

**CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL INFERMERA.
UNA MILLORA EN LA QUALITAT I SEGURETAT
DE LES CURES INFERMERES**

Glòria Reig Garcia

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/392634>



<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento

This work is licensed under a Creative Commons Attribution licence

CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL INFERMERA

Una millora en la qualitat i seguretat
de les cures infermeres



TESI DOCTORAL
Glòria Reig Garcia

Direcció: Dolors Juvinyà Canal

2015



TESI DOCTORAL

**CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL INFERMERA,
UNA MILLORA EN LA QUALITAT I SEGURETAT
DE LES CURES INFERMERES**

GLÒRIA REIG GARCIA

ANY 2015



TESI DOCTORAL

**CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL INFERMERA,
UNA MILLORA EN LA QUALITAT I SEGURETAT
DE LES CURES INFERMERES**

GLÒRIA REIG GARCIA

ANY 2015

**PROGRAMA DE DOCTORAT EN CIÈNCIES SOCIALS, DE L'EDUCACIÓ I DE LA
SALUT**

DIRECCIÓ: DOLORS JUVINYÀ CANAL

**MEMÒRIA PRESENTADA PER OPTAR AL TÍTOL DE DOCTORA PER LA
UNIVERSITAT DE GIRONA**



La **Dra. Dolors Juvinyà i Canal**, Catedràtica d'Escola Universitària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona

DECLARA:

Que el treball titulat "Continuïtat assistencial infermera, una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres", que presenta Gloria Reig Garcia per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meva direcció.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo aquest document.

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

Girona, 14 d'octubre de 2015

Per a tu Ruth

Infermera, companya i amiga

Agraïments

En primer lloc, en l'àmbit acadèmic, vull agrair a la meva tutora la Doctora Dolors Juvinyà, el temps dedicat en aquest projecte, gràcies per guiar-me i ajudar-me.

En l'àmbit professional, vull donar les gràcies a l'Àngela Vilà pel seu interès, recolzament i ajuda. A la Montse Canet per facilitar-me l'administració d'enquestes a l'Atenció Primària, a la Teresa Vilalta per obrir-me les portes de l'Hospital Santa Caterina i al Dr. Vicenç Ibañez, a la Lluïsa Privat i a la Carme Cortizo, per ajudar-me en l'administració d'enquestes a l'Hospital Dr. Josep Trueta. També agrair a la Lluïsa Garcia i a la Carme Ferré, infermeres de la UCA de l'Hospital Dr. Josep Trueta, la seva acollida a la unitat de continuïtat assistencial; i a la Pilar Tarradas i a en Francesc Moreno la seva col·laboració i disponibilitat.

A l'Eva Viñals, la Mariona Vilar, la Victòria Vila, la M. Àngels Buset, la Maria Puig, la Susanna Trèmols, en Josep Antonio Carpio, la Roser Vila, la Gemma Caparrós, l'Anna Escura, la Mercè Ribó, l'Ignasi Montoya, la Núria Lozano, la Thais, la Sussi Faig i l'Alicia Noguer per l'ajuda en l'administració d'enquestes a l'Atenció Primària i a l'Atenció Sociosanitària.

A en Gabriel Beceiro per tants e-mails compartits, al Dr. Gabriel Coll de Tuero pels seus consells i al Dr. Josep Garré per la seva disponibilitat, professionalitat i ajuda.

I des del cor, gràcies a l'Eduard per la paciència i confiança en mi i en aquesta tesi. Sense tu això no hagués estat possible. Gràcies als meus pares per donar-me l'oportunitat de ser qui sóc i guiar-me en la vida; i gràcies a la Queralt per acompanyar-me en aquest darrer esprint.

Gràcies a la Maria Vidal, a en Jordi Vilanó, a la Montse Masó, a la Glòria Ribas, a l'Elena Duran i a en Pep Figa, companys de feina i amics, pel seus ànims incondicionals, i gràcies a en David Cámara per tants moments i cafès compartits, i per tants ànims en moments difícils.

I sens dubte, gràcies a totes vosaltres, companyes i amigues de l'ABS Cassà de la Selva, per escoltar-me i ajudar-me, i gràcies a totes les infermeres que vàreu contestar el qüestionari en el seu moment, sense vosaltres aquest treball no hagués estat possible.

Lista d'Abreviatures

| | |
|--------------|------------------------------------------------------|
| ABS | Àrea Bàsica de Salut |
| ABVD | Activitats Bàsiques de la Vida Diària |
| AC | Atenció Continuada |
| ACUT | Atenció Continuada i d'Urgències de Base Territorial |
| AE | Atenció Especialitzada |
| AFS | Aspectes Familiars i Socials |
| AH | Atenció Hospitalària |
| AP | Atenció Primària |
| AIS | Àrees Integrals de Salut |
| ASPC | Aliança per la Seguretat dels Pacients a Catalunya |
| ASM | Atenció en Salut Mental |
| ASS | Atenció Sociosanitària |
| ATDOM | Atenció Domiciliària |
| AUG | Augment |
| AVD | Activitats Vida Diària |
| BH | Breda- Hostalrich |
| BST | Banc de Sang i Teixits |
| CA | Continuïtat Assistencial |
| CAS | Centre Atenció a la Drogodependència |
| CABE | Consorci Assistencial Baix Empordà |
| CAP | Centre Atenció Primària |
| CAI | Continuïtat Assistencial Infermera |
| CBS | Consorci Benestar Social |
| CCEE | Consultes Externes |
| CDR | Circuits de Diagnòstic Ràpid |
| CIMS | Construir, Innovar, Millora en Salut |
| CGP | Can Gibert de Plà |
| COT | Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia |
| CPS | Carpeta Personal de Salut |
| CRG | Clinical Risk Groups |
| CSMS | Consorci de Salut del Maresme i la Selva |

| | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DDUI | Diagnòstics infermers a l'alta |
| DT | Desviació Típica |
| EAP | Equip d'Atenció Primària |
| ECAP | Estació Clínica d'Atenció Primària |
| FHC | Fundació Hospital de Campdevàrol |
| FHO | Fundació Hospital d'Olot |
| FORMCAI | Formació en Continuitat Assistencial Infermera |
| FORMCOM | Formació en Comunicació |
| FSE | Fundació Salut Empordà |
| F1 | Formació Postgrau + Formació continuada |
| GPC | Guia de Pràctica Clínica |
| GTS | Govern Territorial de Salut |
| HCC | Història Clínica Compartida |
| HC3 | Història Clínica Compartida |
| HDJT | Hospital Dr.Josep Trueta |
| HSC | Hospital Santa Caterina |
| IAI | Informa d'Alta d'Infermeria |
| IAS | Institut d'Assistència Sanitària |
| III | Informe a l'Ingrés programat del pacient |
| IC | Insuficiència Cardíaca |
| ICO | Institut Català d'Oncologia |
| ICS | Institut Català de Salut |
| IDI | Institut de Diagnòstic per la Imatge |
| ITHACA | Innovation in the Treatment of Arterial Hypertension Increasing the Compliance and Andherence. |
| JCAHO | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations |
| LOSC | Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya |
| MA | Malaltia Actual |
| MACA | Malaltia Crònica Avançada |
| MNA | Mini Nutritional Assessment |
| MPOC | Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica |
| MITJ | Mitjana |
| NEC | Necessitat |
| NHS | National Health Service |
| OPS | Organització Panamericana de la Salut |

| | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| OSI | Organitzacions Sanitàries Integrades |
| P | P-Valor |
| PAO | Prestació d'Article Ortoprotètic |
| PADES | Programa d'Atenció Domiciliària. Equips de Suport |
| PHMJ | Parc Hospitalària Martí i Julià |
| PIIC | Pla Intervenció Individualitzat Compartit |
| PISA | Prevenició i Suport a l'Alta |
| PC | Pròxims controls a seguir |
| PCC | Pacient Crònic Complex |
| PDUI | Problemes infermers durant l'hospitalització |
| PREALT | Protocol de Preparació a l'Alta |
| PTG | Pròtesi Total Genoll |
| PTM | Pròtesi Total Maluc |
| RAE | Reforma Atenció Especialitzada |
| RS | Regió Sanitària |
| SAP | Sistemes, Aplicacions i Productes |
| SAT | Satisfacció |
| SC | Santa Coloma |
| SCL | Santa Clara |
| SEM | Servei d'Emergències Mèdiques |
| SH-A | Sant Hilari - Arbúcies |
| SISCAT | Sistema Integrat d'Utilització Pública de Catalunya |
| SISDDAP | Sistema informatitzat de Suport al Diagnòstic de Demències per Atenció Primària |
| SDO | Serveice Delivery and Organisation |
| SVM | Sils – Vidreres - Maçanet |
| TA | Tensió Arterial |
| TIC | Tecnologies de la Informació i la Comunicació |
| TIRS | Taula Indicador de Risc Social |
| TTM | Tractament farmacològic a seguir |
| UBA | Unitat Bàsica Assistencial |
| UBAs | Unitats Bàsiques d'Alcohol |
| UCA | Unitat de Continuïtat Assistencial |
| UCAMI | Unitats Clíniques d'Atenció Mèdica Integral |
| UFFIS | Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària |

| | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| UHEDI | Unitat Hospitalització Especialitzada en Discapacitats Intel.lectuals |
| UPD | Unitat Patologia Dual |
| UPPAMI | Unitat de Pacients amb Pluripatologia i Atenció Mèdica Integral |
| URPI | Unitat de Referència per Psiquiatria Infantil i Juvenil |
| XHUP | Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública |
| XSM | Xarxa de Salut Mental |

Índex de Taules

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Taula 1. Definicions de continuïtat assistencial | 12 |
| Taula 2. Descripció del tipus de continuïtat assistencial i els instruments de mesura | 16 |
| Taula 3. Indicadors d'avaluació de la continuïtat assistencial | 17 |
| Taula 4. Beneficis de les Tecnologies de la Informació i Comunicació segons àmbits | 19 |
| Taula 5. Estratègies afavoridores de continuïtat assistencial infermera | 23 |
| Taula 6. Indicadors de continuïtat assistencial infermera | 26 |
| Taula 7. Competències dels nous rols infermers | 29 |
| Taula 8. Anàlisi dels continguts dels informes d'alta d'infermeria | 33 |
| Taula 9. Indicadors de qualitat i seguretat de les cures infermeres | 36 |
| Taula 10. Equipaments sanitaris de la Regió Sanitària de Girona segons proveïdor | 43 |
| Taula 11. Canals de comunicació de les estratègies de continuïtat assistencial infermera | 51 |
| Taula 12. Àmbit i Població d'Estudi | 63 |
| Taula 13. Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera | 77 |
| Taula 14. Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons edat, anys de finalització | 78 |
| Taula 15. Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons formació rebuda | 79 |
| Taula 16. Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons àmbit assistencial | 80 |
| Taula 17. Temps de resposta segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 81 |
| Taula 18. Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda | 82 |
| Taula 19. Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 83 |
| Taula 20. Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons contracte | 84 |
| Taula 21. Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons formació rebuda | 85 |
| Taula 22. Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons àmbit assistencial | 86 |
| Taula 23. Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient | 86 |
| Taula 24. Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 87 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Taula 25. Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient segons formació rebuda | 89 |
| Taula 26. Satisfacció amb els nous rols infermers | 90 |
| Taula 27. Satisfacció amb els nous rols infermers segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 91 |
| Taula 28. Satisfacció amb els nous rols infermers segons contracte | 91 |
| Taula 29. Satisfacció amb els nous rols infermers segons formació rebuda | 93 |
| Taula 30. Satisfacció amb els nous rols infermers segons àmbit assistencial | 94 |
| Taula 31. Preferència de comunicació segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 95 |
| Taula 32. Preferència de comunicació segons àmbit assistencial | 96 |
| Taula 33. Millor circuit per informar segons contracte | 98 |
| Taula 34. Millor circuit per informar segons càrrec | 98 |
| Taula 35. Millor circuit per informar segons àmbit assistencial | 99 |
| Taula 36. Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient | 100 |
| Taula 37. Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient segons contracte | 101 |
| Taula 38. Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient segons àmbit assistencial | 102 |
| Taula 39. Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 103 |
| Taula 40. Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons contracte | 104 |
| Taula 41. Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons àmbit assistencial | 105 |
| Taula 42. Percepció de falta de formació segons formació rebuda | 107 |
| Taula 43. Percepció de falta de formació segons àmbit assistencial | 108 |
| Taula 44. Valoració de les diferents dimensions de l'informe d'alta d'infermeria | 109 |
| Taula 45. Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 110 |
| Taula 46. Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons sexe | 111 |
| Taula 47. Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons formació rebuda | 111 |
| Taula 48. Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons àmbit assistencial | 112 |
| Taula 49. Circuits d'arribada dels informes d'alta d'infermeria segons àmbit assistencial | 113 |
| Taula 50. Valoració de la informació que s'omple a l'informe segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 114 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Taula 51. Valoració de la informació que s'omple a l'informe segons àmbit assistencial | 115 |
| Taula 52. Percepció de falta de temps per fer els informes segons contracte | 116 |
| Taula 53. Percepció de falta de temps per fer els informes segons àmbit assistencial | 116 |
| Taula 54. Percepció de falta de temps per fer els informes segons centre i servei de treball | 117 |
| Taula 55. Consulta d'informes segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral | 118 |
| Taula 56. Consulta d'informes segons formació rebuda | 120 |
| Taula 57. Dimensions que haurien de contenir els informes d'alta d'infermeria. | 125 |
| Taula 58. Dimensions que haurien de contenir els informes d'ingrés dels pacients. | 126 |

Índex de Figures

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Piràmide de Kaiser | 38 |
| Figura 2. Mapa de la Regió Sanitària Girona, segons les Àrees Bàsiques de Salut i els Governos Territorials de Salut | 42 |
| Figura 3. Formació de les infermeres segons àmbit assistencial | 76 |
| Figura 4. Comoditat per comunicar-se amb altres àmbits assistencials segons edat | 95 |

Índex

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resum | 3 |
| Resumen | 5 |
| Abstract | 7 |
| 1.Introducció general | 9 |
| 1.1.La continuïtat assistencial | 11 |
| 1.1.1.Estratègies facilitadores i barreres de la continuïtat assistencial | 13 |
| 1.1.2.Marc per l'anàlisi de la continuïtat assistencial | 14 |
| 1.1.3.Tecnologies de la informació i la comunicació i continuïtat assistencial | 18 |
| 1.2.La continuïtat assistencial infermera | 21 |
| 1.2.1.Beneficis, barreres i estratègies de la continuïtat assistencial infermera | 22 |
| 1.2.2.Avaluació de la continuïtat assistencial infermera | 24 |
| 1.2.3.Nous rols infermers i continuïtat assistencial infermera | 26 |
| 1.2.4.Instruments per a la continuïtat assistencial infermera | 30 |
| 1.2.5.Qualitat i seguretat de les cures infermeres | 34 |
| 1.2.6.Pacients i continuïtat assistencial infermera | 36 |
| 1.3. La continuïtat assistència infermera a les comarques del Gironès i la Selva | 41 |
| 1.3.1.Descripció de la regió sanitària de Girona | 41 |
| 1.3.2.Estratègies de continuïtat assistencial a les comarques del Gironès i la Selva | 44 |
| 1.3.3.Estratègies de continuïtat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva | 47 |
| 2.Objectius | 53 |
| 2.1.Objectius | 55 |
| 3.Metodologia | 57 |
| 3.1.Disseny | 59 |
| 3.2.Àmbit d'estudi | 59 |
| 3.3.Població i mostra d'estudi | 62 |
| 3.4.Variables d'estudi | 63 |
| 3.5.Instruments | 66 |
| 3.6.Procediment | 68 |
| 3.7.Anàlisi estadístic | 69 |
| 3.8.Consideracions ètiques | 71 |
| 4.Resultats | 73 |
| 4.1.Satisfacció infermera amb la continuïtat assistencial infermera | 76 |
| 4.2.Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda | 82 |
| 4.3.Importància dels nous rols infermers per a la continuïtat assistencial infermera | 90 |
| 4.4.Vies i circuits de comunicació preferits per les infermeres per desenvolupar la continuïtat assistencial infermera | 94 |
| 4.5.Perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera | 99 |
| 4.6.Currículum formatiu en continuïtat assistencial infermera | 102 |
| 4.7.Contingut, utilitat i vies d'arribada dels informes d'alta d'infermeria | 108 |
| 4.8. Resultats de les opinions de les infermeres en relació a la continuïtat assistencial infermera | 121 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.Discussió | 131 |
| 5.1.Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera i necessitat percebuda | 134 |
| 5.2.Noves figures infermeres, pacients i continuïtat assistencial infermera | 139 |
| 5.3.Vies de comunicació i circuits preferits per desenvolupar la continuïtat assistencial infermera | 142 |
| 5.4.Propostes de millora per a la continuïtat assistencial infermera | 143 |
| 5.5.Limitacions de l'estudi | 145 |
| 5.6.Implicacions per la pràctica | 145 |
| 5.7.Futures línies de recerca | 146 |
| 6.Conclusions | 147 |
| 7.Bibliografia | 151 |
| 8.Annexes | 185 |
| Annex 1. Informe d'Alta d'Infermeria | 187 |
| Annex 2. Instrument de recollida de dades per l'Atenció Primària | 189 |
| Annex 3. Instrument de recollida de dades per l'Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental | 195 |
| Annex 4. Difusió científica | 201 |

Introducció

La continuïtat assistencial és el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps, de manera que siguin coherents amb les seves necessitats de salut i el context personal. La continuïtat assistencial infermera (CAI) es basa en la transferència de la informació, així com en la coordinació i consistència de l'atenció entre les infermeres amb l'objectiu de personalitzar les cures d'acord a les necessitats del pacient i de la malaltia, constituint, avui en dia, una estratègia de millora de l'atenció de les cures de les persones ateses en els diferents nivells assistencials. El procés de continuïtat de cures és multidisciplinari, però, les infermeres són les professionals clau per conduir la millora d'aquest procés. L'objectiu d'aquest treball va ser identificar el grau de satisfacció que tenien les infermeres dels diferents àmbits assistencials de les comarques del Gironès i la Selva amb la continuïtat assistencial infermera.

Metodologia

Estudi descriptiu transversal sobre la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera dels 4 àmbits assistencials de les comarques del Gironès i la Selva: Atenció Primària (AP), Atenció Hospitalària (AH), Atenció Socio sanitària (ASS) i Atenció en Salut Mental (ASM). Es va dur a terme l'administració de qüestionaris anònims i autoadministrats. Les variables d'estudi es van organitzar en 7 apartats: sociodemogràfiques, satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera, instrument, circuits i comunicació infermera, nous rols infermers, formació en continuïtat assistencial infermera, pacients amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres i propostes de millores per a la continuïtat assistencial infermera. L'anàlisi de les dades es va realitzar mitjançant descriptiu de freqüència, expressats en forma de mitjanes i mesures de dispersió: Desviació Típica i el valor mínim i màxim, així com estadístics descriptius expressats en freqüència i percentatge. Es va fer anàlisi bivariant amb proves no paramètriques: prova de Kruskal-Wallis i prova de U de Mann-Whitney i amb el coeficient de Chi quadrat de Pearson.

Resultats

La mostra va ser de 437 infermeres, 92,4% eren dones, la mitjana d'edat 40,5 anys. La satisfacció mitjana amb la continuïtat assistencial infermera entre els diferents àmbits assistencials va ser de $2,3 \pm 0,7$ punts (Rang=1-5), sent a l'AP on aquesta va obtenir una puntuació més elevada. La satisfacció mitjana amb l'informe d'alta d'infermeria (IAI) va ser de $2,2 \pm 0,9$ (Rang=1-5), obtenint-se puntuacions significativament més elevades ($p < 0,05$) als

centres d'AP rurals. La dimensió informació sobre malaltia actual va rebre la major puntuació amb una mitjana de $7,58 \pm 2,9$ i la dimensió diagnòstics infermers, la menor ($5,98 \pm 3,3$). Les infermeres estaven d'acord amb que faltava temps per fer els IAI ($2,01 \pm 0,88$), establint-se relacions significatives en les variables: nivell assistencial, servei i tipus de contracte. El 74,8% considerava que la informació que s'hi registrava era correcta. La majoria d'IAI arribaven a través de la infermera d'enllaç (43,9%), mostrant-se diferències significatives segons l'àmbit assistencial.

Les infermeres estaven satisfetes amb els nous rols infermers com a garantia de la CAI, infermera d'enllaç ($1,71 \pm 0,80$) i infermera gestora de casos ($1,81 \pm 0,80$), sobretot en el marc del Pacient Crònic Complex (PCC) i estan significativament més satisfetes les d'AP. La via de comunicació preferida per comunicar-se era el telèfon (72,5%), sobretot a l'AP (85%). L'IAI era la via preferida entre les infermeres de l'Hospital Dr. Josep Trueta (10,3%). Per altra banda, la via de comunicació més segura va ser l'IAI informatitzat a l'Estació Clínica d'AP o a la Història Clínica Compartida (HC3) (62,69%), mostrant-se relacions significatives en les variables: contracte, càrrec i nivell assistencial. La formació en comunicació infermera durant els estudis universitaris va rebre una puntuació de $4,05 \pm 2,7$ (Rang:0-10) i la formació en CAI de $4,16 \pm 2,7$ (Rang:0-10), sent les infermeres més joves les que, significativament, tenien millor formació.

Conclusions

Les infermeres estan força satisfetes amb la CAI i consideren que l'IAI és un bon instrument. Consideren els nous rols infermers com a estratègies clau en el procés de CAI i els identifiquen com a màxims garantitzadors en el marc dels PCC. La via de comunicació preferida per les infermeres és la telefònica, però consideren que l'informatitzada a l'HC3 és la més segura. La majoria d'IAI arriben a través de la infermera d'enllaç. La formació en comunicació i CAI durant els estudis universitaris d'infermeria és baixa, sobretot entre les infermeres de més edat, identificant-se aquesta i la falta de temps com a barreres per la CAI.

Paraules clau

continuitat assistencial, comunicació, infermeria, seguretat, qualitat de cures infermeres, informe d'alta d'infermeria.

Introducción

La continuidad asistencial es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que sean coherentes con sus necesidades de salud y el contexto personal. La continuidad asistencial enfermera (CAE) se basa en la transferencia de la información, así como en la coordinación y consistencia de la atención entre las enfermeras con el objetivo de personalizar los cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y de la enfermedad, constituyendo, hoy en día, una estrategia de mejora de la atención de los cuidados de las personas atendidas en los diferentes niveles asistenciales. El proceso de continuidad de cuidados es multidisciplinar, sin embargo, las enfermeras son las profesionales clave para conducir la mejora de este proceso. El objetivo de este trabajo fue identificar el grado de satisfacción que tenían las enfermeras de los diferentes ámbitos asistenciales de las comarcas del Gironès y la Selva con la continuidad asistencial enfermera.

Metodología

Estudio descriptivo transversal sobre la satisfacción con la continuidad asistencial enfermera en los 4 ámbitos asistenciales de las comarcas del Gironès y la Selva : Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH), Atención Sociosanitaria (ASS) y Atención en Salud Mental (ASM). Se llevó a cabo la administración de cuestionarios anónimos y autoadministrados. Las variables de estudio se organizaron en 7 apartados: sociodemográficas, satisfacción con la continuidad asistencial enfermera, instrumento, circuitos y comunicación enfermera, nuevos roles enfermeros, formación en continuidad asistencial enfermera, pacientes con más necesidad de continuidad de cuidados enfermeros y propuestas de mejora para la continuidad asistencial enfermera. El análisis de los datos se realizó mediante descriptivos de frecuencia, expresados en forma de medias y medidas de dispersión: Desviación Típica y el valor mínimo y máximo, así como estadísticos descriptivos expresados en frecuencias y porcentajes. Se hizo análisis bivalente con pruebas no paramétricas: prueba de Kruskal-Wallis y prueba de U de Mann-Whitney y con el coeficiente de Chi cuadrado de Pearson.

Resultados

La muestra fue de 437 enfermeras, 92,4% eran mujeres, la media de edad 40,5 años. La satisfacción media con la CAE entre los diferentes ámbitos asistenciales fue de $2,3 \pm 0,7$ puntos (Rango=1-5), siendo en la AP donde esta obtuvo una puntuación más elevada. La satisfacción media con el informe de alta de enfermería (IAE) fue de $2,2 \pm 0,9$ (Rango=1-5), obteniéndose

puntuaciones significativamente más elevadas ($p < 0,05$) en los centros de AP rurales. La dimensión información sobre enfermedad actual recibió la mayor puntuación ($7,58 \pm 2,9$) y la dimensión diagnósticos enfermeros, la menor ($5,98 \pm 3,3$). Las enfermeras estaban de acuerdo con que faltaba tiempo para hacer los IAE ($2,01 \pm 0,88$), estableciéndose relaciones significativas en las variables: nivel asistencial, servicio y tipo de contrato. El 74,8% consideraba que la información que se registraba era correcta. La mayoría de IAE llegaban a través de la enfermera de enlace (43,9%), mostrándose diferencias significativas según el ámbito asistencial. Las enfermeras estaban satisfechas con los nuevos roles enfermeros como garantía de la continuidad asistencial enfermera, enfermera de enlace ($1,71 \pm 0,80$) y enfermera gestora de casos ($1,81 \pm 0,80$), sobre todo en el marco del Paciente Crónico Complejo (PCC) y estando significativamente más satisfechas las de AP. La vía de comunicación preferida para las enfermeras era el teléfono (72,5%), sobre todo en la AP (85%). El informe de alta enfermero era la vía preferida entre las enfermeras del Hospital Dr. Josep Trueta (10,3%). Por otra parte, la vía de comunicación más segura fue el IAE informatizado en la Estación Clínica de AP o en la Historia Clínica Compartida (HC3) (62,69%), mostrándose relaciones significativas en las variables: contrato, cargo y nivel asistencial. La formación en comunicación enfermera durante los estudios universitarios recibió una puntuación de $4,05 \pm 2,7$ (Rango:0-10) y la formación en CAE de $4,16 \pm 2,7$ (Rango:0-10), siendo las enfermeras más jóvenes las que, significativamente, tenían mayor formación.

Conclusiones

Las enfermeras están bastante satisfechas con la CAE y consideran que el IAE es un buen instrumento. Consideran los nuevos roles enfermeros como estrategias clave en el proceso de continuidad asistencial y los identifican como máximos garantizadores en el marco de los PCC. La vía de comunicación preferida para las enfermeras es la telefónica, pero consideran que la informatizada en la HC3 es la más segura. La mayoría de IAE llegan a través de la enfermera de enlace. La formación en comunicación y CAE durante los estudios universitarios de enfermería es baja, sobre todo entre las enfermeras de más edad, identificándose esta y la falta de tiempo como barreras para la continuidad asistencial.

Palabras clave

continuidad asistencial, comunicación, enfermería, seguridad, calidad de cuidados enfermeros, informe de alta de enfermería.

Introduction

The healthcare continuity is the degree of coherence and union of the experiences in the care received by the patients throughout time, which must be coherent with their health needs and personal environment.

The nursing care continuity (NCC) is based on the transfer of information, as well as the coordination and consistency of care among nurses in order to customize care according to the patient's needs and the disease, building up nowadays, a strategy to improve the attention of the cures of the people who have been assisted in the different care levels.

The process of continuity of cures is multidisciplinary. However, nurses are key experts to lead the improvement of this process.

The aim of this paper was to identify the degree of satisfaction the nurses from different care areas in the region of Girona and La Selva had regarding the care nurse continuity.

Methodology

Cross-sectional descriptive study about the satisfaction regarding the NCC on the four areas: Primary Health Care, Hospital, Sociosanitary and Mental Health.

Anonymous and self-administered questionnaires were delivered. The variables were divided into 7 parts: sociodemographics, satisfaction with the NCC, tool, circuits and nurse communication, new nurse roles, training in NCC, patients with more necessity of NCC, and suggestions for NCC to improve.

Data analysis was done through a frequency descriptive expressed by average numbers and dispersion measurements: Typical Deviation and the minimum and maximum value, as well as descriptive statistics expressed by frequency and percentage.

A bivariate analysis was done with no parametrical evidence: Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U and with the coefficient of Chi squared by Pearson.

Results

The sample was 437 nurses, 92,4% were women, mean age was 40,5 years. The average nursing satisfaction with the continuity between the different care areas was $2,3\pm 0,7$ points (Rang=1-5), where the Primary Health Care was what obtained a higher score.

The average satisfaction with the nursing discharge report (HDR) was $2,2\pm 0,9$ (Rang=1-5), obtaining scores significantly higher ($p<0,05$) at rural Primary Assistance Centers.

The dimension information about current disease received the highest score ($7,58\pm 2,9$) and the dimension nursing diagnoses, the lowest ($5,98\pm 3,3$).

The nurses agreed with the lack of time for the NDR ($2,01\pm 0,88$), establishing meaningful relationships in the variables: level of care, service and type of contract. 74.8% considered the information recorded was correct. Most NDR came through the link nurse (43.9%), showing significant differences according to the healthcare area.

The nurses were satisfied with the new roles of nurses as a guarantee for the NCC (link nurse ($1,71\pm 0,80$) and case manager nurse ($1,81\pm 0,80$), especially in the chronic diseases framework and they are significantly more satisfied the ones from Primary Care (85%).

On one hand, the NDR was the preferred communication channel among nurses from the Hospital Doctor Josep Trueta (10.3%). On the other hand, the safest communication route was NDR computerized at Primary Health Care Station or at Shared Clinical History (SCH) (62,69%), showing significant relationships in the variables: contract, position and level of care.

Training in communication during the nursing university studies received a score of $4,05\pm 2,7$ (Rang:0-10) and training in NCC, $4,16\pm 2,7$ (Rang:0-10), being the youngest nurses who significantly had better training.

Conclusions

The nurses are quite satisfied with the NCC and consider NDR is a good instrument. They consider the new nurse roles as a key in the process of NCC and they identify them as maximum guarantee in the chronic diseases framework.

Their preferred communication channel is the telephone but they consider that the computerized in SCH is the safest.

Most NDR come via the link nurse. Training in communication and NCC during the nursing university studies is low, especially among older nurses, identifying it and the lack of time as barriers to NCC.

Key words

care continuity, communication, nursing, safety, quality of nursing care, nursing discharge report

1-Introducció

1.1. La continuïtat assistencial

La continuïtat assistencial (CA) és un concepte multi dimensional i dinàmic sobre el qual no existeix, en la literatura, consens sobre la seva definició¹. Les primeres definicions daten dels anys 1980 i 1990, i fan referència a “la relació assistencial contínua al llarg del temps”². Posteriorment, s’ha definit la continuïtat com un fenomen més multi dimensional, i la majoria de definicions s’han centrat en els diferents elements: la transferència d’informació^{3,4}, la relació interpersonal i la coordinació de l’atenció, tot buscant emfatitzar la importància de la connectivitat entre les parts^{3,5,6} i entenent la CA com la connexió de l’atenció que reben els pacients des de les múltiples fonts de provisió^{6,7} (Taula 1).

La definició més utilitzada per a la CA és la de Reid, Haggerty i Mc. Kendry (2002)² que la defineix com el grau de coherència i unió de les experiències en l’atenció que percep el pacient al llarg del temps, de manera que siguin coherents amb les seves necessitats mèdiques i el context personal. Els autors estableixen dos elements claus: l’experiència de la persona i l’atenció rebuda al llarg del temps^{8,2,9,10}. Aquesta definició té en compte el punt de vista dels pacients, però no té en compte la opinió dels professionals, que són els que l’operativitzen i l’executen^{11,12}.

Per tant, podrem parlar de l’existència de CA quan trobem de forma simultània una atenció mantinguda al llarg del temps i percebuda pel pacient²⁶, que inclogui una connexió i sincronització dels serveis i el compliment d’objectius multidisciplinaris i centrats en el pacient²⁷.

S’identifiquen tres dimensions de la continuïtat assistencial segons Reid et al.: la continuïtat d’informació, la continuïtat de gestió i la continuïtat de relació².

La continuïtat d’informació és la percepció que té el pacient sobre la disponibilitat, utilització i interpretació de la informació d’episodis d’hospitalització anteriors, amb la finalitat de donar una atenció apropiada a les necessitats actuals d’aquest².

Aquest tipus de continuïtat distingeix dos dimensions: la transferència de la informació i el coneixement acumulat. La primera dimensió significa que el pacient percebi que els professionals sanitaris tinguin accés a la informació del seu estat de salut, permetent així adaptar el tractament actual^{2,22}. La segona: és la percepció que té el pacient que el

professional coneix els seus valors, preferències i context social. Aquest coneixement permet planificar les cures i tractament actual, de forma efectiva i individualitzada².

Taula 1: Definicions de continuïtat assistencial

| Autors | Any | Definició |
|----------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Starfield ⁴ | 1980 | Mitjà pel qual els diferents aspectes de l'atenció que requereixen un episodi clínic s'uneixen. Integració de tots els serveis de la salut amb independència del lloc en el qual es rebin. |
| Ejlertsson ¹³ | 1984 | Ser atès per un mateix professional a totes les consultes. |
| Zurro ¹⁴ | 1986 | Atenció al llarg de la vida de les persones en els seus diferents àmbits de vida. |
| Shegda ¹⁵ | 1990 | Procés coordinat que implica que professionals i pacients treballin conjuntament per facilitar la transmissió de la informació. |
| Spooner ¹⁶ | 1994 | Grau en què un mateix professional és consultat durant una seqüència de visites. Grau de coherència de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps, de manera que siguin coherents amb les seves necessitats mèdiques i el context personal. |
| Meijer ¹⁷ | 1997 | Implica la continuïtat del professional o la coordinació entre professionals sanitaris i organitzacions al llarg del temps. |
| Sahlberg-Blom ¹⁸ | 1998 | El pacient rep l'atenció adequada i de forma regular i els diferents episodis estan connectats. |
| Carter ³ | 1998 | Concentració de tots els serveis relacionats amb l'atenció de la salut amb independència d'on es rebin, de manera que es sincronitzin per aconseguir un objectiu comú sense producció de conflictes. |
| Preston ¹⁹ | 1999 | Rebre l'atenció d'un professional en particular al llarg de l'atenció i de manera coordinada amb els altres professionals. |
| Reid ² | 2002 | Grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps, de manera que siguin coherents amb les seves necessitats mèdiques i el context personal. |
| Gálvez ⁷ | 2003 | Visió continua i compartida del treball assistencial. Element clau i determinant que inspira a la organització, les formes de treball i la formació dels seus professionals. |
| Coyle ²⁰ | 2004 | Relació terapèutica estable entre un pacient i un professional sanitari. |
| Dietrich ²¹ | 2006 | Relació continua amb un professional de l'Atenció Primària. |
| Freeman ²² | 2006 | Experiència que té el pacient de què la relació està coordinada i es rep sense interrupcions. |
| Wierdsma ²³ | 2009 | Grau en què els diferents episodis d'un tractament estan vinculats i ininterromputs. |
| AAFP ²⁴ | 2010 | Procés en el qual metge i pacient estan implicats de forma cooperativa en la gestió de l'assistència sanitària. L'objectiu és aconseguir una atenció mèdica efectiva i d'alta qualitat. |
| ConSORCI de salut i serveis socials de Catalunya ²⁵ | 2012 | Prestació de l'atenció sanitària i social per part dels diferents proveïdors i professionals que treballen conjuntament per garantir el procés assistencial, amb coresponsabilitats de tots els professionals i amb el recurs més cost-efectiu. |

Font: elaboració pròpia

La continuïtat de relació es defineix com la interacció d'un pacient amb el proveïdor al llarg del temps² des del punt de vista del pacient, i això implica establir dues dimensions. Per una

banda, es forma un vincle entre el pacient i el professional i, per l'altra, es fa necessària una consistència assistencial per part de tots els professionals sanitaris.

La continuïtat de relació s'associa a una millora de l'atenció, incloent un millor reconeixement dels problemes, diagnòstics més precisos i més adherència als tractaments. Altres beneficis són la confiança, la comprensió mútua, la comunicació afectiva i la responsabilitat en el temps^{1,2}, sense existir una definició de quant temps el pacient ha de ser seguit per un mateix professional per establir un vincle estable i basat en la confiança i la responsabilitat¹.

La continuïtat de gestió fa referència a la provisió de l'atenció sanitària de manera coordinada al llarg del temps, on diferents serveis sanitaris són realitzats per separat en el temps, però són entregats de forma complementària i oportuna, sense duplicar-se o perdre's². Com a conseqüència, s'estableixen dues dimensions: la consistència del procés i la seva flexibilitat.

La consistència s'ha d'incorporar entre els objectius, les cures i el tractament, especialment quan l'assistència és realitzada per diferents professionals^{1,2}. La flexibilitat permet els canvis necessaris en els plans de cures d'acord a les necessitats del pacient, els cicles de la seva vida i l'evolució de la malaltia^{2,28,29}.

Altres autors com Saultz¹ i Roger¹⁰ identifiquen altres tipus de CA: la continuïtat de família, on tots els membres d'una família són atesos per professionals que coneixen els problemes sanitaris dels altres membres de la família, i la continuïtat interdisciplinària, on la transferència d'informació permet el coneixement del pacient independentment del tipus de professional sanitari requerit.

Les quatre dimensions clau de la CA definides per Gálvez⁷ són: dimensió cronològica (atenció al llarg de la història natural de qualsevol malaltia), dimensió geogràfica (atenció pròxima a les persones), dimensió interdisciplinària (no fragmentada) i dimensió interpersonal (relació professional-pacient i relacions interprofessionals).

1.1.1. Estratègies facilitadores i barreres de la continuïtat assistencial

Un dels pilars fonamentals per a la garantia de la CA és una bona comunicació entre professionals³⁰⁻³⁵, essent un tema recurrent al parlar d'efectivitat de models sanitaris^{36,37,12,38}.

Per això, que augmentar l'efectivitat de la comunicació entre els professionals implicats en l'atenció del pacient, durant el traspàs d'un nivell assistencial a un altre, és un objectiu de seguretat prioritari pels grups líders en seguretat de l'OMS³⁹, la *Joint Commission*⁴⁰ i el *National Health Service* (NHS)²².

Segons Fernández⁴¹, les estratègies facilitadores de CA més rellevants són: l'accessibilitat als especialistes de referència, els espais de debat entre els diferents proveïdors del territori i entre els diferents professionals i les Guies de Práctica Clínica (GPC) i protocols homogeneïtzats. Santry⁴² considera com a estratègies facilitadores de CA: que els contactes dels professionals de referència d'AP aparegui a l'HC3; l'apoderament del pacient; un consens entre els diferents nivells assistencials de les recomanacions al pacient; un document escrit i actualitzat de les dades clíniques més rellevants del pacient que actuï com a història clínica consultable des de diferents entorns; una formació professional en CA; la potenciació de l'AP com a líder de la CA; la implicació de les farmàcies, mútues i centres realitzadors d'exàmens; i la coordinació entre nivells sanitaris i socials. Altres autors consideren com a estratègies de la CA: la clarificació de recursos a cada nivell assistencial³⁴, una cooperació entre nivells assistencials assignant els recursos on siguin més eficients^{4,43}, la investigació sobre l'efectivitat de models alternatius de conducció dels documents de CA⁴⁴ i el lideratge infermer¹⁵.

S'ha identificat com a barreres de la CA: l'alta especialització de l'atenció, els canvis continus entre nivells assistencials, una cultura de treball poc dinàmica a l'hora d'implantar canvis, el desconeixement dels diferents àmbits assistencials, la dificultat en la gestió del canvi, la falta de recursos humans, la falta de retroalimentació de l'AE cap a l'AP, les intervencions amb pacients pluripatològics i crònics, que no tots els proveïdors puguin accedir a l'HC3, la manca d'espais de debat amb les diferents disciplines, la manca de transmissió de la informació al pacient i família, la fragmentació de l'atenció, la pressió assistencial creixent, les diferències en l'accessibilitat entre l'atenció sanitària i l'atenció social^{25,11}, els circuits de comunicació ineficaços⁴⁵, els conflictes professionals¹¹, la falta d'actituds i motivacions dels professionals implicats⁴⁵ i la mala qualitat dels documents d'interconsulta³⁴.

1.1.2. Marcs per l'anàlisi de la continuïtat assistencial

Des de la dècada dels 70 s'han desenvolupat diversos marcs per a l'anàlisi de la CA^{1,23}, dels quals els principals han estat els desenvolupats per Reid y Haggerty a Canadà² i per Freeman et al. al *National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation (NIHR SDO)* al Regne Unit²². Altres marcs desenvolupats són el model continuista interpersonal de Saultz¹ als Estats Units i el desenvolupat per Wierdsma et al.²³ a Holanda.

Segons els tres tipus de CA definits per Reid et al.^{2,9,46} s'identifiquen, per la mesura de la CA, 19 atributs clau i les respectives dimensions: transferència i utilització d'informació, coneixement acumulat, vincle pacient-proveïdors, estabilitat del proveïdors, consistència del personal i consistència en l'atenció i flexibilitat (Taula 2).

La **continuitat d'informació** és aquella amb unes mesures menys desenvolupades i, generalment, es refereixen més a la coordinació de l'atenció que a la continuïtat. La principal debilitat és que els mètodes utilitzats per avaluar aquest tipus de continuïtat no inclouen la perspectiva de l'usuari. Un exemple per avaluar la *transferència de la informació* seria la revisió d'històries clíniques, on s'avalua si es registra tota la informació pertinent i si, posteriorment, es transmet entre proveïdors o institucions, sota la premissa que si la informació hi és present, aquesta ha estat transmesa i integrada pels professionals². Preguntar als pacients, si els seus exàmens i registres previs estan disponibles quan ells es reuneixen amb el seu proveïdor de salut, és un altre mètode utilitzat per avaluar la transferència d'informació des d'una perspectiva de l'usuari^{2,47}.

La **continuitat de relació** es mesura mitjançant el vincle entre proveïdor i pacient o la duració en el temps d'aquesta relació, essent les persones que tenen més problemes de salut, que requereixen més medicaments i les que perceben la seva salut com a dolenta les que li donen més importància⁴⁸.

El *sentiment de pertinença (affiliation)* és la mesura més utilitzada per analitzar la continuïtat de relació, principalment a l'AP. En aquest tipus de mesura es pregunta als pacients si tenen un equip sanitari regular, i si és així, s'assumeix haver aconseguit aquesta característica. Per altra banda, al preguntar al pacient i al professional si existeix un vincle entre ells es poden avaluar els nivells de comunicació, confiança personal i capacitat professional existents d'una manera més simple que no pas utilitzant altres escales més desenvolupades².

Moltes de les mesures que s'han realitzat sobre la continuïtat de relació avaluen la *cronologia del contacte* entre els pacients i proveïdors de la salut en el temps^{1,2} com, per exemple, la duració de la relació entre el professional i el pacient o la concentració i seqüència de les cures entre els diferents proveïdors.

La **continuitat de gestió** es mesura coneixent quan s'ajusten els proveïdors de salut als plans o guies d'atenció previs i existents².

Els estudis que mesuren aquest tipus de continuïtat es refereixen, en general, a la coordinació ja que no tenen en compte la perspectiva de l'usuari.

Taula 2: Descripció del tipus de continuïtat assistencial i els instruments de mesura

| Tipus continuïtat | Dimensió | Descripció | Instrument de mesura utilitzat |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Continuïtat d'informació | Transferència i utilització de la informació mèdica | Percepció del pacient que el proveïdor té accés i utilitza la informació sobre l'atenció prestada anteriorment, independentment del nivell d'aquesta | -Examen de registres clínics -Revisió dels registres dels professionals sanitaris -Enquesta als pacients. |
| | Coneixement acumulat | Percepció per part del pacient que els proveïdors dels diferents nivells coneixen les seves preferències, valors, context social i mecanismes de suport | |
| Continuïtat de relació | Vincle pacient – proveïdor | Generació d'expectatives sobre la responsabilitat i confiança entre pacient i proveïdor | -Enquesta als pacients. -Escala de percepció de la continuïtat -Enquesta mitjançant la "Adult Primary Care Assessment Tool" ⁴⁹ |
| | Estabilitat del proveïdor i consistència del personal | Veure el mateix proveïdor sistemàticament encara que no hi hagi possibilitat d'establir una relació de llarg termini | -Enquesta als pacients -Revisió de registres dels professionals sanitaris |
| Continuïtat de gestió | Consistència en l'atenció | Percepció del pacient que existeix una coherència en els objectius i tractament realitzats per diferents nivells assistencials | Revisió de registres dels professionals sanitaris. |
| | Flexibilitat | Percepció per part del pacient que la seva atenció s'adapta als canvis en les seves necessitats i circumstàncies. | |

Fonts: adaptat de Reid et al.²

Indicadors d'avaluació de la continuïtat assistencial

Fins a l'any 2000, trobàvem escasses investigacions sobre CA i, normalment, estaven centrades només en la mesura de la continuïtat de relació⁵⁰⁻⁵², a un sol nivell⁵³⁻⁵⁵ i per una malaltia concreta^{33,52,56-60}, sense que això permetés avaluar la continuïtat entre nivells d'atenció, sinó que solament sigues útil per avaluar un nivell assistencial concret i com varia la seva continuïtat en el temps³.

La majoria d'aquestes investigacions utilitzaven la perspectiva dels serveis sanitaris, deixant de banda la perspectiva dels usuaris^{1,61} i utilitzaven instruments d'avaluació per a malalties de curta durada^{8,9}, per tant, es podia considerar que aquests estudis avaluaven més la coordinació que la continuïtat⁵⁰.

Recentment, però, s'han analitzat altres punts de la CA, tals com: els problemes de transferència tant en la qualitat com en l'accessibilitat dels informes d'alta^{62,63}, l'adherència al

seguiment de les recomanacions farmacològiques^{64,65} o la situació global des de la perspectiva del pacient o cuidador⁶⁸. També s’han comparat la diferència en resultats de salut segons el nivell de seguiment⁶⁶, així com el paper de la infermera en aquesta continuïtat^{67,69}.

Ocasionalment, s’utilitza la metodologia qualitativa per mesurar la continuïtat de l’atenció, i quan s’utilitza és per analitzar els aspectes més rellevants pels usuaris o proveïdors, com a pas previ a la construcció d’un instrument quantitatiu^{70,46,47}.

Al tractar-se d’un concepte multidimensional, la seva avaluació és un procés complex sobre el qual no existeix un consens^{2,9}. Per tant, disposar d’indicadors d’avaluació i d’un instrument adequat que permeti mesurar la CA percebuda contribuirà a avaluar i monitorar la qualitat dels serveis i la seva eficàcia. A la taula 3 es presenten els indicadors d’avaluació de la continuïtat assistencial més rellevants.

Taula 3: Indicadors d’avaluació de la continuïtat assistencial

| Indicador |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Satisfacció professional ⁴¹ i satisfacció dels pacients ^{30,71,72,73} |
| Despesa de recursos ^{30,71,72,73} |
| Pacients amb petició de proves que no requereixen cita amb l’especialista ⁴¹ |
| Adherència als tractaments farmacològics ^{30,71-73} |
| Utilització dels serveis preventius ^{30,71-73} |
| Equitat i resultats en salut |
| Pacients citats directament a l’hospital des de l’AP o des de sessions clíniques compartides amb professionals de diferents nivells assistencials |
| Visites a consultes hospitalàries, consultes d’especialistes ⁴¹ |
| Dies d’estada hospitalària ⁴¹ |
| Hospitalitzacions ^{30,71-73} |
| Reingressos ⁴¹ |
| Costos ⁴¹ |

Font: elaboració pròpia

Al parlar de la relació entre diferents nivells assistencials, els càrrecs directius valoren la figura del pacient com a avaluador, mentre que els professionals sanitaris focalitzen el seu discurs en la informació clínica i en els mateixos professionals.

L’Atenció Primària considera la CA com la relació entre un únic proveïdor i el pacient durant els diferents episodis de salut i malaltia de la seva vida, referint-se fonamentalment a la longitudinalitat de l’atenció^{3,9,74}. La comunicació, la confiança, la responsabilitat, l’atenció continuada en el temps i la incorporació d’elements socials del pacient i la família en són les principals premisses¹¹. En aquest àmbit, les atencions es poden trobar dins i fora dels centres sanitaris i aquesta flexibilitat en l’escenari d’actuació requereix d’estratègies que assegurin la continuïtat assistencial.

L'Atenció Especialitzada centra la importància de la CA en la transferència d'informació i en la consistència de la cura en el temps. La intervenció es centra en tot moment dins dels centres i s'entén com una atenció més aguda, tecnològica i resolutiva⁷⁵.

L'Atenció en Salut Mental (ASM)^{3,2,9} dóna importància a la coordinació entre els diferents nivells, i a un objectiu i pla de salut comuns. En aquest àmbit, l'equip manté el contacte amb el pacient i família, facilitant l'accés als diferents serveis que necessiti.

Finalment, les polítiques referents a l'Atenció Sociosanitària (ASS) apunten a una integració de l'atenció sociosanitària, coordinada tant amb l'AP com amb l'AE, com a premissa de la CA⁷⁶.

1.1.3. Tecnologies de la Informació i la Comunicació i la continuïtat assistencial

Les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per a la provisió de serveis sanitaris s'utilitzen des dels anys seixanta. En les dues darreres dècades, arran de la necessitat de trobar procediments alternatius d'atenció mèdica que disminueixin les despeses sanitaris i que aportin noves estratègies d'organització, és quan les TIC assoleixen un veritable interès. Les TIC aporten beneficis pel sistema sanitari, pels professionals i pels usuaris; i milloren l'accessibilitat a la informació, la comunicació i la CA^{77,78,79,80}, establint nous entorns organitzatius i superant barreres geogràfiques⁸¹.

A la taula 4 es presenten els principals beneficis derivats de la utilització de les TIC segons la població que ho valora.

L'*American College* ha realitzat recomanacions específiques per tal de millorar l'accés a l'atenció sanitària, per incrementar el suport a l'AP de les àrees rurals i per evitar l'aïllament dels professionals⁸⁵. Així mateix, també existeixen experiències europees que avalen els beneficis de les TIC aplicades en salut⁴¹. A nivell Espanyol, també s'han desenvolupat estratègies vetlladores de la CA amb un protagonisme clar de les TIC. Entre elles trobem la informatització dels informes d'alta d'infermera a Sevilla⁸⁶ i a Cádiz⁸⁷, el projecte *Sia-Abucassis* a València⁸⁸, els projectes de teleconsultes amb radiologia, psiquiatria i dermatologia a les Illes Balears⁸⁹, els programes de tele medicina aplicada a radiologia, oftalmologia, dermatologia, psiquiatria i pneumologia de Galícia⁷⁸, el projecte de prevenció de retinopatia diabètica de Navarra⁹⁰, l'accés dels professionals d'AP als especialistes de l'hospital via telefònica⁵³ i el seguiment a pacients crònics^{91,92} o a gent gran⁹³ a través de les TIC.

Al 2013, Catalunya ocupava el setè lloc, per sobre la mitjana europea, en l'*eHealth (Hospital Deployment Index)*, que agrupa 30 països de la Unió Europea, i el 87% dels hospitals de la xarxa pública catalana es situaven per sobre de la mitjana en implementació de les TIC en salut⁹⁴.

Taula 4: Beneficis de les Tecnologies de la Informació i Comunicació segons àmbits

| | Beneficis |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pacients | <ul style="list-style-type: none"> -Atenció integral des del primer moment -Diagnòstics i tractaments més ràpids -Disminució de desplaçaments -Millora en el seguiment de malalties cròniques -Obtenció d'una àmplia informació d'una forma ràpida i senzilla -Reducció del número d'exàmens complementaris |
| Atenció Primària | <ul style="list-style-type: none"> -Disminució de desplaçaments -Millora dels circuits de transmissió d'informació, evitant així la pèrdua d'informes -Millor seguiment de les malalties cròniques -Millora de la formació continuada -Obtenció de més elements de judici a l'hora d'adoptar decisions -Possibilitat d'efectuar consultes amb els especialistes |
| Atenció Especialitzada | <ul style="list-style-type: none"> -Diagnòstics i tractaments més ràpids i precisos -Eliminació de duplicitats d'informació -Millora de la comunicació entre els diferents nivells assistencials -Millora de l'eficàcia dels equips i serveis -Millora en l'economia de les despeses derivades del transport |
| Sistema sanitari | <ul style="list-style-type: none"> -Contacte continu entre professionals, millorant la seva formació i competències i reduint les derivacions a consultes d'especialistes dels pacients -Millor gestió de la salut pública -Millor seguiment de les malalties cròniques -Obtenció d'una àmplia informació d'una manera ràpida i senzilla -Possibilitat de realitzar consultes remotes entre nivells assistencials |

Font: adaptat de Gamboa⁸², Lapena¹¹, Merino⁸³ i Aiken⁸⁴

Amb la finalitat de donar resposta a les línies estratègiques definides al pla de Salut de Catalunya (2011-2015) apareixen els serveis d'*eSalut*, transformant els models assistencials presencials a no presencials, fet especialment rellevant en el tractament de la cronicitat i en la integració dels nivells assistencials^{95,96}; estant en línia amb l'evolució i transformació de la *HC3*^{97,98} i de la *Cat@Salut La meva*⁹⁹-espai digital, personal i intransferible de consulta que permet a la ciutadania disposar de la seva informació personal de salut i utilitzar-la d'una forma segura i confidencial, a més de facilitar-li la realització de tràmits electrònics⁹⁹.

Internet i les xarxes socials són un bon lloc per resoldre dubtes i compartir coneixements. Les eines 2.0 són útils pels professionals de la salut ja que contribueixen a la interrelació entre professionals, potenciant una millor comunicació entre nivells assistencials, facilitant la formació continuada i permetent aplicar les millors pràctiques a l'activitat assistencial⁹⁴.

Mitjançant la carpeta personal de salut (CPS) s'agilitza la relació entre ciutadans i professionals sanitaris. La CPS és un espai digital personal i intransferible, de consulta i relació. Dóna accés a la informació personal de salut, al pla de medicació prescrit i als propis controls preventius o de seguiment, des de qualsevol lloc i moment, mitjançant una pàgina web o dispositius mòbils.

El ciutadà pot agilitzar consultes clíniques o tràmits burocràtics via telemàtica, i ofereix la transferència del coneixement a altres professionals sanitaris del pacient d'una forma directe i permet tràmits digitals⁹⁴.

En el món hi ha més de 40.000 aplicacions dedicades a la salut, i l'ús cada vegada més habitual de la *mHealth* ha generat un nou paradigma en els processos d'atenció als pacients. La fundació *TicSalut* ha posat en marxa diferents aplicacions mòbils amb l'objectiu de convertir-les en un lloc de referència a internet⁹⁴. Existeix també un registre de projectes innovadors en TIC amb capacitat de ser geolocalitzats i conèixer el seu grau de desenvolupament, les eines utilitzades i els resultats obtinguts, dels quals podem destacar: la xarxa de Teleictus¹⁰⁰, la Teledermatologia i Teleoftalmologia del Bages⁹⁴, la Previnec (Plataforma de Telerehabilitació Cognitiva)⁹⁴, l'iCOR (Telemonitorització de la IC)⁹⁴ i l'Ithaca (*Innovation in the Treatment of Arterial Hypertension Increasing the Compliance and Adherence*)⁹⁴.

1.2. La continuïtat assistencial infermera

Davant dels canvis demogràfics i socials com ara l'envelliment de la població, la cronificació d'algunes malalties i els canvis en els rols socio-sanitaris s'estan generant noves demandes en els serveis sanitaris i socials, i també la necessitat de donar respostes integrades i continuades a les persones que requereixen aquests serveis, sent els infermers i infermeres els professionals més indicats per responsabilitzar-se d'aquest procés.

La continuïtat assistencial infermera (CAI) es basa en la transferència de la informació i la coordinació i consistència de l'atenció entre les infermeres, amb l'objectiu de personalitzar les cures d'acord a les necessitats del pacient i de la malaltia^{3,9,31}, constituint, avui en dia, una estratègia de millora de l'atenció de les cures de les persones ateses en els diferents nivells assistencials.

El procés de continuïtat de cures és multidisciplinari, però, tal com determinen les recomanacions actuals¹⁰¹, les infermeres són les professionals clau per conduir la millora d'aquest procés i, per tant, cal un lideratge infermer en la CA¹⁰².

S'ha demostrat que la infermera responsable de l'alta hospitalària que treballa conjuntament amb els treballadors socials, els fisioterapeutes, les prescripcions mèdiques i amb la infermera d'AP, possibilita l'augment de disponibilitat de llits als hospitals⁴². De fet, per ser la professional que està amb el pacient les 24 hores dels 365 dies de l'any, la infermera ha d'ocupar un paper central en la CA¹⁰³.

Les infermeres d'Ontario (Canadà) han estat treballant amb la cura del pacient i han creat una guia d'actuació per identificar les àrees en les quals pot treballar la infermera per millorar el seu treball. La guia convida a les infermeres a pensar de forma crítica i a avaluar les decisions de forma individual i grupal, i reconeix la seva autonomia en les àrees de promoció de la salut, prevenció de caigudes, cura del pacient, control de malalties cròniques i gestió de l'alta hospitalària¹⁰⁴.

La garantia de continuïtat de cures és una responsabilitat que ha d'assumir infermeria, així com, planificar les cures extra hospitalàries dels pacients d'acord amb el seu estat de salut i atenuar l'impacte que pot tenir al pacient en la transferència de cures AE-AP representa l'expressió final del treball de les infermeres d'hospital, i aquestes necessiten la continuïtat de cures de les infermeres d'AP ja que, gràcies a la posició que ocupen, són les professionals més indicades¹⁰⁵.

1.2.1. Beneficis, barreres i estratègies de la continuïtat assistencial infermera

Els beneficis d'una bona CAI descrits a la literatura són múltiples i varien segons la perspectiva des de la que s'estudien.

Als pacients, els aporta reduccions dels dies d'hospitalització i major permanència al domicili, organització dels recursos socio-sanitaris, més personalització de l'atenció pre i post alta, amb una disminució de l'ansietat com a resultat d'una millor comunicació entre pacient, família i professionals i una atenció més integral¹⁰⁶.

Des del punt de vista dels professionals, la CAI afavoreix la relació pacient i infermera, millorant la satisfacció d'ambdós, i augmenta la seguretat en la prestació de cures ja que s'homogeneïtzen els plans de cures, les metodologies de treball, els instruments de valoració i les taxonomies infermeres¹⁰⁷.

Els gestors responsables dels centres hospitalaris, per millorar la seva gestió, assumeixen la necessitat de reduir costos, augmentant l'activitat mentre que es manté la complexitat. Així, en els últims anys, les gerències dels hospitals s'esforcen per aconseguir una reducció de l'estança mitjana, no solament per les repercussions econòmiques i administratives, sinó també per la seva relació, directament proporcional, amb indicadors de qualitat assistencial com poden ser les taxes d'infecció nosocomial, la demora quirúrgica i el grau de satisfacció dels usuaris.

La continuïtat de cures infermeres podria incidir sobre l'estada mitjana, propiciant una disminució de la mateixa, ja que un pacient que encara necessita cures infermeres pot seguir la recuperació al seu domicili o en un altre centre, amb garanties molt similars a les del centre hospitalari on s'ha atès¹⁰⁶.

En relació amb l'Atenció Primària, la CAI repercutirà en la millora de l'atenció domiciliària, provocant una disminució a les consultes d'urgències, facilitant la captació en programes de salut de persones grans i/o amb patologies cròniques i en programes d'atenció infantil, i contribuint també a disposar de criteris objectivables per prioritzar l'atenció. Amb tot això, però, cal preveure un augment en la necessitat de recursos de suport a l'atenció domiciliària especialitzada. Mereix una referència especial el tema dels cuidadors familiars/informals, ja que caldrà preveure un augment del cost dels cuidadors formals i informals dels pacients amb altes precoces¹⁰⁶.

Tenint en compte que la CAI està integrada fonamentalment per tres elements: les persones (pacient i cuidadors), la informació i l'entorn, la discontinuïtat apareix en el moment en què

l'entorn s'interposa a les persones o a la informació, repercutint, d'una forma suficientment acreditada, sobre els pacients. A continuació es presenten algunes de les principals barreres per a la continuïtat assistencial infermera, entre elles: els canvis ràpid de torns¹⁰⁸, la falta de temps dins la jornada laboral¹⁰⁸, les sobrecàrregues de treball¹⁰⁸, el desgast emocional i l'estrès¹⁰⁸, la falta de comunicació entre professionals¹⁰⁸, la falta de formació en processos de CAI i de redacció de documents d'alta infermers¹⁰⁸, la poca delimitació de les funcions i les competències infermeres¹⁰⁸, l'atenció d'un mateix pacient per diferents professionals durant l'estada hospitalària^{109,110}, la delegació inefectiva¹¹¹, la falta de percepció del propi col·lectiu infermer sobre la competència en continuïtat assistencial¹¹¹, el poc ús i coneixement dels recursos existents¹¹¹ i la falta d'estandardització del procés de CAI¹¹².

S'han identificat diferents estratègies per la millora de la CAI, que es resumeixen en la taula 5.

Taula 5: Estratègies afavoridores de continuïtat assistencial infermera

| Estratègia | Punts clau |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definició de circuits | -Coneixement de la CAI per part de tots els professionals implicats i reconeixements dels altres nivells assistencials ¹⁰⁷ -GPC, rutes i processos comuns als diferents nivells assistencials ^{114,115} |
| Promoció de la col·laboració infermera | -Estandardització de processos i cures infermeres ^{116,117} -Estàndards de planificació de l'alta hospitalària ^{118,119} -Millora de la confiança infermera i normes de comunicació clares ¹²⁰ |
| Millora de la formació | -Augmentar el coneixement de la CA entre les infermeres ¹²¹ -Augmentar el coneixement en recursos sanitaris i socials ¹⁰⁷ -Assoliment de la categoria acadèmica de grau donant accés al doctorat (Pla Bolonya) ^{122,6,123} -Formació en projectes de CA compartida entre àmbits assistencials ^{114,115} |
| Incorporació de la cultura organitzativa | -Conèixer els dispositius i recursos sanitaris i socials disponibles i disposar d'un mapa de recursos amb procediments a seguir -Reforçar el paper de la infermera en el control i seguiment de pacients -Potenciar aspectes de coordinació i programes específics -Crear espais de comunicació necessaris per donar a conèixer les diferents estratègies multidisciplinàries -Promoció del treball en equip ^{121,124} -Preparació del pacient |
| Millora de la comunicació interprofessional | -Incorporació de la telemedicina amb sistemes informatitzats i connectats als diferents nivells assistencials ¹²⁵ -Consens en continguts, metodologia i formats dels IAI -Treball amb metodologia infermera ^{121,126,127} -Seguiment i retroalimentació mitjançant IA ¹²⁸⁻¹³¹ -Sessions de seguiment dels protocols de continuïtat de cures -Llenguatge comú entre els professionals infermers: Tècnica SBAR (<i>Situation, Backgrounds, Assesment, Recommendation</i>) ³⁵ |
| Models d'organització de la pràctica infermera | -Infermeres referents de CA als diferents nivells ¹²¹ -Models d'atenció integrats i centrats en el pacient i models predictius ^{114,115} |

Font: elaboració pròpia

1.2.2. Avaluació de la continuïtat assistencial infermera

Al 1986, la Comissió Europea exposà, en el document que recull les recomanacions pel desenvolupament de la investigació infermera, la necessitat d'estudiar i desenvolupar la continuïtat de les activitats infermers entre les institucions d'assistència primària, secundària i terciària¹³². Posteriorment, durant aquest mateix any, *El Royal College of Nursing* recull i indica la necessitat infermera d'investigar en continuïtat de cures i en les noves tecnologies per millorar la comunicació.

A Espanya, al 1997, el grup *INVESTEN-Carlos III*¹³³ considerava la CA entre els diferents nivells assistencials com una de les 5 prioritats a investigar. Paral·lelament, un estudi d'opinió reconeix els temes prioritaris a investigar, l'anàlisi de la continuïtat i coordinació de les cures infermeres es postula en segon lloc¹³². L'any 1999, l'estudi DELPHI "*Identificación de prioridades de investigación en enfermería en España*" va demostrar la necessitat d'avaluar la qualitat de les cures infermeres en els diferents nivells assistencials i analitzar la coordinació entre nivells per la continuïtat d'aquestes cures⁵⁷.

L'any 1994, a Catalunya l'Institut d'Estudis de la Salut va reconèixer la continuïtat de cures com una de les àrees prioritàries d'investigació.

Són moltes les organitzacions que avalen la rellevància de la investigació en la continuïtat de cures infermeres i diferents estudis a nivell internacional i nacional ho justifiquen.

Un estudi experimental de la Universitat de Wisconsin-Milwaukee demostra que els pacients presenten millors resultats de dispnea, dolor i capacitats per les activitats de la vida diària, després de rebre cures infermeres d'un programa de coordinació assistencial entre els diferents nivells assistencials¹³⁴. Un estudi de cohort prospectiu, realitzat en un hospital nord-americà sobre una població de 400 pacients donats d'alta en serveis de medicina interna, va mesurar els efectes adversos amb els que es troben els pacients durant la transició entre àmbits assistencials; conclouent que la incidència d'aquests efectes adversos és considerablement alta, i que es podrien millorar amb una bona CAI. Un assaig clínic de la Universitat de Pensilvania, on la intervenció fou aplicar un protocol establert per infermeres especialitzades des del ingrés a l'hospital fins a 4 setmanes posteriors a l'alta, conclou que l'aplicació d'un protocol planificat a l'alta hospitalària i el seguiment a domicili redueix el número de reingressos i els costos sanitaris¹³⁵.

La infermera responsable de l'alta que treballa conjuntament amb els treballadors socials, els fisioterapeutes, les prescripcions mèdiques i amb la infermera d'AP augmenta la disponibilitat de llits als hospitals⁴².

A Espanya s'han realitzat diferents experiències en CAI, de les quals destaquem les següents.

El "*Módulo Azahar*", implementat l'any 2008 a Córdoba, permet portar a peu del llit del pacient les noves tecnologies i transmetre tota la informació de salut del pacient a la infermera d'AP de forma immediata¹³⁶. Els models integrats amb col·laboració mitjançant reunions periòdiques i espais de debat virtuals dels professionals dels diferents nivells assistencials, que possibiliten optimitzar els recursos existents, eviten duplicitats i desplaçaments innecessaris, milloren el coneixement mutu i la relació entre nivells, i potencien la formació i el desenvolupament d'activitats d'investigació conjuntes¹³⁷.

El "*Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales*" del Servei Canari de Salut (2003) facilita que, tots aquells pacients que ingressen d'una forma programada a l'hospital, ho facin amb un informe infermer de la infermera d'AP, millorant la continuïtat de cures d'aquests¹⁰⁶. Les comissions de cures infermeres que incorporen les polítiques de Gestió de Processos Infermers es converteixen en grups de millora permanent de la CAI. Amb elles s'aconsegueixen canals de comunicació infermera eficaços i àgils, s'estableixen mecanismes per la implantació d'informes de continuïtat de cures estandarditzats i bidireccionals, es desenvolupen guies d'actuació compartides i s'acorden mecanismes de contacte entre nivells assistencials^{114,115}.

El pla estratègic "*Plan de tele continuidad de curas*" del *Servicio Andaluz de Salud* realitza un seguiment telefònic proactiu des de les unitats d'hospitalització, a tots aquells pacients fràgils donats d'alta durant el cap de setmana o festius. Amb aquest pla es prevé i s'intervé davant els problemes de salut relacionats amb les altes^{114,115}.

Indicadors de continuïtat assistencial infermera

Establir models d'avaluació amb els indicadors corresponents ha de ser la cultura de qualsevol organització sanitària, ja que existeixen projectes i estratègies en CAI ben definits i implementats però amb falta de resultats²⁵. A la taula 6 es presenten els principals indicadors de continuïtat assistencial infermera, estratificats segons: cobertura, procés o resultat.

Taula 6: Indicadors de continuïtat assistencial infermera segons la “Comisión de Cuidados de Enfermería del Área de la Junta de Andalucía.”

| Indicador | Definició |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De cobertura | <ul style="list-style-type: none"> -Número d'activitats formatives en continuïtat de cures infermeres realitzades -Número de guies de pràctica assistencial infermera consensuades entre nivells -Número d'informes de continuïtat de cures infermeres a l'ingrés del pacient -Número d'informes de continuïtat de cures infermeres realitzats a l'alta -Número de sol·licituds d'informes infermers a l'alta del pacient -Número de sol·licituds d'informes infermeres contestades a l'ingrés o alta del pacient -Número de sol·licituds d'informes infermers a l'ingrés del pacient |
| De procés | <ul style="list-style-type: none"> -Número d'informes infermers a l'ingrés o alta amb la identificació del pacient, infermera, unitat i centre correctes -Número d'informes infermers a l'ingrés o alta on es registra l'entrega d'informació addicional al pacient -Número d'informes infermers a l'ingrés o alta que recullen antecedents personals, problemes de salut, hàbits tòxics, al·lèrgies, situacions d'estrès en els últims mesos, etc. -Número d'informes infermers a l'ingrés o alta que recullen diagnòstics infermers -Número d'informes infermers a l'ingrés o alta que recullen plans de cures o recomanacions infermeres -Número d'informes realitzats i no enviats |
| De resultat | <ul style="list-style-type: none"> -Activitats d'investigació, en CA, conjuntes entre infermeres de diferents nivells assistencials -Activitats de formació conjunta entre infermeres d'AP i AH -Memòria que inclogui el tipus d'activitats conjuntes realitzades entre infermeres de diferents nivells assistencials, objectius d'aquetes activitats i número de participants -Número d'informes infermers emesos per l'AE -Número d'informes infermers emesos per l'AP -Número d'informes infermers emesos per AP o AE abans de les 24h -Número d'informes infermers rebuts a l'AE -Número d'informes infermers rebuts a l'AP -Número d'informes infermers rebuts a AP o AE abans de les 24h -Número de pacients inclosos a la continuïtat de cures infermeres -Qualitat i satisfacció percebuda dels usuaris i professionals |

Font: adaptat de la *Comisión de Cuidados de Enfermería del Área (Junta de Andalucía)*¹³⁸

1.2.3. Nous rols infermers i continuïtat assistencial infermera

Els canvis en l'estil de vida¹³⁹⁻¹⁴³ i l'evolució del sistema sanitari han augmentat l'esperança de vida de les persones^{142,143}, i això implica la presència d'una o més patologies cròniques. Per tant, els sistemes sanitaris actuals requereixen un nou escenari que s'adapti a les necessitats dels pacients crònics, a les seves comorbiditats¹⁴⁴ i que aportin un canvi de cultura en els professionals i en les organitzacions on treballen. Cal un canvi on es parli de proveïdors en xarxa enlloc de xarxa de proveïdors²⁵, i en aquest sentit, la continuïtat assistencial i els nous rols infermers^{145,146}: la infermera d'enllaç i les infermeres gestores de casos són els eixos vertebradors que han d'encaminar totes les estratègies.

Les unitats de continuïtat assistencial (UCA)^{144,147}, les comissions de cures¹¹⁴ i projectes d'atenció integrada com ara les *Virtual Wards*¹⁴⁸ serien exemples de projectes liderats per nous rols infermers.

La infermera d'enllaç

A l'àmbit Europeu, els serveis integrals de salut i d'atenció compartida¹⁴⁹ cada vegada són més freqüents. A principis de la dècada del 2000, als Països Baixos, va aparèixer el concepte de "*transmural care*", als Estats Units el de "*Share care*" i, posteriorment, es va crear la figura de la "*specialist liaison nurse*", la infermera d'enllaç¹³⁵.

La missió d'aquesta nova figura infermera és garantir la CA, facilitant la coordinació entre estaments i nivells assistencials, fer d'agent del client, quan aquest necessiti serveis sanitaris o socials, i organitzar els recursos de la forma més eficaç¹⁰.

Segons el marc en el que desenvolupin la seva activitat, aquest perfil professional pot generar dues figures infermeres diferents: la infermera d'enllaç hospitalària i la infermera d'enllaç domiciliària. La infermera d'enllaç domiciliària, creada al 1999 pel Servei Canari de Salut¹⁵⁰ i el Servei Català de la Salut¹⁵¹, realitza les seves activitats en coordinació amb les infermeres d'AP, oferint una atenció integral i continuada al malalt, cuidadors i família. El seu treball millora la qualitat de vida dels pacients i disminueix la saturació d'urgències i les despeses derivades dels reingressos¹⁵².

La infermera hospitalària d'enllaç és una professional que emmarca el seu treball dins de la Gestió de Casos, entenent aquesta, com el procés de col·laboració mitjançant el qual la infermera vetlla perquè el pacient i la seva família aconseguixin els objectius terapèutics previstos en la seva trajectòria clínica; identificant i mobilitzant els recursos necessaris, i facilitant la intervenció dels diferents professionals i serveis per aconseguir els millors resultats¹⁵³.

Integrar la figura de la infermera d'enllaç als hospitals afavoreix el procés d'altres hospitalàries³⁸, essent una bona estratègia per aconseguir llits lliures^{154,155}, disminuir l'impacte que suposa la transició de l'hospital al domicili i assegurar la continuïtat entre els diferents nivells assistencials¹⁵⁶.

El perfil dels professionals d'enllaç, segons Dorothea et al.; són dones amb una mitjana d'edat de 39 anys, 15 anys experiència professional i dedicació a l'enllaç a temps complet. La mitjana d'edat dels pacients atesos per les infermeres d'enllaç és de 73,5 anys pels homes i de 66,5 per les dones.¹⁵⁷

Es recomana instaurar aquesta nova funció infermera a tots els hospitals i trobar variables per avaluar-ne l'efectivitat¹⁵⁸, de la mateixa forma que cal incloure aquesta activitat al currículum universitari del estudis d'infermeria¹⁰¹.

La infermera gestora de casos

La Gestió de Casos és un model organitzatiu-assistencial nascut als països anglosaxons que sorgeix de la necessitat de trobar l'equilibri entre les necessitats dels pacients i les del sistema. Amb aquest propòsit, els professionals implicats ajuden el pacient i a la família a recórrer el sistema de salut de la forma més eficient, minimitzant la fragmentació, la discontinuïtat i la duplictat de l'assistència i, per tant, afavorint en tot moment una integració assistencial¹⁵⁹.

Aquest model fa un abordatge integral de la persona en situació de complexitat, dependència i fragilitat, desenvolupant pràctiques avançades i dona resposta a les necessitats creixents de la població; així mateix, la funció d'enllaç assegura la continuïtat de cures entre els diferents nivells assistencials¹⁶⁰.

La *Case Management Society of America* defineix la Gestió de Casos com un procés de col·laboració amb el que es valoren, apliquen, coordinen, monitoren i s'avaluen les opcions i serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i els recursos disponibles amb la finalitat de promoure resultats de qualitat i cost efectivitat.

Els principals objectius de la Gestió de Casos són disminuir les hospitalitzacions^{18,19}, els reingressos^{159,161}, el deteriorament funcional i la medicalització dels pacients¹⁶², garantir la continuïtat de cures facilitant el trasllat al domicili d'una forma planificada i d'acord amb les necessitats del pacient¹⁵⁹, millorar la qualitat de les cures infermeres percebudes pel pacient^{18,159}, l'adherència terapèutica d'aquests¹⁶³ i la seva qualitat de vida¹⁶⁴.

Alguns autors conclouen que l'efectivitat de les intervencions infermeres a través de la Gestió de Casos s'incrementaria amb el disseny de models dirigits a poblacions específiques de pacients¹⁶³. El programa de Gestió de Casos del Pacient Crònic Complex (PCC) n'és un exemple. Aquest és un programa proactiu de seguiment a pacients fràgils, mitjançant protocols específics basats en l'educació de la patologia crònica, que coordina infermeres gestores amb professionals d'AP i AE^{162,165}. La finalitat del programa és que el PCC rebi una atenció proactiva, resolutiva, adequada, eficient i satisfactòria en qualsevol moment i amb la intensitat que calgui^{25,162,165}, ja que les evidències mostren que malats pluripatològics crònics complexos reben cures puntuals, duplicades i poc coordinades, fent un ús poc eficient i eficaç del sistema sanitari. Com a conseqüència, aquests malalts complexos pateixen descompensacions i/o reingressos i reben una atenció poc preventiva i fragmentada^{160,166}.

Evercare és el pilar d'un dels programes de Gestió de Casos i coordinació d'atenció sanitària dels Estats Units, amb més de 100.000 persones donades d'alta en els 35 estats¹⁶⁷. En aquest model, les infermeres dirigeixen i proporcionen les cures amb una especial atenció al benestar psicosocial. Una avaluació del sistema *Evercare* ha demostrat reduccions del 50% en les taxes

d'ingressos hospitalaris, amb reducció de despeses i augment dels nivells de satisfacció dels pacients¹⁶⁸.

Competències i activitats dels nous rols infermers

D'acord amb els nous escenaris s'han definit nous rols infermers. A la taula 7 es mostren les habilitats, coneixements i actituds que han de tenir les infermeres que desenvolupen la seva activitat assistencial com a infermera d'enllaç o gestora de casos.

Taula 7: Competències dels nous rols infermers

| Habilitats infermeres |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Capacitat i reacció davant canvis |
| -Comunicació escrita i verbal |
| -Desenvolupament de relacions interpersonals constructives |
| -Establiment d'objectius comuns |
| -Gestió d'equips interdisciplinaris |
| -Gestió de riscos |
| -Maneig de tecnologia per la informació i la comunicació |
| -Negociació i resolució de conflictes |
| -Treball habitual d'avaluació i anàlisi crític |
| Coneixements |
| -Continuïtat de cures |
| -Educació per la salut |
| -Estàndards clínics característics de pacients vulnerables |
| -Gestió d'equips de treball |
| -Instrumentes per la gestió i millora de la qualitat |
| -Metodologia de millora de l'afectivitat i accés a fonts d'evidència |
| -Presca de decisions compartides |
| -Processos assistencials: disseny, gestió i avaluació |
| -Resultats de salut mes freqüents en pacients vulnerables: clínics, qualitat de vida, economia, satisfacció |
| -Serveis i recursos de salut disponibles |
| -Sistemes de classificació de pacients |
| -Sistemes d'informació en salut |
| -Sistemes de registre relacionats amb la continuïtat de cures i la gestió de processos |
| -Taxonomies i classificacions en salut en la cura de pacients i famílies vulnerable |
| -Tecnologies de comunicació i tele-cures |
| -Valoració, identificació, maneig i avaluació de respostes humanes socials a situacions de vulnerabilitat |
| Actituds |
| -Cerca de consens entre membre de l'equip sanitari, entre nivells i el pacient/família |
| -Cerca i aplicació de resultats d'investigació rellevant al seu exercici professional |
| -Cerca permanent de la qualitat i excel·lència en les cures |
| -Col·laboració amb el resta de l'equip de socio-salut |
| -Compromís amb el pacient i la seva família i cuidadors |
| -Facilitació de la comunicació entre el pacient/família i els professionals implicats |
| -Ofereir informació per la presa de decisions informada i ajuda davant el conflicte de la mateixa |
| -Orientació a la obtenció de resultats de salut |
| -Respecte del principi d'autonomia |
| -Valoració i atenció als valors, principis i creences de la persona |
| -Visió integral de la persona i orientació de l'atenció centrada en el pacient i família |

Font: adaptat de Paz¹¹⁴

No totes les organitzacions assignen les mateixes activitats als nous rols infermers i, en ocasions, les activitats de la infermera d'enllaç i de la infermera gestora de casos es comparteixen o s'intercanvien. Algunes de les activitats dels nous rols infermers són: agilitzar les estades hospitalàries¹⁵⁶, assessorar a les infermeres en processos de CAI¹⁰⁶, la cerca proactiva de persones en situació de complexitat^{106,160}, la conciliació terapèutica¹⁶², informar als pacients i familiars dels recursos sanitaris disponibles^{156,169}, el control de factors de risc^{162,165}, la coordinació amb infermeres dels diferents nivells assistencials^{106,156,160,163,169} i amb els serveis socials^{156,160,163,169}, l'educació individualitzada a pacients i familiars^{106,163,169}, la formació d'infermeres en processos de gestió i enllaç¹⁶¹, la gestió de la informació per avaluar els protocols de gestió i enllaç¹⁰⁶, la gestió dels mitjans i materials necessaris per les cures a domicili^{156,169}, la millora de les vies de comunicació entre infermeres^{106,160,162}, la planificació i gestió de les altes hospitalàries^{106,163}, la realització d'intervencions de pràctica infermera avançada^{162,165}, el seguiment periòdic del servei¹⁰⁶, la valoració integral del pacient i nucli familiar^{156,160}, i la vigilància telefònica del pacient¹⁶³.

1.2.4. Instruments per a la continuïtat assistencial infermera

L'informe d'alta d'infermeria

Un dels millors instruments infermers de suport a l'alta és l'Informe d'Alta Infermer (IAI)⁷¹, la importància del qual ha anat creixent des de la dècada dels 70¹⁷⁰, posicionant-se com l'element imprescindible per a la comunicació infermera entre els diferents nivells assistencials¹³. Fins fa pocs anys, al nostre país, bé sigui per la falta d'interès professional o per la falta de recolzament de les institucions, la realització de l'IAI era una pràctica excepcional lligada a iniciatives individuals i a plans directrius concrets, però en cap cas s'incorporava de manera sistemàtica com a estratègia institucional, sinó que quedava en mans d'actes de voluntarietat que s'esfumaven quan la persona que liderava aquesta estratègia desapareixia i, per tant, al no formar part d'una activitat d'obligada complementació, no era una innovació per la pràctica infermera.

L'informe d'alta d'infermeria és un document de recent incorporació ja que s'ha detectat la necessitat d'implantar registres escrits d'infermeria i, aquests, s'han transmès de les escoles universitàries als diferents organismes oficials¹⁷¹. La continuïtat de les cures i l'IAI ja són una realitat¹⁷², tot i que comparant-lo amb altres registres infermers, l'IAI és un document jove¹⁷³. Són molts els organismes sanitaris autonòmics que han mostrat el seu interès pels registres escrits d'infermeria, demostrant-se la seva importància a la *Ley Básica Reguladora de la*

*Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en la Materia de Información y Documentación Clínica*¹⁷⁴.

Podem definir l'IAI com el document legal i estandarditzat que proporciona una visió global, ràpida i clara de l'estat del pacient i les seves necessitats de cura¹⁷⁵. Es tracta d'un document escrit en el qual s'hi reflecteixen totes les cures que el pacient ha de conèixer per aconseguir una total reincorporació a la vida quotidiana, així com les dades que necessiten altres professionals per donar continuïtat a les cures iniciades a l'hospital. Egea González et al.¹⁷⁶ defineixen l'IAI com un document professional, autònom i oficial de l'activitat infermera dirigit al medi extra hospitalari, amb la finalitat de garantir la continuïtat del procés assistencial i facilitar el seguiment de les cures infermères que necessita el pacient.

Altres autors el defineixen com el vehicle d'informació, digne i qualificat, dels problemes i cures prestades al pacient durant la seva estada a l'hospital, com a referent de comunicació entre els infermères d'AE i AP, i com a constant escrita de les cures i recomanacions necessàries per a l'usuari^{177,178}. Un document apropiat per a recollir tota aquella informació necessària per la planificació de cures en l'àmbit extra hospitalari, d'acord amb l'estat de salut i les necessitats del pacient, cuidador i família en el moment de l'alta. Una eina de comunicació NANDA que involucra el pacient i cuidador, i expressa resultats de cures durant l'ingrés i orienta a la infermera d'AP, de l'estat de salut del pacient a l'alta, perquè pugui reorganitzar les cures que precisarà un cop al domicili^{71,179}.

L'IAI inclou de forma clara, estructurada, àgil i resumida, tots els processos, des del punt de vista infermer, que s'han desenvolupat durant l'hospitalització del pacient: plans de cures, intervencions, activitats, tècniques, problemes resolts, situacions pendents de resoldre, recomanacions, etc.¹⁸⁰; així com mostra la realitat i situació bio-psico-social del pacient, i garanteix una adequada transmissió de la informació i continuïtat de les cures d'infermeria¹⁸¹. L'informe permet una valoració completa i àgil del pacient¹⁸², afavoreix la confiança i la seguretat del pacient i de la seva família⁷¹, i unifica el llenguatge professional, important per avançar en la professionalització de les funcions infermères i per afavorir una atenció de qualitat^{172,177}. Per tant, l'IAI constitueix un element clau en la CAI i cal articular tots els mecanismes possibles per a que la seva operativitat sigui màxima¹¹⁴, ja que l'IAI és necessari per fer viable i sostenible el model sanitari europeu del segle XXI¹⁷².

Objectius, barreres i continguts dels informes d'alta d'infermeria

L'IAI busca la garantia de la continuïtat de l'assistència³⁰ i, perquè aquesta garantia sigui possible, la planificació de l'alta i de l'IAI ha de començar al mateix moment en què ingressa el pacient¹⁰³, anticipant-se a les necessitats del pacient i cuidadors²⁰.

Els principals objectius de l'informe d'alta d'infermeria són: afavorir la comunicació i informació entre professionals, assegurar la continuïtat assistencial i coordinació entre serveis, detectar precoçment les situacions de risc, evitar errors, evitar la pèrdua de capacitats funcional, psicològiques i socioculturals i les recaigudes del pacient, fomentar la competència individual i familiar de l'autocura, i potenciar la captació sistemàtica de pacients i famílies susceptibles d'inclusió a algun programa d'AP¹⁸³.

Disposar d'un instrument de treball ordenat, àgil, complert, senzill, que porti tota la informació necessària des d'un punt de vista infermer sobre les cures integrals del pacient, que possibiliti que aquest arribi al major nombre de professionals i que impossibiliti la interrupció del treball realitzat pels infermers és el que tots els infermers desitgen¹⁸¹.

Però, existeixen múltiples barreres que afecten els IAI. Algunes d'elles són la baixa implicació institucional, la falta de lideratge i iniciativa dels propis professionals^{179,184,185}, la manca de coordinació de l'equip i de la infermera referent al moment de l'alta¹⁷⁸, la falta de formació^{103,184-186}, la inexistència d'un llenguatge comú independent^{130,176,187}, la manca de protocols de valoració a l'alta¹⁷², la falta d'un marc legal pels IAI¹⁰⁸, la gran variabilitat de models^{108,188-190}, la pobre utilització de les TICS i la pressió assistencial¹⁷⁹.

En relació amb els continguts, actualment, conviuen una gran variabilitat de propostes d'IAI, amb múltiples denominacions per un mateix concepte, heterogenis en estructura i contingut, sense que es pugui parlar d'un model únic^{188,189}. Els diferents continguts que es poden trobar en els IAI europeus actuals es presenten a la taula 8.

Malgrat la variabilitat en els IAI s'han identificat 7 punts comuns en tots ells. Aquests fan referència a: dades personals, professionals de contacte, valoració a l'ingrés, seguiment durant l'estada, valoració a l'alta, planificació de cures i recomanacions, condicionants socials i altres.

Taula 8: Anàlisi dels continguts dels informes d'alta d'infermeria

| | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dades personals | -Anagrama de l'hospital ¹⁹¹ -Dades de filiació del pacient ^{55,105,171,176,191,130} -Data d'ingrés i d'alta ^{55,171,176,192-194} -Episodi d'ingrés ^{30,105,188,191,195,196} |
| Contacte del professional | -Assistent social de l'hospital i telèfon ¹⁹⁷ -Identificació de la infermer i contacte ^{55,105,171,179,195,196} |
| Destí a l'alta | -Destí del pacient a l'alta: adreça i telèfon ^{105,171,192,194,196,198} |
| Valoració a l'ingrés | -Al·lèrgies ^{105,191,192,193,199,200} i intoleràncies ¹⁷⁶ -Antecedents patològics ¹⁹⁹ -Hàbits de vida ¹⁹⁹ -Idioma del pacient ¹⁷² -Problemes i situació a l'ingrés ⁵⁵ |
| Seguiment durant l'estada | -Complicacions durant ingrés ³⁰ -Consultes que ha fet el pacient ³⁰ -Data de la intervenció ⁵³ -Objectius i intervencions infermeres ^{71,105,180,192,196,200} -Procediments fets durant l'ingrés ³⁰ -Rol del pacient i canvis de rol ¹⁹⁷ -Testos de laboratori, última anàlisi de sang, serologies positives ^{30,200,201} -Tractament del dolor crònic i agut (complicacions i canvis) ^{30,176,193,197,202,203} -Troballes significatives i incidències durant l'ingrés ^{30,179} -Vacunes administrades i data, tuberculina i resultat ^{52,181,199} |
| Valoració a l'alta | -Coneixement del diagnòstic per part del pacient ¹⁹¹ i per part de la família ¹⁹² -Coneixements d'autocura del pacient i família a l'alta ^{194,202,204} -Diagnòstics infermers ^{71,172,192,193,200,205,206} i mèdic ^{176,179,191,193,187} -Informació i recomanacions donades al pacient ^{105,180,183,192,193,195} -Resultats de les intervencions infermeres ^{176,196} -Serveis sanitaris que requerirà a l'alta ¹⁹⁹ -Valoració cognitiva ^{173,207} -Valoració de constants ²⁰⁵ -Valoració emocional, espiritual i afectiva ^{77,130,88,203,208,209} -Valoració de necessitats infermeres ^{54,71,171,176,183,190} -Valoració funcional ^{30,177,193,197,208,209} |
| Planificació de cures i recomanacions | -Data, lloc i hora de la propera visita i pròximes proves ^{188,194,201} -Dieta: toleràncies, dieta especial, espassants, patró intestinal ^{130,176,199,200,205,210} -Pla de cures a l'alta ^{55,180,191,202,204,205,207} -Problemes infermers resolts i pendents de resoldre ^{30,55,173,187,193,194} -Recomanacions generals de continuïtat per la infermera d'AP ¹⁷⁹ |
| Condicionants socials | -Cuidador principal, genograma, ecomapa, grau d'afrontament familiar i claudicacions de cuidadors, suport emocional, ajuda amb les cures i nivell d'educació dels cuidadors ^{53,173,183,194,198,203} -Condicions del domicili i barreres arquitectòniques ²⁰⁵ -Necessitats socials: centre de dia, control per pal·liatiu, necessitat de visita a domicili, risc d'aïllament social, necessitat de treball conjunt amb serveis socials, dispositius d'ajuda a l'alta ^{187,188,203,204,207} -Nivell socioeconòmic ²⁰⁵ -Valoració de la xarxa de suport veïnal ^{30,77,173,177,205,207} |
| Altres | -Espai en blanc ^{180,189,191,200,201,211} |

Font: elaboració pròpia

Com a estratègies de millorar dels IAI, categoritzades segons estratègies de model, d'organització o dels professionals, diferents autors plantegen: models especials per pacients vulnerables²⁰², estandarditzats^{131,188,204}, pràctics, clars i àgils^{154,180,194}, amb estructures que

permetin jerarquitzar la informació^{30,180,212} i que no incloguin comentaris subjectius. Formen part de les estratègies d'organització la col·laboració institucional, l'estandardització dels plans de cures i de les recomanacions a l'alta^{30,83,176,180,210}, la implicació multidisciplinària^{101,213}, la incorporació de les TIC^{105,180,189,195}, l'avaluació dels IAI de les unitats¹⁸⁵, el suport administratiu¹⁰¹ i multilingüístic²¹⁴, el temps suficient²¹⁵, el treball amb una taxonomia infermera^{171,176,180,195}, el treball conjunt amb la infermera d'enllaç^{158,180,185,211,216} i amb els serveis socials^{101,203} i el treball de consens entre els diferents nivells assistencials per l'elaboració dels IAI^{30,101,171,176,187,217}. Finalment, entre les estratègies professionals trobem identificar les habilitats i necessitats formatives dels professionals infermers davant els IAI^{101,105,195,218}, incloure l'elaboració d'IAI als currículums universitaris d'infermeria^{108,185,213}, i a les directrius per objectius¹⁰¹ i potenciar la seva recerca i investigació^{83,184}.

1.2.5. Qualitat i seguretat de les cures infermeres

L'OMS descriu la seguretat del pacient com un principi fonamental de l'atenció al pacient i un component crític de la gestió de la qualitat amb necessitat de comunicació, justícia, flexibilitat i aprenentatge pel seu desenvolupament.

La comunicació com a clima de confiança entre professionals, capacitant-los per la comunicació d'errors, la justícia entesa com aquella cultura on una conducta errònia sigui compresa i diferenciada, la flexibilitat com a capacitat d'adaptació de l'estructura jeràrquica davant situacions de perill i l'aprenentatge com a cultura on els professionals puguin treure conclusions i adoptar canvis com a oportunitat de millora²¹⁹.

L'any 1999, l'*Institute of Medicine (IOM)* va publicar l'informe: *"To err is human: Building a safer Health System"* el que va desencadenar l'interès de la societat, proveïdors i responsables polítics de la sanitat²²⁰. Al 2004, l'OMS amb la participació de la Organització Panamericana de la Salut (OPS), el Departament de Salut del Regne Unit i el Departament de Salut d'Estats Units sota el lema: *"davant de tot, no fer mal"* creà la *"World Alliance on Patient Safety"*²²¹. Aquest mateix any, a Europa, el Comitè Europeu de Sanitat estableix les recomanacions dirigides als governs dels Estats Membres, mentre que al Regne Unit es redacta un informe pioner en seguretat al pacient on es concreten aspectes lligats directament amb el lideratge de l'equip sanitari, la necessitat de promoure la comunicació d'afectes adversos, d'aprendre dels errors i de la necessitat de formació del personal sanitari²²².

En aquesta mateixa línia, al 2005, el Consell d'Europa estableix la *"Declaració de Varsòvia sobre la Seguretat dels pacients. La seguretat dels pacients com a un repte europeu"*²²³.

Promoure i millorar la seguretat dels pacients és una de les prioritats del Departament de Salut de Catalunya. L'any 2005 es va crear "*l'Aliança per la Seguretat dels Pacients a Catalunya*" (ASPC) amb 2 objectius clars: d'una banda, promoure la seguretat dels pacients mitjançant el desenvolupament, la coordinació i la millora dels sistemes de detecció i prevenció de problemes de seguretat assistencial i, d'altra banda, contribuir a la implicació entre ciutadans, professionals, centres i administracions perquè la societat pugui abordar aquets temes d'una manera positiva²²⁵.

L'any 2008 s'inicià el projecte de desenvolupament de les unitats funcionals de seguretat dels pacients en hospitals de la XHUP. Aquest projecte, que compta amb la participació de 23 hospitals de Catalunya, té com a estratègia implantar la gestió de la seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari i aconseguir l'excel·lència en seguretat en tots els centres sanitaris de Catalunya ²²⁶. Així mateix, l'any 2009, davant la necessitat d'alineació amb l'estratègia en seguretat dels pacients del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010, es va crear el Servei de Promoció de la Seguretat del i la Pacient.

El tipus, grau i qualitat i seguretat de les cures infermeres varia en relació amb l'educació i formació de les infermeres, les seves habilitats pràctiques i el nivell de competència i responsabilitat²²⁷.

La protocol·lització de les cures infermeres basades en l'evidència científica, la implantació d'estacions clíniques de treball que incloguin sistemes d'informatització estandarditzats, i l'aparició d'indicadors de mesura de la qualitat i seguretat de les cures infermeres contribueixen en l'aprenentatge, les habilitats i l'experiència en el maneig de les cures infermeres, afavorint la qualitat i seguretat d'aquestes²²⁷.

El *National Health Service* (NHS) destaca les intervencions infermeres, l'experiència del pacient i l'eficàcia clínica com a elements clau en la qualitat i seguretat en la cura del pacient. El monitoratge de l'estat de salut del pacient, la realització de tractaments terapèutics i la integració de l'atenció al pacient per evitar buits i trencaments en l'assistència sanitària serien exemples d'intervencions infermeres. L'experiència del pacient és un element fonamental de la qualitat assistencial, i aquest està clarament influït per les cures infermeres. En relació amb l'eficàcia clínica, les infermeres han demostrat l'estalvi que comporta pel sistema, les bones pràctiques infermeres a partir de dotacions adequades, per garantir-les, i de la implementació de nous rols infermeres avançats²²⁸.

Encara que els professionals d'infermeria representen el segment més gran de professionals que treballen per a la salut en els diferents àmbits de l'atenció, i es reconeix el seu paper en la seguretat del pacient i en l'assistència sanitària, existeixen pocs indicadors sensibles a les cures

infermeres²²⁷, sabent que per poder millorar la qualitat d'una forma eficaç és necessari tenir un programa que avalui de forma continuada els aspectes més rellevants de l'atenció de les cures a través d'aquets²²⁹.

A continuació es presenten els indicadors més rellevants per la qualitat i seguretat de les cures infermeres, relacionats amb la continuïtat assistencial infermera i distribuïts segons indicadors d'estructura, indicadors de procés i indicadors de resultat (Taula 9).

Taula 9: Indicadors de qualitat i seguretat de les cures infermeres segons Cobalea²²⁷

| Indicadors d'estructura |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Percentatge d'infermeres amb adequació al lloc de treball |
| Percentatge d'infermeres de plantilla que disposen de formació relacionada al lloc de treball |
| Percentatge d'infermeres de nova incorporació amb programa d'acollida i integració al lloc de treball |
| Percentatge d'infermeres que disposen de doctorat amb tesi doctoral realitzada |
| Ràtio d'infermeres de casos a l'AP |
| Taxa d'hores disponibles de la infermera per a dia i pacient |
| Taxa d'hores de formació continuada per infermera durant l'any |
| Ràtio de persones assignades per infermera a l'AP |
| Indicadors de procés i de resultat |
| Percentatge d'estàndards de cures aplicats correctament |
| Percentatge de pacients amb recomanacions a l'alta |
| Percentatge de pacients amb valoració de risc d'úlceres per pressió realitzada |
| Percentatge de pacients amb valoració del dolor registrada |
| Percentatge de pacients amb valoració del risc de caigudes |
| Percentatge de pacients atesos segons el protocol PREALT |
| Percentatge de pacients crònics complexos amb un pla de cures obert i revisat |
| Percentatge de pacients crònics complexos amb valoració del compliment terapèutic |
| Percentatge de pacients que han estat hospitalitzats i marxen amb informe d'alta d'infermeria |
| Percentatge de pacients donats d'alta amb continuïtat de cures segons el protocol PREALT |
| Percentatge de persones amb IC que complexin requisits segons evidència científica |
| Percentatge de persones amb MPOC que complexin requisits segons evidència científica |
| Percentatge de persones ateses en el programa ATDOM amb pla de cures obert i revisat |
| Percentatge de persones diagnosticades de demència amb un pla de cures obert i revisat |
| Percentatge de protocols basats en l'evidència científica |
| Taxa de pacients amb úlceres per pressió adquirides durant la hospitalització |

Font: adaptat de Cobalea Gonzalez N et al.²²⁷

1.2.6. Pacients i continuïtat assistencial infermera

Les característiques dels malalts que s'atenen en els serveis de salut són diferents a la de fa uns anys, més grans, més fràgils i amb més malalties cròniques²³⁰. A més, moltes d'aquestes malalties es caracteritzen per ser reiteratives, provocant un deteriorament progressiu que porta a una disminució gradual de les capacitats funcionals dels malalts, causant que augmentin les seves necessitats d'assistència regular i urgent, les seves necessitats d'ingrés hospitalari²³¹, i produint importants repercussions tant a nivell personal com social. Una bona

planificació de l'assistència en aquests pacients vulnerables, facilita l'abordatge dels problemes presentats¹¹⁴, i això requereix un treball multidisciplinari clínic i social on la CAI n'és el pilar fonamental²³².

Cal establir criteris per prioritzar els pacients amb més necessitats de CAI¹⁰⁶. És important que la infermera, des del marc conceptual que aporta amb la seva perspectiva professional, serveixi d'element de cohesió en la cura d'aquest tipus de pacients, participant en la implantació dels diferents processos de CAI¹¹⁴, i esdevenint més sensible, en tot moment, amb determinats grups de pacients en els que s'identifiquen majors problemes de cures després de l'alta^{115,179}.

De la revisió bibliogràfica s'han identificat els perfils de pacients amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres, entre ells cal destacar, en primer lloc, tots els pacients donats d'alta de l'hospital amb destinació al seu domicili que necessitin continuïtat de cures o seguiment del seu procés: cura de nafres i ferides, cura de ferides cròniques^{106,114,159,179,233} i cures especials - ostomies, sonda vesical, sonda nasogàstrica^{114,159,233}, fisioteràpia domiciliària, mal compliment terapèutic^{114,179}, nous tractaments^{114,179,233} i dèficit d'auto cures^{114,159,179}. Així mateix, també cal emfatitzar els pacients amb deteriorament cognitiu important^{106,114,159,179,233}, i aquells que sofreixen ansietat, depressió i somatitzacions¹⁷⁹, també pacients crònics amb descompensacions freqüents^{25,114,179,233}, amb oxigen a domicili¹⁰⁶, pluripatològics^{106,114,179}, i fràgils^{25,159,166,233}, els pacients pal·liatius^{106,179,233}, amb processos oncològics o terminals^{106,179}, els pacients quirúrgics^{106,114,179,233}, immobilitzats^{106,114,233} o amb deteriorament físic important^{106,114,159,179}, els pacients amb risc social^{25,114,179}, els pacients amb múltiples reingressos^{114,115,159,179}, els pacients inclosos en algun programa d'atenció a l'AP^{106,233}, les dones en el procés de puerperi²⁵ i els pacients pediàtrics amb necessitat de cures a l'alta^{114,233}.

Dels pacients amb més necessitats de continuïtat assistencial infermera podem considerar un grup diana a ser conduïts per infermeres especialistes en processos de continuïtat: infermeres d'enllaç o gestores de casos^{147,148,179}. Entre ells: pacients amb 2 o més caigudes o 3 o més visites a urgències en l'últim any, comorbiditat, PCC, continuació de cures i planificació de processos iniciats a l'hospital, continuació de l'educació en tècniques complexes i nous fàrmacs, dependència funcional, deteriorament cognitiu, poc suport familiar i risc social, pacient amb situació final de vida: Malaltia Crònica Avançada (MACA), polifarmàcia, pacient amb múltiples reaguditzacions, pacients amb dificultat d'abordatge i seguiment que necessiten

un gran nombre de coordinacions, i pacients amb processos de baixa prevalença que precisen un abordatge específic i diferenciat.

Una de les preocupacions dels sistemes sanitaris en els últims anys és l'atenció al PCC. Pel seu alt nivell de necessitat d'atenció sanitària i, com a conseqüència de despesa sanitària, es considera com un dels perfils de pacient amb més necessitat de detecció, atenció i continuïtat assistencial.

Determinades organitzacions com el "Kaiser Permanente" als EUA i "El Servei Sanitari de Nacions (NHS)" a Anglaterra^{234,235}, entre altres, han optat per atendre aquest pacients d'una manera proactiva, mitjançant un treball amb models predictius i adoptant l'estratificació de riscos com a l'eina bàsica de treball^{95,167,237-240}.

L'estratificació de riscos és la classificació de les persones en categories, d'acord amb la seva probabilitat de deteriorament de salut. Els sistemes d'estratificació contemplen variables com ara: els ingressos hospitalaris no programats, les visites als serveis d'urgències, els costos en medicaments i la pèrdua d'independència, o grau de presència entre les diferents poblacions de factors de risc deguts a estils de vida poc saludables²⁴¹. Actualment, el sistema més utilitzat per classificar els pacients en categories de nivell d'intervenció, depenent de la seva complexitat es coneix com la **Piràmide de Kaiser**, desenvolupada per Kaiser Permanente als Estats Units, que proposa segmentar en tres nivells de risc (baix, mitja i alt) amb la finalitat d'adequar les cures a les necessitats reals dels pacients en cada segment^{95,236,237} (Figura 1).

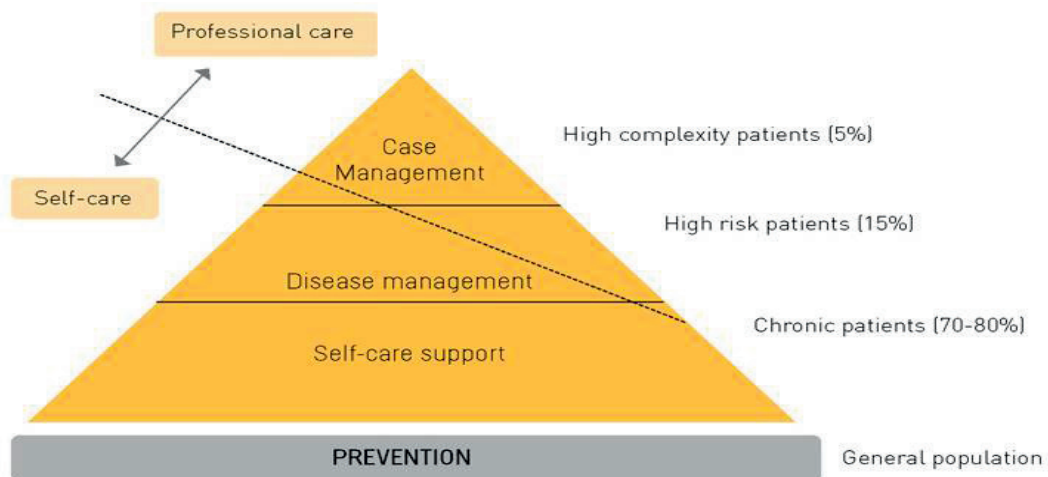


Figura 1. Piràmide de Kaiser Permanent
Font: Nuño R. Buenas practicas en gestión sanitaria²³⁵

Visió dels pacients de la continuïtat assistencial infermera

Existeixen dos factors que semblen influir en les experiències i percepcions de la CA dels usuaris: els factors individuals (l'edat, el sexe, el nivell educatiu, l'estatus o l'estat de salut) i els factors contextuals o de la organització en la que els usuaris reben l'atenció²⁴².

Els pacients relacionen directament l'accessibilitat al sistema sanitari i la percepció de CA amb la seva satisfacció^{243,244}. Una bona continuïtat entre l'AP i l'AE millora la satisfacció del pacient en relació a la qualitat de cures rebudes²¹¹.

Aquells que marxen de l'hospital seguint programes d'alta hospitalària estandarditzats que inclouen comunicació amb altres nivells estan més satisfets²⁴⁵. La CA que ofereixi una atenció integral, amb una única porta d'entrada al sistema sanitari i una única de sortida del ciutadà, representarà la satisfacció d'aquests en relació amb les necessitats de salut^{7,246}.

Els pacients agraeixen la trucada des de l'AE un cop han marxat d'alta. I tant ells com la família valoren molt positivament la trucada de la infermera d'AP un cop arriben al domicili²⁴⁶.

Amb l'IAI, l'usuari se sent més acompanyat, li serveix de via d'accés a l'AP¹⁷⁵ i sap que una altra infermera continuarà les seves cures⁵⁵. Podem dir que existeix una relació positiva entre l'aparició dels IAI i els resultats de satisfacció dels pacients²⁴⁵.

Però no tots els aspectes són favorables. Els pacients perceben les altes multidisciplinàries com a altes fragmentades²⁴⁷ i, per tant, com a barrera d'una bona CA. Les variables viure sol i la poca percepció de coordinació professional s'associen a resultats més negatius en la percepció dels pacients en el procés d'alta hospitalària²⁴⁸.

Una mala coordinació entre nivells assistencials o institucions farà repetir al pacient una i altre vegada la mateixa informació²⁷, fent que aquets percebin una pobre CA i l'associïn a unes cures de poca qualitat. No tots els pacients estan satisfets amb l'alta, alguns diuen que la informació que reben és insuficient i que quan arriben a casa tenen dubtes i dificultats^{208,211}, i el 41% dels pacients que marxen d'alta no estan informats de quina infermera continuarà les seves cures¹⁸⁷.

La falta de comunicació entre proveïdors s'ha identificat com una de les causes més freqüents de percebre baixos nivells de qualitat assistencial²⁴⁹. Els pacients detecten com a barrera de comunicació entre professionals el fet que aquets no tinguin un accés directe a una història clínica única i compartida²⁴², o que l'accés sigui difícil o poc accessible, fet que sumat a la falta de temps dels professionals fa que aquets no la consultin²⁵⁰.

Els pacients no sempre assumeixen tots els coneixements durant el procés d'alta²⁵¹. Kalisch¹¹¹ demostra que durant el procés d'alta hi ha entre 2 i 9 elements infermers necessaris pel pacient que no s'ensenyen.

Aquells pacients que reben informació i recomanacions a l'alta se senten més segurs i mantenen els coneixements apresos fins a 3 setmanes després de l'alta. Aquells que no reben informació necessiten més visites de seguiment a AP i presenten més problemes i reingressos²¹⁰. Els estudis de Suñer et al.²¹¹ diuen que 49,9% dels pacients entenen la informació rebuda a l'alta però que a les 24 hores el 30% té dubtes sobre l'estat de salut i el maneig d'aquest.

La informació que els usuaris consideren més important en un IAI és el tractament del dolor, la cura de la ferida, les activitats funcionals i la dieta^{186,210}. Una setmana després de l'alta, les necessitats d'informació del pacient són: el temps de recuperació, els signes de recuperació normal, com disminuir el dolor, les activitats permeses, els efectes secundaris els medicaments, l'ajuda que poden tenir al domicili, quan cal trucar al metge, que poden menjar i com han de prendre els medicaments²⁰⁸.

Després de l'alta, el 90% dels pacients tenen queixes físiques i el 44,7% emocionals²⁰⁸, i hi ha un 37% de pacients amb necessitats no identificades²⁰⁸. La combinació d'informació escrita i verbal després de l'alta hospitalària millora els coneixements, la satisfacció i la seguretat dels pacients²⁰.

Els usuaris atesos en entorns sanitaris on els diferents nivells assistencials són gestionats per la mateixa organització experimenten i perceben majors nivells de continuïtat, particularment en relació amb els dos tipus de continuïtat que aborden la col·laboració entre nivells assistencials: la continuïtat d'informació i de gestió^{58,242}.

Les evidències empíriques avalen que els països que tenen una AP més forta, amb una major transversalitat dels equips de salut, amb una millor integritat (única font d'atenció: preventiva, curativa i rehabilitadora) i amb una major coordinació presenten major satisfacció dels usuaris, menors costos econòmics, major equitat i millors resultats en salut⁷.

1.3. La Continuitat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva

1.3.1. Descripció de la regió sanitària de Girona

La Regió Sanitària (RS) de Girona inclou set comarques de la província de Girona: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès, Pla de l'Estany, Ripollès i Selva. També agrupa alguns municipis del Maresme: Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Palafolls, Pineda de Mar, Sant Cebrià de Vallalta, Sant Iscle de Vallalta, Sant Pol de Mar, Santa Susanna i Tordera⁹⁷.

La població adscrita, segons el Departament de Salut, és de 844.942 habitants amb una extensió de 5.754Km²⁹⁷(128,23 habitants per Km²). Una divisió territorial de 6 governs de salut en 218 municipis, 20 dels quals amb més de 10.000 habitants. L'esperança de vida de les dones a la regió de Girona és de 83,90 anys, superior a la dels homes que és de 77,45 anys²⁵². Amb una taxa de mortalitat de 8,6 defuncions anuals/1.000 habitants i una taxa de natalitat de 12 naixements anuals/1.000 habitants²⁵².

Les característiques més destacades en els canvis demogràfics són una accentuada tendència a l'augment de la població, sobretot a causa de la immigració i l'envelliment.

La població immigrada representa el 20,5% de la població de les comarques de Girona, essent, segons les dades proporcionades per la Secretaria per a la Immigració, la demarcació amb el nombre d'immigrants més alt de Catalunya, superior a la mitjana catalana, que és del 15,95%.

Un altre fenomen demogràfic destacable a la Regió Sanitària és la magnitud de la població flotant, que no es circumscriu a la zona costanera durant la temporada turística, o el cas d'alguns municipis de l'interior que també tenen una important població no censada, fet que incrementa la demanda dels serveis sanitaris.

La RS s'estructura, d'acord amb l'article 24 i següents de la LOSC, en diversos òrgans de direcció i gestió i un òrgan de participació⁹⁷, i preveu la divisió del territori en àrees bàsiques de salut, que són l'eix vertebrador del sistema sanitari. L'ABS és la unitat territorial elemental on es presta l'AP d'accés directe de la població. Cada ABS compta, com a mínim, amb un CAP i es coordina amb tots els serveis sanitaris i sociosanitaris d'AP del seu àmbit, així com amb els especialistes i hospitals que tingui assignats. Les funcions de l'ABS es desenvolupen quan es crea l'Equip d'Atenció Primària (EAP), format per un conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, que actuen de manera integrada, mitjançant el treball en equip. El funcionament de les ABS està, per tant, vinculat al desplegament de la reforma de l'AP⁹⁷.

El model sanitari que s'ha impulsat a Catalunya des de les transferències s'ha caracteritzat per la utilització dels recursos disponibles, independentment de la seva titularitat. Amb la creació

dels Governos Territorials de Salut (GTS) es pretén aprofundir en la descentralització i dotar el model sanitari d'una nova dimensió d'apropament a la ciutadania, per tal d'adequar l'oferta de serveis i augmentar la qualitat d'acord amb les necessitats de la població. Així, el Departament de Salut, directament o a través del CatSalut, i les corporacions locals treballen conjuntament en l'ordenació, la prioritització i coordinació dels recursos dels seus territoris de referència per garantir la prestació efectiva de la cartera de serveis del sistema de salut. Els consorcis de govern exerciran les seves funcions a partir de les directrius d'abast general determinades pel Departament de Salut. L'objectiu prioritari dels governs territorials de salut és contribuir a millorar la salut de la població de referència. Els GTS tenen un àmbit territorial que queda delimitat per l'àrea d'influència de l'hospital comarcal de la zona, incloent-hi l'AP i l'atenció socio sanitària, així doncs, a la RS de Girona hi ha els següents consorcis: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès - La Selva Interior - Pla de l'Estany, Ripollès i Selva Marítima (que es preveu formar conjuntament amb l'Alt Maresme)⁹⁷.



Figura 2. Mapa de la Regió Sanitària Girona, segons les Àrees Bàsiques de Salut i els Governos Territorials de Salut

Font: Memòria Regió Sanitària Girona 2013⁹⁷

Els equipaments amb que compta la RS de Girona en els 4 nivells assistencials es presenten a la taula 10.

Taula 10: Equipaments sanitaris de la Regió Sanitària de Girona segons proveïdor

| Nivell | Proveïdor | Equip |
|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atenció Primària | ICS | Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4, Salt, Sarrià de Ter, Arbúcies-Sant Hilari, Sils-Vidreres-Maçanet de la Selva, Banyoles, Sant Feliu de Guíxols, La Jonquera, Llançà, Roses, Besalú, Olot, Camprodon, Ripoll, Blanes, Celrà, Figueres, Vilafant, Bàscara, Pineda, Tordera, Canet de Mar. |
| | CABE | La Bisbal d'Empordà, Palafrugell, Torroella de Montgrí, Palamós. |
| | CSMS | Lloret de Mar, Calella, Malgrat. |
| | ICS/IAS | Breda-Hostalric, Anglès, Cassà de la Selva. |
| | Fundació Hospital Olot | Sant Joan les Fonts, La Vall d'en Bas. |
| | Fundació Hospital de Campdevàrol | Ribes de Freser-Campdevàrol. |
| | Fundació Salut Empordà | L'Escala. |
| | Albera Salut | Peralada. |
| Atenció Hospitalària | XHUP | Hospital de Figueres, Hospital Comarcal de la Selva, Hospital Sant Jaume de Calella, Hospital de Palamós, Hospital Sant Jaume d'Olot, Clínica Girona, Parc Hospitalari Martí i Julià, Clínica <i>Salus Infirmorum</i> (Banyoles), Hospital de Campdevàrol. |
| | ICS | Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. |
| Atenció Sociosanitària | Fundació Salut Empordà | Centre Bernat Jaume Figueres. |
| | Corporació de Salut del Maresme i la Selva | Hospital sant Jaume de Blanes, Hospital Municipal de Lloret de Mar, Hospital Comarcal de Blanes, Hospital Sant Jaume de Calella. |
| | Servei de Salut Integrats Baix Empordà | Palamós Gent Gran. |
| | Fundació Hospital Olot | Hospital Sant Jaume d'Olot. |
| | Departament de Benestar i Social / IAS / ICS | Residència Puig d'en Roca, Residència Maria Gay, Edifici Santa Caterina (Parc Hospitalari Martí i Julià), Centre sociosanitari la República (Parc Hospitalari Martí i Julià), Mutuam Girona, Clínica <i>Salus Infirmorum</i> . |
| | Fundació Privada Hospital Campdevàrol | Hospital Campdevàrol |
| Atenció en Salut Mental | IAS | Hospital Psiquiàtric del Salt |

Font: adaptat de la Memòria Regió Sanitària Girona 2013⁹⁷

La RS de Girona compta amb 53 centres d'AP, 1 centre d'especialitats i 185 consultoris locals, 1.049 llits d'AH, 883 d'Atenció Sociosanitària i 312 d'Atenció en Salut Mental. Així mateix, a la RS de Girona també hi trobem: atenció ambulatoria en salut mental, hospitals de dia sociosanitaris, Centres d'Atenció a la Drogodependència (CAS), PADES, UFISS, centres de dia de salut mental i centres de diàlisi.

1.3.2. Estratègies de continuïtat assistencial a les comarques del Gironès i la Selva

Al 2013, la continuïtat assistencial a la Regió Sanitària de Girona adquireix el seu nivell màxim amb la incorporació de la gerència única entre els dos principals proveïdors de salut de la zona: l'Institut Català de la Salut (ICS) i l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Amb la gerència única, entre d'altres, es vol aconseguir la simplificació de les estructures de gestió, tenint com a objectiu principal l'atenció integral de les necessitats de salut dels ciutadans i, per tant, potenciar, en tot moment, la continuïtat assistencial entre diferents nivells assistencials. Els grups de treball en processos horitzontals del projecte CIMS han donat un valor afegir al procés de CA.

L'objectiu de qualsevol institució és que la continuïtat assistencial sigui el resultat de la coordinació des de la perspectiva del pacient. Tot allò que el pacient és capaç de percebre al llarg del seu procés d'atenció.

Avui en dia, conviuen diferents projectes i línies de treball que vetllen per la seguretat de la CA dels pacients atesos als serveis sanitaris de la nostra regió. Algunes d'aquestes iniciatives venen marcades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, altres són d'àmbit territorial i algunes sorgeixen com a iniciativa de la mateixa institució o centre.

A continuació es presenten diferents projectes de CA que s'han anat desenvolupant a la RS de Girona. Alguns, comuns per tot el Sistema Català de Salut i d'altres, de caràcter més local i compartits entre diferents institucions i estaments professionals, o projectes i estratègies de continuïtat assistencial més específiques i dirigides a un únic col·lectiu. Entre aquests projectes cal destacar: la història clínica compartida, els circuits de diagnòstic ràpids, les interconsultes, el sistema informatitzat de suport al diagnòstic de demència a l'AP, les rutes assistencials i el pla d'intervenció individualitzat compartit.

La Història Clínica Compartida és la història electrònica que agrupa el conjunt de documents clínics sobre la situació i evolució del pacient al llarg del seu procés assistencial. La HCC ha canviat la cultura general de la pràctica sanitària i les relacions entre pacients i professionals sanitaris. Millora la qualitat assistencial ja que garanteix l'accés a la informació clínica del pacient en qualsevol moment i lloc del Sistema Nacional de Salut, així com la seguretat i confidencialitat de les dades de salut del pacient, disminueix la duplicació de proves diagnòstiques innecessàries i evita desplaçaments^{97,98}.

Pel sistema sanitari, la HCC contribueix a la potenciació dels serveis de telemedicina i teleassistència, així com a l'aportació de dades i informació a la carpeta personal de salut de la

ciutadania, i esdevé un model que posa a l'abast estatal i europeu l'experiència assolida a Catalunya pel que fa a la interoperabilitat i l'ús d'estàndards en els sistemes d'informació²⁵³.

El desplegament de la HCC a Catalunya ha estat progressiu però, actualment, i segons dades del Gener del 2014, el 98% dels hospitals d'aguts, el 91% dels centres sociosanitaris, el 84% dels centres de salut mental i el 98% dels centres d'AP del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT) ja compten amb la HCC. Amb una mitjana de 1.895.692 documents publicats durant l'any 2013, el que suposa un 24% d'increment de publicació de documents respecte al 2012, i amb una mitjana d'accessos mensuals durant l'any 2013 de 132.546, un 44% més respecte el 2012²⁵³.

Els circuits de diagnòstic ràpid (CDR), tal i com el seu nom indica, són circuits de derivació ràpida. Aquest programa, introduït a Catalunya l'any 2005, es va crear per donar resposta a les sospites de càncer per part dels professionals mèdics, sobretot aquells d'AP, però recentment s'ha anat ampliant la seva funcionalitat i s'han inclòs derivacions de diferents processos pactats a nivell territorial.

Entre altres, actualment, al nostre entorn, es compten amb CDR per: al·lèrgies, càncer de còlon, mama, pròstata, pulmó, genètica clínica i consell genètic, digestiu, ecocardiò i proves d'esforç, estudis del son, sol·licitud de PAO, sol·licitud d'ingrés a mitja estada al sociosanitari i estudi d'al·lèrgia. La derivació es genera de forma automàtica quan es complimenta el formulari pactat per a cada patologia.

Les interconsultes presencials i no presencials. Les interconsultes no presencials són l'intercanvi d'opinions sobre processos dels pacients mitjançant el correu electrònic, el telèfon o a través de la història clínica informatitzada. Aquestes augmenten la capacitat de resolució dels professionals sanitaris d'AP reduint sensiblement la derivació de l'AP a l'AE. A més, permeten millorar el seguiment de pacients, especialment d'aquells crònics i/o pluripatològics. Els professionals d'AP assumeixen la responsabilitat de les cures i poden consultar els dubtes amb l'especialista, sense necessitat de derivar els pacients.

Les interconsultes no presencials es caracteritzen per la seva senzillesa, seguretat i confidencialitat. Resol problemes als pacients, comunica l'AP amb l'AE, escurça els processos diagnòstics, evita visites innecessàries a l'hospital i millora l'eficiència global. Per altra banda, deixa rastre i informació a la història clínica informatitzada i, per tant, evita pèrdues d'informació.

Així mateix, a part de les interconsultes no presencials, els professionals d'AP poden resoldre qualsevol dubte ja sigui respecte a una derivació o per fer una consulta sobre el seguiment

d'un pacient mitjançant trobades amb diferents especialistes. De la mateixa forma que passa amb les interconsultes no presencials, la direcció del centre ha de vetllar pel bon funcionament d'aquestes trobades (interconsultes presencials), facilitant l'espai i el temps dins les agendes dels diferents professionals.

El Sistema informatitzat de Suport al Diagnòstic de Demència per l'AP (SISDDAP) és un programa de telemedicina compartit entre nivells assistencials que neix l'any 2008 a l'IAS. Caracteritzat per ser un sistema de transmissió de dades clíniques entre els equips d'AP i una unitat especialitzada en el diagnòstic i seguiment de pacients amb demència, té com a objectius: facilitar la comunicació entre l'AP i l'AE en el tema de la psicogeriatria en general i de les demències en particular, facilitar la CA, disminuir el nombre de proves complementàries, establir un nivell de prioritització de les visites a l'atenció secundària, millorar i aconseguir una detecció més elevada de malalts amb demència, detectar de manera precoç les demències i homogeneïtzar el maneig de les demències a l'AP. La seva aplicació té beneficis potencials pel pacient, pels professionals i pel sistema sanitari.

Durant l'any 2011, els *screenings* de demències mitjançant el SISDDAP dels professionals d'AP van donar lloc a 103 derivacions, 13 de les quals es varen poder resoldre de forma virtual. L'aplicació SISDDAP va suposar, aquest mateix any, un estalvi del 57% de les derivacions d'AP a atenció especialitzada.

El programa SISDDAP representa una eina de suport en les consultes d'AP a la vegada que ajuda a augmentar la formació en la matèria, permet millorar la comunicació entre l'AP i l'AE, i pot contribuir a racionalitzar el tractament farmacològic, millora la comunicació entre els diferents nivells assistencials i ofereix una atenció dels pacients i familiars molt més ràpida, homogeneïtza l'avaluació psicogeriàtrica a l'AP, i permet reduir el número de proves complementàries i la llista d'espera a la unitat especialitzada²⁵⁴.

Les Rutes assistencials. A principis de l'any 2012, s'inicià un treball conjunt i interdisciplinari entre professionals dels diferents nivells assistencials de les dues institucions (ICS i IAS) per a l'elaboració de les rutes assistencials.

L'objectiu general de les rutes assistencials és el de millorar l'abordatge clínic dels pacients amb les patologies prioritzades pel Pla de Salut de Catalunya 2011-15 en el recurs assistencial més adient, segons grau i fase evolutiva, de manera que es redueixi la morbiditat i la mortalitat, i es millori la qualitat de vida i l'autocontrol de la patologia d'aquests pacients.

Entre els objectius específics de les rutes assistencials destaca el fet d'establir i garantir la fluïdesa, els tempos apropiats i l'efectivitat dels circuits, tot assegurant el contínuum assistencial 7x24 (7 dies a la setmana, 24 hores al dia).

A finals de l'any 2012 va tenir lloc el procés d'implementació, en clau territorial, de les rutes assistencials de la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) i de la Insuficiència Cardíaca (IC).

El Pla d'intervenció Individualitzat i Compartit (PIIC) és el pla d'atenció específic per a una persona amb un o més problemes de salut crònics. Aquest, té en compte les seves necessitats físiques, psíquiques i socials, i ha estat consensuat entre els diferents professionals sanitaris i socials i el pacient o família.

El document, redactat pels professionals de referència d'AP, recull les dades de salut i social més importants d'una pacient i les disposa en un entorn compartit d'informació (HC3). Així, els professionals que coneixen millor a un pacient ofereixen la informació més rellevant perquè els equips que l'atenguin puguin comprendre allò més essencial, per prendre les millors decisions.

El PIIC es genera mitjançant unes dades automàtiques: dades personals del pacient, problemes de salut, medicació activa, al·lèrgies, resultats de testos en la valoració multidimensional, dades de l'EAP, el nom del metge i la infermera d'AP que assisteixen a la persona, les dades dels cuidadors i unes dades d'inclusió activa: recomanacions en cas de crisi o descompensació, pla de decisions anticipades, atenció al pacient (teleassistència, ATDOM, PADES, Gestió de Casos), descriptiu de la valoració multidimensional, descriptiu sobre els cuidadors, delegació de decisions i informació addicional d'interès.²⁵⁵

1.3.3. Estratègies de continuïtat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva

De la mateixa forma que s'han estudiat algunes de les estratègies de CA a la RS de Girona, i concretament als GTS del Gironès (comarca de Girona) i Selva Interior, a continuació s'estudiaran els projectes del territori amb una alta garantia de CAI, molts d'ells, compartits en el marc del projecte CIMS²⁵⁶, a les dues institucions: IAS i ICS, d'altres exclusius en alguna d'elles.

L'informe d'alta d'infermeria. Als darrers anys s'han elaborant i consolidant diferents models d'informes d'alta d'infermeria, diferencials i individualitzats en cada un dels hospitals: l'HDJT i l'HSC, i fins i tot, entre els diferents serveis, però des de l'any 2014, i arran del projecte CIMS²⁵⁶, l'HSC i l'HDJT compta amb un únic model d'informe d'alta d'infermeria (Annex 1). Aquest model, articulat a través de l'aplicació informàtica *GACELA*, s'estructura en 6 apartats.

En el primer hi trobem les dades administratives: hospital, unitat, número de llit, número d'història clínica i número d'episodi, dades del pacient: nom del pacient, sexe, edat, al·lèrgies, dieta i dades relacionades amb l'ingrés (data d'ingrés, diagnòstic i si precisa aïllament).

En el segon apartat hi ha el nom de la infermera responsable del pacient i, per tant, la infermera que emet l'IAI i la data de realització d'aquest.

El tercer fa referència a dades relacionades amb el destí. Aquest apartat és de resposta tancada ("sí", "no", "no procedeix") i valora: alta a domicili, trasllat a un centre hospitalari, trasllat a un centre sociosanitari i necessitat de continuïtat de cures. A la part final hi ha un espai on amb text lliure es pot afegir un resum de l'estada del pacient.

La valoració a l'alta la trobem en el quart apartat. En aquest hi ha la darrera presa de constants: data, presa i valor i la valoració integral del pacient. La valoració correspon en marcar "sí", "no" o "no procedeix" en cadascun dels següents paràmetres: autonomia per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), necessitat d'ajuda per la higiene, necessitat d'ajuda per l'alimentació, necessitat d'ajuda per vestir-se, necessitat d'ajuda per l'ús del vàter.

Així mateix, en aquest apartat també es valoren els coneixements del pacient. Aquesta valoració també es realitza marcant "sí", "no" o "no procedeix" respecte a cadascuna de les següents afirmacions: conèixer els signes de complicació i saber com actuar, demostrar habilitats en la cura de, saber realitzar controls de, conèixer el tipus de dieta i capacitat d'adaptació als aliments, conèixer els moviments/exercicis que ha de realitzar i quins cal evitar, conèixer la medicació que ha de prendre, conèixer la pròxima visita. Finalment, hi ha un apartat que valora la necessitat d'educació sanitària específica addicional.

El cinquè apartat fa referència a la planificació de les cures i les recomanacions. S'anota el problema, el pla de cures i les recomanacions del mateix.

Finalment, trobem un apartat on amb text lliure es poden anotar les observacions generals que cada infermera consideri oportunes.

La infermera d'enllaç i la infermera Gestora de Casos. Dins les funcionalitats més prevalents a la Gestió de Casos i com a nexa d'unió entre l'AH i la resta d'àmbits assistencials: AP, ASS i ASM trobem la desenvolupada per les infermeres d'enllaç²⁵⁷, i en aquest sentit, es desenvolupa el model de la infermera d'enllaç del territori, fonamentat amb una de les experiències més rellevants de la infermeria d'enllaç, el model de Canàries²⁵⁸.

L'HDJT incorpora la infermera d'enllaç l'any 2005¹⁴⁷, posteriorment, durant el 2006, aquesta figura s'incorpora a l'HSC. Les infermeres d'enllaç d'ambdues institucions treballen

conjuntament amb les infermeres hospitalàries i les de la resta de nivells assistencials mitjançant el protocol PREALT, inclòs dins l'aplicació ECAP, i a través del contacte telefònic²³³

Actualment, l'IAS compta amb 2 infermeres d'enllaç, que es distribueixen els pacients segons perfil clínic. Per altra banda, amb la voluntat de potenciar la CA entre l'HDJT i l'AP, el juny del 2011 es crea la Unitat de Continuïtat Assistencial (UCA), on es reorganitza i s'incorpora la Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFISS), el projecte d'Atenció i Suport a l'Alta (PISA), la Unitat de Treball Social, la infermera etomaterapeuta i el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES)²⁵⁹

Les funcions de la UCA són: atenció interdisciplinària, seguiment i coordinació a l'alta, assistència funcional i estructurada, seguiment dels pacients segons les GPC i protocols d'actuació, detecció i captació proactiva i gestió dels pacients al recurs més adequat²⁶⁰

La funcionalitat que desenvolupa la gestora de casos és vetllar per la continuïtat de l'atenció, coordinant i gestionant les necessitats dels pacients per garantir el contínuum assistencial²⁵⁷. Amb la instauració de la figura de la infermera gestora de casos, durant l'any 2011, es desenvolupa el model de Gestió de Casos al territori. Aquest pretén garantir la continuïtat assistencial dels pacients d'alta complexitat i fragilitat, facilitant la coordinació entre estaments i àmbits assistencials quan aquets necessiten serveis sanitaris o socials. D'altra banda, es crea la figura de la infermera Gestora Clínica (gestió de patologia) i cures agudes complexes²⁵⁹.

Actualment, són molts els centres d'AP del territori que disposen d'infermeres gestores de casos. Aquestes, formades específicament per la cura de pacients crònics i clínics complicats (MPOC, IC, etc.), actuen en diferents nivells, fent funcions infermeres avançades tant en el domicili dels pacients com en el propi CAP, com acompanyant i assessorant a la UBA en la gestió i tractament del pacient.

El projecte de la planta virtual entre l'AP de l'ABS de Cassà de la Selva i el Consorci de Benestar Social (CBS) Gironès – Salt s'emmarca dins la Gestió de Casos. El que pretén és que els pacients identificats com a PCC, MACA i grans fràgils, és a dir, pacients vulnerables a reingressos hospitalaris no planificats, ja sigui per motius sanitaris o socials, estiguin assignats a una plataforma comunitària integrada a l'equip d'AP. La planta comunitària virtual és una proposta de model comunitari assistencial dissenyat per oferir recolzament a les persones afectades per situacions de complexitat clínica i/o social que tenen un alt risc de reingrés. Aquest model trasllada els elements organitzatius d'una planta hospitalària al domicili del pacient.¹⁴⁸

El protocol PREALT. La planificació de l'alta és un procés sistemàtic de valoració, preparació, coordinació i col·laboració dels diferents professionals, que facilita l'administració de cures sanitàries i l'assistència social. Planificant l'alta del pacient es millora la CA, la coordinació dels serveis, s'orienta al pacient i la família, i es controlen situacions de risc en les activitats de la vida diària del pacient, un cop aquest arriba al domicili. La planificació de l'alta també permet l'educació sanitària a pacients, familiars i cuidadors, així com el consens amb la família de la data i condicions de l'alta, per tant, podem dir que la preparació de l'alta ha de formar part del pla terapèutic de l'hospital²³³.

El protocol PREALT permet avisar a la infermera d'AP, a través de l'ECAP, de tots aquells pacients ingressats a l'hospital, amb data aproximada d'alta al domicili i amb necessitats de CAI. Qualsevol pacient que ingressi en algun dels dos hospitals: l'HDJT i l'HSC podrà ser usuari del protocol PREALT.

Canals de comunicació per la continuïtat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva

El canal de comunicació és el mitjà de transmissió pel qual la informació arriba de l'emissor al receptor. La comunicació directa és aquella que es desenvolupa entre emissor i receptor de forma personal, amb o sense ajuda d'instruments. Altrament, entenem per comunicació indirecta aquella comunicació basada en un instrument, on l'emissor i el receptor estan a distància. Aquesta pot ser personal (telèfon, correu electrònic, fax, etc.) o col·lectiva (pàgina web, etc.).

La comunicació entre els professionals dels diferents nivells assistencials del territori a través de les TIC és la més utilitzada. Les infermeres clíniques de l'HDJT utilitzen el programa informàtic *GACELA* pel registre del seguiment dels pacients ingressats a planta. Diàriament, aquestes dades es buiden al paquet informàtic SAP, disponible pels professionals d'AP i pels professionals que ocupen llocs de treball estratègics per la garantia de la CA. De la mateixa forma, des d'AP les infermeres treballen amb el programa informàtic ECAP, i tota la informació registrada en aquest és visible pels professionals d'enllaç.

A més, amb la incorporació de la HC3^{97,98}, tots els documents referents a la salut del pacient queden penjats en una plataforma de consulta, accessible per a tots els professionals de la salut.

L'any 2014, l'HSC posa en marxa, en els àmbits d'AH, ASS i ASM, el projecte ARGOS. Aquest, inclou la implantació del programari SAP, per a la informació assistencial clínica i administrativa, i ARGOS, l'aplicació informàtica de les cures infermeres integrada al SAP. La

seva implantació a l'HSC respon a l'objectiu de disposar d'una eina comuna i eficient, que doni suport al desenvolupament de la feina dels professionals dels diferents àmbits assistencials de l'IAS i entre el personal assistencial de l'IAS i l'ICS²⁵⁵.

Taula 11: Canals de comunicació de les estratègies de continuïtat assistencial infermera

| Estratègia de CA infermera | Canal de comunicació |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informe d'alta d'infermeria | -Directa: pacient/família -Electrònic: internet (ECAP/SAP/HCC) -Mitjançant infermera d'enllaç o gestora, en altes amb condicions especials |
| Infermera d'enllaç (HSC) | -Electrònic: internet (ECAP) -Telefònic -Sessions clíniques amb diferents professionals |
| Infermera gestora de casos | -Electrònic: internet (ECAP) -Telefònic -Sessions clíniques amb diferents professionals |
| Rutes assistencials | -Electrònic: internet (ECAP) -Telefònic -Sessions clíniques amb diferents professionals |
| El PREALT | -Electrònic: internet (ECAP) -Telefònic |
| El Protocol de seguiment a l'alta hospitalària | -Electrònic: internet (ECAP/HCC) -Mitjançant l'informe d'alta d'infermeria -Mitjançant infermera d'enllaç o gestora, en altes amb condicions especials |
| UCA (HDJT) | -Electrònic: internet (ECAP/SAP/HCC) -Mitjançant el protocol PREALT -Telefònic -Sessions clíniques amb diferents professionals |
| Gestió de Casos | -Electrònic: internet (ECAP/SAP/HCC) -Mitjançant el protocol PREALT -Telefònic -Sessions clíniques amb diferents professionals |

Font: elaboració pròpia

2-Objectius

2.1.Objectius

Els objectius que es plantegen són:

Objectiu general

Identificar el grau de satisfacció que tenen les infermeres dels diferents àmbits assistencials de les comarques del Gironès i la Selva amb la continuïtat assistencial infermera.

Objectius específics

1-Valorar la percepció de necessitat de continuïtat assistencial infermera general i per àmbits assistencials segons les infermeres.

2-Identificar la importància que donen les infermeres als nous rols infermers en el procés de continuïtat assistencial.

3-Explorar les vies de comunicació i circuits preferits per les infermeres per desenvolupar la continuïtat assistencial infermera.

4-Descriure la percepció de les infermeres en relació amb el perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera.

5-Descriure la formació que tenen les infermeres en processos de continuïtat assistencial infermera

6-Valorar el contingut i utilitat dels informes d'alta d'infermeria i els circuits d'aquests en els diferents àmbits assistencials.

7-Identificar les opinions de les infermeres en relació a la continuïtat assistencial infermera.

3-Metodologia

3.1. Disseny

Es va realitzar un estudi observacional, transversal i analític sobre la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera

3.2. Àmbit d'Estudi

L'estudi es va dur a terme a la província de Girona i concretament als diferents àmbits assistencials: Atenció Primària, Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental de les comarques del Gironès i la Selva. L'assistència sanitària pública en aquesta regió és compartida per dos grans proveïdors: l'Institut Català de Salut (ICS) i l' Institut d'Assistència Sanitària (IAS), atenent a una població total aproximada de 795.363 persones (Idescat 2011).

Descripció de les Àrees Bàsiques de Salut participants

Les ABS participants a l'estudi amb els centres que l'integraven i els habitants que atenien van ser:

-ABS Cassà de la Selva (ABS1): CAP Cassà de la Selva, CAP Llagostera, CAP Caldes de Malavella, Consultori de Riudellots, Consultori de Quart, Consultori de Sant Andreu Salou, Consultori de Llambilles i Consultori de Campllong (30.100 habitants).

-ABS d'Anglès (ABS2): CAP Anglès, Consultori d'Amer, Consultori d'Osor, Consultori de la Cellera de Ter i Consultori de Llor / Bonmatí (12.062 habitants).

-ABS Breda – Hostalric (ABS3): CAP Breda, CAP Hostalric, Consultori de Massanes, Consultori de Riells i Viabrea i Consultori de Sant Feliu de Buixalleu (13.081 habitants).

-ABS Sant Hilari-Arbúcies (ABS4): CAP Sant Hilari i CAP Arbúcies (12.471 habitants).

-ABS Salt (ABS5): CAP Salt 1 i CAP Salt 2 i els Consultoris locals de: Aiguaviva, Vilanna, Estanyol, Montfullà, Bescanó, Fornells de la selva i Vilablareix (41.836 habitants)

-ABS Santa Coloma (ABS6): CAP la Selva i el Consultori local de Vilobí d'Onyar (15.773 habitants).

-ABS Sils (ABS7): CAP Sils, CAP Vidreres i CAP Maçanet i el Consultori local de Riudarenes (21.877 habitants).

-ABS Girona 1 (ABS8): CAP Santa Clara (22.497 habitants)

-ABS Girona 2 (ABS9): CAP Can Gibert del Pla (31.728 habitants).

-ABS Girona 3 (ABS10): CAP Montilivi i CAP Vila-Roja (35.052 habitants).

-ABS Girona 4 (ABS11): CAP Doctor Vilaplana i els Consultoris locals de: Canet d'Adri, Llémèna, Sant Gregori, Sant Martí de Llémèna i Sant Aniol de Finestres (14.211 habitants).

-ABS Sarrià (ABS12): CAP Sarrià de Ter i els Consultoris locals de: Cervià de Ter, Colomers, Pont Major, Sant Jordi Desvalls, Medinyà i Viladasens (13.451 habitants).

-ABS Celrà (ABS13): CAP Celrà i els consultoris locals de: Flaçà, Juià, Madremanya, La Pera, Sant Joan de Mollet, Sant Martí Vell i Bordils (9.474 habitants).

Descripció dels Centres Hospitalaris participants

A continuació es descriuen els centres hospitalaris que van participar a l'estudi.

Parc Hospitalari Martí i Julià. Hospital Santa Caterina

Sobre una superfície total de 114.000 m² i ubicat en el municipi de Salt, el Parc Hospitalari ofereix serveis d'atenció hospitalària a la Selva Interior i part del Gironès (144.000 habitants).

La cartera de serveis de què disposa és: Anestesiologia i reanimació, Medicina interna, Cardiologia, Cirurgia general i plàstica, Cures pal·liatives, Demències, Dermatologia, Dietètica, Digestologia, Endocrinologia, Ginecologia, Hematologia, Infeccioses, Neurologia, Pediatria, Oftalmologia, Oncologia, Otorinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica, Urgències, Urologia, Unitat de desintoxicació, Vacunes internacionals i Valoració geriàtrica i Convalescència.

Compta amb 135 llits d'atenció especialitzada (20 dels quals per subaguts i 20 per cures pal·liatives), 40 llits de llarga estada, 35 llits de convalescència i 6 llits a urgències. Consultes externes, hospital de dia diagnòstic, hospital de dia terapèutic, 25 places a l'hospital de dia de malalties neurodegeneratives i 25 places a l'hospital de dia de rehabilitació cognitiva.

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta

L'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta (ICS) és l'hospital de referència de les comarques gironines, ofereix assistència especialitzada a una població de 795.363 persones. Compta amb 400 llits, 11 quiròfans, 94 gabinets i consultes externes i 1.649 treballadors. El centre disposa de mitjans diagnòstics i terapèutics avançats i segueix una política que aposta per la docència i la investigació. Les diferents especialitats s'agrupen amb 12 àrees d'hospitalització: Oncologia i Hematologia, Medicina interna i infecciosos, Urologia i Nefrologia, Neurologia i Neurocirurgia, Digestiu i Cirurgia, Traumatologia i Cirurgia ortopèdica, Cardiologia i Vascular, Ginecologia i Obstetrícia, Pneumologia i Cirurgia toràcica, Pediatria i Cirurgia pediàtrica, Oftalmologia i Maxil·lofacial i Otorinolaringologia i Medicina intensiva.

Descripció dels Centres Sociosanitaris participants

A continuació es descriuen els centres sociosanitaris participants a l'estudi.

Parc Hospitalari Julià i Martí. Edifici la República

L'Edifici Sociosanitari la República inclou tres línies d'atenció: geriatria i psicogeriatría, demències i malalties neurodegeneratives i dany neurològic adquirit. Amb una àrea d'influència al Gironès, la Selva, el Pla de l'Estany (300.000 habitants) i a tota la Regió Sanitària en alguns serveis concrets, acull 3 unitats d'hospitalització amb un total de 40 places cadascuna, 2 hospitals de dia amb 25 places cadascun, l'àrea de consultes externes per la Unitat de Valoració de Memòria i les Demències (UVAMID), la Unitat de Valoració Integral Geriàtrica i l'Equip d'Avaluació Integral Ambulatoria (EALA) de malaltia neurodegenerativa.

Centre Sociosanitari Mutuam Girona

El Centre Sociosanitari Mutuam Girona, dotat amb 105 places, s'organitza en: unitat de llarga estada, unitat de convalsència, unitat de cures paliatives, unitat de subaguts i places residencials. La unitat de subaguts és un projecte pilot en conveni amb l'Hospital Dr. Josep Trueta per a pacients derivats amb una alta hospitalària precoç.

Residències Geriàtriques Sant Josep de Cassà de la Selva, Sant Josep de Llagostera i Tesar

La residència geriàtrica Sant Josep de Cassà de la Selva compta amb 57 places, la de Llagostera amb 51 i la Tesar amb 40. Per a l'ingrés els usuaris han de complir els criteris d'admissió segons edat i procedència geogràfica.

Clínica Salus Infirmorum

La clínica compta amb 66 llits d'hospitalització sociosanitària i 25 places a l'hospital de dia. A la seva cartera de serveis també hi trobem: servei d'aguts (urgències, quiròfan i hospitalització), diagnòs per la imatge, laboratori i rehabilitació.

Descripció dels Centres de Salut Mental participants

A continuació es descriuen els centres de salut mental participants a l'estudi.

Parc Hospitalari Martí i Julià. Els Til·lers, Salt-TMS i Mancomunitat I

Amb un total de 222 llits, l'Hospital Santa Caterina disposa dels serveis d'hospitalització de psiquiatria adulta, infanto-juvenil i les urgències psiquiàtriques.

A l'edifici els Til·lers s'hi ubiquen els hospitals de dia de salut mental d'adults i adolescents i els serveis d'atenció als discapacitats intel·lectuals.

L'edifici SALT-TMS disposa de 150 places destinades al Servei de Rehabilitació per a pacients amb trastorns mentals severos, l'atenció psicogeriatrica i la patologia dual.

La Mancomunitat I, amb un total de 29 places, està destinada a la rehabilitació de persones amb trastorn mental sever.

3.3. Població i mostra d'estudi

La població total d'estudi va ser de 639 infermeres, distribuïdes segons nivell assistencial en: 208 infermeres a l'Atenció Primària, 319 a l'Atenció Hospitalària, 55 a l'Atenció Sociosanitària i 57 a l'Atenció en Salut Mental (Taula 12).

La mostra d'Atenció Primària estava formada pel 100% dels infermers i infermeres que treballaven en alguna de les 13 ABS participants durant el període d'estudi. Formaven la mostra d'Atenció Hospitalària, el 100% dels infermers i infermeres de l'Hospital Santa Caterina i els dels serveis de Medicina interna, Neurocirurgia, Maternitat i Obstetrícia, Cirurgia general, Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Otorinolaringologia, Cardiologia, Diàlisi i Prematurs de l'Hospital Dr. Josep Trueta. La mostra d'Atenció en Salut Mental la formaven el 100% d'infermers i infermeres que treballaven al servei de salut mental del Parc Hospitalari Martí i Julià durant el període d'estudi. Per la mostra d'infermers i infermeres de l'Atenció Sociosanitària es van escollir els centres sociosanitaris Mutuam Girona i el Sociosanitari del Parc Hospitalari Martí i Julià. També es van escollir les residències geriàtriques privades Sant Josep de Cassà de la Selva, Sant Josep de Llagostera, Tassar de Caldes de Malavella i el servei sociosanitari de la clínica Salus Infirmorum de Banyoles. Sempre, considerant la proximitat d'aquestes amb els centres hospitalaris estudiats i, per tant, assumint la derivació constant de pacients entre elles i els hospitals.

Els criteris d'inclusió utilitzats van ser: infermers i infermeres que treballaven en algun dels centres i serveis de l'àmbit assistencial d'estudi i que van acceptar la participació, i els criteris d'exclusió: infermers i infermeres que per diferent motius no treballaven durant el període d'estudi.

Taula 12: Àmbit i Població d'Estudi

| Nivell Assistencial | Centre | Institució | Hospital de referència | n* |
|-------------------------|-------------------------------------------|------------|------------------------|-------|
| Atenció Primària | ABS Cassà de la Selva (ABS 1) | ICS/IAS | HSC | 25 |
| | ABS Anglès (ABS2) | ICS/IAS | HSC | 17 |
| | ABS Breda-Hostalric (ABS3) | ICS/IAS | HSC | 17 |
| | ABS Sant Hilari-Arbúcies (ABS4) | ICS | HSC | 10 |
| | ABS Salt (ABS5) | ICS | HSC | 29 |
| | ABS Santa Coloma (ABS6) | ICS | HSC | 10 |
| | ABS Sils-Vidreres-Maçanet (ABS7) | ICS | HSC | 15 |
| | ABS Santa Clara (ABS8) | ICS | HJT | 15 |
| | ABS Can Gibert del Pla (ABS9) | ICS | HJT | 21 |
| | ABS Montilivi (ABS10) | ICS | HJT | 24 |
| | ABS Dr. Vilaplana(ABS11) | ICS | HJT | 9 |
| | ABS Sarrià (ABS12) | ICS | HJT | 10 |
| | ABS Celrà (ABS13) | ICS | HJT | 6 |
| A.Hospitalària | Hospital Santa Caterina (PHMJ) | IAS | HSC | 160 |
| | Hospital Dr. Josep Trueta | ICS | HDJT | 159** |
| A.Sociosanitària | La República (PHMJ) | IAS | HSC | 18 |
| | Mutuam Girona | ICS | HJT | 11 |
| | Residència Sant Josep (Cassà de la Selva) | Privat | HSC | 3 |
| | Residència Sant Josep (Llagostera) | Privat | HSC | 3 |
| | Clínica Salus Informorum | Privat | HJT | 18 |
| | Tesar (Caldes de Malavella) | Privat | HSC | 2 |
| A.Salut Mental | Parc Martí i Julià. | IAS | HSC /HJT | 57 |

Font: elaboració pròpia

n*= número d'infermeres de cada centre

**= recompte d'infermeres dels serveis participants

3.4. Variables d'estudi

Les variables es van organitzar en 7 apartats: sociodemogràfiques, satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera, instrument, circuits i comunicació infermera, nous rols infermers, formació en continuïtat assistencial infermera, pacients amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres i propostes de millores per a la continuïtat assistencial infermera.

Variables sociodemogràfiques

-Centre de treball (categòrica): nivell assistencial i centre de treball.

-Servei (categòrica): AP (adult, pediatria), AH (Maternoinfantil, Pediatria, Nounat, Cirurgia general, Traumatologia i Cirurgia ortopèdica, Cardiologia, Neurologia, Medicina Interna, Pal·liatiu, Hemodiàlisi, Quiròfan, Urgències, Corretorns), ASS (Sociosanitari, Hospital de dia), ASM (UHEDI, URPI, UPD, Hospital de dia)

-Càrrec (categòrica): infermera assistencial, supervisora, gestora o directora.

-Edat (contínua): en anys naturals.

-Sexe (categòrica): dona i home.

- Any de finalització dels estudis universitaris (contínua): en anys.
- Anys d'experiència professional (contínua): en anys.
- Formació postgraduada (categòrica): postgrau, màster, doctorat, formació continuada i formació en investigació infermera.
- Publicació d'articles en revista científica en els últims 5 anys (categòrica): si o no.
- Tipus de contracte (categòrica): fixa amb oposició, fixa sense oposició, interí i eventual (la diferència entre interí i eventual era que en el primer la persona ocupava una plaça fins el dia que es convoqués aquesta i el segon era un contracte temporal, durant uns mesos concrets).

Variables relacionades amb la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera

- Satisfacció amb la continuïtat de cures infermeres (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt bona satisfacció i 5 satisfacció molt dolenta*).
- Creure que els pacients estaven satisfets amb la continuïtat de cures infermeres (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Rebre informació de les activitats infermeres fetes durant l'hospitalització del pacient (*per les infermeres d'AP*) o rebre informació sobre les activitats infermeres fetes al pacient a la consulta d'AP (*per les infermeres d'AH, ASS i ASM*) (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Rebre informació (*per les infermeres d'AP*) o informar (*per les infermeres d'AH, ASS i ASM*) a la infermera d'AP d'aquelles activitats infermeres iniciades durant la hospitalització i que necessitaven continuïtat un cop el pacient marxava d'alta (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Augment de la seguretat de les cures infermeres a través de la millora de la continuïtat assistencial (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Temps de resposta: temps entre que el pacient marxa d'alta de l'hospital i la infermera d'AP hi contacta (*per les infermeres d'AP*) (contínua): temps en hores.

Variables relacionades amb l'instrument, circuits i comunicació infermera

- Satisfacció amb l'informe d'alta d'infermeria (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt bona satisfacció i 5 satisfacció molt dolenta*).
- Circuit d'arribada dels informes d'alta d'infermeria a la infermera d'AP (categòrica): infermera d'enllaç o gestores, pacient/família, metge, història clínica compartida, correu electrònic/fax i altres.
- Utilitat de l'informe d'alta d'infermeria per la infermera d'AP (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt bo i 5 molt dolent*).

- Consultar tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a la consulta (*per les infermeres d'AP*) (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Valoració de la quantitat d'informació que s'omplia a l'informe d'alta d'infermeria (*per les infermeres d'AH, ASS i ASM*) (categòrica): correcte, massa, poca, poc útil, altres.
- Valoració de la informació que donava l'informe d'alta d'infermera de les següents dimensions: malaltia actual, problemes infermeres durant la hospitalització, diagnòstics infermers a l'alta, tractaments farmacològics a seguir, tractaments infermers a seguir, propers controls i aspectes familiars i socials (categòrica): puntuació d'1 a 10 (*on 1 era molt baixa informació i 10 informació molt alta*).
- Utilitat de l'informe de la infermera d'AP (categòrica) puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Falta de temps dins la jornada laboral per fer l'informe d'alta d'infermeria (*per les infermeres d'AH, ASS i ASM*) (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Contingut de l'informe d'alta d'infermeria: resposta oberta.
- Preferència de comunicació amb altres infermeres (categòrica): comunicació oral (telèfon, sessió clínica) o comunicació escrita (correu electrònic, informe alta infermeria).
- Circuit per fer arribar la informació a altres infermeres: resposta oberta.
- Millora de la comunicació infermera amb la integració de la història clínica compartida (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).

Variables relacionades amb els nous rols infermers

- Valoració del rol de la infermera d'enllaç com a garantia de continuïtat de cures (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt bona i 5 molt dolenta*).
- Valoració del rol de la infermera gestora de casos com a garantia de continuïtat de cures (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt bona i 5 molt dolenta*).

Variables relacionades amb la formació en continuïtat assistencial infermera

- Formació amb comunicació infermera rebuda durant els estudis universitaris (categòrica): puntuació d'1 a 10 (*on 1 era molt baixa formació i 10 formació molt alta*).
- Formació amb continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris (categòrica): puntuació d'1 a 10 (*on 1 era molt baixa formació i 10 formació molt alta*).
- Coneixement sobre continuïtat assistencial infermera al estudis universitaris d'infermeria (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Assistència a jornades i congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera (categòrica): si o no.

Variables relacionades amb el perfil de pacient amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres

- Perfil de pacients que havia de sortir d'alta amb un informe d'alta infermer: resposta oberta.
- Perfil de pacients que havia d'ingressar amb un informe infermer d'Atenció Primària: resposta oberta.
- Utilitat de l' informe d'alta infermera (categòrica): puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).
- Utilitat de l'informe de la infermera d'AP (categòrica) puntuació d'1 a 5 (*on 1 era molt d'acord i 5 molt desacord*).

Variables relacionades amb les opinions de les infermeres em relació a la continuïtat assistencial infermera

- Propostes de millora per garantir la continuïtat de cures entre els diferents nivells assistencials: resposta oberta.

3.5. Instruments

Per aquest estudi es van elaborar 2 qüestionaris adhoc, anònims i autoadministrats. Un per les infermeres d'Atenció Primària (Annex 2) i l'altre per les d'Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental (Annex 3). Els qüestionaris, elaborats específicament per aquest estudi segons les característiques dels serveis i separant l'Atenció Primària de l'Atenció especialitzada, constaven de 8 apartats. En el procés d'elaboració hi van participar experts de l'àmbit clínic, metodològic i de recerca. Un cop acordat es va fer una prova pilot a un centre d'AP (n=25).

1-Dades sociodemogràfiques. Tenia en compte el centre de treball, servei, càrrec, sexe, edat, any de finalització dels estudis universitaris d'infermeria, anys d'experiència professional al mateix nivell assistencial, formació de postgrau, publicació d'articles i tipus de contracte laboral.

2-Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera. Valorava la satisfacció de les infermeres dels diferents àmbits assistencials amb la continuïtat assistencial infermera, la percepció que tenien les infermeres de la satisfacció dels pacients amb la continuïtat assistencial infermera, la necessitat infermera de rebre o donar informació sobre les activitats infermeres fetes durant la hospitalització, la capacitat de la continuïtat assistencial infermera per augmentar la seguretat de les cures infermeres i el temps d'espera entre que el pacient

marxava d'alta i la infermera de l'AP hi contactava. Cada una de les preguntes es valorava mitjançant una escala Likert de cinc punts. Les puntuacions oscil·laven d'1 (millor valoració o satisfacció) a 5 (pitjor valoració o satisfacció).

3-Satisfacció amb l'instrument utilitzat per dur a terme la continuïtat assistencial infermera.

Valorava la satisfacció infermera amb l'informe d'alta d'infermeria, la utilitat i grau de consulta d'aquest, la necessitat de que la infermera d'atenció especialitzada rebés un informe de l'estat del pacient al moment de l'ingrés programat i el temps dins la jornada laboral per elaborar aquets informes. Cada una d'aquestes preguntes es valorava mitjançant una escala Likert de cinc punts. Les puntuacions oscil·laven d'1 (millor valoració o satisfacció) a 5 (pitjor valoració o satisfacció). En aquest mateix apartat també es valorava el circuit d'arribada dels informes d'alta d'infermeria (infermera d'enllaç o gestores, pacient/família, metge, història clínica compartida, correu electrònic/fax, altres), la quantitat d'informació que aportaven (correcte, massa, poca, poc útil, altres), la informació que donaven sobre diferents dimensions (malaltia actual, problemes infermeres durant l'hospitalització, diagnòstics infermers a l'alta, tractaments farmacològics a seguir, tractaments infermers a seguir, propers controls i aspectes familiars i socials) i quina era la informació que havien de contenir (resposta oberta).

4-Satisfacció amb els nous rols infermers. Valorava la satisfacció amb la infermera d'enllaç i la infermera gestora de casos com a garantia de la continuïtat assistencial infermera. Cada una de les preguntes es valorava mitjançant una escala Likert de cinc punts. Les puntuacions oscil·laven de 1 (millor valoració o satisfacció) a 5 (pitjor valoració o satisfacció).

5-Comunicació. En aquest apartat es va valorar el canal de comunicació preferit per les infermeres (oral o escrit), el millor circuit per fer arribar la informació dels pacients a les infermeres dels altres nivells assistencial (resposta oberta) i la capacitat de la història clínica compartida per millora els problemes de comunicació infermera. Aquesta última, mitjançant una escala Likert de cinc punts, on les puntuacions oscil·laven d'1 (millor valoració o satisfacció) a 5 (pitjor valoració o satisfacció).

6-Formació de les infermers amb comunicació i continuïtat assistencial infermera. Valorava la formació en comunicació i en continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris d'infermeria. S'avaluava amb una escala que oscil·lava d'1 (molt baixa) a 10 (molt alta). També valorava, a través d'una escala Likert, amb puntuacions d'1 (millor valoració) a 5 (pitjor valoració) la necessitat percebuda per les infermeres d'augmentar el temari sobre

aquests aspectes als estudis universitaris d'infermeria, així com l'assistència a jornades o congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera (si o no).

7-Perfil de pacient que havia d'ingressar amb un informe de la infermera d'Atenció Primària i perfil de pacient que havia de sortir d'alta amb un informe d'alta d'infermeria. Aquestes preguntes es valoraven mitjançant resposta oberta. En aquest apartat també es valorava la necessitat percebuda per les infermeres en relació a que tots els pacients sortissin d'alta amb un informe d'alta d'infermeria i que ingressessin amb un informe de la infermera d'AP. Aquests aspectes es van mesurar amb una escala Likert amb puntuacions que oscil·laven d'1 (millor valoració) a 5 (pitjor valoració).

8-Propostes de millora de la continuïtat infermera aportades per les infermers dels diferents nivells assistencials. Es va formular un pregunta oberta relacionada amb la millora de la continuïtat assistencial.

3.6.Procediment

Es va presentar el projecte a les diferents direccions i gerència dels centres. Obtingut el permís de la gerència es van fer reunions amb les direccions del centres, presentant l'estudi i organitzant el procés de recollida de dades.

Durant l'any 2013, es va dur a terme el treball de camp a l'àmbit de l'Atenció Primària i l'Atenció Sociosanitària. Es van distribuir els qüestionaris als diferents centres d'AP i centres Sociosanitaris, deixant un marge de 15 a 30 dies per a la seva posterior recollida. Aquests s'entregaven a una persona de referència, normalment la coordinadora d'infermeria del centre, en un sobre individual i tancat en el qual s'hi identificava el nom del centre, i es recollien in situ amb un sobre individual i tancat. Els qüestionaris del centre sociosanitari la República (PHMJ) i de la xarxa de salut mental (PHMJ) es van distribuir conjuntament amb els qüestionaris de l'Hospital Santa Caterina durant el treball de camp als centres hospitalaris, al primer semestre de l'any 2014. A l'HSC i HDJT es van entregar tots els qüestionaris a les direccions d'infermeria, qui els van distribuir, a través de les supervidores, pels diferents serveis. Passats 3 mesos es van recollir.

3.7. Anàlisi estadístic

Anàlisi de les dades quantitatives

Es va crear una base de dades, específica per l'estudi, amb el paquet estadístic SPSS per Windows, versió 15.0.

Les dades sociodemogràfiques es van analitzar mitjançant descriptius de freqüència, expressats en forma de percentatges, mitjanes, mesures de dispersió: Desviació Típica (DE) i el valor mínim i màxim.

Les variables relacionades amb la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera, la necessitat de continuïtat assistencial percebuda, la satisfacció amb els nous rols infermers, el temps que passa des de que pacient marxa de l'hospital fins que la infermera s'hi posa en contacte, el perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera, la formació en comunicació i continuïtat assistencial i la necessitat de millorar-la i la falta de temps dins la jornada laboral per fer els IAI i la seva utilitat es van analitzar mitjançant descriptius de freqüència, expressats en forma de mitjanes i mesures de dispersió: Desviació Típica (DE) i el valor mínim i màxim. Per mesurar la puntuació que donaven les infermeres a les diferents dimensions dels informes d'alta d'infermeria també es va utilitzar aquesta metodologia descriptiva.

La preferència de comunicació amb els altres àmbits assistencials, el millor circuit per fer arribar la informació als diferents nivell assistencials i la quantitat d'informació que es registrava als informes d'alta d'infermeria es va analitzar mitjançant estadístics descriptius expressats en freqüència i percentatge.

Per mesurar la relació entre l'edat de les participants, els anys que feia que havien finalitzar els estudis universitaris i els anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial i les diferents dimensions que mesuraven la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera, la necessitat de continuïtat assistencial percebuda, la satisfacció amb els nous rols infermers, la preferència de comunicació amb els altres àmbits assistencials i el millor circuit per fer-hi arribar la informació, el perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera, la necessitat de millorar la formació en matèria de continuïtat assistencial, la quantitat d'informació que es registra als IAI infermera, la falta de temps per omplir-los i la seva utilitat, es va utilitzar la tècnica NPAR per comparar més de dos grups independents: prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. Vam utilitzar aquesta prova ja que teníem un mida de mostra petita amb una distribució no normal de cada puntuació (0-5).

Observant la significació bilateral vam poder identificar si existien o no diferències estadísticament significatives.

Per interrelacionar les variables: sexe, contracte laboral, càrrec, formació, nivell assistencial i centre de treball amb la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera, la percepció de necessitat de continuïtat assistencial infermera, la satisfacció amb els nous rols infermers, la preferència de comunicació amb els altres nivells assistencials i el millor circuit per fer-hi arribar la informació, el perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera, la necessitat de millorar la formació en matèria de continuïtat assistencial infermera, la quantitat d'informació que s'omplia als IAI, la falta de temps per omplir-los i la seva utilitat, es va utilitzar el coeficient de Chi quadrat de Pearson (prova per mesurar la relació lineal entre dues variables aleatòries quantitatives).

Aquesta prova també es va utilitzar per conèixer l'existència de relacions entre la satisfacció amb la infermera d'enllaç i la infermera gestora de casos.

Es va utilitzar el coeficient de correlació de Pearson per detectar relacions entre la formació en processos de continuïtat assistencial infermera i l'edat, anys que feia que s'havien finalitzat els estudis universitaris i anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial i per detectar si existien relacions entre la puntuació que havien donat les infermeres a les diferents dimensions dels informes d'alta d'infermeria i l'edat, anys que feia que s'havien finalitzar els estudis universitaris i anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial.

Es va aplicar la prova de U de Mann-Whitney per mesurar relacions entre la formació en comunicació i continuïtat assistencial infermera i les puntuacions que donaven les infermeres a les diferents dimensions dels informes d'alta d'infermeria i el sexe i la formació de les infermeres.

Es va aplicar la prova de Kruskal Wallis per identificar les relacions entre la formació en processos de continuïtat assistencial infermera i les puntuacions que donaven les infermeres a les diferents dimensions dels informes d'alta d'infermeria i el càrrec, tipus de contracte, nivell i centre de treball. I la prova de U de Mann-Whitney per analitzar les relacions entre aquestes puntuacions i el sexe i formació de les participants.

La relació entre les puntuacions de les diferents dimensions de l'informe d'alta d'infermera i el càrrec, tipus de contracte, nivell i centre de treball es van analitzar mitjançant la prova de Kruskal Wallis.

Les dades de les preguntes amb resposta oberta dels qüestionaris autoadministrats es van agrupar segons: perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera, continguts i utilitat dels informes d'alta d'infermeria i de la continuïtat assistencial infermera al nostre entorn i propostes de millora per aconseguir un continuïtat infermera amb més garantia, qualitat i seguretat.

3.8. Consideracions ètiques

Es van respectar els principis ètics d'investigació vigents segons la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD) i el document de consens de les bones pràctiques clíniques (BPC), i es va mantenir la confidencialitat de les dades dels participants en tot moment.

El projecte d'investigació va ser aprovat per la gerència de l'ICS-IAS i per les direccions dels diferents centres participants.

Els qüestionaris eren totalment anònims, sense permetre identificar a la persona. Es va respectar la protecció de l'anonimat i confidencialitat de les dades.

4-Resultats

Resultats

A continuació es presenten els resultats obtinguts estructurats segons: taxa de resposta, àmbit i servei de treball, característiques sociodemogràfiques i objectius d'estudi. Degut a la quantitat d'abreviatures utilitzades, s'incorpora, en algun dels apartats, una descripció d'aquestes per facilitar-ne la comprensió.

La taxa de resposta va ser del 68,5% (n=437), i per àmbit assistencial, fou, 33,6% (n=147) a l'AP, 50,3% (n=220) a l'AH, 7,8% (n=34) a l'ASS i 8,2% (n=36) a l'ASM. El percentatge de resposta respecte al mateix àmbit assistencial va ser del 70,67% a l'AP, 68,96% a l'AH, 77,27% a l'ASS i 63,16% a l'ASM.

El 26,5% de les infermeres treballaven a l'Hospital Santa Caterina i el 24,9% a l'Hospital Dr. Josep Trueta. El percentatge més alt d'infermeres de l'AP era del CAP de Salt (6,4%), seguit del CAP de Cassà de la Selva (4,3%). Cal destacar la participació de les infermeres del servei de salut mental del Parc Hospitalari Julià i Martí de Salt (8,2%), així com a la participació del 100% dels professionals del CAP Taialà i de les residències geriàtriques Sant Josep de Cassà de la Selva, Sant Josep de Llagostera i Tassar de Caldes de Malavella.

El 90,5% d'infermeres d'AP treballaven al servei d'adults, només un 8,8% ho feien a pediatria i un 0,7% al servei d'urgències. A l'AH, el 18,2% d'infermeres treballaven com a corretorns, el 12,3% a traumatologia, el 10,5% a medicina interna, el 10,5% a cardiologia, el 9,5% a materno-infantil, el 8,6% a urgències, el 7,7% a quiròfan, el 5,5% a cirurgia, el 5% a hemodiàlisi, el 5% a pediatria, el 4,1% a pal·liatiu, el 2,3% a neonats i el 0,9% al servei de neurologia. A l'ASS, el 91,2% de les infermeres treballaven al servei sociosanitari i el 8,8% a subaguts. El 38,9% d'infermeres d'ASM treballaven com a corretorns, el 19,4% a l'Hospital C, el 16,7% a l'Hospital de Dia, l'11,1% a la UHEDI, el 8,3% a la URPI i el 5,6% a la UPD.

Característiques sociodemogràfiques

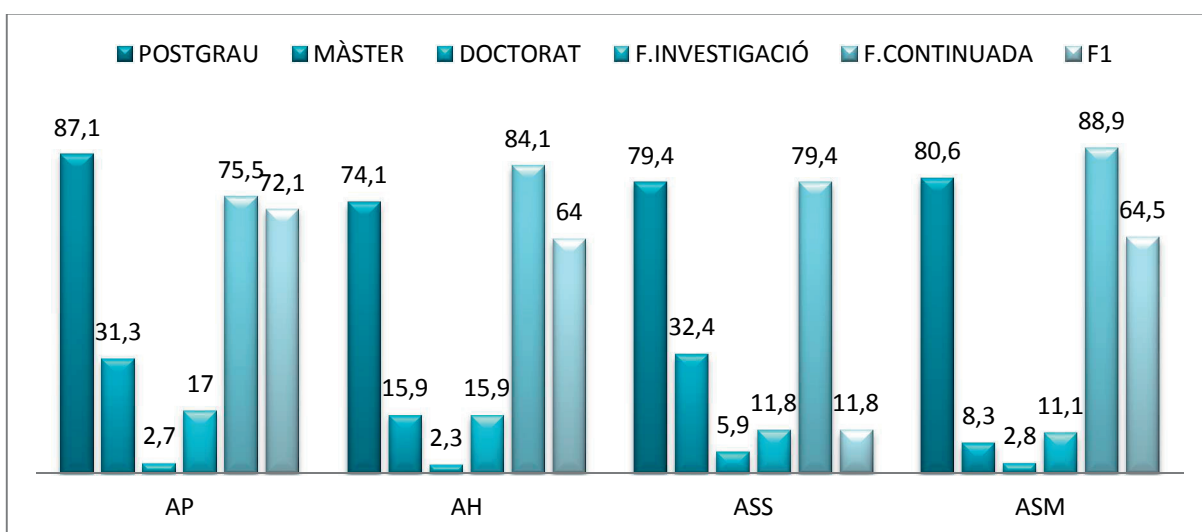
El 92,4% dels participants (n=404) eren dones, el 7,6% (n=33) eren homes. La mitjana d'edat era de 40,5±10,7 anys (Mín=22; Max=64). Feia 18,1±10,7 anys que havien finalitzat els estudis d'infermeria (Mín=0; Max=47) i 14,9±10,1 anys que treballaven al mateix nivell assistencial (Mín=0; Max=47).

El 45,8% de les infermeres tenien un contracte fixa amb oposició, el 23,6% un de fixa sense oposició, el 13,3% eren interines i el 17,4% eventuais. Referent al càrrec, el 93,4% de les

infermeres eren assistencials, el 4,2% tenien un càrrec de supervisió, el 0,9% tenien càrrecs de direcció i l'1,5% eren infermeres d'enllaç o gestores de casos.

La majoria d'infermeres havien cursant formació de postgrau (79,4%) i formació continuada (81,2%). Es va calcular una nova variable (F1) resultat de tenir formació en postgrau + formació continuada. El 68% de les infermeres tenien formació F1 i el 17,6% havien publicat algun article científic als darrers 5 anys. El 45,7% de les infermeres havien assistit a jornades o congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera.

A la figura 3 es mostra la formació segons l'àmbit assistencial.



AP:Atenció Primària, AH:Atenció Hospitalària, ASS:Atenció Sociosanitària, ASM: Atenció en Salut Mental

Figura 3: Formació de les infermeres segons àmbit assistencial

4.1.Resultats Objectiu General: Grau de satisfacció que tenen les infermeres dels diferents àmbits assistencials de les comarques del Gironès i la Selva amb la continuïtat assistencial infermera.

On:

| | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Satisfacció CAI | Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera entre els diferents àmbits assistencials |
| SatisfaccióPacientCAI | Percepció de satisfacció que tenen els pacients amb la continuïtat assistencial infermera entre els diferents àmbits assistencials |
| Satisfacció IAI | Satisfacció amb l'informe d'alta d'infermeria |
| Temps2 | Temps de resposta entre que el pacient marxa d'alta i la infermera d'Atenció Primària hi contacta. |

La satisfacció mitjana amb la continuïtat assistencial infermera per al conjunt d'infermeres va ser de $2,28 \pm 0,7$ punts (Rang=1-5). La satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera des de la perspectiva del pacient va ser de $2,20 \pm 0,7$ punts (Rang=1-5) i la satisfacció amb l'instrument utilitzat de $2,20 \pm 0,9$ punts (Rang=1-5). Cap infermera va respondre la puntuació màxima 5 a les preguntes: estar satisfet i creure que els pacients estan satisfets amb la continuïtat assistencial infermera.

Per estudiar les variables de forma qualitativa es van recodificar les puntuacions en una variable de tres categories: molt bona/bona, normal, dolenta/molt dolenta. El 96,1% de les infermeres consideraven tenir una satisfacció amb la CAI molt bona o bona, el 68% consideraven que els pacients estaven satisfets amb la CAI i el 66,1% mostraven una satisfacció molt bona o bona amb l'IAI. (Taula 13).

Taula 13: Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera

| Satisfacció | SatisfaccióCAI | SatisfaccióPacientCAI | Satisfacció IAI |
|----------------------|----------------|-----------------------|-----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Molt bona/bona | 420 (96,1) | 297 (68,0) | 289 (66,1) |
| Normal | 17 (3,9) | 127 (29,1) | 119 (27,2) |
| Dolenta/molt dolenta | - | 13 (3,0) | 29 (6,6) |
| Total | 437 (100) | 437 (100) | 437(100) |

A la taula 14 es mostra els resultats de satisfacció amb cada una de les dimensions de la CAI estudiades segons l'edat dels participants, els anys que feia que havien finalitzat els estudis universitaris i els anys d'experiència laboral al mateix àmbit assistencial. No es van observar diferències estadísticament significatives, sent les infermeres més joves i les que feia menys anys que havien finalitzat els estudis universitaris d'infermeria i menys anys que treballaven al mateix nivell assistencial, les que estaven menys satisfetes amb la CAI.

La satisfacció amb la CAI era valorada molt bona/bona per un 96,3% de les infermeres i un 93,9% dels infermers. La satisfacció amb la CAI des del punt de vista dels pacients i la satisfacció amb l'instrument utilitzat per dur a terme la CAI també va rebre una puntuació més alta en el grup del sexe femení, sense observar-se diferències estadísticament significatives.

Taula 14: Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| SatCAI | Edat | | | Anys finalització | | | Anys experiència | | |
|------------------|------|------------|------|-------------------|------------|------|------------------|------------|------|
| | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt bona/bona | 420 | 40,6±10,8 | 0,29 | 420 | 18,2±10,8 | 0,33 | 420 | 14,9±10,2 | 0,98 |
| Normal | 17 | 37,5±7,7 | | 17 | 14,9±9,2 | | 17 | 13,4±5,4 | |
| Dolenta/molt.dol | - | - | | - | - | | - | - | |
| Total | 437 | 40,51±0,7 | | 437 | 18,0±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |
| SatCAIPacient | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt bona/bona | 297 | 39,9±10,8 | 0,11 | 297 | 17,5 ±10,7 | 0,34 | 297 | 14,1±9,8 | 0,05 |
| Normal | 127 | 42,1±10,5 | | 127 | 19,3 ±10,9 | | 127 | 17,0±10,9 | |
| Dolenta/molt.dol | 13 | 38,2±8,9 | | 13 | 18,0 ±10,0 | | 13 | 14,3±6,8 | |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | | 437 | 18,0 ±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |
| SatInstrument | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt bona/bona | 289 | 40,5±10,6 | 0,94 | 289 | 18,2±10,5 | 0,83 | 289 | 15,2±10,3 | 0,68 |
| Normal | 119 | 40,9±11,2 | | 119 | 17,9±11,3 | | 119 | 14,3±9,9 | |
| Dolenta/molt.dol | 29 | 39,6±10,1 | | 29 | 17,1±10,8 | | 29 | 13,9±8,9 | |
| Total | 437 | 40,5±10,6 | | 437 | 18,0±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. *Pvalor<0,05

Les infermeres més satisfetes amb la CAI eren les que tenien un contracte eventual (98,7%) i aquelles amb contracte interí, les que tenien una percepció de satisfacció de la CAI, per part dels pacients, més favorable (77,6%), sense observar-se diferències significatives. Però si que se'n van observar en l'instrument utilitzat ($p < 0,03$). Les infermeres amb un contracte fixa amb oposició eren les que estaven més satisfetes amb l'informe d'alta d'infermeria (71%). Per altra banda, les infermeres que hi estaven menys satisfetes eren aquelles que tenien un contracte interí, el 27,6% puntuava la satisfacció amb l'instrument com a normal i el 15,5% com a dolenta o molt dolenta.

En relació a la satisfacció amb la CAI segons el càrrec que ocupaven les infermeres, no es van observar diferències estadísticament significatives en cap de les tres dimensions, sent les infermeres d'enllaç, les que estaven més satisfetes amb la CAI (100%) i amb la CAI des del punt de vista del pacient (85,7%). El 72,7% de les infermeres amb càrrecs de direcció eren les que estaven més satisfetes amb l'instrument utilitzat per dur a terme la CAI i les infermeres assistencials les menys satisfetes, el 27,7% la puntuava com a normal i el 6,4% com a dolenta o molt dolenta.

Tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració de cap de les tres dimensions de la CAI estudiades segons la formació o publicacions de les infermeres. A la taula 15 s'hi presenten els resultats.

Taula 15 : Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons formació rebuda

| Post | SatCAI | | | SatCAPacient | | | SatInstrument | | | Total | | | |
|----------------|-----------|---------|-------|--------------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|----------|----------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | Total | 1 | 2 | 3 | Total | 1 | | 2 | 3 | Total |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Si | 333(96,2) | 14(4,0) | - | 347(100) | 239(68,9) | 97(28,0) | 11(3,2) | 347(100) | 228(65,7) | 93(26,8) | 26(7,5) | 347(100) | |
| No | 87(96,7) | 3(3,3) | - | 90(100) | 58(64,4) | 30(33,3) | 2(2,2) | 90(100) | 61(67,8) | 26(28,9) | 3(3,3) | 90(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,76 | | | | 0,56 | | | | 0,36 | | | | |
| Màster | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 91(95,8) | 4(4,2) | - | 95(100) | 65(68,4) | 28(29,5) | 2(2,1) | 95(100) | 60(63,2) | 25(26,3) | 10(10,5) | 95(100) | |
| No | 329(96,2) | 13(3,8) | - | 432(100) | 232(67,8) | 99(28,9) | 11(3,2) | 432(100) | 229(67,0) | 94(27,5) | 19(5,6) | 342(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,85 | | | | 0,85 | | | | 0,13 | | | | |
| Doct. | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 11(91,7) | 1(8,3) | - | 12(100) | 7(58,3) | 4(33,3) | 1(8,3) | 12(100) | 6(50,0) | 4(33,3) | 2(16,7) | 12(100) | |
| No | 409(96,2) | 16(3,8) | - | 425(100) | 290(68,2) | 123(28,9) | 12(2,8) | 425(100) | 283(66,6) | 115(27,1) | 27(6,4) | 425(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,42 | | | | 0,49 | | | | 0,28 | | | | |
| Cont. | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 341(96,1) | 14(3,9) | - | 355(100) | 239(67,3) | 104(29,3) | 12(3,4) | 355(100) | 232(65,4) | 102(28,7) | 21(5,9) | 355(100) | |
| No | 79(96,3) | 3(3,7) | - | 82(100) | 58(70,7) | 23(28,0) | 1(1,2) | 82(100) | 57(69,5) | 17(20,7) | 8(9,8) | 82(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,90 | | | | 0,55 | | | | 0,20 | | | | |
| Invest. | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 66(97,1) | 2(2,9) | - | 68(100) | 44(64,7) | 20(29,4) | 4(5,9) | 68(100) | 40(58,8) | 21(30,9) | 7(10,3) | 68(100) | |
| No | 354(95,9) | 15(4,1) | - | 369(100) | 253(68,6) | 107(29,0) | 9(2,4) | 369(100) | 249(67,5) | 98(26,6) | 22(6,0) | 369(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,66 | | | | 0,29 | | | | 0,26 | | | | |
| Publi. | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 76(98,7) | 1(1,3) | - | 77(100) | 50(64,9) | 24(31,2) | 3(3,9) | 77(100) | 45(58,4) | 28(36,4) | 4(5,2) | 77(100) | |
| No | 344(95,6) | 16(4,4) | - | 360(100) | 247(68,6) | 103(28,6) | 10(2,8) | 360(100) | 244(67,8) | 91(25,3) | 25(6,9) | 360(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(2,9) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,19 | | | | 0,77 | | | | 0,14 | | | | |
| F1 | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 285(96,0) | 12(4,0) | - | 297(100) | 206(69,4) | 81(27,3) | 10(3,4) | 297(100) | 192(64,6) | 85(28,6) | 20(6,7) | 297(100) | |
| No | 135(96,4) | 5(3,6) | - | 140(100) | 91(65,0) | 46(32,9) | 3(2,1) | 140(100) | 97(69,3) | 34(24,3) | 9(6,4) | 140(100) | |
| Total | 420(96,1) | 17(3,9) | - | 437(100) | 297(68,0) | 127(29,1) | 13(3,0) | 437(100) | 289(66,1) | 119(27,2) | 29(6,6) | 437(100) | |
| Sig | 0,81 | | | | 0,41 | | | | 0,61 | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05.

Post:Postgrau/Doct:doctorat/Cont:formació continuada/Invest:investigació/Publi:publicació/F1:Postgrau + continuada.

Les infermeres més satisfetes amb la CAI eren les que treballaven a l'Atenció Hospitalària (97,3%), les més satisfetes amb la CAI, des del punt de vista del pacients, les que treballaven a l'Atenció Primària (71,4%) i les més satisfetes amb l'informe d'alta d'infermeria, les que treballaven a l'Atenció Sociosanitària (76,5%), observant-se, en aquest últim cas, diferències significatives ($p=0,00$) (Taula 16).

Segons centre de treball, és van observar diferències significatives ($p=0,02$) en la satisfacció amb la continuïtat infermera des del punt de vista del pacient, sent les infermeres que treballaven al CAP Santa Coloma les que hi estaven més satisfetes (100%) i en la satisfacció amb l'instrument utilitzat ($p=0,00$), sent les infermeres que treballaven al centre Sociosanitari Mutuam, les que estaven més satisfetes (100%).

Taula 16: Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera segons nivell assistencial

| SatCAI | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt bona/bona | 139 (94,6) | 214 (97,3) | 32 (94,1) | 35 (97,2) | 420 (96,1) | 0,53 |
| Normal | 8 (5,4) | 6 (2,7) | 2 (5,9) | 1 (2,8) | 17 (3,9) | |
| Total | 147 (100) | 220 (100) | 34 (100) | 36 (100) | 437 (100) | |
| SatCAIPacient | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt bona/bona | 105 (71,4) | 145 (65,9) | 22 (64,7) | 25 (69,4) | 297 (68,0) | 0,05 |
| Normal | 40 (27,2) | 65 (30,9) | 8 (23,5) | 11 (30,6) | 127 (29,1) | |
| Dolenta/molt.dol | 2 (1,4) | 7 (3,2) | 4 (11,8) | - | 13 (3,0) | |
| Total | 147 (100) | 200 (100) | 34 (100) | 36 (100) | 437 (100) | |
| SatInstrument | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt bona/bona | 89 (60,5) | 154 (70,0) | 26 (76,5) | 20 (55,6) | 289 (66,1) | 0,00* |
| Normal | 40 (27,2) | 59 (26,8) | 5 (14,7) | 15 (41,7) | 119 (27,2) | |
| Dolenta/molt.dol | 18 (12,2) | 7 (3,2) | 3 (8,8) | 1 (2,8) | 29 (6,6) | |
| Total | 147 (100) | 220 (100) | 34 (100) | 36 (100) | 437 (100) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Es va estudiar el temps de resposta com a element clau de la satisfacció en la CAI, entenent que un augment d'aquest disminuïa la satisfacció professional amb la CAI.

La mitjana del temps de resposta va ser de $28,9 \pm 10,2$ hores (Mín=8; Màx=78). Estudiant la variable qualitativament vam observar que el percentatge més elevat es situava a les 24 hores (51,7%) seguit de les 36 hores (25,2%).

No es van observar diferències estadísticament significatives en el temps de resposta segons l'edat ($p=0,26$), els anys que feia que s'havien finalitzat els estudis d'infermeria ($p=0,06$) i els anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial ($p=0,36$), mostrant-se una tendència uniforme. Les infermeres amb un temps de resposta inferior (abans de les 36 hores) eren les que tenien més anys, feia mes anys que havien finalitzat els estudis universitaris i feia més anys que treballaven al mateix nivell assistencial (Taula 17).

Segons el sexe, tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en el temps de resposta ($p=0,96$).

Taula 17: Temps de resposta segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| Temps2 | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|---------------|------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD |
| 24 o < hores | 86 | 43,07±11,4 | 86 | 19,37±11,5 | 86 | 13,21±9,5 |
| 25 a 36 hores | 37 | 44,21±9,9 | 37 | 22,14±10,2 | 37 | 15,46±8,8 |
| 37 a 48 hores | 10 | 36,90±6,10 | 10 | 12,70±6,5 | 10 | 10,80±5,92 |
| > de 49 hores | 2 | 37,50±4,9 | 2 | 14,00±9,9 | 2 | 9,00±5,56 |
| Total | 135 | 42,84±10,8 | 135 | 19,56±11,0 | 135 | 13,60±8,94 |
| P | 0,26 | | 0,06 | | 0,36 | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. *Pvalor<0,05

Els resultats en el temps de resposta segons el tipus de contracte ($p=0,42$) i càrrec ($p=0,72$) no van mostrar diferències significatives. Les infermeres amb contracte interí eren les que consideraven tenir un temps de resposta inferior (el 73,9% abans de les 24 hores) i aquelles amb un contracte fixa amb oposició, les que el tenien superior (el 35,9% després de les 25 hores). Per altra banda, les infermeres assistencials eren les que consideraven tenir un temps de resposta més baix (el 65,3% inferior a les 24h) i les infermeres amb càrrecs de direcció les que consideraven que el temps de resposta era més alt (el 66,7% passades les 25 hores).

El temps de resposta segons la formació de les infermeres, no va mostrar diferències estadísticament significatives, sent les infermeres sense formació de postgrau (88,2%) les que deien rebre els informes d'alta d'infermeria abans (<24 hores).

Segons el centre i servei de treball, es va observar el temps de resposta més baix als centres d'AP de Taijà (el 100% de les infermeres contactaven a les 24 hores, o abans) i Salt (el 98% contactaven a les 24 hores, o abans), sense observar-se diferències significatives.

Les infermeres del servei d'adult eren les que feien el contacte abans i aquestes diferències van ser, respecte als altres serveis, estadísticament significatives ($p=0,03$). El 65,1% de les infermeres del servei d'adult deien fer el contacte amb el pacient no més tard de les 24h, el 27,8% entre les 25 i les 36 hores i el 7,2% passades les 37 hores. El 50% dels professionals del servei de pediatria contactaven abans o a les 24h.

4.2. Resultats Objectiu 1: Percepció de necessitat de continuïtat assistencial infermera general i per àmbits assistencials segons les infermeres.

On:

| | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NecInformar | Creure necessari informar o rebre informació de totes les activitats infermeres fetes durant la hospitalització del pacient |
| NecInformar2 | Creure necessari informar o rebre informació només d'aquelles activitats infermeres iniciades durant l'hospitalització i que precisen continuïtat un cop el pacient marxa d'alta |
| AugCAI | Creure que augmentant la continuïtat assistencial infermera s'augmenta la seguretat de les cures infermeres |
| InformeAP | Utilitat de l'informe de la infermera d'AP en el moment de l'ingrés del pacient (pregunta administrada a les infermeres d'AH, ASS i ASM) |
| InformeAP2 | Utilitat de l'informe de la infermera d'AP en el moment de l'ingrés del pacient (pregunta administrada a les infermeres d'AP) |

La necessitat d'informar de totes les activitats dutes a terme durant l'hospitalització del pacient va obtenir una mitjana de $1,37 \pm 0,7$ punts (Rang=1-5). Creure que només cal informar d'aquelles activitats que precisen continuïtat assistencial infermera va rebre un puntuació mitjana de $1,25 \pm 0,6$ (Rang:1-5) i creure que augmentant la continuïtat assistencial infermera s'augmentaria la seguretat de les cures infermeres va rebre una puntuació mitjana de $1,39 \pm 0,8$ (Rang=1-5).

Per estudiar les variables de forma qualitativa es van recodificar les puntuacions en una variable de tres categories : molt d'acord/d'acord, normal, desacord/molt desacord. El 95% de les infermeres estava molt d'acord o d'acord en informar o rebre informació de totes les activitats infermeres fetes durant la hospitalització del pacient i el 95,7% estaven molt d'acord o d'acord en informar o rebre informació només d'aquelles activitats infermeres subjectes a CAI. El 92,4% de les infermeres considerava que augmentant la CAI s'augmentaria la seguretat de les cures infermeres (Taula 18).

Taula 18: Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda

| | NecInformar | NecInformar2 | AugCAI |
|----------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Molt acord/acord | 415(95,0) | 418(95,7) | 404(92,4) |
| Normal | 14(3,2) | 12(2,7) | 24(5,5) |
| Desacord/molt desac. | 8(1,8) | 7(1,6) | 9(2,1) |
| Total | 437(100) | 437(100) | 437(100) |

A la taula 19 es mostren els resultats de la necessitat de continuïtat assistencial percebuda per les infermeres segons l'edat, els anys que feia que havien finalitzar els estudis universitaris i els anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial, sense observar-se diferències

significatives en les dimensions : informar de totes les activitats fetes durant la hospitalització i informar només d'aquelles activitats que precisen continuïtat assistencial infermera.

Les infermeres amb una mitjana d'edat de 40,2±10,6 anys, que feia 17,7±10,6 anys que havien finalitzat els estudis universitaris i 14,9±10,0 anys que treballaven al mateix àmbit assistencial, eren les que estaven més d'acord amb que augmentat la CAI s'augmentaria la seguretat i qualitat de les cures infermeres, observant-se, en aquesta dimensió, diferències estadísticament significatives en les variables edat (p=0,03) i anys de finalització dels estudis (p=0,03).

Taula 19: Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral.

| NecInformar | Edat | | | Anys finalització | | | Anys experiència | | |
|---------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|-------------------|----------|------------------|-------------------|----------|
| | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt acord/acord | 415 | 40,6±10,8 | 0,38 | 415 | 18,0±10,8 | 0,43 | 415 | 14,9±10,1 | 0,89 |
| Normal | 14 | 42,8±10,3 | | 14 | 20,1±9,3 | | 14 | 14,7±11,9 | |
| Desacord/molt des. | 8 | 35,6±5,9 | | 8 | 14,7±9,5 | | 8 | 12,3±6,4 | |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | | 437 | 18,0±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |
| NecInformar2 | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt acord/acord | 418 | 40,5±10,7 | 0,38 | 418 | 18,0±10,8 | 0,55 | 418 | 14,9±10,1 | 0,63 |
| Normal | 12 | 43,4±11,3 | | 12 | 20,8±11,0 | | 12 | 18,2±12,1 | |
| Desacord/molt des. | 7 | 36,0±5,9 | | 7 | 15,1±9,9 | | 7 | 12,7±6,7 | |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | | 437 | 18,0±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |
| AugCAI | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p | n | Mitjana±SD | p |
| Molt acord/acord | 404 | 40,2±10,6 | 0,03* | 404 | 17,7±10,6 | 0,03* | 404 | 14,9±10,0 | 0,50 |
| Normal | 24 | 46,1±11,3 | | 24 | 24,2±11,1 | | 24 | 17,1±11,5 | |
| Desacord/molt des. | 9 | 38,1±9,5 | | 9 | 17,4±12,9 | | 9 | 11,1±6,4 | |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | | 437 | 18,0±10,7 | | 437 | 14,9±10,1 | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. *Pvalor<0,05

Les infermeres estaven més d'acord amb que calia informar de totes les activitats fetes durant l'hospitalització del pacient (95,3%) i els infermers en què només calia informar d'aquelles activitats que precisaven CAI (97%) i que augmentant la CAI s'augmentaria la qualitat i la seguretat de les cures infermeres (93,9%), sense observar-se diferències significatives.

A la taula 20 es presenten les puntuacions que van rebre les diferents dimensions de la necessitat de CAI, percebuda per les infermeres, segons el tipus de contracte, mostrant-se, en les tres dimensions, diferències significatives (p<0,05). Les infermeres amb un contracte fixa amb oposició eren aquelles que estaven més d'acord en informar i rebre informació de totes les activitats fetes durant l'hospitalització del pacient, precisessin o no CAI, i en que augmentant la CAI s'augmentaria la qualitat i seguretat de les cures infermeres.

Taula 20: Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons contracte

| NecInformar | Fixa oposició | Fixa no oposició | Interí | Eventual | Total | P |
|--------------------|---------------|------------------|------------|------------|------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 193 (96,5) | 98 (95,1) | 55 (94,8) | 69 (90,8) | 415 (95,5) | 0,02* |
| Normal | 6 (3,0) | 5 (4,9) | 1 (1,7) | 2 (2,6) | 14 (3,2) | |
| Desacord/molt des. | 1 (0,5) | - | 2 (3,4) | 5 (6,6) | 8 (1,8) | |
| Total | 200 (100,0) | 103 (100,0) | 58 (100,0) | 76 (100,0) | 437 (100) | |
| NecInformar2 | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt acord/acord | 197 (98,5) | 98 (95,1) | 54 (93,1) | 69 (90,8) | 418 (95,7) | 0,01* |
| Normal | 2 (1,0) | 5 (4,9) | 1 (1,7) | 4 (5,3) | 12 (2,7) | |
| Desacord/molt des. | 1 (0,5) | - | 3 (5,2) | 3 (3,9) | 7 (1,6) | |
| Total | 200 (100,0) | 103 (100,0) | 58 (100,0) | 76 (100,0) | 437 (100) | |
| AugCAI | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | p |
| Molt acord/acord | 188 (94,0) | 93 (90,3) | 53 (91,4) | 70 (92,1) | 404 (92,4) | 0,04* |
| Normal | 11 (5,5) | 9 (8,7) | 2 (3,4) | 2 (2,6) | 24 (5,5) | |
| Desacord/molt des. | 1 (0,5) | 1 (1,0) | 3 (5,2) | 4 (5,3) | 9 (2,1) | |
| Total | 200 (100,0) | 103 (100,0) | 58 (100,0) | 76 (100,0) | 437 (100) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

No es van observar diferències significatives en cap de les tres dimensions que valoraven la necessitat de CAI percebuda per les infermeres segons el tipus de contracte, sent les infermeres d'enllaç o gestores de casos les que estaven més d'acord en informar, als altres nivells assistencials, de totes les activitats infermeres fetes durant l'hospitalització (100%), així com, que augmentant la CAI s'augmentaria la seguretat de les cures infermeres (100%).

En relació a la necessitat d'informar o rebre informació d'aquelles activitats fetes durant l'hospitalització del pacient, precisessin o no CAI, no es van observar diferències estadísticament significatives segons la formació de postgrau, màster i doctorat. En canvi, les infermeres que no havien publicat cap article en els últims 5 anys estaven més d'acord en donar i rebre informació d'aquelles activitats fetes durant l'hospitalització del pacient i que precisaven CAI, que les que havien publicat (p=0,01).

També es van observar diferències estadísticament significatives (p=0,02) en la formació en investigació, sent les infermeres sense aquesta formació, les que estaven més d'acord en informar d'aquelles activitats fetes durant l'hospitalització i que precisaven CAI.

A la taula 21 es presenten els resultats de les tres dimensions de la necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda per les infermeres segons la seva formació.

Taula 21: Necessitat de CAI percebuda segons formació rebuda

| Necinf | Postgrau | | | Màster | | | Doctorat | | | Continuada | | | Investigació | | | Publicació | | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1 | 329 (94,8) | 86(95,6) | 93(97,9) | 322(94,2) | 12(100,0) | 403(94,8) | 335(94,4) | 80(97,6) | 63(92,6) | 352(95,4) | 72(93,5) | 343(95,3) | | | | | | |
| 2 | 10 (2,9) | 4(4,4) | 2(2,1) | 12(3,5) | - | 14(3,3) | 12(3,4) | 2(2,4) | 3(4,4) | 11(3,0) | 4(5,2) | 10(2,8) | | | | | | |
| 3 | 8 (2,3) | - | - | 8(2,3) | - | 8(1,9) | 8(2,3) | - | 2(2,9) | 6(1,6) | 1(1,3) | 7(1,9) | | | | | | |
| Total | 347 (100,0) | 90(100,0) | 95(100) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100) | 77(100,0) | 360(100) | | | | | | |
| p | 0,27 | | 0,25 | | 0,72 | | 0,34 | | 0,62 | | 0,51 | | | | | | | |
| Necinfo2 | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1 | 332(95,7) | 86(95,6) | 90(94,7) | 328(95,9) | 12(100,0) | 406(95,5) | 338(95,2) | 80(97,6) | 61(89,7) | 357(96,7) | 70(90,9) | 348(96,7) | | | | | | |
| 2 | 8(2,3) | 4(4,4) | 5(5,3) | 7(2,0) | - | 12(2,8) | 10(2,8) | 2(2,4) | 5(7,4) | 7(1,9) | 6(7,8) | 6(1,7) | | | | | | |
| 3 | 7(2,0) | - | - | 7(2,0) | - | 7(1,6) | 7(2,0) | - | 2(2,9) | 5(1,4) | 1(1,3) | 6(1,7) | | | | | | |
| Total | 347(100,0) | 90(100,0) | 95(100) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100) | 77(100,0) | 360(100) | | | | | | |
| p | 0,22 | | 0,09 | | 0,76 | | 0,43 | | 0,02* | | 0,01* | | | | | | | |
| AugCAI | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1 | 319(91,9) | 85(94,4) | 86(90,5) | 318(93,0) | 11(91,7) | 393(92,5) | 326(91,8) | 78(95,1) | 60(14,9) | 344(88,2) | 67(87,0) | 337(93,6) | | | | | | |
| 2 | 19(5,5) | 5(5,6) | 7(7,4) | 17(5,0) | 1(8,3) | 23(5,4) | 21(5,9) | 3(3,7) | 6(25,0) | 18(8,8) | 8(10,4) | 16(4,4) | | | | | | |
| 3 | 9(2,6) | - | 2(2,1) | 7(2,0) | - | 9(2,1) | 8(2,3) | 1(1,2) | 2(2,9) | 7(1,9) | 2(2,6) | 7(1,9) | | | | | | |
| Total | 347(100,0) | 90(100,0) | 95(100) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100) | 77(100,0) | 360(100) | | | | | | |
| P | 0,30 | | 0,66 | | 0,80 | | 0,59 | | 0,35 | | 0,10 | | | | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

1. Molt acord/acord ; 2. Normal ; 3. Desacord/molt desacord

Segons el nivell assistencial (Taula 22) i el centre de treball, no es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració de les diferents dimensions de la necessitat de continuïtat assistencial percebuda per les infermeres.

Taula 22 : Necessitat de continuïtat assistencial infermera percebuda segons àmbit assistencial

| NecInf | AP | AH | ASS | ASM | Total | p |
|--------------------|-------------|------------|-----------|-----------|------------|------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 141(95,5) | 205(93,2) | 34(100) | 35(97,2) | 415(95,0) | 0,58 |
| Normal | 3(2,0) | 10(4,5) | - | 1(2,8) | 14(3,2) | |
| Desacord/molt des. | 3(2,0) | 5(2,3) | - | - | 8(1,8) | |
| Total | 147 (100,0) | 200(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |
| NecInfo2 | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | p |
| Molt acord/acord | 142 (96,6) | 207(94,1) | 34(100) | 35(97,2) | 418(95,7) | 0,34 |
| Normal | 2 (1,4) | 10(4,5) | - | - | 12(2,7) | |
| Desacord/molt des. | 3 (2,0) | 3(1,4) | - | 1(2,8) | 7(1,6) | |
| Total | 147 (100,0) | 200(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |
| AugCAI | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt acord/acord | 128(87,1) | 209(95,0) | 33(97,1) | 34(94,4) | 404(92,4) | 0,11 |
| Normal | 13(8,8) | 9(4,1) | 1(2,8) | 1(2,8) | 24(5,5) | |
| Desacord/molt des. | 6(4,1) | 2(0,9) | - | 1(2,8) | 9(2,1) | |
| Total | 147(100,0) | 200(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

La utilitat de l'informe de la infermera d'AP, en el moment de l'ingrés del pacient, per les infermeres dels altres àmbits assistencials va rebre una puntuació mitjana de 1,67±0,8 punt (Rang=1-5). La puntuació mitjana de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP pels altres àmbits assistencials segons les infermeres d'AP va ser de 2,00±0,9 punts (Rang=1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt d'acord/d'acord, normal i desacord/molt desacord. A la taula 23 es presenten els resultats de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP pels diferents àmbits assistencials estratificats en aquestes 3 categories.

El 86,9% de les infermeres d'AH, ASS i ASM i el 75,5% de les infermeres d'AP estaven molt d'acord/acord amb la utilitat de l'informe infermer d'AP.

Taula 23: Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient

| Puntuació | InformeAP | InformeAP2 |
|------------------------|-------------|-------------|
| | n (%) | n (%) |
| Molt acord/acord | 252 (86,9) | 111 (75,5) |
| Normal | 31 (10,7) | 22 (15,0) |
| Desacord/molt desacord | 7 (2,4) | 14 (9,5) |
| Total | 290 (100,0) | 147 (100,0) |

A la taula 24 es mostren els resultats de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP segons l'edat, els anys que fa que van acabar els estudis d'infermeria i els anys d'experiència laboral al mateix àmbit assistencial. Des de la perspectiva de les infermeres d'AH, ASS i ASM, no es van

observar diferències estadísticament significatives. En canvi, sí que se'n van observar ($p=0,00$) en les infermeres d'AP, sent les que tenien una mitjana d'edat de $40,7\pm 9,8$ anys, que feia $17,3\pm 9,8$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris i $12,4\pm 8,2$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial, les que hi estaven més d'acord.

Taula 24: Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| InformeAP | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|--------------------|-------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD |
| Molt acord/acord | 252 | 39,13 \pm 10,1 | 252 | 17,20 \pm 10,2 | 252 | 15,45 \pm 10,3 |
| Normal | 31 | 38,32 \pm 11,9 | 31 | 15,32 \pm 11,4 | 31 | 15,72 \pm 12,2 |
| Desacord/molt des. | 7 | 43,86 \pm 11,5 | 7 | 21,57 \pm 12,3 | 7 | 14,71 \pm 11,6 |
| Total | 290 | 39,16 \pm 10,3 | 290 | 17,11 \pm 10,4 | 290 | 15,45 \pm 10,5 |
| p | 0,38 | | 0,29 | | 0,98 | |
| InformeAP2 | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD |
| Molt acord/acord | 111 | 40,72 \pm 9,8 | 111 | 17,28 \pm 9,8 | 111 | 12,38 \pm 8,2 |
| Normal | 22 | 49,68 \pm 11,6 | 22 | 27,95 \pm 12,1 | 22 | 19,77 \pm 9,8 |
| Desacord/molt des. | 14 | 52,78 \pm 8,5 | 14 | 27,93 \pm 12,1 | 14 | 16,50 \pm 10,8 |
| Total | 147 | 43,22 \pm 10,9 | 147 | 19,29 \pm 11,3 | 147 | 13,88 \pm 9,1 |
| p | 0,00* | | 0,00* | | 0,00* | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. *Pvalor<0,0

En relació al sexe, les infermeres manifestaven més acord amb la utilitat de l'informe de la infermera d'AP al moment de l'ingrés del pacient (87,7% de les infermeres de l'AH, ASS i ASM i 75,7% de les infermeres d'AP). Per altra banda, el 80% dels infermers de l'AH, ASS i ASM i el 66,7% dels infermers d'AP hi estaven molt d'acord o d'acord, sense observar-se diferències significatives.

Segons el tipus de contracte, la valoració de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP al moment de l'ingrés del pacient, des del punt de vista de les infermeres d'AH, ASS i ASM, no va mostrar diferències significatives ($p=0,07$), sent les infermeres amb un contracte fixa amb oposició les que hi estaven més d'acord (90,6%) i les infermeres amb un contracte interí les que hi estaven menys d'acord, el 12,1% puntuava normal i el 9,1% desacord o molt desacord. En canvi, des del punt de vista de les infermeres d'AP, les diferències, sí van ser significatives ($p=0,00$), sent les infermeres amb un contracte eventual les que hi estaven més d'acord (95,0%) i les infermers amb un contracte fixa sense oposició les que hi estaven menys d'acord, el 24,1% puntuava desacord/molt desacord.

Segons càrrec, no es van observar diferències estadísticament significatives en cap de les dues dimensions que valorava la utilitat de l'informe de la infermera d'AP per les infermeres dels

altres àmbits assistencials, sent les que hi estaven més d'acord, les d'enllaç o gestores de casos de l'AH, ASS i ASM (100%) i les que tenien càrrecs de direcció a l'AP (100%).

En la valoració que feien les infermers de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP segons el nivell de formació que tenien (Taula 25), només vam observar diferències estadísticament significatives en la formació de Postgrau ($p=0,02$), sent les infermers que treballaven a l'AH, ASS o ASM i que tenien aquest tipus de formació les que ho valoraven d'una forma més positiva (90%).

La valoració de la utilitat de l'informe de la infermera d'AP segons àmbit assistencial no va mostrar diferències significatives, sent les infermeres d'ASM les que el consideraven més important (94,4%) i les d'AH les que hi estaven menys d'acord, només el 85% hi estava molt d'acord o d'acord.

Les infermeres que treballaven als centres d'AP d'Anglès, Breda-Hostalric, Santa Coloma i Celrà eren les que estaven més d'acord amb que l'informe de la infermera d'AP, en el moment de l'ingrés del pacient, era útil per les infermeres dels altres nivells assistencials (100%), sent aquestes diferències, respecte als altres centres d'AP, estadísticament significatives ($p=0,01$). No es van observar diferències significatives als centres de treball dels altres nivells assistencials.

Taula 25: Utilitat de l'informe de la infermera d'Atenció Primària a l'ingrés del pacient segons formació rebuda

| | Postgrau | | | Màster | | | Doctorat | | | Continuada | | | Investigació | | | Publicació | | | F1 | | |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) | Si | No | n (%) |
| InformeAP | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1 | 197(90,0) | 55(77,5) | 42(85,7) | 210(87,1) | 7(87,5) | 245(86,9) | 212(86,9) | 40(87,0) | 34(79,1) | 218(88,3) | 33(80,5) | 219(88,0) | 172(89,6) | 80(81,6) | | | | | | | |
| 2 | 17(7,8) | 14(19,4) | 6(12,2) | 25(10,4) | 1(12,5) | 30(10,6) | 27(11,1) | 4(8,7) | 6(14,0) | 25(10,1) | 6(14,6) | 25(10,0) | 16(8,3) | 15(15,3) | | | | | | | |
| 3 | 5(2,3) | 2(2,8) | 1(2,0) | 6(2,5) | - | 7(2,5) | 5(2,0) | 2(4,3) | 3(7,0) | 4(1,6) | 2(4,9) | 5(2,0) | 4(2,1) | 3(3,1) | | | | | | | |
| Total | 219(100,0) | 71(100,0) | 49(100,0) | 241(100,0) | 8(100,0) | 282(100,0) | 244(100,0) | 46(100,0) | 43(100,0) | 247(100,0) | 41(100,0) | 249(100,0) | 192(100,0) | 98(100,0) | | | | | | | |
| p | 0,02* | | 0,91 | | 0,89 | | 0,59 | | 0,07 | | 0,35 | | 0,16 | | | | | | | | |
| InformeAP2 | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | | | | | | | |
| 1 | 96(75,0) | 15(78,9) | 38(82,6) | 73(72,3) | 4(100,0) | 107(74,8) | 82(73,9) | 29(80,6) | 21(84,0) | 90(73,8) | 24(66,7) | 87(78,4) | 80(75,5) | 31(75,6) | | | | | | | |
| 2 | 21(16,4) | 1(5,3) | 5(10,9) | 17(16,8) | - | 22(15,4) | 18(16,2) | 4(11,1) | 1(4,0) | 21(17,2) | 8(22,2) | 14(12,6) | 18(17,0) | 4(9,8) | | | | | | | |
| 3 | 11(8,6) | 3(15,8) | 3(6,5) | 11(10,9) | - | 14(9,8) | 11(9,9) | 3(8,3) | 3(12,0) | 11(9,0) | 4(11,1) | 10(9,0) | 8(7,5) | 6(14,6) | | | | | | | |
| Total | 128(100,0) | 19(100,0) | 46(100,0) | 101(100,0) | 4(100,0) | 143(100,0) | 111(100,0) | 36(100,0) | 25(100,0) | 122(100,0) | 36(100,0) | 111(100,0) | 106(100,0) | 41(100,0) | | | | | | | |
| p | 0,32 | | 0,40 | | 0,53 | | 0,70 | | 0,23 | | 0,32 | | 0,28 | | | | | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

1. Molt acord/acord ; 2. Normal ; 3. Desacord/molt desacord

4.3.Resultat Objectiu 2: Importància que donen les infermeres als nous rols infermers en el procés de continuïtat assistencial

On:

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Satduienllaç | Valoració del rol de la infermera d'enllaç com a garantia per la continuïtat assistencial infermera |
| Satduigestora | Valoració del rol de la infermera gestora de casos com a garantia per la continuïtat assistencial infermera |

La satisfacció amb el rol de la infermera d'enllaç com a garantia per la continuïtat de cures infermeres va rebre una puntuació mitjana de $1,71 \pm 0,80$ punts (Rang:1-5) i la puntuació mitjana del rol de la infermera gestora de casos com a garantia per la continuïtat assistencial infermera va ser de $1,81 \pm 0,80$ punts (Rang:1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt bona/bona, normal i dolenta/molt dolenta. El 83,1% de les infermeres manifestava estar molt satisfeta o satisfeta amb el rol de la infermera d'enllaç com a garantia de la CAI i un 78,3% amb el rol de la infermera gestora de casos (Taula 26), i com més satisfetes estaven amb el rol de la infermera d'enllaç, més ho estaven amb el rol de la gestora de ($p < 0,00$).

Taula 26: Satisfacció amb els nous rols infermers

| Puntuació | Satduienllaç | Satduigestora |
|----------------------|--------------|---------------|
| | n (%) | n (%) |
| Molt bona/bona | 363 (83,1) | 342 (78,3) |
| Normal | 66 (15,1) | 90 (20,6) |
| Dolenta/Molt dolenta | 8 (1,8) | 5 (1,1) |
| Total | 437 (100) | 437 (100) |

Les infermeres que estaven més satisfetes amb la figura de la infermera d'enllaç, com a garantia de CAI, tenien una mitjana d'edat de $40,5 \pm 10,7$ anys i aquelles que estaven menys satisfetes, una mitjana de $45,3 \pm 11,9$ anys. En relació amb la infermera gestora de casos, aquelles infermeres que hi estaven més satisfetes tenien una mitjana d'edat de $40,5 \pm 10,8$ anys i les que hi estaven menys, $41,4 \pm 10,8$ anys, sense observar-se diferències estadísticament significatives. Tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en la satisfacció amb la infermera d'enllaç ($p=0,19$, $p=0,91$) i la infermera gestora de casos ($p=0,45$, $p=0,78$) segons els anys que feia que s'havien finalitzat els estudis i segons els anys de treball al mateix nivell assistencial (Taula 27).

Taula 27: Satisfacció amb els nous rols infermers segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| Satduienllaç | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|----------------------|------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD |
| Molt bona/bona | 363 | 40,5±10,7 | 363 | 17,8±10,7 | 363 | 14,9±10,1 |
| Normal | 66 | 40,2±10,3 | 66 | 18,8±13,4 | 66 | 15,5±10,4 |
| Dolenta/molt dolent. | 8 | 45,3±11,9 | 8 | 24,5±13,3 | 8 | 14,0±5,5 |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | 437 | 18,0±10,7 | 437 | 14,9±10,1 |
| p | 0,44 | | 0,19 | | 0,91 | |
| Satduigestora | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD |
| Molt bona/bona | 342 | 40,5±10,8 | 342 | 17,7±10,8 | 342 | 14,8±10,1 |
| Normal | 90 | 40,6±10,4 | 90 | 19,2±10,3 | 90 | 15,5±10,2 |
| Dolenta/molt dolent. | 5 | 41,4±10,8 | 5 | 19,8±12,8 | 5 | 12,0±6,2 |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | 437 | 18,0±10,7 | 437 | 14,9±10,1 |
| p | 0,97 | | 0,45 | | 0,78 | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. Pvalor<0,05

Les infermeres valoraven d'una forma més positiva el rol de la infermera d'enllaç (83,4%) i el rol de la infermera gestora de casos (79%) com a garantia per la CAI que els infermers. El 79% dels infermers puntuava el rol de la infermera d'enllaç com a molt bona/bona i el 69,7% el rol de la infermera gestora de casos com a molt bona/bona. Les diferències entre sexes no eren estadísticament significatives.

En la valoració dels nous rols infermers segons el tipus de contracte (Taula 28), vam observar diferències significatives ($p < 0,05$). Les infermeres més satisfetes amb el rol de la infermera d'enllaç eren les que tenien un contracte interí (87,9%), tendència mantinguda en el rol de la infermera gestora de casos (84,5%).

Taula 28: Satisfacció amb els nous rols infermers segons contracte

| Satduienllaç | Contracte | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|-----------|-----------|------------|
| | Fixe oposició | Fixe no oposició | Interí | Eventual | Total |
| Molt bona/bona | 174(87,0) | 74(71,8) | 51(87,9) | 64(84,2) | 363(83,1) |
| Normal | 22(11,0) | 26(25,2) | 7(12,1) | 11(14,5) | 66(15,1) |
| Dolenta/molt dolent. | 4(2,0) | 3(2,9) | - | 1(1,3) | 8(1,8) |
| Total | 200(100,0) | 103(100,0) | 58(100,0) | 76(100,0) | 437(100) |
| p | 0,03* | | | | |
| Satduigestora | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Molt bona/bona | 167(83,5) | 67(65,0) | 49(84,5) | 59(77,6) | 342(78,3) |
| Normal | 32(16,0) | 35(34,0) | 7(12,1) | 16(21,1) | 90(20,6) |
| Dolenta/molt dolent. | 1(0,5) | 1(1,0) | 2(3,4) | 1(1,3) | 5(1,1) |
| Total | 200(100,0) | 103(100,0) | 58(100,0) | 76(100,0) | 437(100,0) |
| p | 0,00* | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Segons el càrrec que ocupaven les infermeres, no es van observar diferències estadísticament significatives en cap de les dues dimensions, tot i que eren les pròpies infermeres amb càrrec

d'enllaç o gestores de casos les que estaven més satisfetes amb el seu propi rol com a garantia de la CAI (100%).

A la taula 29 es presenten els resultats de satisfacció amb els nous rols infermers com a garantia de la CAI segons la formació rebuda, observant-se diferències estadísticament significatives en el cas de la satisfacció amb la infermera gestora de casos segons la formació continuada ($p=0,02$). Les infermeres sense formació continuada estaven més satisfetes amb la figura de la infermera gestora de casos com a garantia de la CAI que aquelles que si tenien aquesta formació.

Les infermeres d'AP eren les que estaven més satisfetes amb l'activitat de la infermera d'enllaç com a garantia de la CAI (85%), sent aquestes diferències, respecte als altres àmbits assistencials, estadísticament significatives ($p=0,01$). També eren les infermeres d'AP les que valoraven de forma més positiva el rol de la infermera gestora de casos com a garantia de la CAI (85%) sense que aquestes diferències, respecte als altres nivells assistencials, fossin significatives (Taula 30).

Les infermeres que treballaven als centres d'AP de Cassà, Anglès i Breda-Hostalric i als centres sociosantiaris Sant Josep de Cassà de la Selva i Sant Josep de Llagostera eren les que estaven més satisfetes amb el rol dels nous rols infermers com a garantia de la continuïtat assistencial infermera, sense que les diferències trobades fossin estadísticament significatives .

Taula 29: Satisfacció amb els nous rols infermers segons formació rebuda

| Satisfacció | Postgrau | | | | | | Màster | | | | | | Doctorat | | | | | | Continuada | | | | | | Investigació | | | | | | Publicació | | | | | | F1 | | | | | |
|-------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|-------|--|
| | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | | Si | | No | | n (%) | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | | | |
| 1 | 282(81,3) | 81(90,0) | 77(81,1) | 286(83,6) | 11(91,7) | 352(82,8) | 289(81,4) | 74(90,2) | 51(75,0) | 312(84,6) | 62(80,5) | 301(83,6) | 239(80,5) | 124(88,6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 57(16,4) | 9(10,0) | 16(16,8) | 50(14,6) | 1(8,3) | 65(15,3) | 59(16,6) | 7(8,5) | 15(22,1) | 51(13,8) | 14(18,2) | 52(14,4) | 15(10,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 8(2,3) | - | 2(2,1) | 6(1,8) | - | 8(1,9) | 7(2,0) | 1(1,2) | 2(2,9) | 6(1,6) | 1(1,3) | 7(1,9) | 1(0,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 347(100,0) | 90(100,0) | 95(100,0) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100,0) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100,0) | 77(100,0) | 360(100,0) | 297(100,0) | 140(100,0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| p | 0,09 | 0,83 | 0,70 | 0,16 | 0,15 | 0,67 | 0,09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfacció | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 275(79,3) | 67(74,4) | 71(74,7) | 271(79,2) | 9(75,0) | 333(78,4) | 269(75,8) | 73(89,0) | 50(73,5) | 292(79,1) | 55(71,4) | 287(79,7) | 231(77,8) | 111(79,3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 67(19,3) | 23(25,6) | 22(23,2) | 68(19,9) | 3(25,0) | 87(20,5) | 81(22,8) | 9(11,0) | 17(25,0) | 73(19,8) | 22(28,6) | 68(18,9) | 61(20,5) | 29(20,7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 5(1,4) | - | 2(2,1) | 3(0,9) | - | 5(1,2) | 5(1,4) | - | 1(1,5) | 4(1,1) | - | 5(1,4) | 5(1,7) | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 347(100,0) | 90(100,0) | 95(100,0) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100,0) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100,0) | 77(100,0) | 360(100,0) | 297(100,0) | 140(100,0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| p | 0,23 | 0,45 | 0,87 | 0,02* | 0,58 | 0,11 | 0,30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

1. Molt acord/acord ; 2. Normal ; 3. Desacord/molt desacord

Taula 30: Satisfacció amb els nous rols infermers segons àmbit assistencial

| | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|---------------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|-------|
| Satduienllaç | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt bona/bona | 125(85,0) | 184(83,6) | 26(76,5) | 28(77,8) | 363(83,1) | 0,01* |
| Normal | 15(10,2) | 35(15,9) | 8(23,5) | 8(22,2) | 66(15,1) | |
| Dolenta/molt dolen. | 7(4,8) | 1(0,5) | - | - | 8(1,8) | |
| Total | 147 (100) | 220(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100) | |
| Satduigestora | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt bona/bona | 125(85,0) | 169(76,8) | 21(61,8) | 27(75,0) | 342(78,3) | 0,05 |
| Normal | 20(13,6) | 48(21,8) | 13(38,2) | 9(25,0) | 90(20,6) | |
| Dolenta/molt dolen. | 2(1,4) | 3(1,4) | - | - | 5(1,1) | |
| Total | 147 (100) | 220(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

4.4.Resultats Objectiu 3: Vies de comunicació i circuits preferits per les infermeres per desenvolupar la continuïtat assistencial infermera

On:

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preferència de comunicació | Preferència a l'hora de comunicar-se amb les infermeres dels altres àmbits assistencials. Via oral (telèfon/sessió) -Via escrita (correu electrònic/informe d'alta d'infermeria) |
| Circuit | Millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials |

La via oral mitjançant el telèfon va ser la opció de comunicació preferida per les infermeres, a l'hora de comunicar-se amb els altres àmbits assistencials (73%). El correu electrònic (13%), l'informe d'alta d'infermeria (10%) i les sessions clíniques (4%) van rebre puntuacions més baixes.

Les infermeres de més edat preferien comunicar-se per escrit, amb el correu electrònic (41,9±11,4) i l'informe d'alta d'infermeria (40,7±12,3) i les més joves, mitjançant la via oral, sobretot amb sessions clíniques (34,8±6,8), sense observar-se diferències estadísticament significatives.

Les infermeres que feia més anys que havien finalitzat els estudis universitaris preferien comunicar-se via email (19,7±10,6) i les que feia menys anys optaven per les sessions clíniques (10,8±6,9), sent aquestes diferències estadísticament significatives (p=0,01). No es van observar diferències significatives en la preferència de comunicació segons els anys d'experiència professional al mateix nivell assistencial (Taula 31, Figura 4).

Taula 31: Preferència de comunicació segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| Comoditat | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|---------------|------|-------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | n | Mitjana± SD | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD |
| Telèfon | 317 | 40,6±10,4 | 317 | 17,9±10,6 | 317 | 15,0±10,2 |
| Sessions | 19 | 34,8±6,8 | 19 | 10,8±6,9 | 19 | 8,7±5,4 |
| Email | 57 | 41,9±11,4 | 57 | 19,7±10,6 | 57 | 14,9±9,3 |
| InformeAltInf | 44 | 40,7±12,3 | 44 | 19,4±11,9 | 44 | 16,7±11,1 |
| Total | 437 | 40,5±10,7 | 437 | 18,0±10,7 | 437 | 14,9±10,1 |
| Sig | 0,10 | | 0,01* | | 0,08 | |

Coeficient de Kruskal Wallis de mostres independents *pvalor<0,05

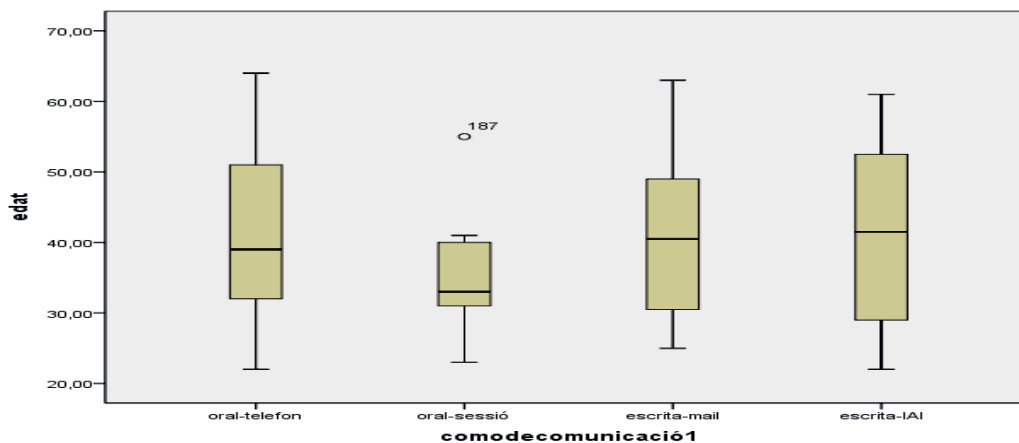


Figura 4: Comoditat per comunicar-se amb altres nivells assistencials segons l'edat

El 78,3% de les infermeres preferien comunicar-se via telefònica, mentre que al grup d'infermers, la preferència a l'hora de comunicar-se quedava dividida entre el telèfon (57,6%) i el correu electrònic (30,3%), sent aquestes diferències estadísticament significatives ($p=0,00$).

No es van observar diferències estadísticament significatives en la preferència a l'hora de comunicar-se amb els altres àmbits assistencials segons el càrrec i el tipus de contracte. La preferència de comunicació via telèfon i via sessions requeria sobre les infermeres amb un contracte interí (82,2% i 5,2% respectivament), la preferència mitjançant el correu electrònic sobre les infermeres amb un contracte fixa sense oposició (17,5%) i la preferència a través de l'IAI sobre les infermeres amb un contracte eventual (15,8%).

El 100% de les infermeres d'enllaç o gestores de casos preferien comunicar-se via telefònica. Les preferències de comunicació, via sessions i via correu electrònic, més altes van ser al grup de les infermeres amb càrrecs de direcció (4,5% i 22,7% respectivament) i la preferència via IAI més elevada, al grup de les infermeres assistencials (10,5%).

Les preferències de comunicació de les infermeres segons el tipus de formació, no van mostrar diferències estadísticament significatives.

A la taula 32 es presenten els resultats de la preferència de comunicació segons l'àmbit assistencial de treball. Les infermeres d'AP preferien comunicar-se telefònicament (85%). Pel que fa a l'AH, la preferència quedava repartida entre el telèfon (65,9%) i la via escrita: IAI (15,9%) i correu electrònic (12,7%), a l'ASS les infermeres responien que preferien comunicar-se via telèfon (64,7%) i via correu electrònic (20,6%) i a l'ASM, la preferència a l'hora de comunicar-se també era majoritàriament via telefònica (69,4%) i via correu electrònic (13,9%), podent dir que les diferències observades eren estadísticament significatives ($p=0,00$).

Taula 32: Preferència de comunicació segons àmbit assistencial

| | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|----------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Telèfon | 125(85,0/39,4) | 145(65,9/45,7) | 22(64,7)/6,9 | 25(69,4/7,9) | 317(72,5/100,0) | 0,00* |
| Sessions | 1(0,7/5,3) | 12(5,5/63,2) | 3(8,8/15,8) | 3(8,3/15,8) | 19(4,3/100,0) | |
| Email | 17(11,6/29,8) | 28(12,7/49,1) | 7(20,6/12,3) | 5(13,9/8,8) | 57(13,0/100,0) | |
| IAI | 4(2,7/9,1) | 35(15,9/79,5) | 2(5,9/4,5) | 3(8,3/6,8) | 44(10,1/100,0) | |
| Total | 147(100,0/33,6) | 220(100,0/50,3) | 34(100,0/7,8) | 36(100,0/8,2) | 437(100,0/100) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

També es van observar diferències estadísticament significatives en la preferència a l'hora de comunicar-se amb els altres àmbits assistencials segons el centre de treball ($p=0,00$).

Les infermeres que treballaven als centres d'AP de Breda-Hostalrich (100%), Santa Coloma (100%), Montilivi (100%), Sarrià (100%) i Celrà(100%) i a les residències geriàtriques Sant Josep de Cassà de la Selva(100%), Sant Josep de Llagostera (100%) i Tassar de Caldes de Malavella (100%) preferien comunicar-se via telefònica. La majoria d'infermeres que preferien comunicar-se mitjançant sessions clíniques treballaven a l'AH. Les infermeres que treballaven al centre sociosanitari Mutuam de Girona eren les que majoritàriament responien que la via email era la preferida (66,7%). La preferència de comunicació a través de l'IAI va tenir el major pes al grup d'infermeres que treballaven a l'HJT (22%).

El 26,8% de les infermeres pensava que l'informe d'alta d'infermeria era el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials, la Història Clínica Compartida (23,6%) i l'ECAP (11%) també es van considerar bones fórmules. L'informe mèdic (0,2%), la comunicació oral-cara a cara (0,2%) i les sessions clíniques (0,5%) són els circuits que van obtenir puntuacions més baixes.

Es va recodificar la variable millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials en: informació informatitzada (ECAP i HCC), informació dirigida (telèfon i correu electrònic), infermera d'enllaç i pacient. El 62,9% de les infermeres pensaven que la informació via informatitzada era el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials. El 19,7% pensava que el millor circuit era la informació dirigida, el 3,7% la informació a través de la infermera d'enllaç i el 2,1% la informació mitjançant el pacient.

Les infermeres que pensaven que la informació informatitzada era el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials tenien una mitjana d'edat de $40,3 \pm 10,2$ anys feia $17,6 \pm 10,4$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris i $14,9 \pm 9,8$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial. Per altra banda, les que consideraven que la millor estratègia era la informació dirigida tenien $40,4 \pm 11,1$ anys, feia $18,4 \pm 11,1$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris i $13,5 \pm 9,6$ anys que treballaven en el mateix àmbit assistencial. Les infermeres que pensaven que la infermera d'enllaç era el millor circuit tenien $37,4 \pm 12,1$ anys, feia $16,9 \pm 11,9$ anys que havien acabat els estudis universitaris i $13,4 \pm 10,2$ anys que treballaven al mateix àmbit assistencial. Finalment, aquelles infermeres que tenien $40,9 \pm 12,2$ anys i que feia $18,3 \pm 10,5$ anys que havien finalitzat els estudis i $9,7 \pm 8,2$ anys que treballaven al mateix àmbit assistencial pensaven que el pacient era la millor opció per fer arribar la informació als altres nivells assistencials. No es van observar diferències estadísticament significatives.

Les infermeres consideraven que el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials era de forma informatitzada (72,7%), seguida de la informació dirigida (20,6%), la infermera d'enllaç (4,2%) i el pacient (2,5%). Els infermers dividien les seves opinions entre la fórmula informatitzada (54,8%) i la informació dirigida (51,9%). La infermera d'enllaç era la millor opció segons el 3,2% dels infermers. Els resultats del millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials segons sexe van obtenir diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$).

La majoria d'infermeres que tenien un contracte fixa amb oposició (77,3%) i aquelles interines (72,7%) o amb un contracte eventual (70,3%) pensaven que el millor circuit era mitjançant la informació informatitzada. Per altra banda, aquelles infermeres amb un contracte fixa sense oposició pensaven que els millors circuits eren la informació informatitzada (59,3%) i la dirigida (34,1%), observant-se, en aquest cas, diferències estadísticament significatives ($p = 0,01$) (Taula 33).

Taula 33: Millor circuit per informar segons contracte

| | Fixe oposició | Fixe no oposició | Interí | Eventual | Total | P |
|------------------|---------------|------------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Informatitzada | 136 (77,3) | 54 (59,3) | 40 (72,7) | 45 (70,3) | 275 (71,2) | 0,01* |
| Dirigida | 29 (16,5) | 31 (34,1) | 14 (25,5) | 12 (18,8) | 86 (22,3) | |
| Infermera enllaç | 9 (5,1) | 2 (1,1) | - | 5 (7,8) | 16 (4,1) | |
| Pacient | 2(1,1) | 4 (4,4) | 1 (1,8) | 2 (3,1) | 9 (2,3) | |
| Total | 176 (100,0) | 91 (100,0) | 55 (100,0) | 64 (100,0) | 386 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

El millor circuit segons el càrrec de les infermeres, també va mostrar diferències estadísticament significatives ($p=0,01$). La majoria d'infermeres assistencials pensaven que el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials era la informació informatitzada (72,1%), i les infermeres amb càrrecs de gestió consideraven la informació informatitzada (65%) i la dirigida (30%) com els millors circuits. El 42,9% de les infermeres amb càrrecs d'enllaç o gestió de casos pensaven que el millor circuit era la informació informatitzada, el 28,6% la dirigida i el 28,6% el pacient (Taula 34).

Taula 34: Millor circuit per informar segons càrrec

| | Assistencial | Gestió | Enllaç | Total | P |
|------------------|--------------|------------|-----------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Informatitzada | 259 (72,1) | 13 (65,0) | 3 (42,9) | 275 (71,2) | 0,01* |
| Dirigida | 78 (21,7) | 6 (30,0) | 2 (28,6) | 86 (22,3) | |
| Infermera enllaç | 15 (4,2) | 1 (5,0) | - | 16 (4,1) | |
| Pacient | 7 (1,9) | - | 2 (28,6) | 9 (2,3) | |
| Total | 359 (100,0) | 20 (100,0) | 7 (100,0) | 386 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Al comparar quin circuit era el millor per fer arribar la informació a altres àmbits assistencials segons el tipus de formació que tenien les infermeres no es van observar diferències estadísticament significatives.

La informació informatitzada era el millor circuit per les infermeres que treballaven a l'ASM (77,1%), a l'AH (75,4%) i a l'AP (69,2%). Les infermeres que treballaven a l'ASS pensaven que tant la informació informatitzada (52,9%) com la dirigida (41,2%) eren bones opcions, sent les diferències observades estadísticament significatives ($p=0,03$) (Taula 35).

Taula 35: Millor circuit per informar segons àmbit assistencial

| | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|-----------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Informat. | 101 (69,2) | 129 (75,4) | 18 (52,9) | 27 (77,1) | 275 (71,2) | 0,03* |
| Dirigida | 35 (24,0) | 31 (18,1) | 14 (41,2) | 6 (17,1) | 86 (22,3) | |
| Enllaç | 3 (2,1) | 9 (5,3) | 2 (5,9) | 2 (5,7) | 16 (4,1) | |
| Pacient | 7 (4,8) | 2 (1,2) | - | - | 9 (2,3) | |
| Total | 146 (100,0) | 171(100,0) | 34 (100,0) | 35 (100,0) | 386 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Per altra banda, les infermeres que estaven més d'acord amb que el millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials era la informació informatitzada eren aquelles que treballen al CAP de Celrà (100%) i al CAP de Breda-Hostalrich (87,5%). Les infermeres que estaven més d'acord amb que la informació dirigida era la millor opció, treballaven a la residència geriàtrica Tesar (100%) i al centre sociosanitari Sant Josep de Cassà de la Selva (60%). Les infermeres que treballaven als centres d'AP Santa Clara (14,3%) i Sils-Vidreres-Maçanet (11,1%) eren les que, en algun cas, consideraven la infermera d'enllaç com a millor circuit per fer arribar la informació als altres àmbits assistencials. Finalment, el pacient era el millor circuit segons la opinió d'algunes infermeres dels centres d'AP Sant Hilari-Arbúcies (16,7%), Santa Clara (15,4%) i Anglès (15,4%). Les diferències entre quin era el millor circuit per fer arribar la informació als diferents àmbits assistencials, segons el centre de treball de les infermeres, van ser estadísticament significatives ($p=0,02$).

4.5. Resultats Objectiu 4: Percepció de les infermeres en relació al perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera.

On :

| | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| IAI: Informe d'Alta d'Infermeria | Necessitat de l'informe d'alta d'infermeria |
| III: Informe d'Ingrés d'Infermeria | Necessitat de l'informe infermer a l'ingrés programat del pacient |

La necessitat de l'informe d'alta d'infermeria per a tots els pacients que sortien d'alta hospitalària va rebre una puntuació mitjana de $1,93 \pm 1,10$ punts (Rang:1-5) i la necessitat de que els pacients que ingressaven de forma programada a l'hospital ho fessin amb un informe de la infermera d'AP va obtenir una mitjana de $2,20 \pm 1,09$ punts (Rang:1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt d'acord/d'acord, normal, i desacord/molt desacord. El 75,1% de les infermeres

manifestaven molt acord o acord en la necessitat de l'IAI i el 66,6% en la necessitat de l'III (Taula 36).

Taula 36: Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient

| Puntuació | IAI | III |
|------------------------|-------------|-------------|
| | n (%) | n (%) |
| Molt d'acord/acord | 328 (75,1) | 291 (66,6) |
| Normal | 56 (12,8) | 87 (19,9) |
| Desacord/Molt desacord | 53 (12,1) | 59 (13,5) |
| Total | 437 (100,0) | 437 (100,0) |

Les infermeres que estaven més d'acord amb la necessitat de l'Informe d'Alta d'Infermeria al moment de l'alta del pacient tenien una mitjana d'edat de $40,6 \pm 10,7$ anys, feia $18,3 \pm 10,6$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris i $15 \pm 10,1$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial. Les infermeres que estaven menys d'acord amb l'IAI tenien una mitjana d'edat de $39,5 \pm 10,6$ anys, feia $14,8 \pm 10,8$ anys que havien finalitzat els estudis d'infermeria i $15,1 \pm 10,2$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial.

Per altra banda, les infermeres que tenien una mitjana d'edat de $40,4 \pm 10,5$ anys, que feia $17,9 \pm 10,6$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris d'infermeria i $15,1 \pm 10,3$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial eren les que estaven més d'acord amb l'informe a l'ingrés programat del pacient, i aquelles amb una mitjana d'edat de $41,2 \pm 10,8$ anys, que feia $18,6 \pm 10,8$ anys que havien finalitzat els estudis d'infermeria i $15,3 \pm 9,4$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial, les que hi estaven menys d'acord. No es van observar diferències significatives en cap dels dos casos.

Segons el sexe dels participants, la valoració de la necessitat de l'informe d'alta d'infermeria i de l'informe infermer a l'ingrés tampoc va mostrar diferències estadísticament significatives, sent els infermers els que hi estaven més d'acord en ambdós casos.

El 84,8% dels infermers i el 74,3% de les infermeres estaven molt d'acord o d'acord amb l'informe d'alta d'infermeria. Per altra banda, el 78,8% dels infermers i el 65,5% de les infermeres estava molt d'acord o d'acord amb l'informe a l'ingrés del pacient.

Les infermeres amb un contracte fixa amb oposició (80,5%) eren les que estaven més d'acord amb que tots els pacients que sortien de l'hospital ho havien de fer amb un informe d'alta d'infermeria i les que tenien un contracte eventual les que hi estaven menys d'acord, el 15,8% responia normal i el 22,4% discord o molt desacord, sent aquestes diferències respecte als altres tipus de contracte estadísticament significatives ($p=0,03$).

Segons el tipus de contracte, no es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració de l'informe de la infermera d'AP al moment de l'ingrés del pacient, sent les infermeres que hi estaven més d'acord aquelles amb un contracte interí (75,9%) i les que hi estaven menys d'acord les que tenien un contracte eventual, el 23,7% responia normal i el 19,7% desacord o molt desacord. A la taula 37 s'hi presenten els resultats.

Taula 37: Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient segons contracte

| IAI | Fixa oposició | Fixa no oposició | Interí | Eventual | Total | P |
|--------------------|---------------|------------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 161 (80,5) | 78 (75,7) | 42 (72,4) | 47 (61,8) | 328 (75,1) | 0,03* |
| Normal | 20 (10,0) | 13 (12,6) | 11 (19,0) | 12 (15,8) | 56 (12,8) | |
| Desacord/molt des. | 19 (9,5) | 12 (11,7) | 5 (8,6) | 17 (22,4) | 53 (12,1) | |
| Total | 200 (100,0) | 103 (100,0) | 58 (100,0) | 76 (100,0) | 437 (100) | |
| III | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt acord/acord | 135 (67,5) | 69 (67,0) | 44 (75,9) | 43 (56,6) | 291 (66,6) | 0,34 |
| Normal | 41 (20,5) | 19 (18,4) | 9 (15,5) | 18 (23,7) | 87 (19,9) | |
| Desacord/molt des. | 24 (12,0) | 15 (14,6) | 5 (8,6) | 15 (19,7) | 59 (13,5) | |
| Total | 200 (100,0) | 103 (100,0) | 58 (100,0) | 76 (100,0) | 437 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Les infermeres que estaven més d'acord amb l'IAI eren aquelles amb càrrec d'enllaç (100%). Les infermeres que estaven més d'acord amb l'informe a l'ingrés del pacient eren les que tenien càrrecs de direcció (86,4%). Segons el càrrec, no es van observar diferències significatives en la valoració de la necessitat de l'informe d'alta d'infermeria i de l'informe de la infermera d'AP al moment de l'ingrés.

Tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració de la necessitat de l'informe d'alta d'infermera i l'informe de la infermera d'AP a l'hora de l'ingrés del pacient, segons la formació de les infermeres.

Les infermeres que treballaven a l'ASS eren aquelles que estaven més d'acord amb la necessitat de l'informe d'alta d'infermera (94,1%) i les que hi estaven menys d'acord eren les que treballen a l'AH. Les infermeres de l'ASS també eren les que estaven més d'acord amb l'informe de la infermera d'AP al moment de l'ingrés del pacient (94,1%), sent les diferències observades, en els dos casos, estadísticament significatives ($p=0,00$) (Taula 38).

Segons el centre de treball de les infermeres no es van observar diferències significatives.

Taula 38: Necessitat de l'informe d'alta i d'ingrés del pacient segons àmbit assistencial

| IAI | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 119 (81,0) | 146 (66,4) | 32 (94,1) | 31 (86,1) | 328 (75,1) | 0,00* |
| Normal | 20 (13,6) | 34 (15,5) | - | 2 (5,6) | 56 (12,8) | |
| Desacord/m. des. | 8 (5,4) | 40 (18,2) | 2 (5,9) | 3 (8,3) | 53 (12,1) | |
| Total | 147(100,0) | 220(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |
| III | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | P |
| Molt acord/acord | 95(64,6) | 136(61,8) | 32(94,1) | 28(77,8) | 291(66,6) | 0,00* |
| Normal | 36(24,5) | 46(20,9) | - | 5(13,9) | 87(19,9) | |
| Desacord/m. des. | 16(10,9) | 38(17,3) | 2(5,9) | 3(8,3) | 59(13,5) | |
| Total | 147(100,0) | 220(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

4.6.Resultats Objectiu 5: Formació que tenen les infermeres en processos de continuïtat assistencial infermera

On:

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FormCom | Formació en comunicació rebuda durant els estudis universitaris d'infermeria |
| FormCAI | Formació en continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris d'infermeria |
| Jornades | Assistència a jornades o congressos on es parli de continuïtat assistencial infermera |
| Temari | Pensar que cal millorar el temari sobre continuïtat assistencial infermera durant els estudis universitaris d'infermeria |

La formació en comunicació infermera durant els estudis universitaris va rebre una puntuació mitjana de 4,05±2,7 punts (Rang:0-10) i la formació en continuïtat assistencial infermera una puntuació mitjana de 4,16±2,7 punts (Rang:0-10).

El 45,8% de les infermeres havien assistit a jornades o congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera.

Les infermeres que puntuaven millor la formació en comunicació rebuda durant els estudis universitaris tenien una mitjana d'edat de 34,2±5,2 anys, feia 11,8±3,8 anys que havien finalitzat els estudis universitaris i 10,3±3,5 anys que treballaven al mateix àmbit assistencial. Les infermeres que puntuaven millor la formació en continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris tenien una mitjana d'edat de 36,1±10,2 anys, feia 16±11,0 anys que havien finalitzat els estudis universitaris i 11,7±7,2 anys que treballaven al mateix àmbit assistencial. Les diferències observades entre la formació en comunicació i en continuïtat assistencial infermera durant els estudis universitaris van ser estadísticament significatives segons edat (p=0,00), anys de finalització dels estudis (p=0,00) i anys de treball al mateix nivell assistencial (p=0,00), amb una associació feble. Les infermeres de més edat, que feia més anys

que havien finalitzat els estudis universitaris i amb més anys d'experiència laboral eren les que, d'una forma significativa ($p=0,00$), més assistien a jornades o congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera (Taula 39)

Taula 39: Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| FormCom | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | | | | |
|--------------------|-------|-------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-----|-------------|-------|
| | n | Mitjana± SD | n | Mitjana± SD | n | Mitjana± SD | | | |
| 0 | 40 | 48,2±9,5 | 40 | 26,5±10,3 | 40 | 18,2±10,5 | | | |
| 1 | 78 | 41,2±10,2 | 78 | 18,6±10,9 | 78 | 15,2±9,8 | | | |
| 2 | 33 | 42,3±8,4 | 33 | 20,6±9,0 | 33 | 16,5±8,1 | | | |
| 3 | 32 | 40,9±10,9 | 32 | 18,5±10,9 | 32 | 15,4±9,8 | | | |
| 4 | 34 | 42,2±10,9 | 34 | 20,4±10,9 | 34 | 18,4±10,4 | | | |
| 5 | 78 | 38,3±10,5 | 78 | 15,2±9,6 | 78 | 14,2±10,6 | | | |
| 6 | 55 | 37,3±10,1 | 55 | 15,6±9,7 | 55 | 12,8±9,6 | | | |
| 7 | 37 | 38,3±11,9 | 37 | 16,6±12,2 | 37 | 13,9±11,7 | | | |
| 8 | 38 | 38,4±10,5 | 38 | 14,7±9,4 | 38 | 11,3±9,2 | | | |
| 9 | 5 | 46,8±10,7 | 5 | 24,2±9,0 | 5 | 21,0±9,5 | | | |
| 10 | 6 | 34,2±5,2 | 6 | 11,8±3,8 | 6 | 10,3±3,5 | | | |
| Total | 436 | 40,5±10,7 | 436 | 18,1±10,7 | 436 | 14,9±10,1 | | | |
| P | 0,00* | | 0,00* | | 0,00* | | | | |
| Correlació Pearson | -,22 | | -,23 | | -,14 | | | | |
| FormCAI | n | Mitjana± SD | n | Mitjana± SD | n | Mitjana± SD | | | |
| 0 | 39 | 49,1±7,9 | 39 | 27,5±9,1 | 39 | 18,6±9,9 | | | |
| 1 | 70 | 41,1±10,6 | 70 | 15,6±11,1 | 70 | 14,8±10,0 | | | |
| 2 | 33 | 42,6±9,0 | 33 | 21,2±9,2 | 33 | 18,2±9,9 | | | |
| 3 | 36 | 41,1±10,9 | 36 | 19,9±10,1 | 36 | 17,1±10,3 | | | |
| 4 | 39 | 40,6±9,9 | 39 | 17,4±10,4 | 39 | 15,7±9,9 | | | |
| 5 | 66 | 39,2±11,5 | 66 | 16,2±10,4 | 66 | 15,4±11,0 | | | |
| 6 | 61 | 36,3±8,4 | 61 | 13,3±8,6 | 61 | 12,2±8,4 | | | |
| 7 | 40 | 37,9±11,9 | 40 | 16,6±11,7 | 40 | 12,9±10,7 | | | |
| 8 | 39 | 40,0±10,9 | 39 | 16,7±10,9 | 39 | 12,3±10,4 | | | |
| 9 | 6 | 43,2±8,6 | 6 | 19,7±7,0 | 6 | 12,3±6,9 | | | |
| 10 | 7 | 36,1±10,2 | 7 | 16,0±11,0 | 7 | 11,7±7,2 | | | |
| Total | 436 | 40,5±10,7 | 436 | 18,1±10,7 | 436 | 14,9±10,1 | | | |
| P | 0,00* | | 0,00* | | 0,00* | | | | |
| Correlació Pearson | -,22 | | -,24 | | -,17 | | | | |
| Jornada | n | Mitjana± SD | P | n | Mitjana± SD | P | n | Mitjana± SD | P |
| Si | 199 | 42,3±10,5 | 0,01* | 199 | 19,9±10,8 | 0,00* | 199 | 16,8±10,3 | 0,00* |
| No | 237 | 38,9±10,6 | | 237 | 16,5±10,4 | | 237 | 13,3±9,7 | |

Coeficient de correlació de Pearson. *Pvalor<0,05

Prova de U de Mann-Whitney. *pvalor<0,05

La puntuació mitjana de la formació en comunicació durant els estudis universitaris en el grup de dones va ser de 3,9±2,7 punts (Rang:0-10) i per el grup d'homes de 4,9±1,9 (Rang: 0-10), sense que les diferències fossin estadísticament significatives. La puntuació mitjana de la formació en continuïtat assistencial infermera al grup de dones va ser de 4,1±2,7 punts (Rang:0-10) i per al grup d'homes de 5,4±1,8 punts (Rang:0-10), tampoc es van observar diferències estadísticament significatives.

Les dones assistien més a jornades i congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera (47,5%) que els homes (24,2%), sent les diferències entre sexes estadísticament significatives ($p=0,00$).

Les infermeres amb un contracte eventual eren aquelles que havien rebut més formació tant en comunicació infermera ($4,8\pm 2,5$; Rang:0-10) com en continuïtat assistencial infermera ($4,9\pm 2,6$; Rang:0-10), sent les diferències en la formació segons el tipus de contracte estadísticament significatives ($p<0,05$). L'assistència a jornades o congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera segons el tipus de contracte també va mostrar diferències estadísticament significatives ($p=0,01$). A la taula 40 es presenten els resultats de la formació en comunicació i continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris i l'assistència a jornades o congressos on es parlés de continuïtat assistencial infermera estratificats segons el tipus de contracte.

Taula 40: Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons contracte

| Formació | Fixa Oposició | | Fixa No Oposició | | Interí | | Eventual | | Sig |
|-----------------|---------------|------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|-------|
| | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | |
| FormCom (0-10) | 200 | 3,8 \pm 2,7 | 102 | 3,8 \pm 2,7 | 58 | 4,2 \pm 2,6 | 72 | 4,8 \pm 2,5 | 0,03* |
| FormCAI (0-10) | 200 | 2,8 \pm 2,7 | 102 | 3,9 \pm 2,7 | 58 | 4,6 \pm 2,9 | 72 | 4,9 \pm 2,6 | 0,01* |
| Jornades | n (%) | | n (%) | | n (%) | | n (%) | | |
| Si | 105 (52,5) | | 46 (44,7) | | 25 (43,1) | | 24 (31,6) | | |
| No | 95(4,5) | | 57 (55,3) | | 33 (56,9) | | 52 (68,4) | | |
| Total | 200 (100,0) | | 103 (100,0) | | 58 (100,0) | | 76 (100,0) | | 0,01* |

Prova de Kruskal Wallis de mostres independents. * Pvalor<0,05

Prova de Chi quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

No es van observar diferències estadísticament significatives en la formació en comunicació infermera ni en continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris d'infermeria segons el càrrec que ocupaven les infermeres, sent les infermeres d'enllaç i les gestores de casos les que la puntuaven més alta ($4,6\pm 1,1$; Rang:0-10) i ($4,7\pm 1,3$; Rang:0-10) respectivament i les infermeres amb càrrecs de direcció les que la puntuaven més baixa ($3,5\pm 2,4$; Rang:0-10) i ($3,9\pm 2,4$; Rang:0-10) respectivament. Tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en l'assistència a jornades o congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera segons el càrrec ($p=0,20$), sent, aquelles infermeres amb càrrecs de direcció, les que hi assistien més (63,6%).

La formació en comunicació infermera i en continuïtat assistencial infermera que deien haver rebut les infermeres durant els estudis universitaris segons la formació en postgrau, màster, investigació, formació continuada, publicació o postgrau + formació continuada, no va mostrar

diferències significatives. Però sí que se'n van observar en la formació en doctorat ($p=0,03$). Les infermeres que no tenien formació de doctorat deien haver rebut més formació en comunicació infermera ($4,19\pm 2,7$; Rang:0-10) que aquelles que havien cursat estudis de doctorat.

Les infermeres que tenien formació de màster (54,7%) ($p=0,04$) i aquelles que havien publicat algun article científic en els últims 5 anys (63,6%) ($p=0,00$) eren les que assistien més a jornades i congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera.

Les infermeres que treballaven a l'ASS eren aquelles que deien haver rebut més formació en comunicació infermera ($4,7\pm 2,4$; Rang:0-10) i en continuïtat assistencial infermera ($5,8\pm 2,4$; Rang:0-10) durant els estudis universitaris, i les que treballaven a l'AP les que deien haver-ne rebut menys ($3,4\pm 2,7$; Rang:0-10) ($p=0,00$). Les infermeres que assistien més a jornades i congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera eren les que treballaven a l'AP (60,5%) ($p=0,00$). A la taula 41 es presenten els resultats de formació en comunicació i continuïtat assistencial infermera rebuda durant els estudis universitaris i l'assistència a jornades o congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera segons l'àmbit assistencial de treball.

Taula 41: Formació infermera i assistència a jornades o congressos segons àmbit assistencial

| Formació | AP | | AH | | ASS | | ASM | | P |
|-----------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|-------|
| | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | |
| FormCom | 146 | 3,4 \pm 2,7 | 220 | 4,4 \pm 2,7 | 34 | 4,7 \pm 2,4 | 36 | 4,1 \pm 2,4 | 0,00* |
| FormCAI | 146 | 3,4 \pm 2,7 | 220 | 4,3 \pm 2,6 | 34 | 5,8 \pm 2,4 | 36 | 4,7 \pm 2,5 | 0,00* |
| Jornades | n (%) | | n (%) | | n (%) | | n (%) | | |
| Si | 89(60,5) | | 81(36,8) | | 12(35,3) | | 18(50,0) | | |
| No | 58(39,5) | | 139(63,2) | | 22(64,7) | | 18(50,0) | | |
| Total | 147(100,0) | | 220(100,0) | | 34(100,0) | | 36(100,0) | | 0,00* |

Prova de Kruskal Wallis de mostres independents. Pvalor<0,05

Prova de Chi quadrat de Pearson. Pvalor<0,05

Segons centre de treball, les infermeres que deien haver rebut més formació en comunicació infermera eren les que treballaven a la residència geriàtrica Sant Josep de Cassà de la Selva ($5,20\pm 1,5$; Rang:0-10) i Sant Josep de Llagostera ($5,20\pm 1,4$; Rang: 0-10) i les que consideraven haver-ne rebut menys eren les que treballaven a la residència geriàtrica Tesar ($2,00\pm 1,4$; Rang:0-10) ($p=0,02$). Les infermeres que treballaven al Mutuam de Girona eren les que deien haver rebut més formació en continuïtat assistencial infermera durant els estudis universitaris ($8,16\pm 1,8$; Rang:0-10), i les que treballaven al CAP de Santa Coloma les que es consideraven menys formades en aquest camp ($2,14\pm 2,3$; Rang:0-10) ($p=0,00$). Les infermeres que treballaven al CAP Tàlala (77,8%) i al CAP Santa Coloma (71,4%) eren les que assistien més a

jornades o congressos on es parlava de continuïtat assistencial infermera, sent les diferències observades, estadísticament significatives ($p=0,03$).

Opinar que cal incorporar temari sobre continuïtat assistencial infermera als estudis universitaris d'infermeria va rebre una puntuació mitjana de $1,83\pm 0,80$ punts (Rang: 1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt d'acord/d'acord, normal i desacord/molt desacord. El 81% de les infermeres estava molt d'acord o d'acord amb que calia incorporar temari sobre CAI als estudis universitaris d'infermeria, i aquelles amb una mitjana d'edat de $40,8\pm 10,7$ anys, que feia $18,1\pm 10,7$ anys que havien finalitzat els estudis universitaris i $14,6\pm 9,9$ anys que treballaven al mateix nivell assistencial eren les que hi estaven més d'acord, sense que les diferències segons l'edat, els anys de finalització dels estudis universitaris d'infermeria i els anys d'experiència al mateix nivell assistencial fossin significatives.

El 80,2% de les infermeres i el 90,9% dels infermers estava molt d'acord amb què calia incorporar temari sobre CAI als estudis universitaris d'infermeria ($p>0,05$).

Les infermeres amb un contracte fixa am oposició eren les que manifestaven més acord amb què calia incorporar temari sobre CAI als estudis universitaris d'infermeria (85,5%) i les que tenien un contracte eventual, aquelles que hi estaven menys d'acord, el 23,7% responia normal i el 5,3% desacord o molt desacord ($p>0,05$).

Segons càrrec, tampoc es van observar diferències significatives, sent les infermeres d'enllaç i gestores de casos (100%) les que manifestaven més acord amb què calia incorporar temari sobre CAI als estudis universitaris d'infermeria i les assistencial, les que hi estaven menys d'acord, el 16,9% responia normal i el 2,7% desacord o molt desacord.

Les infermeres que tenien formació en màster i doctorat eren les que estaven més d'acord amb què calia incorporar temari sobre CAI als estudis universitaris d'infermeria, el 85,3% de les infermeres que tenien formació en màster i 91,7% de les que en tenien en doctorat hi estaven molt d'acord o d'acord, sense observar-se diferències estadísticament significatives. Per altra banda, les infermeres que no tenien formació en investigació estaven més d'acord, de forma significativa ($p=0,00$), amb què calia incorporar temari sobre continuïtat assistencial infermera durant els estudis universitaris d'infermeria que aquelles que si tenien formació en investigació. A la taula 42 s'hi presenten els resultats.

Taula 42: Percepció de falta de formació segons formació rebuda

| Temari | Postgrau | | | | Màster | | | | Doctorat | | | | Continuada | | | | Investigació | | | | Publicació | | | | F1 | | | |
|--------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Si | | No | | Si | | No | | Si | | No | | Si | | No | | Si | | No | | Si | | No | | Si | | No | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| 1 | 280(80,7) | 74(82,2) | 81(85,3) | 273(79,8) | 11(91,7) | 343(80,7) | 282(79,4) | 72(87,8) | 51(75,0) | 303(82,1) | 64(83,1) | 290(80,6) | 236(66,7) | 118(33,3) | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 58(16,7) | 14(15,6) | 11(11,6) | 61(17,8) | 1(8,3) | 71(16,7) | 64(18,0) | 8(9,8) | 11(16,2) | 61(16,5) | 9(11,7) | 63(17,5) | 54(75,0) | 18(25,0) | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 9(2,6) | 2(2,2) | 3(3,2) | 8(2,3) | - | 11(2,6) | 9(2,5) | 2(2,4) | 6(8,8) | 5(1,4) | 4(5,2) | 7(1,9) | 7(63,6) | 4(36,4) | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 347(100,0) | 90(100,0) | 95(100,0) | 342(100,0) | 12(100,0) | 425(100,0) | 355(100,0) | 82(100,0) | 68(100,0) | 369(100,0) | 77(100,0) | 360(100,0) | 297(68,0) | 140(32,0) | | | | | | | | | | | | | | |
| p | 0,94 | | 0,33 | | 0,61 | | 0,19 | | 0,00* | | 0,14 | | 0,37 | | | | | | | | | | | | | | | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

1.Molt acord/acord ; 2.Normal ; 3.Desacord/molt desacord

Les infermeres que treballaven a l'AP eren aquelles que estaven més d'acord amb què calia incorporar temari sobre continuïtat assistencial infermera als estudis universitaris d'infermeria (90,5%). Les que hi estaven menys d'acord eren les que treballaven a l'AH, sent les diferències trobades, estadísticament significatives (p=0,00) (Taula 43).

Segons el centre de treball de les infermeres, no es van observar diferències estadísticament significatives.

Taula 43: Percepció de falta de formació segons àmbit assistencial

| Temari | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 133(90,5) | 161(73,2) | 30(88,2) | 30(83,3) | 354(81,0) | 0,00* |
| Normal | 13(8,8) | 50(22,7) | 3(8,8) | 6(16,7) | 72(16,5) | |
| Desacord/m. des. | 1(0,7) | 9(4,1) | 1(2,9) | - | 11(2,5) | |
| Total | 147(100,0) | 220(100,0) | 34(100,0) | 36(100,0) | 437(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

4.7.Resultats Objectiu 6: Contingut i utilitat dels informes d'alta d'infermeria i els circuits d'aquets en els diferents àmbits assistencials

On:

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valoració IAI | Satisfacció amb la informació que donen els informes d'alta d'infermeria sobre les diferents dimensions: [MA: malaltia actual, PDUI: problemes infermers durant l'hospitalització, DDUI:diagnòstics infermers a l'alta, TTM:tractament farmacològic a seguir, TTMDUI: tractament infermer a seguir, PC: pròxims controls a seguir, AFS: aspectes familiars i socials] |
| ArribadaIAI | Circuit d'arribada dels IAI a la infermera d'AP, infermera d'enllaç o gestora, pacient o família, història clínica compartida, correu electrònic o fax, altres] |
| ValoracióInfIAI | Valoració de la quantitat d'informació dels informes d'alta d'infermeria [correcte, massa, poca, poc útil, altres]. |
| Temps | Falta de temps per omplir els informes d'alta d'infermeria |
| Consulta | Grau de consulta dels informes d'alta d'infermeria |

Valoració dels Informes d'Alta d'Infermeria

A la taula 44 s'observen les puntuacions mitjanes que van donar les infermeres a la informació que dona l'IAI de les diferents dimensions: malaltia actual del pacient (MA), problemes infermers durant l'hospitalització del pacient (PDUI), diagnòstics infermers a l'alta (DDUI), tractaments farmacològics a seguir (TTM), tractaments infermers a seguir (TTMDUI), pròxims controls (PC) i aspectes familiars i socials (AFS). La dimensió que va rebre una millor puntuació va ser la informació sobre la malaltia actual (7,58±2,99;Rang:0-10) i la que va obtenir la puntuació més baixa la relacionada amb els diagnòstics infermers a l'alta del pacient

(5,98±3,28;Rang=0-10). Totes les dimensions van rebre una puntuació mitjana superior a 5 punts.

Taula 44: Valoració de les diferents dimensions de l'Informe d'Alta d'Infermeria

| | n | Mínim | Màxim | Mitjana±SD |
|----------------------------------------------|-----|-------|-------|------------|
| Malaltia actual | 421 | 0 | 10 | 7,58±2,9 |
| Problemes infermers durant l'hospitalització | 421 | 0 | 10 | 6,56±2,9 |
| Diagnòstics infermers a l'alta | 421 | 0 | 10 | 5,98±3,3 |
| Tractament farmacològic a seguir | 421 | 0 | 10 | 6,54±3,2 |
| Tractament infermer a seguir | 421 | 0 | 10 | 7,50±2,9 |
| Pròxims controls | 421 | 0 | 10 | 6,45±3,1 |
| Aspectes familiars i socials | 421 | 0 | 10 | 6,28±2,9 |

En relació a la valoració de les diferents dimensions de l'IAI segons l'edat, els anys que feia que s'havien finalitzat els estudis universitaris d'infermeria i els anys que feia que es treballava al mateix nivell assistencial, es van observar diferències significatives en la dimensió: MA segons l'edat de les infermeres ($p=0,02$), havent de parlar d'una relació negativa i feble ($r=-0,12$) (Taula 45).

Segons sexe (Taula 46), només es van observar diferències estadísticament significatives en la dimensió: PDUI ($p=0,04$), sent el sexe masculí (7,66±2,3;Rang:0-10) el que millor ho valorava.

Les infermeres amb contracte fixa sense oposició eren les que puntuaven millor la informació que dona l'informe d'alta d'infermeria sobre diagnòstics infermers (6,41±3,4;Rang:0-10) i les infermeres amb un contracte interí les que li donaven una puntuació més baixa (5,12±3,35; Rang:0-10), sent aquestes diferències estadísticament significatives ($p=0,03$).

Segons el tipus de contracte, no es van observar diferències significatives en cap de les puntuacions de les altres dimensions.

La valoració de les diferents dimensions de l'IAI segons el tipus de càrrec que ocupaven les infermeres, tampoc va mostrar diferències estadísticament significatives.

Taula 45: Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| | MA | PDUI | DDUI | TTM | TTMDUI | PC | AFS |
|-------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Mitjana±SD | Mitjana±SD | Mitjana±SD | Mitjana±SD | Mitjana±SD | Mitjana±SD | Mitjana±SD |
| Puntuació segons edat | | | | | | | |
| 0 | 43,57±13,1 | 45,50±12,8 | 43,08±12,1 | 43,53±12,2 | 45,36±13,4 | 44,35±12,7 | 44,03±12,4 |
| 1 | 40,67±12,8 | 40,36±11,8 | 35,38±9,8 | 35,39±9,3 | 40,64±10,2 | 38,68±9,7 | 37,45±9,5 |
| 2 | 36,87±8,1 | 37,11±9,5 | 38,35±8,6 | 35,82±5,5 | 37,80±9,1 | 33,00±7,3 | 33,94±6,5 |
| 3 | 32,33±5,0 | 37,11±11,4 | 40,67±8,5 | 31,42±5,9 | 38,00±10,0 | 35,00±1,1 | 32,57±8,2 |
| 4 | 43,30±10,1 | 37,56±9,9 | 38,82±9,3 | 40,91±8,8 | 41,50±10,5 | 36,83±7,3 | 45,23±10,2 |
| 5 | 45,14±11,3 | 42,70±10,8 | 42,51±10,2 | 42,46±10,3 | 42,50±10,7 | 42,00±12,2 | 40,15±11,3 |
| 6 | 41,28±8,9 | 40,35±10,1 | 36,08±10,8 | 42,88±11,9 | 41,45±11,7 | 42,37±8,8 | 43,04±11,2 |
| 7 | 39,00±10,4 | 40,68±11,9 | 43,40±11,2 | 42,63±10,9 | 39,43±10,0 | 39,34±10,2 | 39,34±9,9 |
| 8 | 41,49±10,7 | 38,4±10,2 | 39,71±9,9 | 40,00±10,5 | 39,30±11,1 | 41,19±10,6 | 41,04±11,4 |
| 9 | 40,35±10,3 | 42,63±9,9 | 39,46±9,9 | 37,96±9,9 | 39,31±9,7 | 41,51±12,1 | 38,97±9,7 |
| 10 | 38,84±10,3 | 39,57±9,7 | 42,66±11,4 | 40,32±10,9 | 40,89±10,7 | 39,73±10,1 | 41,38±10,0 |
| Total | 40,52±10,7 | 40,51±10,7 | 40,52±10,8 | 40,52±10,7 | 40,52±10,7 | 40,52±10,8 | 40,52±90,7 |
| Sig | 0,02* | 0,20 | 0,32 | 0,59 | 0,12 | 0,73 | 0,74 |
| R | -0,12 | -0,06 | 0,05 | -0,03 | -0,07 | -0,02 | 0,02 |
| Puntuació segons anys finalització | | | | | | | |
| 0 | 20,23±12,7 | 22,18±12,7 | 20,20±11,7 | 20,72±12,2 | 21,80±13,1 | 21,06±14,5 | 20,67±12,1 |
| 1 | 18,83±13,6 | 19,07±12,0 | 12,83±9,5 | 14,05±9,8 | 16,64±10,6 | 17,25±10,2 | 16,25±10,1 |
| 2 | 14,38±7,2 | 14,44±10,1 | 16,74±8,8 | 12,45±6,0 | 17,00±9,5 | 11,73±6,2 | 9,25±3,4 |
| 3 | 10,68±5,1 | 15,39±10,4 | 18,50±9,9 | 9,57±5,9 | 12,00±11,5 | 12,38±3,0 | 11,29±8,3 |
| 4 | 17,30±10,9 | 15,06±10,0 | 17,90±9,9 | 20,27±10,4 | 19,33±9,9 | 16,28±9,3 | 24,38±11,6 |
| 5 | 22,77±12,1 | 18,40±11,2 | 19,13±10,2 | 19,93±10,3 | 17,60±11,1 | 19,57±12,6 | 17,15±12,1 |
| 6 | 19,78±9,1 | 17,8±10,2 | 14,62±11,7 | 22,76±12,1 | 20,18±12,3 | 19,55±10,7 | 21,61±11,3 |
| 7 | 17,26±11,0 | 18,71±12,2 | 20,30±11,7 | 19,35±11,1 | 18,56±10,5 | 17,46±10,0 | 17,31±9,6 |
| 8 | 19,67±11,4 | 16,19±9,9 | 17,01±9,9 | 17,57±10,7 | 16,94±10,5 | 18,78±11,7 | 18,39±10,3 |
| 9 | 18,35±10,1 | 21,79±9,9 | 17,81±9,4 | 16,62±9,4 | 16,91±9,9 | 18,97±10,9 | 16,40±9,1 |
| 10 | 16,31±9,9 | 17,4±10,2 | 20,69±11,6 | 17,33±10,7 | 18,88±10,7 | 17,06±9,8 | 19,43±10,2 |
| Total | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 | 18,16±10,8 |
| Sig | 0,05 | 0,63 | 0,19 | 0,47 | 0,42 | 0,64 | 0,47 |
| R | -0,09 | -0,02 | 0,06 | -0,04 | -0,04 | -0,02 | 0,04 |
| Puntuació segons anys experiència | | | | | | | |
| 0 | 14,10±9,9 | 14,93±10,5 | 15,10±10,0 | 15,18±9,8 | 14,72±10,4 | 15,32±9,9 | 14,84±9,4 |
| 1 | 17,17±14,9 | 17,43±11,5 | 10,86±8,6 | 12,94±9,6 | 17,07±11,8 | 15,81±9,7 | 15,55±10,3 |
| 2 | 11,5±6,2 | 11,89±10,4 | 14,39±10,1 | 10,64±4,9 | 15,40±9,9 | 10,00±6,3 | 8,00±3,0 |
| 3 | 9,00±5,0 | 13,50±12,6 | 14,67±9,6 | 6,43±5,1 | 12,00±10,7 | 10,00±2,4 | 8,14±5,2 |
| 4 | 16,40±12,3 | 14,13±10,3 | 14,91±10,5 | 17,73±11,4 | 14,10±11,6 | 13,28±8,9 | 21,15±13,4 |
| 5 | 19,86±11,8 | 16,14±10,1 | 17,0±10,5 | 16,43±10,8 | 15,78±10,7 | 16,93±11,7 | 15,97±11,1 |
| 6 | 17,07±10,8 | 13,7±9,6 | 12,81±11,8 | 19,60±11,6 | 16,80±11,1 | 15,83±11,5 | 17,88±10,4 |
| 7 | 14,48±10,9 | 15,90±12,4 | 15,82±11,4 | 16,69±11,7 | 14,00±10,8 | 14,41±9,7 | 13,16±10,3 |
| 8 | 17,64±10,2 | 14,06±10,3 | 14,80±8,4 | 15,15±10,0 | 13,10±9,5 | 15,92±10,4 | 16,34±10,4 |
| 9 | 14,4±10,3 | 17,20±10,0 | 14,98±9,7 | 13,53±9,6 | 15,65±10,4 | 14,97±10,7 | 12,14±8,8 |
| 10 | 12,99±8,9 | 14,07±8,1 | 16,18±10,3 | 13,73±9,2 | 15,26±9,8 | 14,08±9,7 | 15,28±9,2 |
| Total | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 | 14,96±10,2 |
| Sig | 0,16 | 0,91 | 0,19 | 0,78 | 0,95 | 0,95 | 0,62 |
| R | -0,07 | -0,01 | 0,06 | -0,14 | -0,00 | -0,00 | 0,03 |

Coefficient de correlació de Pearson. *pvalor<0,05

MA: malaltia actual, PDUI: problemes infermers durant la hospitalització, DDUI: diagnòstics infermers a l'alta, TTM: tractament farmacològic a seguir, TTMDUI: tractament infermer a seguir, PC: pròxims controls a seguir, AFS: aspectes familiars i socials.

Taula 46: Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons sexe

| | Dona | | Home | | p |
|--------------------------------------|------|------------|------|------------|-------|
| | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD | |
| Malaltia actual | 389 | 7,60±2,9 | 32 | 7,25±3,3 | 0,55 |
| Problemes dui durant hospitalització | 389 | 6,47±3,0 | 32 | 7,66±2,3 | 0,04* |
| Diagnòstics infermers a l'alta | 389 | 5,89±3,3 | 32 | 7,03±2,7 | 0,07 |
| Tractaments farmacològics a seguir | 389 | 6,46±3,2 | 32 | 7,47±2,9 | 0,05 |
| Tractaments infermers a seguir | 389 | 7,49±2,9 | 32 | 7,56±2,8 | 0,95 |
| Pròxims controls | 389 | 6,38±3,1 | 32 | 7,19±2,5 | 0,24 |
| Aspectes familiars i socials | 389 | 6,21±3,0 | 32 | 7,09±2,1 | 0,25 |

Prova U de Mann-Whitney. *Pvalor<0,05

Segons la formació de les infermeres, es van observar diferències significatives en les dimensions: DDUI segons formació en màster (p=0,03) i PDUI segons la formació en investigació (p=0,01). Les infermeres que no tenien formació en màster puntuaven millor la dimensió DDUI (6,17±3,2; Rang:0-10) que aquelles que tenien aquesta formació, i les infermeres que no tenien formació en investigació donaven millor puntuació a la dimensió PDUI (6,43±2,9; Rang:0-10) que aquelles que si tenien aquesta formació (Taula 47).

Taula 47: Valoració de les diferents dimensions de l'Informe d'Alta d'Infermeria segons formació rebuda

| | Postgrau | | | Màster | | | Doctorat | | |
|--------|------------|----------|------|--------------|----------|------|----------|----------|------|
| | Si | No | Sig | Si | No | Sig | Si | No | Sig |
| | Mitj±SD | Mitj±SD | | Mitj±SD | Mitj±SD | | Mitj±SD | Mitj±SD | |
| MA | 7,56±3,0 | 7,64±2,8 | 0,52 | 7,25±3,3 | 7,67±2,9 | 0,33 | 7,75±2,2 | 7,58±3,0 | 0,62 |
| PDUI | 6,56±3,0 | 6,57±2,7 | 0,63 | 6,29±2,9 | 6,63±2,9 | 0,64 | 7,75±2,2 | 6,52±2,0 | 0,17 |
| DDUI | 6,05±3,3 | 5,75±3,2 | 0,37 | 5,33±3,4 | 6,17±3,2 | 0,03 | 5,00±2,9 | 6,01±3,3 | 0,19 |
| TTM | 6,46±3,2 | 6,83±3,1 | 0,37 | 6,44±3,2 | 6,57±3,2 | 0,58 | 6,41±2,5 | 6,54±3,2 | 0,55 |
| TTMDUI | 7,39±3,0 | 7,89±2,6 | 0,39 | 7,09±3,1 | 7,61±2,9 | 0,13 | 6,83±2,9 | 7,52±2,9 | 0,39 |
| PC | 6,39±3,1 | 6,66±2,9 | 0,58 | 5,93±3,2 | 6,59±2,9 | 0,08 | 6,67±2,4 | 6,44±3,1 | 0,96 |
| AFS | 6,31±3,0 | 6,16±2,8 | 0,41 | 5,85±3,1 | 6,41±2,9 | 0,08 | 5,83±2,4 | 6,29±3,0 | 0,26 |
| | Continuada | | | Investigació | | | F1 | | |
| | Si | No | Sig | Si | No | Sig | Si | No | Sig |
| | Mitj±SD | Mitj±SD | | Mitj±SD | Mitj±SD | | Mitj±SD | Mitj±SD | |
| MA | 7,58±2,9 | 7,58±3,0 | 0,98 | 7,63±2,9 | 7,57±3,0 | 0,75 | 7,57±3,0 | 7,59±2,9 | 0,59 |
| PDUI | 6,56±2,9 | 6,54±2,9 | 0,94 | 7,25±2,9 | 6,43±2,9 | 0,01 | 6,48±3,0 | 6,73±2,8 | 0,59 |
| DDUI | 5,97±3,2 | 6,04±3,4 | 0,85 | 6,19±3,4 | 5,95±3,3 | 0,43 | 5,97±3,3 | 6,02±3,3 | 0,87 |
| TTM | 6,59±3,1 | 6,29±3,5 | 0,71 | 6,88±3,0 | 6,48±3,2 | 0,36 | 6,50±3,2 | 6,62±3,3 | 0,51 |
| TTMDUI | 7,49±2,9 | 7,53±2,7 | 0,73 | 7,69±2,9 | 7,46±2,9 | 0,24 | 7,37±3,6 | 7,76±2,7 | 0,37 |
| PC | 6,47±3,1 | 6,34±2,9 | 0,52 | 6,68±2,9 | 6,40±3,1 | 0,53 | 6,38±3,1 | 6,59±2,9 | 0,61 |
| AFS | 6,35±2,9 | 6,00±3,0 | 0,26 | 6,34±3,1 | 6,27±2,9 | 0,91 | 6,34±3,0 | 6,12±2,9 | 0,38 |
| | Publicació | | | | | | | | |
| | Si | | | No | | | Sig | | |
| | Mitj±SD | | | Mitj±SD | | | | | |
| MA | 7,20±3,3 | | | 7,66±2,9 | | | 0,44 | | |
| PDUI | 6,28±3,2 | | | 6,61±2,9 | | | 0,49 | | |
| DDUI | 5,64±3,3 | | | 6,06±3,3 | | | 0,27 | | |
| TTM | 6,36±3,4 | | | 6,57±3,2 | | | 0,68 | | |
| TTMDUI | 6,85±3,4 | | | 7,64±2,8 | | | 0,11 | | |
| PC | 5,89±3,1 | | | 6,61±3,0 | | | 0,09 | | |
| AFS | 5,71±3,2 | | | 6,43±2,9 | | | 0,07 | | |

Prova de U de Mann-Whitney*Pvalor<0,05.

MA: malaltia actual, PDUI: problemes infermers durant la hospitalització, DDUI:diagnòstics infermers a l'alta, TTM:tractament farmacològic a seguir, TTMDUI: tractament infermer a seguir, PC: pròxims controls a seguir, AFS: aspectes familiars i socials.

Segons l'àmbit assistencial (Taula 48), es van observar diferències estadísticament significatives en les dimensions: PDUI ($p=0,00$) i TTMDUI ($p=0,00$), sent les infermeres que treballaven a l'AH les que valoraven millor aquestes dues dimensions (PDUI: $7,07 \pm 2,6$; Rang: 0-10 i TTMDUI: $8,34 \pm 1,97$; Rang: 0-10).

En relació al centre de treball, es van observar diferències significatives en tres dimensions: MA ($p=0,00$), TTMDUI ($p=0,00$) i PC ($p=0,04$), sent les infermeres que treballaven a la residència Sant Josep de Cassà de la Selva les que valoraven millor la informació que dona l'IAI sobre MA ($9,50 \pm 1,0$; Rang: 0-10) i TTMDUI ($9,75 \pm 0,5$; Rang: 0-10) i les infermeres que treballaven al centre sociosanitari Mutuam les que valoraven més positivament la informació sobre PC ($9,17 \pm 1,3$; Rang: 0-10).

Taula 48: Valoració de l'informe d'alta d'infermeria segons àmbit assistencial

| | AP | | AH | | ASS | | ASM | | Sig |
|--------|-----|------------------|-----|------------------|-----|------------------|-----|------------------|-------|
| | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | N | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | |
| MA | 146 | 7,00 \pm 3,5 | 208 | 8,17 \pm 2,3 | 33 | 6,88 \pm 3,7 | 34 | 7,08 \pm 3,2 | 0,05 |
| PDUI | 146 | 6,08 \pm 3,3 | 208 | 7,07 \pm 2,6 | 33 | 6,69 \pm 2,9 | 34 | 5,32 \pm 2,9 | 0,00* |
| DDUI | 146 | 6,12 \pm 3,3 | 208 | 6,17 \pm 3,2 | 33 | 5,24 \pm 3,4 | 34 | 4,97 \pm 3,5 | 0,17 |
| TTM | 146 | 6,41 \pm 3,4 | 208 | 6,50 \pm 3,0 | 33 | 6,73 \pm 3,4 | 34 | 7,09 \pm 3,2 | 0,48 |
| TTMDUI | 146 | 6,42 \pm 3,5 | 208 | 8,34 \pm 1,9 | 33 | 7,63 \pm 2,9 | 34 | 6,86 \pm 3,7 | 0,00* |
| PC | 146 | 5,97 \pm 3,2 | 208 | 6,65 \pm 2,8 | 33 | 6,97 \pm 2,9 | 34 | 6,71 \pm 3,7 | 0,11 |
| AFS | 146 | 6,05 \pm 3,3 | 208 | 6,62 \pm 2,7 | 33 | 6,12 \pm 2,9 | 34 | 5,41 \pm 3,4 | 0,27 |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. *Pvalor $<$ 0,05

Circuit d'arribada dels informes d'alta d'infermeria

El 43,9% de les infermeres manifestaven rebre la majoria d'informes d'alta d'infermeria a través de la infermera d'enllaç, el 33,2% a través del pacient o família, el 15,8 mitjançant el metge, el 2,3% a través de la història clínica compartida i el 0,7% a través del fax o correu electrònic. Es van perdre 18 casos (4,1%).

Les infermeres l'AP deien rebre la majoria d'IAI mitjançant la infermera d'enllaç (56,6%), a l'AH la informació arribava, majoritàriament, a través de la infermera d'enllaç (43,5%) i del pacient o família (36,7%), a l'ASS a mà del pacient o família (44,1%) o de la infermera d'enllaç (32,4%) i a l'ASM a través del metge (35,5%) o del pacient i família (35,5%), sent aquestes diferències estadísticament significatives ($p=0,00$). A la taula 49 s'observen les puntuacions del circuit d'arribada dels informes d'alta d'infermeria estratificat segons àmbit assistencial.

Taula 49: Circuits d'arribada dels informes d'alta d'infermeria segons àmbit assistencial

| | AP | AH | ASS | ASM | Total | P |
|-----------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Pacient-Família | 43 (29,3) | 76 (36,7) | 15 (44,1) | 11 (35,5) | 145 (34,6) | 0,00* |
| Metge | 15 (10,2) | 38 (18,4) | 5 (14,7) | 11 (35,5) | 69 (16,5) | |
| DUI Enllaç | 83 (56,5) | 90 (43,5) | 11 (32,4) | 8 (25,8) | 192 (45,8) | |
| HCC | 4 (2,7) | 2 (1,0) | 3 (8,8) | 1 (3,2) | 10 (2,4) | |
| Correu-Fax | 2 (1,4) | 1 (0,5) | - | - | 3 (0,7) | |
| Total | 147 (100,0) | 207 (100,0) | 34 (100,0) | 31 (100,0) | 419 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Les infermeres que treballaven al centre sociosanitari Mutuam eren les que consideraven rebre més informes de la mà del pacient o família (83,3%) i les que treballaven al CAP de Celrà, les que consideraven rebre'n la majoria mitjançant la infermera d'enllaç (100%). Només una infermera del CAP Santa Coloma (14,3%), una del CAP Santa Clara (7,7%) i una de l'Hospital Dr. Josep Trueta (0,9%) deien rebre els IAI a través del correu o el fax. (p=0,00).

Valoració de la informació dels informes d'alta d'infermeria

El 74,8% de les infermeres opinava que la informació que registraven als informes d'alta d'infermeria era correcta, el 9,7% consideraven que era poca, el 7,2% que era massa i el 3,1% que era poc útil. Es van perdre 15 casos.

Les infermeres de més edat (39,99±10,6) consideraven que la informació que registraven als IAI era correcte i aquelles més joves (34,67±9,2) pensaven que era poc útil, sent les diferències observades, estadísticament significatives (p=0,03). També es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració de la informació que es registrava als informes d'alta d'infermeria segons els anys d'experiència al mateix àmbit assistencial (p=0,03). Les infermeres que feia més anys que treballaven al mateix nivell assistencial opinaven que la informació era correcta (16,38±10,9), i aquelles que feia menys anys que treballen al mateix àmbit assistencial pensaven que era poca (10,00±7,4). En relació als anys de finalització dels estudis universitaris d'infermeria la tendència es mantenia, però en aquest cas les diferències trobades no van ser estadísticament significatives (Taula 50).

Taula 50: Valoració de la informació que es registra a l'informe segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral.

| | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|----------|-------|------------|-------------------|------------|------------------|------------|
| | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD | n | Mitjana±SD |
| Correcta | 217 | 39,99±10,6 | 217 | 17,90±10,6 | 217 | 16,38±10,9 |
| Massa | 21 | 36,43±9,3 | 28 | 15,81±9,2 | 28 | 14,34±8,9 |
| Poca | 28 | 34,89±8,8 | 21 | 12,57±8,7 | 21 | 10,00±7,4 |
| Poc útil | 9 | 34,67±9,2 | 9 | 12,78±8,3 | 9 | 11,44±7,5 |
| Total | 275 | 39,02±10,4 | 275 | 17,04±10,4 | 275 | 15,34±10,5 |
| Sig | 0,03* | | 0,05 | | 0,03* | |

Coeficient de Kruskal Wallis per a mostres independents. *pvalor<0,05

El 79,4% de les infermeres i el 76,6% dels infermers opinaven que la informació que es registrava als informes d'alta d'infermeria era correcta, el 6,1% de les infermeres i el 20% dels infermers que era massa, l'11,4% de les infermeres que era poca i el 3,3% de les infermeres i el 3,4% dels infermers que era poc útil, sent les diferències entre les valoracions de la informació que es registrava als informes segons sexe, estadísticament significatives (p=0,02).

Les infermeres que estaven més d'acord amb que la informació que es registrava als informes d'alta d'infermeria era correcta tenien un contracte fixa sense oposició (86%) i aquelles que hi estaven menys d'acord tenien un contracte eventual (65,5%), sent aquestes mateixes les que consideraven que la informació era poca (16,4%) i poc útil (9,1%). No es van observar diferències estadísticament significatives.

Les diferències observades entre la valoració de la informació que es registrava als informes d'alta d'infermeria segons el càrrec de les infermers tampoc va mostrar diferències estadísticament significatives, sent les infermeres amb funcions d'enllaç o Gestió de Casos les que consideraven que la informació era més correcta (100%). El 10,4% de les infermeres assistencials opinaven que la informació era poca i el 13,3% de les infermeres amb càrrecs de direcció que era massa.

No es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració que es feia de la informació que es registrava als IAI segons la formació de les infermeres.

La majoria d'infermeres de l'ASS i l'ASM consideraven que la informació que registraven als informes d'alta d'infermera era correcta (91,7% i 91,4% respectivament). A l'AH, un 74,8% de les infermeres també opinava que la informació era correcta, però un 13,6% creia que aquesta era poca. Les diferències entre la valoració de la informació que s'omplia als informes d'alta d'infermeria segons l'àmbit assistencial van ser estadísticament significatives (p=0,04) (Taula 51). Segons centre i servei de treball, no es van observar diferències significatives.

Taula 51: Valoració de la informació que es registra a l'informe segons àmbit assistencial

| | AH | ASS | ASM | Total | P |
|----------|-------------|-----------|-----------|------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Correcta | 154 (74,8) | 31(91,7) | 32(91,4) | 217(78,9) | 0,04* |
| Massa | 16 (7,7) | 3(8,8) | 2(5,7) | 21(7,6) | |
| Poca | 28 (13,6) | - | - | 28(10,2) | |
| Poc útil | 8 (3,9) | - | 1(2,9) | 9(3,3) | |
| Total | 206 (100,0) | 34(100,0) | 35(100,0) | 275(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05.

Temps dins la jornada laboral per fer els informes d'alta d'infermeria

La variable "creure que falta temps dins la jornada laboral per omplir els informes d'alta d'infermeria" va rebre una puntuació mitjana de 2,01±0,88 punts (Rang:1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt d'acord/d'acord, normal i desacord/molt desacord. El 71,7% de les infermeres estava molt d'acord o d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per fer els informes d'alta d'infermeria, mentre que el 5,2% hi estava en desacord o molt desacord.

Les infermeres que estaven més d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral tenien una mitjana de 38,9±10,5 anys, feia 16,9±10,4 anys que havien acabat els estudis universitaris i 15,2±10,6 anys que treballaven al mateix nivell assistencial i les infermeres que no consideraven que faltés temps dins la jornada per omplir els IAI tenien una mitjana d'edat de 37,7±8,2 anys, feia 13,7±8,7 anys que havien acabat els estudis universitaris d'infermeria i 13,3±8,8 anys que treballaven al mateix nivell assistencial. Les diferències en la valoració del temps dins la jornada laboral per omplir els IAI segons l'edat, els anys de finalització dels estudis d'infermeria i els anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial no van ser significatives.

Segons sexe, tampoc es van observar diferències estadísticament significatives, sent els infermers (73,3%) els que estaven més d'acord en què faltava temps dins la jornada laboral per omplir els IAI. El 71,5% de les infermeres hi estaven molt d'acord o d'acord.

D'alta banda, les diferències trobades entre la valoració que es feia del temps per omplir els informes d'alta d'infermeria segons el tipus de contracte van ser estadísticament significatives (p=0,00). Les infermeres amb un contracte eventual eren les que estaven més d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per fer els IAI (85,7%), seguides de les infermeres amb un contracte fixa sense oposició (75,7%). Les infermeres que estaven menys d'acord amb

què faltava temps per fer els IAI eren aquelles amb un contracte interí (39,4%). A la taula 52 s'hi presenten els resultats.

Taula 52: Percepció de falta de temps per fer els informes segons contracte

| Temps | Fixa oposició | Fixa no oposició | Interí | Eventual | Total | P |
|--------------------|---------------|------------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 91 (71,7) | 56 (75,7) | 13 (39,4) | 48 (85,7) | 208 (71,7) | 0,00* |
| Normal | 30 (23,6) | 17 (23,0) | 14 (42,4) | 6 (10,7) | 67 (23,1) | |
| Desacord/molt des. | 6 (4,7) | 1 (1,4) | 6 (18,2) | 2 (3,6) | 15 (5,2) | |
| Total | 127 (100,0) | 74 (100,0) | 33 (100,0) | 56 (100,0) | 290 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

No es van observar diferències estadísticament significatives en la valoració del temps per omplir els informes d'alta d'infermeria segons el càrrec que ocupaven les infermeres. Les infermeres que hi estaven més d'acord eren les d'enllaç o gestores de asos (100%) i aquelles que hi estaven menys d'acord, les que ocupaven càrrecs de direcció, el 56,3% hi estaven molt d'acord o d'acord, el 31,3% normal i el 12,5% desacord o molt desacord. El 72,5% de les infermeres assistencials consideraven que faltava temps dins la jornada laboral per fer els IAI.

Segons la formació rebuda, es van observar diferències significatives en la formació de doctorat ($p=0,03$), sent les infermeres sense formació de doctorat (72%), les que estaven més d'acord en que faltava temps dins la jornada laboral per omplir els IAI. Les infermeres que no havien cursat formació continuada (82,6%), eren les que estaven més d'acord amb la falta de temps per omplir els IAI ($p>0,05$).

Les infermeres que treballaven a l'ASS eren les que estaven més d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per omplir els IAI (82,4%) i aquelles que hi estaven menys d'acord, eren les que treballaven a l'ASM, el 50% puntuava normal i el 8,3% desacord o molt desacord ($p=0,00$) (Taula 53).

Taula 53: Percepció de falta de temps per fer els informes segons àmbit assistencial

| Temps | AH | ASS | ASM | Total | P |
|------------------|-------------|------------|------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Molt acord/acord | 165 (75,0) | 28 (82,4) | 15 (41,7) | 208(71,7) | 0,00* |
| Normal | 45 (20,5) | 4 (11,8) | 18 (50,0) | 67(23,1) | |
| Desacord/m. des. | 10 (4,5) | 2 (5,9) | 3 (8,3) | 15(5,2) | |
| Total | 220 (100,0) | 34 (100,0) | 36 (100,0) | 290 (100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

Les infermeres que estaven més d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per omplir els informes d'alta d'infermeria eren aquelles que treballaven a la residència Tesar

(100%) i les que hi estaven menys d'acord, les que treballaven al centre sociosanitari Sant Josep de Cassà de la Selva, el 33,3% hi estaven desacord o molt desacord. El 72,6% d'infermeres de l'HSC i el 77,1% d'infermeres de l'HDJT estaven molt d'acord o d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per omplir els IAI (p=0,03). Segons servei de treball, també es van observar diferències significatives (p=0,01), sent les infermeres dels serveis de subaguts (100%) i maternoinfantil (90,5%) les que estaven més d'acord amb que faltava temps dins la jornada laboral per omplir els informes d'alta d'infermeria, i les que treballaven a la UPD, les que hi estaven menys d'acord, el 50% puntuaven desacord o molt desacord (Taula 54).

Taula 54: Percepció de falta de temps per fer els informes segons centre i servei de treball

| Centre | 1 | 2 | 3 | Total | P |
|------------------|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|-------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| HSC | 77 (72,6) | 23 (21,7) | 6 (5,7) | 106 (100,0) | 0,03* |
| HDJT | 84 (77,1) | 21 (19,3) | 4 (3,7) | 109 (100,0) | |
| Salus | 14 (87,5) | 1 (6,3) | 1 (6,3) | 16 (100,0) | |
| Mút. | 5 (83,3) | 1 (16,7) | - | 6 (100,0) | |
| Cassà | 1 (33,3) | 1 (33,3) | 1 (33,3) | 3 (100,0) | |
| Llagos | 1 (50,0) | 1 (50,0) | - | 2 (100,0) | |
| Tesar | 2 (100,0) | - | - | 2 (100,0) | |
| PHJM | 15 (41,7) | 18 (50,0) | 3 (8,3) | 36 (100,0) | |
| Servei | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Maternoinfantil | 19 (90,5) | 2 (9,5) | - | 21 (100,0) | 0,01* |
| Pediatría | 9 (81,8) | 2 (18,2) | - | 11 (100,0) | |
| Neonat | 4 (80,0) | 1 (20,0) | - | 5 (100,0) | |
| Cirurgia general | 6 (50,0) | 5 (41,7) | 1 (8,3) | 12 (100,0) | |
| Traumatologia | 17 (63,0) | 9 (33,3) | 1 (3,7) | 27 (100,0) | |
| Cardiologia | 19 (82,6) | 3 (13,0) | 1 (4,3) | 23 (100,0) | |
| Neurologia | 1 (50,0) | 1 (50,0) | - | 2 (100,0) | |
| Medicina Interna | 17 (73,9) | 4 (17,4) | 2 (8,7) | 23 (100,0) | |
| Paliatius | 7 (77,8) | 2 (22,2) | - | 9 (100,0) | |
| Hemodialisis | 5 (45,5) | 5 (45,5) | 1 (9,1) | 11 (100,0) | |
| Quiròfen | 14 (82,4) | 1 (5,9) | 2 (11,8) | 17 (100,0) | |
| Urgències | 15 (83,3) | 2 (11,1) | 1 (5,6) | 18 (100,0) | |
| Subaguts | 3 (100,0) | - | - | 3 (100,0) | |
| UHEDI | 1 (25,0) | 2 (50,0) | 1 (25,0) | 4 (100,0) | |
| URPI | 1 (33,3) | 2 (66,7) | - | 3 (100,0) | |
| UPD | 1 (50,0) | - | 1 (50,0) | 2 (100,0) | |
| Hospital de dia | 4 (66,7) | 2 (33,3) | - | 6 (100,0) | |
| Hospital C | 1 (14,3) | 6 (85,7) | - | 7 (100,0) | |
| Sociosanitari | 25 (80,6) | 4 (12,9) | 2 (6,5) | 31 (100,0) | |
| Corretorns | 32 (78,0) | 8 (19,5) | 1 (2,4) | 23 (100,0) | |
| Altres | 7 (50,0) | 6 (42,9) | 1 (7,1) | 14 (100,0) | |
| Total | 208 (71,7) | 67 (23,1) | 15 (5,2) | 290(100,0) | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson *Pvalor<0,05.

HSC: Hospital Sta.Caterina / HDJT: Hospital Dr. Josep Trueta / Salus: Clínica Salus Infirmorum / Mút: Mutuam Girona/ Cassà:Residència geriàtrica Sant Josep de Cassà de la Selva / Llagostera: Residència Geriàtrica Sant Josep de Llagostera / PHJM: Centre de Salut Mental Parc Hospitalari Martí i Julià.

UHEDI:Unitat Hospitalització Especialitzada en Discapacitats Intel.lectuals / URPI: Unitat de Referència per Psiquiatria Infantil i Juvenil / UPD: Unitat de Patologia Dual

1.Molt acord/acord, 2.Normal, 3.Desacord/molt desacord

Grau de consulta dels informes d'alta d'infermeria

La variable “consultar tots els informes d'alta d'infermeria que arriben” va rebre una puntuació mitjana de $1,40 \pm 0,70$ punts (Rang:1-5). Per estudiar la variable de forma qualitativa es van recodificar els resultats en una escala de 3 categories: molt d'acord/d'acord, normal i desacord/molt desacord. El 89,9% de les infermeres estaven molt d'acord o d'acord amb què consultava tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a la consulta, el 9,5 % puntuava normal i el 0,7% deia que hi estaven desacord o molt desacord.

A la taula 55 es presenten els resultats referents a la consulta de tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a les consultes, estratificats segons edat, anys que feia que s'havien acabat els estudis universitaris i anys treballats al mateix àmbit assistencial, observant-se diferències significatives en les tres dimensions ($p=0,00$). Com més edat ($44,18 \pm 10,6$), més anys feia que s'havien acabat els estudis universitaris d'infermeria ($20,87 \pm 11,2$) i més anys d'experiència laboral al mateix nivell assistencial ($14,73 \pm 9,0$) més d'acord s'estava amb què es consultaven tots els IAI que arribaven a la consulta d'AP.

Taula 55: Consulta d'informes segons edat, anys de finalització d'estudis universitaris i anys d'experiència laboral

| Consulta | Edat | | Anys finalització | | Anys experiència | |
|--------------------|-------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD | n | Mitjana \pm SD |
| Molt acord/acord | 132 | 44,18 \pm 10,6 | 132 | 20,87 \pm 11,2 | 132 | 14,73 \pm 9,0 |
| Normal | 14 | 25,21 \pm 9,8 | 14 | 11,86 \pm 8,8 | 14 | 6,71 \pm 5,7 |
| Desacord/molt des. | 1 | 28,00 \pm 0,0 | 1 | 4,00 \pm 0,0 | 1 | 2,00 \pm 0,0 |
| Total | 147 | 43,21 \pm 10,9 | 147 | 19,89 \pm 11,2 | 147 | 13,88 \pm 9,1 |
| p | 0,00* | | 0,00* | | 0,00* | |

Prova de Kruskal-Wallis per a mostres independents. Pvalor<0,05

Segons el sexe dels participants, no es van observar diferències significatives en consultar o no tots els informes que arribaven a la consulta de la infermera d'AP. El 89,9% de les infermeres i el 100% dels infermers estaven molt d'acord o d'acord.

Tampoc es van observar diferències estadísticament significatives en consultar tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a la consulta segons el tipus de contracte, sent les infermeres amb un contracte fixa sense oposició les que hi estaven més d'acord (100%) i aquelles amb un contracte eventual les que hi estaven menys d'acord, el 20% responia normal i el 5% desacord o molt desacord.

La valoració que es feia sobre consultar tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a la consulta, segons el càrrec que ocupaven les infermeres, no va mostrar diferències

estadísticament significatives, sent aquelles amb càrrecs d'enllaç i gestió de casos (100%) o direcció (100%), les que hi estaven més d'acord.

Segons la formació que tenien les infermeres, vam observar diferències estadísticament significatives en consultar tots els informes d'alta d'infermeria que arribaven a les consultes d'AP segons la formació en postgrau ($p=0,00$), màster ($p=0,00$), formació continuada ($p=0,00$) i formació de postgrau + formació continuada (F1) ($p=0,00$). Les infermeres que tenien formació de postgrau (95,3%), les que no tenien formació en màster (97%), les que tenien formació continuada (96,4%) i aquelles que tenien formació de postgrau + formació continuada (96,2%) eren les que estaven més d'acord en consultar tots els informes que arribaven a la consulta d'AP (Taula 56).

En relació al centre de treball, també es van observar diferències estadísticament significatives ($p=0,02$). Les infermeres que estaven més d'acord en consultar tots els informes d'alta que arribaven a la consulta eren les que treballaven al CAP de Breda-Hostalric (100%), Santa Clara (100%), Can Gibert del Plà (100%), Montilivi (100%), Sarrià (100%) i Celrà (100%) i les que hi estaven menys d'acord les que treballaven al CAP de Sant Hilari-Arbúcies, el 16,7% va contestar normal i el 16,7% desacord o molt desacord.

Finalment, no es varen detectar diferències estadísticament significatives entre consultar o no tots els informes d'alta d'infermeria que arriben a la consulta d'AP segons el servei de treball de les infermeres. El 89,5% de les infermeres del servei d'adult i el 92,3% de les del servei de pediatria deien estar-hi molt d'acord o d'acord.

Taula 56: Consulta d'informes segons formació rebuda

| Consulta | Postgrau | | Màster | | Doctorat | | Continuada | | Investigació | | Publicació | | F1 | |
|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) | Si n (%) | No n (%) |
| 1 | 122(95,3) | 10(52,6) | 34(73,9) | 98(97,0) | 4(100,0) | 128(89,5) | 107(96,4) | 25(69,4) | 25(100,0) | 107(87,7) | 33(91,7) | 99(89,2) | 102(96,2) | 30(73,2) |
| 2 | 5(3,9) | 9(47,4) | 12(26,1) | 2(2,0) | - | 14(9,8) | 4(3,6) | 10(27,8) | - | 14(11,5) | 3(8,3) | 11(9,9) | 4(3,8) | 10(24,4) |
| 3 | 1(0,8) | - | - | 1(1,0) | - | 1(0,7) | - | 1(2,8) | - | 1(0,8) | - | 1(0,9) | - | 1(2,4) |
| Total | 128(100,0) | 19(100,0) | 46(100,0) | 101(100,0) | 4(100,0) | 143(100,0) | 111(100,0) | 36(100,0) | 25(100,0) | 122(100,0) | 36(100,0) | 111(100,0) | 106(100,0) | 41(100,0) |
| p | 0,00* | | 0,00* | | 0,79 | | 0,00* | | 0,18 | | 0,82 | | 0,00* | |

Prova de Chi Quadrat de Pearson. *Pvalor<0,05

1. Molt acord/acord ; 2. Normal ; 3. Desacord/molt desacord

4.8. Resultats de les opinions de les infermeres en relació a la continuïtat assistencial infermera

Identificació del perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera

S'han estructurat els resultats recollits a l'apartat de perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres en dos apartats. El primer recull el perfil de pacient que les infermeres pensaven que havia de sortir amb un informe d'alta d'infermeria. El segon té en compte el perfil de pacient que hauria d'ingressar amb un informe de la infermera d'AP, o de l'àmbit assistencial des del qual es deriva.

No es van observar diferències en la percepció d'aquesta necessitat segons el nivell assistencial en el qual les infermeres treballaven, per tant, els resultats es presenten de forma conjunta. Les infermeres dels diferents àmbits assistencials consideraven com a pacients amb més necessitat de continuïtat de cures infermeres els següents perfils de pacients:

- Pacients complexes, fràgils, terminals, PCC i MACA
- Pacients d'edat avançada
- Pacients crònics: MPOC, IC, oncològics, medicacions o dietes especials i pacients amb alt risc de descompensació i reingrés
- Pacients que hagin patit un ICTUS
- Pacients dependents per les ABVD
- Pacients psiquiàtrics o amb trastorn mental
- Pacients amb intervenció quirúrgica
- Pacients amb cures complicades o plans de cures oberts i que necessitin un seguiment
- Pacients amb tractaments farmacològics que precisin control infermer
- Pacients amb problemàtica social, poc suport familiar, risc de claudicació del cuidador, que visquin sols, en un entorn poc favorable o amb risc d'exclusió social
- Pacients dependents: físic, psíquic o socialment
- Pacients inclosos al Programa ATDOM
- Pacients amb dificultats per posar-se en contacte amb la infermera referent d'AP
- Pacients que precisen educació en algun aspecte de la cura de la seva salut
- Pacients polimedicats

Algunes infermeres pensaven que tots els pacients que surten d'alta de l'hospital ho haurien de fer amb un informe d'alta infermer.

-“tots els pacients surten d’alta amb un informe d’alta mèdic, llavors perquè no ho haurien de fer amb un informe d’alta d’infermeria?”

Al preguntar pel perfil de pacients que consideraven que havia d’ingressar amb un informe de la infermera del nivell assistencial des del qual es feia l’ingrés hospitalari, els perfils de pacients van ser:

- Pacients pluripatològics, complexos, fràgils, PCC, MACA, oncològics i terminals
- Pacients crònics: MPOC, IC, oncològics
- Pacients amb risc elevat de descompensació
- Pacients dependents per les ABVD
- Pacients psiquiàtrics, amb trastorn mental o deteriorament cognitiu
- Pacients amb problemàtica social, poc suport familiar o risc de claudicació del cuidador principal
- Pacients hiperfreqüentadors
- Pacients inclosos al Programa ATDOM
- Pacients que segueixin cures o controls amb la infermera d’AP i que requereixin continuar amb controls infermers
- Pacients amb cures, tractaments o dietes especials
- Pacients que ingressin de forma programada per una llarga estada, convallescència o descans familiar
- Pacients amb dificultats per l’expressió

Les infermeres consideraven que calia conèixer quin era el perfil de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial infermera, assegurant una continuïtat infermera immediata en tots aquells més fràgils, vulnerables i amb risc de descompensació. En aquets casos, caldria una actuació més enllà, segurament mitjançant les infermeres d’enllaç i les gestores de casos.

Les sessions comunes entre infermeres de diferents àmbits per parlar de casos concrets també es va considerar com una proposta de millora.

-“penso que no cal fer informe de continuïtat de cures a tots els pacients, perquè llavors restem importància a aquest procés”

Valoració del contingut i utilitat dels informes d'alta d'infermeria i les vies d'arribar d'aquests als diferents àmbits assistencials

Les infermeres consideraven que un IAI útil i amb garantia per a la continuïtat assistencial infermera havia de ser individualitzat per a cada pacient, ja que les necessitats són diferents en cada cas.

L'IAI que s'utilitzava, en el moment de l'estudi, tenia un plantilla rígida i poc modificable, on la infermera es cenyia a omplir tot allò que se li demanava. Els resultats d'estudi van recollir algunes opinions contraries a aquest tipus de model.

-“no crec amb les plantilles que tenim, a vegades apuntem per apuntar, com robots”

-“penso que ens hem acostumat a omplir creus i a vegades ho fem tant mecànicament que no diem allò realment important per l'altra infermera”

-“a mi em serveix el que m'explica la infermera d'enllaç, les creus de l'informe d'alta no em diuen gaire res”.

Les infermeres demanaven informes d'alta d'infermeria més competents, no tant rígids i amb capacitat d'individualitzar-los segons les necessitats de cada pacient. Informes àgils, clars i amb capacitat de transmetre la informació necessària per a cada un dels pacients, en els que hi poguessin treballar totes les infermeres que havien atès el pacient en algun moment. Es parlava de l'IAI ideal com aquell que dona la mateixa informació que el contacte telefònic amb la infermera d'enllaç.

-“no cal passar totes les escales a tots els pacients, cada pacient té unes necessitats i per tant només cal omplir allò realment necessari per aquell pacient”

-“jo faria una estructura única: part física, social.. i que després fos text lliure”

-“...treure tot el que són creus i fer quatre ratlles, només problemes pendents de resoldre” “a mi les escales amb numeració no em serveixen de res, seria més útil un escrit de tres ratlles que digués com ha estat durant l'ingrés i amb quins problemes surt, potser no tantes creus i escales i més text lliure”

-“a mi el que em sap greu és que potser tenen molta feina a valorar totes les necessitats infermeres, i si us he de ser sincera més molt poc útil a l'hora d'anar, per exemple, a un domicili”

-“potser està massa enfocat a tècniques: la cura, punts... i trobo a faltar per exemple com s’ha curat a l’hospital, quins materials no han anat bé, per no tornar-hi, si el pacient surt amb bolquer i això no ho trobo, no trobo les coses que comencen a l’hospital”

-“penso que l’alta hauria de ser igual que quan la infermera d’enllaç et truca i t’ho explica, sense patrons, ni necessitats, simplement un resum”

-“l’alta ideal seria la trucada de la infermera d’enllaç gravada, parlar ens agrada més i és més fàcil”

-“cal buscar una alta àgil ja que cada vegada els pacients estan menys a l’hospital i és difícil fer altes complexes. Les altes han de ser obertes, perquè cada infermera hi pugui apuntar allò que ha fet o que creu important per dir a AP”

Les infermeres demanaven que els informes fossin ben complimentats, amb objectius i plans de cures assumibles pel nivell assistencial on es derivava al pacient.

-“crec que la infermera d’hospital té moltes coses a dir al pacient, i segurament ja ho ha fet i està emetent l’IAI perquè toca i prou, i a mi m’agradaria saber tot allò que li ha dit al pacient, consells donats, consells sobre dieta, exercici..”

-“...a vegades es pauten unes cures o controls que no es poden assumir des de l’Atenció Primària....a l’hospital es poden fer cures cada 12 hores, però quan cal anar a curar al pacient al domicili això és complicat”

A la taula 57 s’exposen les dimensions que les infermeres dels diferents àmbits assistencials consideraven que havien de contenir els IAI. Per altra banda, a la taula 58 s’hi exposen les dimensions que les infermers consideraven que havia de contenir l’informe d’ingrés del pacient.

Taula 57: Dimensions que haurien de contenir els informes d'alta d'infermeria

| Dimensió | Opinió |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Activitats permeses a l'alta | - <i>"aniria bé saber tot allò que pot fer el pacient quan surt de l'hospital: exercicis, necessitats de rehabilitació..."</i> |
| Comprensió del tractament pautat del pacient i família i capacitat d'autocura | - <i>"cal dir que ha entès el pacient"</i> - <i>"...té capacitat per assumir la cura la família?"</i> |
| Data i motiu d'ingrés | - <i>"a mi m'agradaria que hi hagués la data i motiu d'ingrés i la data d'alta, perquè quan vull veure la data d'ingrés haig d'anar a mirar l'alta mèdica"</i> |
| Diagnòstics infermers i mèdics | - <i>"a mi m'és més fàcil que hi hagi diagnòstics mèdics...però també han d'aparèixer els infermers."</i> |
| Evolució durant l'ingrés | - <i>"si l'alta pogués resumir tot allò que ha anat passant mentre el pacient ha estat a l'hospital seria perfecte"</i> |
| Informació que té el pacient | - <i>"...la informació que té el pacient, el nivell de comprensió i si cal reforçar algun aspecte..."</i> |
| Necessitats a l'alta | - <i>"especificar si cal anar al domicili o podrà venir al CAP"</i> |
| Nom i contacte de la infermera responsable de l'informe | - <i>"nom de la infermera que l'escriu"</i> |
| Problemes de salut a l'alta | - <i>"...quins problemes de salut té el pacient a l'alta"</i> |
| Propera visita amb l'especialista | - <i>"dia i hora que ha de tornar de control a l'hospital"</i> |
| Proves realitzades | - <i>"totes les proves que se li han fet a l'hospital i si cal també seria bo adjuntar els resultats"</i> |
| Riscos a l'alta | - <i>"risc de caigudes..."</i> - <i>"risc de claudicació familiar"</i> - <i>"risc aïllament social"</i> - <i>"risc de descompensació de la patologia crònica"</i> |
| Vacunes | - <i>"l'estat vacunal és molt important, i es fa molt malament. A vegades li han fet una intervenció quirúrgica i no sabem si li han posat el tètanus o li han preguntat si estava ben vacunat"</i> - <i>"...caldria anotar les negatives a vacunes"</i> |
| Valoració infermera a l'alta | - <i>"l'informe ha de tenir un Barthel, un Lawton, valoració de risc de nafres i un MNA"</i> - <i>"...la valoració cognitiva i de l'estat anímic també és important....també s'hauria de dir si ha perdut pes"</i> |
| Valoració social | - <i>"jo voldria saber si el cuidador té coneixements, si s'ha parlat amb serveis socials"</i> - <i>"a vegades a l'hospital fan el contacte amb l'assistent social i quan arriba el recurs ja és el moment de donar l'alta i queda tot una mica penjat "</i> - <i>"posar si el pacient esta sol a l'hospital, si té cuidador i si està capacitat per cuidar-lo, si la família s'implica o no..."</i> |
| Tractaments pautats: farmacològics, dietètics i cures. | - <i>"a mi m'agradaria saber amb quines pomades i apòsits l'han estat curant, per no repetir tractaments que no li funcionin"</i> - <i>"és important saber si ha hagut de fer antibiòtic"</i> |

Taula 58: Dimensions que haurien de contenir els informes d'ingrés del pacients

| Dimensió | Opinió |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antecedents patològics basals i evolució als darrers mesos | - <i>"m'agradaria saber totes les malalties que té el pacient...els controls que segueix amb l'equip d'AP"</i> |
| Al·lèrgies i intoleràncies | - <i>"al·lèrgies"</i> - <i>"intoleràncies a aliments"</i> |
| Coneixements del pacient | - <i>"l'informe hauria de dir que sap el pacient sobre la seva patologia i com ho afronta"</i> |
| Constants basals | - <i>"és important saber quan satura de base, quina TA..."</i> |
| Diagnòstics infermers i mèdics | - <i>"a mi m'és més fàcil que hi hagi diagnòstics mèdics...però també han d'aparèixer els infermers."</i> |
| Estil de vida: dieta, consum de tòxics | - <i>"dieta que segueix: asòdica, hipocalòrica..."</i> - <i>"saber si el pacient és fumador i el número d'UBAs que consumeix cada dia"</i> |
| Motiu d'ingrés | - <i>"motiu d'ingrés"</i> |
| Qualitat de vida del pacients | - <i>"la infermera d'AP coneix molt bé el pacient, a l'hospital és més difícil...conèixer quina qualitat de vida té aquest a casa serviria per saber el que en podem esperar"</i> |
| Tractaments: farmacològics, dietètics, cures | - <i>"les cures que s'han estat fent a l'ambulatori i quins productes s'han utilitzat"</i> - <i>"quins apòsits no li han anat bé"</i> |
| Valoració infermera | - <i>"seria important conèixer Barthel, Lawton i el risc de nafres"</i> - <i>"un minimal i la valoració de l'estat anímic del pacient"</i> - <i>"a mi m'agradaria que hi sortís el control d'esfínters"</i> |
| Valoració social | - <i>"cuidador principal del pacient i quines capacitats té aquest."</i> - <i>"si s'ha fet un treball conjunt amb serveis socials...penso que això és molt important"</i> |

Propostes de millora per a la CAI

A continuació es presenten les propostes de millora per aconseguir una continuïtat assistencial infermera de qualitat i amb garantia per a la seguretat de les cures infermeres.

S'han categoritzat les diferents opinions en 3 grups: xarxa de comunicació i enllaç, pacients i seguretat i qualitat en la continuïtat assistencial.

Valoració de la xarxa de comunicació i enllaç

Les infermeres consideraven com a propostes de millora: assegurar una xarxa de comunicació i enllaç entre tots els hospitals, centres d'AP, ASS i ASM i no només entre aquells centres que depenguessin d'una mateixa institució, unificant programes informàtics i assegurant un accés a la HC3; assegurar circuits de comunicació clars, ràpids, àgils i eficaços, potenciant i promocionant aquells ja establerts, tot vetllant per aconseguir una bidireccionalitat de la

informació i establir sessions comunes entre infermeres dels diferents àmbits assistencials, per tractar temes relacionats amb la continuïtat assistencial infermera i per millorar la confiança entre professionals.

-“és nefast que no tinguem sistemes informàtics compartits. Des de primària hauríem de poder veure que han fet a l'hospital i des de l'hospital també haurien de poder veure, per exemple, les cures que hem estat fent nosaltres a primària”

-“ a AP tenim molta informació que a la infermera d'hospital li aniria bé tenir, per això cal una mena d'informe bidireccional”

-“crec que hi ha d'haver un feed-back AP-hospital...de fet hi hauria d'haver una alta que fos en dues direccions i que moltes coses les pogués emplenar la infermera de primària...llavors la de l'hospital només hauria d'annotar els canvis”

-“si sabéssim que el pacient ha ingressat, podríem fer-los arribar un informe amb les coses que coneixem omplertes, com viu el pacient, dieta que fa, si fa exercici, les vacunes que porta, les al·lèrgies, si entén l'idioma”

“...potser caldria que ens assegússim infermeres de l'hospital i de primària per aconseguir l'informe d'alta d'infermeria que volem”

Valoració de la seguretat i qualitat en la continuïtat assistencial infermera

Les infermeres consideraven que calia augmentar la formació en comunicació i continuïtat assistencial infermera i el coneixement sobre els nous rols infermers i les seves competències. També consideraven que calia revisar les competències personals de cada professional a fi d'assignar llocs de treball i càrrecs en funció d'aquestes.

-“infermeria en general comunica poc als altres nivells assistencials i potser no comunica més perquè no sap com fer-ho”

Les infermeres demanaven més temps per revisar històries clíniques, incorporant la recerca d'informació procedent d'altres àmbits assistencials i, més temps, per fer els informes d'alta d'infermeria.

-“segurament si abans de fer l’alta es llegís el curs infermer i tot el que li ha passat i se li ha fet al pacient, llavors podríem donar molta més informació i quedaria més bé, però falta molt de temps”

Opinaven que calia un accés fàcil, ràpid i segur a tots els informes d’alta d’infermeria des de qualsevol àmbit assistencial i més implicació del col·lectiu en la revisió de la HC3.

-“...és veritat que a vegades llegir tot el que han apuntat les companyes sobre un pacient fa mandra, però és necessari fer-ho”

Les infermeres consideraven les altes hospitalàries dels divendres a la tarda com una barrera important en la continuïtat assistencial i opinaven que calia augmentar la seva competència i autonomia en la decisió del moment oportú de l’alta.

-“moltes vegades les infermers coneixem molt millor si el pacient té el domicili en condicions, si té un suport familiar adequat o si té els coneixements d’autocura adequats, llavors penso que la millora en el seu estat de salut no hauria de ser l’únic factor a valorar quan es decideix que marxa d’alta, potser el criteri infermer podria evitar reingressos”

L’anticipació a l’alta mitjançant el PREALT es va considerar un sistema segur, per tant, calia vetllar pel seu bon funcionament i seguir treballant per estandarditzar els plans de cures que s’hi reflectien.

-“no som capaces de parlar el mateix llenguatge, ni tant sols a vegades veient el mateix pacient diem el mateix”

Altres propostes de millora recollides van ser: augmentar el número d’infermeres d’enllaç; conèixer la infermera referent de cada pacient i possibilitar la intervenció, en l’alta del pacient, de totes les infermeres que l’han atès en algun moment; major implicació de totes les institucions i de tots els professionals infermers en temes de continuïtat assistencial infermera; crear referents infermers a l’AP, especialitzats en psiquiatria i amb comunicació constant amb la xarxa de Salut Mental i la creació d’espais de visita de les infermeres d’AP quan els pacients es troben ingressats, amb l’objectiu de no perdre el vincle amb la salut comunitària.

-“no pot ser que l’informe d’alta el faci la infermera en el moment que li donen l’alta al pacient. Ha de ser un informe diferent, hi ha coses que no canvien, per exemple la manera de viure d’una persona, i altres que sí, per tant cada dia s’hauria d’anar treballant una mica amb aquesta alta....si es fa una educació sobre una heparina s’hauria d’escriure: faig educació...”

5-Discussió

En l'estudi sobre la satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera van participar 437 infermeres dels 4 àmbits assistencials: Atenció Primària, Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental, obtenint una taxa de resposta del 68,5%. Altres estudis similars al nostre obtingueren taxes de resposta del 75%²⁶¹, 47,9%²⁶² i 57,4%²⁶³.

La mitjana d'edat era de 40,52 anys, que es correspon força a la mitjana d'edat de les infermeres que treballen a Catalunya, exceptuant Lleida, on és de 39 anys, i amb un 50% del col·lectiu menor de 40 anys segons el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya⁷⁹. L'estudi de Ferrús⁸⁰, amb 1.571 infermeres espanyoles participants, amb una mitjana d'edat de 37,5 anys, exposa que un 50,9% de les infermeres fa més de 10 anys que han acabat els estudis d'infermeria i que un 59% fa més de 10 anys que treballen al mateix nivell assistencial, coincidint amb els resultats d'estudi, on la mitjana d'anys de finalització dels estudis universitaris era de 18,05 anys, i la mitjana d'anys treballats al mateix àmbit assistencial era de 14,93.

Infermeria és una professió eminentment femenina²⁶⁴, situació concordant amb els resultats d'estudi, on un 92,4% eren dones, i similar a altres estudis realitzats amb poblacions d'infermeres d'arreu d'Espanya on s'obtenen perfils segons sexe semblants als nostres, 88% de dones²⁵⁹.

La situació laboral de l'estudi manifesta que més de la meitat de les infermeres tenien un contracte fix i un 17,4% el tenien eventual, aspecte rellevant, ja que s'han identificat les repercussions negatives que les condicions laborals, com ara la incertesa respecte a la continuïtat de contracte i la mobilitat de professionals, poden tenir sobre les infermeres i, concretament, sobre la qualitat assistencial⁸⁰.

Tal com indica el *Código Deontológico de la Enfermería Española*, la infermera és responsable d'actualitzar constantment els seus coneixements personals (Art.60), sent conscient de la necessitat d'una formació permanent (Art.70), valorant les seves necessitats d'aprenentatge, buscant els recursos apropiats i sent capaç d'autodirigir la seva pròpia formació (Art.71). Així mateix, la Llei 16/2003, de 28 de maig de cohesió i qualitat del SNS, assenyala la formació dels professionals com un factor fonamental en la millora de la qualificació professional. En aquest

sentit, reconeix la importància de la formació continuada, orientada a millorar la qualitat del procés assistencial i a garantir la seguretat de l'usuari.

A Catalunya, un 37,8% de les infermeres es segueix formant després dels estudis universitaris⁸⁰. Aiken²⁶⁵ apunta que un 10% d'increment en la proporció d'infermeres amb un alt nivell de formació, disminueix un 5% les probabilitats dels malalts de morir 30 dies després de l'ingrés. Els resultats de l'estudi mostraven una certa inquietud professional i interès pel desenvolupament professional, sent la formació de postgrau (79,4%) i la formació continuada (81,5%) les més realitzades. Aquesta situació, similar als 4 àmbits assistencials, dona un valor afegit a la qualitat i seguretat de les cures infermeres, necessari per garantir una bona continuïtat assistencial.

5.1. Satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera i necessitat percebuda

Els estudis de Harno²⁶⁶ consideren l'augment de la satisfacció dels professionals sanitaris amb la CAI com a un indicador d'avaluació de la continuïtat assistencial. La població d'estudi estava força satisfeta amb la CAI entre els diferents nivells assistencials (2,3), amb CAI percebuda pels pacients, segons la perspectiva dels professionals(2,2), i amb l'instrument utilitzat per dur-la a terme (2,2).

En relació amb l'experiència professional, Tilus²⁶⁷ apunta els anys treballats com un factor afavoridor de la satisfacció del personal infermer amb la CAI, resultats no concordants amb els nostres, on els anys d'experiència laboral no influïren en la satisfacció de les infermeres amb la CAI.

La satisfacció amb la CAI segons l'àmbit de treball, va obtenir unes puntuacions lleugerament més baixes a l'ASS i a l'AP, coincidint amb els estudis de Irazábal²⁶⁸, els quals conclouen que des de l'AP hi ha la impressió generalitzada d'una falta de retro-informació, i els d'Aller¹², Lapena¹¹ i Gómez²⁶⁹, que s'apunten a les conclusions d'Irazábal i, a més, afegeixen que si des d'AP existeix algun tipus de CAI és sempre per iniciatives personals i individuals, i que es tractaria d'una pràctica poc reconeguda i poc valorada institucionalment.

Fan²⁴³ i Mira²⁴⁴ indiquen que els pacients relacionen directament l'accessibilitat en el sistema sanitari i la percepció de continuïtat assistencial amb la seva satisfacció, i Haddock²⁴⁵ i Suñer²¹¹, afegeixen que els pacients que marxen d'alta seguint programes d'alta hospitalària estandarditzats, que inclouen comunicació entre nivells assistencials, encara estan més satisfets. Bjuresater²⁷⁰ i Garcia²⁴⁶ consideren que el procés que ofereixi una atenció integral, amb una única porta d'entrada i una única de sortida, representarà la satisfacció dels pacients

en relació amb les necessitats de salut. Segons Aller¹² i Capila²⁷¹, la majoria dels pacients catalans opinen que hi ha una bona CAI. I tots aquests autors apunten a l'AP com l'àmbit més accessible pels pacients, concordant amb als resultats d'estudi. El fet de treballar a l'AP afavoreix la opinió que tenen els professionals, amb la CAI percebuda pels pacients.

En relació amb la satisfacció respecte l'instrument utilitzat per dur a terme la CAI, s'observa que els centres d'AP rurals obtenen puntuacions significativament més elevades que els urbans. La distància entre àmbits assistencials i el fet de treballar en centres d'AP rurals, amb menys professionals, podria afavorir la importància a què es dóna als documents de comunicació entre nivells assistencials.

El centre Sociosanitari Mutuam fou el que va obtenir una major puntuació amb la satisfacció de l'IAI, fet probablement causat pel treball cooperatiu entre aquest centre i la UCA de l'Hospital Josep Trueta per consolidar un informe de comunicació entre les dues institucions. Aquesta dada posa de manifest que una major relació entre centres afavoreix, a més de la comunicació, la satisfacció dels professionals.

Darias¹⁷⁵ i Garcia²⁴⁶, coincidint amb Haddock²⁴⁵, afirmen que, amb l'aparició dels IAI, els pacients se senten més segurs ja que saben que una altra infermera continuarà el seu procés de cures. Els resultats d'estudi van mostrar que, d'una forma significativa, com més satisfacció tenien les infermers amb l'IAI, més satisfacció tenien amb la CAI percebuda pels pacients, establint-se una relació positiva entre l'aparició dels informes i els resultats de satisfacció dels usuaris.

Actualment, existeixen múltiples models d'IAI, tant en la seva estructura com en el seu contingut, sense poder parlar d'un model estàndard. Els estudis d'Ortún²⁷² exposen que la majoria de conceptes que apareixen en els IAI fan referència a aspectes més físics o biològics que no pas de tipus psicosocials, coincidint així amb els resultats de l'estudi, on la informació que donen els IAI sobre aspectes socials i familiars obté una puntuació més baixa que la resta de dimensions (6,28). Aquesta situació comporta la implantació de nous models d'atenció integrada sanitària i social¹⁴⁸. Segons Helleso¹⁸⁷, la informació dels IAI que les infermeres consideren més important són les activitats de la vida diària, resultats que no coincideixen amb els del nostre estudi, on la dimensió dels problemes infermers obté una puntuació mitjana de 6,56 punts, evidenciant-se la necessitat d'estratègies per augmentar el valor que donen les infermeres al llenguatge propi, o consolidant un IAI amb un llenguatge comú entre els diferents professionals, tant de l'àmbit sanitari com del social. La informació que els pacients consideren més important un cop marxen d'alta és segons William²¹⁰, aquella

relacionada amb el dolor, la cura de la ferida, l'activitat i la nutrició; mentre que Mistiaen²⁰⁸ considera que, una setmana després de l'alta, la informació que necessiten els pacients és aquella relacionada amb els signes de recuperació normal i les activitats permeses, com disminuir el dolor i els signes d'alarma. Les infermeres de l'estudi opinaven que aquelles activitats més importants i, per tant, que calia que apareguessin en els IAI eren les relacionades amb la malaltia actual i els tractaments infermers. Així, podem dir, a diferència dels estudis de Anthony¹⁸⁶, que existeixen coincidències entre la informació que tant pacients com infermeres consideren imprescindible, condició necessària per garantir una CAI de qualitat.

Majoritàriament, les infermeres catalanes manifesten que es fan plans de cures actualitzats i per escrit de tots els pacients⁸⁰. Els nostres resultats van donar una puntuació mitjana a la dimensió: tractaments infermers (que inclouria la planificació de cures infermeres) de 7,50 punts. Evidenciant-se que és necessari un esforç dels propis professionals i de les diferents institucions per millorar-ne la pràctica.

En l'àmbit de la Salut Mental, un estudi de Ferrús⁸⁰ indica que un 69,7% de les infermeres opina que es planifiquen les cures, resultats que no coincideixen amb els de l'estudi, on s'observava que les infermeres d'ASM ho puntuaven significativament més baix. Aquest fet pot ser degut a l'existència d'una xarxa paral·lela extrahospitalària per a l'atenció de la salut mental. Actualment, l'atenció de salut mental requereix una complexa xarxa que inclou elements hospitalaris i elements comunitaris, amb un enfocament molt dirigit a l'atenció comunitària.

Les infermeres dels hospitals catalans, segons Ferrús⁸⁰ i Egea¹⁷⁶, no utilitzen suficients diagnòstics infermers, i els resultats d'estudi evidencien aquesta premissa. La valoració sobre l'aparició de diagnòstics infermers a l'IAI va rebre la puntuació més baixa. El fet de no poder relacionar aquest punt amb l'edat de les participants ens indica el compromís que han de tenir les universitats en la millora d'aquesta competència.

En els estudis de Buixadé¹⁹⁹, les infermeres opinen que es troben amb IAI poc complimentats, sobretot en els apartats de tractament i seguiment del pacients, i d'hàbits tòxics. En d'altres estudis, les infermeres exposen que moltes vegades les estructures dels informes són inadequades, molt variables i amb falta de conceptes estandarditzats^{184,204}. Els estudis de Kalisch¹¹¹ mostren que les infermeres perceben, en els IAI, oblitats importants que repercutiran negativament a la qualitat de les cures infermeres; mentre Helleso¹⁸⁸ conclou que el col·lectiu infermer considera la informació dels IAI molt densa i amb excés de termes tècnics. Dades que

no coincideixen amb les de l'estudi, on el 74,8% de les infermeres opinaven que la informació que registraven en els IAI era correcta. Això ens fa pensar que es treballa amb un bon model d'informe d'alta d'infermeria. Per altra banda, els resultats mostraven la necessitat d'IAI menys rígids, individualitzables, semi estructurats, dinàmics, d'utilitat per a totes les infermeres que havien atès el pacient, i amb la capacitat de donar la mateixa informació que donaria la infermera d'enllaç a través del contacte telefònic. Comptar amb IAI amb plans de cures assumibles per l'àmbit assistencial on es deriva al pacient va ser una opinió constant.

La deficient interrelació entre els nivells assistencials és, segons NEWTON³⁴, deguda a la mala qualitat dels documents d'interconsulta emesos. Lucendo¹²⁸ coincideix amb Salinas²⁷³ quan diu que cal un seguiment i una retroalimentació professional, amb IAI amb formats i continguts metodològics, estandarditzats i amb circuits marcats per assegurar un bon traspàs de la informació infermera. Egea¹⁷⁶ conclou que el 89% de les infermeres pensa que els IAI no arriben al destí desitjat. Torres⁵³, coincidint amb Cruzado²⁷⁴, considera que, encara ara, la majoria d'IAI arriben directament a través del pacient, coincidint aquests resultats amb els nostres, on el 43,9% de les infermeres deien rebre la majoria d'IAI a través de la infermera d'enllaç i el 33,2% directament dels pacients o família, sent a l'ASS on, significativament, la majoria d'IAI arribaven per aquesta darrera via (44,1%). Així doncs, a l'àmbit de l'ASS és on fa falta un major treball en processos de CAI.

Els estudis de Suzuki¹⁷⁰ i Armitages²¹⁸ ens parlen de les barreres infermeres a l'hora de fer els IAI. Entre elles: les curtes estades hospitalàries, la variabilitat de la pràctica clínica i dels professionals implicats en l'alta i la falta de comunicació entre professionals. Bowles¹⁰⁸ considera que falta temps dins la jornada laboral per fer educació i recomanacions a l'alta del pacient, desfavorint la qualitat de la cura de salut un cop aquest marxa d'alta de l'hospital; i els estudis de Ferrús⁸⁰ mostren que només un 18,6% de professionals descriuen, dins les seves funcions, tasques relacionades amb la CA, coincidint tots ells amb els resultats d'estudi on les infermeres estaven força d'acord amb que falta temps dins la seva jornada laboral per omplir els IAI (1,99±0,88). Tenir un contracte eventual, treballar a l'ASS o als serveis de subaguts, maternoinfantil o urgències es va relacionar, significativament, amb un menor temps per fer els informes d'alta d'infermeria.

La falta de formació dels professionals en temes de CAI també s'ha identificat com una barrera d'aquesta¹⁰⁸, i diferents autors^{111-113,124}, així ho consideren. Les infermeres del nostre estudi donaven una baixa puntuació mitjana (4,16) a la formació en CAI rebuda durant els estudis

universitaris, sent aquelles més joves les que d'una forma significativa deien haver-ne rebut més. Augmentar la formació en processos de continuïtat durant els estudis s'apunta com a un punt clau de millora.

La literatura parla de les eines de suport a l'alta hospitalària com a element facilitador de la CAI¹⁸⁶, referint-se principalment a l'informe d'alta d'infermeria. Recentment, i en el marc del Pla Estratègic de Salut de Catalunya (2011-2015), ha sorgit el Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC). Aquest document, redactat pels professionals sanitaris de referència d'AP, dóna un pas més a la comunicació entre professionals de diferents àmbits assistencials, afegint valor a la informació que es deriva des de l'AP²⁵⁵.

Els nostres resultats van demostrar que un informe de la infermera d'AP a l'hora de l'ingrés del pacient seria útil, evidenciant-se la necessitat d'una comunicació des d'aquest nivell; així doncs, el PIIC hauria de ser extensiu per a tots els pacients amb necessitat de continuïtat assistencial, i no només per aquells perfils més fràgils. Tenir un contracte interí, formació en postgrau i treballar en l'àmbit rural de l'AP es va relacionar directament amb una major satisfacció amb la utilitat de l'informe de la infermera d'AP.

Fins fa pocs anys, en el nostre país, l'elaboració dels IAI no formava part d'una activitat obligatòria, sinó que era producte de la iniciativa professional individual o d'alguna institució, però ara ja és una realitat infermera. El fet que les infermeres més joves mostressin un major acord amb la necessitat de l'informe de la infermera d'AP, fa pensar que aquest document s'incorporarà a la pràctica normalitzada.

Un altre aspecte a valorar és la necessitat de CAI percebuda per les infermeres. Els estudis de López²⁷⁵ diuen que el 100% de la població infermera està d'acord amb la importància d'una comunicació efectiva entre companyes, i en la mateixa línia, Mimbela⁴⁵ coincideix exposant que la baixa actitud i motivació dels professionals infermers davant la necessitat de comunicar troballes, procediments i seguiments dels pacients a altres nivells assistencials, seria causa d'una deficient interrelació entre professionals. Per tant, tal i com assenyalen Anthony¹⁸⁶ i Armitage²¹⁸, caldria incrementar la consciència sobre processos de CAI entre el col·lectiu infermer. Watts¹²⁴ opina que alguns professionals infermers no perceben els temes de CAI com a una competència directa en la seva professió i, en la mateixa direcció, Jencks²⁴⁹ diu que la meitat dels pacients reingressats 30 dies després de l'alta hospitalària no havien visitat la infermera d'AP. Diferenciant-se de Watts¹²⁴, les infermeres de l'estudi estaven d'acord amb què calia informar a les infermeres dels altres àmbits assistencials de totes les activitats infermeres fetes durant la hospitalització del pacient (1,37±0,7), i encara estaven més d'acord

en informar només d'aquelles activitats infermeres que precisaven continuïtat al nivell assistencial destí del pacient ($1,25\pm 0,6$). D'acord amb aquest objectiu, les relacions entre una major percepció de necessitat de CAI van ser significatives amb les variables: edat, anys de finalització dels estudis universitaris d'infermeria, tipus de contracte, formació en investigació i publicacions en els últims 5 anys. El fet que les infermeres sense formació en investigació donessin més importància a la necessitat d'informar de les activitats que precisen CAI, i no valoressin la necessitat de comunicar tots els aspectes relacionats amb el procés, ens fa pensar que la manca de coneixement amb un tema recurrent en investigació podria deixar de banda aspectes de la persona prou importants per la seva cura integral.

Durant els darrers anys, la seguretat del pacient s'ha convertit en l'element clau de determinació de la qualitat de tots els serveis sanitaris. Entre la guia de bones pràctiques per a la seguretat del pacient descrit pel *National Quality Forum* l'any 2003 a Washington²⁷⁶ hi trobem l'adequada transferència de la informació. Sillow²⁷⁷ ens parla de la "*Commonwealth Fund*", on s'han desenvolupat estudis que identifiquen pràctiques dels hospitals amb menys reingressos, i entre aquestes bones pràctiques hi trobem una màxima atenció al procés d'alta. Així mateix, Marek¹³⁴ conclou que els pacients que reben cures mitjançant un programa de coordinació assistencial entre els diferents nivells assistencials, presenten millors resultats de dispnea, dolor i capacitats per les AVD. Coincidint amb Apker²⁷⁸, Larrabee²⁷⁹ i Zangaro²⁸⁰ els resultats d'estudi apunten com a punt clau en la seguretat de les cures infermeres, la millora de la CAI ($1,39\pm 0,8$).

5.2. Noves figures infermeres, pacients i continuïtat assistencial infermera

Els estudis de Vilalta conclouen que calen xarxes d'enllaç que facilitin la coordinació dels diferents dispositius assistencials i socials, de manera que gestionin la CAI d'una forma individualitzada per donar una resposta en el temps i lloc adequat²³³. El temps de resposta entre que el pacient marxa d'alta de l'hospital i la infermera d'AP hi contacta s'ha descrit com un dels factors claus en el procés de CAI, i disminuir-lo en seria l'objectiu. Els nostres resultats mostraven un temps de resposta mitjà de 28,90 hores, temps inferior a les 48 hores recomanades en el Contracte Programa del Departament de Salut, situació que dóna un valor afegit a la CAI. Les infermeres que treballaven al servei d'adult eren les que d'una forma significativa feien el contacte abans. Lògicament, els pacients pediàtrics sempre tenen un cuidador referent que vetllarà per la seva salut, i en aquests casos el paper de la infermera no precisa la mateixa proactivitat que davant el pacient adult.

Per altra banda, els nous rols infermers s'han considerat punts estratègics en la garantia de continuïtat assistencial. En relació amb aquest objectiu, una major satisfacció amb el rol de la infermera d'enllaç com a garantia de CAI va ser significativa amb les variables: contracte interí i àmbit assistencial de treball a l'AP. Les infermeres amb contracte interí també eren aquelles que, de forma significativa, estaven més d'acord amb l'activitat de la gestora de casos com a garantia de la CAI. Les infermeres més joves, i que feia menys anys que havien finalitzat els estudis d'infermeria i menys anys que treballaven al mateix nivell assistencial, estaven més satisfetes amb l'activitat dels nous rols infermers que la resta; fet possiblement causat per una major familiarització durant la seva formació universitària. Per tant, és necessari un esforç de les institucions per donar visibilitat a aquets nous rols entre el col·lectiu de més edat i entre els professionals de l'AH, ASS i l'ASM.

Els estudis de Cowan²⁸¹ conclouen que el treball d'aquestes figures infermeres aporta nombrosos beneficis pel pacient i pel sistema. Hasnain²⁸² apunta a una millora de l'adherència terapèutica i coincideix amb Pérez¹⁵² i Garcia-Abad¹⁵⁹, quan diu que millora la qualitat de vida dels pacients i la seva percepció de qualitat de les cures infermeres, evitant la saturació d'urgències i els ingressos hospitalaris.

Ibáñez¹⁶² explica la disminució de sobre-medicació i de morbiditat de cuidadors formals amb la feina d'aquests nous rols infermers, i Garcia-Abad¹⁵⁹ conclou que amb la Gestió de Casos s'augmenta la satisfacció dels professionals infermers, ja que aquests veuen el seu rol més desenvolupat.

A més, aquests nous rols infermers tenen un paper protagonista, tal com apunten Ollero⁹⁵ i Contel²⁸³, en el marc de PCC, i així ho consideren les infermeres de l'estudi, referint-se als PCC com a màxims candidats a la CAI.

La Direcció General de Programes Assistencials del Servei Canari de la Salut¹⁰⁶ considera que cal prioritzar els pacients amb més necessitat de cures. Altres comissions de cures, com la d'Aljarfe¹⁷⁹ o la de Jerez¹¹⁵, diuen que cal una major sensibilització amb determinats pacients, en els quals s'identifiquen més problemes un cop marxen d'alta.

Els estudis de Castillo⁵⁴ ens donen el perfil de pacient amb més necessitat de CAI. Aquest és: dona de 65 anys amb deteriorament de la mobilitat i intolerància a l'activitat física, amb úlcers per pressió o ferida quirúrgica, amb anticoagulant subcutani o insulina i sonda vesical o sonda nasogàstrica. Els nostres resultats demostraven més perfils de pacients amb major necessitat de continuïtat, com per exemple: pacients complexes, fràgils, terminals, d'edat avançada, amb malaltia crònica o oncològica, amb tractaments o dietes especials, polimedicats, dependents

(físics, psíquics o socials), psiquiàtrics i trastorns mentals, amb intervenció quirúrgica, amb problemàtica social, pacients inclosos al programa ATDOM i pacients amb dificultat per contactar amb la infermera d'AP.

La realitat actual ens mostra que el col·lectiu infermer encara no fa tots els IAI que hauria de realitzar. Un estudi portat a terme per la Generalitat de Catalunya¹⁴⁷, en el marc de la cronicitat, mostra que només el 58,7% dels pacients susceptibles a l'IAI el van rebre. Els estudis d'Arnedo²⁶¹ mostren resultat més favorables amb un 85% de pacients que marxen d'alta amb un IAI.

En la revisió bibliogràfica no s'ha identificat estudis que parlin d'un informe d'ingrés del pacient. Els nostres resultats apunten el perfil de pacients que hauria d'ingressar amb un informe de la infermera d'AP: pacients pluripatològics amb risc de descompensació, crònics complexos, malaltia terminal, fràgils, oncològics, dependents per les ABVD, psiquiàtrics i trastorns mentals, problemàtica social, hiperfreqüentadors, pacients inclosos al programa ATDOM, cures o tractaments especials, pacients amb problemes de comunicació i pacients que ingressin de forma programada per una llarga estada, convallescència o descans familiar.

Les infermeres d'estudi estaven moderadament d'acord amb què tots els pacients eren candidats a l'IAI ($1,93 \pm 1,10$). Estudis similars^{53,175,177} demostren que la majoria d'infermeres consideren l'IAI de gran utilitat, tant per assegurar la CAI com per facilitar la informació als pacients i família. Martínez¹⁸⁹ afegeix que amb l'IAI s'augmenta la satisfacció professional ja que aquest permet conèixer el treball realitzat pels altres companys. Coyle²⁰ demostra que la percepció que tenen les infermeres sobre l'IAI és que pot disminuir les complicacions del pacient post-alta i, per tant, les visites a urgències i els reingressos. Aquest informe també millora l'adherència al tractament terapèutic i té un efecte rellevant i positiu sobre l'estrès del pacient, família i cuidador.

A diferència de les infermeres de l'estudi de Merino⁸³, els resultats d'estudi van demostrar que les infermeres de l'AH eren les que estaven menys d'acord amb la necessitat de l'IAI per a tots els pacients que sortien d'alta, i aquest aspecte evidencia la necessitat d'un procés de sensibilització davant aquesta activitat de continuïtat assistencial, ja que aquestes infermeres són les màximes generadores d'IAI. Per altra banda, els estudis de Schultz²⁰⁹ diuen que les infermeres d'AP i ASM són les que estan més d'acord amb la necessitat d'un IAI per tots aquells pacients que surten d'ata de l'hospital. Resultats que coincideixen amb els del nostre estudi.

5.3. Vies de comunicació i circuits preferits per desenvolupar la continuïtat assistencial infermera

Autors com Branger²⁸⁴, Kripalani³⁰, Newton³⁴ i Haig³⁵ identifiquen la comunicació entre professionals infermers com un dels elements clau en la CAI. Els resultats obtinguts van mostrar que la via preferida per les infermeres per comunicar-se amb els altres àmbits assistencials era la telefònica (72,5%). Segons Sierra¹⁷¹, el contacte telefònic és el mètode més segur, sobretot en aquells pacients més fràgils, per tant, els nostres resultats transmeten una seguretat en la CAI. El correu electrònic, amb un 13%, era la segona opció.

Ens sorprèn, però, que el mètode més utilitzat en tots els nivells assistencials i centres: l'IAI, només fos l'opció preferida pel 10,1% de les participants, sent significatiu en el cas de les infermeres que feia més anys que havien acabat els estudis universitaris. Aquest resultat el podríem explicar per una falta de formació, adquirint-se aquesta amb l'experiència professional i posant-se de manifest el paper de les universitats alhora de formar nous professionals competents en aquesta matèria.

Quan es pregunta per la millor opció a l'hora de fer arribar la informació a altres nivells assistencials, les TIC prenen importància, preponderància i valor. El 62,9% de les infermeres escollien l'IAI informatitzat a l'Ecap o a la HC3 com a la millor opció de comunicació, per davant de la informació dirigida mitjançant el telèfon o el correu electrònic.

Així, els resultats reflectien la importància de les TIC, fet que ja apuntaven els estudis d'Aguilar⁸¹, segons els quals, l'impuls d'aquestes està transformant i millorant els mètodes i canals de comunicació, beneficiant els sistemes sanitaris i als professionals de salut i, com a resultats, als usuaris d'aquest sistema. Diferenciant-se d'aquestes opinions, Lapena¹¹ considerava que les TIC podrien generar resistències i recels entre professionals a causa d'una limitació en la creativitat individual.

Els estudis de Foss⁶⁵ i Rosenstein²⁸⁵ detecten com a barreres de la comunicació infermera i com a elements desfavoridors de la CAI, amb una repercussió directa i negativa sobre els objectius de salut dels pacients: les sobrecàrregues de treball, la poca delimitació de funcions i competències infermeres, la falta de recursos humans, la falta de promoció professional, la falta de formació continuada, el desgast emocional i l'estrès. Bowles¹⁰⁸ i Cheek²⁸⁶ destaquen la falta de comunicació infermera com un problema real en la CAI, i Mimbela⁴⁵ diu que existeixen altres causes, a part de la mala qualitat dels documents d'interconsulta que apuntava Newton³⁴, implicades en la deficient interrelació entre professionals, entre elles, els circuits de comunicació establerts.

Segons Rich²⁸⁷, l'estandardització de processos infermers permet una millor gestió i planificació de les cures infermeres i, conseqüentment, afavoreix la comunicació entre elles. Per altra banda, i amb l'objectiu de comunicar d'una forma clara i estructurada, els estudis de Haig³⁵ recomanen la utilització d'un llenguatge comú entre professionals.

Alan³² apunta a la formació en habilitats comunicatives com a estratègia per millorar la competència infermera en processos de continuïtat. Els estudis de López²⁷⁵ conclouen que només un 33% de les infermeres han rebut formació en comunicació interpersonal, i que al 94% els hagués agradat rebre'n més. En un 55% dels casos es van produir errors infermers, amb repercussions directes pel pacient per causes de comunicació no eficaç²⁷⁵. La formació en comunicació rebuda durant els estudis universitaris va obtenir una baixa puntuació, evidenciant-se la necessitat de formar els professionals actius en aquest camp. Les infermeres més joves eren les que es consideraven més formades. Així doncs, les noves generacions tindrien més coneixements sobre comunicació infermera, fet que afavorirà trencar barreres en la CAI durant els pròxims anys.

5.4. Propostes de millora per a la continuïtat assistencial infermera

Els estudis d'Ollero⁹⁵ i Gervás⁴³ apunten a la cooperació entre els diferents nivells assistencials com una de les estratègies per afavorir la CAI. Les infermeres d'estudi consideraven que calia assegurar una xarxa de comunicació i d'enllaç entre tots els àmbits i centres de salut, i no només entre aquells que depenguessin de la mateixa institució o direcció, coincidint així, amb la opinió de grups líders com la OMS²²¹ o la *Joint Commission*.

A més, els resultats apuntaven que calia unificar programes informàtics i que tots els professionals tinguessin accés a la HC3, assegurant uns circuits de comunicació clars, ràpids i eficaços.

Afavorir les sessions conjuntes entre infermeres dels diferents àmbits assistencials i el treball en grup per consensuar temes relacionats amb la continuïtat beneficiaria la CAI i, paral·lelament, afavoriria la confiança infermera. Així, coincidim amb els resultats del estudis de Lapena¹¹, Fernández⁴¹, McKenna¹²¹ i Watts¹²⁴ que indiquen la necessitat de cercar espais de debat entre diferents proveïdors i professionals del territori per plantejar estratègies conjuntes. A Girona, durant l'any 2013, i arran el projecte CIMS, es va crear un grup de treball multidisciplinari per abordar temes relacionats amb la continuïtat assistencial²⁵⁶.

La literatura ens mostra que existeixen alguns perfils de pacients amb més necessitat de continuïtat de cures que altres. Coincidint amb aquests autors: Vilalta²³³, Paz¹¹⁴, Clark²³⁸ i

Ollero⁹⁵, els resultats apunten la necessitat d'estratificar els pacients per assegurar la inclusió d'aquells amb més necessitat de continuïtat de cures dins de programes específics. I en aquests casos, caldria una actuació més enllà amb protagonisme dels nous rols infermers. Promoure reunions entre professionals dels diferents àmbits assistencials per definir quin perfil tenen aquets pacients seria una bona estratègia. Actualment, el sistema d'estratificació de pacients més utilitzat, segons la seva complexitat, és la piràmide de Kaiser (Kaiser Permanente)²³⁵. Aquest proposa segmentar la complexitat dels pacients en tres nivells, a fi d'adequar les cures a les necessitats reals de cada segment²³⁷.

Bowles¹¹⁸ i Cheek²⁸⁶ apunten a la falta de comunicació entre professionals com una de les barreres de la CAI, sovint com a conseqüència de la falta de formació. Els resultats obtinguts mostraven una falta de formació professional en comunicació i processos de continuïtat assistencial, per tant, les universitat i organitzacions han d'establir condicions perquè estudiants i infermeres, es formin en temes de comunicació i relació professional.

Coincidint amb Bowles¹¹⁸, les infermeres consideraven la falta de temps dins la jornada laboral i les sobrecàrregues de treball com una barrera de la CAI. Reservar un temps dins la jornada laboral per revisar històries clíniques i treballar amb temes de CAI afavoriria el procés.

També s'apuntava el moment de l'alta com a punt clau en el procés de CAI, així doncs, caldria evitar les altes els divendres a la tarda i festius, i donar a la infermera més responsabilitat en aquest període.

Com a millores per a la CAI es proposa: un accés ràpid i segur a tots els informes d'alta d'infermeria i que aquests documents infermers s'incorporessin a la HC3, amb accés per a tots els professionals.

La planificació de l'alta és un procés sistemàtic de valoració, preparació, coordinació i col·laboració dels diferents professionals, que facilita l'administració de cures sanitàries i l'atenció social. Planificant l'alta del pacient es millora la continuïtat assistencial i la coordinació dels serveis, s'orienta al pacient i família i es controlen situacions de risc, un cop aquest arriba al domicili. La planificació de l'alta també permet l'educació sanitària a pacients, familiars i cuidadors, així com el consens amb la família de la data i condicions de l'alta. Per tant, la preparació de l'alta ha de formar part del pla terapèutic de l'hospital^{118,119}. Les infermeres del nostre estudi identificaven l'anticipació a l'alta, mitjançant programes d'avís informàtic, com una bona eina per a la millora de la CAI.

Les contribucions més rellevants d'aquest estudi indiquen que, donada la importància de la continuïtat assistencial, caldria considerar com a millores en aquest procés: una major implicació de totes les institucions, especialment en l'àmbit de l'AP, i de tots els professionals infermers. Millorar el contacte entre les infermeres dels quatre àmbits assistencials, amb una especial consideració a l'àmbit de salut mental, i que, durant el procés en el qual un pacient es mou pel circuit assistencial, la infermera, independentment de l'àmbit de treball, en pogués seguir l'estat i evolució, evidenciant-se així, la necessitat de consolidació de les TIC al sistema. Així mateix, caldria un esforç de les direccions, amb la col·laboració de professionals experts, per idear un model d'informe d'alta d'infermeria adequat a les necessitats socials i de salut dels pacients, i per assolir una major visibilitat dels nous rols infermers com a professionals claus en el procés de continuïtat assistencial.

L'estudi orienta accions de millora a tenir el compte, des de les universitats i durant el procés de formació de nous professionals, així com a les direccions dels diferents centres de salut.

5.5. Limitacions de l'estudi

El disseny transversal de l'estudi només permet estudiar associacions entre variables sense possibilitat d'establir causalitat.

Els resultats no es poden generalitzar a d'atres zones amb característiques diferents ja que la població estudiada ha estat d'una zona geogràfica concreta, la província de Girona.

5.6. Implicacions per la pràctica

Com aspectes rellevants per la pràctica derivats de la investigació es consideren:

- Crear informes d'alta d'infermeria flexibles i dinàmics amb capacitat per transmetre la mateixa informació que transmetria la infermera de forma oral mitjançant una trucada, i amb plans de cures assumibles pel nivell assistencial on es deriva el pacient.
- Dissenyar programes de comunicació entre àmbits assistencials, estandarditzats i amb implicació directe de les TIC i potenciar aquells ja existents, assegurant un accés de tots els professionals a aquets i una comunicació adequada en el contingut i temps.
- Augmentar la formació, competència i habilitat infermera en processos de comunicació i continuïtat assistencial infermera.

- Assegurar el temps necessari perquè les infermeres puguin desenvolupar el lideratge en els processos de continuïtat assistencial.
- Instaurar directrius on la infermera d'enllaç i la infermera gestora de casos liderin, de forma paral·lela, els processos de continuïtat assistencial infermera, i el control i seguiment del seu desenvolupament.
- Augmentar el coneixement dels programes d'estratificació de pacients entre les infermeres per detectar els perfils de pacients amb més necessitat de continuïtat assistencial i derivar-los a programes específics.
- Promoure un treball conjunt d'infermera dels diferents àmbits assistencials i una implicació institucional per tal de consolidar protocols, i processos de comunicació i continuïtat assistencial infermera, amb un llenguatge propi, independent del biomèdic.

5.7. Futures línies de recerca

Cal potenciar la recerca per generar noves evidències que justifiquin la necessitat i pertinença de l'informe d'alta d'infermeria. Estudiar la repercussió d'aquests en la morbiditat, mortalitat i el cost en seria un exemple.

Noves línies d'investigació podrien anar dirigides a descriure i analitzar l'ús de l'informe d'alta d'infermeria per assegurar la comunicació entre àmbits assistencials i garantir la qualitat de les cures infermeres.

Les TIC aporten beneficis pel sistema sanitari, pels professionals i pels usuaris, millorant l'accessibilitat a la informació i la comunicació però caldria dirigir recerques amb el compromís d'identificar i desenvolupar projectes, que incorporessin les TIC, capaços de garantir una continuïtat assistencial excel·lent.

6-Conclusions

Conclusions

.Les infermeres dels diferents àmbits assistencials de les comarques del Gironès i la Selva mostren un grau de satisfacció força alt amb el model de continuïtat assistencial infermera, sent encara major en les que tenen formació en investigació, i consideren que l'informe d'alta d'infermeria és un bon instrument, especialment les que treballen a l'Atenció Primària i en l'àmbit rural.

.La percepció de necessitat de continuïtat assistencial infermera és alt , especialment entre les infermeres amb contracte fix i a l'àmbit de l'Atenció Sociosanitària.

.S'identifiquen els nous rols infermers com a màxims garantitzadors en el procés de continuïtat assistencial infermera del pacient crònic complex, sent les infermeres de l'àmbit d'Atenció Primària les que en fan una millor valoració.

.La via de comunicació preferida per desenvolupar la continuïtat assistencial és la telefònica, especialment entre les infermeres d'Atenció Primària. La comunicació via electrònica és la preferida per les infermeres amb contracte fix i les que treballen a l'àmbit de la salut mental.

.Es considera que tots els pacients haurien de disposar d'un informe d'alta d'infermeria, especialment, els pacients crònics complexos, amb malaltia avançada, atenció domiciliària, intervencions i tractaments especials i aquells amb dificultat per contactar amb l'Atenció Primària, sent les infermeres d'Atenció Sociosanitària les que valoren més positivament la utilitat d'aquest informe.

.L'informe d'alta d'infermeria dona una bona informació sobre la malaltia actual i els tractaments infermers, però cal millorar la informació sobre diagnòstics infermers, i assegurar que aquets siguin individualitzables, dinàmics i amb plans de cures objectius pels diferents nivells assistencials, considerant l'informe ideal el que té la capacitat d'aportar la mateixa informació que el contacte telefònic de la infermera d'enllaç.

.S'identifiquen com a propostes de millora per a la continuïtat assistencial una xarxa de comunicació i enllaç clara, ràpida i eficaç entre tots els àmbits assistencials, potenciant i millorant l'hàbit de consulta de la història clínica compartida, amb una major implicació

institucional i professional. També es consideren l'estandardització dels plans de cures visibles al PREALT, les comissions entre àmbits assistencials, una millor formació en processos de comunicació i continuïtat assistencial durant els estudis universitaris, una major visibilitat dels nous rols infermers, unes càrregues de treball òptimes i evitar altes hospitalàries els divendres a la tarda i festius.

7-Bibliografia

Bibliografia

1-Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003; 1(3):134-43.

2-Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. 2002

3-Carter M, Bower P, Gask L, Greco M. Improving your practice with patient surveys. National Primary Care Research & Development Center. England; 2004

4-Starfield S. Continuous confusion?. *Am J Public Health.* 1980; 70(2):117-9.

5-Lamb GS. Outcomes across the care continuum. *Med Care.* 1997; 35(11 Suppl):106-14.

6-Centeno G, González E, Hidalgo A, Paz LM, Ruiz J, Zurita MJ, et al. Guía de Autoevaluación para la Administración Pública: Modelo Europeo de Gestión de Calidad 2000. Ministerio de Administraciones Públicas, Secretaría General Técnica y Boletín Oficial del Estado. Madrid; 2000.

7-Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual de los actores y amenazas. Propuestas i alternativas. *Medicina de Familia.* 2003; 4(1).

8-Junkerman CL. Relationship of the family practitioner, general internist, and subspecialist. *Wis Med J.* 1976;75(10):99-101.

9-Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J.* 2002; 327(7425):1219-21.

10-Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health.* 1980; 70(2):122-7.

11-Lapena Estella C. Paradoxes de la continuïtat assistencial entre l'hospital i els centres d'Atenció Primària. Barcelona: Universitat de Barcelona. (Internet). 2011 [citat 13 Octubre

2013]. Disponible a:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19211/1/tesinacarolinalapena.pdf>.

12-Aller Hernandez MB, Vargas Lozano I, Sáncnez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. Rev Esp Salud Pública. (Internet). 2010 [citad 11 Gener 2015]; 84: 371-387. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n4/original1.pdf>.

13-Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. Med Care. 1984;22:231-9.

14-Martín Zurro A. El médico de atención primaria y el Hospital. Med Clin (Barc). 1986;86:405-9.

15-Shegda LM, McCorkle R. Continuing care in the community. J Pain Symptom Manage 1990;5:279-86.

16-Spooner SA. Incorporating temporal and clinical reasoning in a new measure of continuity of care. Proc Annu Symp Comput Apple Med Care. 1994;7:16-21.

17-Meijer WJ, Vermeij DJ. A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care. Int J Qual Health Care. 1997;9:23-33.

18-Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM, Johansson J. The last month of life: continuity, care site and place of death. Palliat Med. 1998;12:287-96.

19-Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients views on care across the primary/secondary interface. Qual Health Care. 1999;8:16-21.

20-Coyle N, Monzillo E, Loscalzo M, Farkas C, Massie MJ, Folwey KM. A model of continuity of care for cancer patients with pain and neuro-oncologic complications. Cancer Nurs. 1985;8:111-9.

21-Dietrich AJ, Olson AL. Political and cultural factors in achieving continuity with a primary health care provider in an Indian health Service hospital. *Public Health Sci.* 2006;8:185-95.

22-Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2002 and what are policy imperatives now? Report for the national co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2007.

23-Wierdsma A, Mulder C, de Vries S, Sytema S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *J Health Serv Res Policy.* 2009;14:52-7.

24-American Academy of Family Physicians. Definition of Continuity of Care. 1983 [citat 8 Gener 2014]. Disponible a:
<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/continuityofcaredefinition.html>.

25-Consorti de Salut i Social de Catalunya. I Jornada de L'abordatge al pacient crònic complex. 2012; Barcelona.

26-Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice?. *Fam Pract.* 2003 (20):623-627.

27-Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev.* 1999;26(2):401-410.

28-Bass RD, Windle C. Continuity of care: an approach to measurement. *Am J Psychiatry.* 1972; 129(2):196-201.

29-Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry.* 1981; 138(11):1449-56.

30-Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007; 297(8):831-41.

31-Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs.* 2000; 14(3):15-28.

32-Alan H. Rosenstein, Michelle O’Daniell. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication: Defects on Patient Safety. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2005;34(8).

33-Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients’ perspectives. Can Fam Physician. 2001;47:2009-2016.

34-Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? BMJ. 1992; 304: 821-824.

35-Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32:167-175.

36-Baxter SK, Brumfitt SM. Professional differences in interprofessional working. Journal of Interprofessional Care. 2008;22(3):239-251.

37-Gabour I. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. Social Sci Med. 2009;69(5):707-15

38-Crilly J, Chaboyer W, Wallis M. Continuity of care for acutely unwell older adults from nursing homes. Nordic College of Caring Science. Scand J Caring SCI. 2006;20:122-134.

39-WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. (Internet). 2007 [citad 16 Març 2012] ; 3(1). Disponible a: <http://www.jcipatientsafety.org/14685/>.

40-Joint Commission. National Patient Safety Goals Hospital Program. 2009 [citad 16 Març 2012]. Disponible a: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>.

41-Fernández Moyano J, García Garmendia C, Palmero Palmero B, García Bargas-Machuca JM, Páez Pinto M, Álvarez Alcina R. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de

colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2007;207(10):510-20.

42-Santry C. Call for nurse-led patient discharge to improve care. Nursing times. (Internet). 2009 [citad 10 Juny 2010] Disponible a: <http://www.nursingtimes.net>.

43-Gervás J, Rico A. . Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre Atención Primaria y especializada. Med Clin. 2006;126 (17):658-61.

44-García Olmos LM, Gervas JJ. El ordenador en atención primaria: sueño y realidad. Aten Primaria. 1991;8:12-20.

45-Mimbela M, Foradada S. Análisis de la interrelación Atención Primaria, Atención Especializada en la derivación de pacientes. Aten Primaria. 1993; 12 (2): 65-68.

46-Baker R, Freeman GK, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Low J. Continuity of care: patients' and carers' views and choices in their use of primary care services. Report for the national co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation. 2005.

47-Guilliford M, Naithani S, Morgan M. Continuity of care in type 2 diabetes: patients', professionals' and carers' experiences and health outcomes. Report for the national Co-ordinating center for NHS Service Delivery and Organisation. 2007

48-Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003; 1(3):149-55.

49-Shi L, Starfield BH, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. J Family Practice. 2001; 50(2):161-75.

50-Letelier MJ. Diseño de un cuestionario para medir la continuidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2008.

51-Alfambra I, Alonso M, Rodríguez A, Ramos E. Informe de alta de enfermería: Un instrumento para la continuidad de los cuidados. Index de Enfermería. 1996; 4:39-43.

52-Camacho A, Llanes E, Garcia C, Romero M. Informe de enfermería al alta: El resumen de la historia de enfermería hecho realidad. *Rol de Enfermería*. 1998;235:17-20.

53-Torres MM, Cazorla AJ, Fernández JC, Gil ML. Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalària?. *Enfermería Científica*. 2000; 222-223.

54-Castillo C, Pitarch T, García MC. Análisis del informe continuidad de cuidados según criterio enfermero. *Enfermeria Global*. 2008;7(1).

55-Garcia AM, Bonilla E, Rubio A. Valoración al alta enfermerai: un método científico para cuidar. *Gerokomos*. 2000;11(1):24-30.

56-Fsoter AJ, Murff HJ, Ganhdi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hopital. *J Gen Inter Med*. 2009; 24(9):1002-1006.

57-Orts MI, Comet P, Moreno MT, Arribas MG. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en Espanya. *Enferm Clin*. 2000;10(1).

58-Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF. The incidence and severity of adverse events affecting patients agter discharge from the hospital. *ANN Intern Med*. 2003;138(3):161-7.

59-Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*. 2004;34(11):608-14.

60-Arthur V, Clifford C. Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up monitoring care. *J Clin Nurs*. 2004;13(3):325-31.

61-Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract*. 2007; 17:16-20.

62-Van Walraven C, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians. *Can Fam Physician*. 2002;48:737-42.

- 63-**Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract.* 2001;21(4):104-8.
- 64-**Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2004;42(2):103-9.
- 65-**Foss S, Schmidt JR, Andersen T, Rasmussen JJ, Damsgaard J, Schaefer K. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004;59(11):841-7.
- 66-**Low J. Continuity of care from a patient's point of view: context, process, relation. *Fam Med.* 2004;36(1):61-4.
- 67-**Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N. Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. *Am J Med.* 2005;118(10):1148-53.
- 68-**Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006; 24(6):848-55.
- 69-**Breitenbucher RB, Schultz AL. Extended care in nursing homes: a program for a county teaching medical center. *Ann Intern Med.* 1983;98(1):96-100.
- 70-**Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ.*1997;315(1116):1138-41.
- 71-**Fernández, C. Continuidad de cuidados: El Informe de alta de enfermería en la unidad de Hospital de Salud Mental. *Medwave.* (Internet). 2003 [citad 10 Juny 2010]; 3(8) Disponible a: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2777>
- 72-**Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garijo A. Gestión de Calidad Asistencial en Andalucía. *Rev Cal Asist.* 2004;19(3): 105-115.
- 73-**Martinez AA. Seguridad y factor humano. *Tempus vitalis.* (Internet). 2007 [citad 21 Maig 2010];7(2). Disponible a: <http://www.tempusvitalis.com/pral.html>.

74-Guthrie B. Continuity in UK general practice: A multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract.* 2002; 19(5):496-9.

75-Aguinaga, J. La atención primaria hoy: profesionales frustrados y usuarios insatisfechos. *Rev Jano.* 1986; 737:56-65.

76-Tarrades P, Bonet M. La continuïtat i la coordinació assistencial entre nivells: IAS AE-AP. [citad 3 Setembre 2013]. Disponible a : <http://www6.gencat.net/ics/trueta/noticies/IAS.pdf>

77-Anderson MA. Helms, L. Extended Care Referral After Hospital Discharge. *Res Nurs Health.* 1998;21:385-394.

78-Rabanales Sotos J, Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Andrés Pretel F. Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones:Telemedicina. *Rev Clin Med Fam (Internet).* 2001 [citad 5 Febrer 2012]; 4(1). Disponible a: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=190>

79-Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. (Internet) [citad 5 Setembre 2010]. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf

80-Ferrús Estopà L. Estudi de l'entorn organitzatiu de les infermeres d'hospitalització a Catalunya. (Internet). 2009 [citad 2 Febrer 2014]. Disponible a: http://www.catedradegestiosanitaria.uab.es/recerca/Estudi_entorn_organitzatiu_infermeres_a_Catalunya_2009.pdf

81-Aguilar R, Boltà M, Gahete A, Saz M. La comunicacion en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales. (Internet). 2009 [citad 21 Octubre 2013]. Disponible a: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf

82-Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. Rev Clin Esp. 2002;202 (4):187-96.

83-Merino M, Sebastián T, Gomez MC, Leon Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalària según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enfermeria Clínica. 2008;18(2):77-83.

84-Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA. 2003; 290(12):1617-1623.

85-American College of Physicians. Rural primary care. Ann Intern Med. 1995;122(5):380-90.

86-Juntadeandalucia.es. Noticia - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 12 de Març 2014]. Disponible a:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>.

87-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 19 Març 2014]. Disponible a:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

88-González González JR. Utilitzación de las TICs en todos los procesos, su impacto en la organización y eficacia de la Continuidad Asistencial. 22 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras; 2011 Maig 25-27; Zaragoza.

89-Ibit.org. Fundació IBIT - Illes Balears Innovació Tecnològica (Internet). 2002 [citad 8 Maig 2013]. Disponibel a: <http://www.ibit.org/home/bitacora/bitacora.php?id=21>

90-Navarra.es. Presentado el proyecto de prevención de la retinopatía diabética por teleconsulta (Internet). 2006 [citad 6 Juny 2014]. Disponible a:
http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2006/03/02/0203sa11.htm

91-Schofield RS, Kline SE, Schmalfuss CM, Carver HM, Aranda JM Jr, Pauly DF. Early outcomes of a care coordination-enhanced telehome care program for elderly veterans with chronic heart failure. *Telemed J E Health*. 2005; 11(1):20-7.

92-Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA. A nurse-coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J Gen Intern Med*. 1995;10(2):59-66.

93-Telephone follow up for older people discharged from A&E. *Nurs Stand*. 1997;11(46):34-7.

94-Tic Salut. Memòria (Internet). 2013 [citat 3 Març 2015]. Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/media/upload//arxiu/ticSalt2013CAST.pdf>

95-Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román P, López A, Meleguizo M. Documento de consenso de atención al paciente con enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Salud de las comunidades autónomas y de grupos de expertos nacionales e internacionales. 2013 (Internet). [citat 14 Abril 2013]. Disponible a : <http://www.opimec.org/documentos/1577/documento-de-consenso-atencion-al-paciente-xon-enfermedades-cronicas/>

96-Cubí R, Faixedas D. Avances en la informatización de los sistemas de salud. *Aten Primaria*. 2005;36(8):448-521.

97-Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. (Internet). 2015 [citat 19 Juliol 2015]. Disponible a: https://www.google.es/search?q=Servei+d%E2%80%99Informaci%C3%B3+i+Estudis.+Direcci%C3%B3+General+de+Recursos+Sanitaris.+An%C3%A0lisis+de+la+mortalitat+a+Catalunya%2C&aq=Servei+d%E2%80%99Informaci%C3%B3+i+Estudis.+Direcci%C3%B3+General+de+Recursos+Sanitaris.+An%C3%A0lisis+de+la+mortalitat+a+Catalunya%2C&aqs=chrome..69i57.2143j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8#q=ABS+regi%C3%B3+sanit%C3%A0ria+girona

98-Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E. Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006. 16;144(10):742-52

99-Antaviana C. eSalut - TicSalut (Internet). 2015 [citad 19 Juliol 2015]. Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/innovacio/esalut/>

100-Moya F, Garcia-Cuyàs F, Mañach J. Las CCAA informan: La gobernanza de las TIC en salud en Cataluña. eSalud, una Herramienta al Servicio del Cambio de Modelo Asistencial. (Internet) 2007 [citad 2 Gener 2015]. Disponible a: http://www.ticsalut.cat/media/upload/pdf/seis_editora_21_166_1.pdf

101-Less L. Making nurse-led discharge work to improve patient care. Nursing times (Internet). 2004 [citad 22 Maig 2010]. Disponible a: <http://www.nursingtimes.net>.

102-Yilmaz M, Emirouglyu O. The need assessment of MI Patients in discharge Planning and home-health care: a sample from Turkey. J Adv Nurs. 2005; 7(2).

103-Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. J Adv Nurs. 2002; 39, 450–458.

104-Registered Nurses association of Ontario. New guideline explores professionalisme in nursing. (Internet). 2009 [citad 11 Juny 2010] Disponible a: <http://www.rnao.org>

105-Mansilla JJ, Díez F, Cabrera S, Cortés J, Villena N, Macías et al. Gestión de resultados enfermeros: anàlisis del informe de continuidad de cuidados al alta. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. (Internet). [citad 26 Juny 2010] Disponible a: http://www.revistaseden.org/files/1747_9.pdf

106-Dirección General de Programas Asistenciales Servicio Canario de la Salud. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería Entre Ámbitos Asistenciales. (Internet). [citad 11 Febrer 2012]. Disponible a: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a72d9e6-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Protocolo_SCCE.pdf

107-Haya C. II Foro de continuidad de cuidados. Análisis de la continuidad asistencial desde la percepción del usuario. (Internet). 2006 [citad 18 Març 2012]. Disponible a: <http://www.carloshaya.com/enfermeria/media/2foro/RAUL.ppt>

108-Bowles KH, Foust JB, Naylor MD. Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective. Nurs Res. 2003; 16(3):134-143.

109-Bodenheimer T. Coordinating Care. A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med. (Internet). 2008 [citat 16 Març 2012] ;358;10. Disponible a: <http://www.nejm.org>

110-Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. JHosp Med. 2006; 1:354-360.

111-Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. Journal of Nursing Care Quality. 2006; 21 .306-313.

112-Pethybridge J. How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute care hospital in England. Journal of Interprofessional Care. 2004; 18:29-41.

113-Snelgrave S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. J Adv Nurs. 2000;31: 661-667.

114-Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín R, Morados J. Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada. Biblioteca Lascasas. (Internet). 2007 [citat 18 Maig 2012]; 3(2). Disponible a: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.php>

115- Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citat 7 Abril 2013]. Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

116-Baggs JG, Schmitt MH. Collaboration between nurses and physicians. J Nurs Scholarsh. 1998;20(3):145-149.

117-Nicholson D, Artz S, Armitrage A, Fagan J. Working relationships and autcomes in multidisciplinary collaborative practice Settings. Chid Youth Care Forum. 2000;29(1):39-73.

118- NQF. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum. (Internet). 2006 [citat 17 Març 2012]. Disponible a: http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp.

119-The Care Transitions Program. Checklist for patients. (Internet) [citat 17 Març 2012]. Disponible a: <http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>

120-Henneman A, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. J Adv Nurs.1995;21:103-109.

121-McKenna H, Keeney S, Glenn A, Gordon P. Discharge planning: an exploratory study. J Clin Nurs.2000; 9: 594-601.

122-Nagae H, Tanigaki S, Okada M, Katayama Y, Nrikoshi C, Nishina Y, Sakai M. Identifying structure and aspects that continuing nursing care used in discharge support from hospital to home care in Japan. Internationa Journal of Nursing Practice. 2013; 19(2):50-58.

123- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades crónicas 2012-2016. (Internet). 2012 [citat 14 Abril 2013] Disponible a : <http://iv.congresocronicos.org/publicaciones>

124-Watts R, Gardner H. Nurses' perceptions of discharge planning. Nursing and Health Sciences (Internet). 2005 [citat 28 Maig 2013]; 7:175-183 Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16083480>

125-Arrellano Morata C. NIPE: un proyecto hacia la calidad. Enfermeria Global. (Internet). 2002 [citat 15 Març 2013]. Disponible a: revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/698/728 · [Archivo PDF](#)

126-Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. La excelencia de los cuidados enfermeros. (Internet) 2002 [citat 16 Juny 2012]. Disponible a: <http://www.ande.orgf/descargables/CuidadosEnfermos.pdf>

127-Almansa Martínez MP, Rojas Alcantara P . Fundamentos metodológicos de los cuidados de Enfermería. Murcia:DM; 1997.

128-Lucendo Villarin, AJ, Noci Belda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Enferm Clín.* 2004;14(3):184.

129-Caamaño, C. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. *Rev Cali Asist.* 2004; 19(6):396-401.

130-Ruiz M.C. Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria. Biblioteca Lascasa (Internet) .2005 [citad 11 Juny 2010]. Disponible a: <http://index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php>.

131-Ubé JM, Urzanqui M, Rodríguez C, Blasco M, Ascarza S, Musitu V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación.* (Internet). 2006 [citad 11 Juny 2010] Disponible a: <http://www.fuden.es/FICHEROSADMINISTRADOR/ORIGINAL/>

132-Comet Cortés P. Prioridades de investigación en enfermería en España. ICN Centennial Conference; 1999 Juny 27-30; Londres.

133-Grupo de trabajo para la investigación de enfermería del instituto de salud Carlos III. Investigación en enfermería. Informe y recomendacions del comité europeo de salud. (Internet) [citad 3 Febre r2015]. Disponible a: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/Docul/EC97.pdf>

134-Marek KD, Propejoy L, Petroski G, Rantz M. Nurse care coordination in community based long-term care. *JNurs Scholash.* 2006,38(1):80-6.

135-Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey M, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. *JAMA.* 1999;281:613-620.

136-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 8 Març 2013]. Disponible a:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

137-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 10 Març 2013]. Disponible a:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

138-Junta de Andalusia. Comission de cuidados de enfermeria del área (Internet). 2015 [citad 12 Gener 2015]. Disponible a:

<http://www.juntadeandalucia.es/sericioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/247/html/ANEXO.pdf>

139-Perdiguero E, Comelles JM. Medicina y cultura. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2000.

140-De Miguel JM, Guillén MF. La Sanidad en España en España. Sociedad y política. Madrid: Espasa-Calpe; 1990.

141-Martin Zurro, A. Cano Pérez, J. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Hacourt-Brace; 2003.

142-Pardo V. Unitat del Pacient Pluripatològic del CST. Jornada L'abordatge Infermer del Pacient Crònic Complex. 2012 Març; Barcelona.

143-Zabalegui A. Abordatge infermer del pacient acrònic: models d'arreu del mon. Jornada L'abordatge Infermer del Pacient Crònic Complex. 2012 Març; Barcelona.

144-www20.gencat.cat. Canal Salut. Canal Salut. Generalitat de Catalunya (Internet). 2014 [citad 14 Abril 2014]. Disonible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem>

145-Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? Rev Adm Sanit. 2009; 7(4):661-682.

146-Consejería de Sanidad y Consumo. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: La Consejería; 2009.

147-Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (Internet). 2013 [citad 10 Febrer 2013]. Disponible a: <http://www6.gencat.net/ics/trueta/noticies/programa.pdf>

148-Vila Vendrell A. Maneig a l'atenció primària de la complexitat clínica i social. Planta Comunitària Virtual. Annals de Medicina. 2014;97:59-61.

149-Hobbs R, Murray ET. Specialist liaison nurses. BMJ 1999;318-683.

150-Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. (Internet). 2013 [citad 10 Febrer 2013] Disponible a: http://www2.gobiernodecanarias.org/.../cuidados/.../Portocolo_SCCAD.pdf

151-Artigues Barberá M. Enfermera de enlace: bidireccionalidad compartida en atención domiciliaria. Puesta en práctica de un proyecto. Aten Primaria.2001; 28(1):124.

152-Pérez Hernández RM. La Enfermera Comunitaria de Enalce en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun. 2005;1(1):43-48.

153-Noya C. La comisión de cuidados, instrumento clave para la integración interniveles. 20 Jornadas Nacionales de Supervisores de Enfermería. Enfermeras Gestoras. 2009 Febrer 21; Valencia.

154-Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge Planning from Hospital to Home. The Cochrane Database of Systematic Reviews. (Internet) 2004 [citad 21 Març 2011] Disponible a: http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/discharge_committee... Archivo PDF

155-Discharge Planning. Nursing Times. (Internet). 2007. [citad 24 Juliol 2010] Disponible a: <http://www.nursingtimes.net>.

156-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 12 de Març 2013]. Available from:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

157-Dorothea M, Dukkers E. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *J Adv Nurs* 1999;30(5):1186-1194.

158-Anderson Cancer Center. Improving discharge by creating a discharge nurse position. *Nursing Times*. (Internet). 2008. [citat 25 Juliol 2010]. Disponible a: <http://www.nursingtimes.net>

159-García-Abad Martínez M. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. *REDUCA* (Internet). 2010 [citat 11 Febrer 2012]; 2(1). Disponible a: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/217>

160-Valdés P. ¿Nuevo papel para la Atención Primaria de Salud? XII Jornadas de Debate de la FADSP. 2012 Maig 26; Cádiz.

161-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citat 12 Març 2013]. Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

162-Ibáñez Jiménez A. L'abordatge infermer al pacient crònic complex als serveis de salut integrats de Baix Empordà. Jornada L'abordatge Infermer del Pacient Crònic Complex. 2012 Març; Barcelona.

163-Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in an heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2003; 163(7):809-17.

164-Dalal H, Wingham J, Palmer J, Taylor R, Petre C, Lewin R. Why do so few patients with heart failure participate in cardiac rehabilitation? A cross-sectional survey from England, Wales and Northern Ireland. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000787-e000787.

165-Morán I. Programa de Gestió de Casos complexes: impacte després de dos anys d'implantació. Jornada L'abordatge Infermer del Pacient Crònic Complex. 2012 Març; Barcelona.

166-Fernández H. Innovació i transferència a l'Atenció Primària. Infermera gestora de casos. VIII Jornades IDIAP. 2012; Bellaterra.

167-Evercare. Press releases. (Internet). 2010 [citad 26 Juny 2012] Disponible a: http://evercarehealthplans.com/press_release3.jsp

168-Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1427-34.

169-Juntadeandalucia.es. Noticias - Servicio Andaluz de Salud (Internet). 2008 [citad 12 Març 2013]. Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=6455>

170-Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J, Yamaguchi T, Tomura H, Takemura Y. Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. Japan Journal of Nursing Science. 2012; 9:201-215.

171-Enfermeriaencardiologia.com. 41.04. Continuidad de cuidados: Alta de enfermeria. (Internet). 2007 [citad 25 Maig 2010]. Disponible a: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res4104.htm>

172-Gracia FJ. El alta de enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. 2001 Maig 2-4; Cáceres.

173-Placios D, Álvarez C, Cachón M, Alonso C. Early detection of functional and cognitive decline after hospital discharge. Journal of Gerontological Nursing. 2009; 35(9).

174-BOE. Documento BOE-A-2002-22188 (Internet). 2002 [citad 10 Juny 2010]. Disponible a: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

175-Darias S, Leal M, Arias M, Cabrera J, Alonso M. Opinión de los profesionales sobre el informe de alta enfermero. *Metas Enferm.* 1999; 19:22-4.

176-Egea González SC, Bravo Esteban AM. Opinión y realidad del Informe de Alta Enfermera en el Servicio de Urología. *Asociación Española de Enfermería en Urología.* 2007; 104.

177-Arnedo JM, Orgiler PE, de Haro S. Intensive nursing discharge reports in Spain: present situation and analysis. *Enfermería Intensiva.* 2005;16(2):62-72.

178-Sevilla V, Hernández Sampelayo A, González C, Pérez T. Opinión de las enfermeras sobre el Informe de Recomendaciones al Alta de Enfermería. *Metas Enferm.* 2002;47:6-11.

179-Comisión de Cuidados de Enfermería Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Informe de continuidad de curas al alta de enfermería. (Internet) [citado 15 Març 2012] Disponible a: http://www.saludinnova.com/site_media/practices/33/Copia_de_iccae.pdf

180-Del Sol J, Domínguez A, Moreno C, Arraiza C, Salcedo S. Proyección extrahospitalaria del plan de cuidados nutricionales: informe de Enfermería al alta. *Nutrición Hospitalaria.* 2004; 19(1).

181-Hernández E, Barquin MJ, Mundet I, Rotano L, García MI. The need of a nursing report at discharge or transfer to a geriatric residence. *Gerokomos.* 2006; 17(3).

182-Sillow-Carroll SE, Edwards JN, Lashbrook A. Reducing hospital readmissions: lessons from top-performing hospitals. *The Commonwealth Fund.* 2011.

183-Hospital Santa Caterina. Salt. I Jornada d'intercanvi d'experiències de les ABS que tenen com a referència l'Hospital Santa Caterina: Un sol pacient. 2010 Març 10; Salt.

184-Guiellén J. Oportunidad e mejora en la recogida de datos en la hoja de enfermería asistencial. *Enfermería Global.* 2010;18.

185-Villanueva J, Rodríguez R, Rosales I, López M.A. El informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería en un Servicio de urgencias. *Aten Primaria.* 1996; 17:366-379.

186-Anthony MK, Hudson-Barr DC. A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research*. 2004; 13: 117–136.

187-Helleso R, Lorensen M, Sorensen L. Challenging the information gap- the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics* (Internet). 2004 [citat 24 Juliol 2010]; 73:569-580. Disponible a:<http://www.intl.elsevierhealth.com/journal/ijmi>.

188-Helleso, R. Information handling in the nursing discharge note. *J Clin Nurs*. 15:11-21.

189-Martinez JR, Sanjuan A. Análisis biográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. *Enfermería Comun* (Internet). 2009 [citat 28 Agost 2010]; 5(1). Disponible a: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec7053.php>.

190-(Internet). 2014 [citat 2 Febrer 2015]. Disponible a: <http://www.lukor.com/not-neg/sectores/0503/16181223.htm>

191-Comisión de Calidad de Enfermería. Informe enfermero al alta: Normas de cumplimentación y registros enfermeros. (Internet). 2006 [citat 28 Agost 2010]. Disponible a:www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=applicati... · Archivo PDF

192-Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta hospitalaria. Hospital Infanta Cristina. Servicio Extremeño de Salud. (Internet). 2008 [citat 24 Juliol 2010] Disponible a: <http://www.22supervisionenfermeria.com/comunicaciones>

193-Institut Català de la Salut. Protocol de seguiment post alta hospitalària. (Internet). 2010 [citat Agost 2010] Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut>

194- Juvé ME, Carbonell D, Domínguez M, Ortega C, Buj A, Artigas M. Alta de enfermería hospitalària: Implantación y validación de un formato estándar. *Rol Enf*. 1999; 22(12):873-880.

195-Comisión de cuidados de Área Cádiz-S.Fernando. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Continuidad de cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria. 2004 [citat 11 Juny 2010] Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/guia>

196-Larson J, Björvell C, Billing E, Wredling R. Testing of an audit instrument for the nursing discharge note in the patient record. Scand J Caring Sci. 2004;18:318-324.

197-Jones S, Borces C, Merker V, Palau D. Changing behaviors: Nurse educators and clinical nurse specialist design a discharge planning program. Journal of Nursing Staff Development. 1995; 11(6): 291-295.

198-Institut Català de la Salut. Programa de continuïtat assistencial: els seus inicis i situació actual. (Internet). [citat 11 Juny 2010] Disponible a:
<http://www6.gencat.net/ics/trueta/noticies/programa.pdf>

199-Buixadé I, Canals J, Montero JC, Pérez J, Bolívar E. El informe de alta hospitalaria en atención primaria: Análisis de su utilidad. Aten Primaria. 2000;26:383-8.

200- Coalinga State hospital nursing policy and procedure manual. Nursing discharge summary. Nursing Care. 2006; 315.

201-Csapo E. Discharge from the hospital. Encyclopedia of Surgery (Internet). 2003 [citat 14 Maig 2010]. Disponible a: <http://www.surgeryencyclopedia.com>

202-Grupo COADE. Continuidad de cuidados y grupos de población vulnerable. Biblioteca Lascasas (Internet). 2007 [citat 13 Agost 2010];3(2). Disponible a:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0234.php>

203-Lotus YL. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. J Adv Nurs. 2000;32(3):619-625.

204-Kathlenn J, Anderson MA. Integrated Literature Review of Continuity of Care: Part I. Journal of Nursing Scholarship. 2000;32(1).

205-Gallego G, Alorda C, Miró R, Miró M. Seguimiento de un caso clínico en hospitalización a domicilio: una nueva alternativa. Enferm Clin. 2008;18(6):321-5.

206-Calo BJ, Rodríguez E, Sicilia JC, Marrero D. Informes de continuidad de cuidados de Enfermería. Presencia (Internet). 2005 [citad 11 Juny 2010];1(19) Disponible a: <http://www.indexf.com/presencia/n1/15articulo.php>

207-Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A; Pujol R. Información geriátrica en los informes de alta hospitalària del Servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. Rev Clin Esp. 2004;204(6):308-11.

208-Mistiaen P, Duijnhouwer E, Wijkel D, Bont M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. J Adv Nurs. 1997;25:1233-1240.

209-Schultz A. Identification on needs of and utilization of resources by rural and urban elders after hospital discharge to the home. Public Health Nurs. 14(1):28-36.

210-Williams B. Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. Clin Nurs. 2008 Mar;17(5):584-92

211-Suñer R, Junvinyà D, Bertran C, Graboleda C, Brugada N, Garcia MM. Continuity of care and monitoring pain after discharge patient prespective. J Adv Nurs. 2010; 66(1),40-48.

212-Jordaht H. Continuity of care, going out of style?. Br J Gen Pract. 2001.

213-Luque Y, Contreras R, Granados AE, Moreno A, Torralba J. Planificación al alta: anticiparse a las necesidades del paciente y su familia. Rev Paraninfo Digital (Internet) 2010 [citad 28 Agost 2010]; 8 Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n8/005.php>

214-Mendías C, Chaín J, Sánchez JM. Informe para la continuidad de cuidados en enfermería. ¿Nos comunicamos? XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2007 Octubre 6-8; Valencia

215-Gómez MJ, Fernández L, Garcia O. Informatización del Informe de Enfermería en la sala de Hemodinámica. Enfermería Cardiológica. 2008;(42-43):34-36.

216-Jordà G, Cadena A, Prellada N, Martínez J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 2005;36(10):558-62.

217-Santry C. Call for nurse-led patient discharge to improve care. Nursing Times (Internet). 2009 [citat 10 Juny 2010] Disponible a: <http://www.nursingtimes.net>.

218-Armitage S, Kavanagh K. Hospital nurses' perceptions of discharge planning for medical patients. J Adv Nurs. 1996; 14: 16–23.

219-Bartolomé Ruibal A. .Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calid Asist. 2005;20(4):228-234.

220-Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la Seguridad de los Servicios sanitarios: diseño y validacion preliminar. 2009.

221-Organizacion Mundial de la Salud. Reto mundial de la Seguridad del paciente: una atención limpia es una atención más segura. Alianza mundial para la Seguridad del paciente. Bangladesh. (Internet). 2006. [citat 4 Juliol 2014]. Disponible a: <http://www.who.int/gpsc/statements/countries/es/>

222-Ministero de Sanidad y Política Social. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario:aspectos legales. Madrid. 2009

223-Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. La Seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid. 2005.

224-Consejo de Europa. La Seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia. (Internet). 2005 [citat 24 Maig 2013]. Disponible a: <http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/Conference%20Programme%2014.03.05>

225-Generalitat de Catalunya. Seguretat dels Pacients. L'estratègia del departamento de salut. [citat 3 Març 2014]. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=947b67f94e1ae210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=947b67f94e1ae210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

226-Generalitat de Catalunya. Seguretat dels Pacients .Desenvolupament de les unitats funcionals de seguretat dels pacients en els hospitals de la XHUP. [citad 3 Març 2014].

Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dda7170e89086516ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=cb115ec8e4e4f210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cb115ec8e4e4f210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=detall&contentid=24512dd20c648310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

227- Cobalea Gonzalez N, Contel Segura JC, Ferrús Estopà L, Llorens Basses D, Martí Carrasco N, Perez Company P. Indicadors d'avaluació de les cures infermeres. Comissió d'Indicadors d'Avaluació. Consell de la Professió Infermera de Catalunya. 2014 [citad 10 Gener 2015].

Disponible a:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/participacio/consells_de_les_professions_sanitaries/consell_professio_infermera_de_catalunya/documents/arxius/indicadors_avaluacio_cures_infermeresv4.pdf

228-Department of Health. High Quality Care For All: NHS Next Stage Review final report. Londres: The Stationery Office.

229-OMS. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizador en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra: 1981.

230-Selva A, San José A, Solanas A, Vilardell M. Características diferenciales de la enfermedad en el anciano. Fragilidad. Medicine. 1999;124:5789-96)

231-Garcia Morillo JS, Bernabéu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA. Incidencias i caracterisíticas clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una Unidad de Medicina Interna. Med Clin. 2005;125(1):5-9.

232-Gomez N, Orozco D, Merino J. Relación entre Atención Primaria i Atención Especializada. Aten Primaria.1997;20:25-33.

233-Vilalta Altés T. Protocol PreAlt IAS-ICS. Girona: 2010.

234-Ham C. Lost in Translation? Health Systems in the US and the UK. *Social Policy and Administration*. 2005; 39: 192-209.

235-Nuño R. Buenas practicas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*. 2007; 5(2): 283-292.

236-Bengoa R, Martos F, Nuño R, Kreindler S, Novak T, Pinilla R. Management models. When people live with multiple chronic diseases: a collaboration approach to an emerging global challenge. Granada: 2010 [citad 14 Abril 2013]. Disponible a :<http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>>

237-NHS Evidence. The Effectiveness of Predictive Modelling Tools in Identifying Patients at High risk of Using Secondary Care Resources. Can Predictive Modelling Tools Reduce Utilisation of Secondary Care Resources and Improve Quality of Care When Used at the Primary Care Level to Identify Subsets of High Risk Patients Most Likely to Benefit from Targeted Interventions? A rapid review of the research literature. 2001 [citad 14 Abril 2013]. Disponible a : <http://www.eac.cpft.nhs.uk/Download/Public/18631/1/PredictiveModellingToolsReveiw.pdf>>.

238-Clark CM, Snyder JW, Meek RL, Stutz LM, Parkin CG. A systematic approach to risk stratification and intervention within a managed care environment improves diabetes outcomes and patient satisfaction. *Diabetes Care*. 2001; 24(6):1079-86.

239-Dove HG, Duncan I, Robb A. A prediction model for targeting low-cost, high-risk members of managed care organizations. *Am J Manag Care*. 2003; 9(5):381-389.

240-Arshad P, Oxley H, Watts S, Davenport S, Sermin N. Systematic approach to community risk assessment and management. *Br J Nurs*. 2000;9(4):210-4.

241-Ramsey F, Ussery-Hall A, Garcia D, McDonald G, Easton A, Kambon M. Prevalence of selected risk behaviors and chronic diseases. *Behavioral Risk Factor Surveillance System. MMWR Surveill Summ*. 2008;57(11):1-20.

242-Garreta M, Lasso C, De la Vega M, Vilar J, Bastida M, Cuberas N. Programa de implantación de un protocolo para los pacientes con criterios de fragilidad y su continuidad asistencial. V Congreso Nacional del enfermo Crónico. 2013 Abril 11-13; Barcelona.

243-Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):226-33

244-Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Cal Asist.* 2002;17 (5):273-83.

245-Haddock KS. Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly. *Journal of Gerontological Nursing.* 1991;17:10-14.

246-Garcia-Abad P. Coordinación e implantación de estrategias en la continuidad de cuidados (tesis a Internet). Madrid: Universitat Computense de Madrid; 2012 [citad 29 Octubre 2013]. 160 p. Disponible a:<http://eprints.ucm.es/15315/1/T33776.pdf>

247-Congdon JG. Managing the incogruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families and nurses. *Applied Nursing Research.* 1994;7:125-131.

248-Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist.* 2007; 21:31-42.

249-Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalization among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med.* 2009;360(14):1418-28

250-Waibel S, Gusmao R, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. Continuity of care in integrated healthcare networks in Catalonia from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Expect.* 2011.

251-Barber-Parker ED. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. *Patient Education and Counseling.* 2002; 48:107-113.

252-Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. (Internet). 2004 [citad 22 Maig 2014]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiqu... · Archivo PDF

253-Www20.gencat.cat. Generalitat de Catalunya (Internet). 2013 [citad 22 Maig 2014]. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.f55d9e579614ed576f51ec10b0c0e1a0/?vgnnextoid=c0f7a46b90be3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

254-Antaviana C. Sistema Informatitzat de Suport al Diagnòstic de Demència a l'Atenció Primària (SISDDAP) - Projectes - TicSalut (Internet). TicSalut. 2014 [citad 30 Maig 2014]. Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/observatori/innova-tic-salut/77/sistema-informatitzat-de-suport-al-diagnostic-de-demencia-a-latencio-primaria-sisddap>

255- PPAC-PIAISS. Bones practiques en la redacció dels PIIC 2.0 Versió definitiva 2.3. (Internet). 2015 [citad 7 Maig 2015]. Disponible a: salutweb.gencat.cat/web/.content/...al.../recomanacions_piic.pdf

256-Aliança IAS-ICS Girona. (Internet). 2013 [citad 30 Maig 2014]. Disponible a: <https://projectecims.wordpress.com/>

257-Generalitat de Catalunya. ICS. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. (Internet). 2010 [citad 12 Juliol 2015]. Disponible a: https://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf

258-Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artiles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. Bol Enferm Comunit. 2002;8(2):27-8

259- Generalitat de Catalunya. ICS. Innovació i millores assistencials. (Internet). 2011 [citad 12 Juliol 2015]. Disponible a: http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2011/girona_2011/Girona2011i/files/assets/basic-html/page10.html

260-Garcia Garrido LL. Alternatives Hospitalització Convencional. (Internet). 2013 [citad 10 Desembre 2013]. Disponible a: <http://es.slideshare.net/icscat/ahc-hospital-drtruetallusagarcia040713>

261-Arnedo JM, Orgiler PE, de Haro S. Intensive nursing discharge reports in Spain: present situation and analysis. *Enfermería Intensiva*. 2005 Apr-Jun;16(2):62-72.

262-Ubé JM, Urzanqui M, Rodríguez C, Blasco M, Ascarza S, Musitu V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación*. (Internet). 2006 [citado 11 Juny 2010] Disponible a: <http://www.fuden.es/FICHEROSADMINISTRADOR/ORIGINAL/>

263-Merino M, Sebastián T, Gomez MC, Leon Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enfermería Clínica*. 2008;18(2):77-83.

264-Generalitat de Catalunya. Demografía de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. (Internet). 2005 [citado 5 Setembre 2010] Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/ies/pdf/estudi_demografic.pdf

265-Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 290(12):1617-1623.

266-Harno K, Paavola T, Carlson C, Viikinkoski P. Patient referral by telemedicine: effectiveness and cost analysis of an Intranet system. *J Telemed Telecare*. 2000;6(6):320-9.

267-Tilus, SL. The influence of nursing education on collaborative discharge planning. *Journal for Nurses in Staff Development*. (Internet) 2002 [citado 28 Octubre 2013]; 18: 274-281. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394577>

268-Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.

269-Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Carratalá Munuera C, Gil Guillés V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2006; 37(4):195-202

270-Bjuresater K, Larsson M, Nordstrom G, Athlin E. Cooperation in the care for patients with home enteral tube feeding throughout the care trajectory: nurse's perspectives. *Journal of Clinical Nursing* . 2008; 17:3021-3029.

271-Capila S, Pujol M, Pelay N, San José A, Martínez M, López MD. Programa Preatl en el paciente crónico: 10 años en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. V Congreso Nacional del enfermo Crónico. 2013 Abril 11-13; Barcelona.

272-Ortún V. La política sanitària a Catalunya, 1989-1998. En: Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política,Cultura. Barcelona: 1999.

273-Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez MR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 1994;36:22-9.

274-Cruzado Álvarez C, Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de Atención Primaria. *Enfermería Cardiológica*. 2008; 15(45).

275-López González G. Comunicación oral entre el equipo de enfermería en cardiología: evaluación y desarrollo de una comunicación eficaz en el Trabajo. *Enfermería en Cardiología*. (Internet). 2005 [citado 22 Gener 2014]; 36. Disponible a:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3603.pdf>

276-Saturno PJ. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. MSC. [citado 3 Març 2014]. Disponible a:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente-pdf>

277-Sillow-Caroll SE, Edwards JN, Lashbrook A. Reducing hospital readmissions: lessons from top-performing hospitals. *The Commonwealth Fund*. 2011.

278-ApkerJ, Propp KM, Ford WSZ, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in Health care interactions. *J Prof Nurs*.2006;22(3):180-189.

279-Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurse Adm.* 2003;33(5):271-283.

280-Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurse's job satisfaction. *Rev Nurs Health.* 2007;30:445-458.

281-Cowan, MJ; Shapiro, M; Hays, RD; Aiffi, A; Vazirani, S; Ward, CR. The effect of a multidisciplinary hospitalist physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm.* 2006;36(2):79-85

282-Hasnain M DalalJ, WinghamJP, Rod T, Corrinna P, Robert L. Why do so few patients with heart failure participate in cardiac rehabilitation? A cross-sectional survey from England, Wales and Northern Ireland. *BMJ.* (Internet). 2003 [citat 11 Febrer 2012]; 326:481-4. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323807/>

283-Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria.* 2012;44(2):107-13.

284-Branger PJ, van't Hooft A, van der Wouden JC, Moorman PW, van BommelJH. Shared care for diabetes: supporting communication between primary and secondary care. *Int J Med Inform.* 1999;53(2-3):133-42.

285-Rosenstein A, O'Daniel M: Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs.* 2005; 105:54-64.

286-Cheek, J. Gibson, T. Older people in acute care. Issues impacting on registered nurses providing care to older people in an acute care setting. *Nursing Times Research.* 2003; 8:134-150.

287-Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE & Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med.* 1995; 333: 1190–1195.

8-Annexes

Annex 1. Informe d'Alta d'Infermeria

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Hospital : HOSPITALS DE GIRONA: HU Dr. Josep Trueta _ IAS Parc Hospitalari Martí i Julià | Unitat : | Data d'ingrés : |
| Pacient : | Nº de llit : | Sexe : |
| Nº d'història : | Nº d'episodi : | Edat : |
| Al·lèrgies : | | |
| Aïllament : | | |
| Diagnòstics : | | |
| Dietes : Característiques: | | |

Informe: Formulari de l'Alta

DATA ALTA:

Infermera responsable 1:
 Infermera responsable 2:
 Data de l'Informe:

| Destí | Si | No | No Procedeix |
|---------------------------------|---------------------|----|--------------|
| Alta domicili: | | | |
| Trasllat centre hospitalari: | | | |
| Trasllat centre socio-sanitari: | | | |
| Continuïtat de cures: | | | |
| Observacions: | "ABS de referència" | | |
| Resum de l'estada del pacient: | | | |

| Valoració a l'alta | Si | No | No Procedeix |
|--------------------------------|---------------------|--------------|--------------|
| Autònom per realitzar les AVD: | | | |
| Higiene - necessita ajuda: | | | |
| Alimentació - necessita ajuda: | | | |
| Vestir - necessita ajuda: | | | |
| Ús del WC - necessita ajuda: | | | |
| Última valoració de Barthel : | | | |
| Última presa constants: | | | |
| Data | Presa | Valor | |
| | Temperatura | | |
| | TAS | | |
| | TAD | | |
| | Sat O2 | | |
| | Freqüència cardíaca | | |

| El cuidador | Si | No | No Procedeix |
|------------------------------------------------------|----|----|--------------|
| Coneix els signes de complicacions i sap com actuar: | | | |
| Demostra habilitats en la cura de: | | | |
| Sap realitzar el control de: | | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Hospital : HOSPITALS DE GIRONA: HU Dr. Josep Trueta _ IAS Parc Hospitalari Martí i Julià | Unitat : | Data d'ingrés : |
| Pacient : | Nº de llit : | Sexe : |
| Nº d'història : | Nº d'episodi : | Edat : |
| Al·lèrgies : | | |
| Aïllament : | | |
| Diagnòstics : | | |
| Dietes : | Característiques: | |

| Valoració a l'alta | Si | No | No Procedeix |
|--------------------------------------------------------------------|----|----|--------------|
| El cuidador | Si | No | No Procedeix |
| Coneix el tipus de dieta i sap adaptar els aliments. Dieta: | | | |
| Coneix els moviments/exercicis que ha de realitzar/evitar: | | | |
| Coneix la medicació que ha de prendre: | | | |
| Sap la següent visita: | | | |
| Necessita educació sanitària específica adicional : | | | |

| Planificació de cures/Recomanacions | Si | No | No Procedeix |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------|
| Problemes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • • • • | | | |
| Recomanacions/Pla de cures: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • | | | |
| Altres recomanacions : | | | |

| |
|------------------------------|
| Observacions generals |
|------------------------------|

Annex 2. Qüestionari per a les infermeres d'Atenció Primària

Qüestionari auto administrat per a infermeres d'Atenció Primària.

Benvolguts companys infermers,

Com a tesi doctoral estic estudiant la continuïtat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva.

En els últims anys han sorgit diferents estratègies infermeres amb un únic objectiu: la garantia de la continuïtat assistencial infermera entre els diferents àmbits assistencials. Però la no existència d'una normativa reguladora i la falta d'una xarxa de comunicació comuna als diferents àmbits assistencials, entre altres, afavoreix la convivència d'una gran variabilitat d'estratègies, vies i instruments de comunicació infermera.

Amb la finalitat d'identificar el grau de satisfacció de les infermeres dels diferents àmbits assistencials amb la continuïtat assistencial infermera, agrairia la vostra resposta a aquest qüestionari.

Moltes gràcies per la vostra ajuda.

Glòria Reig Garcia.

Infermera d'Atenció Primària.

gloria.reig@ias.scs.es

2.2. Creu que els pacients estan satisfets amb la continuïtat de cures infermeres entre el seu àmbit assistencial i l'Atenció Primària?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.3. Creu necessari informar a la infermera d'Atenció Primària de totes les activitats infermeres fetes durant la hospitalització del pacient?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.4. Creu necessari informar a la infermera d'Atenció Primària d'aquelles activitats infermeres iniciades durant l'hospitalització i que necessiten continuïtat un cop el pacient marxa d'alta (dieta, pautes d'exercici, mobilitzacions...)?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.5. Creu que augmentant la continuïtat assistencial infermera augmentaria la seguretat de les cures infermeres?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.6. Quan de temps passa entre que el pacient marxa d'alta i vostè contacta amb ell o la família?
_____ hores

3. Instrument

3.1. Quina és la seva satisfacció amb l'instrument utilitzat per a dur a terme la continuïtat de cures infermeres? (informe d'alta infermer, informe de continuïtat de cures..)

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

3.2.Com arriben els informes d'alta d'infermeria o informes de continuïtat de cures infermeres a la infermera d'Atenció Primària? (prioritza d'1 a 5, on 1 és el més utilitzat)

- Mitjançant la infermera d'enllaç o infermera gestora _____
- Mitjançant el pacient o família _____
- Mitjançant la història clínica compartida _____
- Via correu electrònic/fax _____
- Altres: _____

3.3.Quin creu que és el grau d'utilitat de l'informe d'alta d'infermeria, per a la infermera d'AP, per dur a terme la continuïtat de cures del pacients?

- [1] [2] [3] [4] [5]
- Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

3.4.Consulta tots els informes d'alta d'infermeria que li arriben?

- [1] [2] [3] [4] [5]
- Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

3.5.Valori d'1 a 10 cadascuna de les següents dimensions segons la seva satisfacció relacionada amb la informació que dóna l'informe d'alta d'infermeria (1 és puntuació mínima i 10 màxima)

- .Malaltia actual: _____
- .Problemes infermers durant la hospitalització: _____
- .Diagnòstics infermers a l'alta: _____
- .Tractaments farmacològics a seguir: _____
- .Tractaments infermers a seguir: cures, dietes especials... _____
- .Pròxims controls hospitalaris: _____
- .Aspectes familiars i socials: _____

3.6.Creu necessari que la infermera hospitalària rebi un informe infermer de l'estat del pacient quant aquest ingressa a l'hospital?

- [1] [2] [3] [4] [5]
- Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

3.7.Que creu que hauria de contenir l'informe d'alta infermeria?

4. Rols infermers.

4.1. Com valora la feina de la infermera d'enllaç com a garantia de la continuïtat de cures entre àmbits assistencials?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

4.2. Com valora la feina de la infermera gestora de casos com a garantia de la continuïtat de cures entre àmbits assistencials?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

5. Comunicació

5.1. Com es sent més còmode per comunicar-se amb les infermeres d'altres àmbits assistencials?
(pot marcar mes d'una opció)

- Comunicació oral (via telefònica)
- Comunicació oral (amb sessions clíniques)
- Comunicació escrita (via email, correu electrònic)
- Comunicació escrita (via informe alta infermeria)

5.2. Quin creu que és el millor circuit per fer arribar la informació dels pacients que atén a les infermers d'altres nivells assistencials?

5.3. Creu que amb la història clínica compartida s'acabarien els problemes de comunicació entre les infermeres?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

6. Formació

6.1. Puntui d'1 a 10 el grau de formació amb comunicació infermera rebut els estudis universitaris d'infermeria: _____

6.2. Puntui d'1 a 10 el grau de formació amb continuïtat assistencial infermera rebut els estudis universitaris d'infermeria: _____

6.3.Pensa que cal incorporar temari sobre continuïtat assistencial al currículum formatiu universitari d'infermeria?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

6.4-Ha assistit en jornades, congressos... on es parli de continuïtat assistencial infermera? (marqui amb una creu)

-Sí -No

7.Perfil pacients

7.1.Quin és el perfil de pacient que creu prioritari que surtin d'alta amb un informe d'alta d'infermeria?

7.2-Quin és el perfil de pacients que creu prioritari que ingressin amb un informe de la infermera d'Atenció Primària?

7.3-Creu que tots els pacients que surten d'alta hospitalària haurien de fer-ho amb un informe d'alta d'infermeria?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

7.4-Creu que tots els pacients que ingressen a l'hospital de forma programada haurien de fer-ho amb un informe de la infermera d'Atenció Primària?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

8.Propostes de millora.

8.1-Propostes de millora per garantir la continuïtat de cures infermeres entre els diferents àmbits assistencials?

Annex 3. Qüestionari per a les infermeres d'Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental.

Qüestionari auto administrat per a infermeres d'Atenció Hospitalària, Atenció Sociosanitària i Atenció en Salut Mental.

Benvolguts companys infermers,

Com a tesi doctoral estic estudiant la continuïtat assistencial infermera a les comarques del Gironès i la Selva.

En els últims anys han sorgit diferents estratègies infermeres amb un únic objectiu: la garantia de la continuïtat assistencial infermera entre els diferents àmbits assistencials. Però la no existència d'una normativa reguladora i la falta d'una xarxa de comunicació comuna als diferents àmbits assistencials, entre altres, afavoreix la convivència d'una gran variabilitat d'estratègies, vies i instruments de comunicació infermera.

Amb la finalitat d'identificar el grau de satisfacció de les infermeres dels diferents àmbits assistencials amb la continuïtat assistencial infermera, agrairia la vostra resposta a aquest qüestionari.

Moltes gràcies per la vostra ajuda.

Glòria Reig Garcia.

Infermera d'Atenció Primària.

gloria.reig@ias.scs.es

1.Dades sociodemogràfiques:

1.1.Centre de treball: Servei: Càrrec:

1.2.Edat: anys

1.3.Sexe (*marqui amb una creu*)

Home
Dona

1.4.Any de finalització de la diplomatura d'infermeria:

1.5.Formació post-graduada: (*pots marcar mes d'una opció*)

Formació universitària de postgrau
Formació universitària de màster
Formació universitària de doctorat
Formació continuada (cursos on-line, cursos presencials..)
Formació en investigació infermera

1.6.Has publicat algun article en una revista científica en els últims 5 anys? (*marca amb una creu*)

Si No

1.7.Anys d'experiència professional a l'àmbit assistencial actual: anys

1.8.Típus de contracte laboral (*marca amb una creu*)

Fixa amb oposició Fixa sense oposició Interí Eventual

2.Grau de satisfacció amb la continuïtat assistencial infermera.

2.1.En general, quina és la seva satisfacció amb la continuïtat de cures infermeres entre el seu àmbit assistencial de treball i l'Atenció Primària?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

2.2.Creu que els pacients estan satisfets amb la continuïtat de cures infermeres entre el seu àmbit assistencial i l'Atenció Primària?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.3.Creu necessari informar a la infermera d'Atenció Primària de totes les activitats infermeres fetes durant la hospitalització del pacient?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.4.Creu necessari informar a la infermera d'Atenció Primària d'aquelles activitats infermeres iniciades durant l'hospitalització i que necessiten continuïtat un cop el pacient marxa d'alta (dieta, pautes d'exercici, mobilitzacions...)?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

2.5.Creu que augmentant la continuïtat assistencial infermera augmentaria la seguretat de les cures infermeres?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

3.Instrument

3.1.Quina és la seva satisfacció amb l'instrument utilitzat per a dur a terme la continuïtat de cures infermeres? (informe d'alta infermer, informe de continuïtat de cures..)

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

3.2.Com arriben els informes d'alta d'infermeria o informes de continuïtat de cures infermeres a la infermera d'Atenció Primària? (prioritza d'1 a 5, on 1 és el més utilitzat)

- Mitjançant la infermera d'enllaç o infermera gestora _____
- Mitjançant el pacient o família _____
- Mitjançant la història clínica compartida _____
- Via correu electrònic/fax _____
- Altres: _____

3.3. Quin creu que és el grau d'utilitat de l'informe d'alta d'infermeria, per a la infermera d'AP, per dur a terme la continuïtat de cures del pacients?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

3.4. Quina valoració fa de la quantitat d'informació que omple a l'informe d'alta d'infermeria. (pots marcar mes d'una opció)

.Informació correcte _____
.Massa informació _____
.Poca informació _____
.Informació poc útil _____
.Altres _____

3.5. Valori d'1 a 10 cadascuna de les següents dimensions segons la seva satisfacció relacionada amb la informació que omple als informes d'alta d'infermeria (1 és puntuació mínima i 10 màxima)

.Malaltia actual: _____
.Problemes infermers durant la hospitalització: _____
.Diagnòstics infermers a l'alta: _____
.Tractaments farmacològics a seguir: _____
.Tractaments infermers a seguir: cures, dietes especials... _____
.Pròxims controls hospitalaris: _____
.Aspectes familiars i socials: _____

3.6. Creu que falta temps dins la seva jornada laboral per omplir els informes d'alta d'infermeria?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

3.7. Creu que si la infermera d'Atenció Primària fes un informe d'infermeria quan un pacient ingressa a planta li seria útil?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

3.8. Que li agradaria que contingues l'informe que faria la infermera d'Atenció Primària?

4. Rols infermers.

4.1. Com valora la feina de la infermera d'enllaç com a garantia de la continuïtat de cures entre àmbits assistencials?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

4.2. Com valora la feina de la infermera gestora de casos com a garantia de la continuïtat de cures entre àmbits assistencials?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt bona Moderadament bona Ni bona ni dolenta Moderadament dolenta Molt dolenta

5. Comunicació

5.1. Com es sent més còmode per comunicar-se amb les infermeres d'altres àmbits assistencials?
(pot marcar mes d'una opció)

- Comunicació oral (via telefònica)
- Comunicació oral (amb sessions clíniques)
- Comunicació escrita (via email, correu electrònic)
- Comunicació escrita (via informe alta infermeria)

5.2. Quin creu que és el millor circuit per fer arribar la informació dels pacients que atén a les infermers d'altres nivells assistencials?

5.3. Creu que amb la història clínica compartida s'acabarien els problemes de comunicació entre les infermeres?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

6. Formació

6.1. Puntui d'1 a 10 el grau de formació amb comunicació infermera rebut els estudis universitaris d'infermeria: _____

6.2. Puntui d'1 a 10 el grau de formació amb continuïtat assistencial infermera rebut els estudis universitaris d'infermeria: _____

6.3.Pensa que cal incorporar temari sobre continuïtat assistencial al currículum formatiu universitari d'infermeria?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

6.4-Ha assistit en jornades, congressos... on es parli de continuïtat assistencial infermera? (marqui amb una creu)

-Si -No

7.Perfil pacients

7.1.Quin és el perfil de pacient que creu prioritari que surtin d'alta amb un informe d'alta d'infermeria?

7.2-Quin és el perfil de pacients que creu prioritari que ingressin amb un informe de la infermera d'Atenció Primària?

7.3-Creu que tots els pacients que surten d'alta hospitalària haurien de fer-ho amb un informe d'alta d'infermeria?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

7.4-Creu que tots els pacients que ingressen a l'hospital de forma programada haurien de fer-ho amb un informe de la infermera d'Atenció Primària?

[1] [2] [3] [4] [5]
Molt d'acord Moderadament acord Ni acord ni desacord Moderadament desacord Molt desacord

8.Propostes de millora.

8.1-Propostes de millora per garantir la continuïtat de cures infermeres entre els diferents àmbits assistencials?

Annex 4. Difusió científica de resultats derivats de la tesis.

Comunicacions

Autors: Glòria Reig Garcia, Montse Masó Donadeu

Títol: ¿Nos comunicamos las enfermeras?

Lloc i dates: V Congreso Nacional de atención sanitaria al paciente crónico. Barcelona. 2013.

Autors: Glòria Reig Garcia

Títol: Ens comuniquem les infermeres?

Lloc i dates: IX Jornada d'ABS de Girona. Girona. 2014

Autors: Glòria Reig Garcia

Títol: Comunicación enfermera

Lloc i dates: Congresos de investigación centrados en los entornos de cuidados seguros.
Barcelona. 2015

Autors: Glòria Reig Garcia

Títol: Continuitat assistencial infermera

Lloc i dates: 5a Joranda del Pla de Salut. Sitges. 2015.

