de l'estudi.

Taula 3: Criteris d'inclusió i d'exclusió dels professionals d'infermeria per realitzar l'escala PES-NWI

<i>Criteris d'inclusió dels professionals d'infermeria</i>
1. Tenir el títol de diplomad universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
<i>Criteris d'exclusió dels professionals d'infermeria</i>
1. Ser un professional d'infermeria que no es dediqui a l'activitat assistencial (gestores).
2. No voler participar en l'estudi.
3. Ser un professional d'infermeria que no dediqui la seva activitat assistencial a la mateixa planta d'hospitalització.

Font: Elaboració pròpia

Justificació:

Per valorar la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria a la Unitat d'Oncologia-Hematologia mitjançant l'escala PES-NWI, es necessitaven professionals que estiguessin en possessió el títol de diplomad universitari o de Grau en Infermeria. Els professionals que no es dediquessin a l'activitat assistencial (gestores), que no volguessin participar en l'estudi o que no dediquessin tota la seva activitat assistencial dins la mateixa planta d'hospitalització, no podien formar part de l'estudi, ja que eren professionals que no oferien cures infermeres contínuament en aquesta planta d'hospitalització.

b. Usuaris i famílies: el usuaris i les famílies a qui es brindaven cures infermeres. Es valorava la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies en el STB a través de l'escala SERVQHOS i es tornava a valorar la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies un cop implantat el MIPR a través de la mateixa escala. D'aquesta manera es podia observar si el MIPR produïa un canvi de la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies. A la taula 4 es detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quins usuaris i quines famílies poden realitzar l'escala SERVQHOS.

Taula 4: Criteris d'inclusió i d'exclusió dels usuaris i de les famílies per realitzar l'escala SERVQHOS

<i>Criteris d'inclusió dels usuaris i de les famílies</i>
1. Pacients i famílies ingressats a la planta d'Oncologia-Hematologia
2. Estada mínima hospitalària de 24 hores dins la institució hospitalària
<i>Criteris d'exclusió dels usuaris i de les famílies</i>
1. Pacients i famílies que no accepten participar en el treball de camp.
2. Pacients i famílies amb barrera idiomàtica important que no els permet realitzar el qüestionari.
3. Pacients i famílies que reingressaven i ja havien realitzat prèviament el qüestionari.

Font: Elaboració pròpia

Justificació: per valorar el grau de qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies es va utilitzar l'escala SERVQHOS. El qüestionari es va passar a tots els familiars d'usuaris ingressats dins la Unitat d'Oncologia-Hematologia. No obstant això, perquè fossin capaços de percebre la qualitat assistencial en aquesta unitat, un dels criteris d'inclusió era que aquests usuaris i aquestes famílies tinguessin una estada mínima de 24 hores dins d'aquesta planta d'hospitalització. D'altra banda, els criteris d'exclusió fan referència a pacients i famílies que no acceptaven participar en l'estudi, que presentessin una barrera idiomàtica important que no els permetés dur a terme el qüestionari o bé usuaris i famílies que reingressaven a la unitat i ja havien respòs prèviament el qüestionari en un altre ingrés anterior.

5.4.3. CÀLCUL DE LA GRANDÀRIA DE LA MOSTRA

La població i el total de la mostra va estar constituïda per:

a. Professionals assistencials

La planta d'Oncologia-Hematologia on es va realitzar l'estudi disposava de, com a màxim, 20 professionals d'infermeria en un mateix període, que complien tots els criteris d'inclusió prèviament enumerats. Es va disposar de la participació de tots ells per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral (escala PES-NWI) abans de la intervenció (implantació del MIPR) i després. Amb una potència estadística del 80 % i un nivell de significació del 5 %, mitjançant una prova *t* de Student de comparació de mitjanes unilaterals, amb aquesta grandària mostral serà possible detectar una grandària de l'efecte de 0,8 en l'escala PES-NWI dels professionals abans de la intervenció i després. El càlcul de la grandària de la mostra es va realitzar a través del programa ENE 3.0.

Entenem com a "grandària de l'efecte" la diferència de mitjanes en una comparació, normalitzada per la desviació estàndard. En el cas del càlcul de la grandària de la mostra, indica quina ha de ser la diferència mínima per obtenir resultats significatius amb aquesta mostra.

b. Usuaris i famílies

Es va passar l'escala SERVQHOS a una mostra de 34 usuaris i famílies abans de la intervenció (sistema tradicional o burocràtic) i a 34 usuaris i famílies més després de la intervenció (model d'infermera primària o referent), que complien els criteris d'inclusió prèviament enumerats. Amb una potència estadística del 80 % i un nivell de significació del 5 %, mitjançant una prova *t* de Student de comparació de mitjanes unilaterial, amb aquesta grandària mostral serà possible detectar una grandària de l'efecte de 0,6 en l'escala SERVHOS en els usuaris i les famílies abans de la intervenció i després. El càlcul de la grandària de la mostra es va realitzar a través del programa ENE 3.0.

5.4.4. VARIABLES

Les variables que s'han analitzat en aquesta recerca són les següents:

5.4.4.1. VARIABLES PRINCIPALS

1. Relació de la figura de la infermera primària o referent amb la qualitat assistencial percebuda per l'usuari i la família o no.
2. Relació de la figura de la infermera referent amb la percepció de l'entorn laboral per part dels professionals d'infermeria o no.

5.4.4.2. VARIABLES SECUNDARIES

A.1. Variables sociodemogràfiques dels professionals d'infermeria:

Les variables sociodemogràfiques utilitzades en la recerca amb els professionals d'infermeria es defineixen a continuació:

- Edat:
 - **Definició:** anys que té la professional d'infermeria.
 - **Unitat de mesura:** categories (5).
 - **Valors de la variable:** entre 20-30 anys, entre 31-40 anys, entre 41-50 anys, entre 51-60 anys, més de 60 anys.
- Sexe:
 - **Definició:** gènere de l'usuari.
 - **Unitat de mesura:** categories (2).
 - **Valors de la variable:** home, dona.
- Contracte laboral:
 - **Definició:** tipus de contracte amb la institució.
 - **Unitat de mesura:** categories (2).
 - **Valors de la variable:** fix, suplent.
- Titulació:
 - **Definició:** titulació màxima del professional d'infermeria.
 - **Unitat de mesura:** categories (3).
 - **Valors de la variable:** diplomada, grau o especialista en infermeria.

- Torn en el que treballa:
 - o **Definició:** torn durant el qual desenvolupa l'activitat assistencial el professional.
 - o **Unitat de mesura:** categories (4)
 - o **Valors de la variable:** matí, tarda, nit, cangur^k.

- Anys d'antiguitat a l'hospital:
 - o **Definició:** anys com a professional dins de la institució.
 - o **Unitat de mesura:** categories (3).
 - o **Valors de la variable:** menys de 5, de 5 a 10 anys, més de 10 anys.

A.2. Variables sociodemogràfiques dels usuaris i de les famílies:

Les variables sociodemogràfiques analitzades en els usuaris i les famílies es defineixen a continuació:

- Edat:
 - o **Definició:** temps de vida que té l'usuari.
 - o **Unitat de mesura:** categories (4).
 - o **Valors de la variable:** <12 mesos, de 12 a 24 mesos, de 2 a 10 anys, d'11 a 20 anys.

- Sexe:
 - o **Definició:** gènere de l'usuari.
 - o **Unitat de mesura:** categories (2).
 - o **Valors de la variable:** masculí, femení.

- Nombre de dies d'hospitalització:
 - o **Definició:** nombre de dies d'ingrés a la Unitat d'Oncologia-Hematologia.
 - o **Unitat de mesura:** categories (5).
 - o **Valors de la variable:** <5 dies, de 5 a 10 dies, d'11 a 15 dies, de 16 a 30 dies, >30 dies.

- Nombre d'ingressos previs:
 - o **Definició:** nombre d'ingressos anteriors a la institució.
 - o **Unitat de mesura:** categories (3).
 - o **Valors de la variable:** <1 ingrés, 1 a 5 ingressos, >5 ingressos.

^k S'enten com a cangur el contracte laboral que desenvolupen les professionals que treballen en torn de cap de setmana i algun dia entre setmana.

B. Variables de la versió modificada de l'escala PES-NWI (percepció de l'entorn laboral de les infermeres):

La versió modificada de l'escala PES-NWI que s'ha utilitzat en aquesta recerca està formada per cinc subescales, cadascuna de les quals oferirà una variable pel que fa a la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria. A continuació es detallen les subescales d'aquesta escala:

- Participació de les infermeres en temes de l'hospital (participació):
 - **Definició:** explora el paper i valor que ocupa la infermeria dins del context hospitalari. Tracta d'identificar la percepció de les infermeres amb relació a la contribució que fan en la gestió de l'hospital, a la participació en comitès, al paper de la direcció i a les possibilitats de promoció. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 5, 6, 11, 16, 28, 23, 25 i 29.
 - **Unitat de mesura:** puntuació mitjana.
 - **Valors de la variable:** 1-4 (1 és el màxim desacord amb els ítems d'aquest factor i 4 és el màxim acord).
 - **Percepció favorable:** els professionals tindran una percepció favorable de l'entorn laboral si s'obté una mitjana de puntuació superior a 2,5 o igual en la puntuació dels ítems d'aquests factors. Es tindrà una percepció desfavorable si la mitjana és inferior a 2,5.

- Fonaments d'infermeria per a unes cures de qualitat (fonaments):
 - **Definició:** recull les percepcions de les infermeres en la fonamentació de les cures infermeres per assolir-ne un alt nivell. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 4, 15, 19, 20, 24, 27, 28, 31 i 32.
 - **Unitat de mesura:** puntuació mitjana.
 - **Valors de la variable:** 1-4 (1 és el màxim de desacord amb els ítems d'aquest factor i 4, el màxim d'acord).

- **Percepció favorable:** igual o superior a 2,5. Percepció desfavorable <2,5. Referit a la mitjana obtinguda de puntuació a partir dels ítems d'aquests factors.

- Aptitud, lideratge i suport a la supervisió (lideratge):
 - **Definició:** percepció de les infermeres entorn de la destresa, la direcció i el suport que reben per part de les gestores que hi ha al seu lloc de feina. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 3, 10, 14 i 22 de l'escala PES-NWI.
 - **Unitat de mesura:** puntuació mitjana.
 - **Valors de la variable:** 1-4 (1 és el màxim de desacord amb els ítems d'aquest factor i 4, el màxim d'acord).
 - **Percepció favorable:** igual o superior a 2,5. Percepció desfavorable <2,5. Referit a la mitjana obtinguda de puntuació a partir dels ítems d'aquests factors.

- Dotació de personal i adequació de recursos (dotació):
 - **Definició:** percepció que tenen les professionals d'infermeria entorn dels recursos professionals assignats a la seva àrea de treball. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 1, 8, 9 i 12.
 - **Unitat de mesura:** puntuació mitjana.
 - **Valors de la variable:** 1-4 (1 és el màxim de desacord amb els ítems d'aquest factor i 4, el màxim d'acord).
 - **Percepció favorable:** igual o superior a 2,5. Percepció desfavorable <2,5. Referit a la mitjana obtinguda de puntuació a partir dels ítems d'aquests factors.

- Relacions entre professionals d'infermeria i personal mèdic (relacions):
 - **Definició:** explora la percepció que tenen les infermeres del treball en equip i la col·laboració entre professionals d'infermeria i

professionals mèdics. Es calcula a partir de la puntuació mitjana dels ítems 2, 7, 13, 17, 21, 26 i 30 de l'escala PES-NWI.

- **Unitat de mesura:** puntuació mitjana.
- **Valors de la variable:** 1-4 (1 és el màxim de desacord amb els ítems d'aquest factor i 4, el màxim d'acord).
- **Percepció favorable:** igual o superior a 2,5. Percepció desfavorable <2,5. Referit a la mitjana obtinguda de puntuació a partir dels ítems d'aquests factors.

Finalment també podem valorar la percepció global de l'entorn laboral de les infermeres de la forma següent:

Percepció global de l'entorn laboral de les infermeres:

- **Definició:** en funció dels resultats obtinguts a l'escala PES-NWI es pot classificar la percepció de l'entorn laboral per part dels professionals d'infermeria.
- **Unitat de mesura:** categories.
- **Valors de la variable:**
 - **Favorable:** 4 o 5 factors que tenen una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual.
 - **Mixt:** 2 o 3 factors que tenen una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual.
 - **Desfavorable:** cap factor o 1 que té una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual.

C. Variables de l'escala SERVQHOS: (qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies sobre l'atenció hospitalària):

L'escala SERVQHOS consta de dos blocs: una part denominada qualitat subjectiva i l'altra, part objectiva.

c.1. Variables subjectives de l'escala SERVQHOS¹:

La part subjectiva de l'escala SERVQHOS està integrada per sis preguntes, que són:

- “Nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos”:
 - **Definició:** l'usuari o la família ha de fer una valoració general del nivell de satisfacció de les cures sanitàries rebudes durant tot el procés d'hospitalització.
 - **Unitat de mesura:** categories (4).
 - **Valor de la variable:** “muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho”.

- “Recomendaría este hospital a otras personas”:
 - **Definició:** l'usuari o la família ha de respondre si recomanaria la institució sanitària a altres persones.
 - **Unitat de mesura:** categories (3).
 - **Valor de la variable:** “sin dudarlo, tengo dudas, nunca”.

- “¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital”:
 - **Definició:** l'usuari o la família ha de respondre la seva percepció entorn dels dies d'ingrés hospitalari dins la institució hospitalària.
 - **Unitat de mesura:** categories (3).
 - **Valor de la variable:** “menos de lo necesario, el tiempo necesario, más de lo necesario”.

- “¿Conoce el nombre del médico que le atiende habitualmente?”:
 - **Definició:** l'usuari o la família han d'indicar si coneixen el nom del professional de medicina que els atenia habitualment durant el procés d'hospitalització.
 - **Unitat de mesura:** categories (2).
 - **Valor de la variable:** sí, no.

¹ Es manté amb castellà perquè és l'idioma oficial de validació de l'escala SERVQHOS.

- “¿Conoce el nombre de la enfermera que le atiende habitualmente?”:
 - **Definició:** l'usuari o la família han d'indicar si coneixen el nom del professional d'infermeria que els atenia habitualment durant el procés d'hospitalització.
 - **Unitat de mesura:** categories (2).
 - **Valor de la variable:** sí, no.

- “¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que pasa?”:
 - **Definició:** l'usuari o la família han d'indicar si tenen la percepció d'haver rebut prou informació durant el procés d'hospitalització.
 - **Unitat de mesura:** categories (2).
 - **Valor de la variable:** sí, no.

c.2. Variables objectives de l'escala SERVQHOS:

- Ítems objectius de l'escala SERVQHOS:
 - **Definició:** ítems que fan referència a aspectes que podrien ser susceptibles de comprovació, com l'estat de conservació, la neteja de les habitacions, els uniformes del personal, la puntualitat dels professionals, la informació facilitada, etc. L'usuari o la família fan una valoració sobre aspectes tangibles i intangibles de la qualitat de l'atenció i els criteris basats en les expectatives i les percepcions per a l'avaluació. Aquesta part de l'escala consta de 19 ítems.
 - **Unitat de mesura:** categories (5).
 - **Valors de les variables:** 1-5 (1 fa referència a “molt pitjor del que esperaven” i 5, a “molt millor del que esperaven”).

5.4.5. ESCALES UTILITZADES PER A LA RECOLLIDA DE DADES

Les escales que es van utilitzar per dur a terme aquesta recerca són les següents:

5.4.5.1. ESCALA PES-NWI

Tal com s'ha explicat anteriorment, en aquesta recerca es va consensuar la utilització de l'escala PES-NWI (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) de 32 ítems. Es va prendre aquesta decisió perquè l'escala s'adapta perfectament al context en el qual s'ha dut a terme la recerca, i a una de les finalitats de l'estudi, que és valorar la percepció de l'entorn laboral de les professionals d'infermeria del servei d'oncologia-hematologia pediàtrica de l'HSJD. A més a més, tal com s'ha esmentat anteriorment, usar-la permetrà complir amb una altra de les finalitats de la recerca, la de comparar la percepció de l'entorn laboral de les infermeres de l'Hospital Sant Joan de Déu amb relació a la resta d'institucions sanitàries del projecte RN4CAST (Fuentelsaz Gallego et al., 2012; Gershon et al., 2004; Sermeus et al., 2011; Zelauskas i Howes, 1992).

Els resultats de la validesa dels 32 ítems de les 14 versions, entre les quals es troba la utilitzada en aquest estudi, van ser obtinguts per Orts Cortés et al. (2013) i posen de manifest que en més del 86 % de les puntuacions del Kappa modificat s'aconsegueix la valoració de bona o excel·lent, i que en només 61 ítems (del total de les 14 versions) se n'obté una valoració pobre. Les versions de Suïssa (italià, francès i alemany), Alemanya, Suècia, Països Baixos (holandès), Bèlgica (holandès i francès), Finlàndia, Grècia i Espanya i es troben amb un percentatge de valoracions excel·lents o bones, superior a la mateixa versió original dels EUA, i les del Regne Unit, Irlanda i Polònia se situen per sota d'aquesta versió de referència.

La versió en castellà de l'escala PES-NWI permet mesurar, avaluar i comparar importants dimensions i factors dins de l'entorn de la pràctica infermera, i mesura la dinàmica de l'ambient de treball de les infermeres analitzant les conseqüències d'aquesta dinàmica, tant en els resultats de les infermeres com en els pacients (Lake, 2002). És una escala de 32 ítems que s'agrupen en cinc factors: participació de les

infermeres en termes de l'hospital (participació); fonaments d'infermeria per a unes cures de qualitat (fonaments); aptitud, lideratge i suport de la supervisió (lideratge); dotació de personal i recursos (dotació), i relacions entre professionals d'infermeria i personal mèdic (relacions). Les opcions de resposta tipus Likert de cadascun dels ítems s'utilitzen com a variables quantitatives, que van des d'1 punt (totalment en desacord) fins a 4 punts (totalment d'acord) pel càlcul final del PES-NWI i per calcular la puntuació mitjana de cadascun dels factors.

Tal com es pot veure en l'apartat 5.2.4.2, la percepció favorable de cada subescala es dóna quan s'obté una puntuació superior a 2,5 o igual referit a la mitjana obtinguda dels ítems que formen cada subescala de l'escala PES-NWI. Si la mitjana obtinguda és inferior a 2,5 la percepció d'aquella subescala és desfavorable. En funció dels resultats obtinguts a l'escala PES-NWI es pot classificar l'ambient de treball del centre: es considera un entorn favorable quan hi ha quatre o cinc factors que tenen una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual, mixt en cas d'haver-hi dos o tres factors amb una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual i desfavorable quan no hi ha cap factor o 1 que té una puntuació mitjana superior a 2,5 o igual.

5.4.5.2. ESCALA SERVQHOS

En apartats anteriors ja s'ha comentat que per monitorar la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies a la planta d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD es va utilitzar l'escala SERVQHOS (Mira et al., 1998). Aquesta escala va ser dissenyada per a l'àmbit hospitalari del nostre país i reuneix l'avantatge d'un nombre reduït d'ítems (19), la facilitat i la rapidesa de resposta, ja que abasta els elements bàsics en l'avaluació de la qualitat percebuda, incloent-hi la qualitat de l'atenció sanitària; a diferència d'altres propostes, combina expectatives i percepcions per obtenir una mitjana compatible amb el "paradigma de confirmació". L'escala SERVQHOS presenta una alfa de Cronbach pel total del qüestionari de 19 ítems de 0,96 (Mira et al., 1998).

L'escala SERVQHOS és molt més senzilla per al pacient o la família i supera l'inconvenient de preguntar per les expectatives una vegada rebuda l'atenció sanitària. Consta de dues parts. La primera part se l'anomena qualitat subjectiva —atès que els ítems que la integren fan tots referència a aspectes subjectius, difícils d'avaluar externament i que només es basen en l'opinió del pacient o la família— i engloba sis preguntes que són: nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos, ¿recomendaría este hospital a otras personas?, ¿a su juicio, ha estado ingresado en el hospital el tiempo adecuado?, ¿conoce el nombre del médico que le atiende habitualmente?, ¿conoce el nombre de la enfermera que le atiende habitualmente? i ¿cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasa?.

La segona part, de qualitat objectiva, conté ítems que fan referència a aspectes que podrien ser susceptibles de comprovació, com l'estat de conservació, la neteja de les habitacions, els uniformes del personal, la puntualitat dels professionals, la informació facilitada, etc. Aquesta part de l'escala consta de 19 ítems que s'avaluen mitjançant una escala de tipus Linkert, en la qual es pregunta a l'usuari o a la família sobre aspectes tangibles i intangibles de la qualitat de l'atenció i els criteris basats en les expectatives i les percepcions per a l'avaluació, que van de l'1 al 5, en què 1 equival a "molt pitjor del que esperava" i 5, a "molt millor del que esperava".

SERVQHOS (Mira et al., 1998) ha demostrat la seva capacitat per discriminar entre els pacients satisfets o insatisfets, basant-se en diferents criteris. En primer lloc elements considerats de bona pràctica que fan referència a la part subjectiva de l'escala (conèixer el nom de la infermera, si recomanaria l'hospital, etc.). En segon lloc, els resultats de l'escala SERVQHOS (part objectiva) han demostrat una interrelació suficient amb una mesura global de satisfacció del pacient. Un avantatge addicional d'aquest tipus d'instrument és que permet identificar aspectes de millora i, per tant, capacitat per a la presa de decisions de la direcció i del personal sanitari.

5.4.6. PROCEDIMENT DE RECOLLIDA DE DADES

La recollida de dades es va realitzar en els temps descrits anteriorment. D'una banda es va analitzar la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies que estaven institucionalitzats a la planta d'Oncologia-Hematologia (mitjançant l'escala SERVQHOS), i paral·lelament, la percepció de l'entorn laboral de les infermeres en aquesta unitat (mitjançant l'escala PES-NWI), abans de l'assignació del MIPR i després.

Durant la recollida de dades es van fer verificacions periòdiques dels fulls de recollida (escala SERVQHOS i PES-NWI) per detectar-hi errors o omissions, i poder corregir-los i evitar d'aquesta manera biaixos en les conclusions.

Es va crear una base de dades amb Access 2007 en la qual, un cop recollides les dades de les diferents escales, es van introduir els resultats. Posteriorment a través del programa SPSS versió 19.0 es va poder desenvolupar una part de l'anàlisi estadística. De les dades obtingudes es van confeccionar gràfics per a una millor interpretació dels resultats.

5.4.7. ANÀLISI ESTADÍSTICA DE LES DADES

Les úniques variables de l'estudi que segueixen una distribució normal són les dues escales totals SERVQHOS i PES-NWI. La resta són categòriques, i els ítems que formen les escales prenen puntuacions de l'1 al 4.

Les variables categòriques es descriuen mitjançant unes taules de freqüències amb percentatges i les numèriques, mitjançant conceptes estadístics descriptius (mitjana, mediana, desviació estàndard i quartils).

Per comparar les mitjanes de l'escala PES-NWI i SERVQHOS abans de la intervenció i després, s'ha utilitzat la prova *t* de Student. Per comparar cada ítem per separat, s'ha utilitzat la prova no paramètrica U de Mann-Whitney de comparació de distribucions.

Les variables categòriques addicionals recollides en les dues fases de l'estudi, es comparen mitjançant el test khi quadrat o l'exacte de Fisher.

S'ha utilitzat el programari estadístic SPSS 19.0 (harmony, by IBM COMP) per realitzar l'anàlisi.

Es consideren significatius els test estadístics amb el valor *p* menor de 0,05.

CAPÍTOL 6

criteris de rigor de la recerca

“Medir lo que es medible y tratar de hacer medible lo que todavía no lo es.”

Galileo Galilei

En aquest capítol s'exposen els criteris de rigor científic considerats al llarg de la recerca amb la finalitat de donar coherència i rigor a l'estudi. A continuació es descriuen els criteris de rigor en la metodologia qualitativa i posteriorment s'exposen els de la metodologia quantitativa.

6.1. CRITERIS DE RIGOR EN LA INVESTIGACIÓ QUALITATIVA

Un dels principis fonamentals de qualsevol recerca és el rigor científic. Durant tota la investigació s'ha intentat mantenir i assegurar aquest rigor, basat principalment en la qualitat i la coherència en la recollida de les dades, en la seva anàlisi i en la interpretació (Vallés, 2006).

En el disseny qualitatiu s'han aplicat els criteris de rigor científic descrits per Guba i Lincoln (1981): credibilitat, transferibilitat, dependència, confirmabilitat i reflexivitat.

- Credibilitat:

Amb la finalitat de reafirmar la credibilitat d'aquesta recerca, es va utilitzar la triangulació metodològica, és a dir, es van emprar diferents tipus d'estratègies per argumentar els fenòmens. Es van utilitzar els grups focals i l'observació (i els qüestionaris quantitius). Cadascuna de les tècniques ha permès obtenir diferents resultats per donar resposta als objectius formulats, gràcies a la combinació de la metodologia quantitativa i qualitativa. També es va utilitzar una triangulació de participants —infermeres gestores, infermeres assistencials i usuaris o famílies— amb la finalitat de tractar més bé el fenomen. Amb aquestes tècniques es va arribar a la saturació de les dades (moment en que, el material qualitatiu va deixar d'aportar dades noves a la recerca).

- **Transferibilitat:**

La transferibilitat ha permès veure el grau de validesa externa d'aquesta investigació, és a dir, observar si pot ser aplicable a altres contextos. No obstant això, com que es tracta d'una investigació amb una gran part de metodologia qualitativa, tal com indiquen molts autors com Ameigeiras (2006), és complex que es puguin generalitzar o transferir els resultats en contextos diferents. Malgrat tot, es podria replicar en institucions sanitàries amb característiques similars, per la qual cosa es detalla el context de l'estudi, la metodologia, els participants i les diferents tècniques de recollida de dades.

- **Consistència-dependència:**

El criteri de consistència-dependència fa referència a l'estabilitat de les dades i a la congruència interna (Noreña et al., 2012). En aquesta recerca s'han descrit les diferents tècniques de recollida de dades emprades com els qüestionaris, els grups focals, l'observació no participant i el diari de camp de la investigadora principal. Totes aquestes tècniques d'obtenció de dades han permès fer una triangulació metodològica entre infermeres gestores, assistencials i usuaris i famílies. Tots aquests elements han permès valorar des de diferents perspectives un mateix fenomen, ja que s'ha delimitat el context d'estudi i s'han descrit detalladament els diferents participants.

- **Confirmabilitat:**

En aquesta investigació s'han transcrit els grups focals i posteriorment se n'han comprovat els resultats amb els participants. La investigadora principal ha realitzat un procés de reflexió en cadascuna de les etapes d'aquest projecte per assegurar la validesa i la qualitat d'aquesta investigació.

- **Reflexibilitat:**

Al llarg de la recerca s'ha fet palès el compromís de la investigadora principal amb la professió infermera, l'objectiu de millorar la qualitat assistencial i la seva responsabilitat com investigadora. Ha explicat i argumentat el seu posicionament com a professional que busca la millora contínua en el treball diari.

6.2. CRITERIS DE RIGOR EN LA INVESTIGACIÓ QUANTITATIVA

En la recerca quantitativa s'han tingut presents els criteris de rigor següents (Kramer, 1991):

- **Validesa:**

Amb relació a l'adequada operacionalització de les preguntes d'investigació, de manera que les variables estudiades s'han intentat que fossin rellevants.

- **Generalització o validesa externa:**

S'han inclòs mostres representatives de la població, amb la finalitat d'intentar evitar biaixos a través de marcs mostrals adequats. En el càlcul mostral s'ha intentat tenir en compte una grandària de l'efecte determinat, el qual indica quina ha de ser la diferència mínima per obtenir resultats significatius en la mostra de l'estudi.

- **Fiabilitat:**

S'ha intentat que les mesures realitzades tinguessin una precisió suficient. Amb aquest element s'ha minimitzat l'error aleatori i per evitar-ho s'ha reclutat una mostra suficient, tal com és pot veure en l'apartat 5.2.3 d'aquesta recerca.

- **Replicabilitat:**

S'ha assegurat durant la recerca que l'estudi es pogués replicar i que els resultats no es contradiguessin. Per fer-ho s'han explicat els diferents processos de la recerca i els resultats obtinguts en cadascuna de les parts d'aquest estudi.

Tots aquests criteris de rigor (quantitatius i qualitatius) són els que s'han tingut presents en el moment de desenvolupar la recerca.

CAPÍTOL 7

Consideracions ètiques

"Más que a nada, le temo a la orfandat ética."

Marcela Serrano

Aquesta recerca s'ha basat en tot moment en principis que tenen importants conseqüències metodològiques i ètiques, i que se citen a continuació:

- El coneixement que s'ha produït en aquesta recerca parteix del sentit que es dona a les expressions dels subjectes participants; la investigadora principal ha integrat, reconstituït i presentat de forma ordenada diversos resultats obtinguts al llarg de tota la investigació, els quals no tindrien sentit si s'haguessin aconseguit de forma aïllada.
- Les relacions entre la investigadora principal i els participants han estat interactives durant tota la recerca; aquest element ha permès comprendre la investigació com un procés que assimila els imprevistos dels sistemes de comunicació humana i que utilitza inclús aquests elements com a elements de significació.
- El coneixement científic des de la investigació qualitativa no es relaciona amb la quantitat de subjectes estudiats, sinó per la qualitat de les seves expressions (Avila Gonzalez, 2002).

A més a més de tot el que s'esmenta prèviament, aquesta recerca qualitativa i quantitativa compleix un conjunt de requisits comuns en qualsevol tipus d'investigació (*Guide to qualitative research. Research ethics board, 2005*). Diferents organitzacions han publicat guies i recomanacions ètiques relacionades amb la investigació biomèdica, que s'han traduït en manuals pràctics els comitès d'ètica d'investigació (CEI) (Ramcharan i Cutcliffe, 2001). A continuació s'enumeren algunes de les diferents recomanacions que s'ha seguit en aquesta recerca:

Aquest projecte té l'aprovació del Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC) de la Fundació Sant Joan de Déu (FSJD) (annex 1), entitat a la qual es va demanar l'aprovació

abans d'iniciar la investigació per garantir que complia tots els principis esmentats anteriorment; també es va demanar l'aprovació de la Direcció d'Infermeria de l'HSJD. Aquesta investigació persegueix la recerca de coneixement que serveix per millorar la pràctica dels professionals d'infermeria i, com a conseqüència, alguns aspectes de la salut de la nostra població; no ha discriminat els drets dels nostres participants. Els interessos dels informants han estat per sobre de la investigació, no ha existit confusió de papers de l'investigador i dels participants perquè han estat informats i han signat el consentiment informat previ a la realització dels qüestionaris (annexos 2 i 3) i de la gravació dels grups focals (annex 4). A més, no s'han produït conflictes d'interessos, entre altres motius, perquè la participació ha estat voluntària i la investigadora ha assegurat la capacitat dels participants, la intimitat del quals s'ha protegit així com la confidencialitat i la custòdia de les dades d'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD).

Els participants han tingut dret a no consentir la seva participació en la investigació, i a revocar el consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions de les raons i sense que això suposés cap tipus de canvi, d'acord amb la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, ja que el consentiment informat és revocable. L'usuari o la família ha tingut el dret d'escollir, d'entrar, de modificar, d'oposar-se i de cancel·lar les seves dades, dirigint-se al professional de l'estudi. Aquests resultats han pogut ser utilitzats, i ho podran ser, per a una publicació científica, sempre que se'n mantingui estrictament la confidencialitat.

“Un requisit ètic de qualsevol tipus d'investigació és la validesa científica i ha de ser adequadament avaluada” (Martín Arribas et al., 2012) L'estudi obre nous camps professionals alhora que afavoreix l'atenció a les demandes de salut dels ciutadans, fet que genera valor social; garanteix la validesa interna i externa pel compliment de criteris de credibilitat i de transferibilitat perquè genera valor científic; assegura la pertinença i evita el dany potencial, la vulnerabilitat emocional i la imatge falsa del resultat, ja que els participants van verificar les dades i van ser informats per evitar que se sentissin manipulats, i compleix la raó risc-benefici.

“La relació entre l’investigador i els subjectes participants en la investigació s’ha de caracteritzar per la confiança mútua i la integritat professional” (Martín Arribas et al., 2012). La investigadora principal va propiciar en tot moment un ambient que va afavorir una empatia i una relació d’intimitat que va permetre desenvolupar els grups focals de discussió d’una forma íntima amb les millors condicions possibles, un context en el qual es va poder fomentar el diàleg i la participació de tots els membres.

“Els participants en la investigació han de conèixer el grau en el qual seran consultats sobre la interpretació de les dades” (Martín Arribas et al., 2012) La fase d’anàlisi de dades és un procés delicat, ja que l’investigador interpreta el que diu l’altre, per aquest motiu, és especialment sensible a la incorporació d’elements subjectius en aquesta interpretació. Alguns autors consideren la possibilitat que els participants puguin revisar els resultats provisionals (*respondent validation*) (Richards i Schwartz, 2002). És per aquest motiu que després de la transcripció i l’anàlisi dels diferents grups focals es van retornar els materials als diferents participants dels grups focals perquè observessin els resultats.

Paral·lelament a tot el que s’esmenta anteriorment, aquesta recerca compleix els principis de l’informe Belmont (respecte a les persones, la justícia i la beneficència) i segons la resolució del 4 d’octubre del 2003 s’han respectat tots els principis ètics de la investigació científica biomèdica d’acord amb la legislació espanyola i europea en matèria de protecció de dades observats en les *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*, elaborades pel Consell de l’Organització Internacional de Ciències Mèdiques (CIOMS) en col·laboració amb l’Organització Mundial de la Salut (OMS) (Council for International Organizations of Medical Science, 2002). També s’han seguit tots els passos que s’estableixen en un assaig clínic (la Llei 25/1990 del medicament considera assaig clínic qualsevol avaluació experimental d’una substància o mèdica a través de l’aplicació d’éssers humans). S’han seguit les normes de la Bona Pràctica Clínica (BPC) adoptades en la Declaració de Hèlsinki sobre investigació biomèdica per l’Associació Mèdica Mundial el 1964 (i les seves posteriors

revisions) i adoptada a Espanya pel Real decret 561/1993 i el Conveni d'Oviedo (aprovat pel Comitè de Ministres del 19 de novembre del 1996).

CAPÍTOL 8

Procés de realització
del treball de camp

“Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida.”

Marc Aureli

En aquest capítol s'explica el procés de realització del treball de camp. Cal dir que prèviament al desenvolupament d'aquest projecte es van fer diferents reunions amb la Direcció d'Infermeria de l'HSJD per tenir-ne l'aprovació i es van demanar els permisos al CEIC de l'hospital per desenvolupar-lo, com s'ha descrit en l'apartat d'aspectes ètics. Un cop obtinguts tots els permisos es va procedir a dur a terme el projecte de la forma següent:

Fase 1: diagnòstic i planificació de l'acció

Entre el maig i el desembre del 2015 es va executar el diagnòstic de la situació i la planificació de l'acció prevista.

Els objectius d'aquesta fase inicial eren examinar la situació entorn del sistema d'assignació d'infermeria a la planta d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica de l'HSJD i iniciar un procés reflexiu amb els professionals assistencials i experts entorn de la seva pràctica clínica diària. Es buscava la valoració i la reflexió sobre com es brindaven les cures infermeres als usuaris i a les famílies que estaven institucionalitzats en aquesta planta d'hospitalització, la personalització de les cures, la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies entorn de l'assistència sanitària rebuda, els elements que calia millorar i conservar, la percepció dels professionals d'infermeria sobre l'ambient de treball així com la presentació el protocol del MIPR i remodelar-lo en funció de l'experiència gestora i assistencials dels diferents professionals.

Les tècniques de recollida de dades tant en aquesta fase com en les següents van ser:

- Grups focals amb professionals expertes i assistencials amb la finalitat de reflexionar conjuntament sobre les seves vivències i experiències entorn del sistema d'assignació d'infermeria.
- Diari de camp en el qual s'anotaven dades referides als grups focals.
- Observació no participant per part de la investigadora principal.
- Escales PES-NWI (per valorar la percepció que tenien les professionals d'infermeria de l'entorn laboral).
- Escales SERVQHOS (per valorar la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies amb relació a l'estada hospitalària).

El procés va ser el següent:

1. Es va contactar via correu electrònic amb els professionals gestors de la institució (expertes) i, després que haguessin acceptat participar en aquesta recerca, es va programar una reunió informativa amb elles.

- Primera reunió informativa d'experts:

Aquesta reunió es va realitzar amb cinc professionals experts: la directora de l'hospital, la coordinadora assistencial de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització, la coordinadora de l'Hospital de Dia Oncològic-Hematològic i la coordinadora de recursos humans, és a dir, cinc professionals d'infermeria amb un prestigiós recorregut dins el camp de la gestió.

Posteriorment a la reunió informativa, en veure l'acceptació dels diferents professionals experts, es va tornar a contactar amb ells via correu electrònic i es va programar un grup focal.

- Primer grup focal d'experts:

Aquest grup es va constituir amb cinc experts: la Directora d'Infermeria de l'hospital, la coordinadora assistencial de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització, la infermera cap de recursos humans de la institució i una infermera d'enllaç escollida per la coordinadora de la planta on s'havia de realitzar el treball de camp.

En aquest grup focal es va fer una anàlisi de l'organització de les cures infermeres basades en el STB. Es va presentar l'acció que es volia dur a terme (el protocol del model organitzatiu d'infermera primària o referent) i a partir del debat i de la discussió dels participants es va redissenyar el protocol de l'acció que es volia desenvolupar basat en el MIPR, amb la finalitat de millorar-lo i adequar-lo a la pràctica de la unitat. Cal afegir que quinze dies abans es va facilitar a tots els assistents dos articles científics sobre el MIPR, perquè tinguessin coneixement teòric sobre el tema quan participessin en el grup focal (Adams et al., 1998), (Tiedeman i Lookinland, 2004).

Paral·lelament al grup focal, la investigadora principal d'aquest projecte elaborava un diari de camp amb anotacions subjectives i objectives en tot aquest procés que ajudarien en el moment de l'anàlisi de les dades recollides en els grups focals. Es va fer la transcripció i l'anàlisi d'aquest grup focal i es van enviar els resultats a tots els assistents perquè en verificuessin el contingut.

2. Posteriorment, es va contactar via correu electrònic amb totes les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i, un cop es va conèixer quines eren les infermeres interessades a participar en aquesta investigació, es va realitzar un grup focal d'infermeres assistencials.

- **Primer grup focal d'infermeres assistencials:**

Aquest grup focal va estar format per cinc professionals d'infermeria assistencials de la unitat, amb l'objectiu de reflexionar entorn de la pràctica assistencial d'aquell moment i presentar el Protocol de la Infermera Primària o Referent (millorat pel grup d'expertes), amb la finalitat que hi fessin aportacions per millorar-lo des de la seva experiència assistencial. Cal afegir que quinze dies abans de fer el grup de reflexió col·lectiva es va facilitar a tots els assistents els dos articles científics sobre el MIPR, perquè tinguessin coneixement teòric del tema quan participessin en el grup focal.

A més a més del grup focal amb les professionals de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la investigadora principal d'aquest projecte va fer una reunió informativa als professionals de cada torn (matí, tarda, nit A, nit B i professionals del cap de setmana de dia i de nit), perquè totes les professionals d'infermeria i auxiliars de la unitat coneguessin el MIPR i fos més fàcil organitzar les cures una vegada implantat aquest nou sistema d'assignació. Per afavorir la presència dels professionals en aquesta reunió informativa, la coordinadora de la unitat va enviar un correu electrònic a les professionals d'infermeria i auxiliars de la unitat per saber a quines hores preferien que la investigadora principal assistís a la unitat d'hospitalització per explicar aquest model. Les reunions es van fer a les hores que les infermeres i les auxiliars havien demanat (a les 12 h del matí, a les 17 h de la tarda, a les 3 h de la matinada del torn A, a les 3 h de la matinada del torn B, a les 12 h del matí de dissabte, a les 16 h de la tarda del dissabte, a les 3 h del matí del dissabte i a les 3 h del matí del diumenge), amb la finalitat que tots els professionals d'infermeria i els auxiliars de la unitat coneguessin el MIPR.

D'altra banda, la investigadora principal, acompanyada de la coordinadora de la unitat, també va presentar aquest nou model d'organització de cures infermeres a la sessió dels oncòlegs-hematòlegs amb la finalitat que la resta de l'equip interdisciplinari de la unitat d'hospitalització coneguessin com s'organitzarien les cures infermeres en el MIPR.

Al setembre del 2015 es va passar l'escala validada PES-NWI als professionals de la planta d'Oncologia-Hematologia per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral en el STB. Paral·lelament, es va passar l'escala validada SERVQHOS als usuaris i a les famílies ingressats en aquesta unitat d'hospitalització amb la finalitat de valorar la qualitat assistencial percebuda en el STB.

Al desembre del 2015, abans d'implantar l'acció, la investigadora principal juntament amb l'adjunta d'hospitalització de l'Hospital Sant Joan de Déu, van fer una visita a la Direcció d'Infermeria de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, ja que aquesta institució, com s'ha explicat anteriorment, té organitzades les cures infermeres amb el MIPR des de l'any 2007. Abans d'implantar l'acció es volia conèixer els avantatges i els inconvenients, així com la introducció d'aquesta organització de cures infermeres des de l'experiència d'una institució que té una llarga trajectòria en aquest model.

Al desembre del 2015 també es va realitzar una segona reunió informativa amb els experts, en la qual van participar la directora d'Infermeria de l'Hospital, l'adjunta d'hospitalització de la institució, la coordinadora de la planta d'Oncologia-Hematologia, l'adjunta de recursos humans de l'hospital i la infermera assistencial d'enllaç. Els objectius d'aquesta reunió informativa eren presentar els resultats del grup focal de professionals i experts (la valoració del posicionament dels professionals assistencials respecte el canvi i el Protocol de la Infermera Primària o Referent reformulat després dels grups focals des del vessant gestor dels experts i assistencial dels professionals); repassar la programació, l'organització i el desenvolupament de l'acció (MIPR) i establir la data per iniciar l'acció.

Fase 2: desenvolupament de l'acció

Aquesta va ser una fase complexa ja que va ser el moment en què es va desenvolupar tota l'acció plantejada. Aquí les tècniques de recollida de dades van ser l'observació no participant; el diàleg amb les professionals; el diari de camp de la investigadora principal, en el qual es van registrar les observacions i les percepcions durant tot el procés d'implantació de l'acció, i el grup focal amb experts i professionals per revisar com s'estava desenvolupant l'acció i detectar els elements millorables i potenciables.

Del gener al setembre del 2016, es va desenvolupar l'acció. Abans d'implantar l'acció, la coordinadora de la unitat va enviar un correu electrònic informatiu a tots els professionals d'infermeria i auxiliars d'infermeria de la unitat, així com a la resta de l'equip interdisciplinari, en què es notificava que s'iniciaria el MIPR el dia següent.

De forma setmanal la investigadora anava a la planta d'hospitalització on es desenvolupava l'acció i anotava totes les observacions, a més a més de les percepcions, accions i valoracions dels diferents professionals i les seves pròpies. Cal explicitar, també, que durant tot el procés d'aquesta fase, la investigadora va estar revisant (amb l'observació i la valoració *in situ* dels professionals) com es desenvolupava l'acció plantejada per si calia aplicar accions correctives o de reforç.

Seguint el model teòric de la IAP i atès que cal anar revisant com es produeix l'acció, al febrer del 2016 es va realitzar un grup focal amb tres experts i tres professionals assistencials que s'explica a continuació:

- Primer grup focal d'expertes i professionals:

Aquest grup va estar constituït per tres infermeres expertes —la directora de l'hospital, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització— i tres infermeres assistencials —la infermera d'enllaç i dues infermeres assistencials de la Unitat d'Oncologia-Hematologia— amb

l'objectiu de fer una reflexió sobre el desenvolupament del MIPR, sobre els punts forts d'aquest nou model d'organització de cures, sobre els aspectes de millora i sobre els punts febles del nou sistema d'assignació, i de valorar els elements susceptibles de millora.

Fase 3: avaluació de l'acció

Un cop implantat el MIPR, durant el mes de setembre del 2016 es va iniciar l'última fase de l'estudi: l'avaluació de l'acció. Els objectius d'aquest període van ser: conèixer els canvis produïts a la unitat, la qualitat percebuda pels usuaris i les famílies d'aquest nou sistema d'assignació, la percepció de l'entorn laboral per part dels professionals, i, sobretot, valorar com s'havia realitzat l'acció i què suposava aquest nou model d'organització de cures a la unitat tant pel que fa a les càrregues de treball com amb relació a la satisfacció laboral dels diferents professionals. Interessava conèixer i analitzar la vivència dels professionals al llarg del procés, així com la percepció que tenien de la gestió de les cures, de l'impacte d'aquest nou sistema d'organització en la satisfacció professional i de la qualitat percebuda pels usuaris i les famílies.

Al mes de setembre del 2016, un cop implantat el MIPR, es va tornar a passar l'escala PES-NWI als professionals d'infermeria de la Unitat d'Oncologia-Hematologia. Al mateix temps, es va tornar a passar l'escala SERVQHOS als usuaris i a les famílies que estaven institucionalitzats en aquesta unitat d'hospitalització, amb la finalitat que valoressin la qualitat assistencial percebuda en aquesta nova organització de cures.

Durant el mes de novembre del 2016, es va tornar a desenvolupar un grup focal de discussió amb tres professionals expert i tres professionals assistencials.

- **Segon grup focal d'experts i assistencials:**

Aquest grup focal va estar constituït per tres infermeres expertes —la directora de l'hospital, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització— i tres infermeres assistencials —la infermera d'enllaç i dues infermeres assistencials de la Unitat d'Oncologia-Hematologia. Els objectius d'aquest grup focal eren: analitzar el MIPR; fer una valoració dels elements de millora i dels elements potenciabls d'aquesta nova forma d'organització de les cures infermeres; analitzar la percepció de la visibilitat de les cures infermeres en aquest nou model per part dels professionals; valorar l'adaptació dels professionals als diferents papers (infermera referent, infermera col·laboradora i infermera coordinadora); analitzar l'organització de les cures, de les càrregues de treball i de les activitats de les infermeres en aquest nou model i veure la percepció de la resta de l'equip interdisciplinari; fer una valoració de com s'havia realitzat l'acció, i conèixer i analitzar la vivència, la participació i la percepció dels professionals al llarg del procés.

CAPÍTOL 9

Resultats

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado.”

Albert Szent-Györgyi

En aquest capítol s'exposen els resultats de la recerca. S'ha dividit el capítol en tres apartats. El primer inclou la fase inicial de diagnòstic i planificació de l'acció, que engloba cinc subapartats (informació sobre com es va desenvolupar el procés, les dades qualitatives obtingudes en aquesta fase, l'acció que es volia dur a terme, les dades quantitatives obtingudes en aquell moment i la síntesi d'aquesta fase). El segon apartat explica la fase de desenvolupament de l'acció i engloba dos subapartats (les dades qualitatives d'aquesta fase i la síntesi de la fase d'implantació de l'acció). Finalment, el tercer apartat inclou la fase final d'aquesta recerca, és a dir, l'avaluació de l'acció. Aquest engloba tres subapartats (les dades qualitatives obtingudes en aquesta fase, les dades quantitatives i la síntesi de la fase d'avaluació de l'acció).

9.1. FASE INICIAL: DIAGNÒSTIC I PLANIFICACIÓ DE L'ACCIÓ

A continuació es presenten els resultats de la fase inicial de diagnòstic i planificació de l'acció.

9.1.1. DESENVOLUPAMENT DEL PROCÉS

Tal com s'ha explicat prèviament, abans de dur a terme l'acció, es van realitzar un conjunt de reunions informatives i grups focals que es detallen a continuació.

Maig del 2015: reunió amb la directora d'Infermeria

Es va efectuar una reunió informativa entre la directora de tesi, la doctoranda i la Directora d'Infermeria de l'Hospital Sant Joan de Déu, amb la finalitat de:

1. Explicar el projecte que es volia desenvolupar: canviar el model d'infermeria, substituint el STB pel MIPR.

2. Obtenir un compromís per part de la institució.
3. Decidir la unitat on s'implantaria l'acció.
4. Elaborar un cronograma de l'acció.

Les impressions del primer contacte amb la institució van ser molt positives, amb molt d'interès i compromís per part de la Direcció d'Infermeria a dur a terme l'acció. Es va decidir la Unitat d'Oncologia-Hematologia com a planta d'hospitalització on s'implantaria l'acció, ja que és la unitat en què l'estada hospitalària és més llarga, i en referència a la bibliografia es posa de manifest que com més llarga és l'estada hospitalària més èxit té el MIPR. La institució va mostrar molt interès en el projecte i la directora d'Infermeria va valorar que aquest seria un projecte d'innovació per a la institució. Posteriorment a aquesta reunió es va enviar un correu electrònic a les diferents professionals gestores amb la finalitat de dur a terme una reunió informativa sobre aquest projecte.

En aquest moment, la investigadora principal d'aquest projecte va iniciar l'elaboració d'un diari de camp amb anotacions subjectives i objectives que desenvoluparia durant tot el procés i que li servien d'ajuda en el moment de l'anàlisi de les dades.

Juny del 2015: reunió informativa amb l'equip d'expertes d'infermeria

Es va realitzar una reunió informativa en la qual van participar cinc expertes: la Directora d'Infermeria de l'hospital, la coordinadora assistencial de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització, la coordinadora de l'Hospital de Dia Oncològic-Hematològic i la coordinadora de recursos humans, és a dir, cinc professionals d'infermeria del camp de la gestió.

La finalitat d'aquesta reunió informativa era fer una reflexió col·lectiva sobre la forma d'organitzar les cures infermeres a la planta d'hospitalització d'Oncologia-Hematologia, presentar el MIPR i fer una valoració sobre si aquest model podia permetre oferir unes cures infermeres més personalitzades als usuaris i a les famílies

que estaven institucionalitzats, amb la finalitat que es percebés més qualitat assistencial durant tot el procés d'hospitalització.

Les impressions generals de les persones que van assistir a la reunió van ser que la substitució del STB pel MIPR era una necessitat de la institució, per tant, aquest projecte passava a ser una aposta de l'organització. Es va confirmar l'adequació com a unitat pilot de la planta d'Oncologia-Hematologia, ja que l'estada en aquesta unitat és més llarga que a la resta de plantes d'hospitalització, així com el nombre de reingressos. Com a conseqüència, s'afavoria la implantació d'aquest nou model d'organització de cures. Es va determinar la necessitat de fer un grup focal d'expertes, a més a més de la necessitat d'incorporar en aquest grup una infermera d'enllaç, que faria d'unió entre el grup d'expertes (gestores) i el grup de professionals. Es va acordar que la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia escolliria aquesta professional d'infermera d'enllaç.

Setembre del 2015: primer grup focal d'experts

Es va realitzar el grup focal d'expertes. Els cinc eixos del grup focal amb experts van ser:

1. Avantatges i inconvenients del STB.
2. Elements per millorar de la pràctica infermera.
3. Presentació del MIPR.
 - 3.a. Funcions de la infermera referent.
 - 3.b. Funcions de la infermera de col·laboració.
 - 3.c. Funcions de la infermera coordinadora.
 - 3.d. Criteris d'inclusió i d'exclusió dels diferents professionals.
4. Característiques de la planta d'hospitalització on es desenvoluparia l'acció (planta d'Oncologia-Hematologia).
5. Avantatges i dificultats de la implantació del MIPR a l'hospital i l'adequació del model al context.

El grup focal amb expertes va tenir una durada aproximada de dues hores. En la primera part del debat, en la fase de presentació de tots els membres del grup, es va posar èmfasis en el fet que, en aquests tipus d'estudis, tant els investigadors com els participants havien de mantenir un rol actiu durant tot el procés.

Les impressions generals dels assistents en aquest grup focal van ser molt proactives pel que fa a aquest canvi de model. Percebiem el MIPR com un sistema que permetria més visibilitat infermera, més autonomia del professional d'infermeria en la pràctica clínica i més lideratge professional i clínic per part de la infermera i que fomentaria la investigació dins el col·lectiu infermer; d'altra banda hi havia la possibilitat d'oferir unes cures infermeres més personalitzades que podrien produir un augment de la satisfacció del professional i una qualitat assistencial més alta percebuda pels usuaris i per les famílies.

En finalitzar el grup focal d'experts es va enviar un correu electrònic a les diferents professionals d'infermeria de la Unitat d'Oncologia-Hematologia amb la finalitat de formar un grup focal de professionals, ja que un canvi d'aquestes característiques havia de portar implícites la veu, l'experiència i la participació de tots els professionals en el procés de canvi.

Paral·lelament a tot el que s'ha esmentat, va ser durant el mes de setembre quan es van començar a passar les escales validades (PES-NWI) als professionals d'infermeria de la planta d'Oncologia-Hematologia per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral en el STB. També es va passar l'escala validada (SERVQHOS) als usuaris i a les famílies que estaven ingressats en aquesta unitat d'hospitalització, amb la finalitat de valorar la qualitat assistencial percebuda en el STB.

Octubre del 2015: primer grup focal amb professionals assistencials

Es va realitzar un grup focal amb cinc professionals d'infermeria assistencials de la Unitat d'Oncologia-Hematologia amb l'objectiu de reflexionar entorn de la seva

pràctica assistencial en el STB, dels elements potenciables i d'aspectes de millora. Posteriorment es va presentar el protocol de la infermera primària o referent (millorat pel grup d'expertes) amb la finalitat que fessin aportacions per millorar-lo des del seu vessant assistencial.

Els quatre eixos temàtics del grup focal amb professionals van ser:

1. Anàlisi de la situació actual (STB).
2. Elements per millorar de la pràctica infermera.
3. Presentació del MIPR.
 - 3.a. Funcions de la infermera referent.
 - 3.b. Funcions de la infermera de col·laboració.
 - 3.c. Funcions de la infermera coordinadora.
 - 3.d. Criteris d'inclusió i d'exclusió dels diferents professionals.
4. Remodelació del protocol de la infermera primària o referent amb l'experiència assistencial del grup de professionals.

La finalitat principal d'aquest grup focal amb els professionals va ser presentar el MIPR i, des del vessant assistencial, poder millorar l'acció (canviar el protocol d'infermera primària o referent prèviament millorat pel grup d'experts). Les impressions generals dels assistents en aquest grup focal van ser positives amb relació al canvi de model; percebien el MIPR com una manera més ordenada d'oferir cures, no obstant això com a desavantatge argumentaven que augmentaria la càrrega assistencial i tenien por de no poder desenvolupar l'acció al 100 % de forma correcta a causa de la manca de temps.

Després d'explicar les funcions de la infermera primària o referent i de la infermera de col·laboració, i fer-ne una valoració i un debat, es va decidir que la figura de la infermera primària o referent només la desenvoluparien professionals d'infermeria que duguessin a terme la seva tasca assistencial en els torns de matí i tarda per fomentar la comunicació amb la resta de l'equip interdisciplinari. No participarien com

a referents els professionals de torn de nit per afavorir el descans nocturn dels usuaris i de les famílies. La resta de professionals d'infermeria de la unitat participarien en el procés de canvi assistint als grups focals, però no desenvoluparien la figura d'infermera referent.

En finalitzar el grup focal van venir la Directora d'Infermeria de la institució i l'adjunta d'hospitalització i van transmetre a tots els assistents que la implantació del MIPR era una aposta de la institució i, per tant, s'havia de dur a terme.

Tal com s'ha comentat anteriorment, prèviament al grup focal amb les professionals de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, la investigadora principal d'aquest projecte va fer una reunió informativa amb els professionals de cada torn (matí, tarda, nit A, nit B i professionals del cap de setmana de dia i de nit), perquè totes les professionals d'infermeria i auxiliars de la unitat coneguessin el MIPR i fos més fàcil l'organització de les cures una vegada implantat aquest nou sistema d'assignació.

Novembre del 2015: reunió amb l'equip mèdic

Es va fer una reunió amb l'equip mèdic d'Oncologia-Hematologia de la planta d'hospitalització, juntament amb la coordinadora de la unitat, amb la finalitat d'explicar el MIPR. L'objectiu era conèixer les percepcions i opinions de l'equip interdisciplinari sobre la nova organització de les cures infermeres.

Els assistents van valorar que seria un model més organitzat que el STB i que permetria oferir unes cures més personalitzades i identificar quin professional d'infermeria era el responsable d'aquell pacient o família, a més els infants i les famílies estarien més acompanyats durant tot el procés. Els diferents assistents van identificar la manca de temps que tenien els professionals d'infermeria a causa de l'elevada càrrega assistencial que hi havia a la unitat com una dificultat per desenvolupar adequadament el projecte.

Desembre del 2015: reunió a l'empresa Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa

Es va convocar una reunió amb l'adjunta d'infermeria d'Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, i l'adjunta d'hospitalització de l'HSJD (Barcelona) amb la finalitat de conèixer l'experiència d'aquest hospital en la implantació del model des de l'any 2007. Els objectius d'aquesta reunió van ser:

1. Analitzar els avantatges del MIPR des de la seva experiència pràctica.
2. Examinar-ne els punts febles.
3. Valorar les dificultats en la implantació d'aquest model.

L'Adjunta d'Infermeria d'Althaia de Manresa ens va transmetre que ells feia set anys que treballaven amb el MIPR i que els avantatges eren una organització millor de les cures infermeres i una eficiència millor en els indicadors de qualitat. Tot i que al principi les professionals d'Infermeria van oferir una certa resistència al canvi, recentment se'ls va oferir la possibilitat de tornar al STB i no ho van acceptar.

Desembre del 2015: reunió informativa als professionals experts

En el mes de desembre també es va fer una segona reunió informativa amb els professionals experts, en la qual van participar la Directora d'Infermeria de l'HSJD, l'adjunta d'Hospitalització de la institució, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, l'adjunta de recursos humans de l'hospital i la infermera assistencial d'enllaç.

Els tres eixos temàtics de debat d'aquesta reunió informativa van ser:

1. Valorar el posicionament dels professionals assistencials respecte al canvi.
2. Explicar el disseny del model (protocol definitiu del sistema d'assignació d'infermeria primària o referent, remodelat pel grup d'experts i assistencials).

3. Establir la data d'inici de l'acció i programar-ne i organitzar-ne el desenvolupament.

En aquesta reunió organitzativa es va decidir que s'adaptaria un mural de visibilitat de cures infermeres —anomenat mural “Qui et cuida avui”— al model d'infermera primària o referent, en el qual apareixerien les fotografies de les cares de les infermeres assistencials de la unitat, i a sota la distribució de les habitacions de les quals n'eren infermeres referents i infermeres de col·laboració, amb la finalitat d'afavorir la visibilitat del professional d'infermeria referent a les famílies i a la resta de l'equip interdisciplinari. Es pot veure a la figura 4.

Figura 4: Mural “Qui et cuida avui”^m



Les habitacions de qui serien referents les infermeres del matí apareixerien sota de la imatge de la infermera referent amb un número de color negre. Les habitacions de qui serien referents les infermeres de tarda apareixerien a sota de la infermera referent de color vermell. De tal manera que l'organització de la unitat amb el MIPR quedava de la manera següent:

- La infermera del torn de matí dels llits “primers” seria la referent dels pacients ingressats als llits 851, 852, 853, 856, 857.

^m Imatge del mural “Qui et cuida avui” de la Unitat d'Oncologia-Hematologia del Hospital Sant Joan de Déu.

- La infermera del torn de tarda dels llits “primers” seria la referent dels pacients ingressats als llits 854, 855, 858, 859.
- La infermera del torn de matí dels llits “intermedis” seria la referent dels pacients ingressats als llits 860, 861, 862, 863, 864.
- La infermera del torn de tarda dels llits “intermedis” seria la referent dels pacients ingressats als llits 865, 866, 867, 868, 869.
- La infermera del torn de matí dels llits “últims” seria la referent dels pacients ingressats als llits 870, 871, 872, 873, 874.
- La infermera del torn de tarda dels llits “últims” seria la referent dels pacients ingressats als llits 875, 876, 877, 878, 879.

Tota aquesta distribució quedaria reflectida al mural “Qui et cuida avui”, i així es fomenta la visibilitat dels professionals d’infermeria en tot el procés d’hospitalització. Paral·lelament es duria a terme una gràfica per anotar-hi el nom del pacient, el número d’historial que té i el nom de la infermera referent corresponent, amb la finalitat que en cas de reingrés s’intentaria ubicar a les habitacions de la seva infermera referent.

Abans d’implantar l’acció, la coordinadora de la unitat va enviar un correu electrònic informatiu a tots els professionals d’infermeria i auxiliars de la unitat, així com a la resta de l’equip interdisciplinari, en el qual es notificava que el MIPR s’iniciaria el dia 4 de gener del 2016. Va notificar qui era la investigadora principal d’aquest projecte, així com la infermera assistencial d’enllaç, per si tenien algun tipus de dubte. El primer dia d’inici de l’acció, la investigadora principal d’aquest projecte i la infermera d’enllaç van estar presents a la unitat per intentar resoldre dubtes i fer observació no participant de la pràctica dels professionals en l’organització de les cures infermeres en aquest nou model.

9.1.2. DADES QUALITATIVES

A continuació es presenten els resultats dels diferents grups focals i de les notes de camp recollides a la fase inicial (o de diagnòstic) d'aquest projecte. Tal com s'ha especificat anteriorment, en aquesta etapa de la investigació es van realitzar dos grups focals (un amb expertes i un amb professionals), tres reunions informatives (dues amb expertes i una amb professionals) i una reunió amb l'Adjunta d'Infermeria de la Fundació Althaia de Manresa.

Cada grup focal va fer debats i reflexions diverses i enriquidores, ja que la dinàmica verbal interactiva dels diferents assistents en aquests grups va ser intensa. Tots els grups focals es van gravar —prèviament s'havia demanat consentiment a tots els assistents—, com s'ha indicat anteriorment. Quinze dies abans dels grups focals es van passar dos articles relacionats amb el tema als participants, per fomentar el coneixement del tema. Un cop feta l'anàlisi dels grups es van reenviar els resultats als assistents per veure si realment s'hi reflectien les seves idees en el grup focal.

- GRUP FOCAL AMB EXPERTES

El grup focal amb expertes es va iniciar amb una reflexió col·lectiva entorn del STB. Posteriorment es va presentar un protocol sobre el MIPR i a través de l'experiència gestora de les diferents assistents es va canviar el protocol per millorar l'acció. Finalment vam fer una anàlisi dels avantatges i dels inconvenients d'aquest nou model de cures infermeres.

En el posicionament inicial, les professionals d'Infermeria expertes de l'equip directiu, la professional coordinadora de la planta d'Hospitalització d'Oncologia-Hematologia i la resta de professionals, van valorar el MIPR com un nou model d'infermeria que podria afavorir un augment de la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies, i no només això, sinó que podria potenciar la satisfacció del professional infermer que realitzava les cures.

Les opinions entorn d'aquesta nova organització de les cures infermeres eren molt proactives, com les de la Direcció, que apostava per produir un canvi en el model d'assignació d'infermera, perquè creia que afavoriria un increment en la qualitat que perceben els usuaris i les famílies i en la satisfacció dels professionals.

A continuació es presenten els resultats agrupats en categories i subcategories:

1. Anàlisi de la situació actual: sistema d'assignació tradicional o burocràtic (STB)

Les professionals d'infermeria que van participar en el grup focal d'expertes van manifestar que actualment no es disposava d'un professional d'infermeria de referència, que les famílies dels usuaris no identificaven un infermer o una infermera responsable durant tota la seva estada hospitalària, sinó que el sistema d'assignació que predominava en aquell moment estava basat en un model biomèdic. Les infermeres realitzaven les tasques durant la jornada de treball, però no hi havia un professional responsable d'infermeria que els usuaris i les famílies percebin com a referent. Les professionals expertes manifestaven que això és una dificultat en el moment de crear un vincle terapèutic entre la professional d'infermeria i el pacient o la família, un element que es podria veure millorat amb la presència d'una infermera de referència durant tot l'ingrés i que podria produir un augment de la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies. Així ho valorava una professional experta:

“El sistema d'assignació que tenim actualment dificulta establir un vincle terapèutic amb els pacients i les famílies. Com que no es té aquest vincle no es pot establir una relació de confiança amb el professional d'infermeria per resoldre tots els dubtes i tots els problemes en l'ingrés actual, i prevenir reingressos futurs.”

D'altra banda, els professionals experts van argumentar que els professionals d'infermeria no acabaven de sentir-se realitzats completament en la seva tasca assistencial, ja que no hi havia cap infermera que se sentís líder del procés assistencial del pacient i la família. Les infermeres del torn de matí eren les que presentaven una

relació més pròxima amb el pacient i la família, i l'equip interdisciplinari; això fa que la resta de torns manifestessin la necessitat de sentir-se més líders del procés assistencial dels diferents usuaris o de les famílies.

“Yo pienso que las enfermeras de mañana sí tienen una vinculación más estrecha que las enfermeras de tarde y noche con los pacientes y otros profesionales a la hora de planificar cuidados. [...] Hay enfermeras que te ‘exigen’ que querrían formar parte de esto y ser más líderes. Pero bueno, la de la mañana es la que tiene el contacto con el médico, que puede planificar más los cuidados o intentar hablar más con las familias o dedicarle más tiempo. Las de tarde y noche hacen, con nuestro modelo actual, como de delegación.”

En conjunt, l'equip de professionals experts van valorar el STB com un sistema d'assignació per millorar, i es van referir a la necessitat d'implantar un nou model d'infermeria que permetés al professional oferir unes cures infermeres més personalitzades i centrades en l'usuari i la família, que brindés la possibilitat de fomentar l'adheriment terapèutic entre el professional infermer i el pacient i la família. A més a més, els assistents al grup focal van posar de manifest que s'ha d'intentar donar més visibilitat a la infermera, assignant professionals de referència pels diferents processos assistencials perquè se sentin més líders de tot el procés d'hospitalització dels infants i les famílies, i intentar aconseguir un increment en la satisfacció del professional, un increment en la qualitat assistencial i un augment en la seguretat de les cures infermeres.

2. Model d'infermera primària o referent (MIPR)

- Qualitat de les cures

Els participants en el grup de discussió van valorar que el MIPR podria ser una oportunitat per al col·lectiu infermer, ja que actualment encara persisteix molt la idea biomèdica de la cura, i encara s'ofereixen cures infermeres basades en un model molt mèdic, en el qual la infermeria desenvolupa el seu paper en funció d'unes tasques

assistencials basades en la subordinació dins de l'equip interdisciplinari. En aquest sentit una participant va manifestar:

“Jo penso que sí. Penso que això són unes cures de proximitat. Que tu com a infermera ets molt més propera, i detectes una sèrie de coses que les cures de metges que estem oferint actualment no et permeten detectar. És una relació diferent. Et permet oferir més cures que les que hi ha ara, que principalment són les cures infermeres per delegació del professional mèdic.”

Paral·lelament a les percepcions esmentades anteriorment, les professionals expertes argumentaven que el MIPR podria ser una oportunitat de millora en el procés assistencial, ja que podria fomentar un adheriment terapèutic amb l'usuari i la família.

“Fas un adheriment terapèutic i, és clar, això produeix una sèrie d'avantatges que amb el sistema d'assignació que tenim ara no podem aconseguir.”

A més a més, les participants esmentaven que el resultat de tot aquest adheriment terapèutic amb el professional infermer podria ser unes cures infermeres més individualitzades que podrien produir un augment de la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies.

- Continuïtat assistencial

En el grup focal, les expertes van opinar que una vegada una professional d'infermeria referent fes un adheriment terapèutic amb una família o un usuari es permetria crear una relació de confiança precoç davant de nous professionals d'infermeria susceptibles d'actuar com a referents en altres serveis, ja que la infermera referent, en realitzar l'alta hospitalària d'aquell usuari o d'aquella família de la seva unitat d'hospitalització cap a nous departaments, faria d'enllaç entre aquests usuaris i els nous professionals susceptibles d'actuar com a referents (per exemple si es dona d'alta un infant o una família de la planta d'Oncologia-Hematologia cap a l'Hospital de Dia, la infermera referent de la planta d'Oncologia es presentaria a la que seria la infermera referent

d'Hospital de Dia). D'aquesta manera es podria fomentar un adheriment terapèutic precoç amb aquest nou professional referent.

“Llavors la infermera referent de la planta d'hospitalització, que és la que haurà creat el vincle amb aquesta família, baixarà amb la mare i et dirà: ‘X, ella és tal..., perquè ja tindrà confiança, i et presento la infermera X, que és la infermera que a partir d'ara se n'encarregarà de les teves cures.’”

És important afegir que les assistents manifestaven també que creien que aquest nou model d'assignació permetria que els usuaris i les famílies se sentissin més acompanyats durant tot el procés assistencial, ja que la referent d'un servei ja els dirigiria cap a la referent de la pròxima unitat. Elles argumentaven que els usuaris i les famílies se sentirien més protegits durant tota l'estada hospitalària, en saber que en cada servei al qual acudeixen se'ls presentaria la infermera que seria responsable del seu procés d'hospitalització.

- Paper dels professionals d'infermeria en el model d'infermera primària o referent (MIPR)

Les expertes van considerar que el MIPR podria reforçar una responsabilitat més gran en la presa de decisions sobre les cures del pacient i la família. La infermera primària o referent seria qui realitzaria la planificació de les cures i qui figuraria com a interlocutora principal en matèria de cures infermeres dins l'equip d'infermeria. Tots aquests elements augmentarien la satisfacció laboral del professional, ja que se l'identificaria com una infermera experta capaç de respondre a totes les demandes de cures que fes l'usuari i la família, i no només això, sinó que les cures infermeres tindrien més visibilitat i, com a conseqüència, el professional estaria més motivat a la feina.

El MIPR tindria com a objectiu incrementar la satisfacció laboral del professional d'infermeria, element que es produiria amb un augment de la responsabilitat en la planificació de les cures infermeres, més visibilitat en les tasques d'infermeria i més participació dels diferents professionals. També un altre possible resultat de la

implantació d'aquest nou model seria l'augment de la qualitat percebuda per usuaris i famílies, a través d'unes cures infermeres més personalitzades i de continuïtat.

D'altra banda, els professionals experts van manifestar alguna limitació entorn de la participació dels professionals de tots els torns en el paper de la infermera primària o referent. Les expertes argumentaven que el col·lectiu professional d'infermeria, amb un torn laboral de cap de setmana, no podria brindar unes cures infermeres de continuïtat, a causa dels horaris del seu contracte laboral, ja que tot i la professionalitat que tenen, la seva activitat assistencial es redueix a treballar els caps de setmana, per tant, no podria oferir als usuaris i a les famílies unes cures infermeres de continuïtat, ni afavoriria mantenir aquest vincle terapèutic, ja que la seva activitat assistencial és molt poc freqüent els dies intersetmanals. Per tant, les professionals expertes van decidir que tots els infermers i les infermeres que tenen un torn assistencial de cap de setmana desenvoluparien en aquest nou model d'assignació un paper d'infermeres col·laboradores en l'execució de cures infermeres.

“Pero a mí me crean dudas los canguros. Porque, por ejemplo, en la planta octava tienen canguros muy válidos, y me da mucha pena que no estén en este proyecto. Pero tú te miras sus secuencias y a veces trabajan sábado y domingo y a lo mejor ya no vuelven hasta el miércoles.”

“Si yo fuera enfermera, y pensara que veo la familia sábado y domingo y que hasta el jueves no la vuelvo a ver, no lo querría. Y si yo fuera paciente diría: ‘Pues que mala suerte he tenido, mi enfermera siempre tiene fiesta. Trabaja mucho o no trabaja nada.’”

Un altre element valorat en el grup focal d'expertes va ser la possibilitat d'incloure els infermers del torn de nit com a referents en aquest nou sistema d'assignació. Van valorar que els professionals que treballen en torn nocturn són professionals que, a causa de l'horari assistencial que tenen, queden exclosos en el lideratge de molts processos assistencials. Aquest element provoca menys satisfacció professional en aquest col·lectiu. D'altra banda, la dificultat de ser referent en un torn de nit seria la

difícil comunicació amb la resta d'equip interdisciplinari i la dificultat d'adheriment terapèutic amb l'usuari i la família, ja que són les hores que s'ha de fomentar el descans nocturn. En un primer moment, en el grup d'expertes es va debatre la possibilitat que les infermeres del torn de nit fossin referents del grup de població adolescent, ja que són pacients amb una vida més nocturna, per intentar que els professionals que desenvolupen la tasca assistencial en un torn nocturn se sentissin més participants d'aquest nou model d'assignació. No obstant això, les expertes van avaluar la dificultat de realitzar totes les gestions amb la resta dels professionals de l'equip interdisciplinari, i finalment es va decidir que el col·lectiu de professionals infermers del torn de nit també formarien part d'aquest nou model d'assignació com a infermeres col·laboradores. Es va considerar important explicar les raons per les quals només desenvoluparien la seva tasca assistencial com a col·laboradores.

3. Dificultats i limitacions del model d'infermera primària o referent (MIRP)

Finalment, algun membre del grup d'expertes va manifestar com a limitació en aquest nou model d'assignació la manca de temps per oferir unes cures infermeres personalitzades a causa de les ràtios d'infermera-pacient que existeixen a la institució. Les expertes comentaven que es mantindrien les ràtios i, com a conseqüència, si el volum de feina augmentava en aquest nou sistema d'assignació, percebien com a limitació la manca de temps per dur a terme un adheriment terapèutic amb l'usuari i la família. Després de debatre aquest nou sistema d'assignació es va valorar que el temps de dedicació de cada infermera al pacient és el mateix, no obstant això s'hauria de realitzar una reorganització en el context de les cures infermeres.

“És a dir, els minuts totals de cures que necessiten els nens no han de ser més grans. El que sí que és veritat és que ens hem d'organitzar diferent, d'acord? Vol dir que sobre el paper, i el paper ho aguanta tot, per això s'ha de provar, perquè el paper es veritat, lo pone aquí. Sobre el paper, tu has d'invertir el mateix temps global però has d'invertir més temps en la presa de decisions amb els nens dels quals ets referent. I llavors amb els altres, tu has d'anar tranquil·la,

has de seguir el que ha dit el teu company. [...] La base d'això és també la confiança, d'aquesta organització. Perquè has de confiar que el teu company ja fa la seva feina i la fa ben feta. I cadascú confia amb el que... Per això també es demana dos anys d'experiència [...]. Per tant, ha de ser que tothom agafi la responsabilitat de fer les coses del seu referent i, per tant, deslliurar temps de l'altre perquè es pugui dedicar als seus. En realitat és una altra manera de treballar."

En resum, el grup de professionals expertes van valorar la implantació del MIPR com una oportunitat de millora en la percepció de confiança per part del pacient i de la família en relació amb l'equip d'infermeria, amb el conseqüent possible augment de l'adheriment terapèutic, que beneficiaria positivament els pacients durant l'estada hospitalària, de manera que produiria un augment en la qualitat assistencial que percebrien. D'altra banda, les expertes manifestaven que aquest nou sistema d'assignació podia dur a terme un augment en la satisfacció laboral de les infermeres, la qual cosa també es podria desenvolupar en una major probabilitat d'obtenir uns millors resultats de salut.

- GRUP FOCAL AMB PROFESSIONALS

Es va desenvolupar un grup focal de professionals en el qual van participar cinc professionals d'infermeria de la unitat d'hospitalització d'Oncologia-Hematologia del torn de matí, del de tarda i del de nit. La finalitat d'aquest grup de professionals era fer una reflexió de la pràctica dels professionals d'infermeria en aquell moment (STB), explicar el MIPR dissenyat en el grup d'experts i, a través de l'experiència assistencial dels participants en el grup de discussió de professionals, remodelar l'acció.

El posicionament inicial dels professionals d'Infermeria va ser una actitud positiva davant del canvi de model, i es va esmentar la possibilitat d'oferir unes cures infermeres més personalitzades a través del MIPR. D'altra banda, les infermeres percebien un únic inconvenient per dur a terme aquest nou model d'assignació: la manca de temps per crear un vincle amb l'usuari i la família a causa de l'alta càrrega

assistencial que tenien. No obstant això, la predisposició i les actituds dels professionals davant del canvi van ser molt positives, amb poques reticències.

1. Anàlisi de la situació actual: sistema d'assignació tradicional o burocràtic (STB)

Els professionals d'infermeria que van participar al grup focal van analitzar el STB com una organització de cures per millorar. Les professionals percebien que amb aquesta forma d'organització de cures els usuaris no percebien un professional d'infermeria de referència, element que era un obstacle en la creació d'aquesta relació de confiança amb la infermera que els brindava cures durant l'ingrés hospitalari.

Les professionals també manifestaven la voluntat que infermeria tingués un paper més actiu durant tot l'ingrés, amb més visibilitat, en què la seva tasca assistencial inclogués moltes més activitats infermeres basades en el paper autònom, i no només per delegació d'altres professionals.

Un altre element que van identificar en relació amb aquest sistema d'assignació és que la presència de diferents professionals d'infermeria que cuiden el pacient i la família durant l'ingrés hospitalari provoca que la resta de l'equip interdisciplinari no percebi un líder infermer responsable d'aquell pacient. Consideraren que aquest element obstaculitza que infermeria tingui un paper actiu dins l'equip interdisciplinari i participi en les decisions terapèutiques.

Les diferents professionals van verbalitzar que el fet que durant la seva jornada laboral les principals activitats que tenien estiguessin relacionades amb activitats per delegació o pautades per un altre professional generava poca visibilitat, poc lideratge i poc reconeixement dins l'equip interdisciplinari, i produïa una disminució de la motivació envers la seva feina. Elles opinaven que tots aquests elements es podrien millorar en una organització de cures en què infermeria tingués un paper més actiu durant tot el procés hospitalari.

2. Model d'infermera primària o referent (MIPR)

- Avantatges del MIPR

La percepció dels diferents professionals assistencials vers el MIPR va ser la d'un model que permetria oferir unes cures infermeres més personalitzades i més organitzat, en el qual s'atribueix un paper a cada professional d'infermeria entorn de la seva responsabilitat sobre les cures del pacient i la família:

“És posar ordre al que fem ara, perquè ara indirectament les famílies que estan ingressades durant molt temps ja tenen referents dins el col·lectiu d'infermeres que les tracten.”

- Limitacions del MIPR

Com s'ha explicat anteriorment en el grup focal d'expertes, es va debatre l'assignació del paper de referents als professionals d'infermeria que desenvolupaven torns de cap de setmana. Es va acordar que els professionals assistencials amb torn de cap de setmana només desenvoluparien el paper d'infermeres col·laboradores, ja que a causa de l'horari assistencial que tenen, no poden desenvolupar unes cures infermeres amb continuïtat. No obstant això, per intentar fomentar que s'involucreassin en aquesta nova manera d'oferir cures, se'ls va proposar que quan desenvolupessin un torn intersetmanal substituint personal laboral fix, podien dur a terme la figura de la infermera a qui substituïen. Els diferents professionals compartien l'opinió sobre la dificultat de ser referents i oferir unes cures amb continuïtat, gestionant tot el procés assistencial, quan la seva activitat es redueix als caps de setmana. D'altra banda, van opinar que estarien encantats de dur a terme la figura de referent quan substituïssin un professional intersetmanalment.

A més a més, en el grup focal dels professionals assistencials es va manifestar (tal com s'havia acordat en el grup d'experts) la dificultat d'atribuir als professionals que desenvolupaven l'activitat assistencial en un torn nocturn la figura de referent, per la difícil comunicació amb la resta d'equip interdisciplinari i la dificultat d'adheriment terapèutic amb l'usuari i la família, ja que són les hores durant les quals s'ha de

fomentar el descans nocturn. Els professionals del torn de nit van coincidir en l'opinió de formar part com a professionals col·laboradors en aquest nou sistema d'assignació.

Finalment, el grup de professionals va manifestar com a limitació en aquest nou model d'assignació la manca de temps per oferir unes cures infermeres més personalitzades. Després d'avaluar aquest nou sistema d'assignació es va valorar que el temps de dedicació de cada infermera al pacient és el mateix, no obstant això caldria realitzar una reorganització en el context de les cures infermeres, fomentant el vincle infermera-pacient, i mantenir una relació de confiança amb la resta de professionals que desenvoluparien la tasca de referents. Una altra limitació que veien els professionals infermers era la dificultat que quan reingressava un pacient pogués tenir la mateixa infermera referent que en ingressos anteriors.

- Posicionaments dels professionals

En el grup focal de professionals es va explicar que en el grup d'expertes s'havia decidit que seria la infermera coordinadora de la unitat qui, en funció de la complexitat dels casos, atribuiria de quins pacients n'eren referents i de quins, col·laboradores. Els professionals d'infermeria van manifestar que ells creien que era millor l'assignació de referent i de col·laboració per proximitat en les habitacions. Per exemple, si una infermera portava les habitacions de la 1 a la 10, era referent de l'habitació 1 a la 5 i col·laboradora de la 5 a la 10. Els professionals valoraven la facilitat de dur aquest nou model d'assignació per proximitat d'habitacions perquè optimitza el temps i perquè permet tenir tots els pacients a qui ofereixes cures infermeres ubicats en una distància més curta.

Un aspecte molt important que va debatre el grup va ser l'organització de les cures assistencials de col·laboració, com ara el canvi d'agulles dels accessos venosos Port-a-Cath, el canvi de nutricions parenterals, etc. Les professionals van esmentar que creien que les activitats de paper autònom i de col·laboració era preferible deixar-les de la mateixa manera que estaven organitzaves, ja que per necessitats del servei era millor que es deixessin planificades tal com estaven en aquell moment.

9.1.3. ACCIÓ QUE ES VOL DUR A TERME:

A continuació es presenta el protocol de la infermera primària o referent que es va consensuar i dissenyar en els grups focals. La investigadora d'aquesta recerca va presentar una proposta inicial a partir de la seva experiència i la revisió de la literatura. No obstant això, seguint la metodologia d'IAP, es va debatre, reflexionar i adequar amb l'equip de professionals experts i assistencials que van participar en els grups focals, fins aconseguir l'acció definitiva que es va desenvolupar a la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica.

Els rols dels diferents professionals en el MIPR van ser:

Perfil i funcions generals de la infermera coordinadora, la infermera referent i la infermera col·laboradora:

Els rols de la infermera referent, la infermera col·laboradora i la infermera coordinadora són els següents:

INFERMERA COORDINADORA:

El rol de la infermera coordinadora el desenvolupa la coordinadora i supervisora de la Unitat d'Oncologia Hematologia.

El seu rol consisteix a assignar el rol d'infermera referent o d'infermera col·laboradora a les diferents infermeres segons els criteris definits posteriorment. En cas d'absència, serà la infermera que realitzi l'ingrés la referent del pacient o de la família fins que arribi la coordinadora de la unitat.

Generalment l'assignació d'infermera referent es realitzarà atenent els criteris següents:

- Nombre de pacients que han de ser assignats.
- Estada mitjana prevista dels usuaris.
- Sistema de torns.

- Nombre màxim d'infants dels quals una infermera pot ser referent.
- Nombre de professionals susceptibles d'actuar com a referents (segons els criteris d'inclusió i d'exclusió).

En la taula 5 es detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quines infermeres poden ser coordinadores de la unitat.

Taula 5: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera coordinadora

<i>Criteris d'inclusió de la infermera coordinadora</i>
1. Tenir el títol de Diplomats Universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
2. Infermera que ocupa un càrrec de coordinació o supervisió de la Unitat d'Oncologia-Hematologia amb una antiguitat mínima de dos anys.
<i>Criteris d'exclusió de la infermera coordinadora</i>
1. Professionals d'infermeria que no vulguin participar en l'estudi.

INFERMERA REFERENT:

La infermera coordinadora és qui assignarà el rol d'infermera referent a les diferents professionals d'infermeria. La infermera referent desenvoluparà les funcions següents:

- Dur a terme l'acollida del pacient, la família o els tutors.
- Fer l'ingrés del pacient, la família o els tutors a la unitat d'hospitalització.
- Explicar la funció de la infermera referent al pacient o a la família.
- Realitzar un pla de cures infermeres o escollir el pla de cures estandarditzat segons la patologia del pacient (NANDA, NIC, NOC)ⁿ.
- Ser el responsable de garantir el pla de cures infermeres, i avaluar aquestes cures per fer modificacions en funció de les necessitats de salut de l'usuari o la família.
- Fer educació sanitària al pacient o a la família amb la finalitat d'apoderar-los amb vista a l'alta al domicili.
- Elaborar l'informe d'alta d'infermeria, per afavorir una continuïtat en les cures infermeres.
- Ser el professional d'unió dins l'equip assistencial durant tota l'estada hospitalària.

ⁿ El procés d'atenció d'infermeria (PAI) és l'aplicació del mètode científic en la pràctica assistencial que permet als professionals oferir unes cures infermeres que cobreixin les necessitats del pacient, la família i la comunitat de forma estructurada, homogènia, lògica i sistemàtica. Es considera el PAI com la base de l'exercici de la professió infermera, ja que és l'aplicació del mètode científic a la pràctica d'aquesta disciplina (Johnson, 2006).

- Ser el professional d'enllaç entre l'usuari o la família i la infermera referent en cas de trasllat a una altra unitat d'hospitalització.
- Ser el professional d'infermeria de referència per aquell usuari o aquella família durant l'estada hospitalària.

A la taula 6 es detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quins professionals d'infermeria poden ser referents.

Taula 6: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera referent

<i>Criteris d'inclusió de la infermera referent</i>
1. Tenir el títol de diplomat universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
2. Ser professionals del torn de matí o tarda.
3. Tenir qualsevol tipus de contracte del professional d'infermeria amb la institució (suplent, laboral indefinit).
4. Ser un professional d'infermeria amb més de dos anys d'experiència a la unitat on s'instaura el canvi de model.
<i>Criteris d'exclusió de la infermera referent</i>
1. Ser un professional d'infermeria que no es dediqui a l'activitat assistencial (gestors)
2. Ser un professional d'infermeria que no dediqui la seva activitat assistencial en la mateixa planta d'hospitalització.

INFERMERA COL-LABORADORA:

La coordinadora de la unitat serà la que atribueixi el rol d'infermera col·laboradora. Les funcions seran:

- Brindar les cures planificades en el pla de cures (dissenyat per la infermera referent) al pacient, a la família o al cuidador en absència de la infermera referent.
- Informar la infermera referent si considera que hi ha d'haver alguna modificació en el pla de cures infermeres.

En la taula 7 es detallen els criteris d'inclusió i d'exclusió que concreten quines professionals d'infermeria poden desenvolupar el paper d'infermeres col·laboradores.

Taula 7: Criteris d'inclusió i d'exclusió de la figura de la infermera col·laboradora

<i>Criteris d'inclusió de les infermeres col·laboradores</i>
1. Tenir el títol de diplomat universitari en Infermeria o el Grau en Infermeria.
2. Ser professional de tots els torns.
3. Tenir qualsevol tipus de contracte de professional d'infermeria amb la institució (suplent, laboral indefinit, etc.).
<i>Criteris d'exclusió de les infermeres col·laboradores</i>
1. Ser un professional d'infermeria que no es dediqui a l'activitat assistencial (gestores).

Font: Elaboració pròpia

Amb el model d'infermeria primària o referent, cada professional susceptible d'actuar com a referent és responsable de planificar les cures infermeres en un nombre petit de pacients que se li assignen (no més de cinc), a més a més, aquesta infermera referent serà infermera col·laboradora de la resta de pacients que li toqui per ràtio d'infermera i pacient. En absència de la infermera referent el pla de cures infermeres l'elabora una altra infermera (infermera col·laboradora). La infermera referent desenvoluparà aquest paper (responsable d'aquell usuari o família) durant tot l'ingrés hospitalari.

Aquest és el protocol inicial dissenyat per a aquest nou sistema d'assignació, que es va reformular en els grups focals amb professionals i experts. Més endavant s'explica com s'ha implantat i els resultats obtinguts d'aquesta nova manera d'organitzar les cures infermeres.

9.1.4. DADES QUANTITATIVES

Tal com s'ha esmentat en capítols anteriors, simultàniament als grups focals amb els experts i les professionals, es van passar les escales validades als professionals d'infermeria (PES-NWI) (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral en el STB, i també es va passar als usuaris i a les famílies (SERVQHOS) (Mira et al., 1998) per valorar la qualitat assistencial que perceben en el STB, i donar resposta als objectius específics enumerats anteriorment.

A continuació s'exposen els resultats descriptius d'aquestes escales en el sistema tradicional o burocràtic.

ESCALA PES-NWI EN EL SISTEMA TRADICIONAL O BUROCRÀTIC (STB)

Les variables analitzades van ser: d'una banda, variables sociodemogràfiques i laborals, recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc* i, d'altra banda, variables de percepció de l'entorn laboral mitjançant l'escala PES-NWI. En primer lloc es presenten els resultats de les variables sociodemogràfiques i laborals.

9.1.4.1.- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES I LABORALS

Aquesta escala és va administrar a 20 professionals d'infermeria de la unitat d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD.

○ VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES I LABORALS:

En la taula 8 es presenten les dades sociodemogràfiques i laborals més rellevants de les infermeres que van realitzar l'escala PES-NWI per valorar la percepció que tenien de l'ambient laboral en el STB.

Cal destacar que un 70 % de les professionals tenien entre 20 i 40 anys, el 90 % eren dones, un 65 % eren diplomades universitàries en Infermeria, un 55 % tenien un contracte de suplències dins la institució i un 45 % de les professionals tenien una antiguitat de més de 10 anys dins la institució sanitària.

Taula 8: Variables sociodemogràfiques i laborals de les infermeres que van realitzar l'escala PES-NWI en el STB

<i>Variable</i>	<i>Valor absolut</i>	<i>%</i>
Edat		
20-30 anys	7	35
31-40 anys	7	35
41-50 anys	5	25
51-60 anys	1	5
Sexe		
Home	2	10
Dona	18	90
Titulació		
Diplomat universitari en Infermeria	13	65
Grau en Infermeria	5	25
Especialista en Infermeria	2	10
Tipus de contracte		
Fix	9	45
Suplent	11	55
Torn		
Matí	3	15
Tarda	8	40
Nit	6	30
Cangur (cap de setmana)	3	15
Antiguitat		
<5 anys	6	30
5-10 anys	5	25
>10 anys	9	45

9.1.4.2. FREQUÈNCIES I ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DELS ÍTEMS DE LA ESCALA PES-NWI:

A continuació es descriuen els diferents factors de l'escala, s'indica per quins ítems de l'escala estan formats, en què consisteixen i quina valoració mitjana van obtenir en el STB per les diferents professionals:

- **Dotació de personal i recursos:** indaga sobre els elements clau per proporcionar cures de qualitat en relació amb els recursos humans disponibles, el nombre suficient d'infermeres en plantilla i l'assignació de temps necessari per a la comunicació entre infermeres per realitzar les cures del pacient (quatre ítems: 1, 8, 9 i 12). Una puntuació igual o superior a 2,5 referit a la mitjana obtinguda d'aquests ítems és una percepció favorable per part del professional. La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 1,91.
- **Participació de les infermeres en temes de l'hospital:** explora el paper i el valor que ocupa la infermeria dins del context hospitalari. Tracta d'identificar la percepció de les infermeres en relació amb la seva contribució en la gestió de l'hospital, la participació en comitès, el paper de la direcció i les possibilitats de promoció (vuit ítems: 5, 6, 11, 16, 23, 25, 27 i 29). Una puntuació igual o superior a 2,5 referit a la mitjana obtinguda d'aquests ítems és una percepció favorable per part del professional. La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 2,93.
- **Fonaments d'infermeria per a unes cures de qualitat:** recull qüestions relatives a la filosofia aplicada a les cures, al model d'atenció (infermeria vs. mèdic), a la planificació de les cures dins de la unitat, a la garantia de qualitat i als aspectes relacionats amb la formació contínua de les infermeres, així com a l'orientació que s'ofereix a les infermeres de nova incorporació (nou ítems: 4, 15, 19, 20, 24, 27, 28, 31 i 32). Una puntuació igual o superior a 2,5 referit a la mitjana obtinguda d'aquests ítems és una percepció favorable per part del professional. La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 2,76.

- **Aptitud, lideratge i suport de la supervisió:** se centra en el paper que desenvolupa el supervisor o la supervisora i en el suport que dóna a l'equip (quatre ítems: 3, 10, 14 i 22). Una puntuació igual o superior a 2,5 referit a la mitjana obtinguda d'aquests ítems és una percepció favorable per part del professional.

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,53.

- **Relacions entre professionals d'infermeria i personal mèdic:** explora la percepció que tenen les infermeres del treball en equip i la col·laboració entre professionals d'infermeria i professionals mèdics (set ítems: 2, 7, 13, 17, 21, 26 i 30). Una puntuació igual o superior a 2,5 referit a la mitjana obtinguda d'aquests ítems és una percepció favorable per part del professional.

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,02.

A continuació, en la taula 9, es presenten els resultats dels ítems de l'escala PES-NWI en el sistema tradicional o burocràtic. Per a cada ítem s'ofereix la mitjana i la desviació típica i la mediana

Taula 9: Resultats de l'escala PES-NWI en el STB. Ítems de l'1 al 32^o

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>
Ítem 1: Existen servicios de apoyo adecuados	2,55	1,146	3,00
Ítem 2: Los médicos y las enfermeras tienen buena relación laboral	3,25	0,716	3,00
Ítem 3: Las supervisoras apoyan a las enfermeras	3,75	0,444	4,00
Ítem 4: Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras	2,95	0,945	3,00
Ítem 5: Hay oportunidad de desarrollo clínico y profesional	3,00	0,725	3,00
Ítem 6: Hay oportunidad de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	2,50	0,761	3,00
Ítem 7: Los médicos valoran observaciones y juicios de las enfermeras	3,00	0,649	3,00

^o Es manté l'escala en castellà ja que és l'idioma oficial de validació de l'escala

	Mitjana	Desviació típica	Mediana
Ítem 8: Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	1,80	0,834	2,00
Ítem 9: Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad	1,50	0,607	1,00
Ítem 10: La supervisora es una buena supervisora y líder	3,95	0,224	4,00
Ítem 11: La directora de enfermería es muy visible y accesible al personal	3,05	0,686	3,00
Ítem 12: Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	1,80	0,696	2,00
Ítem 13: Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes	2,80	0,834	3,00
Ítem 14: Se hacen elogios y se reconoce el trabajo bien hecho	2,60	0,883	3,00
Ítem 15: La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	3,90	0,308	4,00
Ítem 16: La directora de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	3,20	0,894	3,50
Ítem 17: Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	3,05	0,945	3,00
Ítem 18: Hay oportunidad de ascender	2,10	0,718	2,00
Ítem 19: Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado del paciente	2,60	1,046	2,50
Ítem 20: Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	3,60	0,681	4,00
Ítem 21: Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales	3,15	0,875	3,00
Ítem 22: La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	3,85	0,489	4,00
Ítem 23: La dirección escucha las preocupaciones de los empleados y las responde	2,90	0,553	3,00
Ítem 24: Existe un programa activo de garantía de calidad	3,05	1,050	3,00
Ítem 25: Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	3,00	0,725	3,00

	Mitjana	Desviació típica	Mediana
Ítem 26: Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	2,95	0,945	3,00
Ítem 27: Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	2,75	1,020	3,00
Ítem 28: Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería	1,95	1,050	2,00
Ítem 29: Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería.	3,10	0,912	3,00
Ítem 30: Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima	3,00	0,649	3,00
Ítem 31: Se realiza planes de cuidados, actualizados y por escrito de todos los pacientes	1,90	0,852	2,00
Ítem 32: Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados	2,20	0,696	2,00

En la taula 9 es pot observar els resultats de l'escala PES-NWI en el STB^P. Els resultats obtinguts posen de manifest que les professionals enquestades estaven d'acord amb la majoria de factors dins l'entorn laboral, ja que els resultats de l'escala assoleixen una mitjana superior a 2'5 en la majoria d'ítems, excepte en 7 casos: l'ítem 8, *"Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras"*; l'ítem 9, *"Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes"*; l'ítem 12, *"Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo"*; l'ítem 18, *"Hay oportunidades de ascender"*; l'ítem 28, *"Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico"*; l'ítem 31, *"Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito de todos los pacientes"*, i l'ítem 32, *"Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados"*. Aquests ítems descrits van obtenir una puntuació inferior a 2,5, per tant, les professionals estaven en discord amb aquests aspectes dins de l'entorn laboral.

^P En l'annex 5 es pot observar el qüestionari PES-NWI.

Com a conseqüència podem observar que les professionals d'infermeria valoraven la nostra institució sanitària com un hospital favorable, ja que s'obtenen quatre factors de l'escala PES-NWI amb una puntuació superior a 2,5. No obstant això, i segons la valoració dels professionals, hi havia àrees importants de millora de l'entorn laboral.

- ESCALA SERVQHOS EN EL SISTEMA TRADICIONAL O BUROCRÀTIC

Simultàniament a l'escala PES-NWI, es va passar l'escala SERVQHOS a tots els usuaris i a les famílies ingressats en la planta d'Oncologia-Hematologia amb la finalitat de conèixer la seva percepció sobre la qualitat assistencial que percebien durant l'estada hospitalària en aquesta unitat.

Les variables analitzades van ser igual que en l'anàlisi realitzat a les infermeres. D'una banda, variables sociodemogràfiques recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc* i, de l'altra, les relacionades amb la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies en l'estada hospitalària mitjançant l'escala SERVQHOS.

Tal com s'ha indicat en capítols anteriors, l'escala SERVQHOS (Mira et al., 1998) és un dels instruments més utilitzats per valorar la qualitat de l'assistència sanitària rebuda i de l'entorn hospitalari. Consta de dos elements: una part denominada qualitat subjectiva, atès que els ítems que la integren fan tots referència a aspectes totalment subjectius, difícils d'avaluar externament i que només es basen en l'opinió del pacient i de la família, i una altra part denominada qualitat objectiva, que conté 19 ítems que fan referència a aspectes que podrien ser susceptibles de comprovació, com l'estat de conservació, la neteja de les habitacions, els uniformes del personal i la informació facilitada, entre d'altres.

A continuació es presenten els resultats obtinguts de l'escala SERVQHOS en el STB.

9.1.4.3.- ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS USUARIS

Aquesta escala és va administrar a 34 familiars d'usuaris ingressats en la unitat d'Oncologia- Hematologia de l'HSJD, que responien entorn les dades del seu fill/a o familiar ingressat i entorn la qualitat assistencial percebuda durant l'estada hospitalària.

Les variables categòriques es descriuen mitjançant taules de freqüències amb percentatges; les numèriques, mitjançant una taula d'estadístics descriptius i el gràfic histograma de freqüències.

- **VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES:**

En la taula 10 es presenten les variables sociodemogràfiques més rellevants dels pacients que van participar a l'estudi. L'edat més freqüent dels usuaris sense tenir en compte les dades perdudes era de 2-10 anys (43,75 %), seguida de la d'11-20 anys (28,12 %). També cal destacar el nombre de dies d'ingrés hospitalari: sense tenir en compte les dades perdudes, un 45,2 % dels enquestats havien estat més de 30 dies hospitalitzats a la institució, seguit d'un 29 % que tenien de 6 a 10 dies d'ingrés hospitalari. Finalment cal enumerar que, sense tenir en compte les dades perdudes, només 6 dels 34 responents no havien estat ingressats prèviament en la institució sanitària (20,68%). Per tant, ens trobàvem davant d'una població amb una estada hospitalària molt llarga i amb molts reingressos dins l'hospital.

Taula 10: Variables sociodemogràfiques dels usuaris i les famílies que van realitzar l'escala SERVQHOS en el STB

	<i>Valor absolut</i>	<i>% amb dades perdudes</i>	<i>% sense dades perdudes</i>
Edat dels pacients			
< 12 mesos	4	11,76	12,5
12-24 mesos	5	14,70	15,62
2-10 anys	14	41,17	43,75
11-20 anys	9	26,4	28,12
Perduts	2	5,88	
Sexe dels pacients			
Home	16	47,05	50
Dona	16	47,05	50
Perduts	2	5,88	
Nombre de dies d'ingrés			
<5dies	4	11,76	12,90
6-10 dies	9	26,47	29,03
11-15 dies	3	8,82	9,67
16-30 dies	1	2,94	3,22
>30 dies	14	41,17	45,16
Perduts	3	8,82	
Nombre de ingressos anteriors			
0	6	17,64	20,68
1-5 ingressos	12	35,29	41,37
>5 ingressos	11	32,35	37,93
Perduts	5	14,7	

2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA ESCALA SERVQHOS: qualitat objectiva que perceben els usuaris i les famílies en el STB

A continuació, en la taula 11, es presenten els estadístics descriptius bàsics de la valoració objectiva obtinguda dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS⁹. Les dades es presentaran amb mitjana exceptuant aquells casos en que la desviació típica és bastant gran (superior a 1) on també es presentarà la mediana.

Taula 11: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS en el STB

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 1: La tecnología de los equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento han sido:	4,47/5	0,748	5,00	8,94	Millor del que esperaven
Ítem 2: La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido:	4,41/5	0,857	5,00	8,82	Millor del que esperaven
Ítem 3: Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido:	4,26/5	0,864	4,50	8,52	Millor del que esperaven
Ítem 4: El interés del personal para cumplir lo que promete ha sido:	4,21/5	0,845	4,00	8,42	Millor del que esperaven
Ítem 5: El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido:	4,53/5	0,706	5,00	9,05	Molt millor del que esperaven

Tal com es pot observar en la taula, les percepcions entorn de la tecnologia dels equips pel diagnòstic, l'aparença del personal, les indicacions i l'interès del personal van ser valorats "millor del que esperaven" pels usuaris i les famílies, amb una mitjana superior de 8/10. L'estat de les habitacions va ser l'element més ben valorat en aquests cinc primers ítems, amb una mitjana de 9,05/10, i es valorava l'estat de les habitacions "molt millor del que esperaven".

⁹ Es mantenen els ítems en castellà ja que és l'idioma oficial de validació de l'escala.

En la taula 12 es pot observar la valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i les famílies enquestats entorn dels ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS:

Taula 12: Valoració objectiva dels usuaris i les famílies en els ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS en el STB

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 6: La información que los médicos proporcionan ha sido:	4,18/5	0,999	5,00	8,36	Millor del que esperaven
Ítem 7: El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido:	3,44/5	1,353	3,00	6,88	Tal com esperaven
Ítem 8: La facilidad para llegar al hospital ha sido:	3,09/5	1,138	3,00	6,18	Tal com esperaven
Ítem 9: El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido:	4,18/5	0,758	4,00	8,36	Millor del que esperaven
Ítem 10: La puntualidad de las consultas médicas han sido:	2,85/5	1,209	3,00	5,7	Tal com esperaven

Tal com es pot observar en la taula 12, el temps d'espera per ser atès a les consultes, la facilitat per arribar a l'hospital i la puntualitat de les consultes mèdiques van ser valorades pels usuaris i les famílies tal com esperaven. En canvi, la informació brindada per professionals i l'interès per solucionar problemes van ser percebuts molt millor del que esperaven els usuaris i les famílies.

La valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i les famílies enquestats entorn dels ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS es poden veure reflectits en la taula 13.

Taula 13: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS en el STB

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 11: La rapidesa con que consigues lo que necesitas o se pide ha sido:	3,71/5	1,060	4,00	7,42	Millor del que esperaven
Ítem 12: La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas	4,38/5	0,779	5,00	8,76	Millor del que esperaven
Ítem 13: La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido:	4,47/5	0,748	5,00	8,94	Millor del que esperaven
Ítem 14: La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido:	4,56/5	0,786	5,00	9,12	Molt millor del que esperaven
Ítem 15: La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido:	4,32/5	0,878	5,00	8,64	Millor del que esperaven

Tal com es pot observar en la taula, la percepció dels usuaris i de les famílies entorn de la rapidesa que aconseguen el que necessiten, la disposició del personal per ajudar, la confiança (seguretat) que el personal transmet i la preparació (capacitació) del personal va estar valorat com millor del que esperaven. L'amabilitat (cortesia) del personal amb el tracte amb la gent va ser percebuda com molt millor del que esperaven els usuaris i les famílies.

La valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i les famílies enquestats entorn dels ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS es poden observar en la taula 14.

Taula 14: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS en el STB

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 16: El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido:	4,24/5	0,955	5,00	8,48	Millor del que esperaven
Ítem 17: La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido:	4,24/5	0,814	4,00	8,48	Millor del que esperaven
Ítem 18: La información que los médicos da a los pacientes ha sido:	4,12/5	1,008	4,50	8,24	Millor del que esperaven
Ítem 19: El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido:	4,38/5	0,739	5,00	8,76	Millor del que esperaven

Les percepcions d'usuaris i de famílies entorn del tracte personalitzat, la capacitat del personal per comprendre les necessitats dels pacients, la informació brindada pel col·lectiu mèdic i l'interès del personal d'infermeria pels pacients va ser valorat millor del que esperaven, tal com es pot veure en la taula 14.

- DESCRIPTIUS DE LA SUMA DE L'ESCALA SERVQHOS

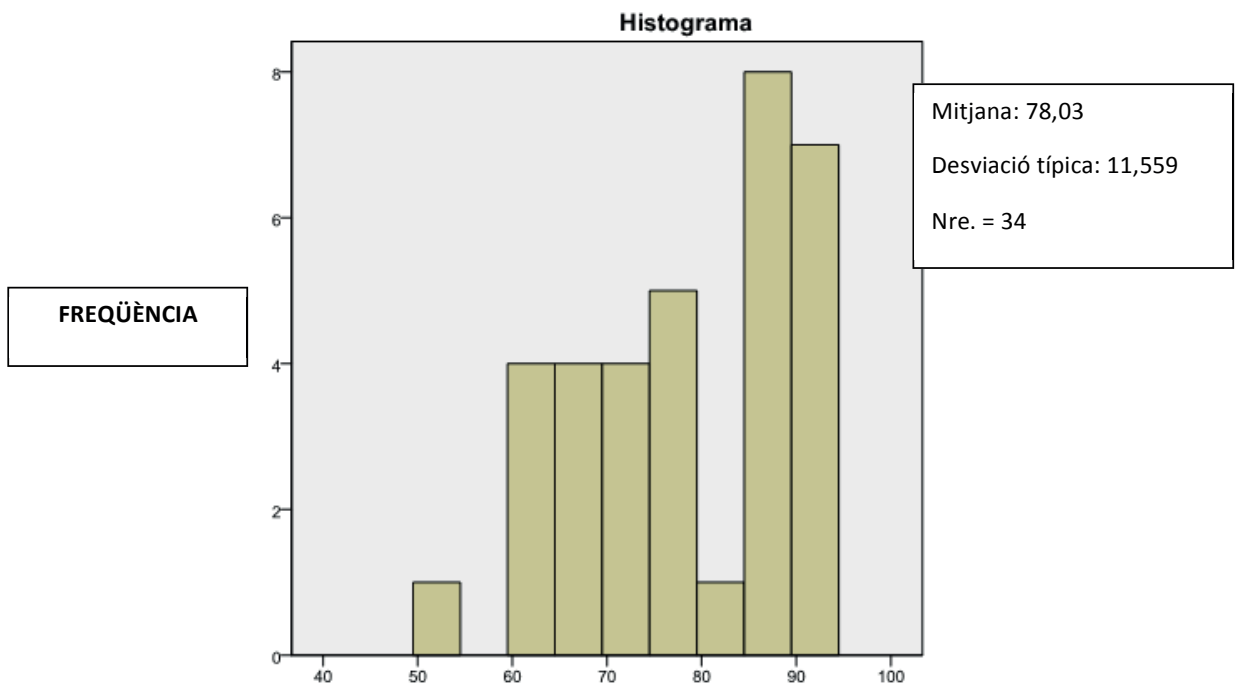
A continuació, en la taula 15, es presenten els descriptius de l'escala SERVQHOS. Aquesta és una altra forma d'interpretació de la taula ja descrita en altres estudis (García Aparicio, Herrero Herrero, Corral Gudino, i Jorge Sánchez, 2010; Mira et al., 2001) en què si per cada individu se sumen tots els seus ítems SERVQHOS, s'obtenen els resultats que s'observen a la taula. Es pot observar que la mitjana de l'escala SERVQHOS és de 78,03 amb una desviació típica d'11,55 en el STB, i que el seu valor coincideix amb el de la mediana (percentil 50).

Taula 15: Descriptius de l'escala SERVQHOS en el STB

Nre.	Vàlids	34
	Perduts	0
Mitjana		78,03
Desv. tip.		11,559
Percentils	25	68,25
	50	78,00
	75	88,25

A continuació, en la figura 5, es pot veure l'histograma on es representen gràficament els resultats obtinguts de SERVQHOS. En l'eix vertical es representen les freqüències, és a dir, la quantitat d'individus de la mostra. En l'eix horitzontal és reflecteixen els resultats obtinguts en l'escala SERVQHOS. Tal com podem observar en l'histograma, les puntuacions entre 85 i 90 van ser les més valorades pels usuaris enquestats, amb 8 usuaris, seguit d'una puntuació de 90-95 en l'escala SERVQHOS que va ser valorat per 7 usuaris enquestats. La mitjana obtinguda a l'escala SERVQHOS va ser de 78,03.

Figura 5: Resultats de l'escala SERVQHOS en el STB



3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA ESCALA SERVQHOS: QUALITAT SUBJECTIVA QUE PERCEBEN ELS USUARIS I LES FAMÍLIES

En la taula 16 i 17 es presenten els resultats obtinguts en l'escala SERVQHOS referents a la part subjectiva de l'escala^r.

Taula 16: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'1 al 3 de l'escala SERVQHOS en el STB

<i>Satisfacció global</i>		<i>Recomanaria hospital</i>		<i>Realització de proves sense consentiment</i>	
Molt satisfet	21 (61,76 %)	Sense dubtar	28 (82,35 %)	Sí	1 (2,94 %)
Satisfet	12 (35,29 %)	Tinc dubtes	6 (17,64 %)	No	32 (94,11 %)
Poc satisfet	1 (2,94 %)			ND	1 (2,94 %)
Total	34	Total	34	Total	34

Tal com es pot observar en la taula 16 un 97,05% dels enquestats estaven entre molt satisfets i satisfets amb l'atenció sanitària rebuda a la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica i un 82,35 % recomanarien la institució hospitalària sense dubtar-ho.

Taula 17: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 4 al 7 de l'escala SERVQHOS en el STB

<i>Temps d'ingrés</i>		<i>Coneix el nom de la seva infermera</i>		<i>Coneix el nom del seu metge</i>		<i>Suficient informació</i>	
< del necessari	2 (5,88 %)	Sí	29 (85,29 %)	Sí	33 (97,05 %)	Sí	31 (91,17 %)
el necessari	31(91,17 %)	No	5 (14,7 %)	No	1 (2,94 %)	No	3 (8,82 %)
ND	1 (2,94 %)						
Total	34	Total	34	Total	34	Total	34

Tal com es pot observar en la taula 17, el 91,17 % dels enquestats opinaven que el temps d'ingrés va ser l'adequat, el 85,29 % coneixien el nom de la seva infermera, un 97,05 % saben com es deia el seu metge i un 91,17 % havien rebut informació suficient durant l'ingrés hospitalari.

^r En l'annex 6 es pot observar el qüestionari complet de l'escala SERVQHOS.

9.1.5. SÍNTESI DE LA FASE

Després de desenvolupar el grup de discussió amb experts i professionals i haver fet una fase diagnòstica i una planificació de l'acció es pot afirmar que:

Els professionals i els experts perceben el STB com un sistema basat en un model biomèdic, que no permetia als professionals d'infermeria oferir unes cures infermeres personalitzades basades en un model holístic que tingués en compte totes les necessitats de l'usuari i la família. A més a més, en aquest sistema d'assignació, el professional infermer no se sentia el líder del procés assistencial de l'usuari i de la família, eren tots els professionals d'infermeria que brindaven cures, les responsables finals d'aquell pacient i de la família. El fet de no percebre un líder assistencial infermer podia produir, a la família i a l'usuari, una dificultat per establir un vincle de confiança amb el professional que brindava les cures, i com a conseqüència una possible disminució de l'eficiència i de la qualitat del centre. Paral·lelament, els assistents als grups focals tampoc no percebiem un professional infermer com a referent de tot el procés d'hospitalització, un element que es pot transmetre a l'usuari i a la família i que pot ocasionar una disminució del reconeixement social d'aquest professional, amb la conseqüent disminució de la satisfacció laboral del professional d'infermeria.

Tenint en compte aquesta informació, tant la direcció de la institució com els professionals que brinden cures infermeres van referir-se a la necessitat de fer una remodelació en el sistema d'assignació d'infermeria amb la finalitat d'oferir unes cures infermeres més personalitzades, eficients i organitzades, en què el professional infermer fos un referent, més visible i identificable dins el procés d'hospitalització de l'usuari i de la família, així com de l'equip interdisciplinari.

La qualitat assistencial que percebiem usuaris i famílies dins la institució era bona, els professionals d'infermeria percebiem un ambient de treball favorable. Això no obstant, tots aquests elements podien ser millorats amb un sistema d'assignació com el MIPR, en el qual el professional infermer fos més líder assistencial.

Per tot el que s'ha esmentat anteriorment i amb la finalitat de fer més visible l'activitat infermera, aconseguir que els usuaris i les famílies percebin més qualitat assistencial davant unes cures infermeres més personalitzades i uns professionals amb més satisfacció laboral, es va procedir a fer el canvi del sistema d'assignació d'infermeria i es va substituir el STB pel MIPR.

9.2. FASE DE DESENVOLUPAMENT DE L'ACCIÓ

Tal com s'ha explicat anteriorment, l'acció es va implantar entre el gener i el setembre del 2016. Va ser una fase complexa, ja que va ser el moment en què es va desenvolupar tota l'acció plantejada. Abans d'implantar-la, la coordinadora de la unitat va enviar un correu electrònic informatiu a tots els professionals d'infermeria i a la resta de l'equip interdisciplinari en el qual es notificava que s'iniciava el canvi en l'assignació de la infermera i que el model d'infermera primària o referent s'implantaria el dia següent a la notificació.

El dia d'implantació de la figura de la infermera primària o referent també es va fer una reunió interdisciplinària formada per totes les infermeres i auxiliars de la unitat, pels professionals mèdics, per la coordinadora de la unitat, per la secretària de la unitat i per l'adjunta d'hospitalització. La finalitat de la reunió va ser recordar el paper de la infermera de col·laboració, de la infermera referent i de la infermera coordinadora de la unitat, perquè tot l'equip tingués coneixença de les funcions dels diferents professionals d'infermeria en aquest nou model de cures. Cal esmentar també que el dia en què es va implantar l'acció, la investigadora principal d'aquest projecte i la infermera d'enllaç estaven presents en la unitat per resoldre dubtes a totes les professionals que ho requerissin.

En aquesta fase, les tècniques de recollida de dades van ser l'observació no participant, el diàleg amb les professionals i el diari de camp de la investigadora principal, en el qual es van registrar les observacions i les percepcions durant tot el procés d'implantació de l'acció. Setmanalment, la investigadora anava a la planta d'hospitalització on es desenvolupava l'acció i anotava totes les observacions a més a més de les percepcions, les accions i els comentaris dels diferents professionals i les seves pròpies. Cal posar de manifest que durant tot el procés d'aquesta fase, la investigadora va estar revisant, amb l'observació i la valoració *in situ* dels professionals, com es desenvolupava el model per si calia aplicar accions correctives.

Seguint el model teòric de la IAP, i atès que cal anar revisant com es produeix l'acció, al febrer del 2016 es va contactar via correu electrònic amb professionals experts i professionals assistencials i es va realitzar un grup focal amb tres expertes i tres professionals assistencials.

9.2.1. DADES QUALITATIVES:

El grup focal amb experts i professionals va estar constituït per tres infermeres expertes —la Directora d'Infermeria de l'hospital, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització— i tres infermeres assistencials —la infermera d'enllaç i dues infermeres assistencials de la Unitat d'Oncologia-Hematologia. A l'inici del grup focal es van presentar els resultats del grup focal d'experts, del grup focal de professionals així com de la reunió amb l'adjunta de la Fundació Althaia (Manresa), obtinguts durant la fase inicial de diagnòstic i planificació.

Les dades obtingudes en aquest grup focal amb experts i professionals es van agrupar en dues categories principals, que són elements de millora en l'acció i elements potenciables, amb les seves subcategories corresponents, que a continuació es descriuen:

ELEMENTS DE MILLORA EN L'ACCIÓ:

1. Ubicació dels pacients i de les famílies que reingressen a la unitat

Després del grup focal amb experts i professionals en la fase inicial de diagnòstic es va establir que la infermera referent desenvoluparia la funció de referent per nombre correlatiu d'habitacions, és a dir, quedaria distribuïda tal com s'ha explicat prèviament.

L'objectiu de fer la repartició dels pacients d'aquesta manera era perquè les professionals preferien tenir els infants i les famílies de qui eren referents en habitacions continues, amb la finalitat de tenir concentrats tots els usuaris i les famílies

de qui eren referents o col·laboradores i també perquè a la unitat es disposava d'un sistema de telèfons que sonaven a la infermera quan els seus pacients demanaven atenció mitjançant el timbre, i aquests telèfons estaven sincronitzats per nombres correlatius d'habitacions.

En la implantació d'aquest nou model d'assignació es va considerar una limitació important la dificultat d'ubicar un infant i una família que reingressa en les habitacions de la seva referent quan aquestes ja estaven ocupades. Els professionals ho van valorar així:

“Tenim un gran nombre de nens i famílies que reincideixen en els seus ingressos, llavors si per exemple tenim un reingrés d'un nen i una família que ha d'ingressar i la zona de la seva referent està completa tenim una dificultat, ja que aquest nen i aquesta família no podran tenir la seva infermera referent, amb qui havia fet un adheriment terapèutic.”

“Quan hi ha un ingrés programat sí que és més senzill ubicar-lo, ja que ho fem amb l'administrativa de la unitat, no obstant això la dificultat és que quan ja tenim un nen o una família ubicat a una habitació, reubicar-lo perquè un altre pugui disposar de les cures i l'atenció de la seva infermera referent no afavoreix tampoc la continuïtat assistencial. [...] No obstant això, sí que en tots els ingressos programats el que podem fer és mirar els llits lliures i intentar ubicar-los a la zona de la seva infermera referent sempre que sigui possible.”

“És a dir, la dificultat és quan reingressa un nen o una família que he portat jo i totes les meves habitacions estan plenes, no obstant això es pot resoldre ja que hem de pensar que la primera opció sempre que sigui possible l'hem d'ubicar amb la seva infermera referent, sinó s'haurà de canviar de zona i crear un vincle amb la infermera referent d'aquell ingrés. [...] Els nens d'Oncologia-Hematologia tenen un nombre tan gran de reingressos que hem de fomentar que sempre tinguin la mateixa infermera referent durant tot l'ingrés, per afavorir l'adheriment terapèutic, però arribarà un punt que coneixeran totes les infermeres, llavors sempre hem d'afavorir que sigui la mateixa, però si no es

pot, quan ingressen s'estipula una altra referent, que serà la seva infermera responsable durant tot l'ingrés."

En resum, les infermeres expertes i les professionals que van participar al grup focal van decidir que s'intentaria ubicar tots els infants i les famílies que reingressen a la unitat dins les habitacions de les seves infermeres referents. Això no obstant, si això no fos possible reingressarien en les habitacions d'una altra infermera referent i es crearia un adheriment terapèutic amb una altra professional; sempre s'intentaria no reubicar-lo i no canviar de referent durant el mateix ingrés, amb la finalitat de disposar d'una mateixa professional durant tota l'estada hospitalària. La finalitat de mantenir les zones per continuïtat d'habitacions dins la planta d'Oncologia-Hematologia va ser a petició de les professionals, ja que argumentaven que per a elles era més senzill brindar cures per continuïtat d'habitacions perquè podien donar resposta de manera més ràpida.

Paral·lelament, cal dir que les diferents professionals percebien negativament no ser les referents dels infants i de les famílies de qui ho havien sigut anteriorment, ja que s'havia creat una relació de confiança que no tenia continuïtat. Una professional ho explicava de la manera següent:

"En alguna ocasió s'ha hagut de fer un trasllat intern dins la unitat i, és clar, arribes el dia següent, o en algun ingrés posterior, i et trobes els pares d'aquells infants i et diuen: 'com és que no ets la meva referent?', i, és clar, et sap greu perquè tu ja havies creat una relació de confiança amb aquella família. [...] Jo és el que pitjor visc. Perquè en crear aquest vincle de confiança després és dur, no sé com definir-ho, és com trair la confiança, pensar: 'abans era la referent i ara ja no, no?'. Tens com la sensació que l'has abandonat. I a ells tampoc no els agrada, perquè també t'ho pregunten amb disgust."

2. Organització de les cures en el MIPR

Un element que també es va percebre en la implantació del nou model és el desenvolupament i l'organització de les cures infermeres dels pacients dels quals s'era referent. En l'organització de la unitat hi havia unes activitats programades en uns torns determinats. En un inici s'havia establert que fos la infermera referent qui faria el màxim de cures als usuaris i a les famílies dels quals n'era referent. No obstant això, després de la implantació es va detectar la necessitat de mantenir l'organització de les cures tal com es duia a terme en el STB, malgrat que seria la infermera primària o referent la responsable de garantir en els pacients i les famílies de qui era referent que les activitats programades es desenvolupessin en el moment adequat⁵. Aquest element es va posar de manifest al grup focal de la manera següent:

“Hi ha activitats infermeres que no podem canviar, perquè, per exemple, el canvi d'agulles dels accessos venosos Port-a-Cath que es duu a terme cada setmana i es desenvolupa en torn de matí, no es pot canviar, ni que la referent del pacient sigui de tarda, ja que a les 18 h de la tarda es col·loca el medicament Metrotexate®, i si la infermera referent d'aquell pacient és una professional d'infermeria de tarda, potser no té temps de canviar l'agulla de 15 a 18 h, o per exemple el canvi de nutrició parenteral està estipulat de tarda, i així ens organitzem. Millor no modificar algunes tasques assistencials, perquè així l'organització és més bona.”

“No obstant això, la referent d'aquell pacient ha de vetllar, per exemple, perquè l'agulla de l'accés venós Port-a-Cath es canviï quan toca, les línies de la medicació es canviïn quan toca, etc.”

En resum, la distribució de les cures infermeres a la planta d'Oncologia-Hematologia serien les mateixes que en el STB, amb la diferència que seria la infermera referent de

⁵ Ens referim a activitats pautades de la unitat, per exemple, al canvi de les agulles de l'accés venós, que sempre es realitza en el torn de matí. El fet que es desenvolupi aquesta activitat en aquest torn permet a les professionals que durant la tarda ja tinguin l'agulla de l'accés venós posada i puguin administrar les quimioteràpies. Una altra activitat pautada és la dels canvis de les nutricions parenterals totals, que sempre es desenvolupen en el torn de tarda, així la resta de l'equip interdisciplinari com ara els farmacèutics i els auxiliars d'infermeria que transporten les nutricions, entre d'altres, poden continuar amb la seva organització.

cada torn la que vetllés pel desenvolupament de les activitats programades dels pacients i de les famílies de qui era referent.

Una altra activitat que s'havia de canviar era que en el moment de l'ingrés fos una infermera col·laboradora qui faria una valoració infermera mínima i preguntaria per la medicació domiciliària, l'alimentació i les al·lèrgies al pacient o a la família que ingressés, i els notificaria que en 24 hores tindrien assignada una professional d'infermeria referent per a tot el procés d'hospitalització. El dia següent, la infermera coordinadora de la unitat assignaria la infermera referent i aquesta professional desenvoluparia una valoració infermera més exhaustiva en què iniciaria l'adheriment terapèutic amb aquell usuari o aquella família, i els transmetria que seria la infermera referent durant el procés d'hospitalització.

La percepció dels professionals d'infermeria durant aquesta fase era que les famílies valoraven positivament tenir un professional d'infermeria de referència i que els facilitava el vincle terapèutic. Una professional ho explicava de la manera següent:

“Quan sóc la referent i faig l'entrevista amb profunditat me n'adono que tinc molta més informació de la que tenia abans amb l'altre model. [...] Les famílies se n'alegren, de saber que seràs la seva infermera responsable durant tot l'ingrés, i veus que et busquen per moltes més coses que abans.”

3. Documentació en la infermera primària o referent

En el moment d'implantar aquest model es va acordar continuar amb els mateixos registres d'infermeria que en el STB. No obstant això, tant en el grup focal amb experts i professionals com en la unitat quan la investigadora principal anava a veure de manera setmanal les diferents professionals, les infermeres referents percebien la necessitat de disposar d'un document d'alta d'infermeria per afavorir la continuïtat de les cures al domicili o en els centres d'atenció primària, així que la investigadora principal d'aquest projecte, juntament amb les infermeres referents de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, vam dissenyar un document d'alta d'infermeria.

En el grup focal, les professionals van manifestar la necessitat d'aquest document amb la finalitat d'explicar les cures infermeres que precisaven aquells usuaris i famílies al pròxim professional d'infermeria que s'havia de fer càrrec d'ells, amb l'objectiu de fomentar la màxima continuïtat assistencial i que a aquell usuari i aquella família se'ls brindessin unes cures basades en l'excel·lència.

El contingut d'aquest document d'alta d'infermeria va estar elaborat per la investigadora principal juntament amb les infermeres de la unitat, i consistia en primer lloc en una valoració d'algunes necessitats bàsiques de l'usuari com ara la mobilitat, l'alimentació, l'eliminació, la integritat de pell i mucoses, l'estat emocional, el dolor, el patró de son. Un altre apartat incloïa els accessos vasculars de l'usuari (Port-a-Cath, catèter de l'afèresi, etc.). En aquest apartat es preveia el dia que s'havia posat l'agulla i el dia que s'havia administrat Heparina® i les característiques de la pell de la zona periaccés. Un últim apartat incloïa unes recomanacions que la infermera referent feia amb vista a l'alta domiciliària. L'informe d'alta acabava amb el nom de la infermera referent i el telèfon de la unitat per si el pròxim professional d'infermeria o l'usuari i la família tenien dubtes un cop al domicili.

ELEMENTS POTENCIABLES EN L'ACCIÓ:

1. Relació terapèutica de la infermera amb els usuaris i les famílies

En els grups focals, així com en l'observació de la investigadora a la unitat, les professionals d'infermeria perceïen que en aquesta nova organització de cures el professional d'infermeria tenia un paper més actiu en tot el procés d'hospitalització, ja hi havia més implicació per part seva en els nous rols d'aquesta nova organització, i paral·lelament a través del mural "Qui et cuida avui" les famílies coneïen qui era la seva infermera responsable durant tot el procés d'hospitalització, adquirien un paper de més responsabilitat durant tot l'ingrés i tenien més lideratge i més responsabilitat en la gestió de cures.

"Les famílies, com que es vinculen més a tu d'alguna manera, saben que ets la seva responsable durant tot l'ingrés, s'uneixen més a tu i, és clar, això indirectament et motiva més en la teva feina, tens més responsabilitat en tot el procés d'hospitalització."

"Quan tu fas d'infermera i veus que hi ha una família que necessita suport, tu ja et brindes a aquella família, i pot ser que totes les infermeres del torn es 'bolquin' a aquella família, però pot ser que ells tinguin més sintonia amb una en concret, però si tu ets la infermera referent, ja saps que aquella família te l'hauràs de treballar, i crear un vincle amb ells, serà molt més ordenat."

Les professionals argumentaven que el fet de ser referents d'alguns pacients permetia realitzar una atenció més integral a aquella família, apoderar-la més amb vista a l'alta domiciliària i preveure tot el que necessiten, ja que s'adopta un paper professional més visible i amb més reconeixement per part de la família, així com una organització més sòlida en el moment de planificar i executar les cures infermeres. En el grup focal, una infermera assistencial va puntualitzar:

"Indirectament ja creem amb algunes famílies un adheriment terapèutic més que amb unes altres. No obstant això, ara, amb aquest model, posem ordre a tot el que fem. Perquè, per exemple, ara a vegades vénen pares a la planta

d'hospitalització i diuen: 'Què no hi és la infermera X?', perquè han creat més vincle terapèutic amb aquesta infermera que amb una altra. No obstant això, ara cada família té una referent teòrica que s'ocupa de ser la líder durant tot l'ingrés i ja fomenta aquest vincle terapèutic, per això en el moment de l'ingrés expliquem bé la figura de la infermera referent als pacients i les famílies."

"En el moment de l'ingrés com que fas aquesta 'enquesta' més en profunditat, les famílies es desfoguen i t'expliquen moltes coses que abans de fer aquesta valoració més exhaustiva potser no te n'adonaves, i te n'adones que després ja tenen com una relació més d'empatia amb tu perquè saben que saps moltes coses de la seva vida."

2. Treball amb la resta de l'equip interdisciplinari

Tant en el grup focal com en les diferents observacions de la investigadora principal a la unitat, la percepció de les professionals d'infermeria era que el MIPR produïa una comunicació dels professionals més bona dins de l'equip interdisciplinari, que la infermera tenia més visibilitat, que es reduïen els conflictes relacionals i de comunicació dins l'equip i que tots aquests elements motivaven més les professionals en la seva feina. Una professional d'infermeria ho il·lustrava amb la frase següent:

"Els oncòlegs tenen molt clar la figura de la infermera referent, els ha quedat claríssim, inclús busquen la infermera referent i ens pregunten a quina hora ens va bé fer la reunió d'equip per fer el pla terapèutic de cada infant o família, cosa que en el sistema tradicional o burocràtic no feien. [...] Està molt bé, perquè així seguim tots el mateix fil. [...] La resta de companys de l'equip perceben més visibilitat del professional d'infermeria perquè abans potser sí que cada torn hi havia una infermera dels pacients més complexos que la percebien com a referent, però ara amb aquest model es fa més oficial, i compten més amb el professional d'infermeria."

3. Satisfacció del professional d'infermeria

Tant en el grup focal com dins la unitat, les professionals explicaven que aquest model d'assignació produïa un augment en la motivació professional per diferents factors, com ara més visibilitat per part de la família, una millora en el clima i la cooperació professional dins l'equip interdisciplinari i més participació i lideratge dels professionals d'infermeria en el procés d'hospitalització dels infants i les famílies que estan institucionalitzats.

“Les funcions que fem són les mateixes perquè les cures no han canviat, no obstant això que vegis que les famílies t'esperen per comunicar-te dubtes o coses que necessiten, que els oncòlegs t'esperin per fer una reunió del nen que portes, que els pares et demanin coses com veure l'assistent social, que igual amb el sistema que hi havia abans no ho percebies, doncs et fa sentir més com al mig de tot l'ingrés.”

Les professionals també van comentar que amb aquest model tenien més visibilitat i autonomia i se sentien més responsables de tot el procés dels infants i les famílies de les que eren referents. També tenien la sensació de més responsabilitat en algunes tasques que abans quedaven més difuminades perquè no hi havia un responsable final, sinó que era una feina de tot el col·lectiu infermer. Així ho valorava una infermera:

“És clar, ara hi ha algunes coses que saps que n'ets la responsable, doncs com per exemple fer una bona valoració d'infermeria; abans si no estava feta i tu no l'havies ingressat, doncs no ho percebies com la teva responsabilitat, ara sí. També et fixes que els teus nens tinguin les polseres posades perquè també saps que n'ets la responsable, o quan s'ha de fer educació també t'esforces perquè saps que com que ets la seva referent ho has de fer tu. [...] Són un conjunt de coses que et donen més autonomia i responsabilitat, però a la vegada més motivació, no sé com definir-ho.”

Paral·lelament, les professionals també argumentaven que quan, per complexitat de cures i ràtios d'infermera-pacient, no tenen temps de fer les cures necessàries i oferir

totes les atencions i l'educació al pacient i a la família de qui ets referent, també tens més sensació de praxis millorable, ja que penses que no els has donat tota l'atenció integral i holística que necessiten.

“És clar, els dies que estàs desbordada perquè hi ha molta feina i els pacients o les famílies et demanen que parlis amb ells, perquè et perceben com la referent, i no tens temps, també et sap molt greu perquè tens la sensació de no estar oferint el que necessiten, perquè ja entenem que un dels objectius d'aquest nou model és fer una atenció completa a les famílies, però hi ha dies que no pot ser, i llavors com a professional et sap molt més greu.”

4. Eficiència i efectivitat en aquest nou model de gestió de cures

En relació amb l'eficiència i la gestió del temps, les diferents professionals explicaven que la tasca assistencial dins la unitat per part d'infermeria és molt elevada, i que no havien percebut una disminució de les càrregues de treball ni un augment respecte al STB. Això no obstant, sí que tenien la sensació d'un control millor dels infants de qui eren referents. Ho argumentaven de la manera següent:

“La càrrega assistencial és molt alta i és la que era, però potser sí que tens la sensació de més control dels nens de qui ets referent i dels que ets col·laboradora, ja que vas més tranquil·la perquè ja no revises ni els kardex^t ni res perquè ja ho gestiona la companya que ve al teu darrere, que saps que n'és la referent.”

^t S'anomenen *kardex* els registres de planificació de cures estandaritzades segons el problema de salut que hi ha a l'Hospital Sant Joan de Déu.

9.2.2. SÍNTESI DE LA FASE D'IMPLANTACIÓ

Com a síntesi de la fase d'implantació de l'acció es pot afirmar que les professionals d'infermeria van valorar de manera molt positiva aquesta nova forma d'organització de les cures. Com a professionals, tenien la possibilitat de crear aquest adheriment terapèutic més exhaustiu amb els pares i els usuaris, que els permetia fer una atenció més holística, incloent-hi els aspectes físics però també elements psicosocials i emocionals de manera paral·lela a la complexitat tècnica i de tractament físic o biomèdic. Elles argumentaven que podien fer una interacció amb l'infant i la família més intens, un fet que per a elles era una part de l'essència del cuidar.

Paral·lelament, les professionals també sentien més responsabilitat davant dels infants i de les famílies de qui eren referents, així com un impacte més gran en la importància de les cures infermeres durant tot el procés d'hospitalització, un element que produïa més visibilitat infermera i un paper més destacat dins de la resta de l'equip interdisciplinari. Aquesta responsabilitat en la gestió de les cures, i major visibilitat de la feina ben feta, produïa un augment de la motivació personal i professional de les infermeres de la unitat, que podia afavorir l'obtenció de millors indicadors de qualitat en la planta d'hospitalització.

Tots aquests elements contribuïen a obtenir un clima millor i més cooperació professional dins l'equip interdisciplinari per part de les infermeres, alhora que es disminuïen els conflictes relacionals i es millorava la comunicació dels professionals d'infermeria amb la resta de l'equip interdisciplinari. La infermera havia passat a ser una líder assistencial durant el procés d'hospitalització, l'impacte de les cures era visible per part d'altres professionals i pels usuaris i les famílies, i tots aquests elements potenciaven la possible obtenció d'uns millors resultats en les cures en salut dels infants, així com un possible augment en l'eficiència del centre i en la seguretat del pacient i de la família.

Algunes de les professionals de la unitat vivien aquest projecte com una imposició de la institució, no obstant això moltes altres van valorar aquest canvi de model com una oportunitat de millora per afavorir el desenvolupament de la disciplina infermera, per tenir més visibilitat dins la institució, per aportar estratègies noves per oferir unes cures basades en l'excel·lència i per generar una cultura de recerca dins l'equip, amb la finalitat d'investigar per millorar la prestació de les cures. La vivència de la majoria de les professionals durant tot el procés d'implantació de l'acció va ser de compromís i de participació en la implantació d'aquest nou sistema d'organització de les cures. La valoració en la participació dels grups focals va ser molt positiva, elles opinaven que els grups focals eren moments en els quals hi havia la possibilitat de generar espais de reflexió de les cures infermeres i del treball d'infermera de la unitat, un espai en què podies dir el que pensaves i la institució t'escoltava, i tenies l'oportunitat de canviar aquells elements susceptibles de millora de la professió infermera.

En relació amb els aspectes de millora d'aquest model, les professionals opinaven que les càrregues de treball eren tan elevades dins la unitat que a vegades no tenien el temps suficient per fer una atenció holística tal com els agradaria a elles i als pacients i a les famílies. Un altre element que les professionals van viure de manera negativa va ser que durant la implantació de l'acció hi va haver algunes habitacions que van haver de ser sotmeses a neteja exhaustiva per evitar possibles infeccions, i alguns infants van ser canviats de zona, i en conseqüència de referent. Les professionals d'infermeria, així com les famílies dels infants que van haver de ser traslladats de manera interna dins de la unitat, van viure aquest procés negativament, ja que ja havien fet un adheriment terapèutic amb la infermera referent.

Finalment, cal destacar que durant l'observació realitzada per la investigadora, es va percebre que l'element que creava més dubte en aquesta nova forma d'organització de les cures infermeres era el moment de l'ingrés del pacient i el moment de l'alta. Amb la finalitat de millorar tot el procés, es va dissenyar un document d'alta que havia d'omplir la infermera referent paral·lelament a l'alta mèdica. En relació amb l'ingrés es va fer una adaptació del protocol d'acollida de l'hospital (**annex 7**).

Aquest document va servir per aclarir tots els conceptes i cures que havia de proporcionar la infermera col·laboradora i referent en el moment de l'acollida del pacient i la família a la unitat.

9.3. FASE FINAL: AVALUACIÓ DE L'ACCIÓ

Tal com s'ha explicat anteriorment, un cop implantat el MIPR, durant el mes de setembre del 2016 es va iniciar l'última fase: l'avaluació de l'acció.

Els objectius d'aquesta fase van ser: conèixer i objectivar els canvis produïts a la unitat, saber la qualitat percebuda pels usuaris i les famílies en aquest nou sistema d'assignació i la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals i, sobretot, valorar com s'havia realitzat l'acció i què suposava aquest nou model d'organització de cures a la unitat, tant pel que fa a les càrregues de treball com en relació amb la satisfacció laboral dels diferents professionals. Interessava conèixer i analitzar la vivència dels professionals al llarg del procés, així com la percepció que tenien de la gestió de les cures, l'impacte d'aquest nou sistema d'organització en la satisfacció professional i la qualitat que percebien els usuaris i les famílies.

Durant el mes de setembre del 2016 es van tornar a passar les escales validades als professionals d'infermeria (escala PES-NWI) per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral, i es va passar l'escala SERVQHOS als usuaris i a les famílies per valorar la qualitat assistencial que percebien, ambdós en el MIPR.

Durant el mes de novembre del 2016 es va tornar a realitzar un grup focal amb tres professionals experts i tres professionals assistencials.

9.3.1. DADES QUALITATIVES

- Segon grup focal d'experts i assistencials

Aquest grup focal va estar constituït per tres infermeres expertes —la Directora d'Infermeria de l'hospital, la coordinadora de la Unitat d'Oncologia-Hematologia i la coordinadora de totes les unitats d'hospitalització— i tres infermeres assistencials —infermera d'enllaç i dues infermeres assistencials de la Unitat d'Oncologia-Hematologia.

Els objectius d'aquest grup focal eren:

- Analitzar el procés d'implantació del MIPR.
- Fer una valoració dels elements de millora i dels elements potenciables d'aquesta nova forma d'organització de les cures infermeres.
- Analitzar la percepció de la visibilitat de les cures infermeres en aquest nou model per part dels professionals.
- Valorar l'adaptació dels professionals als diferents papers: infermera referent, infermera col·laboradora i infermera coordinadora.
- Analitzar l'organització de les cures en aquest nou sistema d'assignació: les càrregues de treball, l'organització de les activitats de les infermeres i la percepció de la resta de l'equip interdisciplinari.
- Fer una valoració de com s'havia realitzat l'acció i conèixer i analitzar la vivència, la participació i la percepció dels professionals al llarg del procés.

De les dades obtingudes en aquest grup focal amb experts i professionals es van identificar tres categories principals que són: anàlisi del MIPR amb els elements de millora en l'acció i amb els elements potenciables i d'adaptació dels professionals en aquest nou model d'organització de cures i valoració del procés d'implantació de l'acció. Totes aquestes categories principals estan desglossades en les subcategories que es descriuen a continuació:

1. ANÀLISI DEL MODEL D'INFERMERA PRIMÀRIA O REFERENT:

Elements potenciables:

Tant les professionals assistencials com les gestores (expertes) van argumentar després de tot el procés d'implantació de l'acció (implantació del MIPR) que en aquesta nova organització l'impacte de les cures infermeres era més visible tant pel que fa als usuaris i a les famílies com a la resta de l'equip interdisciplinari. Una de les professionals ho argumentava de la manera següent:

“En relació amb els pacients i les famílies, quan tu fas una valoració infermera més detallada amb ells, t'expliquen moltes més coses que abans, t'expliquen coses íntimes. Fas més adhesió amb ells. El fet de vincular-se més a una professional els dóna més seguretat. Després, quan et veuen, saben que tu saps moltes més coses d'ells que altres infermeres i és com que et tenen més confiança, [...] quan et veuen se senten més acompanyats; jo crec que perceben que tu els coneixes més que les altres professionals de la unitat. Notes que amb aquest model els pares estan més satisfets.”

“Els oncòlegs després de la reunió informativa que va fer amb ells tenen molt clar la importància de la figura de la infermera referent. Arriben, busquen al mural “Qui et cuida avui” qui és la infermera responsable d'aquell nen i d'aquella família i automàticament et diuen per anar a la sessió clínica d'aquell nen per intentar tenir més informació, [...] i, és clar, això és d'agrair, perquè tots estem al mateix fil de cures d'aquell pacient i aquella família.”

Paral·lelament les professionals van posar de manifest que la Unitat d'Oncologia-Hematologia és una unitat amb una important complexitat de la demanda dels infants i de les famílies, tant en la càrrega assistencial de la unitat com en l'aspecte emocional i psicològic. Les professionals no valoraven, excepte el moment en què la infermera referent duia a terme la valoració profunda, que haguessin percebut un augment o una disminució de les càrregues de treball. Això no obstant, sí que van manifestar que

tenien la percepció que aquells infants o aquelles famílies de qui no eren referent, no demanaven tanta atenció psicològica, perquè ja tenien una professional d'infermeria de referència amb qui havien construït un vincle de confiança. Una infermera ho explicava així:

“A part de la valoració d'infermeria, que sí que l'hem de fer més detallada i allí t'expliquen moltes coses i has d'invertir un temps que en el model anterior no ho fèiem, no hem percebut cap canvi a la nostra feina. Sí que és veritat que les famílies de les quals no ets la referent, ja no et demanen segons quines atencions, perquè ja li han dit a la infermera amb qui han fet aquesta relació de confiança.”

Tant les professionals assistencials com les expertes (gestores), percebien el MIPR com un model en el qual infermeria tenia més autonomia en les cures brindades als usuaris i a les famílies, i no només això, sinó que també tenia més responsabilitat i visibilitat. La infermera referent era la responsable final en moltes cures i atencions brindades a aquell usuari i família, i com a conseqüència, ella se sentia més líder de tot aquest procés i, per tant, oferia unes cures més excel·lents. Aquest element es va percebre amb alguns indicadors de qualitat de la unitat. Es va realitzar una determinació puntual un dia a l'atzar en què es van agafar tots els registres dels infants ingressats en aquella data per valorar el grau de complementació dels indicadors claus de qualitat en els registres d'infermeria. Els registres fonamentals eren: acollida del pacient o família, estat emocional, medicació domiciliària, al·lèrgies complimentades adequadament, així com si portaven la polsera identificativa en el STB, i posteriorment es va realitzar una determinació puntual un dia a l'atzar i es va agafar tots els registres dels infants ingressats en el MIPR. Per cada indicador de qualitat es va comparar la primera fase (STB) amb la segona (MIPR) mitjançant una taula de contingències —indica el percentatge de l'indicador dins de cada fase— i la prova khi quadrat per veure si hi havia diferències significatives entre els dos sistemes. Es va poder observar que el registre d'infermeria de l'acollida del pacient i de la família era significativament més alt en el MIPR (93,8 %) que en el STB (28,6 %). El registre d'infermeria de l'estat emocional del pacient era significativament més alt en el MIPR (87,5 %) que en el STB

(28,6 %). El registre de la medicació domiciliària era significativament més alt en el MIPR (93,8 %) que en el STB (28,6 %). El registre d'infermeria entorn a les al·lèrgies del pacient era significativament més alt en el MIPR (93,8 %) que en el STB (28,6 %). La presència de la polsera identificativa en els pacients era significativament més alta en el MIPR (93,8 %) que en el STB (42,9 %). Tota la informació està disponible en **l'annex 8**.

En relació amb aquests resultats les professionals expertes i les gestores manifestaven que un augment de responsabilitat i visibilitat del professional davant de l'usuari i de la família generava una millora de la qualitat assistencial, així com més seguretat per al pacient. El professional d'infermeria, davant una major visibilitat i reconeixement, està més motivat a la feina, fet que fomenta la creativitat, la comunicació dins l'equip interdisciplinari i la passió, i alhora intensifica la motivació de tot l'equip. Una infermera gestora ho definia de la manera següent:

“És el model del futur. Fa que el professional d'infermeria tingui més responsabilitat directa davant d'alguns indicadors dels pacients i de les famílies, i com a conseqüència els resultats són més bons. [...] Es va poder veure en un registre puntual que vàrem fer un dia a l'atzar amb els nens ingressats, en què es veia que alguns registres d'infermeria estaven molt més ben omplerts en el model d'infermera primària, en el qual la infermera sabia que si aquells registres no estaven fets era responsabilitat seva, que com els organitzàvem en l'altre model, en el qual tothom era responsable de tot.”

Finalment les infermeres assistencials van afirmar que en aquest sistema d'organització de cures es pot fer una atenció integral i holística millor al pacient i a la seva família, ja que els coneixes més i els pot oferir unes cures més personalitzades i donar-los resposta a tots els elements que necessiten. Una infermera de la Unitat d'Oncologia-Hematologia ho va descriure de la manera següent:

“En aquest nou model coneixes tant els nens i les seves famílies que n'ets referent, que saps què necessiten en tot moment. Continuem sent responsables del mateix nombre de pacients, però que en tinguis uns quants que n'ets la

responsable fa que els coneguis molt, i això et permet que puguis cuidar tots els detalls que necessiten.”

Elements de millora:

En el grup focal tant les expertes com les infermeres assistencials van detectar diferents elements de millora en l'organització de cures en el MIPR. El primer element que van observar que era millorable va ser la importància de no reubicar un infant i una família un cop se li hagués assignat una infermera referent, ja que s'havia creat un vincle entre ella i la família, i la percepció del professional i de l'usuari en el canvi de referent no era positiu. Quan es va dissenyar l'acció amb expertes i professionals, es va determinar (tal com s'ha explicat en capítols anteriors) que la figura de la infermera referent s'assignaria per nombre d'habitacions. Durant els mesos d'implantació de l'acció, a causa d'un brot infecció, es va haver de reubicar infants i famílies, i en conseqüència es va haver de canviar de referent d'infermeria. La sensació de les professionals, així com la d'usuaris i famílies, no va ser positiva. Una infermera ho va explicar de la manera següent:

“És un model genial, a mi m'encanta treballar així. No obstant això, el que crec que hem de millorar és el fet de que quan un nen canvia d'habitació, per neteja exhaustiva o pel motiu que sigui, no crec que s'hagi de canviar de referent. [...] Et troben pel passadís i et diuen: 'I ara no ets la meva referent?' És clar, són famílies amb qui tu ja has creat un vincle, a qui has fet una valoració exhaustiva durant la valoració de l'ingrés, i que de cop i volta per motius externs els diguis que els has de reubicar i que això comporta que han de canviar d'infermera referent no ho viuen bé, i tu com a professional tampoc, perquè ja havies començat aquesta relació de confiança amb ells.”

Tant infermeres expertes com assistencials també van argumentar que una altra limitació important en aquest model era la dificultat que quan reingressava un infant es pogués ubicar dins de les habitacions de la seva infermera referent. Si no es podia ubicar en aquest espai, es trobaven amb el mateix problema que havíem esmentat amb anterioritat. Una professional ho manifestava de la manera següent:

“Quan arriba un ingrés del qual jo n’era la referent i dins les meves habitacions no n’hi ha cap de lliure, és clar, aquest nen no es pot ubicar i jo no en puc ser la referent. I torna a ser un problema, perquè de totes les que hi som, jo sóc la que he fet aquella relació de confiança amb aquell usuari i aquella família. Quan els dius que no seràs la seva referent, que ho havies estat durant tot l’ingrés anterior, els pares es desubiquen i diuen: ‘per què?, si tu eres la meva referent.’ [...] Crec que és un element per millorar.”

Les professionals assistencials també van manifestar que un element que també percebien com a millorable era la determinació de la complexitat de les cures del pacients de qui eren referent. Elles argumentaven que tot i que la infermera coordinadora determinava de quins infants eren referent i de qui, col·laborada, i que s’intentava equiparar en funció de la complexitat de les cures que precisaven aquells usuaris o famílies, a vegades eren referents d’infants amb alta complexitat de cures o de famílies que necessitaven molt suport emocional, i llavors la càrrega de treball sí que augmentava. Les infermeres assistencials van afirmar que l’organització ideal seria que els infants més complexos de la unitat estiguessin repartits entre les diferents referents del torn. Les gestores van dir que tot i que s’intentava, podia ser que qualsevol infant del qual n’eres referent, en un moment donat precisés d’unes cures més complexes a causa de la situació clínica en què es trobava, un element que era molt difícil de preveure. Es va explicar de la manera següent:

“Un altre element que també podríem intentar corregir és la complexitat dels nens de qui ets referent. Per exemple, si a la unitat hi ha tres nens que necessiten moltes cures, o que la família necessita molt de suport, i tu ets la referent en el torn de matí de tots tres, tens molta càrrega assistencial, perquè, és clar, ets la responsable de tots tres i ets la que has fet el vincle amb tots tres. [...]. Tot i que la supervisora de la unitat ja intenta repartir els nens difícils, en un moment determinat pot ser que canviï tot i que aquell nen sigui més complex o que la família necessiti més suport, i és clar, si ja els tens a les teves habitacions no es pot canviar.”

Les gestores també van verbalitzar que és un model que dóna més responsabilitat a totes les infermeres de torn de matí i tarda, i com a conseqüència millora la seva motivació. En canvi, la resta de professionals d'infermeria d'altres torns, com el de nit, tot i la presència en algun grup de discussió, no es van sentir tan implicats en el projecte, perquè no van poder desenvolupar la figura d'infermera referent, i com a conseqüència la seva implicació en aquest procés no va ser la mateixa.

“Es una organización de cuidados ejemplar, pero a mí me sabe mal por las enfermeras y enfermeros de noche, hay profesionales muy válidos en estos turnos que no pueden hacer de referente, siempre hacen de enfermeros de colaboración y, claro, su motivación e implicación en esta nueva forma de organización de los cuidados no es la misma.”

2. ADAPTACIÓ DELS PROFESSIONALS AL MIPR

Les professionals assistencials van manifestar que l'adaptació a aquest nou model d'organització de les cures havia estat molt positiva. Elles veien que prèviament a la implantació del MIPR, les diferents famílies ja percebien un professional de referència de manera informal, amb qui havien creat més adheriment terapèutic que amb altres professionals, no obstant això creien que ara era més formal i amb més visibilitat de la infermera. També van valorar de manera molt positiva el fet de ser professionals de referència d'alguns infants i de col·laboració d'altres amb relació a la gestió del temps.

“En aquest model, als nens de qui no ets referent els prepares la medicació i firmes les activitats d'infermeria, però ja saps que d'aquells se n'ocupa més la companya de l'altre torn, i tu et centres més amb els teus, dels que ets referent, perquè tot estigui més ben fet.”

Durant el grup focal, les professionals van tornar a argumentar que el fet de ser referents fa que tinguin més visibilitat dins l'equip i que, a diferència d'abans, els companys de la resta de l'equip interdisciplinari tenen més en compte la figura del professional d'infermeria de referència:

“A diferència d'abans, per exemple, alguns professionals quan ets referent, com que saben que coneixes molt millor el nen i la família, et comuniquen més coses i et tenen més en compte, i això també t'ajuda a adoptar un bon paper de professional de referència, perquè tens més informació d'aquell pacient i d'aquella família.”

La percepció de les diferents professionals de l'organització d'aquest model era molt proactiva, i no feien referència a molta dificultat en el canvi d'organització de les cures:

“És una forma diferent d'organització, però et bases més en la confiança de la companya que tens davant o darrere. Saps que ella és responsable d'uns quants i tu, d'uns altres, aquests els coneixes amb profunditat i els altres fas el mateix que fèiem abans. Però està molt bé, perquè als que n'ets referent t'hi pots dedicar més estona i mires més què necessiten. [...] En relació amb

l'organització de les cures, com que moltes activitats les hem deixat com abans, doncs ens organitzem molt bé. A mi m'agrada molt aquest model, pots donar unes cures millors."

3. VALORACIÓ DEL PROCÉS D'IMPLANTACIÓ DE L'ACCIÓ

Tant les professionals expertes (gestores) com les infermeres assistencials van valorar positivament el procés d'implantació del MIPR.

En el grup focal, les diferents infermeres manifestaven que el fet que es dissenyés l'organització de cures infermeres tenint en compte des del principi les necessitats i les seves expectatives com a professionals, va afavorir un canvi cultural en l'organització de les cures a través de les necessitats com a professionals i gestores, dirigit a no oblidar en cap moment quin és el veritable centre de les activitats: el pacient. Elles explicaven que el fet d'implicar-les com a professionals en la gestió del procés de cures del que formaven part i convertir-se en els motors del canvi i en els protagonistes de les aportacions per millorar l'organització de les activitats en aquest nou model, feia que se sentissin més involucrades en tot el procés.

Una de les infermeres assistents al grup focal també va ressaltar el fet que haver transmès el canvi organitzacional entorn del nou model de cures a la resta de l'equip interdisciplinari de la unitat va servir per posar èmfasi i, en certa mesura, va obligar a construir el treball en equip entre diferents disciplines, sobretot amb l'equip mèdic. Ho explicà de la manera següent:

“El fet d’haver comunicat a la resta de l’equip tots els canvis i en què consistia aquesta nova organització de cures també ha estat la clau de l’èxit.”

La majoria de les assistents al grup focal coincidien amb el fet que davant d'un nou canvi tornarien a repetir el procés de la mateixa manera, sempre i quan es pogués corregir alguns dels elements que van obstaculitzar tot aquest procés; com el fet d'haver hagut de mobilitzar infants i famílies a causa de la necessitat de neteja exhaustiva d'algunes habitacions. Com a element favorable dins de tot procés de canvi van posar de manifest el fet d'haver tingut una professional d'infermeria d'enllaç (és a dir, una infermera que feia de nexa d'unió entre les professionals expertes i les assistencials) que fomentava la comunicació entorn del projecte entre les professionals

assistencials i les gestores. Aquest professional va permetre que la comunicació hagués estat més fluida.

“Que hi hagués la X que feia d’unió entre els grups de superiors i nosaltres, i ens ho hagués explicat tot, també ens ha ajudat a conèixer la seva opinió en tot moment i que elles coneguessin la nostra.”

Les assistents al grup focal també valorar positivament el fet que durant la implantació de l’acció la investigadora principal fes un seguiment setmanal a la unitat, per valorar com s’estava desenvolupant l’acció, amb la finalitat de revisar i millorar els elements negatius i potenciar els positius.

“Ja ens fèiem una llista, i tot allò de què dubtàvem o que creiem que s’havia de millora, quan venia la X cada setmana, ho parlàvem. Ens hem sentit molt acompanyades en tot moment.”

Les professionals van explicar que també fruit d’aquest canvi es va potenciar la importància de la investigació i de la pràctica basada en l’evidència dins el camp de la infermeria.

Tot i que en el grup focal les infermeres assistencials van valorar que malgrat la participació en aquest projecte no veien un augment de la seva visibilitat dins la institució, sí que explicaven que a través del MIPR infermeria tenia més visibilitat assistencial i era més líder de tot el procés d’hospitalització del pacient i de la família, i percebien una major relació de confiança amb l’usuari i la família de qui eren referents, un element que els produïa un augment de la satisfacció com a infermeres.

Finalment, les gestores van explicar que davant un procés de canvi d’aquestes característiques havia estat molt important desenvolupar un monitoratge previ d’alguns indicadors d’impacte com la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies en el STB i posteriorment en el MIPR, així com la satisfacció dels professionals

en els dos models d'organització de cures. Les infermeres gestores van posar de manifest que després d'aquesta prova pilot a la Unitat d'Oncologia-Hematologia s'intentaria implantar aquest model a la resta d'unitats del nostre hospital.

9.3.2. DADES QUANTITATIVES:

9.3.2.1. RESULTATS DEL MODEL D'INFERMERA PRIMÀRIA O REFERENT (MIPR)

Tal com s'ha explicat prèviament, en el mes de setembre del 2016 es van tornar a passar les escales validades als professionals d'infermeria (escala PES-NWI) per valorar la percepció que tenien de l'entorn laboral en el MIPR i es va passar l'escala SERVQHOS als usuaris i a les famílies per valorar la qualitat assistencial percebuda en el MIPR.

A continuació es presenten els resultats.

- Escala PES-NWI

Les variables analitzades van ser les mateixes que en el STB: d'una banda variables sociodemogràfiques i laborals, recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc*, i d'altra banda variables de percepció de l'entorn laboral mitjançant l'escala PES-NWI^u.

En primer lloc es presenten els resultats de les variables sociodemogràfiques i laborals recollides mitjançant una escala personal dissenyada *ad hoc*.

1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES I LABORALS

- VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES:

El qüestionari es va administrar a 20 professionals d'infermeria de la unitat d'Oncologia- Hematologia del HSJD.

En la taula 18 es presenten les dades sociodemogràfiques més rellevants dels professionals d'infermeria que van realitzar l'escala PES-NWI. Tal com es pot observar, en aquest període de l'estudi, l'edat més freqüent de les professionals que van realitzar l'escala era de 20 a 40 anys (75 % de la mostra). Un 90 % de les enquestades eren dones, de les quals un 70 % eren especialistes en infermeria pediàtrica i un 60 % tenien un contracte de suplències dins la institució.

^u En l'annex 4 es pot veure la descripció completa de l'escala PES-NWI.

Taula 18: Variables sociodemogràfiques i laborals de les professionals d'infermeria que van realitzar l'escala PES-NWI en el MIPR

<i>Variable</i>	<i>Valor absolut</i>	<i>%</i>
Edat		
20-30 anys	8	40
31-40 anys	7	35
41-50 anys	2	10
51-60 anys	3	15
Sexe		
Home	2	10
Dona	18	90
Titulació		
Diplomat universitari en Infermeria	2	10
Grau en Infermeria	4	20
Especialista en Infermeria	14	70
Tipus de contracte		
Fix	8	40
Suplent	12	60
Torn		
Matí	8	40
Tarda	7	35
Nit	4	20
Cangur (cap de setmana)	1	5
Antiguitat		
<5 anys	10	50
5-10 anys	4	20
>10 anys	6	30

2. FREQUÈNCIES I ESTADÍSTICS DESCRIPTIUS DELS ÍTEMS DE L'ESCALA PES-NWI:

En la taula 19 es presenten els resultats dels ítems de l'escala PES-NWI en el MIPR. Per cada ítem s'ofereix la mitjana, la desviació típica i la mediana.

Taula 19: Resultats de l'escala PES-NWI en el MIPR

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>
Ítem 1: Existen servicios de apoyo adecuados	3,05	0,999	3,00
Ítem 2: Los médicos y las enfermeras tienen buena relación laboral	3,40	0,681	3,50
Ítem 3: Las supervisoras apoyan a las enfermeras	3,65	0,489	4,00
Ítem 4: Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras	3,20	0,696	3,00
Ítem 5: Hay oportunidad de desarrollo clínico y profesional	3,25	0,716	3,00
Ítem 6: Hay oportunidad de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital	2,35	1,137	3,00
Ítem 7: Los médicos valoran observaciones y juicios de las enfermeras	2,85	0,671	3,00
Ítem 8: Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	2,25	0,851	2,00
Ítem 9: Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad	2,05	0,759	2,00
Ítem 10: La supervisora es una buena supervisora y líder	3,80	0,523	4,00
Ítem 11: La directora de enfermería es muy visible y accesible al personal	3,00	0,795	3,00
Ítem 12: Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo	2,05	0,759	2,00
Ítem 13: Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes	2,95	0,605	3,00
Ítem 14: Se hacen elogios y se reconoce el trabajo bien hecho	2,70	0,923	3,00
Ítem 15: La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad	3,80	0,410	4,00

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>
Ítem 16: La directora de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución	3,35	0,671	3,00
Ítem 17: Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos	2,95	0,759	3,00
Ítem 18: Hay oportunidad de ascender	2,45	0,826	3,00
Ítem 19: Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado del paciente	3,40	0,598	3,00
Ítem 20: Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	3,50	0,688	4,00
Ítem 21: Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales	3,05	0,759	3,00
Ítem 22: La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico	3,75	0,550	4,00
Ítem 23: La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	2,90	0,788	3,00
Ítem 24: Existe un programa activo de garantía de calidad	3,25	0,444	3,00
Ítem 25: Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)	3,50	0,688	4,00
Ítem 26: Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos	2,95	0,686	3,00
Ítem 27: Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación	3,05	1,146	3,50
Ítem 28: Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería	3,25	1,020	4,00
Ítem 29: Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería.	3,25	0,851	3,50
Ítem 30: Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima	3,15	0,587	3,00
Ítem 31: Se realiza planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	2,65	1,268	2,50
Ítem 32: Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados	3,10	0,912	3,00

A continuació es descriuen les mitjanes obtingudes en els diferents factors de l'escala en el MIPR:

- **Dotació de personal i recursos:**

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 2,35.

- **Participació de les infermeres en temes de l'hospital:**

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,08.

- **Fonaments d'infermeria per a unes cures de qualitat:**

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,24.

- **Aptitud, lideratge i suport de la supervisió:**

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,475.

- **Relacions entre professionals d'infermeria i personal mèdic:**

La mitjana obtinguda en aquest factor va ser: 3,04.

- **Escala SERVQHOS**

Simultàniament a l'escala PES-NWI es va passar l'escala SERVQHOS a totes les famílies d'usuaris ingressats en la planta d'Oncologia-Hematologia amb la finalitat de conèixer la qualitat assistencial que perceben durant l'estada hospitalària en aquesta unitat.

Les variables analitzades van ser, d'una banda, variables sociodemogràfiques recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc* i, de l'altra, la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies en l'estada hospitalària mitjançant l'escala SERVQHOS.

A continuació es presenten els resultats obtinguts de l'escala SERVQHOS en el MIPR. En primer lloc es presenten els resultats de les variables sociodemogràfiques i laborals, posteriorment la part objectiva de l'escala amb la mesura de satisfacció global que van percebre els usuaris i les famílies que estaven institucionalitzats a la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD i finalment la part subjectiva de l'escala, que fa referència a la percepció dels usuaris entorn dels elements de bona pràctica per part dels professionals (nom dels professionals, informació brindada durant l'ingrés, consentiments, etc.).

1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES

En aquesta ocasió es van administrar 34 qüestionaris a familiars d'usuaris ingressats en la unitat d'Oncologia- Hematologia de l'HSJD.

En la taula 20 es poden observar les principals variables sociodemogràfiques dels usuaris o de les famílies que van contestar l'escala SERVQHOS en el MIPR. Les variables categòriques es descriuen mitjançant taules de freqüències amb percentatges. Les numèriques, mitjançant una taula d'estadístics descriptius i el gràfic histograma de freqüències.

- VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES:

Tal com es pot observar en la taula 20, les característiques principals de la mostra, sense tenir en compte les dades perdudes, eren: un 54,5 % dels usuaris tenien entre 2 i 10 anys, seguit d'un 36,4 % que tenien entre 11 i 20 anys. El 36,4 % dels enquestats feia més de 30 dies que estaven ingressats a l'hospital, seguit d'un 30,3 % que tenien una estada de 6 a 10 dies dins la institució; per tant, estàvem davant de pacients i famílies amb una estada hospitalària llarga. Finalment cal destacar que un 46,9 % dels pacients o de les famílies que van realitzar l'escala tenien d'1 a 5 ingressos previs a la unitat, seguit d'un 37,5 % que havien tingut més de 5 ingressos a l'hospital; per tant, el nombre de reingressos d'aquesta població era molt alt.

Taula 20: Variables sociodemogràfiques d'usuaris i de famílies que van realitzar l'escala SERVQHOS en el MIPR

	<i>Valor absolut</i>	<i>% amb dades perdudes</i>	<i>% sense dades perdudes</i>
Edat dels pacients			
<12 mesos	1	2,94	3,03
12-24 mesos	2	5,88	6,06
2-10 anys	18	52,94	54,54
11-20 anys	12	35,29	36,36
Perduts	1	2,94	
Sexe			
Home	21	61,78	63,6
Dona	12	35,29	36,4
Perduts	1	2,9	
Nombre de dies d'ingrés			
<5dies	3	8,82	9,09
6-10 dies	10	29,41	30,30
11-15 dies	5	14,70	15,15
16-30 dies	3	8,82	9,09
>30 dies	12	35,29	36,36
Perduts	1	2,94	
Nombre d'ingressos anteriors			
0	5	14,70	15,62
1-5 ingressos	15	44,11	46,87
>5 ingressos	12	35,29	37,50
Perduts	2	5,88	

2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA ESCALA SERVQHOS: QUALITAT OBJECTIVA PERCEBUDA PELS USUARIS I PER LES FAMÍLIES EN EL MIPR

A continuació, en la taula 21, es presenten els estadístics descriptius bàsics de la valoració objectiva obtinguda dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS^v en el MIPR.

Taula 21: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els cinc primers ítems de l'escala SERVQHOS en el MIPR

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 1: La tecnología de los equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento han sido:	4,45/5	0,617	5,00	8,9	Millor del que esperaven
Ítem 2: La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido:	4,53/5	0,662	5,00	9,06	Millor del que esperaven
Ítem 3: Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir al hospital han sido:	4,41/5	0,701	5,00	8,82	Millor del que esperaven
Ítem 4: El interés del personal para cumplir lo que promete ha sido:	4,55/5	0,666	5,00	9,1	Molt millor del que esperaven
Ítem 5: El estado en que están las habitaciones del hospital (aparencia, comodidad) ha sido:	4,06/5	0,919	4,00	8,12	Millor del que esperaven

Tal com es pot observar en la taula 21, les percepcions entorn de la tecnologia dels equips per al diagnòstic, l'aparença del personal, les indicacions i l'estat de les habitacions van ser valorats com "millor del que esperaven" pels usuaris i per les famílies, amb una mitjana superior de 8/10. L'interès del personal per complir el que es promet va ser l'element més ben valorat en aquests cinc primers ítems, amb una mitjana de 9,1/10, ja que es valorava com "molt millor del que esperaven".

^v Es mantenen els ítems en castellà ja que és l'idioma oficial de validació de l'escala.

En la taula 22 es pot observar la valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i les famílies enquestats entorn dels ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS en el MIPR.

Taula 22: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 6 al 10 de l'escala SERVQHOS en el MIPR

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 6: La información que los médicos proporcionan ha sido:	4,62/5	0,697	5,00	9,24	Molt millor del que esperaven
Ítem 7: El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido:	3,61/5	0,899	4,00	7,22	Millor del que esperaven
Ítem 8: La facilidad para llegar al hospital ha sido:	4,12/5	0,913	4,00	8,24	Millor del que esperaven
Ítem 9: El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido:	4,61/5	0,609	5,00	9,22	Molt millor del que esperaven
Ítem10: La puntualidad de las consultas médicas han sido:	3,82/5	1,058	4,00	7,64	Millor del que esperaven

Tal com es pot observar en la taula 22, el temps d'espera per ser atès a les consultes, la facilitat per arribar a l'hospital i la puntualitat de les consultes mèdiques van ser valorades pels usuaris i per les famílies "millor del que esperaven". Paral·lelament la informació brindada pels professionals i l'interès per solucionar problemes van ser percebuts com "molt millor del que esperaven" per part dels usuaris i de les famílies.

La valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i totes les famílies enquestats entorn dels ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS en el MIPR es poden veure reflectits en la taula 23.

Taula 23: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'11 al 15 de l'escala SERVQHOS en el MIPR

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 11: La rapidez con que consigues lo que necesitas o se pide ha sido:	4,32/5	0,806	4,00	8,64	Millor del que esperaven
Ítem 12: La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas	4,68/5	0,589	5,00	9,36	Molt millor del que esperaven
Ítem 13: La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido:	4,76/5	0,496	5,00	9,52	Molt millor del que esperaven
Ítem 14: La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido:	4,82/5	0,521	5,00	9,64	Molt millor del que esperaven
Ítem 15: La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido:	4,71/5	0,579	5,00	9,42	Molt millor del que esperaven

Tal com es pot observar en la taula 23 la disposició del personal per ajudar, la confiança i la seguretat que el personal van transmetre als pacients, l'amabilitat i la preparació dels professionals van ser valorats pels usuaris i per les famílies com "molt millor del que esperaven". Paral·lelament la percepció dels usuaris i de les famílies entorn de la rapidesa per aconseguir el que necessitaven era "millor del que esperaven".

La valoració objectiva que van realitzar tots els usuaris i les famílies enquestats entorn dels ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS en el MIPR es poden observar en la taula 24:

Taula 24: Valoració objectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 16 al 19 de l'escala SERVQHOS en el MIPR

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valoració sobre 10</i>	<i>Percepció dels usuaris/famílies en l'escala SERVQHOS</i>
Ítem 16: El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido:	4,85/5	0,442	5,00	9,7	Molt millor del que esperaven
Ítem 17: La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido:	4,44/5	0,660	5,00	8,88	Millor del que esperaven
Ítem 18: La información que los médicos da a los pacientes ha sido:	4,74/5	0,511	5,00	9,48	Molt millor del que esperaven
Ítem 19: El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido:	4,79/5	0,479	5,00	9,58	Molt millor del que esperaven

Les percepcions dels usuaris i de les famílies entorn del tracte personalitzat, la informació brindada pel col·lectiu mèdic i l'interès del personal d'infermeria pels pacients va ser valorat com "molt millor del que esperaven" pels usuaris i per les famílies. La capacitat del personal per comprendre les necessitats dels pacients va ser valorada com "millor del que esperaven", tal com es pot veure en la taula 24.

- **DESCRIPTIUS DE LA SUMA DE L'ESCALA SERVQHOS**

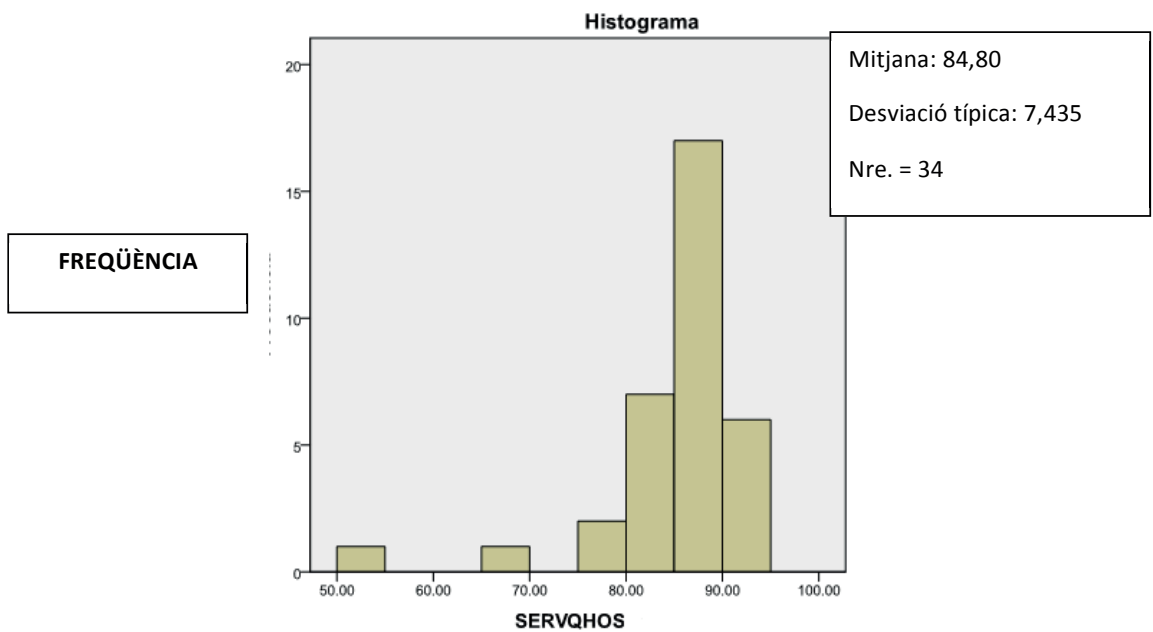
En la taula 25 es presenten els resultats de la part objectiva de l'escala SERVQHOS amb la mesura de satisfacció global que van percebre els usuaris i les famílies que estaven institucionalitzats a la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica de l'HSJD amb el MIPR. Si per cada individu sumem tots els ítems de l'escala SERVQHOS, obtenim els resultats que es poden observar a la taula. Cal esmentar que si algun individu havia perdut algun ítem, se li corregia la puntuació en base a altres respostes.^{437,438} Tal com es pot observar a continuació, la valoració obtinguda en l'escala SERVQHOS entorn de la percepció de la qualitat objectiva durant l'estada hospitalària en el MIPR pels usuaris i per les famílies era una mitjana de 87,000, amb una desviació típica de 7,437.

Taula 25: Descriptius de l'escala SERVQHOS en el MIPR

<i>Nre.</i>	Vàlids	34
	Perduts	0
<i>Mitjana</i>		84,800
<i>Desv. típica</i>		7,435
<i>Percentils</i>	25	83,297
	50	87,000
	75	88,750

A continuació, en la figura 6, es pot veure l'histograma en el qual es representen gràficament els resultats obtinguts de SERVQHOS en el MIPR. En l'eix vertical es representen les freqüències, és a dir, la quantitat d'individus de la mostra. En l'eix horitzontal es reflecteixen els resultats obtinguts en l'escala SERVQHOS. Tal com podem observar en l'histograma les puntuacions entre 85 i 90 van ser les més valorades pels usuaris enquestats, un total de 17 usuaris. La mitjana obtinguda a l'escala SERVQHOS va ser de 84,80.

Figura 6: Resultats de l'escala SERVQHOS en el MIPR



3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA ESCALA SERVQHOS: QUALITAT SUBJECTIVA QUE PERCEBEN ELS USUARIS I LES FAMÍLIES EN EL MIPR

En la taula 26 i 27 es presenten els resultats obtinguts en l'escala SERVQHOS referents a la part subjectiva de l'escala^w.

Taula 26: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems de l'1 al 3 de l'escala SERVQHOS en el MIPR

<i>Satisfacció global</i>		<i>Recomanaria l'hospital</i>		<i>Realització de proves sense consentiment</i>	
Molt satisfet	29 (85,29 %)	Sense dubtar	32 (94,11 %)	Sí	2 (5,88 %)
Satisfet	3 (8,82 %)	ND	2 (5,88 %)	No	31 (91,17 %)
Poc satisfet	1 (2,94 %)			ND	1 (2,94 %)
ND	1 (2,94 %)				
Total	34	Total	34	Total	34

Tal com es pot observar en la taula 26 un 94,11% dels enquestats estaven molt satisfets o satisfets amb l'atenció sanitària rebuda en la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica i un 94,11 % recomanarien la institució hospitalària sense dubtar-ho.

Taula 27: Valoració subjectiva dels usuaris i de les famílies en els ítems del 4 al 7de l'escala SERVQHOS en el MIPR

<i>Temps d'ingrés</i>		<i>Coneix el nom de la seva infermera</i>		<i>Coneix el nom del seu metge</i>		<i>Suficient informació</i>	
< del necessari	5 (14,70 %)	Sí	33 (97,05 %)	Sí	33 (97,05 %)	Sí	31 (91,17 %)
el necessari	28 (82,35 %)	ND	1 (2,94 %)	No	1 (2,94 %)	No	2 (5,88 %)
ND	1 (2,94 %)					ND	1 (2,94 %)
Total	34	Total	34	Total	34	Total	34

Tal com es pot observar en la taula 27, el 82,35 % dels enquestats opinaven que el temps d'ingrés va ser l'adequat; el 97,05 % coneixien el nom de la seva infermera; un altre 97,05%, el del seu metge, i un 91,17 % havien rebut suficient informació durant l'ingrés hospitalari.

^w En l'annex 6 es pot observar el qüestionari complet de l'escala SERVQHOS.

9.3.2.2. COMPARACIÓ ENTRE EL MIPR I EL STB

9.3.2.2.1. ESCALA PES-NWI

A continuació es presenta la comparació entre la percepció de l'entorn laboral de les professionals d'infermeria mesurat mitjançant l'escala PES-NWI entre el STB i el MIPR.

Per realitzar l'anàlisi estadístic es va utilitzar el programari estadístic SPSS 19.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). En general s'han considerat significatius els tests estadístics amb valor p menor de 0,05 (nivell de significació alfa del 5 %).

Les variables analitzades van ser, d'una banda, la diferència entre les variables sociodemogràfiques i les laborals dels professionals d'infermeria enquestats en el MIPR i en el STB, recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc*. D'altra banda, la diferència en la percepció de l'entorn laboral per part dels professionals en ambdós models.

- COMPARACIÓ DE LES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS PROFESSIONALS ENTRE EL STB I EL MIPR

Es van comparar les variables sociodemogràfiques de les professionals entre les dues fases de l'estudi, mitjançant les taules de contingències corresponents, amb els percentatges de cada categoria de les variables dins de cada fase. Es va contrastar si hi havia diferències entre les fases mitjançant la prova khi quadrat. Es fa referència al STB com la fase 1 i al MIPR, com la fase 2.

En relació amb l'edat de les professionals no es van observar diferències significatives entre la fase 1 i la fase 2 de l'estudi ($p = 0,503$). En la fase 1 un 70 % de les professionals (14 infermeres de 20) tenia entre 20 i 40 anys, i en la fase 2 un 75 % (15 infermeres de 20) tenien també entre 20 i 40 anys. En relació amb el sexe de les professionals enquestades tampoc es va observar cap mena de diferència significativa entre ambdues fases de l'estudi, ja que tant en la fase 1 com en la fase 2 el 90 % de les enquestades eren dones ($p = 1$). Entorn del tipus de contracte amb la institució no es va observar tampoc cap mena de diferència entre les dues fases de l'estudi, ja que tant

en el sistema tradicional o burocràtic (fase 1) com en el model d'infermera primària o referent (fase 2) hi havia el mateix nombre de personal fix (45 % en la fase 1 i 40 % en la fase 2) ($p = 0,749$). Tampoc no es va objectivar cap tipus de diferència significativa en el torn de treball de les diferents professionals en les dues fases de l'estudi ($p = 0,291$) ni en l'antiguitat de les professionals en la institució ($p = 0,425$). No obstant això, tal com es pot observar en la taula 28 sí que es va poder observar una diferència significativa en la titulació de les professionals entre les dues fases de l'estudi ($p < 0,001$). En la fase 1 de l'estudi hi havia una majoria de diplomades universitàries en Infermeria (65 %), i en canvi només eren el 10 % en la fase 2; d'altra banda, en la fase 2 la majoria eren especialistes en Infermeria Pediàtrica (70 %), però només eren el 10 % en la fase 1. Aquest element és deu al fet que es va desenvolupar l'examen per optar a l'especialitat d'Infermeria Pediàtrica per via excepcional i moltes de les infermeres la van aconseguir. El percentatge de graduats en infermeria en les dues fases és similar (25 % fase 1 i 20 % fase 2), ja que les professionals que tenien graus no podien optar a l'especialitat per via excepcional perquè no feia el temps suficient que treballaven.

Taula 28: Diferència en la titulació de les professionals en l'escala PES-NWI entre ambdues fases

Taula de contingència					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Titulació	Diplomat universitari en Infermeria	Recompte	13	2	15
		% dins de fase	65,0 %	10,0 %	37,5 %
	Grau en Infermeria	Recompte	5	4	9
		% dins de fase	25,0 %	20,0 %	22,5 %
	Especialista en Infermeria Pediàtrica	Recompte	2	14	16
		% dins de fase	10,0 %	70,0 %	40,0 %
Total		Recompte	20	20	40
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Proves de khi quadrat			
	Valor	gl	Sig. asimptòtica (bilateral)
Khi quadrat de Pearson	17,178 ^a	2	0,000
Raó de versemblances	19,250	2	0,000
Associació lineal per lineal	16,651	1	0,000
Nre. de casos vàlids	40		

a. Dues caselles (33,3 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 4,50.

- COMPARACIÓ ENTRE FASES DE L'ESCALA PES-NWI

En la taula 29 es presenten la mitjana i la desviació típica de la percepció de l'entorn laboral dels professionals en cada una de les fases: fase 1 (STB) i fase 2 (MIPR). Tal com es pot observar, tot i que hi va haver un increment de la mitjana de l'escala PES-NWI entre les dues fases de gairebé 4 punts, amb el volum de la mostra de què es disposava, aquesta diferència no arribava a ser significativa ($p = 0,344$ en la prova t de Student bilateral de comparació de mitjanes per a mostres independents). Si es realitza un test unilateral (és a dir, es vol contrastar que la percepció de l'entorn laboral per les professionals en el model d'infermera primària o referent és superior que en el tradicional o burocràtic) s'obté una $p = 0,172$.

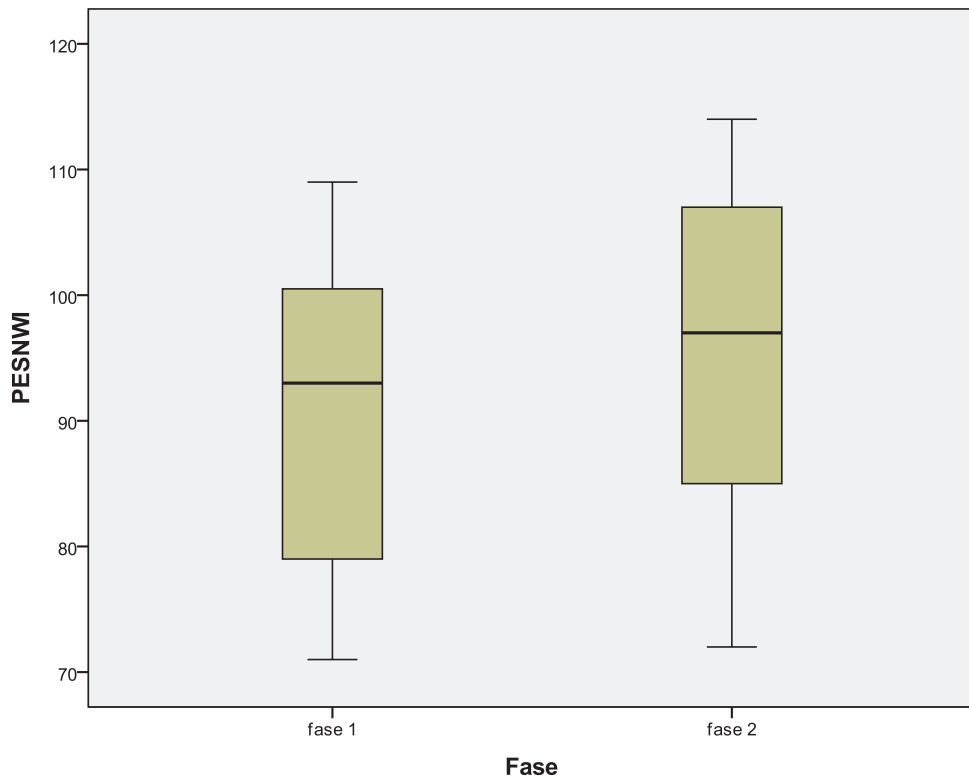
Taula 29: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
PESNWI	Fase 1	20	90,75	12,195	2,727
	Fase 2	20	94,60	13,200	2,952

<i>Prova de mostres independents</i>										
		Prova de Levene eq. var.		Prova t de Student per la igualtat de mitjanes						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bi)	Dif. mitjanes	Error típ. dif	95 % IC dif.	
									Inf.	Sup.
PESNWI	Eq. var.	0,251	0,620	-0,958	38	0,344	-3,850	4,019	-11,985	4,285
	No eq. var.			-0,958	37,764	0,344	-3,850	4,019	-11,987	4,287

A continuació, la figura 7, es pot observar la comparació de les puntuacions de l'escala PES-NWI entre les dues fases de l'estudi. Tal com es descriu en el diagrama de caixa, s'aprecia una milloria en la percepció de l'entorn laboral per part de les professionals en la fase 2 (MIPR) respecte a la fase 1 (STB); no obstant això, aquesta diferència no és prou clara com per ser significativa amb aquesta grandària mostral.

Figura 7: Diagrama de caixa amb els resultats de l'escala PES-NWI en ambdues fases



- COMPARACIÓ DE TOTS ELS ÍTEMS DE L'ESCALA PES-NWI ENTRE FASES

En les taules següents es presenta la mitjana en les dues fases de cada ítem de l'escala PES-NWI (agrupats de cinc en cinc), i es comparen mitjançant la prova no paramètrica U de Mann-Whitney de comparació de mitjanes.

En la taula 30 es pot observar els cinc primers ítems de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 (STB) i posteriorment en la fase 2 (MIPR). En la majoria

d'ítems (no en tots), hi ha hagut un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, però no es poden considerar significatius, ja que el valor p no és menor de 0,05.

Taula 30: Mitjana i desviació típica obtinguda en la escala PES-NWI en cada fase, ítems de l'1 al 5

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 1: Existen servicios de apoyo adecuados que me permiten pasar tiempo con mis pacientes.	<i>fase 1</i>	20	2,55	1,146	0,256
	<i>fase 2</i>	20	3,05	0,999	0,223
Ítem 2: Los médicos y las enfermeras tienen buena relación laboral.	<i>fase 1</i>	20	3,25	0,716	0,160
	<i>fase 2</i>	20	3,40	0,681	0,152
Ítem 3: Las supervisoras apoyan a las enfermeras.	<i>fase 1</i>	20	3,75	0,444	0,099
	<i>fase 2</i>	20	3,65	0,489	0,109
Ítem 4: Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.	<i>fase 1</i>	20	2,95	0,945	0,211
	<i>fase 2</i>	20	3,20	0,696	0,156
Ítem 5: Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional.	<i>fase 1</i>	20	3,00	0,725	0,162
	<i>fase 2</i>	20	3,25	0,716	0,160
<i>Estadístics de contrast^b</i>					
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
U de Mann-Whitney	150.000	177.000	180.000	172.500	162.500
W de Wilcoxon	360.000	387.000	390.000	382.500	372.500
Z	-1,409	-0,683	-0,681	-0,792	-1,100
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,159	0,495	0,496	0,428	0,272
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,183 ^a	0,547 ^a	0,602 ^a	0,461 ^a	0,314 ^a
a. No corregits pels empats					
b. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 31 es poden observar les valoracions dels professionals dels ítems del 6 al 10 de l'escala PES-NWI. En la majoria d'ítems (no en tots), hi ha hagut un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, no obstant això només es pot considerar significativa la diferència obtinguda en l'ítem 9, "Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes", en el qual es va obtenir una $p = 0,016$. Per tant, en aquesta pregunta sí que es pot afirmar que els diferents professionals d'infermeria en la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica percebién que en el MIPR hi havia suficients professionals infermers en plantilla per proporcionar cures de qualitat als pacients, més que en el STB.

Taula 31: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 6 al 10

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital.	<i>fase 1</i>	20	2,50	0,761	0,170
	<i>fase 2</i>	20	2,35	1,137	0,254
Ítem 7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.	<i>fase 1</i>	20	3,00	0,649	0,145
	<i>fase 2</i>	20	2,85	0,671	0,150
Ítem 8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.	<i>fase 1</i>	20	1,80	0,834	0,186
	<i>fase 2</i>	20	2,25	0,851	0,190
Ítem 9. Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.	<i>fase 1</i>	20	1,50	0,607	0,136
	<i>fase 2</i>	20	2,05	0,759	0,170
Ítem 10. La supervisora es una buena supervisora y líder.	<i>fase 1</i>	20	3,95	0,224	0,050
	<i>fase 2</i>	20	3,80	0,523	0,117

<i>Estadístics de contrast^b</i>					
	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10
U de Mann-Whitney	188.500	176.000	139.500	119.500	179.500
W de Wilcoxon	398.500	386.000	349.500	329.500	389.500
Z	-0,331	-0,731	-1,774	-2,402	-1,066
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,741	0,465	0,076	0,016	0,287
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,758 ^a	0,529 ^a	0,102 ^a	0,028 ^a	0,583 ^a

a. No corregits per als empats.
b. Variable d'agrupació: fase

En la taula 32 es poden observar els ítems compresos entre l'11 i el 15 de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 i posteriorment en la fase 2. En la majoria d'ítems hi va haver un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, però no es poden considerar significatius, ja que el valor p no és menor de 0,05 (nivell de significació alfa del 5 %).

Taula 32: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fas, ítems de l'11 al 15

Estadístics de grup					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 11. La directora de enfermería es muy visible y accesible al personal.	<i>fase 1</i>	20	3,05	0,686	0,153
	<i>fase 2</i>	20	3,00	0,795	0,178
Ítem 12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.	<i>fase 1</i>	20	1,80	0,696	0,156
	<i>fase 2</i>	20	2,05	0,759	0,170
Ítem 13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.	<i>fase 1</i>	20	2,80	0,834	0,186
	<i>fase 2</i>	20	2,95	0,605	0,135
Ítem 14. Se hacen elogios y se reconoce el trabajo bien hecho.	<i>fase 1</i>	20	2,60	0,883	0,197
	<i>fase 2</i>	20	2,70	0,923	0,206
Ítem 15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad.	<i>fase 1</i>	20	3,90	0,308	0,069
	<i>fase 2</i>	20	3,80	0,410	0,092
Estadístics de contrast^b					
	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15
U de Mann-Whitney	197.000	163.500	173.500	186.000	180.000
W de Wilcoxon	407.000	373.500	383.500	396.000	390.000
Z	-0,094	-1,068	-0,777	-0,417	-0,874
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,925	0,286	0,437	0,676	0,382
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,947 ^a	0,327 ^a	0,478 ^a	0,718 ^a	0,602 ^a
a. No corregits per als empats. b. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 33 es poden observar els ítems compresos entre el 16 i el 20 de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 i posteriorment en la fase 2. En la majoria d'ítems (no en tots), hi va haver un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, no obstant això només es poden considerar significatives les diferències en l'ítem 19, "Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente" amb $p = 0,011$. Les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia percebien que amb el MIPR hi havia una filosofia més clara d'infermeria en l'organització de cures. La resta d'ítems no es poden considerar significatius, ja que el valor p no és menor de 0,05 (nivell de significació alfa del 5 %).

Taula 33: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 16 al 20

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 16: La directora de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/ institución.	<i>fase 1</i>	20	3,20	0,894	0,200
	<i>fase 2</i>	20	3,35	0,671	0,150
Ítem 17: Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.	<i>fase 1</i>	20	3,05	0,945	0,211
	<i>fase 2</i>	20	2,95	0,759	0,170
Ítem 18: Hay oportunidad de ascender.	<i>fase 1</i>	20	2,10	0,718	0,161
	<i>fase 2</i>	20	2,45	0,826	0,185
Ítem 19: Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente.	<i>fase 1</i>	20	2,60	1,046	0,234
	<i>fase 2</i>	20	3,40	0,598	0,134
Ítem 20: Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.	<i>fase 1</i>	20	3,60	0,681	0,152
	<i>fase 2</i>	20	3,50	0,688	0,154
<i>Estadístics de contrast^b</i>					
	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20
U de Mann-Whitney	187.000	182.000	150.000	111.000	182.000
W de Wilcoxon	397.000	392.000	360.000	321.000	392.000
Z	-0,381	-0,515	-1,452	-2,543	-0,578
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,703	0,606	0,146	0,011	0,563
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,738 ^a	0,640 ^a	0,183 ^a	0,015 ^a	0,640 ^a
a. No corregits pels empats. b. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 34 es poden observar els ítems compresos entre el 21 i el 25 de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 i posteriorment en la fase 2. En la majoria d'ítems (no en tots), hi va haver un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, no obstant això només són significatives les diferències en l'ítem 25, "Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.)", amb $p = 0,028$. Les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia després de participar en tot el procés d'implementació del model de la infermera primària o referent percebien que s'involucraven més en la gestió interna de la institució. La resta d'ítems no es poden considerar significatius, ja que el valor p no és menor de 0,05 (nivell de significació alfa del 5 %).

Taula 34: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 21 al 25

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 21: Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales	<i>fase 1</i>	20	3,15	0,875	0,196
	<i>fase 2</i>	20	3,05	0,759	0,170
Ítem 22: La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.	<i>fase 1</i>	20	3,85	0,489	0,109
	<i>fase 2</i>	20	3,75	0,550	0,123
Ítem 23: La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados	<i>fase 1</i>	20	2,90	0,553	0,124
	<i>fase 2</i>	20	2,90	0,788	0,176
Ítem 24: Existe un programa activo de garantía de calidad.	<i>fase 1</i>	20	3,05	1,050	0,235
	<i>fase 2</i>	20	3,25	0,444	0,099
Ítem 25: Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.).	<i>fase 1</i>	20	3,00	0,725	0,162
	<i>fase 2</i>	20	3,50	0,688	0,154
<i>Estadístics de contrast^b</i>					
	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 25
U de Mann-Whitney	180.500	181.000	195.000	195.000	125.000
W de Wilcoxon	390.500	391.000	405.000	405.000	335.000
Z	-0,565	-0,828	-0,157	-0,148	-2,195
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,572	0,407	0,875	0,882	0,028
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,602 ^a	0,620 ^a	0,904 ^a	0,904 ^a	0,043 ^a
a. No corregits pels empats.					
b. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 35 es poden observar els ítems compresos entre el 26 i el 30 de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 i posteriorment en la fase 2. Es va presentar un increment de la mitjana en la majoria d'ítems en la fase 2, no obstant això només es poden considerar significatives les diferències en l'ítem 28: "Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico" amb $p = 0,001$. Les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia després d'implantar el MIPR percebien que les cures infermeres es basaven en un model d'infermeria i no amb un model mèdic com el STB. La resta d'ítems no van tenir diferències estadísticament significatives.

Taula 35: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 26 al 30

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 26: Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.	<i>fase 1</i>	20	2,95	0,945	0,211
	<i>fase 2</i>	20	2,95	0,686	0,153
Ítem 27: Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación.	<i>fase 1</i>	20	2,75	1,020	0,228
	<i>fase 2</i>	20	3,05	1,146	0,256
Ítem 28: Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de uno médico.	<i>fase 1</i>	20	1,95	1,050	0,235
	<i>fase 2</i>	20	3,25	1,020	0,228
Ítem 29: Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería.	<i>fase 1</i>	20	3,10	0,912	0,204
	<i>fase 2</i>	20	3,25	0,851	0,190
Ítem 30: Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima.	<i>fase 1</i>	20	3,00	0,649	0,145
	<i>fase 2</i>	20	3,15	0,587	0,131
<i>Estadístics de contrast^b</i>					
	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29	Ítem 30
U de Mann-Whitney	196.000	161.500	82.000	182.500	176.000
W de Wilcoxon	406.000	371.500	292.000	392.500	386.000
Z	-0,115	-1,090	-3,322	-0,512	-0,754
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,908	0,276	0,001	0,609	0,451
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,925 ^a	0,301 ^a	0,001 ^a	0,640 ^a	0,529 ^a

a. No corregits pels empats. b. Variable d'agrupació: fase

En la taula 36 es poden observar els ítems 31 i 32 de l'escala PES-NWI amb els resultats obtinguts en la fase 1 i posteriorment en la fase 2. En l'ítem 32: "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)" es pot observar una diferència estadísticament significativa en el MIPR respecte al STB ($p = 0,002$). És a dir, les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia percebien que amb el MIPR es planificaven més les cures dels pacients i es fomentava la continuïtat en les cures respecte del STB. També s'ha de manifestar que l'ítem 31: "Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes" va obtenir resultats propers a ser significatius ($p = 0,062$), és a dir, les infermeres percebien que en MIPR es realitzaven més plans de cures, actualitzats i per escrit, de tots els pacients que en el STB.

Taula 36: Mitjana i desviació típica obtinguda en l'escala PES-NWI en cada fase, ítems del 31 al 32

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 31: Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes	<i>fase 1</i>	20	1,90	0,852	0,191
	<i>fase 2</i>	20	2,65	1,268	0,284
Ítem 32: 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.	<i>fase 1</i>	20	2,20	0,696	0,156
	<i>fase 2</i>	20	3,10	0,912	0,204

<i>Estadístics de contrast^b</i>		
	Ítem 31	Ítem 32
U de Mann-Whitney	134.000	90.000
W de Wilcoxon	344.000	300.000
Z	-1,864	-3,152
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,062	0,002
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,076	0,002

9.3.2.2.2. ESCALA SERVQHOS

A continuació es presenta la comparació entre la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies en els STB i en el MIPR mitjançant l'escala SERVQHOS.

D'una banda les variables que es van analitzar van ser les diferències entre les variables sociodemogràfiques recollides mitjançant una enquesta personal dissenyada *ad hoc* entre el STB (fase 1) i el MIPR (fase 2) en relació amb els usuaris i les famílies que van desenvolupar l'enquesta. De l'altra, es van analitzar les diferències obtingudes en la qualitat subjectiva i objectiva de l'escala SERVQHOS entre les dues fases de l'estudi. A continuació es presenten les diferències obtingudes entre els dos models d'assignació.

-VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS USUARIS:

Es van comparar les variables sociodemogràfiques dels usuaris entre les dues fases de l'estudi mitjançant la taula de contingències corresponent, amb els percentatges de cada categoria de les variables dins de cada fase. Es va contrastar si hi havia diferències entre les fases mitjançant la prova de khi quadrat.

No es van observar diferències en les edats dels usuaris enquestats (a través de l'enquesta realitzada als seus cuidadors) entre les dues fases de l'estudi. L'edat més freqüent en la fase 1 de l'estudi (STB) era de 2 a 10 anys (43,8 % de la població) i en la fase 2 (MIPR) l'edat més freqüent també era de 2 a 10 anys (54,5 % de la població). Tot i que les edats altes (11 a 20 anys) eren una mica més freqüents en la fase 2 (36,4 %) que en la fase 1 (28,1 %) la diferència no arribava a ser significativament estadística ($p = 0,261$). En relació amb el sexe dels enquestats no es va percebre diferències significatives en les dues fases de l'estudi ($p = 0,267$). El nombre de dies d'ingrés dels usuaris i de les famílies tampoc no va tenir diferències significatives entre les dues fases de l'estudi ($p = 0,775$). El nombre de dies d'ingrés més freqüents en la fase 1 de l'estudi era de més de 30 dies (45,2 % de la població), igual que en la fase 2 de l'estudi (36,4 % de la població). Finalment, en relació amb el nombre d'ingressos previs institucionalment tampoc no es van percebre diferències significatives ($p = 0,852$). En

la fase 1 el nombre d'ingressos previs més freqüent d'usuaris i de famílies era d'1 a 5 (41,4 % de la població), i en la fase 2 el nombre d'ingressos previs més freqüent també era d'1 a 5 (46,9 % de la població).

-COMPARACIÓ ENTRE FASES DE L'ESCALA SERVQHOS

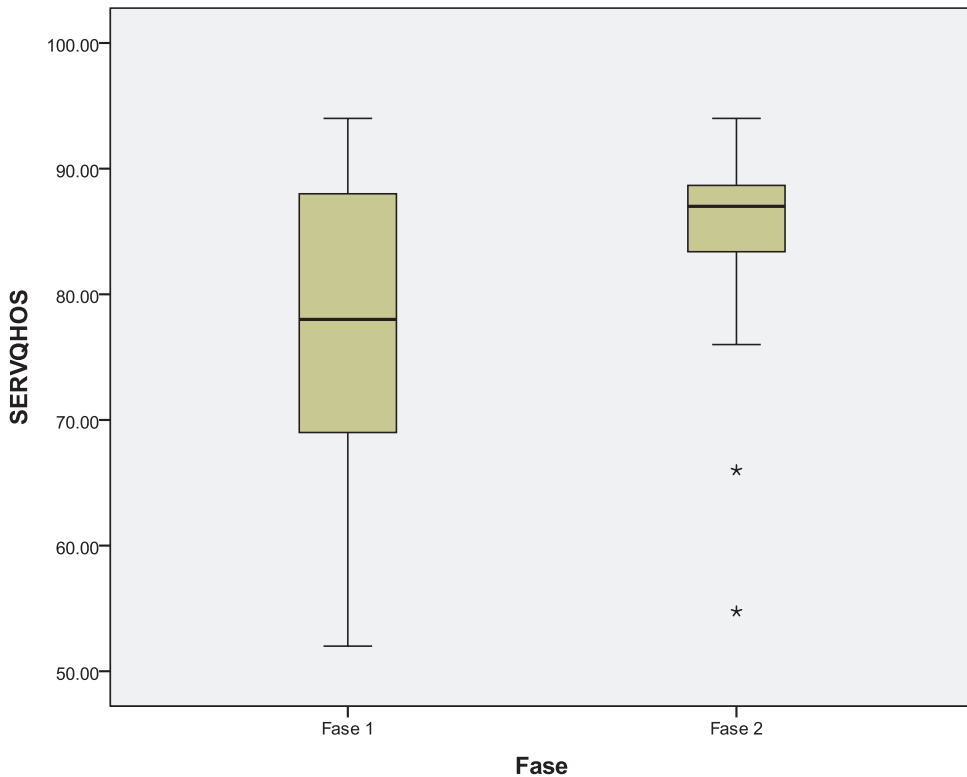
En la taula 37 es presenta la comparació dels resultats entorn de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies entre les dues fases de l'estudi: fase 1 (STB) i fase 2 (MIPR). Es presenta la mitjana i la desviació típica de cada fase. Tal com es pot observar a la taula hi va haver un increment significatiu de la mitjana de l'escala SERVQHOS entre les dues fases de l'estudi de gairebé 7 punts ($p = 0,006$ en la prova t de Student de comparació de mitjanes per a mostres independents). En la fase 1 de l'estudi la mitjana obtinguda per usuaris i famílies en relació amb la qualitat assistencial percebuda durant l'estada hospitalària era de 78,029 (DE = 11,558), en canvi en la fase 2 de l'estudi la mitjana de l'escala SERVQHOS va ser de 84,800 (DE = 7,435).

Taula 37: Desviació típica i mitjana obtinguda en l'escala SERVQHOS en cada fase de l'estudi

<i>Estadístics de grup</i>										
		Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana				
SERVQHOS		<i>Fase 1</i>	34	78,0294	11,55877	1,98231				
		<i>Fase 2</i>	34	84,8003	7,43549	1.27518				
<i>Proves de mostres independents</i>										
		Prova Lev eq. var.		Prova t per la igualtat de mitjanes						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bi)	Dif. mitjanes	Error típ. dif.	95 % IC dif	
									Inf.	Sup.
SERVQHOS	Eq. var.	13,603	0,000	-2,873	66	0,005	-6,770	2.357	-11,476	-2,064
	No eq. var.			-2,873	56,32	0,006	-6,770	2.357	-11,491	-2,049

En la figura 8 es pot observar un diagrama de caixa en el qual es compara la qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies mitjançant l'escala SERVQHOS entre les dues fases de l'estudi. Tal com es pot veure en el diagrama de caixa en la fase 2 els valors estan molt més concentrats en valors més alts que en la fase 1, tot i que els resultats de dos usuaris van ser puntuacions més baixes que la resta en la fase 2.

Figura 8: Diagrama de caixa amb els resultats de l'escala SERVQHOS en ambdues fases



-COMPARACIÓ DELS ÍTEMS DE L'ESCALA SERVQHOS:

En les taules següents es descriuen les diferències obtingudes en cada ítem de l'escala SERVQHOS (agrupats de cinc en cinc) entre les dues fases de l'estudi. S'ofereix la mitjana en les dues fases, fase 1 (STB) i fase 2 (MIPR), i es comparen mitjançant la prova no paramètrica U de Mann-Whitney de comparació de distribucions.

En la taula 38 es poden observar les diferències entre la mitjana i les desviació típica de l'escala SERVQHOS en els ítems compresos entre l'1 i el 5. Tal com es pot veure hi va haver un increment en la mitjana de la majoria d'ítems, però no en tots. No obstant

això, només hi ha diferències significatives en l'ítem 5 ($p = 0,023$), "El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad)". La mitjana és millor en el STB (4,53), que en el MIPR(4,06). Paral·lelament en l'ítem 4, "El interés del personal por cumplir lo que promete", s'obté diferències gairebé significatives $p = 0,094$, en què es percep una millora en la fase 2, respecte a la fase 1.

Taula 38: Diferència en la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems de l'1 al 5

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 1: La tecnología de los equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,47	0,748	0,128
	<i>Fase 2</i>	33	4,45	0,617	0,107
Ítem 2: La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,41	0,857	0,147
	<i>Fase 2</i>	34	4,53	0,662	0,114
Ítem 3: Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,26	0,864	0,148
	<i>Fase 2</i>	34	4,41	0,701	0,120
Ítem 4: El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,21	0,845	0,145
	<i>Fase 2</i>	33	4,55	0,666	0,116
Ítem 5: El estado en el que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,53	0,706	0,121
	<i>Fase 2</i>	34	4,06	0,919	0,158
<i>Estadístics de contrast^a</i>					
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
U de Mann-Whitney	531.000	557.000	537.000	441.000	409.000
W de Wilcoxon	1092.000	1152.000	1132.000	1036.000	1004.000
Z	-0,426	-0,298	-0,553	-1,676	-2,270
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,670	0,766	0,580	0,094	0,023
a. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 39 es poden observar les diferències entre la mitjana i la desviació típica de l'escala SERVQHOS (ítems del 6 al 10) entre ambdues fases. Tal com es veu a la taula hi ha diferències significatives en l'ítem 8, "La facilidad para llegar al hospital ha sido", en què es pot observar que en la fase 1 es va obtenir una mitjana de 3,09 (DE = 1,138) i en

el MIPR, una de 4,12 (DE = 0,913). Per tant, s'obté una $p < 0,001$, element que és estadísticament significatiu. L'ítem 9, "El interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes", també va tenir diferències estadísticament significatives entre ambdues fases, amb una $p = 0,001$. En el STB es va obtenir una mitjana de 4,18 (DE = 0,758) i en el MIPR la mitjana en aquest ítem va ser de 4,61 (DE = 0,609). Per tant, els usuaris i les famílies percebien que en el MIPR l'interés del personal per solucionar problemes era millor que en el STB. En l'ítem 10, "La puntualidad de las consultas médicas", també va obtenir una mitjana superior en la fase 2 que en la fase 1, amb una $p = 0,001$. Finalment, cal enumerar que en l'ítem 6, "La información que los médicos proporcionan", també va obtenir una diferència gairebé significativa $p = 0,052$, amb una millora en la mitjana obtinguda en la fase 2 respecte a la fase 1.

Taula 39: Diferència en la mitjana la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems del 6 al 10

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 6: La información que los médicos proporcionan ha sido	Fase 1	34	4,18	0,999	0,171
	Fase 2	34	4,62	0,697	0,120
Ítem 7: El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	Fase 1	34	3,44	1,353	0,232
	Fase 2	33	3,61	0,899	0,157
Ítem 8: La facilidad para llegar ha sido	Fase 1	34	3,09	1,138	0,195
	Fase 2	34	4,12	0,913	0,157
Ítem 9: El interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes ha sido	Fase 1	34	4,18	0,758	0,130
	Fase 2	33	4,61	0,609	0,106
Ítem 10: La puntualidad de las consultas médicas ha sido	Fase 1	34	2,85	1,209	0,207
	Fase 2	34	3,82	1,058	0,181
<i>Estadístics de contrast^a</i>					
	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10
U de Mann-Whitney	442.000	531.500	296.000	384.000	321.000
W de Wilcoxon	1037.000	1126.500	891.000	979.000	916.000
Z	-1,942	-0,383	-3,604	-2,459	-3,258
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,052	0,702	0,000	0,014	0,001
a. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 40 es pot observar que hi va haver un increment de la mitjana de molts ítems de l'escala en la fase 2 (MIPR) respecte a la 1 (STB), no obstant això només ha estat significatiu en l'ítem 11, "La rapidesz con que consigues lo que se necesita ha sido". En el STB es va obtenir una mitjana de 3,71 (DE = 1,060) i en el MIPR, de 4,32 (DE = 0,806) ($p = 0,009$), per tant els usuaris i les famílies percebien que en el MIPR obtenien els elements que necessitaven d'una manera més ràpida que en el STB.

Taula 40: Diferència entre la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems de l'11 al 15

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitjana
Ítem 11: La rapidesz con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	3,71	1,060	0,182
	<i>Fase 2</i>	34	4,32	0,806	0,138
Ítem 12: La disposició del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,38	0,779	0,134
	<i>Fase 2</i>	34	4,68	0,589	0,101
Ítem 13: La confianza (seguridad) que el personal trasmite a los pacientes ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,47	0,748	0,128
	<i>Fase 2</i>	34	4,76	0,496	0,085
Ítem 14: La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,56	0,786	0,135
	<i>Fase 2</i>	34	4,82	0,521	0,089
Ítem 15: La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,32	0,878	0,151
	<i>Fase 2</i>	34	4,71	0,579	0,099
<i>Estadístics de contrast^a</i>					
	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15
U de Mann-Whitney	377.500	464.000	465.000	477.000	445.000
W de Wilcoxon	972.500	1059.000	1060.000	1072.000	1040.000
Z	-2,607	-1,654	-1,734	-1,757	-1,950
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,009	0,098	0,083	0,079	0,051
a. Variable d'agrupació: fase					

En la taula 41 es descriuen els ítems compresos entre el 16 i el 19 de l'escala SERVQHOS. Tal com s'observa, es va obtenir una mitjana superior en la majoria d'ítems en la fase 2 de l'estudi respecte a la fase 1. Les diferències han estat significatives en tots els ítems observats en la taula 33, excepte el 17: "La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido", que només va obtenir una $p = 0,340$. Per tant, es pot afirmar que els usuaris i les famílies percebien que en el MIPR el tracte era més personalitzat, la informació que el personal mèdic brindava als usuaris i a les famílies era millor així com l'interès del personal d'infermeria vers els pacients.

Taula 41: Diferència entre la mitjana i la desviació típica en l'escala SERVQHOS entre fases, ítems del 16 al 19

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típ. de la mitja
16: El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,24	0,955	0,164
	<i>Fase 2</i>	33	4,85	0,442	0,077
17: La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,24	0,819	0,140
	<i>Fase 2</i>	34	4,44	0,660	0,113
18: La información que los médicos dan a los familiares ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,12	1,008	0,173
	<i>Fase 2</i>	34	4,74	0,511	0,088
19: El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido:	<i>Fase 1</i>	34	4,38	0,739	0,127
	<i>Fase 2</i>	34	4,79	0,479	0,082
<i>Estadístics de contrast^a</i>					
	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	
U de Mann-Whitney	356.000	507.000	388.500	401.000	
W de Wilcoxon	951.000	1102.000	983.500	996.000	
Z	-3,190	-0,955	-2,707	-2,639	
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,001	0,340	0,007	0,008	
a. Variable d'agrupació: fase					

- COMPARACIÓ DELS ÍTEMS SUBJECTIUS DE L'ESCALA SERVQHOS:

A continuació es presenten les diferències obtingudes en els ítems subjectius de l'escala SERVQHOS entre el STB (fase 1) i el MIPR (fase 2).

La primera pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia hospitalaria”, en què les possibles respostes eren:
 - Muy satisfecho (4)
 - Satisfecho (3)
 - Poco satisfecho (2)
 - Nada satisfecho (1)

A continuació, en la taula 42, es poden observar les diferències d'aquests ítems de l'escala SERVQHOS entre les dues fases de l'estudi. Tal com s'observa en la taula hi va haver un increment significatiu de la satisfacció global dels usuaris i de les famílies en el MIPR, ja que es va passar d'una satisfacció global en la fase 1 de l'estudi de 3,588 (DE = 0,556) a una de 3,818 (DE = 0,5838) en la fase 2. Amb una $p = 0,019$, per tant, es pot considerar una diferència significativa.

Taula 42: Diferència en la satisfacció global que perceben els usuaris i les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

<i>Estadístics de grup</i>					
	Fase	Nre.	Mitjana	Desviació típ.	Error típic de la mitjana
Satisfacció	Fase 1	34	3,5882	0,55692	0,09551
	Fase 2	33	3,8182	0,58387	0,10164
Estadístics de contrast^a					
Satisfacció					
U de Mann-Whitney	419.500				
W de Wilcoxon	980.500				
Z	-2,344				
Sig. asimptòtica (bilateral)	0,019				
a. Variable d'agrupació: fase					

La segona pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “Recomendaria este hospital a otras personas”, en què les possibles respostes eren:
 - Sin dudarlo
 - Tengo dudas
 - Nunca

Tal com es pot observar en la taula 43, hi va haver un increment significatiu ($p = 0,025$ en el test exacte de Fisher) del percentatge d'usuaris que recomanarien l'hospital sense dubtar-ho, del 82,4 % en la fase 1 al 100 % en la fase 2.

Taula 43: Diferència obtinguda entorn de “si es recomanaria la institució sanitària a altres persones” per part d'usuaris i de famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

Taula de contingència					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Recomanaria	Sense dubtar-ho	Recòmpte	28	32	60
		% dins de fase	82,4 %	100,0 %	90,9 %
	Tinc dubtes	Recòmpte	6	0	6
		% dins de fase	17,6 %	0,0 %	9,1 %
Total		Recòmpte	34	32	66
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Proves de khi quadrat					
	Valor	Gl	Sig. asimptòtica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	6,212 ^a	1	0,013		
Correcció per continuïtat ^b	4,260	1	0,039		
Raó de versemblances	8,524	1	0,004		
Estadístic exacte de Fisher				0,025	0,015
Associació lineal per lineal	6,118	1	0,013		
Nre. de casos vàlids	66				
a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,91.					
b. Calculat només per una taula de 2x2.					

La tercera pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su consentimiento”, en què les possibles respostes eren:
 - Sí
 - No

En la taula 44 s'observa que no hi va haver diferències significatives entre les fases ($p = 1$) en relació amb la realització de proves sense consentiment.

Taula 44: Diferència obtinguda entorn de la “percepció de realització de proves sense consentiment durant l'ingrés hospitalari” en l'escala SERVQHOS entre fases

<i>Taula de contingència</i>					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Realitzat	sí	Recòmpte	1	2	3
		% dins de fase	3,0 %	6,1 %	4,5 %
	no	Recòmpte	32	31	63
		% dins de fase	97,0 %	93,9 %	95,5 %
Total		Recòmpte	33	33	66
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Proves de khi quadrat					
	Valor	gl	Sig. asimptòtic a (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	0,349 ^a	1	0,555		
Correcció per continuïtat ^b	0,000	1	1,000		
Raó de versemblances	0,356	1	0,551		
Estadístic exacte de Fisher				1,000	0,500
Associació lineal per lineal	0,344	1	0,558		
Nre. de casos vàlids	66				

a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,50.

b. Calculat només per una taula de 2x2.

La quarta pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?”, en què les possibles respostes eren:
 - Menos de lo necesario
 - El tiempo necesario
 - Más de lo necesario

Tal com es reflecteix en la taula 45, no hi va haver diferències significatives en la percepció del temps d'ingrés hospitalari entre la fase 1 i la fase 2, amb una $p = 0,427$.

Taula 45: Diferència entorn de la “percepció de temps d'ingrés” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

Taula de contingència					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Ingressat	Menys del necessari	Recompte	2	5	7
		% dins de fase	6,1 %	15,2 %	10,6 %
	El temps necessari	Recompte	31	28	59
		% dins de fase	93,9 %	84,8 %	89,4 %
Total		Recompte	33	33	66
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Proves de khi quadrat					
	Valor	gl	Sig. asimptòtica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	1,438 ^a	1	0,230		
Correcció per continuïtat ^b	0,639	1	0,424		
Raó de versemblances	1,481	1	0,224		
Estadístic exacte de Fisher				0,427	0,213
Associació lineal per lineal	1,416	1	0,234		
Nre. de casos vàlids	66				
a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 3,50. b. Calculat només per una taula de 2x2.					

La cinquena pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?”, en què les possibles respostes eren:
 - Sí
 - No

En la taula 46 es pot observar que no es van percebre diferències pel que fa a conèixer el nom del metge referent entre la fase 1 i la fase 2, amb una $p = 1$.

Taula 46: Diferència entorn de “conèixer el nom del seu professional mèdic referent” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

<i>Taula de contingència</i>					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Nom metge	Sí	Recòmpte	33	33	66
		% dins de fase	97,1 %	100,0%	98,5 %
	No	Recòmpte	1	0	1
		% dins de fase	2,9 %	0,0 %	1,5 %
Total		Recòmpte	34	33	67
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %

<i>Proves de khi quadrat</i>					
	Valor	Gl	Sig. asimptòtica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	0,985 ^a	1	0,321		
Correcció per continuïtat ^b	0,000	1	1,000		
Raó de versemblances	1,371	1	0,242		
Estadístic exacte de Fisher				1,000	0,507
Associació lineal per lineal	0,971	1	0,325		
Nre. de casos vàlids	67				
a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 0,49.					
b. Calculat només per una taula de 2x2.					

La sisena pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?”,
en què les possibles respostes eren:
 - Sí
 - No

En la taula 47 s'observa que hi va haver un increment gairebé significatiu ($p = 0,053$ en el test exacte de Fisher) del percentatge d'usuaris i de famílies que coneixien el nom de la infermera. Del 85,3 % d'usuaris que coneixien el nom de la professional en la fase 1 s'assolia el 100 % dels usuaris que el coneixien en la fase 2 de l'estudi.

Taula 47: Diferència entorn de “conèixer el nom de la seva infermera referent” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

Taula de contingència					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Infermera	Sí	Recompte	29	33	62
		% dins de fase	85,3 %	100,0 %	92,5 %
	No	Recompte	5	0	5
		% dins de fase	14,7 %	0,0 %	7,5 %
Total		Recompte	34	33	67
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Proves de khi quadrat					
	Valor	gl	Sig. asimptòtic a (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	5,244 ^a	1	0,022		
Correcció per continuïtat ^b	3,331	1	0,068		
Raó de versemblances	7,175	1	0,007		
Estadístic exacte de Fisher				0,053	0,029
Associació lineal per lineal	5,166	1	0,023		
Nre. de casos vàlids	67				

a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,46. b. Calculat només per una taula de 2x2.

La setena pregunta de qualitat assistencial subjectiva de l'escala SERVQHOS és:

- “¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?”,
en què les possibles respostes eren:
 - Sí
 - No

Tal com es pot observar en la taula 48, no hi va haver diferències significatives en la percepció dels usuaris i famílies sobre si havien rebut informació suficient durant l'ingrés hospitalari entre la fase 1 i la fase 2. Es va obtenir una $p = 1$.

Taula 48: Diferència entorn d'“haver rebut suficient informació durant l'ingrés hospitalari” per part dels usuaris i de les famílies en l'escala SERVQHOS entre fases

<i>Taula de contingència</i>					
			Fase		Total
			Fase 1	Fase 2	
Informació	Sí	Recompte	31	31	62
		% dins de fase	91,2 %	93,9 %	92,5 %
	No	Recompte	3	2	5
		% dins de fase	8,8 %	6,1 %	7,5 %
Total		Recompte	34	33	67
		% dins de fase	100,0 %	100,0 %	100,0 %

<i>Proves de khi quadrat</i>					
	Valor	gl	Sig. asimptòtic a (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Khi quadrat de Pearson	0,185 ^a	1	0,667		
Correcció por continuïtat ^b	0,000	1	1,000		
Raó de versemblances	0,186	1	0,666		
Estadístic exacte de Fisher				1,000	0,514
Associació lineal per lineal	0,182	1	0,669		
Nre. de casos vàlids	67				

a. Dues caselles (50,0 %) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,46.
b. Calculat només per una taula de 2x2.

9.3.3. SÍNTESI DE LA FASE FINAL D'AVALUACIÓ DE L'ACCIÓ

Com a síntesi de la fase d'implantació d'aquest projecte, després de desenvolupar el grup de discussió amb experts i professionals i haver fet l'anàlisi quantitativa i qualitativa de totes les dades es pot argumentar que:

Els professionals i les expertes percebien el MIPR com una organització de cures millor que el STB, que donava més visibilitat a les cures infermeres, fomentava el treball interdisciplinari de tots els professionals, convertia la infermera en una líder de tot el procés assistencial, permetia fer una atenció holística del pacient i de la família amb un millor adheriment terapèutic i requeria menys demanda d'infermeria per part dels professionals que no són referents. Paral·lelament les infermeres assistents al grup de discussió argumentaven que el fet de tenir més responsabilitat directa en alguns indicadors de qualitat quan ets referent, produïa un augment de la motivació i de la implicació dels professionals, un element que fomentava l'obtenció d'unes cures de més alta qualitat.

Les assistents als grups focals també van percebre que hi havia algun element a reflexionar per millorar dins d'aquesta organització de cures. Un d'aquests elements era la dificultat de continuar realitzant la figura de referent quan el pacient reingressa a la unitat o quan, per motius organitzacionals de la unitat, s'ha de traslladar a una altra habitació. Paral·lelament, les professionals també van percebre la necessitat de determinar la complexitat de les cures que precisa cada usuari i família abans de decidir qui en seria la infermera referent, amb l'objectiu que les càrregues de treball fossin equitatives.

En el grup focal, les infermeres assistents van esmentar que el fet d'haver-se sentit participants de tot el procés d'implantació d'aquest projecte, haver tingut suport constant i saber que en tot moment es podia canviar l'acció en funció de les seves demandes i necessitats, havia estat un procés gratificant que va fomentar la implantació d'aquesta nova organització en les cures infermeres sense greus dificultats.

Després de realitzar l'anàlisi quantitativa en relació amb la milloria de la percepció de l'entorn laboral dels professional d'infermeria entre el STB i el MIPR, es va poder observar una millora en el MIPR. No obstant això, no prou clara com per ser significativa en el volum mostral de què es disposava. D'altra banda, en relació amb la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies, sí que es va detectar un augment de la qualitat assistencial percebuda en el MIPR respecte al STB.

Tant la direcció de la institució com els professionals que brinden cures infermeres, van referir-se al MIPR com una organització de cures millor que el STB.

Per totes les dades que s'han explicat anteriorment i amb la finalitat de fer més visible l'activitat infermera, d'aconseguir més qualitat assistencial percebuda pels usuaris i per les famílies davant unes cures infermeres més personalitzades i d'assolir uns professionals amb una percepció millor de l'entorn laboral, paral·lelament es va decidir implantar aquesta organització de cures en altres unitats de la Unitat d'Oncologia-Hematologia.

CAPÍTOL 10

Discussió

En aquesta recerca es partia de la idea que a la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu existia un model d'organització de cures infermeres que no facilitava que infermeria fos líder assistencial durant tota l'estada hospitalària; que infermeria no tenia la suficient visibilitat tant per part de l'equip interdisciplinari com pels usuaris i les famílies; que no es creava l'adheriment terapèutic suficient entre ells i el professional, i que no es podia fer una bona atenció holística als usuaris ni a les famílies per part d'infermeria ni oferir unes cures personalitzades. Per tot això i per altres aspectes anteriorment esmentats, s'intuïa que la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies durant tota l'estada hospitalària, així com l'ambient laboral que percebien les diferents professionals, podia millorar amb una reorganització de les cures infermeres.

Amb la finalitat de donar resposta a tots aquests interrogants, es va realitzar una cerca bibliogràfica per esbrinar entre la literatura científica quin era el sistema d'organització de cures que millor s'adaptava al context de la institució sanitària que s'estudiava, i es va observar que el MIPR podia donar resposta a totes les mancances que es percebien en el STB utilitzat aleshores. No obstant això, no era suficient que existís evidència científica al respecte per produir un canvi en la pràctica clínica. Alguns autors com Kitson, Harvey, i McCormack (1998) argumenten que la implantació exitosa de la investigació en la pràctica és en funció de la interacció de tres elements bàsics: l'evidència científica existent de l'element que es vol investigar, el context o entorn on la investigació es vol implantar i el mètode o manera com s'implanta. Per això es recomana dur a terme una investigació traslacional (Bakken i Jones, 2006) amb la finalitat de connectar la investigació clínica i la pràctica de l'exercici clínic, per avançar en el fet de cuidar, a més a més de construir noves polítiques de salut basades en coneixements científics generats a través de la recerca.

Sobre la implantació del MIPR es disposava de bibliografia al respecte, com ja s'ha explicat en apartats anteriors, que evidenciava que es tracta d'un model amb una atenció basada en el lideratge de la figura de la infermera, amb més autonomia del professional i amb una atenció biopsicosocial del pacient i la seva família millor.

També es disposava d'un context òptim, ja que tant les infermers gestores com les assistencials percebién la necessitat de fer una remodelació en l'organització de les cures de la unitat; només faltava dissenyar un mètode perquè aquest canvi es pogués desenvolupar de manera correcta.

Un canvi d'aquestes característiques havia de portar implícites la veu i l'experiència dels professionals implicats, per la qual cosa es va dissenyar un procés d'IAP per implantar el nou model organitzatiu de les cures infermeres tenint en compte de manera prioritària la seva experiència, amb la finalitat de posar èmfasi, tal com indiquen alguns dels autors consultats (Bartolomé Pina, 1986; Kemmis, 1984; Kemmis et al., 2014; Latorre, 2003b; Lomax i Evans, 1995), en el mètode o en la manera com es desenvolupava l'acció.

L'anàlisi i la interpretació de tots els resultats obtinguts en aquesta recerca, tant qualitius com quantitius, han permès examinar aquesta nova forma d'organització de cures des del punt de vista dels actors principals: usuaris i famílies i infermeres (tant gestores com assistencials) que van desenvolupar un paper actiu durant tot el procés d'implantació d'aquest nou model organitzatiu d'infermeria.

A continuació es passa a interpretar els resultats per donar resposta als objectius de la recerca i comparar-los amb els autors.

Explorar el procés d'implantació del MIPR a la Unitat d'Hospitalització d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu a través d'una IAP.

El desenvolupament del procés d'implantació del model organitzatiu d'infermeria basat en la figura de la infermera referent que s'ha desenvolupat en la Unitat d'Oncologia-Hematologia, indica que la IAP és un disseny de recerca qualitativa completament adient per introduir canvis i millores en la pràctica professional (Abad Corpa et al., 2010; Delgado Hito et al., 2001). Tal com assenyalen diferents teòrics del model, s'ha demostrat que els professionals són capaços d'aprendre, canviar i transformar la seva realitat en base a una participació activa i a un exercici de reflexió

continuat (Abad Corpa et al., 2010). D'aquesta forma, es va establir des del principi un procés col·laboratiu i participatiu entre infermeres gestores, assistencials i la investigadora que, seguint les directrius d' Abad Corpa et al. (2010), es va basar en *“una anàlisi de la situació, la identificació de problemes i l'elaboració d'estratègies d'acció planejades, desenvolupades i sistemàticament sotmeses a observació, reflexió i canvi”*.

El procés d'implantació de la figura de la infermera referent s'ha basat en un model d'IAP dinàmic que consisteix en un procés obert, holístic i igualitari entre investigadors i participants (Abad Corpa et al., 2010; Delgado Hito et al., 2001), ja que l'objectiu era detectar i resoldre problemes concrets entre el grup de professionals de la infermeria. En àmbit internacional, la IAP ha estat utilitzada en el camp de la infermeria per produir canvis en la pràctica professional, i ha obtingut bons resultats (Munten, Van Den Bogaard, Cox, Garretsen, i Bongers, 2010); en l'àmbit nacional cada cop s'està utilitzant més aquesta metodologia (Abad Corpa et al., 2010; Delgado Hito et al., 2001) per produir canvis en la pràctica assistencial dels professionals.

El model de Kemmis i McTaggart (1988), que es va utilitzar en aquesta recerca, és un mètode que en la pràctica no presenta gaire dificultat en la implantació, i que intuïtivament s'adaptava al context de la investigació. Des d'una postura paradigmàtica constructivista, els objectius que persegueix aquesta metodologia s'han adequat als objectius de la recerca, ja que aquests anaven encaminats a la producció de canvis individuals i col·lectius, a la comprensió de la pràctica i a la millora de la situació (Casadó Marín i Delgado -Hito, 2015). Al llarg del procés s'han desenvolupat les etapes teòriques de la metodologia IAP, a través d'una retroalimentació contínua. Primerament es va fer el reconeixement del terreny amb l'equip de gestores i professionals assistencials; després es va planificar el procés de reflexió, anàlisi, disseny i desenvolupament de l'acció; posteriorment, mentre es duia a terme l'acció, es va fer observació de la pràctica real, i, finalment, es va tancar el procés amb la reflexió sobre l'observació i els resultats del nou model. Un cop finalitzada aquesta

etapa es va iniciar un nou cercle amb les quatre etapes, començant amb la replanificació (Mira et al., 2001).

En la fase inicial o de diagnòstic (reconeixement del terreny) les infermeres gestores i assistencials que van participar en els grups focals van revisar de manera crítica i reflexiva els seus propis processos i les pràctiques que desenvolupaven en la unitat d'hospitalització. A partir d'aquesta reflexió i la capacitat d'apoderament (Latorre, 2003b) de les professionals es va arribar al consens que el STB era una organització de cures infermeres millorable. Posteriorment es va presentar el MIPR i, fruit de la seva experiència gestora i assistencial, la reflexió i l'anàlisi es va remodelar el disseny. La participació de les professionals en tot aquest procés va fomentar que la cultura d'organització de cures es modifiqués institucionalment, i així es va aconseguir que aquest projecte de canvi fos acceptat, dissenyat, executat i avaluat per les diferents professionals i contribuís al seu desenvolupament professional (García Aparicio et al., 2010).

La fase d'acció, és a dir, el moment en què es va implantar aquest nou model d'organització de cures, va ser un procés sistemàtic de canvi i millora a la Unitat d'Oncologia-Hematologia. Aquest canvi va requerir la comprensió, el reconeixement i la integració en l'estructura organitzativa de la unitat d'hospitalització. A través d'aquesta metodologia es van arribar a realitzar canvis d'àmbit institucional; canvis organitzatius i personals. Es va aconseguir posar en marxa processos i estratègies de manera estable, i que, en el terreny institucional i professional, l'equip d'infermeria, així com la resta de l'equip interdisciplinari, assimilessin i s'impliquessin en una innovació per millorar la seva estructura organitzativa (Berenguera et al., 2014; Vallés, 2006).

També cal esmentar que en la darrera fase del procés, quan es va realitzar l'observació sobre la pràctica clínica i la reflexió sobre el nou model d'organització de cures en el grup focal d'infermeres expertes i assistencials, es va corroborar que a través d'aquesta metodologia de recerca es poden realitzar canvis a les organitzacions que

siguin sustentats pels mateixos professionals i ben acceptats, ja que es converteixen en actors clau del procés. Formar part de l'equip de recerca, ser els professionals que porten a terme els canvis, reflexionar sobre el procés i introduir les millores necessàries perquè la implantació sigui reeixida i tingui una bona base, va fomentar nous estats d'autoconcepte en l'organització de cures de la Unitat d'Oncologia-Hematologia, tant individualment per part de les professionals com grupalment dins l'equip interdisciplinari.

Tot aquest procés metodològic va permetre que es dugués a terme la implantació del MIPR amb la participació dels professionals, que van aportar i compartir la seva experiència, fet que va contribuir a l'eficiència de la instauració d'aquesta metodologia.

Finalment, cal explicitar que també hi va haver dificultats metodològiques durant tot el procés d'implantació del MIPR. En primer lloc, les elevades càrregues de treball per part de les professionals d'infermeria a la unitat d'hospitalització, van provocar que en alguns moments la valoració d'ingrés en profunditat que la infermera primària o referent havia de fer als usuaris i a les famílies, no pogués ser molt exhaustiva, tal com s'havia dissenyat en un principi per fomentar l'adheriment terapèutic amb les professionals. Les infermeres referents creaven un vincle terapèutic amb els infants i les famílies de qui eren referents, però és evident que una ràtio millor d'infermera-pacient hagués permès més hores de dedicació per fomentar aquesta relació de confiança amb les professionals. També cal esmentar que durant el procés d'implantació d'aquest nou sistema d'assignació, hi va haver un brot infeccions a la unitat, un element que va provocar que alguns infants i algunes famílies haguessin de ser traslladats de zona, i això va implicar haver de canviar d'infermera primària o referent, un fet que també va provocar algun desajustament en la implantació d'aquesta nova forma d'organització, però que paral·lelament també va aportar informació molt útil per als casos o situacions imprevistes o no planificades.

Un altre obstacle va ser la dificultat d'ubicar tots els infants que reingressaven dins les habitacions de les professionals que n'havien sigut referents. Tot i que la coordinadora de la unitat sempre intentava ubicar els infants i les famílies en les habitacions de la infermera primària que havien tingut, algunes vegades a causa de la falta de llits, havien d'ingressar a una altra zona, amb la consegüent repercussió de no continuar el procés amb la infermera referent inicial.

Promoure la reflexió sobre les cures infermeres a través d'un procés participatiu dels professionals amb la finalitat d'aportar canvis en la pràctica infermera

Un dels aspectes fonamentals de la IAP és, tal com s'ha detallat anteriorment, la participació dels professionals al llarg del procés, que siguin actors principals dels canvis que ells mateixos hauran de realitzar i que tinguin veu en la presa de decisions (Abad Corpa et al., 2010).

Des que es va plantejar el canvi del sistema d'assignació d'infermeria en la Unitat d'Oncologia-Hematologia, les professionals d'infermeria, tant gestores com assistencials, van participar activament en el projecte. Superant limitacions de temps i de tipus organitzatiu, van participar en les reunions inicials i en els grups focals de les tres fases. En els grups focals principalment, però també durant les sessions d'observació de la investigadora principal, es va fer una reflexió continuada sobre les dificultats, els punts febles, les fortaleses, les àrees de millora i les necessitats de redisseny del model que s'estava desenvolupant (Bakken i Jones, 2006). L'objectiu principal dels grups focals va ser debatre i reflexionar sobre les actituds, els sentiments, les creences, les experiències i les reaccions de les professionals gestores i assistencials, d'una manera que hagués sigut difícil d'aconseguir mitjançant altres mètodes com: l'observació, l'entrevista individual o els qüestionaris (Casadó Marín i Delgado- Hito, 2015). Quan les professionals expressaven múltiples sentits i significats entorn de les experiències del seu quefer diari, tant gestor com assistencial, s'articulaven diverses hipòtesis sobre una forma òptima d'organització de cures infermeres en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica, amb la finalitat d'oferir

unes cures excel·lents, personalitzades, holístiques i integrals a infants i famílies ingressats. Els grups focals que es van dur a terme al llarg d'aquesta recerca han permès recollir una gran informació i apreciar la complexitat i la multiplicitat de diferents punts de vista d'infermeres gestores i assistencials dins del context d'una unitat tan complexa com és una unitat d'hospitalització oncològica-hematològica.

En la fase inicial o de diagnòstic d'aquesta recerca es van desenvolupar dos grups focals amb infermeres gestores i assistencials en els quals es va fer una valoració inicial entorn de l'organització de cures que imperava en aquell moment, el STB. En ambdós grups, les professionals van coincidir en el fet que el sistema d'assignació d'infermeria o l'organització d'aquell moment era una organització per millorar. Les infermeres gestores i assistencials van manifestar que en l'organització de cures infermeres que tenien en aquell moment no es brindaven als usuaris i a les famílies unes cures infermeres basades en un model personalitzat, holístic i integral, sinó que l'activitat de la infermera estava centrada en un model biomèdic i curatiu, que reduïa l'humà al biològic, i allunyava la personalització de les cures per part del professional d'infermeria. Els usuaris i les famílies no percebien un professional d'infermeria de referència amb qui fer un adheriment terapèutic, sinó que les infermeres eren responsables d'un nombre de pacients i famílies ordenats per un número correlatiu d'habitacions, dels quals n'eren responsables durant el seu torn de treball. Aquest element ha estat estudiat i citat bibliogràficament per diferents autors, però cal destacar a Merhy (Merhy, 2002), qui esmenta que en el context de les institucions sanitàries l'acte de cuidar és deficient perquè els professionals d'infermeria no desenvolupen activitats centrades en la persona ni en la família, sinó centrades en el procediment o la tècnica.

Les professionals assistencials i gestores que van participar en els grups focals eren molt conscients que els aspectes biomèdics i curatius (Medina, 1999) han tingut molta influència en els diferents serveis de salut, ja des del segle XVIII, en què en l'àmbit institucional el cos humà va passar a ser objecte específic de l'aplicació de la medicina i el pacient va passar a ser vist i cuidat com una malaltia més que com una persona. Tots

aquests elements van fer diluir l'atenció integral que infermeria podia donar a l'usuari i la família en els diferents serveis de salut, que es va substituir pel model biomèdic en què infermeria centra l'activitat en els procediments i les tècniques, i no tant en la persona (Monticelli i Elsen, 2004; Perpiña Galvan, 2005).

Van considerar que aquest model fomenta una sobrecàrrega de treball de les infermeres amb intervencions de tipus mèdic i activitats que són realitzades mecanitzadament, produint una falta de visibilitat de la tasca infermera en els camps clínics (Balanza, 1997; Gutiérrez González, Nuñez Carrasco, i Rivera, 2002). D'altra banda, la falta de valoració de les infermeres, així com la falta d'humanització de les cures, provoca una insatisfacció laboral d'aquest col·lectiu (Santos i Nóbrega, 2004). També, coincidint amb la literatura, les infermeres eren conscients que els usuaris i les famílies que estan institucionalitzats a les diferents unitat d'hospitalització senten la necessitat que les cures que se'ls ofereixen per part de les infermeres incloguin l'escolta, l'empatia i l'afecte, uns valors que consideren tan importants com els aspectes tècnics (Cardona i Silva, 2004; Da Silva, Coleho, De Lima, i Silva de Souza, 2002; Watson, 1985, 2005).

Les professionals d'infermeria participants en els grups focals van fer palès que l'organització de cures basada en el model tradicional tampoc no fomentava la visibilitat del professional d'infermeria dins de l'equip interdisciplinari, un element que no afavoreix una percepció excel·lent de la qualitat assistencial per part dels usuaris i de les famílies durant el període d'hospitalització (Díaz, 2002). Aquest element concorda amb la bibliografia existent que fa referència al fet que la seguretat dels pacients i la qualitat en l'atenció sanitària demanen més autonomia clínica al professional d'infermeria i que els diferents professionals treballin coordinadament dins de l'equip interdisciplinari (Schmalenberg i Kramer, 2009). Les infermeres també van valorar la necessitat de treballar des d'un major pla d'igualtat amb altres professionals, ja que com menys jerarquia existeix dins de l'equip interdisciplinari millors són els resultats assistencials, i en conseqüència es redueix la morbimortalitat, el temps d'estada hospitalària i els costos i augmenta la satisfacció laboral dels

diferents professionals i la qualitat assistencial que perceben usuaris i les famílies (Fagin i Garekick, 2004; Rosenstein, 2002; Rosenstein, Russell, i Lauve, 2002; Schmalenberg i Kramer, 2009; Stein, Watts, i Howell, 1990).

Per tant, els professionals van estar d'acord que el STB era un model que s'havia de millorar, ja que les infermeres no tenien el lideratge suficient durant tot el procés assistencial, hi havia una manca de personalització en les cures i d'atenció integral al pacient i a la família i podia millorar el treball interdisciplinari de l'equip de la unitat. En resum, les infermeres presentaven una certa dificultat per concebre com a pròpia la gestió de les cures infermeres en un model predominantment biomèdic, una situació que es va mirar amb certa preocupació per part d'infermeres gestores i assistencials en els grups focals en la fase inicial o de diagnòstic d'aquesta recerca. Per tot això, les professionals van acordar que hi havia la necessitat de fer una remodelació en la forma d'organització de les cures de la unitat (Díaz, 2002).

Explorar el posicionament i la valoració dels professionals d'infermeria davant el sistema d'assignació d'infermera primària o referent i les seves experiències davant del canvi

El posicionament, la disponibilitat i el compromís de l'equip d'infermeria, tant de les gestores com de les infermeres assistencials, s'ha de valorar com a totalment positiu tenint en compte les càrregues de treball assistencial que existeixen als hospitals i les múltiples activitats que desenvolupen les infermeres que ocupen càrrecs directius i de gestió. Des del primer moment, la Direcció d'Infermeria de l'hospital va veure clar que era una oportunitat de canvi i millora que no es podia desaprofitar, i va estar d'acord amb el projecte. Sense aquest posicionament hagués estat impossible fer la recerca. D'altra banda, les infermeres, tot i el poc temps de què disposen per investigar, van estar d'acord en la necessitat de reflexionar i debatre sobre la seva pràctica quotidiana per examinar mancances, dificultats i oportunitats de millora, alhora que van valorar positivament participar en la recerca. Amb aquestes visions i aquest posicionament dels agents clau es van poder dur a terme tots els grups focals planificats inicialment i

es va seguir amb la programació prevista en cadascuna de les fases del procés. Seguint amb el model de Kemmis i McTaggart (Casadó Marín i Delgado-Hito, 2015) podem afirmar que totes les professionals implicades van compartir la responsabilitat de canvis del compromís personal i van compartir i contextualitzar el coneixement, des de la reflexió i la crítica constructiva. Tot el procés de recerca i d'implantació del nou model d'organització de les cures infermeres va suposar un aprenentatge i apoderament pràctic i teòric.

Pel que fa al MIPR, les valoracions de les infermeres expertes i assistencials van ser molt positives. Elles van valorar aquesta nova organització de cures com un model amb una visió més humanista de les cures infermeres, un model en el qual infermeria no només centra les seves activitats assistencials amb una visió biomèdica. Van estimar que amb aquest model es podia crear més adheriment terapèutic amb els pacients i les famílies de qui eren referent, donava la possibilitat d'oferir una atenció infermera més personalitzada i centrada en la família, i alhora fer un tractament integral del pacient i de la família durant tot el procés d'hospitalització, així com fer més visible el paper dels professionals d'infermeria.

Aquesta percepció de les infermeres en relació amb la falta de cures personalitzades en el STB es posa en evidència en l'àmbit bibliogràfic (Oren, 1993). En les institucions sanitàries es dona una prestació d'atenció continuada durant 24 hores al dia durant tot l'any, aquest element fa necessari un sistema de rotació de professionals per torns, en què cada pacient i família és atès per diferents professionals d'infermeria en un curt període de temps, sense que puguin identificar cap professional d'infermeria de referència, ni que cap professional es consideri responsable final de les cures que donen a aquells usuaris i famílies. Amb aquesta organització de les cures infermeres no es dona resposta a un model centrat en la família, ni la personalització de les cures és un dels atributs més importants, sinó que infermeria s'organitza amb una distribució de tasques que fragmenten les cures infermeres, en la qual cadascun dels professionals és responsable només de les tasques que s'han desenvolupat durant el seu torn de treball (Servicio Andaluz de Salud, 2001). Marie Manthey, (Manthey, 1973,

1980, 1988, 1989a, 1989b, 1991, 2012; Manthey et al., 1974; Manthey i Kramer, 1970) en la dècada dels 60 als EUA, en percebre aquests elements va introduir el MIPR i el va definir com un sistema deliberatiu per a les infermeres que facilita la pràctica de la infermeria, malgrat la naturalesa burocràtica dels hospitals (Delgado, 2002). D'acord amb la valoració feta per les professionals de la unitat, el MIPR reflecteix una filosofia d'infermeria i una forma d'organització de les cures infermeres centrant la pràctica d'infermeria en el pacient i la família, potenciant les relacions personals i la humanització de les cures, apoderant tant el pacient com la família perquè un cop marxïn d'alta a domicili puguin desenvolupar les cures necessàries per mantenir l'estat de salut (Pontin, 1999).

En aquest sistema d'assignació, la infermera és qui ajuda el pacient i la família a augmentar l'harmonia dins de la ment, el cos i l'espiritualitat. La infermera no només és científica, acadèmica i clínica, també és una professional humanitària i moral, que es converteix en una peça clau durant tot el procés d'hospitalització (Manthey, 2012). Les infermeres participants en els grups focals, al llarg del procés, van valorar que mitjançant aquest model es pot oferir una prestació de cures de qualitat als infants i a les famílies amb l'ús d'una metodologia infermera adoptant un lideratge assistencial durant tot el procés d'hospitalització. A més a més, les infermeres tenien en compte que l'estada hospitalària i el nombre de reingressos d'aquests usuaris i d'aquestes famílies en aquesta unitat era molt alt. En aquest sentit, el MIPR cobra una especial rellevància, ja que afavoreix la continuïtat assistencial al llarg dels processos d'hospitalització del pacient i de la família, valora i identifica necessitats de cures, planifica les intervencions necessàries, avalua els resultats obtinguts i permet que infermeria reconegui el significat que la patologia té per a cada pacient i família identificant necessitats i expectatives per transformar l'experiència del dolor al confort, de l'ansietat a l'afrontament, de la pèrdua a l'adaptació (Binnie et al., 1999). En aquest model el paper de la infermera és de més presència, d'estar amb el pacient i la família com a suport i com a experta clínica, de fomentar la relació terapèutica (McMahon i Pearson, 1991).

Les infermeres assistencials i expertes també van valorar que mitjançant el MIPR hi havia la possibilitat que els usuaris i les famílies percebessin unes cures de més qualitat, ja que es fomenta la continuïtat assistencial, les cures personalitzades i l'atenció integral d'usuaris i de famílies. Aquest element també ha estat descrit per la literatura, tant en l'àmbit internacional, en què són diversos els estudis que esmenten que les cures brindades pels professionals d'infermeria repercuteixen directament en la qualitat de l'atenció —el major nombre d'hores de dedicació de la infermera està associat estadísticament a un període més curt d'hospitalització i amb una disminució de les complicacions clíniques— (Daza de Caballero, Prieto de Romano, i Torres Pique, 2005; Horn et al., 2002; Lazarus i Hamlyn, 2005; Morales, Guancho, Gutierrez, Martinez, i Hernández, 2004) com en el nostre entorn on també s'ha demostrat que el nivell de les cures del professional d'infermeria està directament relacionat amb la seguretat pel pacient (Quintero, Areisa, Peláez, i Gómez, 2008). L'OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002), en el seu informe sobre els serveis d'infermeria, demana als governs del món que les cures infermeres es declarin pilars fonamentals de la prestació d'atenció de salut (Sellick, Russell, i Beckmann, 2003). L'OMS mostra, amb evidència científica, la reducció de costos i la millora de la qualitat assistencial de l'atenció en diversos contextos d'atenció de salut quan s'utilitzen al màxim les competències del professional d'infermeria (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, i Weber, 1999; Miranda et al., 2002). Els estudis d'Aiken, Smith i Lake (Aiken et al., 1994) posen de manifest que les organitzacions de cures en el context dels hospitals magnètics s'associen a una menor mortalitat entre els pacients (les taxes de mortalitat disminueixen fins a un 4,6 %), la taxa de mortalitat als 30 dies d'ingrés també és menor i creix la satisfacció dels pacients i dels professionals. També cal citar un estudi de l'any 2002 que es va desenvolupar en 799 hospitals de diferents estats dels EUA (Needleman et al., 2002), en el qual es poden observar indicadors més baixos d'infeccions urinàries, pneumònia, parada cardíaca i disminució de l'estada hospitalària quan les infermeres dediquen més hores a les cures dels pacients i de les famílies.

Per tant, tot i que amb la implantació del MIPR la ràtio d'infermera-pacient no es modificava, sí que es ressaltava la continuïtat assistencial del professional d'infermeria, se'n potenciava les capacitats professionals augmentant-ne la responsabilitat i es fomentava l'adheriment terapèutic i el lideratge d'infermeria durant tot el procés d'hospitalització, entre altres elements. Tot això produïa una major motivació del professional d'infermeria en el terreny institucional, millorava la percepció de l'entorn laboral i fomentava que la infermera brindés als usuaris i a les famílies que estaven institucionalitzats unes cures infermeres orientades a l'excel·lència, com en el context dels hospitals magnètics.

Cal tenir en compte, però, que en un principi en el grup focal tant d'infermeres gestores com d'assistencials es va plantejar que la infermera referent desenvolupés el major nombre de cures als usuaris i a les famílies de les que era referent. El grup de professionals expertes van valorar positivament aquest element, no obstant això les infermeres assistencials feien explícit que hi havia elements de la pràctica clínica que no podien ser modificats per una qüestió d'horaris i de treball interdisciplinari amb la resta de l'equip de professionals de la unitat. Es van respectar les seves percepcions i experiències. En aquest sentit, Kron (Kron i Durbin, 1983) va definir la infermera primària com un concepte, una idea modificable i adaptable per oferir una atenció més individualitzada i centrada en el pacient i en la família i és el que es va decidir de fer en aquest cas. En aquesta línia, amb l'experiència gestora i assistencial de les participants en els grups focals, es va anar dissenyant el MIPR al més adaptat possible a la institució.

En resum, tant professionals assistencials com gestores van valorar de manera molt positiva el MIPR. Coincidint amb la bibliografia citada anteriorment, es va confirmar com un sistema d'assignació que dóna més responsabilitat i visibilitat al professional d'infermeria durant tot el procés d'hospitalització, i així ho percep tant l'usuari i la família com l'equip interdisciplinari. Aquest element podia produir un augment de la motivació del professional d'infermeria (Sellick et al., 2003) i brindar unes cures de més qualitat. Paral·lelament, aquest sistema d'organització de cures dóna la

possibilitat que es potenciï el paper autònom d'infermeria i sigui un aspecte més ben valorat de la pràctica professional durant el seu torn de treball (Allen i Vitale Nolen, 2005).

Identificar els avantatges i els inconvenients del canvi de model assistencial d'infermeria a través del disseny metodològic d'IAP

Com ja s'ha comentat, en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu existia una situació proactiva inicial per part d'infermeres gestores i assistencials de produir un canvi per millorar l'organització de cures infermeres i, com també s'ha comentat, es va utilitzar la IAP per desenvolupar tot aquest procés. Són múltiples les definicions que descriuen aquesta metodologia, no obstant això, tal com indica Antonio Latorre (Latorre, 2003a; Lomax i Evans, 1995), totes tenen en comú la identificació d'estratègies d'acció que són implantades i més tard sotmeses a observació, reflexió i canvi. Podem afirmar que mitjançant aquesta metodologia es va produir un canvi social sobre la pràctica infermera en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD. Tant el procés participatiu de la metodologia de recerca com el nou model organitzatiu han proporcionat més autonomia i lideratge a tots els professionals assistencials i gestors que van participar en la recerca. No solament això, sinó que, tal com indica Lomax (Kemmis, 1984), a través d'aquesta metodologia els professionals es van sentir eixos centrals i actors clau de la investigació, participants de tot el procés de canvi, amb la capacitat de generar teories a través de la seva pràctica assistencial o gestora. Amb aquesta metodologia es va investigar sobre la pràctica, realitzada pels professionals i per a ells, tal com indica Kemmis et al. (2014).

L'ús d'aquesta metodologia per instaurar el MIPR va permetre millorar la pràctica assistencial i la comprensió de la pràctica (Kemmis i McTaggart, 1988). El propòsit fonamental d'aquesta IAP era, més que generar coneixement, que també, que les professionals gestores i assistencials es qüestionessin l'organització de cures que s'estava desenvolupant (el STB), analitzessin l'atenció de l'activitat del professional d'infermeria en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica, examinessin de quina

manera potenciar la visibilitat de les cures, estudiessin com es podia millorar la percepció de la qualitat de les cures per part d'usuaris i famílies, com es podia afavorir l'adherència terapèutica que es creava amb usuari i família, com es podia augmentar la relació interprofessional dins de l'equip interdisciplinari i a partir d'aquí reconstruïssin la pràctica amb la finalitat de millorar-la.

En la literatura científica revisada no es va trobar cap publicació que definís específicament les funcions que havia de realitzar la infermera primària o referent, així que la llista de funcions es va extreure de les descripcions teòriques del model des de diferents publicacions (Kron i Durbin, 1983; Manthey, 2012; Manthey et al., 1974). A través d'aquestes es va realitzar el protocol de la infermera primària o referent adaptat a la realitat de la unitat en la que es va fer la incidència, no obstant això es va remodelar el protocol a partir del debat, la reflexió i l'experiència dels professionals gestors i assistencials. Ningú millor que les infermeres gestores sabia com organitzar les professionals en un nou sistema d'assignació i ningú millor que les mateixes infermeres assistencials de la unitat, sabia quins eren els elements que es podien modificar. Per tant, es va elaborar un protocol fet per elles i per a elles, fent que la seva acceptació fos molt positiva. Tots aquests elements es van desenvolupar en els diferents grups focals de la IAP.

Des d'aquesta experiència, es pot afirmar que els avantatges d'haver utilitzat una metodologia qualitativa per produir un canvi d'aquestes característiques es concreten en què ha facilitat una atenció millor en el terreny institucional, s'han fomentat les relacions interprofessionals dins de l'equip interdisciplinari i s'han avaluat les necessitats dels professionals per al canvi de comportaments i actituds. Tal com comenta Benner (1995): *"El factor humà no pot estar ni controlat ni restringit, només pot ser comprès i facilitat, ja que aquest està impregnat de significacions i d'un compromís social i cultural."* Per tant, a través d'aquesta metodologia s'ha pogut comprendre el valor que les professionals atorguen a l'acte de cuidar, els elements que elles perceben com a necessaris per oferir unes cures basades en la excel·lència, tant des del punt de vista gestor com assistencial; s'ha implicat les infermeres en tota la

investigació com a actores principals, un element que ha estat molt important per ajudar a la implantació d'aquest nou model d'organització de cures sense les lògiques dificultats de la imposició d'un canvi de model d'atenció. La IAP ha permès dissenyar una organització de cures flexible i dúctil basat en la figura de la infermera primària o referent, a través de la col·laboració total de les infermeres assistencials i expertes que volien implicar-se en la millora de la seva pràctica assistencial, i també volien comprendre millor i aprendre més sobre l'àmbit de la responsabilitat assistencial. Estudis realitzats per diferents autors (Coghan i Casey, 2001; Dewing i Traynor, 2005; Kelly i Simpson, 2001) suggereixen que en els projectes d'investigació-acció, la participació i la implicació dels participants és la clau per l'èxit, i la nostra experiència també ens ho demostra.

Malgrat tots els avantatges que suposa la metodologia IAP per introduir canvis en àmbits professionals, com el d'infermeria, també cal fer esment que els factors limitadors més destacats resideixen en l'àmbit estructural i col·lectiu (Curtis et al., 2006), presents d'una manera molt arrelada en la manera de pensar dels professionals de la unitat. Produir un canvi en l'organització de les cures infermeres substituint el STB pel MIPR era un procés complex. La literatura referent a la promoció del canvi de pràctica clínica reconeix la importància d'aquests factors estructurals i culturals com a limitadors dels canvis (Freire, 1990). No obstant això, el canvi es va produir, i s'ha mantingut, perquè existien factors que l'han fet possible: el compromís previ de les infermeres gestores i assistencials amb la millora de l'organització de les cures infermeres en la Unitat d'Oncologia-Hematologia; el lideratge per desenvolupar tot aquest canvi, i la sinergia amb el procés de la IAP, que ha estat un agent que ha articulat les actituds, les aptituds, les inquietuds i les capacitats de tots els professionals d'aquesta unitat.

Finalment cal dir que la bibliografia indica que la IAP és una metodologia que s'ha desenvolupat amb èxit en la implantació de canvis similars en la personalització de cures, tant en l'àmbit anglosaxó com en l'espanyol (Binnie et al., 1999; Delgado Hito et al., 2001; Pearson, 1992), en el nostre cas la utilització d'aquesta metodologia per

implantar aquesta nova organització de cures, el MIPR, ha permès oferir una atenció holística i integral al pacient i a la família ingressat, la possibilitat d'oferir unes cures més personalitzades amb la creació d'un adheriment terapèutic amb la infermera referent de cada pacient/família.

Avaluar si el model d'infermera primària o referent produeix un augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies

La tendència actual en les organitzacions de salut és el monitoratge de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies (Brown, Nelson, Bronkesh, i Wood, 1993; Dickens, 1994), ja que facilita la presa de decisions per gestionar la qualitat incorporant l'experiència del pacient o de la família dins de l'equip interdisciplinari (Cronin i Taylor, 1992; Gotlieb, Grewal, i Brown, 1994). El concepte de qualitat assistencial percebuda per usuaris i famílies i el de satisfacció del pacient responen a plantejaments diferents. La primera fa referència a la congruència entre servei desitjat i servei rebut, i la segona estableix la relació entre servei esperat i servei rebut (Oliver, 1993; Spreng i Mackoy, 1996).

La satisfacció del pacient apareix més directament relacionada amb el concepte de qualitat funcional o interactiva, i la qualitat assistencial percebuda fa referència a una valoració més global de les cures i de les atencions hospitalàries, més relacionada amb el concepte de qualitat corporativa, relacionada amb la imatge global del centre hospitalari que es fa el pacient o la família. La satisfacció del pacient és un objectiu irrenunciable per a qualsevol institució i empresa (Ochoa, Torrijos, i Sanchez, 2002). El criteri de resultats en els clients del model europeu d'excel·lència (EFQM) (Ochoa et al., 2002) recull les recomanacions d'avaluar sistemàticament la percepció que els clients externs tenen de les organitzacions i recórrer a mesures internes per precedir i millorar la satisfacció dels usuaris o clients (Arcelay et al., 1999; Arcelay, Lorenzo, Bacigalupe, i Mira, 2000). En el sector sanitari, la satisfacció del pacient o de la família és valorada com una mesura més del resultat de les intervencions sanitàries (Ibern, 1992; Pascoe, 1983), la tendència actual és considerar la satisfacció de l'usuari o de la

família com el resultat de comparar la percepció que té el pacient sobre el procés assistencial, amb estàndards del que aquesta persona considera una atenció mínimament acceptable (Mira i Aranaz, 2000). La bibliografia existent diu que hi ha diferents mètodes per conèixer l'opinió dels pacients (Ford, Bach, i Fottler, 1997), no obstant això les enquestes de satisfacció constitueixen la forma tradicional per saber la valoració que fa el pacient o la família de l'assistència sanitària (Hall i Dornan, 1988a, 1988b); a més de ser senzilles de realitzar, permeten conèixer les opinions d'un gran nombre de pacients i la seva interpretació requereix menys temps que altres mètodes.

En aquesta recerca s'ha utilitzat l'escala SERVQHOS, a través de la qual podem monitorar la qualitat corporativa, és a dir, una valoració més global al voltant de la qualitat assistencial percebuda pel pacient o per la família en una institució sanitària. Produir una remodelació en l'organització de cures en una unitat d'hospitalització d'oncologia-hematologia pediàtrica no només influeix en la satisfacció del pacient en l'àmbit institucional, sinó també en aspectes més generals de tota l'atenció sanitària rebuda durant aquest període.

Els resultats obtinguts en la comparació de l'escala SERVQHOS entre STB i el MIPR es poden concretar en els punts següents:

a. En relació amb les variables sociodemogràfiques podem dir que no es va percebre cap diferència significativa entre les fases, tal com es pot veure en l'apartat 9.3.2.2.2 d'aquesta recerca. Cal esmentar que alguns autors han observat que les característiques sociodemogràfiques no tenen gaire rellevància en el nivell de satisfacció dels pacients (Hall i Dornan, 1990). A més a més s'està parlant de dos grups, pre i post intervenció amb característiques comparables.

b. Pel que fa a la mitjana obtinguda en la part objectiva de l'escala SERVQHOS, hi va haver un increment significatiu de la mitjana de l'escala SERVQHOS entre les dues fases de gairebé 7 punts ($p = 0,006$ en la prova t de Student de comparació de mitjanes per a mostres independents). Es pot consultar en la

taula 37: Desviació típica i mitjana de cada fase de l'estudi en relació amb l'escala SERVQHOS. En el STB es va obtenir una mitjana de **78,92** (DE = 11,55), en canvi en el MIPR es va obtenir una mitjana de **84,80** (DE = 7,43). Per tant, la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies en el MIPR era superior que en el STB. En aquesta nova organització de cures, el MIPR, és van produir millores percebudes pels usuaris i famílies no només relacionades amb aspectes específics i directament relacionats amb la infermeria, sinó que també van influenciar amb aspectes generals de l'atenció.

c. Si es fa una anàlisi dels diferents ítems de l'escala es pot observar que la majoria presenten un increment en el MIPR, tal com queda explicat en les taules 39, 40 i 41. No obstant això, només es van detectar diferències significativament estadístiques en els ítems següents:

Ítem 5, "El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido:" es va obtenir una $p = 0,023$, no obstant això els usuaris i les famílies valoraven millor l'estat de les habitacions en el STB que en el MIPR.

Ítem 8, "La facilidad para llegar al hospital ha sido:" Es va obtenir una $p < 0,001$. Els usuaris i les famílies valoraven la facilitat per arribar a l'hospital millor en el MIPR que en el STB.

Ítem 9, "El interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes ha sido:" Es va obtenir una $p = 0,014$. Els usuaris i les famílies valoraven que l'interès del personal per solucionar els seus problemes era millor en el MIPR.

Ítem 10, "La puntualidad en las consultas médicas ha sido:" Es va obtenir una $p = 0,001$. Els usuaris i les famílies valoraven millor la puntualitat en les consultes mèdiques en el MIPR.

Ítem 11, "La rapidez en que consigues lo que se necesita o se pide ha sido:" Es va obtenir una $p = 0,009$. Els usuaris i les famílies valoraven que

en el MIPR obtenien més ràpidament allò que demanaven o necessitaven.

Ítem 16, “El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido:” Es va obtenir una $p = 0,001$. Els usuaris i les famílies valoraven que a través del MIPR es brindaven unes cures més personalitzades. Aquest element coincideix amb la literatura científica existent (Bes, Navarro, i Esparza, 2011; Blancafort, 2006; Huércanos Esparza, Anguas Gracia, i Martínez Lozano, 2012; Ruiz Moral et al., 2011). Són molts els pacients i els professionals que demanen una personalització en l’assistència sanitària, la possibilitat de rebre o oferir unes cures centrades en el pacient i la família.

El mateix Ministeri de Sanitat elabora plans que tenen com a objectiu els estàndards més alts d’excel·lència, que situen el pacient i la família en el centre de l’atenció sanitària, com a eix fonamental (*Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010*, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Per poder dur a terme aquest element es necessita un canvi que inclogui institucions i professionals amb la finalitat de plantejar-se una pràctica més democràtica i horitzontal, en què les demandes de les persones siguin escoltades i es fonamenti un adheriment terapèutic amb els professionals. Tots aquests elements són els que es van desenvolupar durant la implantació del MIPR. Per aquest motiu, les famílies, en disposar d’un professional d’infermeria durant tot l’ingrés hospitalari amb qui creaven una relació terapèutica i un vincle de confiança, percebien unes cures més personalitzades i un tracte més personalitzat (Kron i Durbin, 1983; Manthey, 2012).

Ítem 18, “La información que los médicos dan a los familiares ha sido:” Es va obtenir una $p = 0,007$. Els usuaris i les famílies valoraven que a través del MIPR la informació que rebien per part del col·lectiu mèdic era millor.

Per tant, la millora del rol de la infermera, sorprenent millora també la percepció de les famílies envers altres col·lectius professionals. Aquest element es pot correlacionar amb el fet que disposar d'un professional d'infermeria de referència, que adopta un lideratge assistencial durant tot el procés d'hospitalització coordinant tot l'equip interdisciplinari, fent de portaveu i organitzant tota la informació que es dona a usuaris i famílies, millora la comunicació amb el pacient o la família i ajuda a percebre una qualitat millor de l'atenció rebuda. Aquests resultats són congruents amb les aportacions d'altres autors que van observar que un major grau d'informació en diferents àmbits assistencials està associat a una millor percepció de qualitat (Billing, Newland, i Selva, 2007; Castillo, Dougnac, Vicente, Muñoz, i Rojas, 2007; Nerney et al., 2001), o a la inversa, una pitjor valoració de la informació proporcionada pel professional mèdic, amb major grau d'insatisfacció (Mira, Lorenzo, Pérez Jover, i Rodríguez Marín, 2006).

Ítem 19, "El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido:" Es va obtenir una $p = 0,008$. Els usuaris i les famílies valoraven que en el model d'infermeria primària o referent el col·lectiu infermer tenien més interès pels pacients.

En relació amb la part subjectiva de l'escala SERVQHOS es pot sintetitzar que:

a. La satisfacció global dels usuaris i de les famílies era superior en el MIPR respecte al STB ($p = 0,019$).

Paral·lelament, tal com es pot observar en la taula 26, en el MIPR un 94,1 % dels enquestats van manifestar estar satisfets o molt satisfets amb l'atenció sanitària rebuda. Aquesta dada és discretament superior als resultats obtinguts en altres estudis, en els quals oscil·la entre el 85-90 % (García Aparicio et al., 2010; Jorge Cerrudo et al., 2012; Monteagudo et al., 2003). Els nivells d'insatisfacció, tal com es poden observar en la mateixa taula, van ser del

2,94 %, dades inferiors als estudis publicats, en què oscil·len entorn del 3,5 % (Mira et al., 1998; Monteagudo et al., 2003).

b. Es va percebre un increment significatiu ($p = 0,025$) del percentatge d'usuaris que recomanarien l'hospital sense dubtar-ho, del 82,4 % en el STB al 100 % en el MIPR.

c. Val a dir que es va percebre un increment també (tot i que amb un valor de $p = 0,053$) del percentatge d'usuaris que coneixia el nom de la seva infermera, del 85,3 % en el STB al 100 % en el MIPR. Aquesta diferència, tot i no ser estadísticament significativa probablement per la grandària mostral que és disposava de la població estudiada, és una dada concloent, ja que el 100% dels usuaris i famílies en el MIPR coneixien el nom de la seva professional de referència, la qual cosa ens indica un augment de la personalització de l'atenció, de la relació de confiança amb aquesta professional i inclús del lideratge que les infermeres tenen en aquesta nova organització de cures.

Diferents estudis assenyalen que molts pacients desconeixen el nom del professional de medicina que els atén, i el desconeixement és encara elevat en el cas del professional d'infermeria. També es posa de manifest que aquest element pot estar causat per les rotacions i l'alt índex d'eventualitat, que no permeten identificar una professional d'infermeria de referència (Braña Marcos et al., 2012; García Aparicio et al., 2010), un element que no passa en el MIPR. La literatura científica existent evidencia que conèixer el nom dels professionals millora el compliment terapèutic dels pacients (Pérez Blanco, García Caballero, Cisneros, i Taberero, 2003) i pot ser un indicador d'humanització del procés assistencial.

Es pot veure, doncs, que en el MIPR la qualitat assistencial que percebien els usuaris i les famílies era superior que en el STB, ja que s'oferia als usuaris i a les famílies unes cures més personalitzades amb l'assignació d'un professional d'infermeria de referència durant tot el procés d'hospitalització, qui brinda una atenció més holística i

integral en el marc d'una organització de cures que fa possible la comprensió i l'atenció de la globalitat i la complexitat de les demandes del pacient i la família, atenent no només els aspectes físics sinó els requeriments biopsicosocials de manera holística i interdisciplinària, liderat per un professional d'infermeria. Aquesta nova organització de cures també produeix un augment de la visibilitat dels professionals d'infermeria, amb un lideratge infermer més accentuat durant tot el procés d'atenció.

Pel que fa a la bibliografia (Williams, Weinman, Dale, i Newman, 1995; Youssef, Nel, i Bovaird, 1995) es pot observar en diversos estudis que un dels aspectes que menys valoraven els pacients i les famílies entrevistades era el procés de recuperació de la patologia; no obstant això, elements com l'empatia en el tracte i la capacitat de resposta davant les seves demandes eren aspectes molt valorats. Diversos autors (Arranz, Mira, i Benavides, 1994; Brody et al., 1989; Lamata, Donde, Martinez, i Horno, 1994) manifesten que en entrevistar usuaris i famílies sobre la descripció de l'hospital ideal, indiquen que l'element òptim és l'atenció sanitària que reben, és per això que es creu de vital importància que el MIPR és una millora important al respecte i també un model que té un impacte positiu en tota l'atenció general durant la estància hospitalària, no només relacionada en l'atenció infermera. En aquesta línia, són diferents autors (Brown i Swartz, 1989; Mira, Buil, i Aranaz, 1995; Parasuraman et al., 1985) els que assenyalen la percepció de les cures com un dels elements importants per monitorar en l'atenció sanitària rebuda. En aquesta recerca, trobem que en relació amb el model basat en la infermera primària o referent, els usuaris i les famílies valoren millor l'ítem 9, "El interés del personal para solucionar los problemas de los pacientes ha sido"; l'ítem 11, "La rapidez en que consigues lo que se necesita o se pide ha sido"; l'ítem 16, "El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido"; l'ítem 18, "La información que los médicos dan a los familiares ha sido"; l'ítem 19, "El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido", així com la valoració en l'apartat subjectiu de l'escala en relació amb la recomanació de la institució a altres persones, ja que tenien un professional d'infermeria de referència durant tot el procés d'hospitalització amb qui creaven un adheriment terapèutic i els oferien unes cures integrals i individualitzades.

Paral·lelament, en els ítems 5, “El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia, comodidad) ha sido”; 8, “La facilidad para llegar al hospital ha sido”, i 10, “La puntualidad en las consultas médicas ha sido”, les valoracions dels usuaris i les famílies també van ser millors en el MIPR que en el STB, tot i que no es van canviar l’estat de les habitacions, ni les indicacions de l’hospital, ni cap element per millorar la puntualitat a les consultes. La justificació pot raure en el fet que, tal com s’ha pogut evidenciar bibliogràficament, la impressió inicial condiciona avaluacions posteriors d’usuaris i de famílies. Per exemple, en un estudi previ (Pérez Mora, Mira, García Alonso, i Vázquez, 1994) es va observar com el tracte amb el pacient en el servei d’admissió condicionava la valoració que aquest feia al voltant de la duració de l’espera per entrar a la consulta. Per tant, una millora en l’atenció sanitària en el MIPR ha pogut millorar la percepció general en l’atenció sanitària rebuda en el context institucional, un element que ha provocat una percepció millor sobre elements com les habitacions, el temps d’espera a les consultes, la facilitat per arribar a l’hospital i la informació rebuda durant tota l’estada hospitalària. Per tant, millorar el rol de la infermera permet indirectament incrementar no només la percepció sobre la infermeria, sinó que també millora la qualitat percebuda sobre l’equip i la institució en general.

Per tant, a través d’aquest estudi s’ha pogut determinar la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies i establir un índex de referència en el terreny institucional. Globalment s’ha observat que en el MIPR la qualitat assistencial que percebien usuaris i famílies era millor que en el sistema tradicional o burocràtic.

Avaluar si el model d'infermera primària o referent produeix una millora en la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria

Entre els objectius de la implantació del MIPR hi havia millorar la percepció de l'entorn laboral que tenien les infermeres, amb la intenció d'intentar que les professionals percebessin un ambient de treball adequat que fomentés la satisfacció laboral, un bon treball interdisciplinari amb la resta de l'equip i la possibilitat de brindar unes cures holístiques i integrals basades en l'excel·lència.

La importància de l'entorn laboral en el context hospitalari ha estat molt estudiada anteriorment. La literatura científica (Needleman et al., 2002) emfatitza que la relació entre la seguretat del pacient, la provisió d'infermeres i les característiques organitzacionals de les diferents institucions està interrelacionada. L'any 2002 es va realitzar un estudi en què es van relacionar les dotacions de personal i les condicions amb les quals es desenvolupava la pràctica clínica amb un millor efecte global sobre els resultats dels pacients (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, et al., 2002) i amb una disminució de les taxes de mortalitat i de l'estada hospitalària. A la literatura també s'esmenta que una provisió adequada d'infermeres i un suport organitzacional són clau per millorar la qualitat percebuda pel pacient, la satisfacció del professional i la retenció de professionals d'infermeria en els hospitals (Aiken, Clarke, Sloane, et al., 2002). Diferents autors manifesten que els models tradicionals de planificació de cures ignoren els efectes que els recursos humans d'infermeria causen en la qualitat de les cures que es brinden a pacients i famílies (Aiken et al., 2003, Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, i Wilt, 2007), tot i que és molta la literatura existent que evidencia com la formació de les infermeres i les condicions en què duen a terme la seva pràctica assistencial influeix en el benestar dels pacients (Aiken, Clarke, Sloane, et al., 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et al., 2002; Aiken i Patrician, 2000; Kane et al., 2007; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, i Wilt, 2007). No només això, sinó que també s'ha posat en evidència la relació directa entre ambients desfavorables, la insatisfacció en el lloc de treball, l'esgotament emocional, la intenció

d'abandonar l'hospital i una mala qualitat de les cures que s'ofereixen als usuaris i a les famílies (Patrician, Shang, i Lake, 2010).

Tot i l'evidència científica existent, la percepció de l'entorn laboral de les infermeres és un element complex de conceptualitzar i mesurar, però atesa la importància de la seva influència en la qualitat de l'atenció hospitalària, són diverses les escales que s'han utilitzat per intentar-ho (Bonneterre et al., 2008; Gershon et al., 2004). L'instrument més utilitzat, com s'ha descrit a la metodologia, és el *nursing work index* (NWI), que permet mesurar, avaluar i comparar els factors que classifiquen l'entorn de la pràctica infermera i que es va validar en el context dels hospitals magnètics (Kramer i Hafner, 1989). El NWI va ser modificat en diferents ocasions, el més utilitzat és el *practice environment scale of the nursing work index* (McClure et al., 1983) (PES-NWI), que va ser validat en els hospitals dels Estats Units i d'altres països.

En el context d'aquesta recerca es va utilitzar l'escala PES-NWI (Lake, 2002) en la versió del 2002. Tot i que existeixen versions posteriors que han estat validades en el context espanyol (Fuentelsaz Gallego et al., 2013; López Alonso, 2005) es va decidir la utilització d'aquesta versió perquè és la que es va utilitzar en el projecte RN4CAST l'any 2009 en el context europeu (Sermeus et al., 2011) i espanyol (Fuentelsaz Gallego et al., 2012), i un dels objectius era comparar la percepció de l'entorn laboral de les infermeres de l'Hospital Sant Joan de Déu en relació amb la resta d'institucions sanitàries d'àmbit espanyol i europeu. La fiabilitat i la validesa d'aquesta escala en el terreny estatal va estar valorada en el context de la tesis doctoral d'Orts (Orts Cortés et al., 2013).

Una de les finalitats d'aquesta recerca era avaluar si amb el MIPR la percepció de l'entorn laboral per part de les infermeres en la Unitat d'Oncologia-Hematologia Pediàtrica millorava. Mitjançant l'escala PES-NWI es va monitorar la percepció de l'entorn laboral de les professionals, d'una banda en el STB i posteriorment en el MIPR, i es va comparar.

Els resultats obtinguts en l'escala PES-NWI en el STB posen de manifest que les professionals enquestades estaven d'acord amb la majoria de factors relacionats amb el seu entorn laboral, tal com es pot observar en la taula 9, ja que els resultats de l'escala presentaven una mitjana superior a 2,5 en la majoria d'ítems, exceptuant l'ítem 8, "Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras"; l'ítem 9, "Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes"; l'ítem 12, "Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo"; l'ítem 28 "Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico"; l'ítem 31, "Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes", i l'ítem 32, "Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomenta la continuidad de los cuidados". Aquests ítems descrits van obtenir una puntuació inferior a 2,5, per tant, les professionals estaven en discord amb aquests aspectes dins del seu entorn laboral.

Si s'analitza a quins factors de l'escala pertanyen els ítems amb els quals les professionals estaven en desacord dins del seu entorn laboral, es pot observar que fan referència a dotació de personal i recursos. La valoració desfavorable d'aquests factors no és un fet aïllat, sinó que ha estat reportat amb anterioritat en diferents estudis d'àmbit internacional (Aiken et al., 2011; Heinen et al., 2013; Roche et al., 2016; Warshawsky i Havens, 2011). La resta de factors de l'escala van ser valorats positivament per les professionals, per tant, la majoria d'elles valoraven positivament aquests factors dins el marc institucional en la seva unitat. Com a conseqüència, es pot observar que les professionals d'infermeria, quan realitzaven les cures mitjançant el STB, ja valoraven la institució sanitària com un hospital favorable, ja que es van avaluar quatre factors de l'escala PES-NWI amb una puntuació superior a 2,5. No obstant això, i segons la valoració qualitativa dels professionals, hi havia àrees importants de millora de l'entorn laboral en el STB.

Els resultats obtinguts en l'escala PES-NWI en el MIPR indiquen que les professionals enquestades estaven d'acord amb la majoria de factors referents al seu entorn laboral,

ja que els resultats de l'escala donen una mitjana superior a 2,5 en la majoria d'ítems, exceptuant l'ítem 6, "Hay oportunidad de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital"; l'ítem 8, "Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras"; l'ítem 9, "Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes"; l'ítem 12, "Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo", i l'ítem 18, "Hay oportunidad de ascender". Aquests ítems van obtenir una puntuació inferior a 2,5, per tant, les professionals estaven en desacord amb aquests aspectes del seu entorn laboral. Si analitzem a quins factors de l'escala pertanyen els ítems amb els quals les professionals estaven en desacord, podem observar que tornen a fer referència a la dotació de personal i recursos, que tal com s'ha enumerat amb anterioritat aquest element ja ha estat citat per altres autors en diferents articles de caire internacional (Aiken et al., 2011; Heinen et al., 2013; Roche et al., 2016; Warshawsky i Havens, 2011).

La resta de factors de l'escala van ser valorats positivament per les professionals. Per tant, la percepció de l'entorn laboral en la planta d'Oncologia-Hematologia per part de les infermeres que s'organitzaven mitjançant el MIPR, era favorable, ja que es va obtenir una puntuació superior a 2,5 en quatre factors de l'escala PES-NWI.

Si s'analitzen les diferències obtingudes en l'escala PES-NWI pel que fa a la percepció de l'entorn laboral per part de les infermeres entre el sistema d'organització de cures basades en el STB i en el MIPR, observem que hi ha hagut un increment de la mitjana de PES-NWI entre les dues fases de gairebé 4 punts, no obstant això en aquesta grandària mostral aquesta diferència no arriba a ser significativa ($p = 0,344$ en la prova *t* de Student bilateral de comparació de mitjanes per a mostres independents). Si es realitza un test unilateral —per contrastar que la fase 2 és superior a la 1—, obtenim el valor de $p = 0,172$. No obstant això, si analitzem de manera aïllada cadascun dels ítems de l'escala podem observar que en la majoria d'ítems (però no en tots), hi ha hagut un lleuger increment de la mitjana entre les dues fases, és a dir, les professionals valoraven més positivament l'entorn laboral quan s'organitzaven la seva feina

mitjançant el MIPR que en el STB. Els ítems que presenten una diferència significativa entre un model i un altre són:

Ítem 9: “Hay suficientes enfermeras en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.”

Es va obtenir una $p = 0,016$. Les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia van valorar que en el MIPR hi havia més dotació d'infermeres en plantilla per proporcionar cures de qualitat als pacients.

Ítem 19: “Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado al paciente.”

Es va obtenir una $p = 0,011$. Les infermeres d'Oncologia-Hematologia van opinar que en el MIPR hi havia una filosofia d'infermeria més clara que dominava l'entorn del pacient.

Ítem 25: “Las enfermeras se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.).”

Es va obtenir una $p = 0,028$. Les infermeres van respondre que en el MIPR es sentien més involucrades en la gestió interna de l'hospital. És a dir, en aquesta nova organització de cures, com que infermeria tenia més lideratge i visibilitat elles tenien la sensació de que estaven més involucrades en tota la gestió interna del hospital.

Ítem 28: “Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico.”

Es va obtenir una $p = 0,001$. Les infermeres percebien que en el MIPR les cures infermeres es basaven més en un model d'infermeria que no en un model mèdic. Percebien que aquest element era més destacable que en el STB, ja que tal i com s'ha enumerat al llarg de la recerca, a diferència del STB que és un model biomèdic on l'activitat principal de la infermera és dur a terme tasques per delegació, en el MIPR la infermera té un rol de lideratge i amb més visibilitat durant tot el procés d'hospitalització.

Ítem 32: “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).”

Es va obtenir una $p = 0,002$. Les infermeres percebien que en el MIPR hi havia més continuïtat assistencial per part d’infermeria.

Els ítems següents van obtenir resultats destacables però que no tenien significació estadística (molt possiblement pel volum de la mostra):

Ítem 8: “Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras.”

Es va obtenir una $p = 0,076$, és a dir, les infermeres de la Unitat d’Oncologia-Hematologia valoraven que en el MIPR hi havia més temps i oportunitats per plantejar problemes de cures dels pacients amb altres infermeres.

Ítem 31: “Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes.”

Es va obtenir una $p = 0,062$. Les infermeres responien que en el MIPR es realitzaven més plans de cures, actualitzats i per escrit, de tots els pacients, en comparació amb el STB.

Això no obstant, atès que es van valorar 32 ítems diferents al mateix nivell de significació ($\alpha = 0,05$), s’ha de tenir en compte que alguns d’aquests resultats, concretament els dels ítems 8 i 31, podrien ser falsos positius, és a dir, resultats significatius però per atzar.

Per tant, tot i que amb aquesta grandària mostral la diferència total obtinguda en l’escala PES-NWI entre una fase i l’altra no arriba a ser significativa ($p = 0,344$ en la prova t de Student bilateral de comparació de mitjanes per a mostres independents), si s’analitzen els ítems per separat, es pot afirmar que en la Unitat d’Oncologia-Hematologia Pediàtrica quan es va implantar el MIPR la percepció de l’ambient laboral

per part de les infermeres era millor, ja que percebien que hi havia més infermeres en plantilla per proporcionar cures de qualitat als usuaris i a les famílies, percebien l'existència d'una filosofia clara d'infermeria que dominava l'entorn de cures del pacient, percebien que les infermeres s'involucraven més en la gestió interna de l'hospital, observaven que les cures infermeres es basaven més en un model infermer que en un mèdic i veien que es planificaven les cures dels pacients per fomentar-ne la continuïtat.

Si s'analitza a quines de les subescales corresponen els ítems que van millorar en el MIPR respecte als que ho van fer en el STB en l'escala PES-NWI, es pot observar que la percepció de les professionals entorn les subescales de "participació de les infermeres en temes de l'hospital", "fonaments d'infermeria per la qualitat de les cures" i "dotacions de personal i recursos" van ser millors. En relació amb la subescala de "participació" es pot observar que quan la infermera és més líder assistencial (MIPR), té més visibilitat en la seva feina, una millor relació amb la resta de l'equip interdisciplinari i valora de manera més positiva la seva participació institucional. La literatura revisada (Lake, 2002) assenyala que les infermers fan una valoració positiva de la participació en el terreny clínic i assistencial (participant en comitès i essent consultades per les seves caps).

El factor "fonaments" és la segona subescala que es va veure millorada en aquest nou sistema d'organització de cures. En el MIPR el treball de les infermeres es basa en un model d'atenció que té una gran solidesa, un element que reforça el paper de les infermeres com a part de l'equip assistencial per fer una bona atenció holística i de qualitat, juntament amb un equip interdisciplinari. D'acord amb la literatura es pot observar que quan infermeria presenta un paper de lideratge assistencial, com per exemple les infermeres que tracten temes de cronicitat (Appleby i Camacho Bejarano, 2014), la seva percepció és de millor capacitació professional i de millors competències per desenvolupar l'essència de la seva professió. Per aquest motiu, en aquest nou sistema d'organització de cures la percepció en el factor "fonaments" va ser més bona, perquè la infermera desenvolupava un paper més actiu dins el procés d'hospitalització de l'usuari i de la família.

Finalment, en relació amb el tema de “dotació de personal i recursos” també es va obtenir una puntuació més alta en el MIPR, tal com es pot veure en les taules 30, 31, 32, 33, 34, 35 i 36. Tot i que en el nou sistema d’organització de cures no es van modificar les ràtios infermera-pacient, la percepció de les infermeres en relació amb aquest factor va ser millor. La literatura posa en evidència que davant d’una major provisió de personal i recursos, la percepció de l’entorn laboral per part dels professionals és més favorable (Aiken et al., 2011; Fuentelsaz Gallego et al., 2012; González Torrente et al., 2012; Heinen et al., 2013; Pérez Campos, Sánchez García, i Poncorbo Hidalgo, 2013; Roche et al., 2016; Warshawsky i Havens, 2011).

En els darrers anys, la crisi econòmica en el sector sanitari ha provocat canvis en la dotació de personal i recursos en les diferents institucions sanitàries. Aquest element ha afectat a les infermeres (Martínez, 2012), provocant una pitjor percepció de l’ambient laboral per part seva. No obstant això, en aquesta recerca s’ha pogut observar que quan infermeria té més visibilitat i lideratge, la percepció institucional de la dotació de personal i recursos és millor.

Finalment, és important explicitar que la puntuació mitjana global bruta de l’escala PES-NWI en el STB era de 90,75, dada que suposa una puntuació mitjana bruta de 2,83 per ítem. En el MIPR, en la Unitat d’Oncologia-Hematologia Pediàtrica de l’HSJD la puntuació mitjana global bruta de l’escala PES-NWI va ser de 94,60, xifra que suposa una puntuació mitjana de 2,96 per ítem si es considera una escala d’1 a 4. Per tant, hi va haver un increment en la puntuació mitjana bruta de l’escala PES-NWI del 4,2% en el MIPR (de 90,75 en el STB a 94,60 en el MIPR). En la puntuació mitjana bruta de cada ítem hi va haver un increment de 4,59% (de 2,83 al STB a 2,96 al MIPR).

Pedro *et al.* van realitzar un estudi a la Comunitat Balear amb el qual va registrar una puntuació mitjana en l’escala PES-NWI de 80,4 en l’atenció primària; 74,7, en hospitals petits, i 66,4, en hospitals més grans respectivament (De Pedro Gómez et al., 2011).

Internacionalment els estudis manifesten que hi ha alguns països on les puntuacions de la PES-NWI en hospitals són molt altes, però en canvi en d’altres, inferiors; destacant: Sud-àfrica (resultat obtingut del PES-NWI de 2,67) (Servicio Andaluz de

Salud, 2001), Austràlia (puntuació de 2,7) (Roche et al., 2016) i Japó (puntuació de 2,61) (Anzai, Douglas, i Bonner, 2014). Als Estats Units les puntuacions de l'escala PES-NWI són més altes, tant en hospitals magnètics (puntuació de 2) com en els que no ho són (puntuacions de 2,92) (Ma i Park, 2015). També cal citar estudis realitzats en altres marcs fora del context hospitalari, com en les unitats d'hemodiàlisi i d'atenció domiciliaria, en els quals s'obté una puntuació entorn del 2,99 i 3,09 respectivament (Gardner, Thomas Hawkins, Fogg, i Latham, s.d.; Jarrín, Flynn, Lake, i Aiken, 2014). En aquests serveis hi ha una continuïtat assistencial i més lideratge per part del professional d'infermeria, elements que influeixen positivament en els resultats d'aquestes recerques.

En l'àmbit nacional, en l'estudi de percepció de l'entorn laboral de les infermeres espanyoles en els hospitals del Sistema Nacional de Salut, en el projecte RN4CAST Espanyol (Fuentelsaz Gallego et al., 2012), dels cinc factors de l'escala PES-NWI el més mal valorat va ser la "participació de les infermeres en temes de l'hospital", seguit de la "dotació i adequació de recursos", un element que coincideix amb els resultats obtinguts en aquesta recerca. Els aspectes més ben valorats en aquest estudi van ser "habilitats, lideratge i suport de les infermeres per part dels seus responsables" i els "fonaments infermers per a unes cures de qualitat", elements que coincideixen amb altres estudis (Liu et al., 2012) i també amb aquesta investigació.

Si es compara la mitjana obtinguda en l'estudi RN4CAST espanyol (Fuentelsaz Gallego et al., 2012) en cadascuna de les subescales de l'escala PES-NWI de les unitats estudiades i els resultats obtinguts en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu en el STB i el MIPR es pot observar que hi ha hagut variacions en diferents aspectes laborals, tal com s'exposa a continuació.

- **Dotació de personal i recursos:** la puntuació mitjana bruta en aquesta subescala en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu va ser de 1,91 en el STB i de 2,35 en el MIPR. En les unitats mèdiques (UM) de les institucions sanitàries analitzades en el projecte RN4CAST Espanyol va ser de 2,20; en les unitats quirúrgiques (UQ), de 2,14, i en les unitats de cures intensives (UC), de 2,41.

Per tant, tot i que estàvem en un context diferent amb unes característiques institucionals i professionals diferents podem observar que la percepció de l'entorn laboral en relació amb la dotació de personal i de recursos en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu en el STB era inferior respecte totes les unitats analitzades en el projecte RN4CAST, no obstant al implantar el MIPR totes les puntuacions que es van obtenir en aquesta subescala eren millors que les puntuacions obtingudes al projecte RN4CAST, exceptuant les unitats de crítics avaluades.

- **Relacions laborals infermera-metge:** la puntuació mitjana bruta en aquesta subescala en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu va ser de 3,02 en el STB i de 3,04 en el MIPR. En les unitats mèdiques de les institucions sanitàries analitzades en el projecte RN4CAST espanyol va ser de 2,45; en les unitats quirúrgiques, de 2,38, i en les unitats de cures intensives, de 2,37. Per tant, podem observar que les relacions laborals infermera-metge en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu estaven més ben valorades respecte a totes les unitats d'hospitalització incloses en el projecte RN4CAST, tant en el STB com en el MIPR.
- **Habilitat, lideratge i suport a les infermeres per part del seu responsable:** la puntuació mitjana bruta en aquesta subescala en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu va ser de 3,47 en el MIPR i de 3,53 en el STB. En les unitats mèdiques de les institucions sanitàries analitzades en el projecte RN4CAST espanyol va ser de 2,61; en les unitats quirúrgiques, de 2,61, i en les unitats de cures intensives, de 2,42. Per tant, la percepció en aptitud, lideratge i suport de la supervisió en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu era millor respecte a totes les unitats d'hospitalització previstes en el projecte RN4CAST, tant en el STB com en el MIPR.
- **Fonaments infermers per a unes cures de qualitat:** la puntuació mitjana bruta en aquesta subescala en la Unitat d'Oncologia Hematologia de l'Hospital Sant Joan de

Déu va ser de 2,76 en el STB i de 3,24 en el MIPR. En les unitats mèdiques de les diferents institucions sanitàries analitzades en el projecte RN4CAST espanyol va ser de 2,6; en les unitats quirúrgiques, de 2,59, i en les unitats de cures intensives, de 2,44. Per tant, els fonaments infermers per a unes cures de qualitat en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu van ser més ben avaluats respecte a totes les unitats d'hospitalització incloses en el projecte RN4CAST tant en el STB com en el MIPR.

- **Participació de les infermeres en temes de l'hospital:** la puntuació mitjana bruta en aquesta subescala en la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu va ser de 2,93 en el STB i de 3,08 en el MIPR. En les unitats mèdiques de les institucions sanitàries analitzades en el projecte RN4CAST espanyol va ser de 2,08; en les unitats quirúrgiques, de 2,05, i en les unitats de cures intensives, de 1,99. Per tant, la percepció de la participació de les infermeres de la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu en temes institucionals era millor respecte a totes les unitats d'hospitalització previstes en el projecte RN4CAST, tant en el STB com en el MIPR.

Es pot afirmar, doncs, que la percepció de l'entorn laboral dels professionals d'infermeria de la Unitat d'Oncologia-Hematologia de l'Hospital Sant Joan de Déu, amb una organització de cures basades en el MIPR, era millor que totes les unitats observades dins el territori estatal en el context del projecte RN4CAST (Fuentelsaz Gallego et al., 2012), així com millor respecte al període quan s'organitzava mitjançant el STB. Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, i Nutbeam (2009) van reflectir en el seu estudi que les infermeres dels hospitals amb pitjor entorn laboral eren susceptibles de tenir insatisfacció laboral, esgotament emocional i dificultat per proporcionar unes cures de qualitat; contràriament, als hospitals amb un ambient laboral satisfactori, era més freqüent que s'oferissin unes cures infermeres de més qualitat. Per tant, aquest element també és millorat amb el MIPR.

Descriure les estratègies desenvolupades durant el procés de realització de la IAP

Els dissenys d'IAP són estudis que possibiliten la comprensió de fenòmens que intervenen en la pràctica quotidiana, en la qual el problema no és determinar quins elements són veraders o falsos, sinó que s'adapta millor al context de l'estudi.

Per tant, la primera estratègia que es va desenvolupar en aquesta investigació va ser construir una nova forma d'organització de cures amb l'experiència gestora i assistencial de les professionals participants en aquesta recerca i de la investigadora principal. Es van respectar les seves percepcions i seguint la línia de Kron i Durbin (1983) es va definir una nova organització de cures, el model de la infermera primària com un concepte, una idea modificable i adaptable, per oferir una atenció més individualitzada centrada en el pacient i la família.

A partir d'una situació problemàtica, en la qual es percebia un dèficit de cures personalitzades, es va plantejar una situació que era susceptible d'estudi i canvi. Aquesta metodologia innovadora va permetre establir un vincle entre teoria i pràctica, i la possibilitat que les infermeres gestores i assistencials poguessin organitzar les condicions per aprendre de la seva experiència. Amb la IAP es va permetre planificar, actuar, observar i reflexionar d'una manera sistemàtica, rigorosa i adaptativa un nou model d'organització de cures a través d'un procés reflexiu dels professionals com a recurs per a la millora i el coneixement de la realitat. Aquesta metodologia va permetre canviar una forma d'organitzar les cures, d'una unitat d'hospitalització pediàtrica, a partir de la investigació i la reflexió de les professionals i d'una interacció entre la pràctica i la teoria per comprendre com s'estava treballant i com es podia millorar, amb la finalitat que els usuaris i les famílies poguessin gaudir d'una qualitat assistencial millor.

Realitzar un canvi en l'organització de les cures infermeres d'una unitat d'hospitalització no només influencia les infermeres, sinó que també afecta la resta de

professionals de l'equip interdisciplinari: auxiliars, metges, administratius, psicòlegs, dietistes i d'altres. En aquesta línia, amb la finalitat que fos ben acceptat per la resta de l'equip es van dur a terme diferents reunions interdisciplinàries per fer coneixedors del projecte a la resta de professionals de l'equip de la unitat. Aquest element també va afavorir l'acceptació per part dels altres col·lectius. També va ser clau la presència d'una infermera d'enllaç, escollida per la coordinadora de la unitat, que afavoria l'intercanvi d'informació entre infermeres gestores i assistencials. Ella, amb un lideratge adquirit dins la unitat, va facilitar tot el procés d'implantació d'aquesta nova organització de cures.

Un altre element que va ajudar en el desenvolupament d'aquesta nova forma d'organització de les cures va ser l'acompanyament de les professionals durant tot el procés. En la fase de desenvolupament de l'acció, es va realitzar un grup focal amb infermeres expertes i assistencials orientat a debatre i reflexionar com modificar els elements percebuts com a millorables i potenciar els que valoraven com a potenciables. Això va permetre que continuessin protagonitzant i liderant aquest projecte, i alhora fomentar l'exploració amb profunditat de la riquesa i la complexitat inherent a tot el procés. S'accedia a tots els professionals i es valorava contínuament com percebien el canvi, com se sentien, què pensaven i com actuaven.

En aquesta recerca també va ser molt important el fet que, prèviament als grups focals, es van fer a mans dels participants dos articles científics sobre el tema amb la finalitat de que fossin coneixedors del model. Aquest element també va ser molt proactiu i facilitador perquè els grups focals fossin més productius. Un cop realitzada l'anàlisi dels diferents grups focals també es van enviar els resultats als assistents per corroborar que es plasmaven les seves idees i percepcions en l'informe. Aquest element també va fomentar la motivació i la participació de les infermeres durant tot el procés del treball de camp.

Haver fet una triangulació metodològica en aquesta recerca amb disseny qualitatiu i quantitatiu, una triangulació de participants i de tècniques de recollida de dades (grups focals, diari de camp i observació no participant), ha permès obtenir més dades amb

una major validesa i més rigor científic, i també ha estat una eina molt valuosa en el procés d'implantació d'aquesta nova organització de cures.

La IAP ha estat una metodologia clau per produir un canvi d'aquestes característiques, ja que ha fomentat el lideratge d'infermeres gestores i assistencials en aquest projecte. S'ha posat èmfasi en les professionals i en la seva capacitat d'acció, de diàleg, de reflexió, de canvi des del compromís, de col·laboració i de generació de coneixement pràctic i teòric.

També cal fer referència al fet que l'elevada càrrega assistencial de les professionals de la unitat d'hospitalització, a causa de la complexitat de cures que precisen aquests pacients i famílies hospitalitzats, va ser un element que no va facilitar el procés, ni tampoc l'aparició d'un brot infecció que va produir que els infants i les famílies haguessin de ser reubicats, fet que va requerir haver de canviar d'infermera primària o referent. No obstant això, es va percebre que aquest model facilita l'adaptació i la implicació dels professionals davant una situació imprevista. Paral·lelament, el lideratge de la coordinadora de la unitat, així com la motivació de les diferents professionals, va permetre aconseguir que la implantació del nou model fos un èxit.

L'impacte d'aquest procés, la implantació d'una remodelació en l'organització de les cures infermeres en la unitat d'Oncologia-Hematologia de l'HSJD, ha generat coneixement i evidència, adaptada a les característiques del HSJD, element que ha permès extrapolar aquest model en altres unitats de l'hospital. La participació d'infermeres gestores i assistencials com a agents de canvi en la implantació d'aquesta nova organització de cures en aquesta unitat, també les ha convertit en actores principals en implicar noves professionals d'infermeria en altres unitats on es produirà aquesta reorganització de les cures infermeres.

Finalment, és important esmentar que en aquesta investigació s'ha fet evident que el compromís i l'esforç dels professionals són dos elements fonamentals per a la millora i la innovació. Els professionals s'impliquen quan tenen la certesa que hi haurà conseqüències positives, el canvi es fa en un context sense coaccions ni amenaces, es tenen en compte totes les persones a qui el canvi afecta i es valora l'interès

institucional en la millora de les cures als malalts, i a les famílies, a més a més de la cura dels professionals (Novel Martí, 2012).

CAPÍTOL 11

Conclusions

A continuació es presenten les conclusions generals en referència als objectius formulats per a aquesta recerca:

- La IAP és un disseny de recerca qualitativa apropiat per produir canvis i millores en la pràctica professional de les infermeres, ja que es fomenta la reflexió, l'aprenentatge i la transformació de la pràctica clínica a través d'una participació activa i continuada. Els objectius de la metodologia de la IAP s'ajusten als objectius proposat en aquesta recerca: produir canvis individuals i col·lectius, i comprendre la pràctica per millorar-la a través de les diferents etapes d'aquesta metodologia i amb una retroalimentació contínua durant el procés.
- La participació i implicació de les infermeres assistencials i gestores, com a actores principals dels canvis que elles mateixes han realitzat, ha estat un element clau per a l'assoliment de l'èxit. Totes han tingut un paper rellevant en la presa de decisions fruit d'una reflexió continuada i objectiva sobre les dificultats, els punts febles, les fortaleses, les àrees de millora i les necessitats de redisseny del model proposat. Això ha fomentat una cultura professional basada en la necessitat de qüestionar la pràctica professional per cercar la millora i l'excel·lència. Les professionals d'infermeria van estar d'acord en l'afirmació que el sistema tradicional o burocràtic era un model organitzatiu que es podia millorar, ja que en aquest les infermeres no tenien el lideratge suficient durant tot el procés d'hospitalització, hi havia una manca de personalització de les cures infermeres i es dificultava l'atenció integral del pacient i la seva família, a més a més que el treball interdisciplinari era millorable per part de tot l'equip de la unitat.
- El model organitzatiu basat en la figura de la infermera primària o referent va ser valorat positivament per infermeres gestores i assistencials. El van valorar com un model amb una visió més humanista, ja que infermeria orienta la seva activitat assistencial al malalt i a la família, i no es basa en un model biomèdic més fonamentat en la patologia. Les infermeres esmentaven que a través

d'aquesta organització podien aconseguir un adheriment terapèutic millor amb els pacients i les famílies de qui eren referents, podien oferir unes cures de més qualitat a través de la metodologia infermera i podien assolir un lideratge assistencial major durant tot el procés d'hospitalització. Amb aquest model organitzatiu s'afavoreix la continuïtat assistencial al llarg dels diversos processos d'hospitalització dels malalts pediàtrics oncològics, i es poden identificar més fàcilment necessitats de cures, es poden planificar intervencions fonamentals i se'n poden avaluar els resultats obtinguts. Amb aquest model, infermeria reconeix el significat que la patologia té per a cada pacient o família, i identifica les necessitats i les expectatives que els sorgeixen. La infermera referent es fa més visible davant dels infants i dels pares perquè fa prestació de cures des de la seva expertesa clínica i suport emocional i psicològic des d'una relació basada en la confiança i el reconeixement mutu. L'establiment d'aquesta relació li permet brindar unes cures personalitzades de més qualitat i oferir una continuïtat assistencial i una atenció integral d'usuaris i de famílies. Paral·lelament, aquest model potencia el paper autònom d'infermeria i fa que les professionals valorin millor la seva pràctica professional.

- Un dels avantatges del disseny metodològic de la IAP és que permet produir un canvi social sobre la pràctica infermera consensuat i acordat per les professionals que l'han de dur a terme. La participació de les infermeres gestores i assistencials en la metodologia de recerca, i en el disseny i la implantació del model organitzatiu basat en la infermera referent han potenciat una major autonomia i més lideratge d'aquestes professionals. Les professionals es van sentir el centre del canvi i actores clau de la recerca, en ser participants actives de tot el procés, i van experimentar la capacitat de generar teories de la seva pràctica assistencial. A través de la IAP s'ha fomentat la relació professional entre gestores i assistencials, i s'ha posat de relleu el valor que les infermeres atorguen a l'acte de cuidar i quins són els elements viscuts com a necessaris per oferir unes cures basades en l'excel·lència, tant des del punt de vista gestor com assistencial. S'ha aconseguit la implicació de les

infermeres, gestores i assistencials, en tota la investigació, i aquest element ha estat la clau de l'èxit. Els factors limitadors més destacats d'aquesta metodologia per implantar canvis en la pràctica assistencial infermera cal relacionar-los amb l'àmbit estructural i col·lectiu, presents d'una manera força arrelada en la manera de pensar de les professionals. Produir una remodelació en l'organització de les cures infermeres en una planta d'oncologia-hematologia ha estat un procés complex, però possible. Aquest canvi s'ha aconseguit gràcies al compromís previ de les infermeres gestores i assistencials amb la millora de l'organització de les cures, el lideratge per desenvolupar tot aquest canvi i la sinergia amb el procés de la IAP, que ha estat un instrument facilitador.

- El model organitzatiu basat en la figura de la infermera primària o referent produeix un augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies respecte al model tradicional o burocràtic.
- La percepció de l'entorn laboral per part de les professionals d'infermeria de la Unitat d'Oncologia de l'Hospital Sant Joan de Déu va ser millor en el model d'infermera primària o referent que en el sistema tradicional o burocràtic.
- Les estratègies desenvolupades durant tot el procés de la IAP han permès construir un nou model d'organització de cures, basat en la figura de la infermera primària o referent, a partir de l'experiència gestora i assistencial de les professionals d'infermeria. Amb aquesta metodologia s'ha establert un vincle entre teoria i pràctica i la possibilitat que les infermeres assistencials i gestores aprenguin de la seva experiència, per després transformar-la. Les estratègies emprades en aquest procés es detallen a continuació:
 - Les reunions interdisciplinàries amb l'equip de la unitat, que han afavorit l'acceptació d'aquest canvi de model organitzatiu.
 - La participació de les infermeres gestores, des d'un lideratge de tipus transformacional i motivant i que inspira les infermeres assistencials per al canvi.

- La presència d'una infermera d'enllaç, per millorar l'intercanvi d'informació entre infermeres gestores i assistencials.
- La implicació de les professionals assistencials des del moment inicial de la recerca, amb la metodologia IAP, n'ha garantit el compromís i la flexibilitat davant les dificultats, ja que produir un canvi d'aquesta envergadura requereix consciència professional, un cert canvi de mentalitat i esforç personal.
- El treball conjunt en la presa de decisions de les infermeres assistencials i gestores, durant tot el procés, ha trencat unes relacions jeràrquiques i les ha fet més igualitàries, fet que també ha contribuït en un desenvolupament positiu del projecte.
- La realització d'un grup focal en la meitat del desenvolupament de l'acció, amb infermeres gestores i assistencials, per reflexionar sobre com modificar els elements percebuts com a millorables i reforçar aquells que es valoraren com a potenciables.
- La tramesa de l'evidència científica sobre el tema a tots els assistents, prèviament als grups focals, amb la finalitat que fossin coneixedors del tema i poguessin ser més proactius en els grups focals.
- La triangulació metodològica amb el disseny qualitatiu i quantitatiu i la triangulació de participants i de tècniques de recollida de dades (grups focals, diari de camp i observació no participant) també ha permès obtenir més dades amb una major validesa i més rigor científic.
- La capacitat de lideratge de la coordinadora de la unitat i la motivació i el compromís de les diferents professionals, ha aconseguit que la implantació d'aquest model hagi estat un èxit.

CAPÍTOL 12

Limitacions de la recerca

En aquest capítol s'enumeraran les limitacions que s'han trobat en aquesta recerca, que són les següents:

En primer lloc cal esmentar que en tota recerca existeix la possibilitat de biaixos d'informació, tant per observació com per classificació. És possible que alguns dels resultats obtinguts s'hagin pogut explicar per una incorrecta classificació dels participants, o bé que les variables no s'hagin mesurat correctament i de la mateixa manera en tots els subjectes. Les causes d'aquests biaixos d'informació poden ser les variacions individuals per part de l'observador, dels subjectes d'estudi o de l'instrument de mesura. Tot i així s'ha intentat minvar l'efecte d'aquest biaix mitjançant la utilització d'escales validades i l'enregistrament de les sessions de recollida d'informació qualitativa.

En segon lloc en tot el procés d'implantació de la recerca, s'han percebut dificultats en el desenvolupament del procés (per causes organitzatives) que han dificultat la recerca. En aquest apartat s'inclou que, durant la implantació de l'acció (MIPR), a causa d'un brot infecció dins la unitat, es va haver de reubicar alguns infants i algunes famílies, amb la necessitat d'haver de canviar la infermera referent. Fruit d'aquest entrebanc, alguns usuaris i algunes famílies van tenir dues infermeres referents durant l'ingrés hospitalari en lloc d'una, amb la necessitat de crear dos adheriments terapèutics amb dos professionals diferents.

En aquesta recerca també es disposava d'una mostra reduïda. El lloc d'estudi d'aquesta investigació era la Unitat d'Oncologia-Hematologia, i tal com s'ha explicat l'elevat nombre de reingressos dels usuaris i de famílies i la llarga estada hospitalària, només va permetre reclutar una mostra de 34 usuaris i famílies que complissin els criteris d'inclusió i d'exclusió de l'estudi.

Paral·lelament, en relació amb els professionals d'infermeria, tot i que només es van poder reclutar 20 professionals d'infermeria que desenvolupessin l'activitat

assistencial dins la Unitat d'Oncologia-Hematologia i que complissin els criteris d'inclusió i d'exclusió, aquest era tot el personal assignat a la planta d'hospitalització.

És adequat ressaltar també com a limitació d'aquest estudi que la investigadora principal tenia coneixement sobre el tema i que és infermera assistencial de la institució hospitalària, no obstant això s'ha intentat en tot moment respectar el principi de neutralitat perquè no fos una dificultat en la interpretació de les dades.

Una altra limitació és l'elevada càrrega assistencial dels professionals d'infermeria en la unitat d'hospitalització on s'ha implantat el nou model d'organització de cures. L'elevada càrrega de treball ha restat temps a les diferents professionals per a una major implicació com a agents actius en la recerca, quant a prendre notes de camp de totes les observacions realitzades, fet que va ser neutralitzat i reparat pels debats que es van fer en els grups focals en la fase d'acció i d'avaluació final, a més a més de les observacions i notes de camp de la investigadora principal.

Finalment enumerar que referent a la percepció d'usuaris i famílies en aquesta recerca només es disposa de resultats quantitius, si s'hagués pogut fer una recerca qualitativa complementaria que contemplés totes les seves percepcions s'hauria obtingut més resultats entorn la qualitat assistencial percebuda en el STB i en el MIPR.

CAPÍTOL 13

Aplicabilitat i utilitat clínica i
línies futures d'investigació

El resultat d'aquesta recerca serà d'interès per a la comunitat científica infermera i per les diferents institucions sanitàries, especialment per als qui treballen en l'àmbit d'hospitalització pediàtrica, perquè ajudarà a conèixer tots els avantatges que la infermera primària o referent pot aportar als professionals en l'atenció d'aquestes persones, entre els quals destaca l'augment de la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies i una millora en la percepció de l'entorn laboral dels professional en aquest sistema d'assignació.

S'espera que els resultats d'aquest estudi serveixin, a les organitzacions sanitàries, per fer nous plantejaments en el sistema d'assignació d'infermeria i per desenvolupar nous models d'atenció que puguin garantir la qualitat de les cures i el grau de satisfacció laboral del professional, i en els quals el pacient i la família siguin al centre de l'atenció i fins i tot dins de l'equip interdisciplinari. També s'espera que aquesta recerca ajudi a desenvolupar la professió d'infermeria i esdevingui protagonista fonamental i necessària dins del sistema sanitari, així com agent de canvi dels models de cures actuals.

En l'àmbit institucional, en el context de l'Hospital Sant Joan de Déu, aquest model s'està extrapolant a la resta d'unitats i serveis, replicant la mateixa metodologia que es va utilitzar en aquesta recerca. Cal destacar també que aquesta recerca ensenya que els professionals de la salut més pròxims als usuaris i a les famílies tenen una gran capacitat de produir canvis per millorar la qualitat assistencial que perceben els usuaris i les famílies, no obstant això aquests canvis precisen d'iniciatives que donin suport a les propostes transformatives.

Finalment, és important posar de manifest la importància de la recerca en infermeria per augmentar el cos de coneixements de la nostra professió, un fet que incidirà necessàriament en una milloria de la qualitat assistencial que brindem als nostres usuaris i a les nostres famílies.

CAPÍTOL 14

Difusió de la recerca

La difusió científica que s'ha fet d'aquesta recerca és la següent:

○ **Congressos i jornades:**

- Comunicació a la jornada de l'Hospital Sant Joan de Déu Investiguem, Innovem i Apliquem, amb el títol: "Infermera primària o referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari/família i del professional" (Barcelona, març del 2015).
- Pòster al V Congreso Internacional de Enfermería de la Infancia y XXI Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia, amb el títol: "Calidad asistencial percibida por usuarios/familias y satisfacción del profesional de enfermería en un hospital pediátrico de tercer nivel" (Màlaga, abril del 2016).
- Comunicació al XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investén, Instituto de Salud Carlos III), amb el títol: "Estudio para conocer el nivel de satisfacción percibida por usuarios/familias en un hospital pediátrico de nivel III" (la Corunya, novembre del 2016).
- Pòster al Congreso Internacional y Enfermería (ICN Congress 2017): Las Enfermeras a la Vanguardia Mejorando los Cuidados, amb el títol: "Estudio para conocer la percepción del entorno laboral de las enfermeras en un hospital pediátrico de III nivel" (Barcelona, maig del 2017).
- Comunicació a la jornada de l'Hospital Sant Joan de Déu Infermeres, una Veu per Liderar, Assolint els Objectius de Desenvolupament Sostenible, amb el títol: "La infermera primària o referent en una unitat d'oncologia-hematologia pediàtrica" (Barcelona, maig del 2017).
- Comunicació en el 6^è Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa, amb el títol: "La implantación de la enfermera primaria o referente en una unidad de oncología-hematología pediátrica a través de un proceso de investigación-acción participativa" (Salamanca, juliol del 2017).
- Comunicació en el XXI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investén, Instituto de Salud Carlos III), amb el títol: "Percepción

del entorno laboral de enfermería en un hospital en función del modelo de asignación de enfermería utilizado” (Madrid, noviembre del 2017).

○ **Publicacions:**

- Lahuerta Valls, L., Blanco Blanco, J., Roca Caparà, N. (2017). La implantación de la enfermera primaria o referente en una unidad de oncología-hematología pediátrica a través de un proceso de investigación - acción participativa. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 90-99. Disponible a: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1198/1159>
- Lahuerta Valls, L. Roca Caparà, N., Blanco Blanco J. (2017). ¿ESTÁN SATISFECHAS LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN ONCOLOGÍA-HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA CON SU ENTORNO LABORAL?. *ENE, Revista De Enfermería*, 12(1). Disponible a: <https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/709>

○ **Premis i beques:**

- Una part d'aquesta recerca va guanyar una ajuda per a projectes de recerca d'infermera dins el marc de Reconeixement i Ajudes a la Recerca de la Fundació Infermera i Societat del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. La recerca esmentada va ser enregistrada amb el número PR-008-16 i va obtenir l'ajuda de 3.080 €, una quantia designada pels avaluadors de la Convocatòria d'Ajudes a Projectes de Recerca del 2016.

BIBLIOGRAFIA

- Abad Corpa, E., cures Hito, P., i Cabrero García, J. (2010). La investigación-acción participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Revista de Investigación Y Educación En Enfermería*, 28(3), 464–474.
- Adam, E. (1991). *Être infirmière. Un modèle conceptuel* (3th ed.). Montreal: Études Vivantes.
- Adams, A., Bond, S., i Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 612–627.
- Adams, A., Bond, S., i Hale, C. A. (1998). Nursing organizational practice and its relationship with other features of ward organization and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1212–1222.
- Aiken, L., Clarke, S., i Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187–194.
- Aiken, L. H. (1996). Hospitales con magnetismo: Un modelo de organizacion para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*, 5. Disponible a <http://swaf.pop.upenn.edu/biblio/hospitales-con-magnetismo-un-modelo-de-organizacion-para-mejorar-los-resultados-de-los-paci-0>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., i Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617–1623. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., i Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., i Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., i Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146–153.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/BMJ.E1717>

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., ... Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., i Klocinski, J. L. (1997). Hospital nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103–7.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., i Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760–72.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., i Lake, E. T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771–87.
- Allen, D. E., i Vitale Nolen, R. A. (2005). Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(6), 277–82.
- Alonso Coello, P., Zamora Romero, J., Rigau Comas, D., i del Campo, R. R. (2009). Rendimiento diagnóstico en enfermedad anal benigna en atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 582–583. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.011>
- ALTHAIA. Xarxa assistencial de Manresa. (s.d.). Enfermera Referente (ER), un proyecto motivador para el profesional y de satisfacción para el paciente. Disponible a http://www.esade.edu/landings/masters-en-derecho-esade/?source=SEM&campaign=SEM-Google-Display-MD-Generica&medium=Ads&gclid=EAlaIQobChMlu9ny5ZWv2QIVFxYbCh0b6AHBEAEYASAAEgJ5AvD_BwE
- Altrichter, H. (2002). The concept of action research. *The Learning Organization*, 9(3), 125–131.
- Alvarez Gallego, E., i Fernandez Rios, L. (1991). . El síndrome del burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (21), 257–265. Disponible a <http://www-e-thinkingformacion.es/wp-content/uploads/2014/03/bournout.pdf>
- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. In I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (p. 107–152). Barcelona: Gedisa.
- American Nurses Credentialing Center. (s.d.). Disponible a <http://www.nursingworld.org/ancc/index.htm>
- Anguera Guinovart, E., i Martínez Bateman, F. (2011). Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Revista de La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(3), 172–180.

- Antolí Sasot, J. (1998). La Enfermera de Referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. *Enfermería Clínica*, (8), 71–76.
- Anzai, E., Douglas, C., i Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 171–178. <https://doi.org/10.1111/nhs.12081>
- Appleby, C., i Camacho Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la enfermera de práctica avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
- Arcelay, A., Lorenzo, S., Bacigalupe, M., i Mira, J. J. (2000). Adaptación de un modelo de calidad total al sector sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 15, 184–191.
- Arcelay, A., Sánchez, E., Hernández, L., Inclán, G., Bacigalupe, M., Letona, J., ... Martínez Conde, A. E. (1999). Self-assessment of all the Health centres of a public Health service through the European Model of Total Quality Management. *International Journal Health Care Quality Assurance*, (12), 54–58.
- Arranz, J., Mira, J., i Benavides, F. G. (1994). Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*, (112), 35–40.
- Arroy, P., Cortina, A., i Zugastri, J. (1997). *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Atkinson, P., i Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In N. K. Denzin i Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 248–261). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Avedis Donavedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica. La prensa médica Mexicana*. México: La Biblioteca.
- Avila Gonzalez, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85–104.
- Bakken, S., i Jones, D. A. (2006). Contributions to translational research for quality health outcomes. *Nursing Research*, 55(2), S1-2.
- Balanza, N. (1997). El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. *Ciencia Y Enfermería*, 3(1), 59–68.
- Baribeau, C., i Germain, M. (2010). L'entretien de groupe: considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, 29(1), 28–49.
- Bartolomé Pina, M. (1986). La investigación cooperativa. *Educar* 10, 51–78.
- Bellman, L. M. (1996). Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 129–38.

- Benner, P. E. (1995). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. London: Addison-Wesley.
- Benner, P. E., i Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., i Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Berg, B. L., i Lune, H. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Pearson.
- Bes, C. G., Navarro, F. H., i Esparza, I. H. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, 10(3), 221–231. Disponible a <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125491>
- Billing, K., Newland, H., i Selva, D. (2007). Improving patient satisfaction through information provision. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 35(5), 439–447. <https://doi.org/10.1111/j.1442-9071.2007.01514.x>
- Binnie, A., Titchen, A., i Lathlean, J. (1999). *Freedom to practise: the development of patient-centred nursing*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Blancafort, S. (2006). ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios?. *Enfermería Clínica*, 16(1), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71170-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71170-6)
- Blanchard, K., i O'Connor, M. (2003). *Managing by values*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Bonnetterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., i de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: A critical review. *Journal of Nursing Measurement*, 16(3), 207–230. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.16.3.207>
- Bowers, M. R., Swan, J. E., i Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Management Review*, 19(4), 49–55.
- Braña Marcos, B., Carrera Martínez, D., De la Villa Santoveña, M., Avanzas Fernández, S., Gracia Corbato, M., i Vegas Pardavila, E. (2012). Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2011.07.005>
- Brennan, P. F., i Anthony, M. K. (1998). Nursing practice models: implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*, 28(10), 26–31.

- Brennan, P. F., i Anthony, M. K. (2000). Measuring Nursing Practice Models using Multi-Attribute Utility theory. *Research in Nursing & Health*, 23(5), 372–82.
- Briggs, M. (1997). Implementing research. *Nursing Standard*, 11(28), 42.
- Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E., Smith, D. G., Lazaro, C. G., i Blum, M. J. (1989). The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*, 27(11), 1027–35.
- Brown, S., Nelson, A. M., Bronkesh, S., i Wood, S. (1993). *Patient satisfaction pays. Quality service for practice succès*. Gaithersburg: Aspen Publication.
- Brown, S. W., i Swartz, T. A. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, 53, 92–98.
- Buitrago, J. P. (2006). El conocimiento-empírico en la investigación-acción: análisis de los aspectos epistemológicos. *Revista Complutense de Educación*, 17(2), 105–118. <https://doi.org/10.5209/RCED.16678>
- Cadotte, E., Woodruff, R., i Jenkins, R. (1987). Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24, 305–314.
- Camaño Puig, R., i Forero Rincón, O. (2000). Plantillas de enfermería (I). Revisión bibliográfica. *Revista Rol de Enfermería*, 23(10), 727–731.
- Cañas Nuñez, F., Ferrer Pérez, M. A., Fernández Garcia, G. A., Plaza del Pino, F. J., Jimenez Garcia, J., i Subirá Imberón, A. (2007). La humanización del cuidado. Un imperativo en cuidados intensivos. *Tesela*, (2).
- Cardona, L., i Silva, L. (2004). Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. *El Arte Y La Ciencia Del Cuidado*, 157–162.
- Cardozo, R. (1965). An experimental study of customer effort expectation and satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 2, 244–249.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Casadó Marin, L., i Delgado Hito, P. (2015). Metodologia qualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges. In M. Lleixà Fortuño i P. Montesó Curto (Eds.), *Investigació en infermeria: teoria i pràctica*. Tarragona: Publicacions URV.
- Castillo, L., Dougnac, A., Vicente, I., Muñoz, V., i Rojas, V. (2007). Predictors of the level of patient satisfaction in a university hospital. *Revista Medica de Chile*, 135(6), 696–701. <https://doi.org/S0034-98872007000600002>

- Castrillón, M., Orrego, S., Pérez, L., Ceballos, M., i Arenas, G. (2013). La enfermería en Colombia y la reforma en el sector salud. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 17(1), 13–33. Disponible a <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16886>
- Champion, V. L., i Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 14(9), 705–10.
- Churchill, G., i Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19, 491–504.
- Coghan, D., i Casey, M. (2001). Action research from inside; issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 674–682.
- Colliere, M. F. (1986). Invisible care and invisible women as health care-providers. *International Journal of Nursing Studies*, 23(2), 95–112.
- Consejo General de Enfermería. (2000). *El Consejo General de Enfermería impulsa una guía europea para la contratación de enfermeras*. Disponible a www.ocenf.org
- Cook, D. A., Bordage, G., i Schmidt, H. G. (2008). Description, justification and clarification: a framework for classifying the purposes of research in medical education. *Medical Education*, 42(2), 128–133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02974.x>
- Creswell, J. W., i Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Cronin, J. J., i Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55–68.
- Curtis, J. R., Cook, D. J., Wall, R. J., Angus, D. C., Bion, J., Kacmarek, R., ... Puntillo, K. (2006). Intensive care unit quality improvement: a guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, 34(1), 211–218.
- Da Silva, L., Coleho, M., De Lima, C., i Silva de Souza, P. (2002). Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. *Enfermería*, 37(120), 22–28.
- Daza de Caballero, R., Prieto de Romano, G. I., i Torres Pique, A. M. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*, 14(48–49), 18–23.
- De Pedro Gómez, J., Morales Asensio, J. M., Sesé, A., Bennasar, M., Artigues, G., i Perelló, C. (2011). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191–197.

- del Río, V. (2012). Excelencia, calidad y eficiencia a partir de la gestión del compromiso y la innovación. *Observatorio*.
- del Rosario Mendoza, M. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, 36(1), 22–29. Disponible a <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10636105>
- Delgado, A. (2002). Desarrollo profesional y mejora del rendimiento (high performance). *Capital Humano*, 151.
- Delgado Hito, P., i Gastaldo, D. (2006). Avaliação participativa da assistência em enfermagem em uma unida de de cuidados intensives na Espanha. Da reflexao à mudança nas práticas do cuidado. *Avaliação Qualitativa de Programes de Saúde*.
- Delgado Hito, P., Sola Prado, A., Mirabete Rodríguez, I., Torrents Ros, R., Blasco Afonso, M., Barrero Pedraza, R., ... Quinteiro Canedo, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 110–126. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(01\)78029-7](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(01)78029-7)
- Denzin, N. K., i Lincoln, Y. S. (2005). Communicative action and the public sphere. In *The Sage handbook of qualitative research* (p. 559–603). Sage Publications.
- Denzin, N. K., i Lincoln, Y. S. (2011). *Manual de investigación cualitativa*. Gedisa. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=490631>
- Dewing, J., i Traynor, V. (2005). Admiral nursing competency project: practice development and action research. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 695–703. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01158.x>
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(1), 22–29. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77470-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77470-8)
- Díaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(1), 35–42. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74716-X](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74716-X)
- Dickens, P. (1994). *Quality and excellence in uuman services*. Chichester: Wiley.
- Diers, D. (1986). To Profess - To Be a Professional. *Journal of Nursing Administration*, 16(3), 25–30.
- Dinsdale, P. (2000). First hospital in the UK to apply for 'magnet' status. *Nursing Standard*, 14(24), 9.
- Dossey, B. M. (2010). Holistic nursing: from Florence Nightingale's historical legacy to 21st-century global nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 16(5), 14–6.

- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques, 10*(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/J.PRPS.2004.01.004>
- Drucker, P. F. (1995). *People and performance: The best of Peter Drucker on management*. London. New York: Routledge.
- Duarte Clíments, G., i Aguirre Jaime, A. (2003). Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica, 13*(1), 7–15. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73776-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73776-0)
- Elizabeth Álvarez de la Rosa, A., Olivares Ramírez, C., César Cadena Estrada, J., i Sonalí Olvera Arreola, S. (2012). Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enfermería Neurologica (Mex), 11*(2), 68–72. Disponible a <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Fagin, L., i Garekick, A. (2004). The doctor-nurse relation. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 277–286.
- Fajardo, M., i Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería, 13*(46).
- Faura, T. (2002). Validation of a Measure to Assess the Hospital Clinical Nurse Practice Environment: A cross National Pilot Study. *Enfermería Clínica, 12*, 13–22.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models*. Philadelphia: Davis Company.
- Ford, R. C., Bach, S. A., i Fottler, M. D. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review, 22*(2), 74–89.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación: cultura, poder i liberación*. Barcelona: Paidós.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fuentelsaz Gallego, C., Moreno Casbas, M. T., i González María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
- Fuentelsaz Gallego, C., Moreno Casbas, T., López Zorraquino, D., Gómez García, T., i González María, E. (2012). Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Clínica, 22*(5), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.09.001>
- Ganley, H. (1991). Insight into magnet hospitals. *The Lamp, 22–24*.

- García Altés, A., Martínez, F., Carrillo, E., i Peiró, S. (2000). Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. *Gaceta Sanitaria*, 14(1), 48–57. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71428-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71428-2)
- García Aparicio, J., Herrero Herrero, J., Corral Gudino, L., i Jorge Sánchez, R. (2010). Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(2), 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2009.12.001>
- García Calvente, M. M., i Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181–186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)
- García Juárez, M. . del R., López Alonso, S. R., Orozco Cózar, M. . J., Caro Quesada, R., Ramos Osquet, G., Márquez Borrego, M. J., ... Serrano Pedrero, C. (2011). Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 474–482. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2011.04.010>
- García Juárez, M. del R., López Alonso, S. R., Moreno Verdugo, A., Guerra González, S., Fernández Corchero, J., Márquez Borrego, M. J., ... Ramos Bosquet, G. (2013). [Personalized nursing care in hospital and its effects on the patient-nurse trust relationship]. *Enfermería Clínica*, 23(6), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.09.006>
- García Juarez, R., Orozco Cozar, M. J., Martín Contreras, T., Márquez Borrego, M. J., Rivero, J. M., i Castro, E. (2004). Adaptación del método de Enfermería Primaria (Manthey) a una unidad de hospitalización médica. In *V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*. Valencia.
- Gardner, J. K., Thomas Hawkins, C., Fogg, L., i Latham, C. E. (s.d.). The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal*, 34(3), 271–281; quiz 282.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Bakken, S., i Larson, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *The Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33–40.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., i Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, 45(5), 622–36.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Gil Monte, P. R., i Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- González Gil, T., i Cano Arana, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipo de análisis y procesos de codificación (II). *Nure Investigación*, (45).
- González Torrente, S., Pericas Beltrán, J., Bennasar Veny, M., Adrover Barceló, R., Morales Asencio, J. M., i De Pedro Gómez, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 227. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-227>
- González Valentín, M. A., Padín López, S., i de Ramón Garrido, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(3), 147–155. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71101-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71101-3)
- Gotlieb, J. B., Grewal, D., i Brown, S. W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs?. *Journal of Applied Physiology*, 79, 875–885.
- Goyette, G., i Lessard Hébert, M. (1988). *La investigación-acción: sus funciones, sus fundamentos y su instrumentación*. Barcelona: Laertes.
- Guba, E. G., i Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass.
- Guía para la protocolización de la enfermera referente en unidades de hospitalización*. (2006). Sevilla: Hospital Regional universitario Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud.
- Guide to qualitative research. Research ethics board*. (2005). Canada: University of Prince Edwards Island.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., i Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920–927. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007>
- Gutiérrez González, M., Nuñez Carrasco, E., i Rivera, C. (2002). Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. *Enfermería*, 37(120), 29–33.
- Hall, J. A., i Dornan, M. C. (1988a). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine* (1982), 27(6), 637–44.
- Hall, J. A., i Dornan, M. C. (1988b). What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* (1982), 27(9), 935–9.

- Hall, J. A., i Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 30(7), 811–8.
- Hamui Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 211–216. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
- Hart, E., i Bond, M. (1995). *Action research for health and social care: a guide to practice*. Buckingham: Open University Press.
- Havens, D. S., Labov, T. G., Faura, T., i Aiken, L. H. (2002). Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 12(1), 13–21. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)73730-3](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(02)73730-3)
- Haverns, D., Labov, T., Faura, T., i Aiken, L. (2002). The clinical environment of hospital nursing. *Enfermeria Clinica*, 12(1), 13–21.
- Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. London: SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849209878>
- Hegyvary, S. T. (1982). *The change to primary nursing: a cross-cultural view of professional nursing practice*. Mosby.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., i Åstedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 212–222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x>
- Horn, S. D., Bender, S. A., Bergstrom, N., Cook, A. S., Ferguson, M. L., Rimmasch, H. L., ... Voss, A. C. (2002). Description of the national pressure ulcer long-term care study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1816–1825.
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (s.d.). *Hospital Sant Joan de Déu Barcelona*. Disponible a <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es>
- Hospitales Magnéticos. Satisfacción de la enfermera y calidad del cuidado. (2004). *Evidentia Revista de Enfermería Basada En La Evidencia.*, 1(1). Disponible a <http://www.index-f.com/evidentia/n1/6articulo.php>
- Huércanos Esparza, I., Anguas Gracia, A., i Martínez Lozano, F. (2012). El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela*, 11. Disponible a <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106r.php>

- Ibern, P. (1992). La medida de la satisfacción en los Servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 6, 176–185.
- Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010*. (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible a http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- Jarrín, O., Flynn, L., Lake, E. T., i Aiken, L. H. (2014). Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical Care*, 52(10), 877–883. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000188>
- Johnson, M. (2006). *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*: interrelaciones NANDA, NOC y NIC (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Jorge Cerrudo, J., Ramón, J. M., Goday, A., González, S., Sánchez, P., Benaiges, D., ... Grande, L. (2012). Estudio descriptivo de la mejora de la calidad percibida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras la implantación de una vía clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(4), 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.01.007>
- Juvé Udina, E., Farrero Muñoz, S., Monterde Prat, D., Hernández Villen, O., Sistac Robles, M., Rodríguez Cala, A., ... Martín, A. I. (2007). Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de Enfermería*, 10(7), 67–73. Disponible a <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33784>
- Juvé Udina, M. E. (2010). Intensidad de cuidados enfermeros: ¿Cargas de trabajo o complejidad individual?. *Metas de Enfermería*, 13(8), 6–14.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., i Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care*, 45(12), 1195–1204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., i Wilt, T. J. (2007). *Nurse staffing and quality of patient care. Evidence Reports Technology*. Minnesota: Agency of Healthcare Research and Quality.
- Kaplan, L., Zeller, E., Damitio, D., Culbert, S., i Bayley, K. B. (2014). Improving the Culture of Evidence-Based Practice at a Magnet® Hospital. *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(6), 274–280. <https://doi.org/10.1097/NND.000000000000089>
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2). Disponible a <http://diverrisa.es/uploads/documentos/LA-OBSERVACION-PARTICIPANTE.pdf>

- Kazanjian, A., Green, C., Wong, J., i Reid, R. (2005). Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 111–117A. <https://doi.org/10.1258/1355819053559100>
- Kelly, D., i Simpson, S. (2001). Action research in action: reflections on a project to introduce Clinical Practice Facilitators to an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 652–9.
- Kemmis, S. (1984). *Point-by-point guide to action research*. Victoria: Deakin University.
- Kemmis, S., i McTaggart, R. (1988). *The action research reader*. Victoria: Deakin University.
- Kemmis, S., McTaggart, R., i Nixon, R. (2014). *The action research planner*. Singapore: Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., i Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Kite, K. (1995). Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(4), 203–209. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(95\)80091-3](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(95)80091-3)
- Kitson, A., Harvey, G., i McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158.
- Knoppen, D. (s.d.). *Interorganizational adaptation and learning within supply chain partnerships* (Tesi doctoral no publicada). ESADE.
- Koloroutis, M. (2004). *Relationship-based care: a model for transforming practice*. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Kramer, M. (1991). Tendencias que se observan en los hospitales magnéticos. *Nursing*, 9(4), 45–48.
- Kramer, M., i Hafner, L. P. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*. Disponible a http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1989/05000/Shared_Va_lues__Impact_On_Staff_Nurse_Job.19.aspx
- Kramer, M., i Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence. *The Journal of Nursing Administration*, 18(2), 11–9.
- Kramer, M., i Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58–71.
- Kron, T., i Durbin, E. (1983). *Liderazgo y administración en enfermería* (3ª ed.). México: Interamericana.

- Krueger, R. A., i Casey, M. A. (Mary A. W. . (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. SAGE.
- Kutney Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., i Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(4), w669-677. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment. *Medical Care Research and Review*, 64(2_suppl), 104S–122S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lake, E. T., i Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1–9.
- Lamata, F., Donde, J., Martínez, B., i Horno, M. (1994). *Marketing sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- Latorre, A. (2003a). *La investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Graó.
- Latorre, A. (2003b). La investigación acción y el cambio organizacional. In J. Gairín Sallán i C. Armengol Asparó (Eds.), *Estrategias de formación para el cambio organizacional* (p. 389–403). Barcelona: CISSPRAXIS. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2878912>
- Lazarus, C., i Hamlyn, J. (2005). Prevalence and documentation of malnutrition in hospitals: A case study in a large private hospital setting. *Nutrition & Dietetics*, 62(1), 41–47. <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2005.tb00008.x>
- Le May, S. (1991). *Facteurs reliés aux attitudes et comportements d’infirmières à l’égard de la collaboration infirmière-médecin* (Tesi doctoral no publicada). Université de Montreal, Montreal.
- Lessard Hébert, M., Goyette, G., i Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative fondements et pratiques*. De Boeck Université.
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Lin, L., i Liang, B. A. (2007). Addressing the nursing work environment to promote patient safety. *Nursing Forum*, 42(1), 20–30. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00062.x>
- Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4(3), 193–215. <https://doi.org/10.1080/1469701042000221696>

- Liu, K., You, L. M., Chen, S. X., Hao, Y. T., Zhu, X. W., Zhang, L. F., i Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9–10), 1476–1485. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x>
- Lomax, P., i Evans, M. (1995). *Working in partnership to implement teacher research*. Disponible a <https://eric.ed.gov/?id=ED385517>
- López Alonso, S. R. (2004a). Hospitales Magnético, Hospital Excelente. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 7–8. Disponible a http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100001
- López Alonso, S. R. (2004b). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 32–36. Disponible a http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100007
- López Alonso, S. R. (2005). Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica*, 15(1), 8–16. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71072-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71072-X)
- López Alonso, S. R., Hueso Montoro, C., Rodríguez Gómez, S., Gala Fernández, B., Amezcua, M., i Pérez Hernández, R. M. (2010). La investigación acció participativa. *Revista Rol de Enfermería*, 33(3), 178–185.
- López Alonso, S., Rodríguez Gómez, S., i Rodríguez Morilla, F. (2007). Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de Enfermería*, 16(56), 7–9. Disponible a http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100001
- Lucía Noreña, A., Alcaraz Moreno, N., Rojas, J. G., i Rebolledo Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. Disponible a <http://jbposgrado.org/icuali/Criterios de rigor en la Inv cualitativa.pdf>
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cox, J., i Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93–106.
- Ma, C., i Park, S. H. (2015). Hospital magnet status, unit work environment, and pressure ulcers. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 565–573. <https://doi.org/10.1111/jnu.12173>
- Magargal, P. (1987). Modular nursing: nurses rediscover nursing. *Nursing Managment*, 18(11), 9–104.

- Malvárez, S., i Castrillón, M. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Manthey, M. (1973). Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American Journal of Nursing*, 73(1), 83–7.
- Manthey, M. (1980). A theoretical framework for primary nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 10(6), 11–5.
- Manthey, M. (1988). Can primary nursing survive?. *The American Journal of Nursing*, 88(5), 644–647.
- Manthey, M. (1989a). Control over practice: Who owns it?. *Nursing Management*, 20(7), 14–16.
- Manthey, M. (1989b). What nurses value. *Nursing Management*, 20(12), 10–13.
- Manthey, M. (1991). Delivery systems and practice models: a dynamic balance. *Nursing Management*, 22(1), 28–30.
- Manthey, M. (2002). *Staffing: Changing the way we think*. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Manthey, M. (2012). *The practice of primary nursing*. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P., i Harris, I. (1974). [Primary nursing: a return to the concept of my nurse and my patient]. *Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing*, 21(1), 74–79.
- Manthey, M., i Kramer, M. (1970). A dialogue on primary nursing. *Nursing Forum*, 9(4), 356–79.
- Manzano García, G. (1997). *Estrés en personal de enfermería* (Tesi doctoral no publicada). Universidad de Deusto, Bilbao.
- March Cerdà, J., Danet, A., García Romera, I., Valcárcel Cabrera, M., Bimbela Pedrola, J., i Prieto Rodríguez, M. (2014). *Liderar con corazón*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible a <https://www.easp.es/project/liderar-con-corazon/>
- Marcos, M. (1997). Are hospitals changing?. *Revista de Enfermería*, 20(230), 59–61.
- Marinerr-Tomey, A. (2008). *Guide to nursing management and leadership*. Chicago: Mosby.
- Martín Arribas, M., Feito Grande, L., Júdez Gutierrez, J., de Abado Iglesias, F. J., Pàmols Ros, T., Terracini, B., ... Morales Piga, A. (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en salud. *Metas de Enfermería*, 15(4), 58–63. Disponible a https://www.uam.es/otros/ceiuam/Documentos/Rec_investigacion_cualitativa-2012-ok.pdf

- Martín Rojo, E. de. (2005, June 21). *La formació permanent del professorat centrada en la institució educativa (Tesi doctoral no publicada)*. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible a <http://www.tesisenred.net/handle/10803/5026>
- Martínez, J. R. (2012). Crisis y enfermeras. *Revista Rol de Enfermería*, 35(2), 108–119.
- Maslach, C., i Jackson, S. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., i Jackson, S. (1997). Maslach Burn out inventory. AN. Seisdedos (Ed.), *Manual del inventario de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial* (p. 5–28). Madrid: TEA.
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., i Wandelt, M. A. (1983). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (The original study). *American Academy of Nursing*. <https://doi.org/10.1.1.487.3161>
- McMahon, R., i Pearson, A. (1991). *Nursing as therapy*. London: Chapman and Hall.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogia del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Meleis, A. I., i Jennings, B. M. (1989). Theoretical nursing administration: Today's challenges, tomorrow's bridges. A D. Henri, C. Arndt, M. DiVicenti, i A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of nursing administration: theory, research, education, practice* (p. 7–18). Blackwell Science.
- Meleis, A. I., i Price, M. J. (1988). Strategies and conditions for teaching theoretical nursing: an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13(5), 592–604.
- Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Sao Paulo: Hucitec.
- Merton, R. (1941). Social role of the man of knowledge. *American Sociological Review*, 6(1), 111–115.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible a <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
- Mira, J. J., i Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente con una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(Suplement 3), 26–33.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez Marín, J., i Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581–585. Disponible a <http://www.psicothema.es/pdf/482.pdf>

- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez Marín, J., Buil, J., Castell, M., i Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, (4), 12–18. Disponible a http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf
- Mira, J. J., Buil, A., i Aranaz, J. (1995). Evaluating the service quality in the hospital with the gaps model's framework. *A Internacional Conference on Quality in Health Care*. Canada.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Pérez Jover, V., i Rodríguez Marín, J. (2006). «No estar satisfecho» no equivale a «estar insatisfecho». *Revista Clínica Española*, 206(4), 209–210. <https://doi.org/10.1157/13086808>
- Miranda, M. B., Gorski, L. A., LeFevre, J. G., Levac, K. A., Niederstadt, J. A., i Toy, A. L. (2002). An evidence-based approach to improving care of patients with heart failure across the continuum. *Journal of Nursing Care Quality*, 17(1), 1–14.
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., ... Herruzo, R. (2003). Aplicación hospitalaria del Servqhos: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(5), 263–267. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(03\)77619-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(03)77619-2)
- Montenegro Martínez, M., Balasch Domínguez, M., Causa Bofil, A., i Rodríguez-Giralt, I. (2011). *Intervenció social: controvèrsies teòriques i metodològiques*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Monticelli, M., i Elsen, I. (2004). El hospital como una “realidad clínica”. Una comprensión a partir del encuentro entre trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Horizontes de Enfermería*, 15, 37–52.
- Morales, P. C., Guanche, G. H., Gutierrez, G. F., Martinez, G. C., i Hernández, A. R. (2004). Costos de las infecciones nosocomiales en pacientes atendidos en una unidad de cuidados intermedios. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1–4.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., i Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1–14.
- Munten, G., Van Den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H., i Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: A review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), 135–157. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00168.x>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., i Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMSa012247>

- Nerney, M. P., Chin, M. H., Jin, L., Karrison, T. G., Walter, J., Mulliken, R., ... Friedmann, P. D. (2001). Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 140–145. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114304>
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., i Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16–E27. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1>
- Newman, M., Sime, A., i Corcoran Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *ANS Advances in Nursing Science*, 14(1), 1–6.
- Nolan, M., Grant, G., Brown, J., i Nolan, J. (1998). Assessing nurses' work environment: old dilemmas, new solutions. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2(3), 145–154. [https://doi.org/10.1016/S1361-9004\(98\)80011-3](https://doi.org/10.1016/S1361-9004(98)80011-3)
- Novel Martí, G. (2012). Las organizaciones compleixes: el caso de la salud. A G. Novel Martí (Ed.), *Mediación en salud: un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan* (p. 254). Madrid: Reus.
- Nursing administration: scope and standards of practise*. (2009). Silver Spring: American Nurses Association.
- Ochoa, A. O., Torrijos, G. P., i Sanchez, D. S. (2002). Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospital*, 13(1), 9–25.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 42, 460–469.
- Oliver, R. L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, (2), 65–85.
- Oren, D. E. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Servicios de enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orts Cortés, M. I. O., Moreno Casbas, M., Squires, A., Fuentelsaz Gallego, C., Macia Soler, L., i González Maria, E. (2013). Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Applied Nursing Research*, 26(4), e5-9.
- Padula, C. (1998). Reorganitzar los hospitales. *Papeles de Economía Española*, (6), 199–208.
- Paidhos cumple diez años. (2015). *Paidhos*, (10), 30–33.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V., i Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., i Berry, L. (1988). SERVQUAL: A múltiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12–40.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literatura review and analysis. *A Patient satisfaction in Health and mental helath services. Evaluation and Program Planning* (p. 185–210).
- Patrician, P. A., Shang, J., i Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99–110.
<https://doi.org/10.1002/nur.20370>
- Pearson, A. (1992). *Nursing at Burford: a story of change*. London: Scutari Press.
- Pearson, A., Porritt, K. A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., ... Henstridge, V. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 118–159.
<https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00039.x>
- Pearson, A., Porritt, K., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D., i Long, L. (2006). A systematic review of evidence on the professional practice of the nurse and developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 221–261.
<https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00046.x>
- Pedro Gomez, J., Morales Asencio, J., Sesé Abad, S., Bennisar Veny, M., Artigues Vives, G., i Pericàs Beltran, J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enfermería*, 12(7), 65–73.
- Pepin, J. I. (1992). Family caring and caring in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 127–132. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00237.x>
- Pereda Martín, S., i Berrocal Berrocal, F. (1999). *Gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Pérez Blanco, V., García Caballero, J., Cisneros, J., i Tabernero, Á. (2003). Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(8), 628–635. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(03\)77652-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(03)77652-0)
- Pérez Campos, M. A., Sánchez García, I., i Poncorbo Hidalgo, P. L. (2013). Valoración del entorno de la pràctica profesional por enfermeras españolas que participan en foros de internet. *Enfermería Clínica*, 23(6), 271–278.

- Pérez Mora, M. J., Mira, J. J., García Alonso, M. A., i Vázquez, I. (1994). La accesibilidad al sistema de salud público: evaluación del programa de cita prèvia. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 4, 5–18.
- Perpiña Galvan, J. (2005). Análisi de los registros de enfermería del Hospital General de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Enfermería Clínica*, 15(2), 95–102.
- Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente.* (2002). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Polit OH'ara, D., i Hungler, B. P. (1994). *Investigación científica en ciencias de la salud* (4^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pontin, D. (1999). Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing. Integrate literature reviews and meta-analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 584–591.
- Prescott, P. A., i Bowen, S. A. (1985). Physician-Nurse Relationships. *Annals of Internal Medicine*, 103(1), 127. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-103-1-127>
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T., i Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of Critical Care*, 18(2), 71–75. <https://doi.org/10.1053/jcrc.2003.50008>
- Quintero, M. T., Areisa, S., Peláez, A., i Gómez, M. (2008). *El cuidado del profesional de enfermería significa seguridad*. Medellín: Universidad de Antioquia, Fundación Sanitas.
- Ramcharan, P., i Cutcliffe, J. R. (2001). Judging the ethics of qualitative research: considering the "ethics as process" model. *Health & Social Care in the Community*, 9(6), 358–66.
- Ratcliffe, J., i González del Valle, A. (2000). El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual. A D. Denman i J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (p. 57–75). Hermosillo: El Colegio de la Sonora.
- Richards, H. M., i Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research?. *Family Practice*, 19(2), 135–139.
- Rincón, L., i Guarino, L. R. (2008). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *Summa Psicológica*, 5(2), 3–16. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2774199>
- Roche, M. A., Duffield, C., Friedman, S., Twigg, D., Dimitrelis, S., i Rowbotham, S. (2016). Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 666–675. <https://doi.org/10.1111/jonm.12371>

- Romero, M. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances de Enfermería*, 25(2), 112–123.
- Romero, M., Mesa, L., i Galindo, S. (2008). Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Avances de Enfermería*, 26(2), 59–70.
- Rosenstein, A. (2002). Nurse-physician relationships. Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26–34.
- Rosenstein, A. H., Russell, H., i Lauve, R. (2002). Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession. *Physician Executive*, 28(6), 8–11.
- Ruiz Hontangas, A., Luis, J., Sánchez, A., Loreto, D., i Gregori, P. (2011). *Análisis organizativo sobre la provisión de cuidados en la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la comunidad* (Tesi doctoral no publicada). Universidad Cardenal Herrera, Valencia. Disponible a [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5552/1/Ruiz Hontangas%2C Antonio_Tesis.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5552/1/Ruiz%20Hontangas%20Antonio_Tesis.pdf)
- Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L. Á., i Barrios Blasco, L. (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. *Enfermería Clínica*, 21(3), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.01.006>
- Sainz, A., Martínez, J. R., i Estévez, J. (2003). Informe del usuario frente a SERVQHOS. Dos formas distintas de escuchar la voz de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(4), 226–232.
- Sancón Macías, M. (1995). Enfermera Primaria: problemas para su implantación. *Enfermería Científica*, 164–165.
- Santos, S. R., i Nóbrega, M. M. L. (2004). Busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 460–468.
- Schiffedercker, K. E., i Reed, V. A. (2009). Using mixed methods research in medical education: basic guidelines for researchers. *Medical Education*, 43(7), 637–644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03386.x>
- Schmalenberg, C., i Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74–83. <https://doi.org/10.4037/ccn2009436>
- Secaf, V., i Marx, L. C. (1991). [Where the quality of nursing care makes a difference: the magnet hospital]. *Revista Paulista de Enfermagem*, 10(1), 29–31.

- Sellick, K. J., Russell, S., i Beckmann, J. L. (2003). Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* (1983), 20, 265-273. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 545-51-4.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno Casbas, M. T., ... RN4CAST consortium. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Servicio Andaluz de Salud. (s.d.). Encuesta sobre modelos de práctica enfermera en el SAS. Disponible a <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0074.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. (2001). *Contrato programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2001-2004*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible a <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/5/pdf/contratoHOSPITALES01.pdf>
- Shindul Rothschild, J., Berry, D., i Long Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone?: Final results of our patient care survey. *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Sleutel, M. R. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-8.
- Spradley, J. P., i McCurdy, D. W. (1980). *Anthropology, the cultural perspective*. New York: John Wiley & Sons.
- Spreng, R. A., i Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*, (72), 201-214.
- Stein, L. I., Watts, D. T., i Howell, T. (1990). The Doctor-Nurse Game Revisited. *New England Journal of Medicine*, 322(8), 546-549. <https://doi.org/10.1056/NEJM199002223220810>
- Subirana Casacuberta, M., i Fargues i García, I. (2005). Percepción de las enfermeras expertas sobre reconocimiento de sus competencias. *Metas de Enfermería*, 8(8), 62-68. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1301682>
- Subirana Casacuberta, M., i Solà Arnau, I. (2006a). Instrumentos basados en medidas directas I: Project Research in Nursing (PRN). *Metas de Enfermería*, 9(7), 50-54.
- Subirana Casacuberta, M., i Solà Arnau, I. (2006b). Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de enfermería. *Metas de Enfermería*, 9(6), 22-27. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2080842>
- Tashakkori, A., i Teddlie, C. (2003a). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Tashakkori, A., i Teddlie, C. (2003b). Major issues and controversies in the use of mixed methods in a social and behavioral sciences. A A. Tashakkori i C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (p. 3–50). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Tiedeman, M. E., i Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery: what have we learned? *The Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291–7.
- Torres, M. C., i Piñero Martín, M. L. (1997). Calidad asistencial en la atención al paciente hospitalizado y su influencia en la satisfacción del usuario. *Telos*, 7(1), 21–36. Disponible a <http://www.redalyc.org/pdf/993/99318830002.pdf>
- Usó Bou, D. (2016, May). *La calidad de los cuidados en el contexto del liderazgo en los hospitales magnéticos: una revisión bibliográfica* (Tesi doctoral no publicada). Universitat Jaume I, Castelló. Disponible a <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/160598>
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., i Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2 Suppl), I157–66. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>
- Valencia Arias, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 18(1), 13–26. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331864>
- Vallés, M. (2006). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Van Bogaert, P., Van Heusden, D., Somers, A., Tegenbos, M., Wouters, K., Van der Straeten, J., ... Havens, D. S. (2014). The Productive Ward ProgramTM. *The Journal of Nursing Administration*, 44(9), 452–461. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000100>
- Vargas Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa nuevas tendencias y retos. *Calidad En La Educación Superior*, 3(1), 119–139. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>
- Vicenzi, A. E. (1994). Chaos theory and some nursing considerations. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 36–42. <https://doi.org/10.1177/089431849400700112>
- Vickie, M., Moore, V., i Sharkey, K. (2002). Hospitales magnéticos. *Nursing*, 20(5), 20–21.
- Warshawsky, N. E., i Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60(1), 17–31. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c>
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Lusociência. Disponible a http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&category_id=6&product_id=89&option=com_virtuemart&Itemid=1&vmcc hk=1&Itemid=1
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: Davis Company.
- Welton, J. M., Zone-Smith, L., i Fischer, M. H. (2006). Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(4), 270–280. <https://doi.org/10.1177/1527154406297510>
- Weston, M. J. (2009). Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(1), 87–94. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01255.x>
- Whitley, M. P., i Putzier, D. J. (1994). Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(3), 43–51.
- WHO. (2012). World Alliance for Patient Safety. Disponible a <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Williams, S., Weinman, J., Dale, J., i Newman, S. (1995). Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?. *Family Practice*, 12(2), 193–201.
- Youssef, F., Nel, D., i Bovaird, T. (1995). Service quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 9(1), 66–74.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Moreno, C., Bover, A., Miró, R., i Miró, M. (2015). Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research. *Nursing Inquiry*, 22(4), 336–347. <https://doi.org/10.1111/nin.12112>
- Zapata, M. (2008). *¿Enfermería una profesión en crisis? El caso en la ciudad de Medellín-Colombia* (Tesi doctoral no publicada). Universidad de Antioquía, Medellín.
- Zarate Grajales, R. A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 42–46. Disponible a http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
- Zelauskas, B., i Howes, D. G. (1992). The effects of implementing a professional practice model. *The Journal of Nursing Administration*, 22(7–8), 18–23.

ANNEXOS

ANNEX 1: Dictamen favorable CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Dr. Jesús Pineda Sánchez
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Fundació Sant Joan de Déu en su reunión del día 25/06/2015, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: "Infermeria Primària o Referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari/família i la satisfacció del professional."

Código Interno: PIC-106-15

IP: Laura Lahuerta Valls (HSJD. Neonatos)

2º. Considera que:

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

4º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

CEIC Fundació Sant Joan de Déu	Sra. Laura Lahuerta Valls <i>Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat</i>
--------------------------------	--

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat, a 21 de julio de 2015

Fdo:

Dr. Jesús Pineda Sánchez
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

**ANNEX 2: Consentiment informat dels usuaris i de les famílies per
realitzar l'escala SERVQHOS**

Infermeria primària o referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari i de la família i també del professional

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PADRES O TUTORES:

Se ha invitado a su hijo/a y a usted, a participar en un estudio de investigación. Antes de que acceda a tomar parte en el estudio, es importante que comprenda en qué consiste. Esta hoja de información explica las características del estudio. Por favor, tómese el tiempo necesario para leerla con detenimiento para poder comprender la información acompañante y hacer todas las preguntas que desee. A demás, puede consultarlo con las personas que considere oportuno.

Cuando haya comprendido la información, se le pedirá a usted que firme un formulario ya que, como padre/madre o tutor legal, tendrá que acceder mediante la firma del consentimiento informado a que su hijo/a menor participe en este estudio.

Si su hijo/a tiene 12 años o más, él/ella tendrá también que dar su consentimiento por escrito por ser un menor maduro.

El Investigador Principal de este estudio es Laura Lahuerta Valls, **su lugar de Trabajo** es la UCI pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu, ubicada en la planta 4 de hospitalización infantil.

Si desea más detalles sobre algún aspecto, aunque no esté mencionado aquí, se le invita a que consulte con el investigador principal del estudio, para ello se puede poner en contacto con ella mediante **correo electrónico:** llahuerta@hsjdbcn.org.

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO:

Usted y su hijo/a han sido seleccionados como candidatos para participar voluntariamente en un estudio sobre la importancia de la personalización de los cuidados de enfermería, a través de la figura de la Enfermera Referente, y su relación con la calidad percibida por usuarios y familias.

En este estudio, se pretende implantar una nueva organización de los servicios de enfermería más centrados en el paciente, fomentando las relaciones personales y la humanización de los cuidados enfermeros, demostrando que a través de este modelo de Enfermería (Enfermera Primaria o Referente) se produce un aumento de la calidad asistencial percibida por usuarios y familias, así como una mejora en la percepción del entorno laboral por parte del profesional de enfermería que ofrece los cuidados.

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

Durante un año se valorarán 2 grupos de pacientes/familias a quienes se les ha proporcionado cuidados de enfermería. Inicialmente, pacientes/familias atendidos mediante el actual sistema de asignación de enfermería (Sistema Burocrático) y, posteriormente, pacientes/familias atendidos mediante el Sistema de Enfermera Primaria o Referente.

Por otro lado, durante un año se seleccionarán 2 grupos de profesionales de enfermería. Primeramente, profesionales enfermeros que han ofrecido cuidados a través del sistema de asignación de enfermería actual (Sistema Burocrático) y, posteriormente, profesionales enfermeros que han atendido mediante el sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente.

PROCEDIMIENTO:

Durante 6 meses seleccionaremos a un grupo de usuarios y familias atendidos en la planta de Oncología- Hematología del Hospital Sant Joan de Déu, mediante el sistema de asignación de enfermería Tradicional o Burocrático, y valoraremos su grado de percepción de la calidad asistencial ofertada. En el mismo momento, seleccionaremos los profesionales de enfermería que ofrecen cuidados y valoraremos su percepción del entorno laboral.

Nueve meses después seleccionaremos a un grupo de usuarios y familias atendidos en una planta de hospitalización del Hospital Sant Joan de Déu, mediante el sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente y valoraremos su grado de percepción de la calidad asistencial ofertada. En el mismo momento, seleccionaremos los profesionales de enfermería que ofrecen cuidados con este sistema de asignación y valoraremos su percepción del entorno laboral.

El objetivo de este estudio es analizar si con la substitución del modelo actual de enfermería (Modelo Tradicional o Burocrático), por el modelo de Enfermería Primaria o Referente, centrando la práctica enfermera en el paciente y fomentando las relaciones personales y la humanización de los cuidados de enfermería, se produce un aumento de la calidad percibida por usuarios/familias, y mejora la percepción del entorno laboral del profesional de enfermería que ofrece los cuidados.

BENEFICIOS:

La información obtenida del estudio puede contribuir a una mejora de las estrategias terapéuticas, con el objetivo de mejorar los cuidados enfermeros, intentando ofertar unos cuidados excelentes y convertirnos en un Hospital Magnético. Siempre que usted y su hijo tengan dudas pueden preguntarlas al personal de enfermería que los atienden.

INCOMODIDADES Y RIESGOS:

La participación no comportará ningún riesgo. En todo momento los cuidados enfermeros que se le ofrecerán a su hijo serán seguros y siempre serán cuidados excelentes con práctica basada en la evidencia científica.

CARÁCTER VOLUNTARIO DE SU PARTICIPACIÓN Y TERMINACIÓN DEL ESTUDIO:

La participación de ustedes y de su hijo/a en el estudio es de carácter totalmente voluntario. Si decide participar, recibirá esta hoja de información para que la conserve y se le pedirá que firme un formulario de consentimiento. Ustedes y su hijo/a pueden negarse a participar y pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de explicar sus motivos, y sin que por ello se altere la relación con la enfermera, ni se produzca perjuicio en su tratamiento. Ustedes o su hijo/a decide interrumpir su participación en el estudio pueden hacerlo notificando su decisión al profesional que les atiende.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS:

Los datos obtenidos a lo largo del estudio serán confidenciales y únicamente estarán a disposición del grupo de investigación del mismo. Según la ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose a la investigadora principal.

Un comité ético de investigación clínica ha aprobado el protocolo de estudio y este documento de información y consentimiento informado.

Por favor, no dude en preguntar a su enfermera/o cualquier duda que tenga. Si ustedes y su hijo/a decide participar en el estudio, firmen el formulario siguiente, en el que se dice que se le ha explicado y que usted entiende toda la información escrita que se le ha proporcionado sobre el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES/TUTORES.

Infermera Primària o Referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari/família i del professional.

Yo..... (Nombre y apellidos):

- He hablado con la enfermera.
- He leído la hoja de información que se ha entregado o se me ha leído.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información al respecto.

Comprendo que mi participación, así como la de mi hijo/a es voluntaria. Comprendo que tanto nosotros como mi hijo/a podemos retirarnos del estudio:

- Cuando queramos.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en sus cuidados.

Soy consciente de que, al participar en el estudio se recogerán y procesarán datos de mi hijo/a. Estos datos son totalmente confidenciales y estarán protegidos según lo establecido en la ley orgánica 15/1999 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal.

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo participe en el estudio.

.....

(NOMBRE EN MAYÚSCULAS DEL REPRESENTANTE LEGAL)

.....

Fecha

.....

Firma del Representante legal

En el caso que el niño tenga 12 años puede firmarlo él mismo.

.....

(NOMBRE EN MAYÚSCULAS DEL NIÑO/A > = 12 años)

.....

Fecha

.....

Firma del niño > = 12 años.

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

Yo, el abajo firmante, he explicado completa y cuidadosamente la naturaleza del estudio al niño, padres/tutores y profesionales, con un lenguaje claro y adecuado a su edad. Confirmando que el niño, padres/tutores y profesional, han tenido la oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas que han preguntado se han contestado correctamente. Confirmando que no se ha coaccionado ni a los padres/tutores ni niño ni profesional para que se diese su consentimiento y que lo han hecho libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este documento a los padres/tutores y al profesional.

.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR EN MAYÚSCULAS

.....

Firma del investigador

Fecha

En caso de querer retirarse del estudio puede hacerlo.

.....

Nombre en mayúsculas de padres/tutores

Firma de padres/tutores

En el caso que el niño tenga 12 años puede firmarlo el mismo.

.....

Nombre en mayúsculas del niño > = 12 años

Firma del niño

.....

Nombre en mayúsculas del profesional

Firma del profesional

**ANNEX 3: Consentiment informat de les professionals d'infermeria per
realitzar l'escala PES-NWI**



Infermeria primària o referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari i de la família i també del professional

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PROFESIONALES

Se le ha invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que acceda a tomar parte en el estudio, es importante que comprenda en qué consiste. Este documento informativo explica las características del estudio. Por favor, tómese el tiempo necesario para leerlo con detenimiento para comprender la información y hacer todas las preguntas que desee. Además, puede consultarlo con las personas que considere oportuno.

Cuando haya comprendido la información, se le pedirá a usted que firme un formulario para participar en el estudio.

El Investigador Principal de este estudio es Laura Lahuerta Valls, **su lugar de Trabajo** es la UCI pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu, ubicada en la planta 4 de hospitalización infantil.

Si desea más detalles sobre algún aspecto, aunque no esté mencionado aquí, se le invita a que consulte con el investigador principal del estudio, para ello se puede poner en contacto con ella mediante **correo electrónico:** llahuerta@hsjdbcn.org.

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO:

Usted ha sido seleccionado como candidato para participar voluntariamente en un estudio sobre la importancia de la personalización de los cuidados de enfermería a través de la figura de la Enfermera Referente, y su relación con la calidad percibida por usuarios y familias.

En este estudio, se pretende implantar una nueva organización de los servicios de enfermería más centrados en el paciente, fomentando las relaciones personales y la humanización de los cuidados enfermeros, demostrando que a través de este modelo de Enfermería (Enfermera Primaria o Referente) se produce un aumento de la calidad asistencial percibida por usuarios y familias, así como una mejora de la percepción del entorno laboral por parte del profesional.

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

Durante un año se seleccionarán 2 grupos de pacientes/familias a quines se les han proporcionado cuidados de enfermería. Inicialmente, por un lado, pacientes/familias atendidos mediante el actual sistema de asignación de enfermería (Sistema Burocrático) y, posteriormente, pacientes/familias atendidos mediante el Sistema de Enfermera Primaria o Referente.

Por otro lado, durante un año se seleccionarán 2 grupos de profesionales de enfermería. Primeramente, profesionales enfermeros que han ofrecido cuidados a través del sistema de asignación de enfermería actual (Sistema Burocrático) y, posteriormente, profesionales enfermeros que han atendido mediante el sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente.

PROCEDIMIENTO:

Durante 6 meses seleccionaremos a un grupo de usuarios y familias atendidos en una planta de hospitalización de nuestro hospital (Hospital Sant Joan de Déu), mediante el sistema de asignación de enfermería actual (Sistema Tradicional o Burocrático), y valoraremos su grado de percepción de la calidad asistencial ofertada. En el mismo momento, seleccionaremos los profesionales de enfermería que ofrecen cuidados y valoraremos su grado de satisfacción laboral.

Nueve meses después seleccionaremos a un grupo de usuarios y familias atendidos en la misma planta de hospitalización de nuestro hospital (Hospital Sant Joan de Déu), mediante el sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente y valoraremos su grado de percepción de la calidad asistencial ofertada. En el mismo momento, seleccionaremos los profesionales de enfermería que ofrecen cuidados con este sistema de asignación y valoraremos su grado de satisfacción laboral.

El objetivo de este estudio es analizar si con la substitución del modelo actual de enfermería (Modelo Tradicional o Burocrático), por el modelo de Enfermería Primaria o Referente, centrando la práctica enfermera en el paciente y fomentando las relaciones personales y la humanización de los cuidados de enfermería, se produce un aumento de la calidad percibida por usuarios/familias y aumenta el grado de satisfacción del profesional de enfermería que ofrece los cuidados.

BENEFICIOS:

La información obtenida del estudio puede contribuir a una mejora de las estrategias terapéuticas, con el objetivo de mejorar los cuidados enfermeros, intentando ofertar unos cuidados excelentes y convertirnos en un Hospital Magnético. Siempre que usted tenga dudas pueden preguntarlas a la enfermera directora del estudio.

INCOMODIDADES Y RIESGOS:

La participación no comportará ningún riesgo. En todo momento los cuidados enfermeros que se ofrecerán serán cuidados excelentes con práctica basada en la evidencia científica.

CARÁCTER VOLUNTARIO DE SU PARTICIPACIÓN Y TERMINACIÓN DEL ESTUDIO:

La participación de ustedes en el estudio es de carácter totalmente voluntario. Si decide participar, recibirá esta hoja de información para que la conserve y se le pedirá que firme un formulario de consentimiento.

Puede negarse a participar y puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de explicar sus motivos, y sin que por ello se altere la relación con la institución, ni se produzca prejuicio.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS:

Los datos obtenidos a lo largo del estudio serán confidenciales y únicamente estarán a disposición del grupo de investigación del mismo. Según la ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose a la investigadora principal.

Un comité ético de investigación clínica ha aprobado el protocolo de estudio y este documento y consentimiento informado.

Por favor, no dude en preguntar cualquier duda o pregunta que tenga.

Si decide participar en el estudio, firme el formulario siguiente, en el que se dice que se le ha explicado y que usted entiende toda la información escrita que se le ha proporcionado sobre el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PROFESIONALES

Infermeria Primària o Referent: millora la qualitat de les cures de l'usuari/família i del professional.

Yo..... (Nombre y apellidos):

- He hablado con la enfermera directora del estudio.
- He leído la hoja de información que se ha entregado o se me ha leído.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información al respecto.

Comprendo que la participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en sus cuidados.

Soy consciente de que, al participar en el estudio se recogerán y procesarán datos míos como profesional. Estos datos son totalmente confidenciales y estarán protegidos según lo establecido en la ley orgánica 15/1999 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

.....

(NOMBRE EN MAYÚSCULAS DEL Profesional)

.....

Fecha

.....

Firma del Representante legal

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

Yo, el abajo firmante, he explicado completa y cuidadosamente la naturaleza del estudio al niño, padres/tutores y profesionales, con un lenguaje claro y adecuado a su edad. Confirmando que el niño, padres/tutores y profesional, han tenido la oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas que han preguntado se han contestado correctamente. Confirmando que no se ha coaccionado ni a los padres/tutores ni niño ni profesional para que se diese su consentimiento y que lo han hecho libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este documento a los padres/tutores y al profesional.

.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR EN MAYÚSCULAS

.....

Firma del investigador

Fecha

En caso de querer retirarse del estudio puede hacerlo.

.....

Nombre en mayúsculas de profesional

Firma del profesional

**ANNEX 4: Consentiment informat de les professionals d'infermeria abans
dels grups focals**



HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PROFESIONALES:

Se le ha invitado a participar en un grupo focal donde se grabarán todas las conversaciones de los distintos participantes. Antes de que acceda a tomar parte en el estudio, es importante que comprenda en qué consiste. Esta hoja de información explica las características del estudio. Por favor, tómese el tiempo necesario para leerla con detenimiento para poder comprender la información acompañante y hacer todas las preguntas que desee. A demás, puede consultarlo con las personas que considere oportuno.

Cuando haya comprendido la información, se le pedirá a usted que firme un consentimiento informado para proceder a la grabación de las conversaciones mantenidas durante el grupo focal donde asistirá como invitado.

La investigadora principal de este estudio es la Laura Lahuerta. Su lugar de Trabajo es la unidad de cuidados críticos del HSJD.

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO:

Usted ha sido seleccionados como candidato para participar voluntariamente en un grupo focal en el contexto del estudio sobre: La implantación de la Enfermera Primária o Referente en la unidad de Oncología- Hematología Pediátrica.

En este estudio se pretende implantar un modelo de enfermería con unos cuidados más personalizados, denominado Modelo de Enfermera Primaria o Referente. Concretamente en este grupo focal se analizarán las percepciones/valoraciones de los distintos profesionales de enfermería del Hospital Sant Joan de Déu para mejorar la organización de cuidados enfermeros.

DURACIÓN DEL ESTUDIO:

La duración aproximada del grupo focal será de 60 minutos.

BENEFICIOS:

La información obtenida en el grupo focal puede contribuir a una mejora de las estrategias terapéuticas, con el objetivo de mejorar la organización de los cuidados enfermeros en la unidad de Oncología- Hematología del Hospital Sant Joan de Déu, mejorando la calidad asistencial que perciben usuarios y familias y la satisfacción laboral de los profesionales.

CARÁCTER VOLUNTARIO DE SU PARTICIPACIÓN Y TERMINACIÓN DEL ESTUDIO:

La participación en el estudio es de carácter totalmente voluntario. Si decide participar, recibirá esta hoja de información para que la conserve y se le pedirá que firme un formulario de consentimiento.

Se puede negarse a participar y puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de explicar sus motivos, y sin que por ello se produzca perjuicio. Si decide interrumpir su participación en el estudio puede hacerlo notificando su decisión a uno de los moderadores del grupo focal.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS:

Los datos obtenidos a lo largo del estudio serán confidenciales y únicamente estarán a disposición del grupo de investigación del mismo. Según la ley orgánica 15/1999, el 13 de diciembre, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose a la investigadora principal. Un comité ético de investigación clínica ha aprobado el protocolo de estudio y el de esta hoja de información y consentimiento informado. Por favor, no dude en preguntar a cualquier duda o pregunta que tenga. Si decide participar en el estudio, firme el formulario siguiente, en

el que se dice que se le ha explicado y que usted entiende toda la información escrita que se le ha proporcionado sobre el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROFESIONAL.

Yo..... (Nombre y apellidos):

- He hablado con el investigador del estudio.
- He leído la hoja de información que se ha entregado o se me ha leído.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información al respecto.

Comprendo que la participación en el grupo focal es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en sus cuidados.

Soy consciente de que, al participar en el estudio se recogerán y procesarán datos sobre mí. Estos datos son totalmente confidenciales y estarán protegidos según lo establecido en la ley orgánica 15/1999 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal.

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo participe en el estudio.

.....
(NOMBRE EN MAYÚSCULAS DEL PROFESIONAL)

ANNEX 5: Qüestionari PES-NWI



ESCALA PES-NWI (Percepción del entorno laboral de los profesionales de enfermería)

Estimado Sr/Sra.:

En el Hospital Sant Joan de Déu estamos realizando una investigación y estamos interesados en conocer su opinión acerca de su percepción del entorno laboral en su sitio de trabajo. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a Vd. con el propósito de solicitar su colaboración con la investigación que estamos realizando, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos hacerlo cada vez mejor.

Por supuesto que su colaboración es **totalmente voluntaria y completamente anónima**. Todo lo que diga será tratado de forma **absolutamente confidencial**. Junto a la encuesta le pasaremos un consentimiento informado para obtener su permiso para utilizar los resultados de esta encuesta, donde se explica la confidencialidad y voluntariedad de hacer esta encuesta.

Una vez haya contestado a todas las preguntas, el profesional de enfermería responsable de cada unidad, le recogerán la encuesta. Nos permitimos sugerirle que conteste cuanto antes para que no se olvide de hacerlo.

Le agradecemos muy sinceramente su interés al leer este consentimiento y encuesta y su atención con nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Por favor indica hasta qué punto estás de acuerdo con que en tu trabajo se dan las siguientes características (pon la puntuación dentro del cuadro de cada pregunta).

1. "Totalmente en desacuerdo", 2: "De alguna manera en desacuerdo", 3: "De alguna manera de acuerdo", 4: "Totalmente de acuerdo".

EDAD:	SEXO:	CONTRATO CON LA INSTITUCIÓN:		
<input type="checkbox"/> Entre 20 y 30 años.	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Personal Fijo		
<input type="checkbox"/> Entre 31 y 40 años.	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Personal Suplente.		
<input type="checkbox"/> Entre 41 y 50 años.				
<input type="checkbox"/> Entre 51 y 60 años.				
<input type="checkbox"/> >60 años	TÍTULACIÓN:	Turno:	Antigüedad:	
	<input type="checkbox"/> Diplomado en Enfermería	<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> <5años	
	<input type="checkbox"/> Grado en Enfermería	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> 5a10 a.	
	<input type="checkbox"/> Especialista en Enf.Pediàtrica	<input type="checkbox"/> Noche		
		<input type="checkbox"/> Canguro	<input type="checkbox"/> >10 años	

Ítems:

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.

2. Los médicos y las enfermeras tienen buena relación laboral.

3. Las supervisoras apoyan a las enfermeras.

4. Existen programas activos de desarrollo profesional o formación continuada para enfermeras.

5. Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional.

6. Hay oportunidades de que las enfermeras participen en decisiones sobre la gestión del hospital.

7. Los médicos valoran las observaciones y juicios de las enfermeras.

8. Hay tiempo y oportunidades suficientes para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras/os.

9. Hay suficientes enfermeras/os en plantilla para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.

10. La supervisora es una buena supervisora y líder.

11. El/la director/a de enfermería es muy visible y accesible al personal.

12. Hay suficiente personal para llevar a cabo el trabajo.

13. Los médicos reconocen las contribuciones de las enfermeras al cuidado de los pacientes.

14. Se hacen elogios y se reconoce el trabajo bien hecho.

15. La gerencia espera cuidados de enfermería de alta calidad.

16. El director de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos del hospital/institución.

17. Hay mucho trabajo en equipo entre enfermeras y médicos.

18. Hay oportunidad de ascender.

19. Existe una filosofía clara de enfermería que domina el entorno de cuidado del paciente.

20. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.

21. Los médicos respetan a las enfermeras como profesionales.

22. La supervisora respalda las decisiones del personal de enfermería, incluso si el conflicto es con un médico.

23. La dirección escucha y responde a las preocupaciones de los empleados.

24. Existe un programa activo de garantía de calidad.

25. Las enfermeras/os se involucran en la gestión interna del hospital/institución (comités, grupos de trabajo, etc.).

26. Hay colaboración (práctica conjunta) entre enfermeras y médicos.

27. Hay un programa de orientación y seguimiento para las enfermeras de nueva incorporación.

28. Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería, en lugar de en uno médico.

29. Las enfermeras tienen la oportunidad de formar parte de los comités hospitalarios y de enfermería.

30. Los médicos tienen a las enfermeras en gran estima.

31. Se realizan planes de cuidados, actualizados y por escrito, de todos los pacientes.

32. 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.

TOTAL PUNTUACIÓN:

ANNEX 6: Qüestionari SERVQHOS



SERVQHOS: ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Estimado Sr./Sra:

Quienes trabajamos en el Hospital Sant Joan de Déu estamos realizando una investigación y estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad del servicio hospitalario que se le ha ofrecido durante su estancia en el mismo. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a Vd. con el propósito de solicitar su colaboración, con la siguiente investigación, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos hacerlo cada vez mejor.

Por supuesto que su colaboración es **totalmente voluntaria y completamente anónima**. Todo lo que diga será tratado de forma **absolutamente confidencial**. Junto a la encuesta le pasaremos un consentimiento informado para obtener su permiso para utilizar los resultados de esta encuesta, donde se explica la confidencialidad y voluntariedad de hacer esta encuesta.

Una vez haya contestado a todas las preguntas, los distintos profesionales de las unidades le recogerán la encuesta. Nos permitimos sugerirle que conteste cuanto antes para que no se olvide de hacerlo.

Le agradecemos muy sinceramente su interés al leer este consentimiento y encuesta y su atención con nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Basándose en su experiencia señale si la calidad asistencial sanitaria que le ha proporcionado el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) ha sido mejor o peor de la que Vd. esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaba ponga una **X** en la casilla **1**. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO MEJOR**, de lo que esperaba, ponga una **X** en la casilla **5**, y así sucesivamente.

- Edad usuario:** Menos de 12 meses Entre 12 a 24 meses Entre 2-10 años Entre 11-20 años
- Sexo:** Hombre Mujer
- Número Ingresos previos:** Menos de 1 ingreso 1-5 ingresos Más de 5 ingresos
- Nº días ingreso:** Menos 5 días Entre 5 y 10 días Entre 11 y 15 días Entre 16 y 30 días Más de 30 días

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (aparencia, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo Tengo dudas Nunca

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

Si No

¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario El tiempo necesario Más de lo necesario

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Si No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

Si No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

Si No

ANNEX 7: Adaptació del protocol d'ingrés de l'HSJD al model dinfermera primària o referent



DESCRIPCIÓ

Seqüència d'intervencions que cal realitzar al pacient i a la seva família en el moment d'ingressar a la unitat.

CRITERI D'INDICACIÓ

- Ingrés programat
- Ingrés a través d'urgències
- Trasllet intern

PREPARACIÓ DEL PACIENT

- Ingrés programat:

El servei d'admissió:

- Ha d'informar del dia i de l'hora de l'ingrés, de les pertinences que necessita durant l'estada a l'hospital i de les condicions en les quals ha de venir (dutxat, en dejú, etc.).
- Ha de rebre el pacient i la família el dia de l'ingrés i els ha d'indicar a quina unitat d'hospitalització s'han de dirigir; amb l'excepció dels infants que van a la sala Arco Iris (cirurgia de curta estada), que s'han de dirigir directament a aquesta sala i allà es tramitarà i es formalitzarà l'ingrés.
- Han d'informar la unitat o el bloc quirúrgic on ha de dirigir-se.
- Han de lliurar la documentació d'informació general.

- Ingress procedent d'urgències:

El servei d'admissió d'urgències:

- Tramita i formalitza l'ingrés al sistema informàtic.
- Lliura a la família la documentació d'informació general.

Infermera d'urgències:

- Col·loca la polsera identificativa.
- Informa de la unitat a la qual s'ingressarà i l'hora aproximada d'ingrés.

PREVENCIÓ DE RISCOS

Reviseu la documentació i contrasteu les dades amb el pacient o la família.

Col·loqueu la polsera identificativa i informeu al pacient o a la família que l'ha de portar (ha de portar-la col·locada durant tot l'ingrés amb el nom, els cognoms i el número d'història clínica).

Identifiqueu barreres idiomàtiques, arquitectòniques, culturals, religioses, etc.

Comproveu el bon funcionament dels aparells.

PROCEDIMENT

- Personal:

Tot l'equip d'infermeria, d'admissió i de portalliteres.

- Material:

- Llitera, cadira de rodes.
- Habitació preparada per rebre el pacient.

- Documentació:

- Història clínica del pacient
 - * Full d'ingrés (verd).
 - * Full ingrés-alta (admissió).
 - * Etiquetes d'identificació.
 - * Full de curs clínic.
 - * Full de registres especials si s'escau (diabètics, balanç hídric, etc.)
- Epicrítica.
- Registre d'infermera específic.

- Desenvolupament :

* Intervencions prèvies a l'ingrés.

- Conèixer el motiu de l'ingrés.

* Pacients programats: Admissió ha de lliurar amb antelació la història clínica per conèixer i preparar els requeriments que necessiti el pacient.

* Visualitzeu a través del programa informàtic (HCIS) els ingressos procedents de l'Arco Iris, amb l'objectiu de tenir l'habitació preparada, relacionada amb la patologia del pacient.

* Pacients procedents d'urgències: la infermera responsable del servei d'urgències ha d'informar la infermera de la unitat de destí dels requeriments que necessiti el pacient.

- Prepareu el llit.
- Prepareu el material necessari (aparells, bressol, matalàs d'aire).
- Comproveu el bon funcionament dels aparells.
- Rebeu el pacient i la família a la unitat.
- En l'acollida:
 - Comproveu que la documentació del pacient és la correcta.
 - Rebeu al pacient i la família i presenteu-vos.
 - Anomeneu el pacient pel nom.
 - Acompanyeu-los a l'habitació.
 - El portalliteres ha de col·locar el pacient al llit amb la col·laboració de la infermera utilitzant les mesures i el material més adients per prevenir les possibles lesions posturals.
 - Si és una habitació col·lectiva presenteu l'infant a la resta de pacients.

- Ubiqueu-los en l'habitació i informeu-los d'aspectes com ara els llums, la megafonia, el telèfon, les mesures de seguretat, etc.
- Informeu i situeu el pacient i la família en l'ambient hospitalari.
- Informeu-los sobre les normes i els serveis generals: horaris de visita, localització i horaris de la cafeteria, telèfons públics, etc.
- Valoreu la roba que porta de casa i aconselleu sobre quina és la més adequada.
- Suggeriu que no tinguin objectes de valor durant l'estada a l'hospital.
- Expliqueu al pacient i a la família el sistema d'assignació que s'utilitza a la unitat d'hospitalització. Expliqueu que l'endemà se'ls assignarà un professional d'infermeria de referència. Expliqueu-los el paper de la infermera primària o referent i la infermera de col·laboració. Informeu-los que fins que no arribi la infermera referent serà el professional d'infermeria del torn la responsable.
- Posposeu la informació si l'estat del pacient en el moment de l'ingrés ho requereix.

**ANNEX 8: Indicadors de qualitat en el Sistema Tradicional o Burocràtic i
en el Model d'Infermera Primària o Referent**

Es va fer un monitoratge aleatòriament d'alguns indicadors de qualitat d'àmbit institucional relacionats amb els registres d'infermeria. Es va fer una anàlisi un dia puntual en el sistema tradicional o burocràtic i posteriorment en el model d'infermera primària o referent per observar el grau d'emplenament dels registres en els dos models d'organització de cures.

REGISTRE D'ACOLLIDA DEL PACIENT

Taula de contingència

			ACOLLIDA		Total
			No	Sí	
Fase	Tradicional	Recompte	10	4	14
		% dins de fase	71,4 %	28,6 %	100,0 %
	Referent	Recompte	1	15	16
		% dins de fase	6,3 %	93,8 %	100,0 %
Total	Recompte		11	19	30
	% dins de fase		36,7 %	63,3 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,659 ^a	1	0,000	0,000	0,000
Corrección por continuidad ^b	10,997	1	0,001		
Razón de verosimilitudes	15,197	1	0,000		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	13,204	1	0,000		
Núm. de casos válidos	30				

a. 0 casillas (0,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,13.

b. Calculado solo para una tabla de 2x2.

L'acollida és significativament més gran ($p < 0,001$) en el sistema referent (93,8 %) que en el tradicional (28,6 %).

REGISTRE ESTAT EMOCIONAL

Taula de contingència

			REGISTRE ESTAT EMOCIONAL		Total
			No	Sí	
Fase	Tradicional	Recompte	10	4	14
		% dins de fase	71,4 %	28,6 %	100,0 %
	Referent	Recompte	2	14	16
		% dins de fase	12,5 %	87,5 %	100,0 %
Total	Recompte		12	18	30
	% dins de fase		40,0 %	60,0 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,804 ^a	1	0,001		
Corrección por continuidad ^b	8,488	1	0,004		
Razón de verosimilitudes	11,573	1	0,001		
Estadístico exacto de Fisher				0,002	0,001
Asociación lineal por lineal	10,443	1	0,001		
Núm. de casos válidos	30				

a. 0 casillas (0,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,60.

b. Calculado solo para una tabla de 2 × 2.

El registre de l'estat emocional és significativament més gran ($p = 0,001$) en el sistema referent (87,5 %) que en el tradicional (28,6 %).

REGISTRE MEDICACIÓ DOMICILIÀRIA

Taula de contingència

		REGISTRE MEDICACIÓ DOMICILIÀRIA		Total	
		No	Sí		
Fase	Tradicional	Recompte	10	4	14
		% dins de fase	71,4 %	28,6 %	100,0 %
	Referent	Recompte	1	15	16
		% dins de fase	6,3 %	93,8 %	100,0 %
Total		Recompte	11	19	30
		% dins de fase	36,7 %	63,3 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,659 ^a	1	0,000		
Corrección por continuidad ^b	10,997	1	0,001		
Razón de verosimilitudes	15,197	1	0,000		
Estadístico exacto de Fisher				0,000	0,000
Asociación lineal por lineal	13,204	1	0,000		
Núm. de casos válidos	30				

a. 0 casillas (0,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,13.

b. Calculado solo para una tabla de 2 x 2.

El registre de la medicació domiciliària és significativament més gran ($p < 0,001$) en el sistema referent (93,8 %) que en el tradicional (28,6 %).

REGISTRE D'AL·LÈRGIES

Taula de contingència

			REGISTRE AL·LÈRGIES		Total
			No	Sí	
Fase	<u>Tradicional</u>	Recompte	10	4	14
		% dins de fase	71,4 %	28,6 %	100,0 %
Referent		Recompte	1	15	16
		% dins de fase	6,3 %	93,8 %	100,0 %
Total		Recompte	11	19	30
		% dins de fase	36,7 %	63,3 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,659 ^a	1	0,000		
Corrección por continuidad ^b	10,997	1	0,001		
Razón de verosimilitudes	15,197	1	0,000		
Estadístico exacto de Fisher				0,000	0,000
Asociación lineal por lineal	13,204	1	0,000		
Núm. de casos válidos	30				

a. 0 casillas (0,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,13.

b. Calculado solo para una tabla de 2 × 2.

El registre d'al·lèrgies és significativament més gran ($p < 0,001$) en el sistema referent (93,8 %) que en el tradicional (28,6 %).

POLSERA IDENTIFICATIVA

Taula de contingència

			POLSERA IDENTIFICATIVA		Total
			No	Sí	
Fase	Tradicional	Recompte	8	6	14
		% dins de fase	57,1 %	42,9 %	100,0 %
	Referent	Recompte	1	15	16
		% dins de fase	6,3 %	93,8 %	100,0 %
Total	Recompte		9	21	30
	% dins de fase		30,0 %	70,0 %	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,209 ^a	1	0,002	0,004	0,003
Corrección por continuidad ^b	6,945	1	0,008		
Razón de verosimilitudes	10,049	1	0,002		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	8,902	1	0,003		
Núm. de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50,0 %) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,20.

b. Calculado solo para una tabla de 2 x 2.

El registre de polsera identificativa és significativament més gran ($p = 0,002$) en el sistema referent (93,8 %) que en el tradicional (42,9 %).

