



REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES: PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

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

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

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

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

LYDIA RIBA BELLERA

TESI DOCTORAL

**REGISTRE I VALORACIÓ DE LES
CREENCES I VALORS AL PLA DE
CURES: PERCEPCIÓ D'INFERMERES
D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE L'INSTITUT
CATALÀ DE LA SALUT**

Dirigida per la Dra. M. Antonia Martorell Poveda

Departament d'Infermeria
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
TARRAGONA 2016



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

M^a Antonia Martorell Poveda. Professora Titular del Departament
d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili,

CERTIFICO

Que aquest treball de recerca, titulat "REGISTRE I VALORACIÓ DE LES
CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES: PERCEPCIÓ
D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE L' INSTITUT CATALÀ DE LA
SALUT", que presenta la Sra. Lydia Riba per a l'obtenció del títol de
Doctora, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d'Infermeria
d'aquesta Universitat i que a compleix els requeriments per a la seva
presentació.

Tarragona, 29 de març del 2016

Dra. M^a Antonia Martorell Poveda

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

Tot el que tu no pots fer, jo intentaré fer-ho.
Sempre endavant.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

AGRAÏMENTS

Moltes persones m'han preguntat que com pot ser que, un cop jubilada, pugui tenir la dèria de voler cursar un doctorat. La resposta és ben senzilla: cal tenir clar el que vols fer i lluitar-hi. Diuen que somiar la teva vida no és pas viure-la. És només una qüestió de voler plasmar i finalitzar un treball, i, en el meu cas, la raó ha estat un tema que m'ha preocupat i que jo he cregut important esbrinar.

En primer lloc, dono gràcies a Déu. No em pregunteu com és Déu, però hi crec. Crec en una força que sento dins el meu pit i que, sens dubte, m'ajuda a escriure aquestes lletres. Crec també en la professió d'infermeria, ja que em sento infermera, i en la natura i els éssers vius, i en especial en l'ésser humà. Puc dir que he gaudit de la relació amb les persones malaltes i febles a causa de la seva situació de salut i, quan m'he apropat a elles i han acceptat la meva ajuda, m'han fet sentir viva.

Dono gràcies a la Dra. Ferré, directora del programa de doctorat del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, que, amb un somriure, em va obrir la porta d'aquesta Universitat. Ella va creure en el meu treball.

Gràcies a la Dra. Martorell, que, com a responsable de la línia de recerca sobre cures culturals i salut, ha estat directora d'aquesta tesi. Ella és una gran infermera, amb criteris naturistes i humanístics. Per a

mi, ha estat un bon referent, i, gràcies a la seva direcció i al seu suport per a aquest projecte, l'he pogut tirar endavant fins a aconseguir el meu propòsit.

Em cal donar les gràcies a aquelles infermeres que, des del seu lloc de treball i de responsabilitat, han sabut donar-me suport. En algun cas, hi ha hagut petites ombres de dubte –era d'esperar–, però m'han servit per superar els meus punts febles. Malgrat tot, la majoria d'infermeres que hi han col·laborat m'han demostrat força i fe en el meu projecte i m'han animat a seguir endavant.

Cal pensar que com que sóc una jubilada no puc desenvolupar una recerca dins l'empresa, on durant trenta-tres anys he estat activa com a infermera. Calia, doncs, disposar d'un grup de professionals amb diferents perfils, els quals, des del seu lloc de treball, acceptessin col·laborar amb mi i proporcionar-me'n suport. Tots han demostrat rigor i poder, i han estat uns aliats incondicionals en els quals he dipositat tota la meva confiança: sense ells no hauria estat possible aquesta tesi.

Moltes gràcies a totes les infermeres anònimes que, amb sinceritat, han aportat el que pensaven sobre el tema estudiat. De totes les entrevistes i grups de discussió, n'he pogut recollir informació molt valuosa. Ha estat per a mi una gran experiència poder escoltar les seves manifestacions. En cadascuna de les trobades, m'han fet sentir útil, i el suport que he rebut i les expressions d'agraïment han estat unànimes.

És cert que, en aquells moments que són tan importants per a mi, voldria que aquells éssers estimats que han fet ja el seu traspàs poguessin compartir el goig que tinc d'estar defensant el que jo crec. De ben segur que, des d'algun lloc de les estrelles, veuen aquest treball.

La necessitat de comunicar-se és vital per a tot ésser humà. Ens comuniquem amb la paraula, el tacte, l'olfacte, la vista i l'oïda. Qualsevol manca d'aquests sentits provoca, sens dubte, un important trasbals a la persona que la pateix. En l'actualitat, hi ha molts recursos per poder ajudar a pal·liar aquests trastorns, però anys enrere era diferent, perquè la persona que tenia una d'aquestes mancances quedava aïllada dels altres i, sovint, actuava amb desconfiança i por envers el que l'envoltava. En Joan, que és el meu germà, és una d'aquestes persones. Al cap de tants anys, ell i jo ens entenem sense paraules, ja que el cor i l'amor ho fan possible. Agafar les mans i mirar els ulls de l'altra persona ajuda a transmetre i escoltar. Gràcies Joan, perquè he après i aprenc dels teus silencis. Crec, doncs, en una altra manera de viure i de comunicar-se, la del silenci. Per un moment, penso en tot allò que ell hauria volgut fer i no li ha estat possible. Això em dóna forces per poder avançar.

No puc deixar de pensar en un futur millor. Anna, ets part d'aquest futur i, juntament amb els teus pares, la Mireia i en Jordi, hauràs de continuar creixent per fer el teu camí. Com a iaia, voldria ser un referent per a tu, ja que tu també ets un referent per a mi. Vull aprofitar aquestes ratlles per agrair-te que siguis la meva néta.

Considero un premi que, dins la meva trajectòria professional, hagi pogut viure la potent transformació de la infermeria, una professió que ha hagut de desaprendre per tornar a aprendre. És, per tant, un privilegi poder presentar i compartir aquest treball després d'un recorregut que no ha estat gens fàcil.

Gràcies a tots els que hi heu col·laborat i m'heu donat suport, en especial als que ho heu fet de manera directa:

Infermeres

- » Mireia Boixadera
- » Carmen Buendía
- » Carmen Bayo
- » Lupe Figueiras
- » Assumpció Giménez
- » Pilar Piñeiro
- » Juan José Zamora

Tècnics de salut

- » Pere Joan Cortés
- » Eva Rodríguez

Maquetació

- » Mireia Rojas

Especials agraïments a:

- » Rosa Blasco
- » Mercè Arqué

Revisió lingüística: Servei Lingüístic Universitat Rovira i Virgili

Per últim, vull agrair a les infermeres i als infermers que han intervingut, bé sigui com a informadors o com a participants, en la gestió de les entrevistes individuals i en els grups focals la seva tasca com a col·laboradors.

ÍNDEX

Resum	17
Abstract	19
Abreviatures	21
Glossari	23
Història de vida com a infermera: vivències personals.	31
Introducció	49
Delimitació del problema.	61
Objectius de la recerca.	67
I. Marc teòric	69
1.1 Creences i els valors: segons diferents visions	71
1.1.1 Fonamentació bàsica de les creences i els valors	72
1.1.2 Diferents visions de les creences i de l'espiritualitat	75
1.1.3 Les creences i les tradicions	81
1.1.4 Les creences i el poder	82
1.1.5 Les creences: salut i malaltia, dimensió integral de la persona	84
1.1.6 Les creences i l'aspecte físic de la persona	89
1.1.7 Situacions socials que emmarquen una nova manera de viure i de pensar	91

1.1.8 Població territori català: dades immigració	92
1.1.9 Expressió de l'espiritualitat: altres confessions que convien a Catalunya	94
1.2 La infermeria: gestió de les cures	101
1.2.1 Evolució de la infermeria: últimes cinc dècades del segle XX	102
1.2.2 Canvis de titulació i nous plans d'estudi	104
1.2.3 Evolució de la prestació de les cures extrahospitalàries a l'ICS	106
1.2.4 Qualitat i ètica en les cures: un repte per a la infermera	112
1.2.5 Altres visions per tenir cura de la salut: vells criteris sota nous models	115
1.2.6 Llenguatge infermer. Abordatge de les creences i valors de la persona atesa.	119
1.2.7 Pla de cures. Models conceptuals.	122
1.2.8 Pla de cures: model conceptual Virginia Henderson . .	124
1.2.9 La caritat i la compassió en les cures	126
1.2.10 La motivació i la voluntat en les cures	128
1.3 L'Atenció Primària a l'ICS: inicis i conceptualització actual .	133
1.3.1 Gestió i estratègies de l'Atenció Primària a Catalunya .	135
1.3.2 Nou rol de la infermera dins l'equip d'atenció primària.	139
1.3.3 Implantació del model de cures dins de l'AP de l'ICS .	141
1.3.4 Pla de cures: el diagnòstic infermer i les intervencions autònomes	145
1.3.5 Història Clínica de l'Atenció Primària. Registres infermers	148
1.3.6 Procés d'informatització dels registres clínics en l'Atenció Primària. Programa eCAP	150
1.3.7 Registre informatitzat. Mòdul infermer	153
1.3.8 Objectiu actual dels registres informàtics de l'ICS	156
1.3.9 Dificultats en la implementació dels registres clínic informatitzats dins l'AP de l'ICS	160

II. Tipus d'investigació i metodologia	163
2.1 Orientació epistemològica	169
2.2 Treball de camp	171
2.2.1 Àmbit de l'estudi	173
2.2.1.1 Àmbit urbà	174
2.2.1.2 Àmbit rural	184
2.2.2 Perfil dels participants: criteris de selecció	186
2.2.3 Facilitadors: dinàmica de contacte	190
2.2.4 Recollida de dades: instruments	192
2.2.5 Gestió de la programació: entrevistes i grups focals ..	195
2.2.6 Dinàmica de la recollida de dades: entrevistes	197
2.2.7 Dinàmica de la recollida de dades: grup focal	198
2.2.8 Espai utilitzat	198
2.3 Aspectes ètics. Reflexivitat i validesa	201
III. RESULTATS	207
3.1 Participants	211
3.2 Anàlisi de contingut	213
3.2.1 Dinàmica d'anàlisi	213
3.2.2 Anàlisi: expressions de negativitat	217
3.2.3 Anàlisi: expressions de positivitat	230
3.2.4 Anàlisi focalitzat: desacord i dificultats	245
3.2.5 Similitud i diferències: àmbit urbà i àmbit rural	249
3.2.6 Resultats expressats amb matriu DAFO	252
3.2.6.1 Marc intern	253
3.2.6.2 Marc extern	254
3.3 Limitacions	257
3.4 Reflexions: sobre els resultats	261

IV. Estratègies i propostes	267
a) Compromís de tots: empresa, investigadors i infermeres .	270
b) Propostes de millora: vessant intern i vessant extern	271
c) Projecció interna: empresa	273
d) Projecció externa: investigadors	275
e) Projecció externa: infermeres	276
f) Noves propostes per fer altres recerques	277
V. Conclusions	279
VI. Referències bibliogràfiques	289
VII. Annex	311
Índex de figures i documents relacionats	313

RESUM

Estem davant de canvis importants que han fet créixer una nova societat pluricultural amb creences i valors ben diferents. A les infermeres els cal conèixer el que pensa i creu la persona de qui tenen cura i ens preocupa que aquestes dades, per diversos motius, no quedin registrades al pla de cures. Com a objectiu d'aquest treball volem saber, comprendre i analitzar el que pensen les professionals sobre les creences i els valors, com a mecanisme de coneixement integral de la persona per elaborar el pla d'atenció d'infermeria.

Es tracta d'un estudi de disseny qualitatiu. S'han escollit dos àmbits aparentment diferents: l'urbà i el rural. Les eines han estat: entrevista en profunditat semiestructurada per a les infermeres que treballen al centre i grup focal per a les de pràctica avançada; unes i altres estan integrades a l'Equip d'Atenció Primària (EAP), fan atenció domiciliària i utilitzen els mateixos recursos materials per gestionar les cures.

Hi han participat 47 professionals (29 infermeres de l'àmbit urbà SAP Litoral-Esquerra i 18 infermeres de l'àmbit rural - ABS Rural Penedès). Els resultats han aportat expressions de negativitat i de positivitat, diferenciades i contraposades entre si. La negativitat ha proporcionat informació sobre desacord, dificultats, dubtes i manca de coneixements. La positivitat reflecteix que són necessàries aquestes dades. Cal més formació, registres facilitadors i millor comunicació interprofessional.

Aportem un coneixement real i complementari sobre les vivències de les infermeres, pel que fa a la interpretació i utilització d'aquestes dades i la implicació en la pràctica clínica dins de les cures. No s'han observat grans diferències entre la zona urbana i la rural. A tot arreu les infermeres se senten col·lapsades per la lluita constant entre el món laboral, el professional i les necessitats de la població. *Ens cal més reflexió i menys imposició* per ajudar a millorar els processos de cures.

Paraules clau: creences, valors, atenció primària, pla de cures i cures domiciliàries.

ABSTRACT

We are currently experiencing important changes that have led to a new multicultural society with different beliefs and values. Nurses need to be aware of the thoughts and beliefs of the individuals that they care for. We are concerned that, for various reasons, this information is not recorded in the care plan. Our objectives in this study are to determine, understand and analyse what nurses think about beliefs and values and how knowledge of them can play an integral part in creating a nursing care plan.

This is a qualitative study. We have chosen two seemingly different ambits: the urban and the rural. We carried out semi-structured in-depth interviews for the nurses working at the health centre and created a focus group for those engaged in advanced practice. Both groups of nurses are members of the Primary Care Team, both carry out home visits and both use the same resources to manage patients' health issues.

47 nurses participated (29 from the urban Litoral-Esquerra Primary Care Service and 18 from the Rural Penedès Basic Health Area). The interviews and focus group produced a range of varying and contrast opinions, both negative and positive. The negative opinions indicated levels of disagreement, difficulties, doubts and lack of knowledge. Positive opinions reflected a general belief that such patient information

was necessary. As a result, more training, more records and better professional communication are needed.

Our study provides real and complementary knowledge about the experiences of nurses that can be interpreted, used and applied to in clinical practice. We did not find any significant differences between the urban and rural areas. The nurses felt completely overwhelmed by the constant struggle between their work, the professional careers and the needs of the population. We need greater reflection and fewer impositions if we are going to improve care processes.

Key words: beliefs, values, primary care, care plan and home care

ABREVIATURES

AC:	Anàlisi de contingut.
AQuAS:	Agència de Qualitat i Avaluació a Catalunya.
APS:	Atenció primària de salut.
ASPCAT:	Agència de Salut Pública Catalana.
BOE:	<i>Butlletí Oficial de l'Estat</i>
CEIC:	Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica.
CUAP:	Centre d'urgències d'atenció primària.
CIE:	Consell Internacional d'Infermeria.
DeCS:	<i>Descriptores en Ciències de la Salut.</i>
DVA:	Document voluntats anticipades.
EAP:	Equip d'atenció primària.
FCS:	Facultat de Ciències de la Salut.
GENCAT:	Generalitat de Catalunya.
ICS:	Institut Català de la Salut.
IDESCAT:	Institut d'Estadística de Catalunya.
INE:	Institut Nacional d'Estadística.

IPA:	Infermera de pràctica avançada.
LOSC:	Llei d'ordenació sanitària de Catalunya.
MACA:	Malalt crònic avançat.
MQ:	Metodologia qualitativa.
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC:	Nursing Interventions Classification.
NOC:	Nursing Outcome Classification.
OMS:	Organització Mundial de la Salut.
PPAC:	Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat.
RAP:	Reforma de l'atenció primària.
PCC:	Pacient crònic complex.
SIDIAP:	Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Recerca en l'Atenció Primària.
UE:	Unió Europea.
URV:	Universitat Rovira i Virgili.
UNESCO:	Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura.
UTACC:	Unitat Territorial d'Atenció a la Cronicitat a Catalunya.
VISC+:	Més valor a la informació de salut a Catalunya.
XHUP:	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.

GLOSSARI

Considerem que les infermeres¹ ja tenen prou immers en el seu coneixement conceptual quines competències tenen i quines eines els cal utilitzar per poder complir el seu objectiu com a professionals de la salut. Malgrat tot, volem recordar que la infermera, com a prestadora de serveis, té cura de la persona malalta,² a la vegada que vetlla per la salut de la persona sana, la família o la comunitat en tots els processos vitals.

Aquest extens camp de prestació de serveis, al qual cada vegada s'afegeixen més conceptes provinents d'altres disciplines, que, com a infermeres compartim, dona lloc a nous vocables que s'utilitzen de forma habitual. Pensem que, per a alguns lectors, pot haver-hi confusió amb paraules com ara *cuidar*, *tenir cura*, *cures* i *curar*, entre d'altres, que componen el ric vocabulari d'expressió de la infermeria. Ens cal emprar un mateix llenguatge normalitzat i acreditat que ens

1 En aquest estudi hem utilitzat la paraula infermera sense fer distinció de gènere, entre infermer i infermera. Al llarg de les consultes bibliogràfiques, hem pogut veure que molts dels autors han emprat aquesta paraula de forma neutra. Cal pensar que l'art de cuidar l'han exercit, majoritàriament, dones, malgrat que fem constar que també hi ha hagut homes que han estat capdavanter en aquesta labor.

2 En tot el contingut d'aquesta tesi no s'utilitza, en cap moment, la paraula pacient, malgrat que, en la bibliografia consultada, molts dels autors sí que l'han utilitzat. En canvi, en aquest treball ens hem referit a persona malalta i/o a persona sana, o bé també a persona atesa, en resposta del que creiem que significa l'art de cuidar.

ajudarà a millorar la comunicació interprofessional.³ Torralba (2002), com a autor molt compromès en tot el que es refereix a l'art de cuidar, expressa que la semàntica és molt important per veure les diferents connotacions que se li pot donar a una mateixa paraula. Per exemple, *cuidar*, que expressa una acció, és un verb polisèmic, amb una arrel etimològica que es relaciona amb el terme llatí *cura*.

Cal establir unes bases millors a l'hora de prendre les decisions clíniques adients envers les cures. Aportem, doncs, la descripció en català del sentit que tenen algunes expressions (TERMCAT, 2008), i segons el vocabulari acceptat pels *Descriptores en Ciències de la Salut* (DeCS, 2014) que hem consultat al llarg d'aquest treball. A més, també s'inclouen les descripcions dels diferents conceptes que les infermeres empren dins del procés de tenir cura.

Apoderament. Procés que consisteix a donar informació i poder a un professional de la salut o a una persona atesa perquè participi en la presa de decisions del procés de salut.

Atenció continuada. Atenció a les demandes de la població que es facin fora de l'horari normal d'activitat de l'equip d'atenció primària, tant en el centre com en el domicili.

Atenció domiciliària. ATDOM. Assistència sanitària o social que presta un professional de la salut de l'equip d'atenció primària al domicili d'una persona atesa quan les condicions personals no li

3 S'han consultat diversos diccionaris que ens han aportat coneixement sobre la semàntica i les definicions de les diferents paraules i els seus conceptes, obres de consulta que consten en la bibliografia que aportem en aquesta tesi. Entre aquests esmentem: *Descriptores en Ciències de la Salut* (DeCS) 2014, on trobem informació sobre altres estudis i recerques, així com les descripcions de cadascun dels conceptes relacionats en el seu catàleg. *Diccionari de la llengua catalana*. Institut d'Estudis Catalans (DIEC2). *Diccionari d'infermeria*, que recull prop d'un miler de termes de l'àmbit de la infermeria, considerats els més rellevants des d'un punt de vista actual, amb les denominacions i la definició en català i amb els equivalents en castellà, francès i anglès, i sovint hi ha notes contextuais.

permeten anar al centre d'atenció primària. L'atenció domiciliària pot ser espontània, programada o fruit de la demanda de la persona atesa.

Atenció primària. AP. Assistència sanitària essencial a la qual tenen accés, de manera general, totes les persones i famílies d'una comunitat. Aquesta assistència proporciona informació, assessorament, tractament, prevenció, teleassistència sanitària, atenció domiciliària i, si cal, la derivació de la persona atesa als serveis socials especialitzats i a la resta de serveis de benestar social.

Àrea bàsica de salut. ABS. Unitat territorial elemental establerta a partir de criteris geogràfics, demogràfics i epidemiològics que té assignada un equip d'atenció primària. Les àrees bàsiques de salut es localitzen en els centres d'atenció primària.

Atenció pal·liativa. Atenció a la salut constituïda per un conjunt de mesures que tenen com a objectiu fonamental millorar la qualitat de vida en qualsevol fase evolutiva d'una malaltia, especialment en fases avançades i en el final de la vida.

Centre d'atenció primària. CAP. Centre assistencial públic en el qual la població d'una àrea bàsica de salut rep assistència sanitària i social. Estructura física i funcional que permet el desenvolupament adequat de l'atenció primària de salut de l'equip de professionals sanitaris i no sanitaris que hi presten els seus serveis.

Coneixement clínic. Coneixement necessari per establir els diagnòstics infermers i elaborar el pla de cures infermeres adient al problema de salut de la persona atesa.

Consulta d'infermeria. Entrevista entre una persona atesa i un professional infermer per identificar la situació de salut i elaborar

un pla de cures infermeres que pot incloure activitats de promoció, prevenció, curació i rehabilitació.

Creença. Idea, proposició o principi no verificat, o no verificable, que s'accepta com a cert. Si fem referència a la religió, les creences es basen en la fe. També és allò que hom creu. És una idea que algú considera veritable. S'utilitza, especialment, en matèries religioses. Com a sinònims trobem: fe, credulitat, ideologia, convicció, professió i credo.

Centre d'urgències d'atenció primària. CUAP. S'ofereixen els serveis sanitaris que donen suport als equips d'atenció primària en les demandes urgents; és una alternativa al servei d'urgències hospitalàries i està dotat de professionals especialistes i tecnologia adequada.

Cuidar. En termes generals, és sinònim de tenir cura d'algú o d'alguna cosa (DIEC2, 2007). En el cas de la infermeria, ens referim a tenir cura de persones malaltes o que necessitin ajuda.

Cura. Equival a dir tenir cura; donar atenció; ser esmenat; anar en compte i tenir precaució. És a dir, atenció a vetllar pel bé o pel bon estat d'alguna persona o d'alguna cosa. En el cas de la infermeria, ens referim a l'atenció que es té per un malalt. Cura guiada per la conceptualització disciplinària pròpia que un professional infermer duu a terme amb autonomia i responsabilitat.

Curar. Dins del camp de la salut, és sinònim de guarir, restablir i sanar. Equival a tenir la cura mèdica d'un malalt, d'una malaltia o d'un mal. Torralba (1998) explica en la seva obra el dilema que a vegades hi ha sobre l'acte de cuidar (*to care*) i el de curar (*to cure*). L'objectiu de la infermera és cuidar, però això no significa que curar no sigui també un objectiu infermer.

Cures integrals. Conjunt de cures aplicades a una persona atesa en un centre sanitari, des de l'admissió fins a la tornada al domicili, d'acord amb un mètode de prestació de cures segons el qual el professional infermer és responsable durant les 24 hores del dia. No s'ha de confondre amb la definició que es fa de les cures integrals des de la visió holística de la infermeria, que ens permet abordar millor la globalitat de la persona i arribar a les seves diferents dimensions (física, mental, emocional i espiritual).

Equip d'atenció primària. EAP. Conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que actuen en una àrea bàsica de la salut on desenvolupen activitats relatives a la salut pública i a la promoció, prevenció, curació i rehabilitació de la salut individual i col·lectiva de la població que els correspon.

Facultatiu. Relatiu o pertanyent a la persona que té el títol legal per exercir una professió científica o tècnica.

Fenomenologia. Mètode d'exploració i descripció dels fenòmens, orientat a descobrir-ne l'estructura i les condicions generals d'aparició. La fenomenologia es basa en la teoria que la conducta està determinada per la manera en què la persona percep la realitat, i no per una realitat externa objectiva.

Gestió de casos. Mètode de gestió que consisteix a agrupar les persones ateses, especialment les que pateixen malalties cròniques o complexes, segons la seva problemàtica, i a crear equips multidisciplinaris i coordinats de professionals que en facin el seguiment, a fi d'atendre, de manera més eficient, les seves necessitats individuals. Dins la gestió de casos, els professionals infermers prenen part en

el procés de valoració, planificació, col·laboració i assessorament, juntament amb els altres professionals de la salut.⁴

Institut Català de la Salut. ICS. Empresa pública adscrita al Departament de Salut. És el proveïdor públic de serveis sanitaris més gran de Catalunya. Amb una plantilla d'uns 38.000 professionals sanitaris, presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris. Cobertura: 75%-80% en atenció primària i 25%-30% en atenció hospitalària.

Malalt crònic avançat. MACA. Persona amb una o més malalties cròniques en fase evolucionada, greu o progressiva amb un pronòstic de vida limitat. Li cal atenció i orientació paliativa, i també planificació de decisions avançades.

Malalt crònic complex. MCC/PCC. Persona amb multimorbiditat, o malaltia o condició única que comporta gestió clínica difícil. Requereix plans d'atenció especials a causa d'una situació clínica de difícil maneig, sovint per acumulació de malalties cròniques que es donen de manera concurrent, acompanyades d'una utilització intensiva de recursos, en especial ingressos hospitalaris que moltes vegades es poden evitar.

Pla de cures. Document del procés de cures infermeres on es defineixen les cures que cal proporcionar, les activitats que el professional infermer ha de dur a terme i els resultats que cal assolir.

Projecte VISC+. Iniciativa desenvolupada en el marc del Pla de Govern 2013-2016, alineat amb l'estratègia de la Unió Europea, on es

⁴ Els professionals infermers que treballen com a gestors de casos s'ocupen, per exemple, d'exercir de mediadors entre una persona atesa amb processos de dependència i els seus familiars; de proporcionar cures infermeres de qualitat de manera eficient; de mantenir en la comunitat persones amb problemes de salut importants i proporcionar-los una major continuïtat de les cures infermeres, o d'incrementar la participació de la persona atesa.

potencia el sistema d'R+D+I i s'afavoreix la transferència de resultats de la recerca als sectors productius.

Serveis d'atenció primària. Serveis de promoció, dissenyats per millorar les condicions de salut de manera que es retardi l'aparició de malalties. Serveis de prevenció, l'objectiu dels quals és prevenir que es produeixin les malalties i tractar els factors de risc. Serveis assistencials a les persones en funció del nivell resolutiu corresponent a l'atenció primària.

SIDIAP. Es va crear l'any 2010 per iniciativa de l'ICS i de l'IDIAP Jordi Gol, per promoure la recerca basada en dades clíniques de primària i altres bases de dades complementàries.

Valors. S'atribueixen a les persones, no a les coses. El concepte de valor té moltes connotacions segons el context. Si ens referim a valors ètics i morals, els podem dividir en personals o privats i en públics o cívics. També podem parlar de valors estètics, intel·lectuals, vitals, ètics, religiosos i polítics. És la qualitat o el conjunt de qualitats el que fan que alguna cosa o alguna persona sigui preuada. Conjunt de propietats, abast de la força, significació d'una cosa, acció, paraula, expressió, etc. Coratge per emprendre grans afers, per afrontar els perills sense por. Com a noms comuns sinònims tenim: vàlua, mèrit, qualitats, virtut, aptitud, ànim, valentia, bravesa, coratge, intrepidesa, agosament, importància i significació (*Sinònims i antònims*, 2003).

Valoració integral. Procés diagnòstic multidimensional i interdisciplinari dissenyat per identificar i quantificar els problemes físics, funcionals, psíquics i socials que presenta una persona gran, amb l'objectiu de desenvolupar-ne un pla de tractament i seguiment i d'utilitzar de manera òptima els recursos per afrontar-los.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

HISTÒRIA DE VIDA COM A INFERMERA: VIVÈNCIES PERSONALS

A mode de presentació, i potser de forma poc habitual, m'he permès fer una reflexió retrospectiva sobre la meua trajectòria professional.⁵ Per haver nascut l'any 1945, fa setanta anys, m'ha estat fàcil, i a la vegada enriquidor, recordar les meves vivències com a infermera. He viscut molt de prop els esdeveniments relatius a la professió, tinc en ment molts records d'aquests últims cinquanta anys que m'han ajudat, al llarg de tot el procés de doctorat, a construir i dissenyar aquesta tesi. Els fets que es descriuen a continuació només pretenen ubicar, en el temps, els canvis constants que ha sofert aquesta disciplina, els quals he viscut com a usuària, com a estudiant i com a professional. He considerat que aquest recull d'informació, en primera persona, és, sens dubte, prou significatiu per entendre com pensa i com sent la infermera actual.

En primer lloc, recordo que la meua mare un dia em va dir: "Lydia, a mi m'agradaria que fossis infermera". Em vaig espantar en escoltar el seu desig, jo només tenia dotze anys. La meua idea del que era una infermera estava desdibuixada, em resultava una feina trista i no gaire agradable. M'imaginava una persona vestida de blanc, amb una còfia al cap, anant d'habitació en habitació dins d'una clínica. Encara em

5 Reflexions de l'autora, pendent de publicar.

quedava el record de la “senyoreta Dominga”,⁶ que durant molt temps va venir a casa nostra a posar injeccions al meu pare i al meu germà. Quan la veia arribar, m’amagava, em feia por. El meu coneixement de la figura de la infermera era molt pobre. La meva negació al desig de la mare va ser rotunda. En aquells moments, a ella li va quedar molt clar que jo no volia ser infermera.

Per sort, la vida és dinàmica i t’ofereix nous camins. Al cap d’uns anys, el 1960, a l’Institut on feia el cinquè de batxillerat, una companya de curs em va dir que volia estudiar per ser ajudant tècnic sanitari (ATS). Això ja em va semblar diferent, amb només quinze anys em va fascinar la nova expressió. El meu desconeixement em va fer pensar que, malgrat que aquesta nova terminologia sí que tenia relació amb la medicina, no era sinònim de malaltia. Des de llavors i durant dos anys, vaig estar barrinant el meu nou camí professional.

Per fi, l’any 1962, als disset anys, vaig començar a estudiar ATS a l’Escola Diocesana de Santa Teresa de Jesús, ubicada a l’Hospital del Nen Déu,⁷ adscrita a la diòcesi de Barcelona. Vaig escollir aquesta escola per motius logístics d’horaris. Eren temps difícils i calia treballar per ajudar l’economia familiar, a banda de poder estudiar. La meva jornada era de vuit hores com a auxiliar administrativa. D’aquesta manera tenia la possibilitat de cursar els estudis en horari nocturn i feia les practiques els dissabtes i els diumenges. Val a dir que, per a mi, va ser tot un repte. De fet, no era un sistema gaire ortodox ni

6 No era habitual que una dona fes els tractaments a domicili, però ella era una de les poques que tenien aquesta dedicació. Era una dona alta vestida de fosc, amb el cabell recollit en forma de monyo, seriosa i de poques paraules. Portava un maletí on, a dins, hi havia les xeringues, les agulles i algun altre estri que feia servir per fer la seva feina.

7 L’Obra Benèfica Social del Nen Déu té el seu origen a finals del segle XIX, l’any 1892, a Barcelona, creada per l’impuls de persones catòliques que col·laboraven amb les germanes franciscanes dels Sagrats Cors, de les quals la seva fundadora, la beata Carmen González del Niño Jesús, va portar a Barcelona comunitats de les seves religioses per atendre els nens necessitats. L’any 1923, l’Obra va adquirir uns terrenys al carrer Mallorca i Dos de Maig de Barcelona. L’any 2008, l’edifici es va traslladar al passeig de Maragall, amb unes instal·lacions més modernes.

tipificat dins del programa docent, en contraposició a les pràctiques que es feien en altres escoles. Algunes de nosaltres no teníem una altra alternativa per poder iniciar i fer aquests estudis.

Els meus records estan més centrats en les pràctiques que en l'escola mateixa on s'impartien les classes. Aquesta estava ubicada dins d'un petit hospital, que, per a algunes de nosaltres, com a estudiants, i per diversos motius,⁸ n'estàvem bastant desconnectades. L'hospital era petit, molt net i estava dedicat a nens malalts. Entre els pocs records que en conservo hi ha veure infants afectats per la talidomida (Papaseit, Garcia-Algar i Farré, 2013).⁹

En el meu cas, totes les pràctiques les vaig fer a l'antic Hospital d'Infecciosos de Barcelona,¹⁰ que després ha esdevingut l'Hospital del Mar. La funció d'aquest antic hospital municipal era lluitar contra

8 El fet de treballar i estudiar a la vegada comportava unes mancances que no facilitaven el desenvolupament de les pràctiques, que no sempre es feien durant els períodes lectius. Aquest tipus d'estudiant intentava complir, però fora de temps. En canvi, les estudiants que no treballaven disposaven de més temps lliure per adaptar-se i fer les pràctiques amb molta més comoditat.

9 Substància sintetitzada el 1953, per Kunz (Alemanya). Es va comercialitzar el 1957, com a sedant per al tractament simptomàtic de les nàusees i vòmits durant l'embaràs, gairebé a tots els països, menys a França i als EUA, ja que no la van autoritzar pels suposat efectes secundaris. Comercialitzada a Espanya el 1959, formava part dels principis actius de diferents medicaments: Imidan®, Varilal®, GlutoNaftil®, Softenon®, Noctosediv®, Sediv®. Tots van ser distribuïts per conegudes empreses farmacèutiques. El primer cas de malformació es va documentar el 1956. Durant els cinc anys posteriors, es van registrar en tot el món uns 3.000 casos de malformacions dels membres en forma de dismèlies, encara que també es van observar altres trastorns en diferents òrgans del cos, com el cor, el ronyó i l'aparell digestiu, a més d'alteracions auditives i oftàlmiques. Després de diferents estudis que evidenciaven el seu alt poder teratogen, la talidomida es va retirar del mercat entre els anys 1961 i 1962. Remarquem que Espanya va ser dels últims països que la va apartar, el 1963. Malgrat la prohibició de la seva comercialització, es presumeix que la venda va continuar fins a l'any 1973.

El Reial decret 1006/2010, a efectes d'ajuda econòmica, va reconèixer el col·lectiu afectat per la talidomida a Espanya i considera que en són víctimes els nascuts entre 1960 i 1965.

10 Al barri marítim de Barcelona, i on al segle XVI s'aixecava la Casa de la Sanitat, centre de quarantena per als possibles contaminats d'ultramar, trobem l'actual Hospital del Mar, que dona assistència sanitària al sector marítim i al casc antic de la Ciutat Comtal.

les malalties infeccioses.¹¹ Aquest centre havia acollit les persones malaltes per infeccions durant les últimes epidèmies que hi va haver a la ciutat de Barcelona: verola el 1940, tifus exantemàtic el 1941 i 1942 i còlera el 1971. Entre els anys 1950 i 1960, va ser un hospital referent per a l'epidèmia de poliomielitis,¹² que va infectar molts infants i joves. Va ser el primer centre que va tenir un pulmó d'acer. Recordo una noia jove, veïna del barri on jo vivia,¹³ afectada de poliomielitis. La vaig visitar unes quantes vegades al pavelló on estava ingressada. Reconec que el motiu de les meves visites tenia més aviat ànim d'observació i curiositat, ja que no sabia què dir-li ni què fer-li. Em va impactar. Cal pensar que jo només era una estudiant de primer curs d'ATS i encara no estava preparada per abordar certs problemes de salut.

La distribució de l'edifici era horitzontal, amb un passadís central de serveis que es distribuïa en pavellons, cadascun dels quals tenia dues ales, dreta i esquerra. Han passat molts anys, i una part de l'hospital encara conserva aquesta estructura horitzontal, adaptada i modernitzada a les necessitats funcionals del segle XXI. Les habitacions eren àmplies, de sostres alts, i solien tenir dos llits. El vàter estava situat en un racó dins la mateixa estància, separat només per una petita mampara, i en alguns casos no hi havia ni porta. Les persones que hi estaven ingressades no tenien intimitat.

El pavelló de la "pòlio"¹⁴ i el de cirurgia quedaven separats del nucli de distribució horitzontal. Van ser construïts posteriorment amb una estructura més moderna. El primer tenia l'entrada per l'avinguda

11 La ciutat de Barcelona, a causa de la seva doble condició de gran capital i d'important centre de transit marítim, tenia el risc de ser receptora de persones amb malalties infeccioses.

12 El 21/6/2012, l'OMS va celebrar el desè aniversari de la certificació que Europa havia aconseguit com a regió lliure de pòlio, malgrat que persisteix l'amenaça de nous brots i que, per tant, encara calen polítiques sanitàries que ajudin a l'eradicació de la malaltia en tot el món.

13 El barri de Gràcia, prou conegut per la seva tradició obrera i reivindicativa.

14 Tal com el coneixien el personal que hi treballava i els mateixos malalts.

d'Icaria i el segon era a la banda de mar. També hi havia una residència d'infermeres, amb habitacions individuals, que acollia les professionals que estaven treballant a l'hospital. La porta que donava a la banda de mar era només de servei, atès que el nou passeig Marítim¹⁵ finalitzava abans d'arribar al gasòmetre de l'Arenal.¹⁶ Al costat hi havia la torre d'aigües de MACOSA.¹⁷ Ben a prop, una important platja de vies del tren donava pas als trens que arribaven a l'Estació de França i en sortien. Per davant de l'hospital, hi circulaven els trens de càrrega que anaven al port de Barcelona i en venien. L'entorn de l'hospital era molt industrialitzat i no gaire net. Molt a prop, quedava el cementiri del Poble Nou.¹⁸ Un tramvia, que unia el barri del Poble Nou amb la plaça de Palau i el passeig de Colom, passava just per davant de l'hospital, tot creuant l'avinguda d'Icària. L'ambient de l'entorn no el recordo gaire agradable. A l'hivern eren freqüents les boires i, al capvespre, la fredor humida de la mar es feia sentir dins la pell. A l'estiu, la temperatura era angoixant, tant a dins com a fora de l'hospital. Aleshores, calia obrir les finestres de les habitacions dels malalts i les portes dels passadissos perquè la brisa del mar fes més tolerant la canícula estiuenca.

15 Va ser inaugurat l'any 1959. El primer tram construït ocupava la zona de costa del barri de la Ribera (la Barceloneta). Tenia mig quilòmetre de llargada, s'iniciava al carrer Almirall de Cervera i finalitzava abans d'arribar a l'hospital d'infecciosos. Va ser el primer balcó de cara al mar que van tenir els barcelonins.

16 El gasòmetre era un dipòsit que formava part de la fàbrica de gas de l'Arenal, productora durant molts anys del gas ciutat. El carbó es va canviar per naftes de petroli a partir de l'any 1961.

17 Era part de la fàbrica de Maquinària i Construccions, SA (MACOSA), orientada a la indústria pesada.

18 És el cementiri més antic de la ciutat de Barcelona, construït a extramurs de la ciutat. L'actual el va construir, l'any 1819, l'arquitecte italià Antonio Ginesi (1789-1824).

Aquest hospital municipal estava gestionat per un orde religiós,¹⁹ on hi havia un sacerdot que donava el suport espiritual a les persones ingressades. Les infermeres²⁰ que hi treballaven només es limitaven a administrar tractaments, els més habituals dels quals eren fàrmacs injectables, i feien les cures de nafres, que sovint es tornaven tòrpides, sobretot les de la gent gran. Les ferides eren més fàcils de curar, ja que es consideraven netes o brutes, i moltes es curaven per segona intenció. També abundaven els abscessos amb fístules, a vegades força rebels, segons fos el seu origen.

La infermera no tenia cap autonomia establerta: les seves competències estaven limitades, treballava sota les ordres del metge i el seu bon fer anava implícit en la vocació i la voluntat d'ajuda. Els registres en les històries clíniques només els feia el metge, i en aquestes la infermera consultava les pautes de tractament, el problema de salut que tenia la persona i les seves dades personals, així com les alertes, si es coneixien, sobre possibles al·lèrgies o intoleràncies. Només hi podien registrar el tractament un cop efectuat, les mesures de tensió arterial i temperatura i si havia alguna incidència de simptomatologia significativa, com vòmits, diarrea, dolor etc.

He volgut descriure, amb més o menys detalls, l'entorn d'aquest hospital per ajudar a visualitzar-ne l'aspecte grisós i trist. Tot plegat,

19 A l'Hospital del Mar, igual que al de l'Esperança, tots dos municipals, hi havia la comunitat religiosa de l'orde de les germanes franciscanes missioneres de la Nativitat de Nostra Senyora (conegudes com a darderes). Era habitual que els ordes religiosos tinguessin al seu càrrec la gestió de clíniques privades i d'hospitals. A banda de la llarga tradició, ha estat un personal que ha ofert continuïtat de servei. La comunitat on vivien era dins del mateix centre sanitari. No totes les religioses eren infermeres, algunes eren auxiliars d'infermeria i d'altres es dedicaven a la bugaderia i a la cuina, cadascuna tenia el seu lloc. A més d'ordes religiosos femenins, hi havia els germans de Sant Joan de Déu, que des de fa anys es dediquen a tenir cura dels malalts, i gairebé tots ells tenen estudis relacionats amb la salut.

20 En ocasions faig servir la paraula infermera, perquè, durant els anys que van durar les meves practiques, la majoria eren titulades infermeres i encara no havien fet cap mena de convalidació de la seva titulació.

només són els records del meu pas per aquest centre que em va acollir com a estudiant d'ATS durant tres anys, entre 1962 i 1965. Per a mi, va ser un privilegi poder veure la diversitat de les patologies infeccioses més freqüents durant els anys seixanta. Al segon any de practiques, vaig començar a adonar-me que era més important la persona que estava ingressada que la malaltia mateixa, perquè, a banda d'estar malalta, tenia cara, parlava i agraiïa el teu apropament. Tinc un bon record del meu pas pel pavelló número cinc, ja que em vaig sentir a prop de totes aquelles persones que hi estaven ingressades, algunes de les quals amb malalties infeccioses que encara eren comunes en la nostra població, com la lepra, el tètanus i la gangrena gasosa. Puc dir que vaig començar a percebre dins meu la sensació de ser infermera, malgrat que, en aquells moments, el que jo estudiava s'anomenés de forma ben diferent.

Un cop finalitzats els tres anys d'estudis, el 1965 em van lliurar dos diplomes: el d'ajudant tècnic sanitari i el d'infermera diocesana. Aquest segon diploma acreditatiu diocesà permetia que aquelles persones que no tenien el batxillerat cursessin els mateixos estudis, sense passar per l'examen de la facultat, que avalava el mateix títol oficial. El perfil d'aquestes infermeres diocesanes era ser membre d'un orde religiós o bé ser una dona que només volia adquirir coneixements infermers, per ús familiar o per ajudar institucions benèfiques com a voluntària o auxiliar d'infermeria.

Vaig començar a treballar com a ATS l'any 1965, a la Residencia Francisco Franco de Barcelona.²¹ Aquest hospital, inaugurat només feia cinc anys, ja era una altra cosa. La seva situació, al peu de la serra

21 S'inaugura l'any 1955 amb el nom de Residencia Francisco Franco. Edifici de 13 pisos d'alçada, amb disseny funcional i construït amb materials nobles. En un primer moment, s'utilitzava només per a cirurgia i, a poc a poc, va anar cobrint altres problemes de salut complexos. S'hi posa en marxa l'Escola d'Infermeria (1966). L'any 1967 s'inauguren els edificis de Traumatologia i l'hospital maternal i clínica infantil. En l'actualitat, l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron és el complex hospitalari més gran de Catalunya i un dels més grans de l'Estat espanyol.

de Collserola, donava al seu entorn unes característiques exteriors d'amplitud. No hi havia indústries i encara estava poc urbanitzat. El disseny de la construcció era d'un edifici ampli i obert; en els espais més nobles, com els vestíbuls i les escales, havien utilitzat marbre, fusta i metall daurat, que donaven al conjunt una bona imatge, molt típica de les dècades dels anys cinquanta i seixanta. L'any 1966 van començar a construir-hi nous edificis, que encara estan en actiu²² i que formen part del complex sanitari actual de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. En aquest hospital, hi havia un orde religiós²³ que tenia al seu càrrec la gestió d'alguns dels serveis, així com de dues plantes on hi havia habitacions i els quiròfans corresponents.

Per sort, al segon dia d'haver començat a treballar, em van destinar a quiròfan. Els quiròfans eren amplis, amb un gran finestral i vidres de guillotina, i donaven a la banda de la muntanya. No hi havia aire condicionat, ni tampoc calefacció. A l'estiu hi feia força calor, sobretot a la tarda, quan el sol es pont, i era habitual operar amb la finestra oberta, tot veient la serralada de Collserola. A mitja tarda, a la posta de sol, ja començava a refrescar gràcies a l'airet que venia del Tibidabo.²⁴ L'any 1965 només hi havia aire condicionat en el quiròfan de neurocirurgia, i més tard el van posar en el de cardiologia, atès que eren serveis considerats especials. Més endavant, es van anar modificant les instal·lacions i es van incorporar nous equipaments d'aire condicionat dins dels quiròfans.

22 Traumatologia, Maternal i Infantil, així com l'escola d'infermeria.

23 La comunitat de germanes que gestionaven certs serveis de la Residència Francisco Franco pertanyien a l'orde de les carmelites missioneres del pare Francisco Palau i Quer.

24 Com a curiositat, a l'estiu hi havia un estri en cadascun dels quiròfans que només s'utilitzava si calia, era la pala matamosques. Feia molta calor i, sovint, calia eixugar la suor del front dels cirurgians. S'encarregava de fer-ho la infermera que quedava *bruta* per atendre les feines auxiliars, com proporcionar material i cordar les bates.

Treballar en aquest lloc em va servir per posicionar-me. M'agradava tot el procés d'instrumentalització, ja que era tot un ritual abans de començar a fer la intervenció quirúrgica. Em sentia integrada en el treball d'equip. El meu torn era de tarda, i la llarga jornada diària de vuit hores era esgotadora. Segons la programació d'intervencions, hi havia tardes que la feina dins del quiròfan finalitzava més aviat. Un cop recollits els estris i endreçat tot, i mentre s'esterilitzava²⁵ l'instrumental utilitzat aquell dia, aprofitava per anar a repartir sopars a les habitacions situades a la mateixa planta on jo treballava. Creia que em calia fer un canvi total de feina, necessitava veure la cara de les persones malaltes. Aquesta tasca em feia sentir diferent i m'ajudava a establir una proximitat que no tenia en el quiròfan.

Ara és quan m'adono que sentia la mancança de la comunicació directa amb el malalt. A vegades, si la feina m'ho permetia, procurava estar una estona amb la persona abans que no entrés a la sala d'operacions.²⁶ Li preguntava el seu nom, si tenia fills, com se sentia. Només era una necessitat meva, ja que, de fet, ningú m'obligava a fer-ho. Considerava que aquestes persones es trobaven en una situació de feblesa, pendents dels esdeveniments desconeguts que se'ls presentarien tot seguit i que, de ben segur, tenien por, malgrat que no ho demostraven o que, potser, no sabessin com fer-ho. El que sí que puc constatar és que estaven sols, ja que estava estipulat que els familiars s'esperessin al vestíbul de l'escala que separava la zona quirúrgica de la resta de la planta on hi havia les habitacions.

25 En aquella època, després de cada intervenció, l'instrumental s'esterilitzava en un bullidor gran, on hi havia una safata que servia per eixugar-lo abans de començar l'altra intervenció. En finalitzar totes les intervencions, ja s'utilitzava l'estufa de Poupinel, que esterilitzava per calor sec, i l'instrumental quedava preparat per a la jornada següent.

26 La persona s'esperava tota sola en una estància que hi havia prop del quiròfan. Hi entrava pel seu propi peu, exceptuant-ne alguns casos que ho feien en una llitera per problemes de mobilitat o per malaltia greu.

Vaig iniciar una nova etapa dins la meua vida personal i professional. Durant catorze anys vaig deixar el món laboral, entre 1968 i 1982, per dedicar-me a la família i la llar. Haver cursat, l'any 1968, els estudis de Fisioteràpia (Raposo et al., 2001)²⁷, com a complement als estudis d'ATS, em va ajudar a entendre la condició física de la persona. Aquesta aturada laboral em va permetre ensenyar a nedar nens discapacitats amb paràlisi cerebral. Va ser una experiència personal, com a voluntària, ben diferent que em va aportar nous coneixements d'apropament. Vaig veure que les persones amb aquest tipus de discapacitat són úniques. El tret en comú que tenen entre elles és la necessitat de contacte per ajudar a millorar la seva comunicació, amb els altres i amb ells mateixos. Va ser una experiència satisfactòria, i vaig recollir dades de cadascuna de les persones que vaig ajudar que evidenciaven els seus avenços.²⁸

Al cap dels anys, el 1982, vaig començar a treballar a l'ambulatori de Josep Maluquer,²⁹ on anaven aquelles infermeres ja grans³⁰ que volien fer una feina més plàcida. La majoria tenien obligacions familiars

27 Arran del Decret de 26 de juliol de 1957, i sota la denominació d'ajudant de Fisioteràpia, es va crear l'especialitat de Fisioteràpia com una especialitat d'ATS, davant de la manca de professionals que impartien aquests tipus de teràpies, fins aleshores poc conegudes. Una de les primeres escoles que va aportar aquesta innovadora disciplina estava ubicada a l'Hospital de Sant Pau, dins del Servei de Traumatologia i Rehabilitació del Dr. Bosch i Olives. Aquesta escola depenia de la càtedra de Traumatologia del Dr. Arandes, ubicada a l'Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Més endavant, la Fisioteràpia ha estat reconeguda com a diplomatura pròpia (Reial decret 2965/1980, de 12 de desembre de 1980).

28 Dades no publicades.

29 L'ambulatori Josep Maluquer, en l'actualitat Manso, es va inaugurar l'any 1962. Abans de la reforma de l'atenció primària, era conegut amb el nom del "cementiri dels elefants".

30 La jubilació no era obligatòria fins als setanta anys, tant per a metges com per a infermeres. Les infermeres més grans, que ja no podien exercir, estaven treballant a la Unitat d'Esterilització o plegant gases i col·locant-les, de forma artesanal, dins de les bombones d'acer inoxidable que, de diferents mides, servien per guardar les gases i, a vegades, en altres estris, com sondes o cànules, o en algun que altre material que calia esterilitzar. Per als guants, hi havia unes caixes rectangulars apropiades per esterilitzar-los i guardar-los.

feixugues i algunes altres, com jo, volien tornar a reprendre l'enyorada professió.

Després de tants anys inactiva, em calia posar-me al dia per tornar a exercir d'infermera. Em vaig acollir a les primeres convocatòries de l'any 1980, que van tenir lloc a Barcelona, per obtenir, ben aviat, la corresponent convalidació del títol d'ATS pel de DUI i em vaig trobar amb un nou corrent que dinamitzava la professió. Era tot un nou món, i per a mi va ser sorprenent. Vaig tenir el convenciment que jo no tornava a treballar, sinó que, de fet, començava a ser infermera. El temps transcorregut d'aturada professional i els avatars docents que avalaven la nova titulació ja formaven part del passat. Tots els infermers havíem recuperat una forma de ser i d'estar com a professionals.

Els primers temps vaig estar a Traumatologia col·laborant amb tres equips que cobrien els tres torns de consulta.³¹ Les visites eren a demanda, ja que encara no es programaven i les llistes eren de quaranta a cinquanta persones segons consulta i dia. Recordo que en èpoques d'inici escolar eren freqüents les visites per explorar els peus. Aleshores, hi havia un metge que només feia descalçar el nen d'un peu per anar més de pressa i poder atendre totes les persones que s'estaven esperant. Qui venia a consulta anava al taulell, feia cua, a vegades força llarga, i li donaven un número d'ordre per entrar a la consulta. Només s'apunten a la llista les persones ateses.

Vaig agafar els anys més importants dels canvis polítics i socials. Recordo que en cada consulta hi havia una creu penjada a la paret. De cop, van desaparèixer. És possible que, quan van pintar les parets de les consultes, les haguessin tret. Em pregunto on van anar a parar totes aquelles creus. Els canvis repercutien en l'essència de la infermera, i feien que, a poc a poc, s'anessin definint les seves

31 Des de les 15 h fins a les 20 h, no arribaven a dues hores senceres per consulta.

funcions i competències autònomes, cosa que donava lloc a una nova infermeria.

Puc dir que en poc temps vaig passar d'ajudant del metge³² a col·laboradora d'un equip de salut. Entre una situació i l'altra, vaig estar tres anys fent educació sanitària a persones amb diabetis, el que em va donar l'oportunitat de percebre que davant meu hi havia una persona, amb un problema de salut, a la qual em calia ajudar. Tenia por i dubtes, em sentia sola. Un estiu, quan vaig arribar de vacances, al cap d'una estona em van "oferir" un nou lloc de treball. Em van donar un dossier amb apunts i un llibre. Una infermera supervisora, que abans ja havia estat fent aquesta feina, em va oferir ajut. Per sort, durant una setmana li vaig poder consultar els meus nombrosos dubtes. És cert que a les infermeres ens calia avançar, però no de cop. Ens calia estar convençudes i tenir una actitud positiva per fer un canvi professional desitjat, malgrat que, a vegades, sigui difícil d'acceptar.

Més tard vaig treballar com a infermera adjunta de direcció en un CAP II, encara no reformat, on hi havia metges especialistes i metges de medicina general i pediatria. La meua immersió en l'atenció primària va ser lenta, i vaig haver de posar a fil de roda dels canvis que s'estaven produint. Es començava a parlar del procés d'atenció d'infermeria (PAI), la qual cosa va revolucionar les altes jerarquies. Recordo una sessió de treball que van fer en la qual hi havia caps d'infermeria i adjuntes, però poques assistents van entendre la proposta de millora, encara que ningú dubtava de la implicació de les infermeres per gestionar les cures. En aquesta mateixa trobada hi va haver comentaris d'alguns dels assistents, com ara: "Això ens complica la vida i és una pèrdua de temps", "què volen ara?, tot això ja ho està fent la infermera". Totes

32 L'any 1982, les funcions de la infermera dins d'un ambulatori eren molt limitades, fins i tot un metge traumatòleg amb qui jo treballava em va prohibir parlar de temes sanitaris a la persona que estàvem atenent.

aquestes observacions evidenciaven una natural resistència al canvi. Per sort, algunes d'elles, al cap dels anys, han estat referents de la gestió del procés de canvi de les infermeres dins l'atenció primària i, fins i tot, hi han ocupat llocs de gestió importants.

Més endavant, el 1992, vaig abandonar la gestió i vaig entrar a formar part d'un equip d'atenció primària. Era un altre món. Els inicis van ser, per a tots els de l'equip, ben complexos. Ens calia respectar les diferents feines. La infermera encara sentia damunt seu la condició d'ajudant i el metge n'aprofitava l'avinentsa. Les competències no quedaven clares, perquè una cosa era el protocol i l'altra, la realitat punyent del dia a dia.

He viscut tot el procés de la implementació del model de cures segons Henderson, i reconec que va ser dur. He de confessar que ha calgut que passessin bastants anys perquè comences a entendre l'estructura filosòfica que emmarca aquest model. Al principi, es va entendre com una nova manera de treballar, imposada per l'empresa, com si es tractés d'un formulari que calia emplenar. A la vegada, sorgia un nou parany: es començaven a sentir les primeres veus sobre els diagnòstics infermers. Això, tant per a les infermeres com per a la resta de professionals de la salut, va suposar un altre repte, que va ser força discutit i gen acceptat. Segons molts, posar etiquetes diagnòstiques era una moda que comportava una pèrdua de temps. Ho veien com una informació que distorsionava l'essència del diagnòstic de la malaltia, però, malgrat l'escepticisme del començament, per a les mateixes infermeres va suposar un canvi important.³³

Al cap de poc, van arribar els registres informatitzats dins la història clínica d'atenció primària (HCAP). Cal pensar que, si ja hi havia prou

33 Era freqüent que les infermeres que, acostumades al model biomèdic, posaven les etiquetes infermeres sense passar per l'etapa de la valoració ho fessin mentalment. En algunes ocasions podien encertar-les, però, en d'altres, anaven errades. Aquest fet les feia posar un excés d'etiquetes irrelevantes, sense fer-ne cap seguiment ni es tancaven mai.

confusió amb el registre sencer del pla de cures, registrar a través de pantalles va comportar la negació del procés de cures. Hi havia metges que esborraven³⁴ els registres dels diagnòstics infermers, amb el greuge de perdre tota aquella informació que penjava d'aquella etiqueta. Penseu que, tot plegat, van suposar moltes novetats difícils de pair. No totes les infermeres anàvem al mateix ritme, tot i que cadascuna feia la feina el millor que podia, però, sovint, no s'entien les noves directrius que marcava l'empresa mateixa.

Quan va arribar el procés d'informatització, em va semblar un avenç molt important. Malgrat ser una proposta necessària, era previsible que la implementació tingués dificultats. El destí va voler que jo fos un referent per a les altres infermeres. I, així, durant deu anys, vaig tenir l'oportunitat de compartir aquesta experiència amb les infermeres de l'àrea de Barcelona i ajudar-les a avançar per poder fer els registres informàtics. El programa eCAP (Estació Clínica d'Atenció Primària) va ampliar el seu abast i va fer que la professió d'infermera tingués un lloc pel fet de compartir els registres amb la resta de professionals de la salut. El disseny específic d'un mòdul infermer amb diverses pantalles va fer visible la feina de la infermera en el pla de cures. A poc a poc, vam aprendre la funcionalitat dels registres infermers, a la vegada que intentàvem treballar segons els nous conceptes que no feia gaire que havíem après.

Com a agent de salut, em va sorgir la necessitat de fer algun canvi d'estructura professional amb noves projeccions des d'altres visions. Em calia aprofundir en disciplines més humanístiques i que veiessin la persona de manera integral per buscar un equilibri entre

34 En els inicis de la informatització dels registres en l'HCAP, el programa encara era incipient i no ofería cap mena de mecanisme de seguretat que impedis aquests fets desafortunats, que implicaven un poder mal entès sobre el procés de canvi de les cures.

cos, ment i ànima. El postgrau³⁵ Intervencions Autònomes per a un Desenvolupament Personal i Professional: Teràpies Naturals, l'any 2001, em va donar la possibilitat d'ampliar el meu camp d'acció dins les cures, des d'una visió holística, utilitzant instruments naturals.

Per a una infermera com jo, formada sota un concepte més mecanicista, aquest postgrau em va comportar fer un canvi important. L'estructura del meu pensament infermer es va començar a modificar. Els coneixements adquirits en aquest curs, tant lectius com pràctics, amb matèries que facilitaven el desenvolupament personal, a banda del professional, em van dur, en primer lloc, a fer un canvi d'actitud amb mi mateixa, ja que vaig aprendre a centrar-me. En segon lloc, vaig tenir l'oportunitat de poder adquirir habilitats en dos dels instruments escollits: la reflexologia i el tacte terapèutic. Em va semblar que seria factible utilitzar-los com a intervencions autònomes dins del pla de cures a l'atenció de la persona malalta, tant al centre com al domicili. El meu objectiu era aconseguir comoditat i benestar entre les persones ateses. Aquesta nova manera d'enfocar les cures em va ajudar a apropar-me a la persona i m'hi va facilitar el contacte, el que va fer que hi augmentés la comunicació, i per tant em va permetre una relació d'ajuda més completa.

La resposta de les persones ateses va ser molt bona. Les expressions de benestar i comoditat, més la normalització i el control dels signes vitals, fos quin fos el problema de salut, evidenciaven una millora. En tot moment vaig tenir prou cura que aquestes intervencions autònomes quedessin registrades³⁶ dins de l'HCAP i que formessin part del pla de cures com si cada una d'aquestes es tractés d'una intervenció més, la qual cosa facilitava l'extensió del contingut de la intervenció mateixa

35 Impartit per l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona de Barcelona, amb l'objectiu de proporcionar les competències estratègiques necessàries per enriquir les intervencions autònomes des d'una perspectiva global i humanista en el marc d'un pensament infermer.

36 El registre dins de l'HCAP primer va ser en suport de paper i després en suport informàtic.

i l'evolució del procés a la resta de professionals, metges i infermeres. Això també donava opció a recollir dades i a mesurar, qualitativament i/o quantitativament, els resultats de millora del problema de salut, des del dolor físic al psíquic i emocional de la persona atesa.³⁷ Per tant, aquesta manera d'enfocar les cures, fins i tot, va quedar plasmada en treballs de recerca presentats en jornades i congressos d'atenció primària, els quals evidenciaven els bons resultats obtinguts.

En unes jornades de treball³⁸ vaig tenir el privilegi de conèixer la Patricia Benner.³⁹ Em va fascinar la forma de transmetre la seva filosofia. Ens va descriure els cinc nivells de competència professional: de principiant a experta. Ella considera que pots ser experta en certs coneixements, però que també pots ser inexperta en altres temes professionals, sobre els quals et caldrà aprendre o aprofundir-hi. També diu que l'aprenentatge ha de ser continuat, i té molt clar que tot procés evolutiu ha de ser constant. La intel·ligència de la persona permet que l'habilitat es transformi i millori per la pròpia experiència i el mestratge (Riba et al., 2008). Recordem que una part de la seva teoria està inspirada en el model de l'adquisició d'habilitats de Dreyfus & Dreyfus,⁴⁰ el qual va aplicar en el camp de la infermeria.

37 S'evidenciaven aquests resultats amb el recull la qualitat de les manifestacions de la persona que els rebia, i amb el perfil de les fluctuacions dels valors de les constants vitals abans i després de la intervenció.

38 Amb motiu del 90è aniversari (1917-2007) de la creació de l'EUI de Santa Madrona de la Fundació "la Caixa", ha tingut lloc a Barcelona la Jornada Internacional sobre "La humanización de los cuidados". Els assistents van tenir oportunitat de respirar i de compartir una experiència professional sobre l'art de tenir cura.

39 Nascuda l'any 1942 a Hampton (Virginia). Ha treballat l'expertesa de la infermera des de la perspectiva pràctica. Les seves reflexions tenen una clara influència de Virginia Henderson. Sobre-tot, és coneguda pels seus treballs sobre la pràctica clínica de la infermera i la seva evolució dins de les cures.

40 Dreyfus S & Dreyfus H. Professors de la *Universitat de Califòrnia, Berkeley*. Proposen que, a un estudiant, li cal passar per cinc etapes diferents, que van des de ser un principiant fins a tenir experiència i mestratge.

La reflexió de Benner, pel que fa a l'actual pràctica de tenir cura de la salut, es basa en el lema *experiential learning*. Així doncs, aquesta reflexió és la que m'ha ajudat a sentir-me més còmoda. Crec que té raó quan diu que les infermeres no poden ser perfectes en tot i que només cal que s'adaptin a les necessitats actuals, millorant dia a dia els seus coneixements i aprofitant l'experiència adquirida amb la pràctica diària. Per a ella, les infermeres no som usuàries de coneixements; som creadores, i un judici és un coneixement aplicat. La disciplina d'infermeria no és només una tècnica, sinó una pràctica, i el coneixement tècnic resulta més fàcil de formalitzar que el coneixement aplicat. En la seva exposició va sostenir que una infermera experta és capaç d'atendre de forma individual i que pot objectivar la situació real de la persona i, a la vegada, saber diferenciar el pensament clínic de la pràctica clínica. Un mateix problema es pot veure en abstracte, però, en la pràctica, és diferent si tenim en compte que persones malaltes amb un mateix problema poden evolucionar amb rangs ben diferents. També va remarcar que la infermera cal que estigui més pel pacient que pel sistema.

D'altra banda, he tingut l'oportunitat de conèixer altres infermeres que només tenien com a títol un reconeixement de la Creu Roja o d'alguna escola religiosa, però no per això deixaven de ser infermeres. Sens dubte, moltes d'elles⁴¹ han estat les precursors de les noves generacions d'infermeres que hem estat nosaltres.

“La infermera d'abans tenia més vocació i menys professionalització, al cap de cinquanta anys, la infermera te més professionalització i menys vocació” (Arrabal, 2013).⁴²

41 Un reconeixement especial per a Àngels Escardibul i Molina (1920-2013), que, amb 93 anys, ens va relatar les seves experiències en la Guerra Civil Espanyola i en la II Guerra Mundial com a infermera col·laboradora de la Creu Roja. Ella tenia fusta d'infermera, i el seu bagatge justificava el seu saber fer. Ja en la postguerra va entrar a treballar en un centre privat i, més tard, en un centre públic.

42 Reflexió verbalitzada per Arrabal, M.A.. Pendent de publicar,

Durant tots aquests anys de vida laboral dins l'atenció primària, m'he implicat en la docència com a tutora de pràctiques en diferents escoles d'infermeria. Aquesta tasca continuada m'ha proporcionat un important enriquiment com a professional, perquè compartir les meves experiències assistencials diàries amb persones joves, que demostraven interès per la infermeria, m'ha ajudat a formar-me i a entendre que la formació cal que sigui activa.

“La infermeria és viva i no pot perdre el seu nord, ha de conviure amb les seves arrels del passat, ha de viure segons les normes del present i ha de saber projectar el seu futur” (Riba, 2014).⁴³

Han estat anys de treball i de compromís amb mi mateixa. D'una banda, hi ha hagut les imperatives obligacions imposades per l'empresa i, de l'altra, el desig de voler avançar com a infermera. Com he relatat en aquest text, cadascun dels llocs on he estat, juntament amb els canvis viscuts, m'ha proporcionat diferents visions que, a poc a poc, han modificat la meua manera d'actuar dins les cures. Sóc conscient de l'autonomia que he anat adquirint, gràcies a la qual ha estat possible desenvolupar aquest nou projecte de doctorat. Malgrat la meua edat actual, encara he volgut explorar el fet concret que em preocupa i endinsar-m'hi, el qual és l'objectiu d'aquesta recerca.

43 Reflexió feta per l'autora. Pendent de publicar.

INTRODUCCIÓ

En pocs anys hem passat d'una societat on semblava que tothom era catòlic a una situació com l'actual, que no té res a veure amb la d'abans. Malgrat tot, es conserven, sobretot a les zones rurals, certs costums socials arrelats que tenen present la religió catòlica.⁴⁴ Val a dir que, des de ben lluny, quan t'apropes a una població, gairebé la reconeixes pel seu campanar, que sobresurt per damunt de les teulades de les cases. El campanar, part integrada de l'església, continua marcant les hores i anunciant alguns esdeveniments importants. Per tant, encara conserva certa funció d'utilitat pública, i segons la seva alçada és un mirador excel·lent per guaitar el paisatge de l'entorn.

Som davant una societat canviant que cada cop és més pluricultural, fet que ens aporta conviure entre gent amb una gran diversitat de creences, valors i costums. Les influències de les diferents immigracions són les que han marcat, i marquen, la població actual del territori català. La religió no és l'únic determinant de la vida diària, per més que les festes del calendari laboral continuïn estant vinculades a una sola confessió religiosa (Carod-Rovira, coord., 2015).

La revolució industrial que es va produir a Catalunya a finals del segle XIX va transformar les formes de vida de la població rural, el que justifica

44 Festes majors i altres esdeveniments de celebració que, per tradició, es conserven lligats a la fe.

noves actituds d'una gent que, fins aleshores, convivia amb tradicions i creences típiques del lloc on vivien (Amades, 1969). Creences que passaven boca a boca, de generació en generació com a patrimoni de la cultura local, eren part de la forma de fer i de ser d'aquella gent. Alguns dels pensaments populars tenien lligam amb la religió i la preservació de la salut, com ara que “la malaltia era un càstig de Déu”, cosa que donava lloc a comportaments que exigien promences i certs rituals religiosos de descàrrega, el rigor en el compliment dels quals era molt important per obtenir el beneplàcit diví.

Prat (2007) defineix de manera molt entenedora com una persona és emigrant quan surt del seu entorn i passa a ser immigrant quan arriba al lloc de destinació. També descriu l'acollida i el procés d'adaptació d'algunes persones a través d'històries de vida relatades per ells mateixos. Moltes d'aquestes persones van començar a emigrar de les zones rurals cap a la ciutat i, a poc a poc, van transformar els seus costums i els van adaptar a una nova forma de viure, on els espais eren més tancats i reduïts, i el brogit de la gent era més sorollós i menys comunicatiu. Molts dels seus trets culturals son ancestrals, però encara avui en dia queden emmarcats dins de l'ambient familiar i social, passant a tenir un gran valor tradicional i popular. Dins d'aquesta tradició cultural i de creences populars, hem de recordar que durant anys s'han conservat els tractaments remeiers, que avui en dia tornen a ressorgir d'una manera més legal i controlada.⁴⁵

45 Hi ha hagut diversos intents de legalitzar les teràpies naturals (març de 2006). El Govern de la Generalitat de Catalunya va presentar un document de competències, però no va ser viable per decisió del Govern central. En l'actualitat, hi ha cert control administratiu sobre els productes que s'elaboren i es poden adquirir en parafarmàcies i herbolaris. També hi ha acreditacions d'expertes, que alguns col·legis oficials, com el de Metges de Barcelona (COMB) i d'Infermeria (COIB), donen als seus professionals, prèvia avaluació dels continguts exigits. També hi ha títols de post-grau i màster que expedeixen algunes universitats, les quals instrueixen sobre els coneixements de criteris naturistes i de diverses tècniques que algunes infermeres utilitzen com a instruments complementaris al pla de cures.

Ja en plena postguerra, cap als anys quaranta i principis dels cinquanta, es va repetir el corrent immigratori de moltes famílies que provenien de diversos territoris d'Espanya, sobretot de Galícia, Andalusia, Extremadura i Múrcia, on la fam, les penúries i la manca de treball els va fer abandonar els seus assentaments natal. La proliferació de la construcció de les obres hidràuliques del Pirineu català i el creixement de grans empreses, moltes d'aquestes nacionals, ubicades prop de poblacions importants, van fer néixer nous barris amb nuclis familiars que aportaven la seva pròpia cultura. Totes aquestes persones van tenir una gran capacitat d'adaptació, però sense perdre'n les arrels d'origen. Candel (2008) descriu i analitza d'una forma vivencial, com a immigrant, el paper de la immigració a Catalunya.⁴⁶

En aquesta segona dècada del segle XXI, el 2015, i a causa del flux migratori provinent d'altres països estrangers, ens trobem amb persones nouvingudes de cultures diverses i llengües ben diferents. És una societat en contínua evolució, ja que som davant d'una globalització cultural imparabile que ens aporta nous canvis que afecten les relacions familiars i laborals, i les estructures socials. Així doncs, trobem persones que tenen uns atributs i unes qualitats que emmarquen un estil de vida propi. Algunes d'elles, de cara a la societat, han aconseguit adaptar-s'hi, però dins del context familiar encara conserven les seves pròpies creences i els seus propis costums, que són molt consistents. El tema religiós és considerat prioritari i sovint va lligat a les seves maneres tradicionals de tenir cura de la salut, amb un sentit cultural molt sòlid, on els costums els aglutinen socialment.

Dins d'aquest actual aiguabarreig de cultures també hi ha un altre col·lectiu de persones, prou significatiu, que cada cop és més nombrós (Spector, 2002). Són aquells que volen decidir lliurement l'estil de

46 L'obra més coneguda de Candel, *Els altres catalans*, es pot considerar a mig camí entre el reportatge i l'assaig. És un reflex de les seves pròpies vivències com a immigrant, des d'una visió molt personal. Aquest llibre es va presentar per Sant Jordi (23/4/1964).

vida segons els seus principis i les seves creences (Gómez-Pérez i Palacios, 2009), i tenen criteris propis de com volen que se'ls tracti pel que fa a la salut.⁴⁷ Així doncs, algunes d'aquestes persones aposten pels tractaments naturals com a retorn a una medicina més holística i menys intervencionista (Nogués, 2009). Hi ha molts professionals sanitaris, metges i infermeres, que decideixen utilitzar aquest tipus de teràpies que, tot i sent naturals, són controvertides per manca d'evidència. Citem a: (Dobbs, Parette i Poletti, 1990), (Kareaga, 1998) i (Montero, 2013), entre d'altres que han publicat sobre aquest tema.

Tanmateix, hi ha un canvi social molt important en relació amb les estructures familiars. Les persones tenen l'opció d'escollir com volen viure, són elles les que marquen el seu camí. Així, tenim parelles divorciades que, sovint, donen lloc a segones parelles que conviuen amb els fills de les unions anteriors. També tenim parelles del mateix sexe i famílies monoparentals, en les quals són freqüents les adopcions, la maternitat per reproducció assistida, etc. Cada cop més, trobem dins d'una mateixa família membres que professen confessions religioses distintes, producte de la diversitat cultural, i que conviuen en perfecta harmonia i respecte. Tot plegat comporta nous rols dins la llar, amb nous valors que emmarquen una filosofia de vida més lliure i més oberta de pensament.

Aquesta situació de variabilitat cultural i de diferents maneres de pensar, de fer i de ser de les persones fa que les infermeres visquin noves experiències en el procés de cuidar. Cal tenir present que, algunes vegades, les infermeres s'han d'enfrontar a situacions complicades on intervenen molts elements que hem de tenir en compte i que, potser,

47 A vegades hi ha el perill que aquest tipus de servei s'ofereixin fora de l'àmbit sanitari i amb poques garanties d'autenticitat i rigor, amb el risc de patir efectes secundaris, contraindicacions o manca de beneficis per a la persona que el rep.

siguin difícils de gestionar.⁴⁸ Les persones són molt diferents les unes de les altres, hi influeixen molts condicionants que poden evolucionar al llarg de la seva vida i, fins i tot, poden variar en un mateix procés de malaltia (Menéndez, 2009). Per aquesta raó, no es pot etiquetar la persona en una sola observació, ni estandarditzar un pla de cures. És necessari individualitzar i dur a terme una valoració integral de la seva situació de salut (Molas, Brugés i Garcia, 2011).

Cal també fer una reflexió dels actuals canvis docents dels nous professionals de la salut. Aprofitem, doncs, per fer-nos ressò de la publicació de la revista *RoI* (2014) que, en l'editorial de la qual, sota el títol “¿Por qué Ciencias de la Salud?”, reflexiona sobre el canvi de nom de les facultats de Medicina, que han passat a ser facultats de les Ciències de la Salut. Aquest nou enfocament aporta un canvi de conceptes, que s'adapten a les necessitats actuals de la població i dels mateixos professionals que es dediquen a gestionar la salut de les persones i a vetllar-hi. Tot seguit aportem part del text que acabem d'esmentar, atès que l'hem considerat prou significatiu dins el context de la nostra recerca:

“Debemos preguntarnos acerca de los límites e incluso sobre la obsolescencia potencial de algunos de los contenidos del conocimiento de las enfermedades cuando, al mismo tiempo, no se focalizan adecuadamente otros conocimientos y prácticas imprescindibles en el mundo moderno para lograr mayor efectividad en las prácticas clínicas y en los procesos de enfermar por la pérdida de salud. ¿No será que todavía no se entiende bien el cambio de paradigma de la conceptualización de la medicina frente al de la salud? ¿Giramos alrede

48 *Memorial 1953-2010, a Ramona Bernat i Bernat*, professora titular de l'Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. En aquesta publicació es fa referència al discurs que ella va fer, dirigit a la 21 promoció de diplomats en Infermeria. Va donar èmfasi a les competències de la infermera i al canvi significatiu de la nova infermera pel que fa a les cures de la persona.

dor de la enfermedad y no de la salud? ¿No es más inclusiva la salud en la persona que la medicina en la enfermedad?

Así pues, el avance del conocimiento ya no pasa en exclusiva por saber sobre la enfermedad, sino por añadir el saber sobre la salud, su gestión y administración adecuadas. En esta reflexión y su profundización no se puede olvidar a los colectivos profesionales que cuidan a las personas en la enfermedad y en la salud, y que también añaden, a sus actividades asistenciales profesionales, las docentes y las investigadoras. Sin embargo, y yendo más lejos, deberíamos interesarnos en «descubrir» y «atrapar» el conocimiento tácito que sobre los procesos de pérdida de la salud y los procesos del enfermar tienen las propias personas, los pacientes y los que los rodean. Aquello que estas personas saben sin saber que lo saben, y sobre lo que además nadie les pregunta, pues se ha sacralizado el conocimiento acreditado y reglado como el único con derecho a tenerse en cuenta.

Un «puente» de diálogo entre los dos tipos de conocimiento, el reglado y el natural o tácito, supone un reto para las ciencias, que, en este caso, pueden y deben reconocer que el nombre hace las cosas y por ello comprender que forma parte del progreso generar una transformación –ya incipiente– de la tradición de las así nombradas «facultades de Medicina» hacia las «facultades de las Ciencias de la Salud», mediante un proceso amplio y transversal, no jerárquico, para lograr la equiparación ajustada por los aspectos contributivos a la salud de los diversos tipos de conocimiento y prácticas que tanto aportan y contribuyen al avance de la esperanza de vida de las personas” (Sanfeliu, 2014:7).

Les infermeres, com a agents de salut, cal que aportin totes les dades clíniques objectives i subjectives sobre la persona que cal tractar, les quals ajudaran a fer una valoració integral per establir el pla de cures adequat. Cal que escoltin les manifestacions de la persona de qui tenen cura, pel que fa a les seves creences i els seus valors, els seus costums i les seves tradicions. Aquest coneixement qualitatiu ajudarà a comprendre què pensa la persona malalta de la seva situació de malaltia. La seva família i el seu entorn, sens dubte, facilitaran poder atendre amb rigor les qüestions ètiques que se li puguin plantejar. Cal pensar que, en aquestes situacions complexes, és possible que la persona malalta tingui preocupació per qüestions relatives al sentit de la vida i de la mort, a la reconciliació amb un mateix i amb els altres. Aquests dubtes es presenten tant en persones amb conviccions religioses com en les que no en tenen. En les cures, hem de ser respectuosos a l'hora de considerar les decisions de la persona malalta, encara que siguin diferents a les que, en la mateixa situació, nosaltres hauríem pres.

Ens centrem en l'evolució de la prestació de cures que fan infermeres de l'Institut Català de la Salut dins l'àmbit extrahospitalari, dirigides a persones amb problemes de salut crònics complexos, com ara el pacient crònic complex⁴⁹ i el malalt crònic avançat,⁵⁰ que requereixen una atenció domiciliària,⁵¹ en la qual les cures són més visibles i, per la seva especificitat, tenen continuïtat de prestació. L'escenari de les cures està situat a la mateixa llar on viu la persona malalta sola o en

49 En aquest context en particular, els autors utilitzen la paraula pacient, malgrat que es refereixen a persona malalta amb multimorbiditat, o malaltia o condició única que comporta gestió clínica difícil. Pacient crònic complex. Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Versió 2012. Disponible en: www.scmi.org/docs_noticies/guia_millora_complexitat.doc

50 Persona malalta amb pronòstic de vida limitat que li cal una orientació pal·liativa amb una planificació de decisions avançades. Cerca de pacients amb la condició de PCC o MACA Institut Català de la Salut. Suport informàtic programa eCAP. Disponible en: <http://www.slideshare.net/icscat/pacient-cronic-complex-a-ecap-carmen-olmos> *Mostra la publicació compartida.*

51 Vegeu programa ATDOM, Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Versió 2012.

convivència amb la família, fet que facilita que la infermera pugui tenir una visió millor del problema de salut.⁵²

És, per tant, en l'atenció primària (AP) on trobem aquests serveis de cures que, per la seva complexitat, requereixen un abordatge multidimensional. Sovint, són els familiars o les altres persones properes al malalt les que ens hauran d'ajudar a descobrir les necessitats i els desigs d'aquest, en especial quan perdi la capacitat per comunicar-se. Com a persona que és, cal vetllar pel seu valor i la seva dignitat (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2012). També cal tenir en compte les persones que n'assumeixen la cura quotidiana, ja que aquests familiars o amics són part de la nostra responsabilitat i necessiten el nostre ajut. Dins d'una família poden conviure diversos costums, i cadascun dels seus membres pot tenir diferents creences i valors, malgrat que tots ells pertanyin a la mateixa arrel familiar, la qual cosa pot afectar la gestió de les cures si no tenen la possibilitat d'expressar el que senten i com viuen la situació.

La projecció de la reforma de l'AP va significar un gran canvi per a tots els professionals de la salut que hi estaven implicats. L'ICS també va haver d'adaptar i planificar els canvis d'estructura de la seva gestió, que no sempre van ser benvinguts i acceptats pels mateixos professionals de salut. Per a les infermeres, es va afegir la implementació del procés d'atenció d'infermeria (PAI), segons el model de necessitats humanes de Virginia Henderson, que els va suposar un important esforç d'aprenentatge. Aquesta nova situació va significar un bon trasbals per a elles, atès que els canvis els van venir per tots costats: els professionals, amb nous conceptes per aprendre, i els de gestió, amb les noves prescripcions de l'empresa. Cal pensar que, per a aquelles infermeres que durant anys havien tingut una visibilitat

52 Encara que hi ha una unitat territorial d'atenció a la cronicitat (UTACC), nosaltres ens referim a les cures de les infermeres dels equips d'atenció primària.

gairebé escassa, sobretot en els àmbits extrahospitalaris, el fet que en poc temps s'haguessin d'adaptar a les noves competències, per formar part d'un equip multidisciplinari a l'AP i ocupar-hi un lloc visible, va suposar un canvi important.

A poc a poc, els registres en la història clínica d'atenció primària (HCAP) es van convertir en una eina necessària de comunicació. La seva informatització, a través del programa Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP), va suposar un pas força compromès per a tots els professionals implicats en el procés de salut de la persona malalta. L'empresa ICS, com a gestora dels recursos sanitaris, era la receptora de tota la informació que es generava a través del programa informàtic eCAP. En l'actualitat, encara es nodreix d'aquesta informació —i n'és el principal consumidor—, la qual li serveix per planificar i optimitzar els processos per atendre millor la persona.

La implicació que va tenir la mateixa autora en el procés d'informatització dels registres en l'HCAP, durant deu anys seguits (2000-2010), va ajudar que pogués donar suport a la transmissió dels continguts de les noves pantalles que anaven apareixent. Tanmateix, això li va permetre fer un seguiment molt directe de l'evolució dels registres informatitzats no només del mòdul infermer, sinó també de la seva interacció amb la resta de registres d'altres professionals que compartien l'HCAP. Tot plegat li va donar l'oportunitat d'estar molt a prop de les infermeres, i així escoltar-ne les opinions sobre les dificultats i les mancances que tenien amb la nova implementació. Demanaven que els registres fossin més àgils i entenedors. No volien estar pendents de l'ordinador, perquè deien que els dificultava escoltar i comunicar-se amb la persona malalta que demanava la seva atenció.

L'autora va intuir algunes mancances en el registre de les dades de la persona malalta, concretament en la fase de la valoració integral del procés d'atenció d'infermeria (PAI), sobretot en relació amb aquella informació que les infermeres no estan tan acostumades a preguntar,

ja que és freqüent pensar que no és prou adient, perquè forma part de la intimitat. Sovint, la infermera dóna per suposat que ja coneix una part d'aquesta informació sobre el que pensa la persona que està atinent, així com sobre el seu entorn familiar. Per aquest motiu, la passa de llarg i deixa d'enregistrar-la en l'HCAP.

El PAI és l'instrument ordenat que facilita el treball de la infermera per poder ajudar la persona amb un problema de salut, real o potencial. La visió que ha de tenir la infermera cal que sigui integral. Per tant, té en compte totes les dimensions: físiques, psíquiques, emocionals i espirituals, que formen la persona que s'està atinent. Cal pensar que si els registres no es completen al 100%, es produeix una important pèrdua de dades que són necessàries per elaborar el pla de cures.

Les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC),⁵³ cada cop més punteres, aporten eines per poder facilitar el registre i valorar, planificar, guardar, gestionar i compartir tota la informació que es genera al voltant de l'atenció que rep la persona dins l'àmbit sanitari. Hi ha la creença que el disseny del programa informàtic que configura l'explotació d'aquestes dades està fet de tal manera que només serveix perquè l'empresa gestioni els recursos sanitaris, la qual cosa provoca insatisfacció entre els mateixos professionals que intervenen en aquest procés. En aquest cas, ens referim a la infermera, a qui haver de fer tants registres li resta temps per poder fer un relat que porti informació rellevant i real de l'estat integral de la persona malalta. Sovint les infermeres es queixen del poc temps que els queda per fer un apropament actiu i més humà que faciliti l'escolta i el contacte, elements necessaris per establir una relació d'ajuda.

53 Les tecnologies de la informació i la comunicació actuals (2015), també conegudes com a TIC, estan desenvolupades per gestionar informació i enviar-la d'un lloc a l'altre. Tenen la funció d'emmagatzemar i recuperar informació per poder enviar-la i rebre-la, i poder-la processar amb l'objectiu de calcular resultats i elaborar informes.

El nostre projecte emmarca tot el procés que hi ha per arribar a conèixer aquesta realitat. Cal esbrinar si s'han completat els registres i saber, de manera formal, el que pensen les infermeres d'aquests registres i de la seva utilitat per elaborar un pla de cures eficient i eficaç. Les infermeres volen donar una millor atenció a la persona en el seu procés de salut i malaltia, optimitzant els recursos materials i el temps emprat, alhora que volen aconseguir una satisfacció personal més gran com a professionals de la salut.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

DELIMITACIÓ DEL PROBLEMA

Com a infermeres, cal considerar l'ésser humà de manera integral, en un sistema amb expectatives més obertes, que s'identifica com a procés de salut/malaltia i atenció i que aporta tenir cura d'aquelles necessitats de la persona amb problemes de salut que van més enllà de la cura de la malaltia mateixa (Menéndez, 1990).

Un dels objectius del Pla de Salut de Catalunya (2011-2015)⁵⁴ és fomentar la implicació i la corresponsabilització dels ciutadans en aquest concepte de procés integral de cura. Una de les estratègies que s'hi proposen és ajudar a fer que les persones siguin capaces de tenir i conservar el seu poder. Per facilitar aquest apoderament (Riba et al., 2014), cal que les infermeres coneixin en profunditat les percepcions i les actituds d'aquestes persones sobre les seves creences i els seus valors en relació amb les seves necessitats i expectatives. S'ha de conèixer i valorar l'estat de motivació i de força de voluntat perquè la persona amb una malaltia crònica avançada, amb risc de complicacions, pugui ser capaç de gestionar millor els

54 El Pla de Salut 2011-2015 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya planteja, en la línia 2, i mitjançant el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, un sistema més orientat als malalts crònics. Dins d'aquesta estratègia, i en el punt 2.4, es planteja el desenvolupament d'alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat. Aquestes alternatives inclouen la reorientació de l'atenció domiciliària amb la col·laboració del Departament de Benestar Social i Família. El punt 2.5 inclou el desplegament de programes territorials als pacients crònics complexos (PCC) i als pacients amb malaltia crònica avançada (MACA).

seus problemes de salut. S'ha de fer el possible per no generar dependències, i aquesta persona ha de tenir l'opció d'escollir, per ella mateixa o amb ajuda, el seu propi estil de vida. És important que la seva forma de fer i de ser no sigui limitant per a la seva salut.

És necessari que la persona malalta i/o el seu cuidador estiguin informats i formats per ser experts i perquè puguin estar actius a l'hora d'emprendre aquelles accions que ajudaran a controlar i minimitzar la progressió del problema de salut crònic i, per tant, evitar-ne les possibles complicacions, tenint sempre present la forma de pensar i de ser de la persona de qui es té cura. Hi ha tres actors principals implicats en les cures: la persona a qui van dirigides les cures; el cuidador que ajuda a la persona, en aquells casos, que hi hagi manca d'autonomia, i la infermera que gestiona les cures. Per a tots ells, generar coneixement és generar poder, que optimitzarà l'eficiència en la gestió de les cures i facilitarà l'autocura desitjada.

En el marc de la valoració integral dins de les cures infermeres, hi ha plantejaments conceptuals diferents, tenint present les necessitats de la persona i del seu entorn. Les infermeres tenen més opcions per poder escollir el model que se'ls adapti millor a la situació que volen treballar a fi que les ajudi a fer unes cures millors. En aquest cas, l'empresa ICS, com a proveïdora pública de serveis sanitaris de la Generalitat de Catalunya, després de consensuar-ho amb grups d'experts, va apostar des d'un inici pel model de Virginia Henderson.⁵⁵ En l'actualitat, aquest model s'està aplicant en tots els seus centres d'atenció primària del territori.

55 Virginia Aveland Henderson (1897-1996). Graduada (1921) per l'Escola d'Infermeres Militars de Washington. Va adquirir una àmplia experiència professional: la seva principal aportació situa la persona atesa en la satisfacció de 14 necessitats humanes, des de les més bàsiques de simple conservació de la vida fins a les superiors de creixement cultural i espiritual. El Consell Internacional d'Infermeria (1961) va adoptar aquesta definició per la seva validesa universal.

La filosofia de Henderson defineix i explora les catorze necessitats bàsiques de la persona per viure en salut i amb comoditat, amb plena autonomia i sense dependència. És en la necessitat bàsica número 11 on es recull la informació sobre les creences i els valors de la persona, la qual necessita actuar d'acord amb el que pensa, el que creu i el que sent (Henderson, 1971). Henderson té un punt de mira molt ampli, ja que considera que, a més a més de les creences religioses, cal observar altres creences sobre la salut i l'estil de vida de la persona.

D'acord amb aquest model, en la present recerca ens referim a la recollida, el registre i la valoració de la informació sobre les creences i els valors, en general, de la persona atesa que fa la infermera en una societat diversa i pluricultural. El programa informàtic Estació Clínica d'Atenció Primària (eCAP) acull el mòdul infermer que està dissenyat a propòsit per integrar tots els instruments que cal a les infermeres, per fer els registres del pla de cures dins la història clínica d'atenció primària (HCAP), com un element més del procés de salut de la persona atesa.

Reyes, Jara i Merino (2007) tracten de l'adhesió de les infermeres a utilitzar un model teòric com a suport per a la valoració d'infermeria. L'autora ha tingut l'oportunitat, com a usuària del programa informàtic eCAP i com a referent, de poder viure de molt a prop l'evolució del registre informatitzat del pla de cures. El fet de mantenir un contacte directe i constant amb infermeres usuàries del programa l'ha ajudat a reflexionar i s'ha adonat que en les valoracions integrals, segons el model de necessitats humanes de Henderson, en algunes de les catorze necessitats bàsiques no constava cap registre sobre la persona atesa. De totes aquestes, només ens centrem en la número 11, on no hi havia gaire informació registrada, la qual és prou important dins del context de la valoració integral en el pla de cures. És presumible que les infermeres considerin aquestes dades una informació poc assequible, molt íntima, o bé, si la infermera coneix força la persona

malalta i la seva família, ja dóna per suposat el que sap d'ella, i les passa de llarg, sense fer constar aquesta informació en cap lloc de l'història clínica.

Hem de tenir present que, tot i seguir un mateix model conceptual, cadascuna de les infermeres pot viure d'una forma ben diferent el procés de les cures. Ens preocupa que no es tinguin en compte les dades sobre les creences i els valors de la persona atesa. Creiem que aquesta informació és necessària per fer-ne la valoració integral, i cal que quedi registrada dins del pla de cures, segons el model que s'estigui treballant. Volem saber, doncs, si les infermeres pensen que aquestes dades són prou rellevants en aquelles situacions que ja, de per si, requereixen un control i un seguiment més acurats. Ens referim al malalt crònic complex atès dins del programa d'atenció domiciliària, i si pensen que el fet de no reflectir aquestes dades en el registre clínic pot afectar l'elaboració i el seguiment del mateix pla de cures.

En una primera fase, vam pensar que, abans d'endinsar-nos a fer un estudi qualitatiu per connectar amb les infermeres, ens calia partir d'unes dades objectivables que ens oferissin la certesa que aquesta subjectiva i suposada manca d'informació sobre els registres tingués prou sentit per continuar fent recerca sobre el problema que ens preocupa. Un estudi descriptiu previ de les dades enregistrades en la valoració d'infermeria, centrat en la necessitat bàsica número 11 segons el model conceptual escollit, i utilitzant el suport informàtic eCAP (Estació Clínica Atenció Primària), ens va aportar l'evidència del que ja intuïem i que volem constatar.

Es van revisar 3.174 històries clíniques d'atenció primària (HCAP) de persones ateses per infermeria en el domicili, per patologia crònica complexa l'any 2011, durant tres mesos o més de permanència al llarg del 2011. L'àrea d'estudi correspon als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut que es troben en l'àmbit de la ciutat de Barcelona, a la banda litoral esquerra.

Es van trobar 1.942 HCAP (61,18%) amb el registre emplenat, en l'apartat dedicat a la necessitat bàsica que recull la informació sobre les dades de les creences i els valors. Aquest resultat va evidenciar que aquesta necessitat número 11 i aquelles variables que no depenien de text lliure, en les quals, com a opció de registre, només calia marcar un/diversos indicadors, mostraven un registre alt (>90%). En canvi, les variables amb apartats de text lliure, on calia fer un relat més acurat i descriptiu de la situació, presentaven resultats més baixos (entre el 20% i el 40%).

Vam veure que la informació registrada en la necessitat bàsica estudiada era molt diversa segons la variable. Aquelles variables on hi havia apartats amb text lliure s'utilitzaven poc. Va quedar palès que en algunes valoracions els registres eren incomplets. En canvi, en les variables que el registre només depenia d'un/diversos indicadors, els resultats van ser millors. Com a resum podem dir que vam trobar una gran varietat de resultats, amb gran quantitat de registres inexistents o incomplets i amb manca de relats, la qual cosa representava una important pèrdua d'informació. En contraposició, les dades que es consideraven més biomèdiques, o bé les prescrites per la mateixa empresa ICS, sí que es registraven de forma completa (Riba et al., 2012).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

OBJECTIUS DE LA RECERCA

Arran dels resultats obtinguts, prou significatius dins d'aquest primer estudi descriptiu, ens vam proposar seguir la recerca per conèixer el pensament i la percepció de les infermeres sobre la recollida de les dades de les creences i els valors, segons el model de Virginia Henderson. Ens calia saber quins són els factors que influeixen perquè aquest registre sigui incomplet, així com si les infermeres consideren que aquesta mancança pot rebaixar la qualitat de les cures que apliquen o, si, en canvi, creuen que això no té cap efecte negatiu per seguir fent les prescripcions de cures.

Vam partir d'una realitat evident per continuar el nostre estudi, des d'una visió qualitativa, on hauran de ser les infermeres mateixes les que ens aportaran la informació que ens cal per poder esbrinar les causes del problema. La pregunta que ens vam plantejar, segons els criteris de Cuesta Benjumea (2008), va ser sobre el que pensen les infermeres que treballen en els equips d'atenció primària de l'ICS (EAP), en relació amb la recollida de dades sobre les creences i els valors de les persones ateses dins del programa ATDOM, i com apliquen aquestes dades dins del pla d'atenció d'infermeria, així com quins són els factors que en dificulten el registre. Aquest plantejament ens va ajudar a dissenyar els objectius que emmarquen la nostra recerca.

OBJECTIU GENERAL

Comprendre el que pensen les infermeres d'atenció primària de l'ICS, sobre la recollida de dades pel que fa a les creences i als valors, com a instrument de coneixement integral de la persona atesa en el domicili per elaborar el pla d'atenció d'infermeria.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- a) Descriure les vivències de les infermeres en el moment de la recollida de dades sobre les creences i els valors, segons les manifestacions de la mateixa persona i/o del mateix cuidador.
- b) Analitzar els factors que influeixen, segons el seu punt de vista, en la interpretació i aplicació de la informació obtinguda dins del pla de cures.
- c) Saber si les infermeres consideren que la manca d'aquesta informació pot rebaixar la qualitat de les cures que apliquen.

I MARC TEÒRIC

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

1.1 CREENCES I VALORS: SEGONS DIFERENTS VISIONS

Hem volgut identificar aquests dos conceptes a partir d'un recull d'aportacions bibliogràfiques des de diferents disciplines. Això ens ha permès descobrir autors que en el contingut de les seves publicacions descriuen conceptes sobre les creences i els valors. Les diferents visions dels autors ens han ajudat a concentrar i augmentar els nostres coneixements. A més, les seves aportacions ens han proporcionat un alt contingut d'informació rellevant, que ha estat molt vàlida per conèixer quelcom més sobre el tema que s'ha estudiat. Aquests coneixements han copsat el nostre interès i ens han ajudat a construir el marc teòric d'aquest treball. D'altra banda, no hem trobat l'amplitud i la variabilitat que buscàvem, quant a l'abordatge del tema, per fer la recollida i el registre del que sent i pensa la persona de la qual les infermeres tenen cura, des de les diferents dimensions de les creences i els valors, com un valor més que cal tenir present per dissenyar el pla de cures.

Cal pensar, que ens trobem en un territori que, per la seva idiosincràsia geogràfica i des de la visió històrica, ha permès l'assentament d'una població ben variada. La globalització i els últims afers polítics i socials dels països veïns, més occidentals, i també d'altres més llunyans, més orientals, han facilitat un apropament que, a poc a poc, ja en aquest segle XXI ha constituït una població ben diferent a la de cinquanta anys

enrere. La diversitat cultural hi és present, amb creences i valors que cal tenir en compte.

1.1.1 FONAMENTACIÓ BÀSICA DE LES CREENCES I ELS VALORS

En primer lloc, cal definir els criteris del significat de cadascuna de les dues paraules que emmarquen aquest projecte, així com fer-ne referència als sinònims. La creença és tot acte de creure. És allò que hom creu com a principi i considera veritable. S'accepta com a cert, malgrat que no està verificat, i de fet no és verificable. S'utilitza, principalment, en matèries religioses, malgrat que té més connotacions des d'altres dimensions. Com a sinònims trobem: fe, credulitat, ideologia, convicció, professió i credo. El nostre pensament, d'acord amb les creences, ens aporta el valor per tenir valors que emmarquen la nostra manera de fer com a persones, encara que és més valuós saber quins són aquests valors que amaguen el potencial de cadascuna de les persones.

El valor és la qualitat o el conjunt de qualitats que fan que alguna cosa o alguna persona sigui preuada. Conjunt de propietats, abast de la força, la significació d'una cosa, acció, paraula, expressió, etc. Coratge per emprendre grans afers, per afrontar els perills sense por. Com a sinònims s'han trobat: vàlua, mèrit, qualitats, virtut, aptitud, ànim, valentia, bravesa, coratge, intrepidesa, agosament, importància i significació (Torrallba, 2012).

En segon lloc, els valors són la força de la creença. Les creences i els valors són elements motivadors que ajuden a aconseguir les fites i els objectius proposats, com a recompensa a l'esforç, davant d'una situació no desitjada per un problema de salut. Per exemple, ho podem veure reflectit en l'adhesió al tractament, on cal mantenir ordre per obtenir els beneficis d'un millor control general del procés

de malaltia. Cal motivació per cuidar-se i per cuidar. Cada persona té uns valors que determinen les seves pròpies conductes i accions. Els valors no són realitats que es deixen posseir o agafar, més aviat són fonts d'inspiració que donen sentit a la nostra vida. En el cas de la malaltia, i en el procés de morir, els valors cobren un paper important. Es poden definir com a horitzons de referència, però també com la força motriu que empeny a actuar, a moure's i a viure. Els conceptes de felicitat i satisfacció poden ser ben diferents d'una persona a l'altra segons les seves creences, la seva cultura i els seus costums. Sens dubte, la persona adulta amb plena capacitat mental és lliure d'escollir, convertint-se en responsable dels seus pensaments i de les seves accions (Torralba, 2013).

Sovint, però, les fronteres entre els àmbits de les creences i els valors no són prou definides. Els conceptes que expliquen les paraules creences i valors són molt amplis i els podem abordar des de la dimensió religiosa, espiritual, filosòfica, social, antropològica i, també, històrica. De ben segur que totes aquestes dimensions tenen trets en comú que convergeixen entre si i només se separen quan el contingut d'algun dels seus conceptes sigui extrem i no es pugui compartir amb altres disciplines.

En aquest treball, doncs, s'ha volgut reflexionar des de qualsevol d'aquestes dimensions per estructurar de forma senzilla aquells conceptes que ens facilitaran poder entendre l'essència de la creença mateixa, sense aprofundir en la seva qualitat. Ens cal ajudar la persona malalta perquè pugui tenir cobertes les seves necessitats en relació amb les seves creences i els seus valors. Com a infermeres, ens interessa la creença de l'altra persona, i no només la religiosa. També volem saber altres qüestions relacionades amb la vida, la família, la salut i l'entorn on viu i, en definitiva, sobre si mateixa.

Les creences i els valors van lligats a la cultura i a la tradició d'un país. Malgrat això, cada cop és més freqüent veure com cau en l'oblit

la nostra pròpia essència cultural. La cultura occidental té diferents arrels que, al llarg de la història, han construït el perfil que tenim en aquest segle XXI. Hem de tenir present que el nostre pensament i la nostra espiritualitat són una herència de diferents cultures del passat, entre les quals hi ha la grega, la romana-cristiana i la jueva, que encara són properes a una tradició que es reflecteix en molts moments de la nostra vida personal, familiar i social. Torralba (2002) manifesta que és força greu aquesta situació d'oblit, ja que suposa la pèrdua d'identitat personal i col·lectiva que ens caracteritza als occidentals.

El pensament pragmàtic i operatiu impera sobre el pensament ideològic. Tenim, doncs, un nou fenomen que ens influeix, com són els corrents de pensament filosòfic d'altres cultures, sobretot de les que provenen d'orient. Aquestes filosofies estan connectades a importants tradicions, com el Brahmissme, el Budisme o el Taoisme. Totes són molt riques en el seu contingut pel que fa al plantejament de qüestions com ara: com hem de viure, com hem de pensar i com hem de sentir. És freqüent veure que s'han posat de moda, a vegades com un esnobisme o, simplement, com una fugida amb voluntat de canvi. De fet, les segueixen adeptes fidels, que sovint generen dubtes per haver d'assumir aquests nous pensaments filosòfics expressats de forma diferent, els quals no estan tan lluny dels que, fins ara, s'han expressat dins del pensament occidental.

McFarland (2011) descriu la definició que, com a infermera, fa Leininger sobre el concepte *cultura*. Considera que s'inclouen dins d'aquest concepte els valors, les creences, les normes, els símbols, les practiques i la manera de viure de les persones, les institucions i els grups, i que són apresos o compartits, i transmesos d'una generació a l'altra. De moment, és l'única teoria que se centra en les cures holístiques i globals. Aquesta es pot utilitzar tant en persones de cultures occidentals com orientals, atès que inclou molts factors holístics que podem trobar en totes les diverses cultures universals actuals. Entre aquests factors, hi ha el propi punt de vista, les

estructures socials, el llenguatge, les cures genèriques i professionals, les etnohistòries i el context ambiental. Tot plegat ajuda a sistematitzar les cures i fer-les més funcionals, en adaptar-les a la cultura de cada persona.

1.1.2 DIFERENTS VISIONS DE LES CREENCES I DE L'ESPIRITUALITAT

Per emmarcar la nostra reflexió i reflectir la realitat dins del context que es vol estudiar, s'ha treballat amb textos elaborats per autors⁵⁶ que són propers a la cultura del territori⁵⁷ on fem aquest estudi, sempre tenint present la idiosincràsia de la població atesa per les infermeres en l'atenció primària del territori de Catalunya. Val a dir que, d'una manera o d'una altra, tots aquests autors estan vinculats a les persones malaltes, a les cures espirituals, a l'ètica de l'art del cuidar i al coneixement de la manera de viure de les persones que formen l'estructura actual (2013-2015) de la població del territori català. Pensem que els continguts de les seves obres poden servir de referents per situar el professional d'infermeria i vincular el seu treball de cures a noves perspectives segons les diferents formes de pensar de les persones que estan atenent. Cal entendre com es desenvolupa l'estil de vida de la nostra població, cada vegada més diversa pel que fa als aspectes culturals, religiosos i socials, que marquen creences i valors molt diferents i que hem de tenir presents.

El *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS, 2014) ens descriu la religió com un conjunt de creences relatives a la naturalesa, causa i propòsit de l'Univers, en especial quan es consideren com la creació

56 Com a expressió col·lectiva a través de patrons de comportament adquirits i retransmesos socialment per símbols i que aglutinen els costums, les tradicions i el llenguatge.

57 Ens referim al territori de la comunitat autònoma de Catalunya. Situada a la costa nord-est de la península Ibèrica. Limita al nord amb Andorra i França; a l'oest, amb Aragó; al sud, amb el País Valencià, i a l'est, amb el mar Mediterrani. Població estimada de 7.546.522 habitants (2013).

sobrehumana, que sovint implica pràctiques devotes i rituals sota un codi moral per a la conducta dels assumptes humans.

El concepte de sobrenatural equival a dir que no pertany al món quotidià. Estem envoltats de fenòmens que molts cops no podem explicar de forma racional, malgrat voler que tinguessin una explicació científica. No tot allò que no veiem significa que no existeix. Si utilitzéssim un estri apropiat, podríem ampliar el camp de visió i, potser, aconseguiríem identificar el que anomenem desconegut.⁵⁸ Identifiquem com a misteri tot allò que no coneixem i que no veiem, que, per a nosaltres, és un enigma, però, malgrat tot, sí que creiem que existeix. Mentre no demostrem que allò desconegut existeix, des del vessant religiós, el fet de creure només serà qüestió de fe.

És freqüent relacionar les creences amb la religió, però hem de tenir present que no tota creença extraordinària és una creença religiosa. Val a dir que, quan tenim dubtes i ens manca la fe en allò que sempre hem cregut, és freqüent optar per noves creences elaborades a partir de dimensions filosòfiques i màgiques, i que, en alguns casos, poden ser raonables i en d'altres no. Vallverdú (2010) descriu unes experiències viscudes a Mèxic. Tot i que es tracta d'una societat amb una cultura diferent de la nostra població, podem veure que, en l'actualitat, en certs indrets del nostre territori encara perduren trets molt semblants pel que fa a les creences i a la curació per mitjà de la fe. Tenir fe i curar-se és un signe de fortalesa espiritual. La persona que no es cura ni millora significa que no hi creu prou, o bé que no està en pau amb Déu, i és possible que li calgui prendre medicines. Aquesta situació es percep com una feblesa personal. La relació causa i efecte aporta curació i conversió. La curació miraculosa per mitjà de la fe és producte de la creença i l'efectivitat espiritual, i en alguns indrets propers encara és ben present.

58 Tot allò que ens és desconegut, també ho anomenem, segons el context, com a reservat, cabalístic, ocult o esotèric.

L'espiritualitat és una riquesa, patrimoni de tota la humanitat. Tot ésser humà, més aviat o més tard, es qüestiona sobre el sentit de la seva pròpia existència, el seu futur i la seva llibertat. Panikkar (2011),⁵⁹ com a filòsof i religiós, ens obre un camí cap a la diversitat d'expressió de l'espiritualitat de l'ésser humà. Des d'aquesta dimensió espiritual, Ramió (2009) identifica les creences i els valors de les persones malaltes en el seu últim procés de vida. El seu objectiu és facilitar eines perquè els professionals de la salut tinguin un suport ordenat d'ajuda en aquest tipus de cures, i puguin identificar les necessitats espirituals de la persona. És molt important que, en aquests moments que la persona es troba en una situació vulnerable, senti que té un suport i pugui expressar el que necessita per obtenir pau i confort. En el pròleg d'aquesta mateixa publicació, Piles (2009) afirma que és possible que tots tinguem la idea que l'espiritualitat és molt més àmplia que la religió. És cert, una persona pot ser molt espiritual, però no cal que sigui religiosa. Cadascun de nosaltres té una espiritualitat manifesta, pròpia i única.

Algunes persones viuen la religiositat com una estructura tancada que, a vegades, no els deixa fluir la seva verdadera espiritualitat a causa de por i dubtes sobre les creences de la religió que professen. La religió està connectada amb la vida espiritual de l'ésser humà, però és cert que l'espiritualitat no és manifesta sempre davant d'una religió. està relacionada amb les experiències que transcendeixen fenòmens sensorials, els quals per a moltes persones formen part de la dimensió espiritual i que, poc o molt, tenen un component religiós (Ramió, coord., 2009).

En les seves recerques, Ramió (2005) ha observat en els professionals d'infermeria que, encara que reconeixen que tenen molta importància les creences i els valors de la persona malalta, no posen gaire èmfasi

59 Raimon Panikkar (Barcelona 1918-Tavertet 2010) de pare indi i hindú i mare catalana i cristiana, doctor en Filosofia, Ciències i Teologia. Ordenat sacerdot catòlic (1946).

en aquesta informació sobre la dimensió espiritual. Considera que és possible que tinguin alguna dificultat per poder mesurar i quantificar aquestes dades. Fa palès que totes les persones són constitutivament espirituals, malgrat que no professin una determinada creença religiosa. També ens comenta que les infermeres tenen creences i sentiments propis, però, si no els saben gestionar, poden influir en el seu treball diari de cara a la persona de la qual tenen cura. Fins i tot, les infermeres poden entrar en conflicte amb els interessos del malalt o de la seva família. Leyva et al. (2014), en la seva publicació, fan referència a les creences i els valors, tant dels usuaris com dels professionals, i manifesten que aquestes juguen un paper molt important en l'exercici de tenir cura, sobretot en aquelles persones que tenen malalties estigmatitzades.

Estruch et al. (2004), com a sociòlegs,⁶⁰ i per encàrrec de la Direcció d'Afers Religiosos de la Generalitat de Catalunya, han presentat un treball sobre les minories religioses a Catalunya. En aquest treball descriuen les característiques dels costums culturals vinculats a les creences religioses de diversos grups de persones que viuen en el territori català.⁶¹

Per obtenir més informació sobre aquest tema, i seguint el vessant antropològic, hem consultat Salazar (2009), que ha estudiat la irracionalitat de les creences religioses no pas per curar els creients, sinó per comprendre'ls. La religió ha estat present en totes les cultures, amb aportacions de rituals i simbolismes diversos. Duch (2001), com a monjo i antropòleg, fa referència a l'erosió del que es considera sagrat i creïble. Dóna importància al símbol, i explica la diferència entre informació i comunicació com a estructura d'acollida, en detriment

60 Grup de sociòlegs que col·labora en investigacions sobre sociologia de la religió (ISOR) i que estan vinculats a la Universitat Autònoma de Barcelona.

61 Aquest grup de treball dóna per entès que els costums i les tradicions que es deriven de la fe catòlica ja s'inclouen en altres publicacions específiques.

de les tres estructures tradicionals que fins ara han imperat en la nostra societat: família, ciutat i religió. Els canvis socials d'aquests últims anys desdibuixen aquestes estructures. És possible que alguns hagin contribuït a atenuar la importància de les supersticions, que han marcat la nostra cultura actual. Com podem veure, des d'aquesta perspectiva cultural, encara es mantenen costums i festes típiques en la gran majoria de pobles que van lligats a la religió i a les creences ancestrals. També hi ha festes i tradicions que, malgrat anar lligades a les creences i els valors culturals, tenen una implicació popular. Tots els pobles i les ciutats tenen la seva festa pròpia, dedicada a la veneració d'un sant que, gairebé sempre, coincideix amb el patró de la localitat. D'altres estan relacionades amb el temps natural, els astres i els fenòmens meteorològics, així com amb esdeveniments històrics cabdals (Moya, 2014).

Malgrat que en l'actualitat aquest important flux de canvi, provocat pels corrents migratoris i la globalització mateixa, ens fa replantejar el concepte religiós de la persona de forma individual i ben diferent, la nostra societat es troba en ple procés de canvi cap al multiculturalisme, que porta, en si, unes modificacions socials no sempre acceptades. Camacho (2009) considera, segons alguns estudis sociològics, que l'evolució de la religiositat durant aquestes últimes dècades ha marcat un canvi profund a Espanya, país, eminentment, de tradició catòlica. Aquests estudis evidencien que el grup de catòlics practicants ha anat disminuint i que el grup de catòlics no practicants ha augmentat. El col·lectiu de persones que manifesten no seguir cap religió també s'ha incrementat, encara que aquesta manera de sentir i de pensar no és sinònim de no tenir creences. Recordem que no només ens referim a les creences considerades religioses,⁶² sinó a tot allò que comporta un estil de vida ordenat i sota la convicció del que un creu.

62 Tenir per certa una cosa no demostrada per la ciència, tenir fe. Fet de pensar i tenir una opinió. Confiar en una determinada forma de viure, de ser i de fer. Confiar en una persona com a referent. Ser fidel a les amistats i acceptar-ne les propostes.

Dins d'aquesta llibertat de pensament, el mateix autor exposa que ens podem trobar amb persones que manifesten ser creients, com són els catòlics practicants / o no practicants i els que, sense ser catòlics, pertanyen a grups on segueixen diferents doctrines o practiquen una altra religió. Altres es poden manifestar indiferents o no creients, com els agnòstics o els ateus. Per ajudar la persona que s'està atenent, ja no cal que la infermera preguntí a cadascuna d'aquestes persones si és o no és religiosa, mentre que el que sí que cal és saber en quin sentit ho és, i com, de forma autònoma o amb ajuda, viu o vol viure la seva religiositat.

També trobem algunes religions que, portades a l'extrem, cauen en el fonamentalisme,⁶³ considerat una representació radical de les creences religioses amb estructures rígides i inflexibles cap a tot allò que, per a les persones que les professen, representi un perill per mantenir la continuïtat de les seves conviccions. El fet de no complir amb rigor el que s'assenyala en la seva doctrina produeix, en les persones més febles, culpabilitat i desestabilització emocional.⁶⁴ La por i l'angoixa apareixen quan els seus fidels intenten adaptar-se a entorns diferents i amb cultures diverses, i conserven, a vegades, un estil de vida que, en determinades situacions, pot ser limitant per a la seva salut (Jimenez-Ortiz, 2009). Cal allunyar-se d'aquesta situació, encara que, alguns cops, són idees molt arrelades producte de la cultura que només aporten confusió espiritual.

63 En general, moviment religiós que sovint arrossega una forta càrrega política, que prescriu un dogma i una moral estricta que exclouen i ataquen qualsevol altra creença o codi moral, o qualsevol desviació respecte a la interpretació ortodoxa del dogma (*Enciclopèdia catalana*, 2014).

64 Sense anar més lluny, durant anys hem pogut veure com l'Església catòlica amonestava els seus fidels. Els inculcava el perill que, si les coses no es feien segons marcaven les seves lleis, passaven a la situació de pecat, la qual cosa podia ser terrible.

1.1.3 LES CREENCES I LES TRADICIONS

Hi ha una religiositat popular en la nostra societat (Jiménez-Ortiz, 2009) que ve arrossegada per les tradicions culturals i que, des de fa anys, es practica en diferents pobles i localitats. Prat i Contreras (1984), en una de les seves publicacions, descriuen algunes festes populars i les associen a la tradició religiosa. En aquest treball, els seus autors intenten contextualitzar, des de diferents perspectives, les festes dins del marc cultural que els és propi. Corregidor (2013) ha fet un recull de costums i tradicions populars dels Països Catalans,⁶⁵ on manifesta que l'objectiu del seu treball ha estat l'enriquiment personal i la col·laboració en el compliment de la Declaració Universal de la UNESCO⁶⁶ d'un dels nostres grans patrimonis: les tradicions i els costums. Gaya (2008) descriu les festes, llegendes i tradicions populars centrades a Lleida, fa referència sobre la responsabilitat d'identificar, protegir i conservar el patrimoni comú per les generacions actuals, que hauran de vetllar per preservar la diversitat cultural de la humanitat.

Són molts els costums vinculats a la religió cristiana. Alguns d'aquests s'havien perdut, però en l'actualitat s'han recuperat i s'intenten preservar com una icona emblemàtica de l'àmbit on es fan. És freqüent que les persones que manifesten no ser practicants de la religió catòlica s'uneixin a aquestes celebracions i hi participin només des de la visió cultural i festiva. Podem veure, doncs, al llarg del ric

65 Els Països Catalans tenen una superfície conjunta de 70.520 quilòmetres quadrats i una població de 14,4 milions d'habitants. Formen part d'aquest territori: País Valencià, regió de Múrcia (el Carxe), Illes Balears, Franja de Ponent, Catalunya i Pirineus orientals / Catalunya del Nord.

66 Es va crear per les Nacions Unides (1946) per promoure la col·laboració internacional en educació, ciència, cultura i comunicació. La Declaració universal de la UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), sobre la diversitat cultural, es va aprovar en la 31 Conferència General, a París, al novembre del 2001. La versió catalana d'aquesta Declaració universal l'ha fet la Comissió Nacional Andorrana per a la UNESCO i per a UnescoCat - Centre UNESCO de Catalunya.

calendari festiu de Catalunya, i fins i tot de la resta d'Espanya, com es repeteixen els rituals festius, que, en alguns casos, produeixen un impacte en la societat i, a vegades, fins i tot en la salut.⁶⁷ Duch (2010) com a monjo del monestir de Santa Maria de Montserrat⁶⁸ i antropòleg, explora, en el concepte de tradició, la importància del símbol, la diferència entre informació i comunicació, la crisi de confiança en les institucions religioses, l'erosió del sagrat i la revolució del creïble. Ens diu que, en ple segle XXI, som davant d'una important crisi de fe i de dubtes de moltes persones.

1.1.4 LES CREENCES I EL PODER

És freqüent veure que la religió, en si, va lligada al pensament i al poder polític, als dogmes i a la moral estricta i dictatorial, com a controladora dels actes de les persones, sobretot si hi ha ignorància. Com a visió retrospectiva històrica, sobre la manca de coneixement que aboleix els mateixos criteris individuals, que estan basats en el raonament lògic i en l'educació, recopilació feta per Misas (1996), sobre Casaseca

67 Com a exemples: per Sant Josep hi ha la tradició de menjar crema catalana, per Sant Joan és costum menjar coca de pa farcida de fruites i pinyons i per Tots Sants tenim els panellets, a banda d'altres costums dolços que són típics d'altres festivitats religioses més localitzades. Aquests costums fan que persones amb diabetis tinguin dificultats per dur un bon control i els augmentin els valors de glicèmia, sobretot a la gent gran. A vegades, aquestes celebracions també van acompanyades de l'augment de consum de begudes alcohòliques, que pot provocar, de forma puntual, disbauxes dins dels nuclis poblacionals.

68 Monestir benedictí situat a la muntanya de Montserrat, en el terme municipal de Monistrol de Montserrat (Barcelona), a 720 m. d'altitud sobre el nivell del mar. És un símbol per a Catalunya, un punt de pelegrinatge i visita per a creients i no creients.

(1800-1869),⁶⁹ que, com a investigador, de pensament liberal i format en diferents universitats d'Europa, va intentar a través de la docència transmetre uns pensaments més oberts, fonamentats en el progrés i en la ciència. Per fi, davant la situació de desacord en què sovint es trobava, va voler fugir de l'absolutisme que imperava a Espanya entre 1814 i 1820⁷⁰ per incorporar-se com a catedràtic a la Universitat de l'Havana.

Malgrat els anys transcorreguts des de llavors, al nostre país encara queden focus d'aquest pensament absolutista que cal tenir present i respectar. Tot seguit, citem unes expressions que figuren a l'estudi de Misas (1996), que ens ofereixen una imatge puntual que ens transporta a una època passada, dos-cents anys enrere, en ple segle XIX:

“com a catedràtic en el Reial Conservatori de les Arts de Madrid, Casaseca sovint criticava la religiositat que, basada en la ignorància, allunyava els artesans espanyols de tot interès per l'ensenyança científica. Per aquest motiu, assenyalava que els sentiments religiosos no devien debilitar-se amb les ensenyances que s'impartien en el Conservatori, ja que, en realitat, el que perjudicava la religió era la crassa ignorància dels artesans. Promulgava l'accés dels artesans al coneixement científic per ajudar a fer canvis en els costums que imperaven

69 Josep Lluís Casaseca i Silvan, químic espanyol que va viure a Espanya i a Cuba durant el regnat de Ferran VII. Per a mi, és un goig fer aquesta aportació que, com a besavi del meu marit, ha ocupat un lloc en el record de la nostra família. A poc a poc, he anat coneixent la seva personalitat, marcada per un pensament liberal i progressista que, acompanyada dels seus valors i de les seves creences, va mantenir activa al llarg de la seva vida. La seva extensa activitat docent, política i de recerca va ser molt prolifera en una època que el pensament era força tancat, dins del territori espanyol.

70 Període crític absolutista, instauració monarquia borbònica, regnat de Ferran VII (1814-1820).

*aleshores, com la seva excessiva assistència a les tavernes”
(Misas Jiménez, 1996;135)⁷¹*

Ja des de la visió actual del poder, segons impressions de Subirats i Vallespin (2015), aquests autors ens diuen que el poder cau en la mediocritat i que el poder de l'Església, tant a Espanya com a Catalunya, encara té un paper rellevant des de la seva visió conservadora. Dins d'aquest pluralisme social, cada cop hi ha més risc que hi hagi marcades diferències ètniques i religioses, totes amb costums propis, el que pot suposar l'aparició de problemes de convivència entre aquestes i l'equilibri de la governabilitat.

1.1.5 LES CREENCES: SALUT I MALALTIA, DIMENSIÓ INTEGRAL DE LA PERSONA

D'altra banda, segons Duch (1999), la salut té molt a veure amb el sentit de la vida, la qual cosa en la societat actual s'expressa en termes de triomf personal. La vida que nosaltres anomenem “moderna” suposa una exhibició constant d'una manera de fer força competitiva, com “ser el primer” “ser el millor”, “el més guapo”, “el més ric”; és a dir, ser el “més de tot”. S'acostuma a atorgar la màxima validesa a l'equació entre la salut i l'èxit. Molts consideren el malalt una persona feble, diuen “pobre, mira com està”, amb una certa compassió mal entesa. En alguns indrets, creuen que la malaltia és un càstig diví o un karma familiar.⁷² Ens preguntem com s'ha de sentir la persona malalta, si, a més a més de no trobar-se bé, se sent castigat.

Duch descriu, en aquesta mateixa publicació que hem esmentat

71 Original en llengua castellana, traducció a llengua catalana adaptada per l'autora.

72 Segons la filosofia hindú, el karma és una força energètica que designa el principi de la causalitat universal. S'arrossega a través de les diferents reencarnacions i marca les persones i, fins i tot, famílies senceres.

abans, les formes d'expressió que són habituals entre nosaltres com, per exemple, “em sento bé” o “em sento malament”. Són expressions que donen un sentit molt personal de la situació que hom percep de si mateix, en relació amb el seu entorn i el conjunt dels altres que l'envolten. El concepte de salut es pot expressar des de diferents dimensions. Cada cop es tendeix més a considerar la persona de manera integral, tenint en compte la salut física, la mental i l'emocional,⁷³ i també hi podem afegir la salut espiritual. Són conceptes actuals sobre l'estat de la persona.

La salut, cal conservar-la i la malaltia, com a problema de salut, cal prevenir-la (Agència de Salut Pública Catalana, 2015).⁷⁴ Si ens referim que una persona té un problema de salut, sovint diem que està malalta, i és possible que ella ens manifesti que se sent malalta. Les descripcions de salut i malaltia, són simbòliques d'estats d'ànims col·lectius; són els resultats, bons o dolents, plaents o angoixants, que imperen en un determinat moment social.⁷⁵

Aquestes noves formes d'entendre la salut i la malaltia, així com de viure la vida i de sentir la mort, ens aporten uns valors ben diferents de la societat de fa uns anys enrere, i és possible que de la societat

73 La salut emocional és una de les dimensions de la salut mental. És un concepte positiu que no va directament lligat a la presència o l'absència de malaltia mental. És un concepte ampli relacionat amb la manera com ens sentim, pensem o actuem en el nostre dia a dia.

74 ASPCAT.

75 Durant uns anys ha estat de moda que les dones, en l'etapa de la menopausa, els calia prendre tractament hormonal substitutiu. Tanmateix, s'ha carregat de calci moltes dones de més de cinquanta anys per evitar-ne la desmineralització de l'esquelet. S'han fet moltes prescripcions sense tenir present els efectes secundaris que més tard s'han fet visibles. S'ha posat de moda que les dones tinguin el seu fill per mitjà d'una cesària. Això sol passar en els centres privats, on es pacta per endavant amb el metge l'hora i el dia de l'assistència quirúrgica, a comoditat de tots dos. Són signes de canvis socials que, malgrat que no són naturals, sí que ens cal tenir present.

També trobem noies joves que acudeixen al metge per un desengany amorós, o bé consulten per un mal d'esquena després d'un llarg viatge. En cada un dels casos, és el sentit comú de cadascun dels afectats el que hauria de resoldre el suposat problema de salut.

futura. Des de la visió antropològica i cultural, podem veure la vinculació que hi ha entre religió i malaltia. Duch continua aportant, en la seva publicació, les manifestacions de les persones entrevistades, que ens donen explicacions del descontent que hi ha en la nostra societat envers la religió tradicional –la catòlica–, que, per a molts de nosaltres, ha estat l'única. Des de fa molts anys, ha estat la dels nostres pares, la dels nostres avis. Ha estat la de tota la vida. Malgrat tot, en l'actualitat, les seves creences trontollen i, per aquest motiu, busquen alternatives religioses o espirituals en altres indrets, alguns dels quals són desconeguts.

Tanmateix, hi ha persones que tampoc se senten a gust amb el sistema actual de salut pública. Consideren que la medicina hegemònica és invasiva i poc humana. No es refien del coneixement científic i, aleshores, busquen altres coneixements que ofereixen l'experiència d'una llarga tradició. Totes les cultures han tingut, i tenen, un saber ancestral sobre com guarir la malaltia, però en alguns llocs, i per diversos motius, no s'ha conservat de forma integral, o bé s'ha perdut. En l'actualitat, hi ha la tendència de recuperar aquest saber prenent com a model aquelles cultures que ofereixen més garanties pel contingut històric del seu coneixement. Aquestes noves tendències, sobretot les orientals, amb nous sabers, tenen cada cop més adeptes dins la nostra població. Alguns d'ells són fidels seguidors convençuts de la seva utilitat; d'altres, en canvi, es dediquen a provar-les sense mantenir un control estricte del seu ús.

Ens referim a la dimensió integral de la persona. En Prat et al. (2012 a), ens ofereix àmplies publicacions sobre el que ell anomena els nous imaginaris culturals, en les quals descriu algunes de les tècniques que són més conegudes per la nostra població com a teràpies naturals. Aquestes pràctiques es consideren tractaments complementaris o alternatius segons el criteri de l'usuari i del professional que les utilitza. El que sí és cert és que totes consideren la persona des de la visió holística; és a dir, de manera integral: cos, ment i esperit, tot va lligat.

Prat et al. (2012 b), en una altra publicació sobre el mateix tema, ens ofereixen un recull de fitxes dedicades a diverses tècniques que, sovint, les demanen una part de la societat i que les practiquen persones que no sempre ofereixen una garantia plena de fiabilitat. És una eina útil disposar de literatura que defineixi, de forma breu, cadascuna d'aquestes tècniques que empren professionals de la salut o professionals pràctics titulats. Ens cal saber-ne l'origen, el marc teòric i la corresponent explicació pràctica. A la vegada, la bibliografia aportada serveix perquè el lector la pugui utilitzar per ampliar els seus coneixements sobre determinada teràpia o instrument. Malgrat que no sempre queda registrat aquest tipus d'intervencions, la qual cosa fa que manquin dades sobre la seva utilització, és de domini públic que la població en fa una important demanda. Val a dir que cada cop són més els professionals de la salut⁷⁶ que s'afegeixen a aquesta manera de treballar per abordar la guarició o millorar el procés alterat de salut.

Alguns autors relacionats amb la psiquiatria apunten que hi ha una interacció entre la salut mental, la religió i l'espiritualitat (Verhagen, 2012). Sobreviure és una necessitat. Cal pensar que la persona, a través del seu pensament, per poder sobreviure, busca refugi en les seves creences. S'emmiralla en algun model que li proporcioni visions verídiques i encertades d'allò que necessita. A vegades, es pot caure en el perill de provocar falses creences que poden aportar visions distorsionades de la percepció del món. Fins i tot poden fer actuar la persona de forma negativa per a ella i els altres. Rubia (2015) ha escrit diverses publicacions sobre el cervell, i en una d'aquestes es refereix al cervell com a òrgan espiritual. Descriu els canvis que s'hi produeixen, en certs estats que provoquen l'increment de l'espiritualitat. Diu que el concepte d'espiritualitat és molt més ampli que el concepte de religió. L'espiritualitat és personal i la religió és un fenomen social. Malgrat tot, considera que l'espiritualitat, segons com, es pot convertir en

⁷⁶ Infermeres, fisioterapeutes, metges i altres professionals que, en l'actualitat, formen part de l'equip de salut.

un fenomen social, que es produeix després d'haver tingut diverses experiències espirituals profundes, com els ha passat als que han estat fundadors de religions. El treball de Ruse (2010) es basa en el substrat neurobiològic de l'espiritualitat, des de la hipòtesi científica.

Els pensaments cal que siguin funcionals. Quan són sans influeixen en la gestió i el control de les seves emocions. El pensament és acció i determina la forma de viure de la persona (Riba i Buendía, 2013), que té l'opció d'escollir de forma autònoma o amb ajuda el seu propi estil de vida. Els límits del que és desitjable o indesitjable, correcte o incorrecte vénen marcats per les pròpies creences i valors, definits pels costums i l'entorn amb el qual la persona es relaciona. Algunes d'aquestes creences a vegades poden ser limitadores, les quals provoquen resistències i afecten, de forma definitiva, les seves conductes i el seu comportament. Altres creences poden estar tan arrelades que cal adaptar-les a la nova situació de salut. Citem a (Waal, 2014), conegut primatòleg, teòleg i biòleg, ha publicat literatura sobre els comportaments dels primats, on assegura que les espècies estudiades tenen establertes conductes d'ordre socials, sobre el que és correcte o incorrecte.

La malaltia és un fenomen físic, psíquic i espiritual. Quan una persona emmalalteix, sovint, es pregunta: per què m'ha tocat tenir aquest problema de salut? El fet d'estar malalt comporta certs canvis adaptatius, que requereixen accions que impliquen a la família i condicionen el seu entorn. En totes aquelles situacions cròniques i complexes no desitjades, la persona malalta es pot sentir com un element distorsionant de la normal convivència familiar i social (Boixareu, coord., 2003).

El pensament humanista diu que no hi ha malalties, però sí que hi ha persones malaltes. Pot ser que la persona no conegui la seva malaltia, però, en definitiva, és ella qui la viu. Com a persona, li dóna la seva pròpia empremta i, de ben segur, tindrà la manera de percebre el seu

problema de salut. Cal que la faci seva i que sigui ella la responsable de la seva cura, el seu control o la seva millora. És evident que no en totes les situacions serà possible i, si li cal ajuda, seran els seus familiars i/o cuidadors els que hauran de prendre part en les accions de les cures. La lectura que es pot fer de la malaltia depèn de l'àmbit sociocultural on viu, atès que hi ha molts elements que hi intervenen i influeixen en les cures: valors culturals i socials, creences religioses i espirituals. Hem parlat de malaltia, però cal pensar que viure significa també morir. La persona haurà de saber com vol viure, però també com vol morir. La dimensió ètica i moral de la salut requereix una estreta connexió entre la salut i la manera de viure i de morir, segons les creences i els valors de cadascuna de les persones. És important saber com la persona pensa i respectar els costums i rituals que emmarquen la seva pròpia identitat, juntament amb els trets de la seva cultura.

1.1.6 LES CREENCES I L'ASPECTE FÍSIC DE LA PERSONA

Tanmateix, podem trobar altres dimensions on es tenen en compte les creences i els valors. Per tant, hem de pensar que hi ha molts camins per recórrer. Algunes dimensions poden resultar desconegudes per molts de nosaltres, però, de fet, aborden les creences i els valors de la persona des d'una perspectiva ben diferent a la que estem acostumats. Sorprèn, doncs, trobar un article que des de la visió més mundana, com es considera l'estètica i la bellesa, ens parli de valors i de creences. Sartwell (2014), per il·lustrar el que vol dir, ens dóna el significat de la paraula *bellesa* en diferents llengües, que corresponen a cultures distintes. A continuació, en veiem els exemples.

- » **Beauty**, en anglès, significa objecte de desig.
- » **Yapha**, en hebreu, vol dir esplendor.

- » **Sundara**, en sànscrit, equival a sant.
- » **To kalón**, en grec, li donen el valor d'ideal.
- » **Wabi-sabi**, en japonès, representa imperfecció.
- » **Hazha**, del navaho, correspon a harmonia.

Quan una persona està malalta, és possible que li preocupi la seva imatge. A pesar del seu problema de salut, hauríem de tenir present que potser vol mantenir els seus costums. Si és una dona, voldrà anar ben pentinada i, fins i tot, una mica maquillada; a més, és possible que vulgui portar les seves arracades i alguna que altra joia que sempre ha dut. Si és un home, voldrà anar ben afaitat o conservar el bigoti i/o la barba, però, això sí, ben arreglats! També la vestimenta és un signe molt personal de cadascun de nosaltres, així com certes olors i perfums, que poden evocar moments íntims que la persona vol conservar.

Sartwell continua afirmant que la bellesa tant pot ser espiritual com terrenal i que, per tant, fins i tot la podem descobrir en objectes i coses que considerem imperfectes, però que són importants per a nosaltres. Per aquest motiu, caldria tenir present que la persona malalta amb limitacions, o que cal traslladar-la de domicili, s'hauria d'emportar aquells petits bells objectes que, per a ella, són record d'un passat, que identifiquen la seva manera de ser i de pensar. Malgrat que, potser, no siguin bonics, per a ella segur que són preciosos i els vol conservar.

Hi ha uns valors eterns, com són la veritat, la bondat i la bellesa. Sobre la bellesa, val a dir que trobem bonic allò que volem o desitgem, persona o cosa. No és el mateix ser bella, com a sinònim de guapa, que sentir-se bella com a sinònim de comoditat, d'identitat i de salut. Sovint, en adreçar-nos als l'altres, utilitzem les expressions següents:

“Fa bona cara”, “té bon aspecte”, “la veig bé” o, si ens referim a nosaltres mateixos, quan ens mirem al mirall: “Avui faig bona cara” o “avui faig mala cara i tinc ulleres”.

La discriminació per edat és freqüent, sobretot en aquelles societats postindustrials on es dóna molt valor a ser jove, a la bellesa física, a ser intel·ligent, a tenir poder i a ser ric. Podem veure missatges publicitaris en què sovint triomfen els guapos i els intel·ligents, però no desprenen cap expressió sobre ser bona persona i tenir un bon cor. És evident que hi ha moltes maneres de percebre la bellesa,⁷⁷ segons la dimensió històrica, cultural i social. Els cànons de bellesa van canviant al llarg del temps d'acord amb les modes i els valors. Fa cinquanta anys, el 1970, no era habitual veure pel carrer persones amb vestimentes diferents a les de la nostra cultura, i es consideraven exòtiques. Ara, en ple segle XXI, en tots els indrets del nostre territori, tant urbans com rurals, podem veure persones de diferents cultures que es vesteixen seguint les seves tradicions i els seus costums.

1.1.7 SITUACIONS SOCIALS QUE EMMARQUEN UNA NOVA MANERA DE VIURE I DE PENSAR

Dins d'aquest univers, que és la convivència entre éssers humans, ens trobem davant de noves formes socials de viure que no són producte de les pròpies creences religioses o no religioses, sinó de les estructures que emergeixen i que tenen un lloc vàlid dins la societat plural on vivim, les quals provoquen canvis en la forma de pensar i d'entendre la vida, amb visions i valors ben diferents. Un exemple el podem trobar en les separacions matrimonials, on cada membre de la parella passa, en moltes ocasions, a formar part d'una nova unitat familiar. És possible

⁷⁷ Recordo que en Jaume Puigagut, artista i escultor d'edat avançada, li va dir a la mare del meu marit: *Senyora, quines arrugues més boniques que té*. La Carmen tenia prop de vuitanta anys i no es va enfadar, només es va ruboritzar i, amb timidesa, li va donar les gràcies.

que convisquin els fills de l'anterior i/o de l'actual parella junts en una mateixa llar. Aquesta situació, a vegades, comporta un entramat de vincles familiars gens fàcil de copsar pel professional de la salut. El concepte de parella ha canviat. A vegades, ens trobem amb parelles que prefereixen viure separades i només s'ajunten els caps de setmana. Cada cop hi ha més famílies monoparentals, producte de divorcis o dones que volen ser mares sense compartir parella. A més, tenim els aparellaments de persones del mateix sexe, en els quals la maternitat biològica o l'adopció d'un fill dóna un gir a la concepció tradicional del nucli familiar. També hem vist que, cada cop més, hi ha més unitats familiars amb diferents situacions culturals, on cadascun dels membres pot tenir les seves pròpies creences i respectar-se mútuament entre ells. Per diferents raons trobem, sobretot a les zones urbanes, gent gran que viu sola, que possiblement han viscut en parella, però que ara han d'aprendre a enfrontar-se a una nova situació no desitjada.

Les noves regularitzacions de l'administració han considerat els membres d'ordes religiosos com a usuaris del sistema sanitari públic, la qual cosa fa que se'ls atengui com un beneficiari més.⁷⁸ En canvi, fa pocs anys els atendien el metge i/o la infermera de la mateixa comunitat on vivien, o algun professional sanitari que ja tenien assignat. És important conèixer-ne els costums, segons les regles de la seva comunitat, els quals, sens dubte, s'hauran d'alterar en aquells problemes de salut que ho recomanin.

1.1.8 POBLACIÓ TERRITORI CATALÀ: DADES IMMIGRACIÓ

Hem volgut obtenir informació sobre les persones nouvingudes per tenir una visió de l'estat actual, el 2013, de la població que atenen

78 La primera vegada que vaig atendre una religiosa a la consulta d'atenció primària, vaig reflexionar sobre com calia atendre-la i com calia tractar-la: germana, mare, o bé pel seu nom i cognom com a qualsevol usuari. De fet, no coneixes res del seu orde o la seva congregació, ni les regles que tenen. Poca cosa saps dels seus costums i del seu estil de vida.

infermeres d'AP que treballen a l'ICS. En primer lloc, esmentem les dades aportades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)⁷⁹ sobre aquesta població immigrant, distribuïdes per continents de procedència i per províncies on s'han instal·lat dins del territori català (fig.1).

Padró municipal d'habitants

Font: INDESCAT (2013)

Figura 1

	Epanyols	Resta UE	Resta Europa	Àfrica	Amèrica Nord i Central	Amèrica Sud	Àsia Oceania	TOTAL
Barcelona	4.768.935	170.709	35.562	182.327	55.232	208.005	120.155	5.540.925
Girona	600.607	49.446	11.522	57.604	12.027	19.875	10.551	761.632
Lleida	359.770	33.152	4.749	30.068	1.794	8.481	2.903	440.915
Tarragona	665.866	53.159	8.390	48.769	4.263	20.684	9.047	810.178

Aquestes dades ens donen informació aproximada de la cultura segons el seu lloc d'origen, però també hem volgut tenir més informació de les creences que professen. Cal pensar que és molt difícil poder fer un recompte de les persones adeptes a grups religiosos minoritaris i no minoritaris. Sovint, les seves pràctiques religioses individuals no queden registrades, la qual cosa fa que no es pugui disposar d'uns registres quantitius que siguin prou fidedignes. Val a dir que no tenim cap organització que ens porti dades significatives, com les que s'obtenen, per exemple, de l'Església catòlica, que té una estructura de registre, des de fa anys, prou consolidada,⁸⁰ o de les comunitats religioses, catòliques

⁷⁹ Estadística bàsica territorial de Catalunya. Consultes a bases de dades sobre el territori. L'*Anuari estadístic de Catalunya* recull la informació **estadística bàsica** de Catalunya, amb dades de caràcter **anual** produïdes tant pels diferents agents que integren el sistema estadístic català com per altres productors externs que elaboren informació sectorial d'interès públic. Disponible: <http://www.idescat.cat>

⁸⁰ Registre de bateigs, confirmacions, primeres comunions, casaments i exèquies.

i no catòliques, que ja tenen constància de la identificació de les persones que hi conviuen.

L'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) ha elaborat un mapa on identifica els centres de culte a Catalunya, tant catòlics com no catòlics, i ens ofereix un retrat qualitatiu de la seva presència, malgrat que no ens aporti dades de la quantitat d'adeptes que hi ha en cadascun d'aquests centres de culte. En l'annex número 1, hi podem veure la gran diversitat de creences que hi ha dins de la població del territori català.

1.1.9 EXPRESSIÓ DE L'ESPIRITUALITAT: ALTRES CONFESSIONS QUE CONVIUEN A CATALUNYA

Sovint associem cultura i religió, però cal pensar que no sempre és així. Per exemple, ens podem trobar amb persones nouvingudes de nacionalitat xinesa, en aparença amb una marcada cultura oriental, que, en canvi, poden ser seguidores de la religió catòlica. També ens podem trobar amb persones nascudes dins del territori català, on la religió catòlica⁸¹ es majoritària, que poden ser adeptes d'una altra religió o creença espiritual ben diferent del que considerem tradicional dins del nostre país.

Anys enrere, no es qüestionava quina creença religiosa tenia la persona malalta, ja que se suposava que era creient o no creient,

81 L'Església catòlica és la que ha marcat per tradició la nostra cultura. Tant en el poder com en el poble.

gairebé sempre en relació amb la religió catòlica.⁸² En l'actualitat, tot ha canviat, cal pensar que cada cultura i cada religió tenen unes creences i filosofies que fan que els seus seguidors tinguin una manera de pensar molt definida i que els caracteritza la seva manera de ser i de fer, que a vegades té relació directa amb el seu estat de salut i amb com ells decideixen guarir-se en cas de malaltia.⁸³

Cada cop hi ha més persones que volen tenir l'oportunitat de viure i de morir dignament, segons les seves creences i els seus valors (Busquets i Mir, 2006), i, per a ells, és important tenir l'opció d'expressar els seus desitjos en aquesta última etapa de la seva vida. Hi ha punts que cal tocar des del vessant ètic, com pot ser el document de les voluntats anticipades (DVA).⁸⁴ Hi ha aquelles petites coses⁸⁵ que per a la persona són molt importants i que cal tenir present per evitar-li l'angoixa davant dels futurs esdeveniments no desitjats.

Les infermeres que fan atenció domiciliària, cada cop que entren en una llar es troben davant d'un univers desconegut. A poc a poc,

82 Recordo que en els meus primers anys de vida professional com a infermera considerava que totes les persones malaltes vivien sota la fe catòlica. Sentia cert recel quan una persona tenia creences diferents a les que eren habituals per a nosaltres. Dins del desconeixement general, se'ls anomenaven protestants. També començaven de forma incipient a néixer els primers testimonis de Jehovà. Reconec que hi havia una manca d'informació important. Jo intentava respectar la seva forma de ser i de fer. Eren persones molt convençudes de les seves creences i les seves pràctiques religioses eren molt rigoroses i acurades.

83 Els principis de les Nacions Unides, en l'article 44, on diu: Les persones grans hauran de poder gaudir dels drets humans i les llibertats fonamentals quan resideixin en llocs o institucions que els proporcionen cures o tractaments; s'haurà de respectar la seva dignitat, les creences, les necessitats i la intimitat, així com el dret a prendre decisions sobre la seva atenció i la qualitat de la seva vida.

84 El DVA recull les declaracions de la persona malalta, expressades de forma oral o per escrit, on es designa un representant que serà l'interlocutor amb l'equip sanitari quan ella, com a malalta, tingui una situació de salut que no li permeti expressar el que vol i el que pensa.

85 Hi ha persones que comparteixen la seva vida amb un ésser viu: un gat, un gos, plantes, etc., i els preocupa què serà d'aquests quan ja no puguin tenir-ne cura. Cal saber per endavant a qui vol fer responsable de les seves mascotes.

tenen l'oportunitat de descobrir l'entorn de la persona malalta, que, amb un problema de salut crònic complex, necessita ajuda. Algunes persones viuen soles, o estan soles tot el dia, sobretot a les zones urbanes. Els preocupa, doncs, saber què pensa la persona malalta i com vol ser atesa per obtenir el màxim benefici de les cures.

Tenir dades sobre els centres de culte a Catalunya aporta la visió de la multiculturalitat que hi ha dins del nostre territori. És important per a la infermera observar aquesta gran variabilitat d'expressions de l'espiritualitat, que, sens dubte, li és molt útil a l'hora de planificar les cures més adients.

Centres de Culte a Catalunya

Font: INDESCAT (2013)

Figura 2

C. catòlics	E. Evangèliques	Islam	T. cristians Jehovà	Budisme	E.adventista Setè Dia		
6.701	657	231	126	66	23		
E. Jesucrist							
Dels Sants							
Darrers Dies	Fe Bahà'í	Sikhisme	Taoisme	Judaisme	Hinduisme	E. Ortodoxes	Altres
13	12	9	5	4	28	52	31

En la figura número 2, hi apareixen els centres de culte identificats a Catalunya. Aquestes dades només són significatives per entendre la variabilitat de grups de fe que hi ha al territori català. Per tant, manca més informació per conèixer les diferents creences i els valors que aporten aquests grups de fe, sovint lligats a la seva cultura, malgrat que també ens trobem amb persones nascudes dins de Catalunya que han passat a formar part d'algun altre grup de culte, bé per haver-se casat amb un membre d'una altra confessió o per haver fet un canvi de fe.

El coneixement d'aquests grups de culte es pot aconseguir per altres vies. Prat, com a coordinador (1991 i 1993), recull en dues publicacions aportacions de diferents autors que han estat treballant els itineraris religiosos i sectaris que són més freqüents dins de la nostra població a Catalunya. Aquest grup de recerca,⁸⁶ a través del seu treball de camp, ha estat capaç de sintetitzar diverses històries de vida de grups de persones adeptes a diferents institucions que tenen creences i filosofies que formen la seva pròpia identitat. El seu objectiu ha estat reflectir les característiques que defineixen aquests grups, com ara: l'origen històric i geogràfic, la tradició cultural i religiosa en què s'insereixen, i l'acceptació o el rebuig social que alguns d'aquests provoquen en la societat on vivim.

També hem consultat una publicació sobre les altres religions que conviuen en el nostre territori, en la qual un grup d'investigadors (Estruch et al., 2004), per encàrrec de la Direcció General d'Afers Religiosos de la Generalitat de Catalunya, ha treballat la recerca de les minories religioses al territori Català. Cadascun dels capítols d'aquesta publicació està dedicat a una determinada tradició religiosa. En aquesta obra, a banda de descriure la ideologia de cadascuna, també ens exposa el seu comportament i les seves maneres de fer. Aquests investigadors ens aporten la informació necessària per poder conèixer i comprendre les tradicions i les pràctiques que emmarquen determinada creença religiosa. Algunes d'aquestes són molt diferents de la que fins fa pocs anys es considerava única en el país, la fe catòlica. Aquest grup de treball ens descriu les filosofies i creences d'aquelles tradicions religioses que ens són menys conegudes, malgrat que, en aquest cas, no es dóna importància al fet que estiguin més o menys representades a Catalunya.

Alguns d'aquests grups exigeixen un tractament més acurat, ja que sovint pateixen crítiques, possiblement perquè se'n desconeix la

86 Departament d'Antropologia de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

manera de fer. En canvi, altres grups més coneguts apareixen com a més respectables i no provoquen polèmiques ni generen dubtes. Al llarg d'aquesta publicació podem veure com aquests autors han optat per referir-se, de forma genèrica, a grups, moviments, comunitats i organitzacions, i també a tradicions religioses o a esglésies. Els autors fan constar que en aquest estudi no han inclòs l'Església catòlica, atès que ja hi ha publicada molta literatura que aporta informació sobre les pràctiques religioses dels seus feligresos, tot i que tampoc es pot precisar si tots ells són practicants assidus. Cal pensar si tota aquesta informació és prou acurada, però no des de la visió quantitativa, sinó des de la qualitativa.

L'expressió de les creences i dels valors pertany a una informació considerada més íntima de la persona. Hem passat a tenir molta visibilitat, com a identificació d'un estatus molt marcat dins la nostra societat, fins i tot, a vegades, poc sincera, només pel fet de fer una projecció cap als altres, simulant ser una persona respectable. En diferents etapes de la vida, la persona pot fer canvis quant a la forma de pensar i de creure d'acord amb el desenvolupament personal que hagi tingut. En aquest cas, podem trobar alguns grups de persones que manifesten no tenir creences i que no s'identifiquen com a membres actius de cap grup o confessió, o bé d'altres que poden acollir-se a una nova confessió, fins i tot de manera aferrissada.

De fet, en aquest treball no es pretén fer un estudi acurat dels continguts d'aquestes aportacions tan valuoses, però sí saber que existeixen. Es tracta que les infermeres tinguin un material de consulta útil per tenir informació quan es trobin amb persones malaltes que tenen ideologies que els són poc conegudes. No s'han de qüestionar en cap moment les seves creences, però sí que cal valorar algunes de les normes i dels rituals propis de la doctrina que professen, que en alguns casos poden ser molt estrictes, i fins i tot poden afectar la seva salut. Aquest material facilita poder comprendre aquestes persones i, a més, ajuda a respectar-ne les decisions, així com a

poder entendre el comportament de les famílies i la implicació que tenen en les cures. Interessa saber tot el que tingui a veure amb el seu estil de vida relacionat amb la pràctica religiosa, com ara l'entorn on viuen, el model organitzatiu i l'exercici de l'autoritat jeràrquica dins l'organització familiar. Per exemple, és prou important conèixer el paper que s'atribueix a la dona dins l'estructura familiar, tant com a mare, filla, cuidadora, persona gran i malalta. En segons quines organitzacions religioses, aquest paper és més tancat i rígid, o bé és més obert (Mayorga, 1996). També ens cal saber quin significat li dóna la persona a la situació de salut/malaltia. Ens podem trobar que alguns grups tenen normes molt estrictes que ens dificultin elaborar un pla de cures, o que dins del compliment de les normes de la seva religió hi hagi alguna que pugui ser limitant per a la salut de la persona malalta.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

1.2 LA INFERMERIA: GESTIÓ DE LES CURES

Hem desenvolupat aquesta part del marc teòric de forma ordenada, abordant punt per punt els apartats que corresponen a tots els elements que participen en les cures, centrant-nos en les creences i els valors de la persona atesa. Passem a enumerar i descriure els continguts als quals ens referim sota criteris teòrics i evidències bibliogràfiques consultades. Els elements que intervenen en el procés de salut de la persona atesa són: les infermeres com a prestadores de cures, l'empresa com a gestora dels recursos de les cures i, per últim, la persona, considerada el membre principal a qui va dirigida l'atenció de les cures.

En primer lloc, volem fer referència a les infermeres com a prestadores de cures i als instruments que utilitzen. L'autora ja descriu, a l'inici d'aquesta tesi, la seva visió dels fets que han marcat la professió de la infermera durant la segona meitat del segle xx. Malgrat tot hem volgut recordar un altre cop aquests canvis, però des de la visió del marc teòric. De fet, han estat canvis molt significatius que, per fi, han ajudat a definir les actuals competències de la infermera. Aquesta evolució també s'ha fet sentir dins l'àmbit laboral. Nosaltres ens centrem en la gestió de les cures definida i prescrita per la mateixa empresa ICS, encarregada de gestionar els recursos sanitaris on treballen les infermeres que hem estudiat. Hem recollit tota aquella informació que hem tingut a l'abast sobre el model conceptual emprat i sobre com

han anat evolucionat els registres informàtics en la història clínica d'atenció primària, els quals s'utilitzen per fer el pla de cures. En tot moment, al llarg d'aquesta descripció, anem fent referència a la persona com a eix principal a qui van dirigides les cures, ja que espera ser atesa de la millor manera i rebre l'ajuda que li cal.

1.2.1 EVOLUCIÓ DE LA INFERMERIA: ÚLTIMES CINC DÈCADES DEL SEGLE XX

En aquesta tesi no es pretén fer una recerca històrica de la professió d'infermera, però sí que considerem important tenir en compte els avatars transcorreguts durant les cinc dècades (1950-2000) per situar-nos i poder entendre la seva situació actual. Hem de tenir present que la disciplina infermera ha sofert canvis que han sotragat de ple la seva identitat com a professió. Amb freqüència, les infermeres s'han vist obligades a desaprendre conceptes per tornar a aprendre d'altres. Recordem que per a moltes infermeres del nostre país, anys enrere, la vida professional, de sobte, els va donar un tomb i, per reial decret, van deixar de ser infermeres. Malgrat tot, al cap dels anys, se'ls va ser retornar el nom que sempre havien tingut, encara que les condicions d'aquest retorn no sempre van ser prou acceptades, perquè van suposar canvis en els estudis i en la mateixa filosofia de les cures.

Val a dir que, arreu del món, sempre s'ha identificat el professional que cuida amb el nom d'infermera. Tal com diu Tey (1990), la nostra infermeria ha estat diferent de la d'altres països, que sovint prenem com a model desitjable. Les circumstàncies i les polítiques d'acció que ens han envoltat han fet que aquesta professió tingui una idiosincràsia especial que hem d'assumir i acceptar. Poder conèixer alguns d'aquests fets ens ajudarà a reflexionar sobre la realitat actual de la infermera (Tey, 1978), i també a entendre com ella, en aquests moments, viu i desenvolupa la seva tasca assistencial.

No som tan lluny de quan molts dels hospitals estaven regentats per ordes religiosos,⁸⁷ que tenien al seu càrrec la gestió i el manteniment dels serveis sanitaris, així com la prestació de les cures a persones ingressades en aquests centres per malaltia o cirurgia. Era freqüent que en aquestes institucions religioses es disposessin d'escoles reconegudes, on formaven infermeres que es quedaven a prestar cures dins de la mateixa institució, o bé, com a novícies, eren enviades a altres centres que l'orde tenia per tot el món.

Fem menció de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona,⁸⁸ que va ser la segona escola més antiga del territori català i la segona a l'Estat espanyol (Tey i Camp, 1997). També hi havia associacions benèfiques⁸⁹ que disposaven d'escoles d'infermeria, on formaven infermeres acreditades per la mateixa escola. A vegades, les noves infermeres seglars tenien un contracte laboral que el feia la mateixa institució hospitalària o ja passaven a prestar serveis a altres clíniques i centres privats, o bé es dedicaven a l'atenció domiciliària per tenir cura de la persona malalta durant tot el dia, o feien vetlles nocturnes només a la nit.

87 Encara queden molts centres hospitalaris regentats per ordes religiosos, com l'orde hospitalària de Sant Joan de Déu o les germanes de la Sagrada Família d'Urgell. Aquests ordes, entre d'altres, tenen una llarga tradició dedicada a l'assistència de les persones malaltes i han adaptat, en tot moment, la seva gestió sanitària segons les polítiques del moment. Malgrat que la manca de noves vocacions fa que part de l'administració quedi en mans de persones externes, en els comitès de direcció sempre hi ha un representant de l'orde.

88 Es va iniciar l'any 1917 sota el nom Escola d'Infermeria del Mont de Pietat de Santa Madrona amb la finalitat de "millorar la formació de les cuidadores (vetlladores) de persones malaltes. També per ampliar el camp professional de la dona". Va desenvolupar una formació reglada de caire humanístic que hi ha estat sempre present.

89 Les dames de la Creu Roja, infermeres voluntàries formades en aquesta institució que, en temps de guerra, prestaven serveis de cures dins dels hospitals de campanya i/o en el mateix front. Més endavant algunes d'elles van treballar per centres privats.

La prestació de les cures en l'àmbit no hospitalari havia estat delimitada als practicants, figura que acostumava a ser masculina.⁹⁰ Alguns d'ells treballaven en dispensaris i feien també atenció domiciliària per administrar tractaments. No era freqüent veure la figura femenina anar a administrar tractaments per les llars, més aviat es requerien els seus serveis per fer vetlles a persones malaltes quan la família no els podia atendre. A les zones rurals, on tenien un sentit intuïtiu de les cures més desenvolupat, i per necessitats de cobertura social entre veïnatge, sempre hi havia alguna dona que es dedicava a fer tractaments encara que no fos infermera titulada. En canvi, la llevadora era més autònoma. La seva actuació estava vinculada als hospitals maternals, malgrat que, sovint, era en els domicilis on prestava els seus serveis, perquè, en aquella època, era habitual que el part tingués lloc dins de la llar, sobretot en l'àmbit rural, però això no era tan freqüent en l'àmbit urbà.

1.2.2 CANVIS DE TITULACIÓ I NOUS PLANS D'ESTUDI

No va ser fins l'any 1952 quan es va iniciar un nou pla d'estudis, el d'ajudant tècnic sanitari (ATS), que unificava els estudis de la infermera, del practicant i de la llevadora. Aquest títol és prou significatiu per entendre els continguts de les matèries docents que s'impartien amb criteris biomèdics, els quals allunyaven el treball de les infermeres de la seva visió humanista i holística de tenir cura. La formació d'aquest nou pla d'estudis estava a càrrec de docents, la majoria dels quals eren metges i alguns, especialistes, que impartien les diferents disciplines de la nova estructura acadèmica. Malgrat que eren poques, algunes

90 Altres treballaven com a dependents en farmàcies, on disposaven d'una consulta per poder fer la seva tasca assistencial com administrar tractament injectable, prendre mesures de tensió arterial, controlar de glicèmies i cetones en orina i, també alguna que una altra vegada, curar ferides.

infermeres ja disposaven de la nova titulació,⁹¹ i la tasca assignada dins la docència era tenir al seu càrrec la coordinació i tutoria de les pràctiques dels nous alumnes ATS.

La publicació del nou pla d'estudis l'any 1977, amb el títol de Diplomata Universitari d'Infermeria (DUI), a càrrec de les Escoles Universitàries d'Infermeria, fa desaparèixer el títol d'ATS. Va ser un canvi important que provoca el retorn del nom d'infermera dins l'àmbit de les cures en tot l'Estat espanyol. No va ser fins a l'any 1980 que es va establir un curs d'anivellació de coneixements, a efectes de poder fer la convalidació acadèmica del títol d'Ajudant Tècnic Sanitari per el nou títol de DUI. Les convocatòries van ser a càrrec de la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED). La darrera convocatòria d'anivellació es va celebrar al juny de 1991, però, a fi de facilitar que tots els ATS poguessin tenir l'opció de convalidar el títol pel de DUI, es van dur a terme actes administratius que permetien tramitar els corresponents títols i certificats acadèmics que encara quedaven pendents (Valls, 2007).

En el nou disseny curricular es van incloure les assignatures de Salut Pública, Ètica, Administració, Bioquímica, Biofísica i Bioestadística, disciplines que fins aleshores havien estat excloses dels estudis d'ATS. Per a les infermeres, va ser un canvi substancial de paradigma, ja que les va fer retornar a l'esperit de les cures infermeres iniciat amb Florence Nightingale,⁹² sobre els conceptes de la salut, la prevenció

91 Cal recordar que, quan es van iniciar aquests nous estudis, va ser freqüent que els estudiants fessin les pràctiques en centres hospitalaris on els serveis de cures estaven a càrrec de personal d'infermeria que encara tenien la titulació antiga, algunes d'elles com a infermeres i altres com a practicants.

92 Florence Nightingale (1820-1910), nascuda a Anglaterra, amb una acurada educació, es va sentir atreta per les activitats d'atenció social i la medicina. Tenia capacitats i dots d'innovació. La guerra de Crimea va proporcionar-li la gran oportunitat per poder desenvolupar la seva professió, i, malgrat l'oposició de l'estat major i dels mateixos metges, va demostrar com unes cures adients disminuïen la mortalitat dels soldats. Va formar una escola d'infermeres i va convertir la infermeria en una professió honorable.

i l'autocura, que agafen una nova hegemonia enfront de la paraula malaltia, i sobre unes bases un altre cop humanístiques, renovadores i més avançades.

És curiós que en aquells primers anys de vida de la nova professió, com a ajudant tècnic sanitari, en els centres hospitalaris i en els ambulatoris no es va perdre el nom d'infermera, malgrat que la persona que administrava els tractaments injectables se l'anomenés practicant, en comptes d'ATS. Passats ja alguns anys d'aquest fet, encara queda el record de l'ATS, i a dia d'avui a algunes persones els costa entendre la funció i les competències de la infermera, així com el nom de la professió,⁹³ fins i tot en els mitjans de comunicació.

En l'actualitat la nova reforma universitària ha fet que la infermeria sigui una disciplina universitària de grau, fruit dels canvis a causa de la convergència de l'espai europeu quant a l'educació superior, la qual cosa permet endinsar-se per trajectòries de recerca fins a arribar a obtenir un doctorat.

1.2.3 EVOLUCIÓ DE LA PRESTACIÓ DE LES CURES EXTRAHOSPITALÀRIES A L'ICS

Fins ara hem descrit la implicació dels canvis succeïts entorn de la infermeria, però recordem que el nostre estudi és sobre les infermeres d'atenció primària de l'ICS. A principis dels anys vuitanta, en alguns ambulatoris van posar en marxa consultes d'infermeria⁹⁴ com a suport per fer el control a les persones amb malalties cròniques i, també, per iniciar l'atenció domiciliària, que comportava un canvi de

93 Fins a la reforma de l'atenció primària, encara va hi havia el practicant de zona, que tenia cura dels tractaments dins del centre i a domicili. En diversos àmbits, alguns usuaris encara anomenen l'home "ATS o practicant" i la dona "infermera".

94 En el CAP Manso, es van posar en marxa aquestes consultes de suport l'any 1983.

model conceptual, atès que, fins aleshores, només estava a càrrec dels practicants de zona.⁹⁵ Aquesta iniciativa que va proposar la direcció del centre va ser molt ben rebuda per les mateixes infermeres que hi van participar,⁹⁶ ja que els donava certa autonomia que les beneficiava.⁹⁷ Se sentien motivades i més integrades en els nous rols d'infermeria. La infermera passava a tenir un paper més proper a la comunitat, i es donava rellevància a les seves cures, que repercutien en els resultats de salut de la persona malalta.

No tots els centres van iniciar aquestes consultes d'infermeria amb les mateixes condicions. Cal pensar que la nova conceptualització de cures no feia gaire temps que formava part de la professió infermera i, dins de l'ICS, encara no se seguia cap model conceptual de prescripció de cures. En aquestes consultes de suport, s'atenia les persones amb tractaments crònics que venien a buscar les receptes. A vegades, es mesuraven les constants, però no sempre era possible, ja que, sovint, era el familiar el que acudia a la consulta a recollir el plec de receptes. El fet d'adaptar el nostre nou rol com a infermeres resultava difícil pel que feia a l'espai i a les necessitats estructurals. En alguns ambulatoris, la ubicació d'aquestes consultes va ser conflictiva, perquè utilitzaven un despatx proper al del metge que el compartien dues o tres infermeres i no hi havia cap mena d'intimitat amb la persona atesa, cosa que no facilitava la relació d'ajuda. En altres centres que no disposaven d'un espai propi per a aquest menester, un cop finalitzades les visites la infermera ocupava

95 Segons ordre del metge, la seva tasca era l'aplicació tècnica, quant a l'administració de tractaments injectables, recollida de mostres per al laboratori, sondatges i mesura de constants.

96 Les infermeres dedicades a fer el control de crònics van començar a prendre part en els nous rols d'infermeria que s'estaven perfilant. Val a dir que, en alguns centres, un parell d'infermeres s'encarregaven de l'atenció domiciliària, les quals anaven juntes al domicili amb l'objectiu d'evitar ensurts no desitjats.

97 Molts dels metges de medicina general van acceptar acollir-se a aquesta nova modalitat. Alguns ho van viure com si només fos una descàrrega de la tasca administrativa que es feia dins de la seva consulta.

el despatx del metge per poder fer la tasca de control i l'entrega de les receptes que ja tenien preparades i signades. La direcció de cada centre va marcar les seves directrius, que van ser ben diferents d'un lloc a l'altre.

Al mateix temps, en altres ambulatoris s'estava endegant un altre projecte. Es van obrir consultes d'infermeria monogràfiques sobre diabetis.⁹⁸ Era un problema de salut que requeria una atenció acurada. Algunes infermeres més motivades i avançades en els nous rols d'infermeria van tenir l'opció d'iniciar una nova tasca més específica com a suport al metge endocrinòleg. Es donava atenció a les persones diabètiques debutants i també es feia el control a les persones que ja tenien el tractament instaurat.⁹⁹ Aquestes intervencions de seguiment no estaven estructurades sota cap model conceptual de cures, només es feien sota criteris biomèdics. A la vegada, aquestes infermeres van iniciar les primeres xerrades d'educació sanitària per a grups de persones amb patologia diabètica. Val a dir que aquest nou rol va contribuir a fer de la infermera una professional més visible i reconeguda per a la població que era atesa en aquestes consultes.

Les infermeres "educadores en diabetis", tal com se les anomenava, utilitzaven registres propis, més complets i adients, on anotaven l'evolució del procés, així com el grau de coneixement i habilitats de les persones diabètiques, tant de les debutants com de les ja iniciades. L'objectiu era poder aconseguir un control òptim i evitar l'aparició de les complicacions que es presenten en aquest tipus de problema de salut.

98 Davant la demanda en la nova situació, l'Institut d'Estudis de la Salut va començar a formar professionals que poguessin donar resposta a les necessitats del moment: infermers amb formació específica en atenció a la persona diabètica. Prèviament, els calia fer un curs introductori bàsic, més un segon curs que els acreditava ja com a infermeres expertes en educació diabetològica.

99 Tractades amb insulina, amb hipoglucemians orals o només amb dieta.

Tot seguit, volem exposar aquests canvis des de la visió de l'empresa ICS. La promulgació del Decret 84/1985, del 21 de març, amb mesures per a la reforma de l'atenció primària a Catalunya, va donar lloc a un canvi profund en la cultura organitzativa del primer nivell de l'atenció sanitària al nostre país. Aquest procés va significar una transformació qualitativa de caràcter estructural, pel que fa a la ideologia i forma d'entendre l'atenció i la relació entre els professionals sanitaris i els ciutadans.

Aportem informació que ens dóna una visió molt fidedigna dels fets que durant l'última dècada del segle xx van ajudar la infermera d'atenció primària a evolucionar. No volem deixar de fer paleses algunes de les manifestacions fetes per la Margarida Coll¹⁰⁰ en l'entrevista de Riba (2004), amb motiu de l'entrega del guardó¹⁰¹ que se li va lliurar com a infermera referent dins del canvi que s'estava produint en l'atenció primària. Coll, com a infermera i gestora, va manifestar la importància que tenia la situació de canvi d'aquell moment. Va constatar que les activitats d'infermeria són força antigues, de fet els humans sempre han tingut la necessitat de ser cuidats en determinats moments del seu procés vital. També va parlar de la necessitat de definir els serveis d'infermeria per crear un marc de referència, de cara a les infermeres que treballaven dins d'aquest àmbit, aleshores emergent. A més, va definir la infermeria com una professió de serveis, com a responsable formal de tenir cura.

S'entén per competències el conjunt d'habilitats i processos intel·lectuals complexos que permeten que aquests s'apliquin en circumstàncies variables i que fan que l'actuació professional estigui al nivell exigible en cada moment. Aquesta definició implica capacitat

100 L'any 2004, la Margarida Coll ocupava un càrrec de gestió dins l'Administració com a coordinadora de Programes d'Infermeria d'Atenció Primària de l'ICS.

101 Premi Associació 2004, lliurat per l'Associació d'Exalumnes de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona de Barcelona Fundació "la Caixa".

per dur a la pràctica les competències pròpies de la professió d'infermeria, el desenvolupament de les activitats de les cures, que responen al rol autònom de col·laboració interrelacionades amb les actuacions d'altres professionals que integren l'equip interdisciplinari de salut. Quan se li va preguntar si la xarxa hospitalària i l'atenció primària avançarien per separat, ens va respondre:

“la infermera sempre és infermera, els valors i les competències de la professió són les mateixes amb independència de l'àmbit d'actuació, si bé les activitats i les intervencions poden ser diferents. Les infermeres han de treballar amb objectius comuns per desenvolupar el camp propi de coneixements i l'ús d'una terminologia estandarditzada els facilita la cooperació i coordinació entre els diferents nivells assistencials. Avançar conjuntament en la recerca d'infermeria i en la investigació basada en la reflexió sobre la pràctica quotidiana, per demostrar el valor, l'efectivitat i l'eficiència de les cures” (Riba, 2004:5).

A banda dels decrets polítics que han marcat l'evolució de la professió d'infermera, sobretot de la que presta els seus serveis en l'atenció primària, hi ha un transfons humà molt més sòlit i subjectiu que ens ha fet còmplices entre nosaltres, les infermeres, i que ens ha ajudat a avançar. No volem deixar de transcriure una reflexió on es pot apreciar aquest període de canvis viscuts dins l'ICS.

“Com hem d'agrair al nostre estimat ICS (a vegades no tant...), que fos el que ens donés l'oportunitat de conèixer-nos pels volts dels anys vuitanta. Érem més joves i...INFERMERES!!. Sobre tot infermeres... A mitjan aquesta dècada es va començar a parlar de la reforma de l'AP i nosaltres... a primera “fila”! Allà érem, llegint, preguntant què volia dir AP, i aquesta AP quin espai ofería a les infermeres perquè aquestes poguessin oferir les seves cures a la població? Ja érem universitàries i

haviem d'incorporar els nous coneixements adquirits a la nostra pràctica diària, per de tenir cura de les persones. No va ser fàcil, als nostres companys metges els explicàvem que les infermeres cuidem les persones i atenem les seves necessitats amb un model d'infermeria i que per fer un pla de cures hem de valorar, DIAGNOSTICAR!!, marcar objectius i avaluar. Deien que com podia ser que nosaltres, les infermeres!, féssim diagnòstics. Si això només ho poden fer els metges!! (no eren conscients que, fins i tot quan portes el cotxe al mecànic, aquest sempre et fa un diagnòstic...). Vam ser afortunades de poder participar en aquest canvi de model (...)." ¹⁰²

Aquestes paraules donen una imatge verídica i constaten el gran esforç de les infermeres que han viscut el procés de canvi des de qualsevol lloc on prestessin els seus serveis. Cadascuna l'ha viscut des d'una posició ben diferent, unes dins de la gestió, d'altres dins la docència i moltes més com a infermeres assistencials que, dia a dia, han estat al costat de la persona a la qual calia ajudar i cuidar. Coll, que va viure tot aquest procés de canvi dins l'ICS, va ser inductora i conductora de les noves implementacions. Val a dir que no sempre estava d'acord amb com s'organitzaven i gestionaven les competències de les infermeres dins l'atenció primària, malgrat que, amb un somriure, sabia molt bé com calia enfocar i reconduir la situació de canvi conservant l'harmonia i el treball d'equip.

Tampoc volem deixar de citar a Riopelle (Riba, 2003), va estar una gran docent, i per moltes infermeres ha estat una referent. Les seves expressions humanístiques i el seu saber fer i estar, va infundar nous trets professionals a totes aquelles infermeres que van tenir oportunitat de seguir-la.

102 Transcripció literal d'una part del discurs (no publicat), com a homenatge pòstum a Margarida Coll, en un acte organitzat per l'Associació Catalana d'Infermeria, per tota una vida dedicada a la infermeria i a l'assistència primària. Text facilitat per la mateixa autora: Guadalupe Figueiras (Girona, juny de 2014).

Aquestes referències ens donen una visió prou fidel de com s'han desenvolupat els canvis per a les infermeres de l'AP. Per a elles, van ser molt significatius, atès que hi havia els propis de la reforma, que com a empresa implementava l'ICS, més els conceptuals que ja s'havien iniciat amb els recents estudis de diplomatura, la qual cosa va implicar que un grup d'infermeres actuessin com a agents de canvi i es preocupessin per aquesta nova forma d'enfocar les cures. Aquesta dinàmica, dins de les diferents organitzacions d'infermeria, va fer que es comencés a treballar per dissenyar protocols i elaborar guies d'actuació amb l'objectiu de posar en comú un mateix sistema de treball que definia els rols de la infermera dins de l'AP. Segons Gimenez (2014), en aquests primers anys de canvis moltes de les infermeres van intentar aprendre els nous conceptes: "Hi havia oportunitats que calia saber buscar, trobar i aprofitar".

1.2.4 QUALITAT I ÈTICA EN LES CURES: UN REPTE PER A LA INFERMERA

Torrallba (1998 i 2002) ens ofereix dues publicacions sobre l'art de cuidar i d'altres temes relacionats amb l'ètica i els valors espirituals. Val a dir que cal tenir cura que, en tota acció assistencial, cal prestar atenció, complementant l'acció tècnica, a la realitat de la persona que estem atenent. El dolor espiritual no atès pot interferir en el pla de cures. Cal, doncs, preocupar-nos de les necessitats espirituals per fer una atenció integral. L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en diversos informes, fa referència a l'atenció que cal fer a la persona durant tot el seu procés de malaltia. Cal pal·liar el dolor físic, psíquic, espiritual i emocional. El document elaborat pel Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya l'any 2013 descriu com s'ha d'abordar el tema de les creences i els valors en la gent gran. Cada persona pot tenir una percepció diferent de la qualitat de vida segons la seva cultura i la seva escala de valors, en ocasions individuals, la qual cosa fa que els seus objectius estiguin fonamentats amb expectatives, normes i

inquietuds pròpies. Cal afavorir l'expressió dels seus sentiments i de les seves creences religioses i espirituals. S'ha de procurar respectar el principi de dignitat com a valor absolut per a cadascuna de les persones de les quals tenim cura.

Per tant, hem d'intentar recuperar aspectes importants que ens cal saber de la persona que tenim cura, sobretot quan viu sola. És necessari preguntar-li per la persona de confiança, familiar o amabat amb qui cal contactar en cas d'haver de prendre decisions. També hem de saber si hi ha alguna persona a qui no vol informar i si desitja o no assistència religiosa i quin tipus de cerimònia voldria en cas de defunció. És important saber si vol fer donació d'òrgans. És possible que sorgeixin altres aspectes que també li poden preocupar, com qui haurà de tenir cura dels seus animals domèstics o de les seves plantes perquè se'ls pugui atendre quan aquesta persona ja no pugui fer-ho, per manca de forces, o bé per haver traspasat.

Torralla (2008) fa tota una declaració d'intencions envers les diferents actituds que una persona pot tenir en els últims dies de la seva vida, actituds que poden ser de la mateixa persona o del familiar que l'està cuidant. Torralba ens continua manifestant que és difícil poder descriure les actituds davant la mort. Parteix de la base que cada persona és un món i que gairebé és impossible exposar l'estat d'ànim, les passions i els patiments secrets que suscita l'inquietant presència de la mort. Algunes persones que creuen que s'han preparat per a aquest procés, quan arriben aquests últims moments, no l'afronten com desitjaven. La vida en si sorprèn i desconcerta. La mort és indefugible, malgrat que, com a part de la vida, també ens sorprèn i ens desconcerta.

La infermera, en tot això, té un paper important, li cal ser sensible i tenir una actitud observadora. Per tant, ha de saber escoltar i valorar la situació en què es troba la persona que està atenent per poder-la ajudar, integralment, en les seves necessitats espirituals i entendre que

hi ha diferents camins i tradicions, religioses o no, que repercuteixen al llarg de la seva vida. Segons Meleis (2010), en la seva teoria de les transicions de la persona, observa els canvis que aquesta pateix al llarg de la vida i que tenen relació amb la seva situació de salut. Aquests canvis queden afectats per uns inhibidors o facilitadors, com són les actituds personals i les creences culturals que, entre d'altres, ens cal tenir presents. Aquesta persona, sens dubte, té la seva pròpia forma de pensar i de creure que s'ha de respectar, sempre que no sigui limitant per a la seva salut. Mantenir l'equilibri necessari entre la ment i el cos li facilitarà un control emocional millor. Conservar la voluntat i sentir-se motivada l'ajudaran a tenir responsabilitat sobre la seva autocura. Si atenua i accepta els efectes no volguts dels problemes ja instaurats, aconseguirà que augmenti la sensació de benestar i comoditat desitjada,¹⁰³ sigui quina sigui la seva situació de salut (Meleis, 2005 i 2011).

En la cura, cal ser creatiu i cal de donar cabuda a l'ensenyament i l'aprenentatge, i també a la satisfacció de les necessitats humanes, considerant la part fenomenològica existencial i espiritual. A més, convé afavorir el suport i l'ajuda per aconseguir la guarició o el control del procés de malaltia. El criteri holístic enriqueix la capacitat de tenir cura. No hem d'oblidar que, com a unitat, s'és cos, ment i esperit. S'han d'utilitzar els recursos creatius com l'art, la música, la literatura, el tacte terapèutic, el massatge, la relaxació, la meditació, la dansa, la teràpia amb animals, la prodigació del prodigar el bon humor i el rís, entre moltes altres opcions. I no hem d'oblidar el silenci, com a recurs meravellós, per saber escoltar i convidar l'altre a poder-lo sentir i compartir. El silenci ajuda a estar presents. En el paradigma

103 NOC (Nursing Outcomes Classification). La Classificació de Resultats d'Infermeria ens ofereix el NOC (núm. 2008), que mesura l'estat de comoditat i expressa l'estat del concepte integral de tranquil·litat i seguretat global física, psicoespiritual, sociocultural i ambiental d'una persona. També hi ha el NOC (núm. 2002), que es refereix al benestar i mesura la percepció positiva de la persona envers el seu estat de salut. Aquest NOC té dos indicadors molt representatius de l'estat de felicitat i la seva capacitat de relaxació.

de la Dra. Watson, la simbologia suposa un recurs important per a la comunicació, ja que ajuda a recordar i facilita l'expressió, la connexió amb l'esperit, i indueix a aconseguir la curació. Aquestes intervencions autònomes són opcionals segons el criteri clínic de cada professional (Riba, Buendía i Fabrellas, 2008).

1.2.5 ALTRES VISIONS PER TENIR CURA DE LA SALUT: VELLS CRITERIS SOTA NOUS MODELS

Les tradicions i les creences segons cada cultura amb criteris i coneixements naturals, en alguns casos ancestrals,¹⁰⁴ han fet abordar la malaltia i la salut d'una forma ben diferent i han donat lloc a diverses maneres de tenir-ne cura. En l'actualitat, es pren com a model certes tècniques i filosofies holístiques, que recuperen els valors i els coneixements essencials que sempre han estat presents dins la nostra professió d'infermeria. Els nostres models de cures són holístics per excel·lència, ja que consideren l'ésser humà des d'una valoració integral (criteri naturista bàsic). Hi ha un retorn de la infermera amb criteri naturista (Riba, 2006) que, com a experta en determinades tècniques i sota un criteri naturista avançat, utilitzarà aquells recursos naturals més adients per fer determinades intervencions autònomes, bé siguin opcionals o principals. Se centrarà en criteris de resultats ben definits sobre harmonia, equilibri, benestar i comoditat, i donarà tot el protagonisme a la naturalesa i l'energia de la persona, el que l'ajudarà a fer front a la seva situació de salut segons les seves pròpies decisions i en relació contínua amb el seu entorn.

104 Medicina tradicional xinesa i medicina ayurvèdica.

Teixidor (2009)¹⁰⁵ afirma que és cert que, d'un temps ençà, les teràpies naturals i complementàries han arribat a tenir una forta presència en la nostra societat, la qual ens demana altres tipus de serveis menys tècnics i menys intervencionistes; és a dir, més naturals.¹⁰⁶ Aquest autor fa referència a diverses enquestes d'opinió que s'han dut a terme en diferents estats membres de la Unió Europea i que confirmen un interès creixent dels ciutadans per les medicines no convencionals. Aquestes enquestes ens aporten resultats d'estadístiques fetes en països desenvolupats, on s'evidencia que entre el 20% i el 40% de la població utilitza o ha utilitzat les medicines no convencionals. Un altre estudi que l'Observatori de les Teràpies Naturals¹⁰⁷ ha efectuat l'any 2008 indica que un 23,6% de la població espanyola ha utilitzat aquests tipus de recursos naturals per guarir-ne la salut,¹⁰⁸ i un 95,4% manifesta conèixer alguna teràpia natural.¹⁰⁹

Als Estats Units (EUA), un 62% de la població més gran de 18 anys ha manifestat que les ha utilitzat. Val a dir que, dins d'aquest percentatge, l'oració es considera una teràpia, cal, però, tenir present que, en cas de no comptabilitzar-la, el percentatge es redueix. Trobem un altre tipus de teràpia, també considerada natural, on hi ha un important consum

105 Montserrat Teixidor i Freixa ha estat directora de l'Escola Universitària d'Infermeria de Santa Madrona de la Fundació "la Caixa" i, en l'actualitat, és degana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (2013).

106 A finals del segle XVIII i principis del XIX, que és quan comença a Alemanya un corrent que ordena criteris sobre medicina natural. Sebastian Kneipp (1821-1897), metge i teòleg, desenvolupa el seu mètode, que es basa en cinc grans pilars considerats essencials: la dieta, les plantes medicinals, l'exercici, la hidroteràpia i la teràpia de l'ordre, en els quals l'educació sanitària i el control de les emocions tenen un paper molt important. El criteri naturista occidental està impregnat de coneixements orientals molt antics, com la medicina xinesa i l'ayurvèdica.

107 En són promotors: COFENAT (Sectorial de Teràpies Naturals), UPA Espanya (Unió de Professionals i Treballadors autònoms), TENACAT (Federació d'Associacions de Professionals de Teràpies Naturals) i CONAMAD (Societat Cooperativa de Teràpies Naturals).

108 Per percentatges: acupuntura 14%, ioga 12,6%, homeopatia 8,7% i massatge 5,6%.

109 Les més conegudes han estat: ioga 87,7%, acupuntura 81,8% i quiromassatge 58,6%.

de preparats vitamínics i d'herbes (fitoteràpia), que cada cop hi ha una part important de la població que la utilitza. En moltes ocasions, és creu que, pel fet de ser en aparença naturals, aquests productes són inofensius i, sovint, s'ingereixen sense valorar-ne els beneficis en contraposició als efectes secundaris i les contraindicacions. Es consumeixen a demanda de l'usuari i sense control de cap professional de la salut.¹¹⁰

A Catalunya, les tècniques d'acupuntura i les teràpies manuals, així com les teràpies emocionals i espirituals, són les més conegudes. De fet, a Europa, durant el segle XIX, hi va haver un important corrent de metges i terapeutes que practicaven teràpies amb un criteri naturista.¹¹¹ En el nostre país, durant els anys de la dictadura de Francisco Franco (1939-1975), la radicalitat de les polítiques de salut va fer que hi hagués un retrocés quant a la seva pràctica, fins i tot no eren ben acceptades per la població que, si les utilitzava, ho feia d'amagat.¹¹²

Com hem pogut veure, aquests tipus de teràpies basades en tècniques naturals estan en creixement constant. Una part important de la població necessita intervencions més humanes i busca ajuda per

110 N'ha proliferat la venda, amb el perill que no hi hagi control sanitari.

111 La Naturopatia, disciplina holística iniciada a Alemanya, promou una medicina natural i integral. Per les seves característiques no mecanicistes, en l'actualitat hi ha molts professionals de la salut, amb criteris naturistes, que fan les seves intervencions pensant que la natura mateixa ajudarà la persona a resoldre el seu problema de salut. Els tractaments utilitzats van en el mateix sentit que la reacció curativa de l'organisme, sense mesures repressives, recolzant-se en la força vital i respectant del procés de curació natural, excepte quan la capacitat de resposta de l'individu està tan debilitada que necessita ajuda de l'exterior.

112 Encara trobem persones que les utilitzen pel seu compte i no ho comuniquen al metge o la infermera que les atén a causa del seu problema de salut. Dins de la història clínica d'atenció primària hi ha un apartat on es pot registrar si la persona rep, o ha rebut, algun tipus de teràpia natural. També hi ha certes intervencions autònomes d'infermeria amb criteris holístics que són opcionals i que es poden utilitzar segons criteri clínic del professional d'infermeria, dins el pla de cures.

resoldre els seus problemes de salut. Hi ha persones que es decanten per les teràpies naturals, amb el nom genèric de les quals es coneixen una sèrie de tècniques que s'inclouen dins d'aquest concepte de natural, malgrat que no sempre ho siguin. Les infermeres juguen un paper important, que cada cop és més significatiu en aquests altres plantejaments considerats integrals, per donar resposta a les demandes i necessitats de les persones¹¹³ amb l'objectiu d'obtenir benestar i comoditat, sigui quin sigui el seu problema de salut.

Les infermeres tenen l'oportunitat de poder ordenar, ampliar i actualitzar les cures amb una nova perspectiva, amb una nova visió menys mecanicista i molt més humana (Riba i Buendía, 2013). Per aquest motiu, el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB), l'any 2004, ja va elaborar i publicar un document marc sobre les teràpies naturals,¹¹⁴ on centaven el tema des de les cures, començant a donar resposta a aquells dubtes que, sobre la seva pràctica, hi havia.¹¹⁵ El COIB ha continuat treballant per elaborar un segon document, en el qual les autores, Lopez i Arqué (2009), descriuen les bases per a l'acreditació de les competències dels professionals infermers en

113 L'any 1995, un document de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) instava els professionals infermers perquè "estiguessin preparats per guiar els clients en l'elecció dels diferents mètodes complementaris", i les infermeres haurien d'estar capacitades per entendre en les diferents teràpies per poder aconsellar i/o recomanar les persones de les qual tinguessin cura.

114 Document sobre els instruments complementaris de les cures. Les infermeres es qüestionaven sobre els termes que calia utilitzar en referir-se a les teràpies naturals, ja que aquests s'empenen dins del context de la disciplina infermera i no es poden considerar medicines complementàries i alternatives. Conseqüentment, el COIB adopta la denominació d'instruments complementaris de les cures infermeres (ICC), malgrat que també es poden considerar modalitats terapèutiques que afavoreixen la salut.

115 Segons el mateix COIB, el col·lectiu infermer és el que presenta un percentatge més elevat (87%) de professionals practicants. Aquestes teràpies poden ser un complement a l'anomenada medicina convencional, ja que ajuden a estimular la cura natural de l'organisme. A més, representen una manera diferent d'entendre la salut. La manca de temps que es dedica als usuaris i l'excessiva medicalització del sistema sanitari són raons per a la seva demanda.

Teràpies Naturals i Complementàries per oferir la seva pràctica amb garantia de qualitat dins les cures infermeres.

La Societat de Medicina Familiar i Comunitària va elaborar una publicació, on diferents autors descriuen evidències científiques sobre el comportament de certes teràpies complementàries, utilitzades per professionals de la medicina i d'infermeria i que avalen el seu bon ús. Cal tenir en compte que no tot lo natural és sa, és important el rigor i la responsabilitat en l'aplicació d'aquests instruments complementaris dins del camp de la salut (Llor, coord., 2007).

1.2.6 LLENGUATGE INFERMER. ABORDATGE DELES CREENCES I ELS VALORS DE LA PERSONA ATESA

Durant molts anys, el treball de la infermera s'ha basat en la preparació de tècniques amb criteris biomèdics. Les seves intervencions autònomes anaven implícites en la qualitat essencial de la seva manera de ser i fer, malgrat que aquestes no quedaven registrades en cap lloc. Era una feina només visible per a la persona que en rebia l'atenció. Sovint, la persona malalta o la família expressaven comentaris com ara: "Aquesta infermera té bones mans" o "aquesta infermera només va per feina i no t'escolta".

Recordem que la filosofia de la pràctica infermera té en compte tenir cura de la persona de manera holística, fent una valoració global i integral, incloent-hi el cos, la ment i l'esperit.¹¹⁶ L'àmplia varietat de funcions, dins la pràctica infermera, permet que hi hagi flexibilitat i diversitat en les seves intervencions. Com a professionals de la salut, ens cal estar preparats per assumir la demanda de les persones pel

116 Teràpies cos i ment: Mètodes i/o tècniques de tractament que es basen en el coneixement de la ment i de l'ús d'interaccions amb el cos. Es poden utilitzar per reduir la sensació de tensió i els efectes de l'estrès, i milloren el benestar fisiològic i psicològic de les persones.

que fa a com volen que se les cuidi. Podem informar-les d'algunes de les diferents tècniques complementàries i de com aplicar-les. No sempre és obligat practicar-les, és opcional, si cal la disponibilitat de la infermera. Com venim dient al llarg d'aquesta tesi, cal pensar que cada vegada hi ha més diversitat cultural que requereix atenció sanitària i que, sens dubte, es poden utilitzar diferents tècniques i mètodes que poden ser complementaris a les nostres cures tradicionals (Riba, 2011).

Tenir un llenguatge propi és necessari a fi de poder compartir la informació de les experiències professionals. Adequar el llenguatge infermer estandarditzat¹¹⁷ té el poder de facilitar l'expressió i la comprensió de tot allò que està relacionat amb el procés de tenir cura (Riba, 2008). Cal proporcionar cures individualitzades, centrades en cada situació particular, abordant-les en diferents àmbits com ara al mateix centre, al domicili de la persona i als espais de la comunitat.

El procés d'atenció d'infermeria com a mètode científic és l'eina que recull cadascuna de les etapes del procés de cures des d'un marc conceptual definit. La infermera reneix en l'art de tenir cura i li cal disposar d'un mètode que unifiqui els llenguatges per poder comunicar-se, mesurar i investigar, amb l'objectiu de millorar la prestació de les cures a la persona, la família i la comunitat. Hi ha tres classificacions de la taxonomia del llenguatge infermer: sobre el diagnòstic infermer, les intervencions per fer l'abordatge del problema identificat i els resultats com a objectius de la persona. Aquestes etiquetes mantenen una clara interrelació entre si i ens ajuden a integrar els coneixements i

117 Nota de l'autora: Descobrir que hi havia uns catàlegs on es descrivia tot allò que fa la infermera va ser, per a mi, de gran ajuda. Per fi, tot el que feia tenia un nom propi. Podia obrir la publicació i demostrar el pes específic de l'evidència del seu contingut. Teràpies cos i ment: mètodes i/o tècniques de tractament que es basen en el coneixement de la ment i de l'ús d'interaccions amb el cos. Es poden utilitzar per reduir la sensació de tensió i els efectes de l'estrès, i milloren el benestar fisiològic i psicològic de les persones.

les habilitats dins la pràctica clínica. La infermera té l'opció, segons el resultat seleccionat, d'escollir la intervenció principal i adequada que ajudarà a assolir el resultat seleccionat.

Utilitzar un catàleg d'etiquetes diagnòstiques, de resultats i d'intervencions com a eines de suport afavoreix la gestió de les cures i en millora la qualitat (Johnson et al., 2012). Les etiquetes de resultat, Nursing Outcomes Classification (NOC), permeten, a través dels indicadors proposats, observar i monitoritzar el progrés del procés dins el pla de cures. Aquests instruments permeten avançar en la investigació de la pràctica clínica, aporten dades sobre l'experiència de la gestió de les cures i ajuden a decidir amb més precisió i a planificar les cures. A més, hi ha el catàleg Nursing Interventions Classification (Bulechek et al., 2013), on es detallen cadascuna de les intervencions i s'hi descriuen les activitats que les componen, i també es deixa marge perquè sigui la mateixa infermera qui determini si li cal afegir alguna altra activitat.

S'ha pogut comprovar, en les diferents edicions publicades, que aquests catàlegs evolucionen, ja sigui incrementant-ne les etiquetes o bé modificant-ne el contingut. Es nodreixen de diferents col·laboracions de grups d'experts que treballen els diversos temes i aporten evidències científiques, validades per diverses associacions, que en garanteixen la pràctica actual. En cadascuna de les etiquetes consta l'any que s'han incorporat al catàleg o l'any de les contínues revisions, que acrediten la constant actualització i en demostren l'eficàcia. Al llarg dels anys, s'han eliminat algunes de les etiquetes, en espera que es tornin a validar en el seu estatus actual o se n'acceptin les modificacions, o bé que quedin definitivament anul·lades.¹¹⁸

118 Donades les contínues revisions i modificacions dels catàlegs NANDA, NIC i NOC, s'aconseja consultar com a suport, per dissenyar un pla de cures planes, el nou catàleg actualitzat sobre vincles de NOC i NIC a NANDA-I i diagnòstics mèdics.

Hi ha diverses associacions encarregades d'actualitzar aquests catàlegs, amb una variabilitat d'intervencions segons l'especialitat, tant en les cures hospitalàries com en les no hospitalàries (annex número 2). La infermera, d'acord amb la seva expertesa i el seu judici clínic, té l'opció d'utilitzar-les dins el pla de cures amb l'objectiu d'ajudar la persona a minimitzar el dolor i aconseguir que senti benestar i comoditat (Riba et al., 2013).

La teoria de Kolcaba (2003 i 2011) el seu model de cures, considera tant la persona malalta com la família, la institució o la comunitat, amb l'objectiu de donar resposta a les seves necessitats de confort a fi de millorar-ne el benestar i la comoditat. Els contextos on considera aquesta comoditat són: físic, psíquic, espiritual, ambiental i sociocultural. Les necessitats de confort comporten tot un disseny de mesures dins el pla de cures. Com a objectiu important, Kolcaba té molt present el fet de conèixer la persona i escoltar-ne les manifestacions sobre el grau de comoditat i confort percebut a través de les cures que rep.

1.2.7 PLA DE CURES. MODELS CONCEPTUALS

El pla de cures s'ha de dissenyar integrant tot allò que ens cal saber sobre les dades objectives i subjectives de la persona. Pérez Robles (2003) diu: “[...] que cal enfocar sobre tot allò que la infermera fa amb la persona o en el seu nom, en lloc del que fa a la persona o per a la persona”. En una altra publicació, Pérez Robles (2006) es refereix a les necessitats espirituals de la persona de la qual es té cura, i com fer la recollida d'aquestes dades, però no es consideren les creences i els valors des de la perspectiva més àmplia i oberta fora de l'experiència religiosa i espiritual. L'art de tenir cura no deixa de ser un acompanyament a la persona en la seves experiències de salut, i engloba la relació interpersonal, el disseny de les cures, la forma de ser de la infermera i el recurs de l'estètica. Aquest procés cal que

reflecteixi l'activitat pròpia de la infermeria, guiada per una orientació clara sobre els plantejaments del model estructural escollit per la mateixa empresa (Kérouac, 2007).

Les infermeres tenen al seu abast diferents teories i models conceptuals que, des de la seva filosofia, emmarquen de ple els conceptes de les creences i els valors de la persona, bé des de la cultura o des de l'espiritualitat, dins l'art de cuidar. Alguns d'aquests els utilitzen altres professionals d'infermeria propers al nostre entorn. Watson¹¹⁹ considera per excel·lència l'espiritualitat de les persones. Per a ella, és important l'harmonia entre l'ànima, el cos i l'esperit a fi que es generin en la persona les condicions de respecte per a ella mateixa i el coneixement sobre el seu problema de salut, per promoure l'autocura i proporcionar benestar i comoditat (Jesse, 2011). La teoria de Leininger (2002) integra la diversitat de la cura cultural. Totes dues autores van encaminades cap a les cures holístiques. El model de Gordon (2014)¹²⁰ presenta una tipologia d'onze patrons funcionals de salut que aporten una estructura funcional en la fase de valoració de la persona, i faciliten arribar a la identificació del diagnòstic infermer. La cultura influeix, a escala personal i socioambiental, en el desenvolupament dels patrons de salut de Gordon. No es pot considerar un patró de forma aïllada, ja que interactuen els uns amb els altres. És en el patró número 11 on es descriu el que cal tenir present per valorar si la persona pateix alguna alteració de la capacitat per escollir i decidir segons les seves creences i valors, considerant el que és correcte, el que és important en la seva vida i com percep la seva salut. Per tant, s'ha de tenir present: Quins conflictes té amb les seves creences. Les decisions en relació amb el seu tractament, les prioritats sobre el seu problema i com desitja que sigui el seu final vital. Valoració de les oposicions familiars i de les seves pràctiques religioses que poden suposar un risc per a la seva salut.

119 El model de Watson s'utilitza per a cures sota criteris holístics.

120 El model de Gordon l'utilitzen centres d'atenció primària no ICS.

1.2.8 PLA DE CURES: MODEL CONCEPTUAL VIRGINIA HENDERSON

Des del primer moment, l'ICS, empresa gestora, va apostar per la conceptualització de la filosofia de Virginia Henderson (1971) com a instrument de valoració integral per conèixer el grau de dependència de la persona atesa. Per tant, ens centrarem en l'únic model conceptual que, encara l'any 2015, estan utilitzant les infermeres de l'ICS d'atenció primària. Aquest model es basa en les 14 necessitats bàsiques que la persona ha de tenir satisfetes, ja sigui per ella mateixa o amb ajut.

La necessitat número 11 (annex número 3) és la que fa referència a les creences i els valors. Descriu les dades que cal tenir present per valorar si aquesta necessitat està satisfeta, o bé si té alguna mancança on li cal ajuda. La infermera pot ajudar la persona a practicar la seva religió o actuar d'acord amb les seves pròpies idees, quant al bé i el mal. Henderson (1971) descriu de manera àmplia com cal apropar-se a la persona a fi de conèixer el que pensa i com vol que se la tracti. Considera la importància de mantenir la confidencialitat i l'ètica a l'hora de registrar les dades obtingudes per a les manifestacions de la mateixa persona i l'observació del professional infermer. Cal tenir respectar les necessitats espirituals de la persona de la qual es té cura, ja que té a la preservació de les seves creences.

S'ha de pensar que si en un estat de salut òptim són importants les practiques religioses a fi de mantenir el benestar, encara són més importants davant d'un problema de salut o malaltia. Per bé que és difícil poder abordar aquest tipus de dades de la persona, és més punyent no saber-les, ja que això provoca una manca d'informació que seria molt útil en les cures per fer una valoració integral de la persona.

En segons quines religions o cultures, hi ha preceptes que és important complir quant a alimentació, lleure, conductes socials i estils de vida. Cal que la infermera tingui coneixements sobre les confessions religioses més habituals que practica la població que està atenent amb l'objectiu de valorar si determinats preceptes són inofensius, o si hi pot haver algun problema que pugui generar conflictes en les cures.

Dins de la guia de pràctica clínica del *Procés d'atenció d'infermeria*, Campo et al. (2000) ens descriuen d'una manera molt reflexiva el que cal explorar i observar en cadascuna de les necessitats bàsiques del model de Henderson. Sobre la necessitat número 11, es refereixen a viure d'acord amb les pròpies creences i valors. Comenten l'ambigüitat i pluralitat que hi ha pel que fa a aquests dos conceptes. La creença va molt lligada a la cultura i el valor, més aviat, va lligat a l'experiència de vida de la persona; són expressions íntimes de la manera de pensar de cadascú. L'abordatge cal que sigui prou ampli tenint en compte les diferents visions, religioses i no religioses, que tota persona pot sentir.

Si partim del pensament d'Evelyn Adam (Pokorny, 2011) sobre el model de Virginia Henderson, ens ajudarà a entendre com aquest model ha estat escollit per molts centres sanitaris i docents d'arreu del món. Ella parteix del fet que, per obtenir un millor exercici d'infermeria, cal que hi hagi tres components essencials: el primer és el mateix beneficiari de les cures; el segon és la infermera, que aporta el seu coneixement extret d'un model conceptual com a base del procés d'infermeria, i el tercer fa referència a la relació que s'estableix entre la persona atesa i la infermera com a prestadora de cures.

Virginia Henderson (1897-1996) ha deixat una obra molt intensa. És autora de llibres, articles, cursos i conferències que evidencien la seva labor com a professional en ple segle xx. Hi ha qui la compara amb Florence Nithingale (1810-1920), gran infermera que, en el segle xix, va marcar un nou camí per a la infermeria. Ambdues van viure en dos segles ben diferents i són recordades per la seva reconeguda

aportació a la disciplina infermera. És important tenir-ho present, ja que moltes vegades es volen descobrir nous camins sense haver après a caminar pels que tenim més a prop.

Henderson va treballar com a infermera domiciliària durant dos anys. De ben segur que aquesta experiència li va aportar els coneixements que evidencien la importància que té en el procés de curació de la persona malalta poder mantenir-ne els hàbits de vida i conservar-ne l'entorn familiar (Fernández i Novell, 1993). Segons Henderson (1971), els aspectes clau que fonamenten aquest model conceptual es basen en el següent: tota persona sana o malalta és un tot complet que presenta 14 necessitats bàsiques,¹²¹ que cal satisfer-les per poder viure de forma independent. El rol de la infermera consisteix a ajudar-la per aconseguir la seva independència al més aviat possible (Besora i Bitria, 1996).

1.2.9 LA CARITAT I LA COMPASSIÓ EN LES CURES

Les funcions de la infermeria es duen a terme des del rol de la col·laboració i el rol autònom. Dins del rol de la col·laboració, la infermera ha de conuiu amb el model biomèdic, fet que pot dificultar la visió humanística que cal tenir present en el pla de cures. Aquest model, a causa seu contingut amb valors humanístics i integrals, garanteix que la infermera, des del seu propi rol autònom, pugui planificar cures de qualitat en la població que està atenent.

És possible que, per a moltes persones, la caritat¹²² només sigui un sinònim d'una de les virtuts teològals, malgrat que, dins l'art de cuidar,

121 Necessitat bàsica i/o vital: És indispensable per a la persona a fi de mantenir la seva integritat física, psíquica, emocional i espiritual. Les necessitats bàsiques són comunes a totes les persones, malgrat que, a cada persona, li cal tenir la força, la voluntat i el coneixement per poder-les satisfer.

122 L'any 1965, quan em vaig col·legiar, em van entregar una agulla de solapa amb l'escut del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, on posava Caritat, Ciència i Art.

ens podem referir a aquest mateix concepte sota les paraules: ajuda, assistència, emparament, compassió i comprensió. Aquests són valors que les infermeres haurien d'incorporar, ja que els permeten apropar-se a la persona malalta més enllà de la ciència mateixa. Torralba (2008) identifica la compassió com una virtut moral no exclusiva de cap religió ni de cap filosofia, sinó que és present en el pensament moral de totes les cultures, tant d'occident com d'orient, i consisteix a percebre com a propi el sofriment de l'altre.

La compassió és una virtut, però no és el mateix que tenir empatia, que, malgrat ser també necessària, no es considera una virtut. La virtut és un hàbit que requereix esforç, treball d'esperit i de ment. El fet d'exercitar-la perfecciona l'interior de la persona que la cultiva. Hi ha diversos tipus de compassió: la que es considera estàtica, que no és prou solidària, i la que és dinàmica, que es considera autèntica, que s'integra en plenitud en el sofriment de l'altre. De fet, no es pot contraposar a la mateixa autonomia de la persona malalta, ni a la capacitat de poder decidir sobre el seu futur. En l'actualitat, la massificació, l'especialització, l'atenció virtual i la gran quantitat de burocràcia fa augmentar la distància que hi ha entre la persona malalta i el professional de la salut. El cara a cara, mirar-li els ulls, tocar l'altre, ens ajuda a l'apropament entre tots els actors que intervenen en les cures.

“Cal pensar que en aquells moments conflictius de la vida que la salut es torna feble, tots necessitem sentir-nos en pau i amb complaença espiritual” (Riba, 2015).¹²³

123 Reflexió de la mateixa autora. Pendent de publicar.

1.2.10 LA MOTIVACIÓ I LA VOLUNTAT EN LES CURES

Observem la motivació i la voluntat per la relació directa que tenen amb les cures que imparteixen les infermeres i la seva connotació amb les creences i els valors de la persona. Reeve (2010) descriu la motivació com la força que ens mou a dur a terme activitats. Val a dir que ens sentim motivats quan tenim voluntat per fer alguna cosa i ens sentim amb ganes de fer-la. La motivació pot fluir des de l'interior de la persona com una força que ens provoca una actitud positiva, però també podem estar motivats per estímuls externs.

Lluch (2013) fa un seguit de reflexions sobre la motivació i descriu d'una forma molt entenedora algunes regles d'or, molt útils per als professionals d'infermeria, en les quals capta l'essència de la motivació. En primer lloc, Lluch diu: "Per motivar, cal estar motivat". Segueix amb la consideració que la comunicació és l'eina que ens facilita la relació amb l'altre i cal que sigui honesta i clara, atès que la desmotivació es pot generar, precisament, per dificultats en la comunicació. Apropar-se a l'altra persona ajuda a motivar-la i a mantenir la motivació ja adquirida. Si, més no, cal fer-li saber que hi som, sobretot quan la situació és complexa i poc clara. No sempre és un bon moment per actuar, perquè els diferents estats emocionals de la persona de la qual tenim cura poden afectar la seva resposta per sentir-se motivada.

El grau de motivació varia d'una persona a l'altra. Pot haver-hi estímuls que actuen de manera massa intensa i, en lloc de facilitar-ne la motivació, poden provocar alguns efectes adversos, fins i tot la desmotivació. La persona és lliure d'escollir com vol viure, sempre que l'elecció que faci no actuï en contra de la seva salut. Sovint, s'associa la capacitat de motivar amb l'acció, però la motivació comença amb la no-acció. L'observació i el respecte cap a l'altre seran suficients per ajudar. Hem de pensar que cadascun de nosaltres som diferents, ens movem diferent i pensem diferent. Cada persona necessita el seu

*tempo*¹²⁴ per poder actuar d'acord amb la pròpia personalitat i amb com vol viure'n la vida.

Segons Morgado (2015), la motivació aporta emocions. La raó necessita més temps per pensar i actuar. L'emoció, en canvi, és ràpida. Per tant, a vegades cal actuar una mica més amb la raó i controlar que les emocions tinguin menys intensitat, cosa que ens ajudarà a ser més estables. Una dita popular diu: "Cal actuar més amb el cap i menys amb el cor". Estar motivat és una resposta de la persona que afavoreix l'adherència i el control del seu problema de salut. També ajuda a acceptar les responsabilitats de les accions i genera poder, el que augmenta la capacitat per fer-les.

La motivació fluctua, ja que no sempre tenim la mateixa voluntat per fer les coses. A vegades, els efectes de la motivació poden ser més lents i cal esperar els resultats.¹²⁵ Com a prestadores de cures, hem de saber escoltar, valorar i entendre la situació en què es troba la persona que s'està atenent per poder-la ajudar a recuperar la seva energia, en cas de manca de força. Jiménez-Ortiz (2009), des de la visió més espiritual, explica que ens podem referir a la voluntat com la fortalesa que ajuda a tenir fermesa i ser conseqüent amb el que un creu i pensa per actuar en aquells moments que les situacions són difícils i no desitjades, i que afectin les decisions davant d'un problema de salut.

La voluntat, des de la visió religiosa, s'emparella amb la fortalesa, la qual necessita que l'amor l'alimenti; és a dir, si estimes, per descomptat que acceptaràs el sacrifici i l'esforç que et farà ser més

124 Paraula italiana que significa temps. Velocitat en l'execució d'una peça musical. Cadascun de nosaltres té el seu tempo, segons la situació en què està ubicat. Cal preservar-ne la individualitat i respectar-ne la forma de fer.

125 Els indicadors que formen el NOC sobre la motivació núm. 1209 són suficientment explícits per ser monitoritzats, com a representació del progrés i estat desitjat de la persona, per a aquells problemes de risc per a la seva salut o conductes d'incompliment del seu pla terapèutic.

fort per sobreviure i tirar endavant. A les personalitats indecises, a vegades els cal tenir un horitzó que marqui el seu nord. És possible que trobin en la religió i en les doctrines aquesta condició que, sense pensar gaire, només pel fet de ser creients, els permet mantenir un estil de vida estereotipat. Les seves creences els donaran la clau per obtenir el beneplàcit diví, el perdó dels seus pecats, una vida eterna o qualsevol altra situació que proclami la seva doctrina. Aquestes personalitats solen tenir emocions alterades, que s'expressen per sentiments d'angoixa i de por. És freqüent que els dubtes els facin trontollar i que aquestes situacions no desitjades afectin les seves decisions davant els problemes de salut.

Per a aquelles persones que no pensen de forma absoluta, que reflexionen sobre les seves creences sanes i que, com a creients, són conseqüents amb els seus pensaments, els és més fàcil estar motivades. La voluntat les ajuda a ser més perseverants, les fa perdre la por i, a la vegada, són menys agosarades; és a dir, controlen la situació que viuen. Les seves normes de convivència les fa ser més pacients i més fidels. Els valors que defineixen la seva forma de ser i de fer ben segur que els han adquirit en l'entorn familiar, escolar o comunitari, o bé com a individus s'han nodrit d'experiències pròpies que els han fet redefinir la seva personalitat.

L'ésser humà té com a nota característica del seu pas pel món que no sols hi viu, sinó que també hi habita. L'hàbitat constitueix el tret determinant de l'exercici de persona, home o dona, en el si d'un àmbit cultural, polític, social i religiós determinant (Boixareu, 2003). Emmalaltir i guarir són dues situacions inherents en tot ésser viu. En l'ésser humà, però, hi ha uns determinants que acompanyen la seva forma de fer, com la mateixa racionalitat i les relacions amb si mateix, amb els altres i amb la natura, i, si un és creient, caldrà afegir-hi el vincle amb Déu. Estem, per tant, dins d'una societat que necessita replantejar-se vells conceptes de salut i malaltia. Vivim en un entorn on són els polítics els que marquen les estratègies dels conceptes de

salut i de guarició i on la tecnologia¹²⁶ té un paper important envers les cures humanístiques. És possible, doncs, que faci falta reflexionar i reformular com volem viure i volem morir.

Cal que les infermeres siguin capaces d'entendre les cures sota un criteri més humanístic. Chávez (2014) manifesta que, per a una persona en estat crític de salut, i davant d'una situació no desitjada, apareixen sensacions d'angoixa i de por. Conèixer i estimular les seves creences i els seus valors, i a més a més procurar afavorir el suport de la família, ajudaran a pal·liar el dolor i el sofriment que, sovint, són els desencadenants dels problemes de manca de benestar i de desconfort.

126 Ens referim a les tècniques que sí que són necessàries en moltes de les intervencions dels professionals de la salut.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

1.3 L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A L'ICS: INICIS I CONCEPTUALITZACIÓ ACTUAL

L'ICS va començar la reforma de l'AP¹²⁷ posant en marxa, de manera esglaonada, els nous equips dins el territori català.¹²⁸ Fins a aquells moments, l'organització s'havia basat en la tasca individual, a vegades aïllada, dels professionals. El nou model d'atenció incorporava conceptes assistencials sobre promoció, prevenció i rehabilitació, més la funció docent i investigadora. El canvi significava una nova visió assistencial més integral i renovadora, sota un enfocament de treball en equip i amb perspectiva comunitària.

El personal, tant sanitari como no sanitari, que treballava a l'ambulatori on es produïa la reforma tenia l'opció preferent d'adherir-se al canvi, passant a formar part del nou EAP que es constituïa. No tots els professionals van acceptar el canvi, a causa de pors i dubtes, perquè no tenien gaire clares les noves estratègies de la reforma. Les

127 L'aprovació, l'any 1983, de la Llei d'administració institucional de la sanitat, l'assistència i els serveis socials de Catalunya donava lloc a la creació de l'Institut Català de la Salut. A poc a poc, es van anar establint les bases del nou model sanitari amb l'inici de la reforma de l'atenció primària (RAP). No és fins a l'any 1990 que es va aprovar la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), i ja es formalitza el nou model sanitari català.

128 Ordenació territorial de l'atenció primària en àrees bàsiques de salut. Catàleg de serveis Generalitat de Catalunya.

L'any 1987 es van iniciar els equips ubicats a Badia, la Mina, Canteres, Girona i Lleida (les Borges Blanques).

infermeres que, per un motiu o un altre, no van fer el canvi van seguir treballant al CAP II¹²⁹ fent tasques d'infermeria com a suport al metge especialista, o bé van continuar al costat d'un metge de medicina general que tampoc s'havia adherit a la reforma. Més endavant, la provisió de les places vacants de cadascun dels equips es van cobrir per concurs.

Han estat anys d'assentament del sistema sanitari dins un context d'evolució i modernització d'acord amb les necessitats de la població. L'Administració pública té la responsabilitat de vetllar per garantir la qualitat de l'assistència que es presta als centres sanitaris. Fa temps que es va començar a treballar la cultura de la qualitat, amb l'objectiu que els centres assistencials tinguessin l'excel·lència que garantis la qualitat de l'atenció amb una clara orientació al ciutadà, que, en definitiva, és l'usuari del sistema. Des d'un inici, l'any 1980, es va crear un grup d'experts per treballar els estàndards de qualitat¹³⁰ dels centres sanitaris hospitalaris, i van quedar acreditats, entre el 2007 i el 2009, la majoria dels hospitals de Catalunya XHUP.¹³¹ S'ha continuat treballant per a l'acreditació dels centres assistencials d'atenció primària com un dels quatre eixos estratègics del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària.¹³²

129 Els CAP II són centres d'atenció primària on es presten serveis especialitzats de suport a l'atenció primària de salut. Comprenen diverses àrees bàsiques de salut.

130 Normes d'acreditació: una estratègia global per millorar la qualitat i la seguretat clíniques per avançar cap a l'acreditació dels centres de salut com a prestadors de serveis segurs i eficients.

131 Xarxa Hospitalària d'Utilitat Pública.

132 Disponible en PDF: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menu>

1.3.1 GESTIÓ I ESTRATÈGIES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A CATALUNYA

Emmarquem, doncs, l'actual model d'atenció primària de Catalunya per identificar com s'està desenvolupant dins dels equips l'assistència a la ciutadania. Volem conèixer els conceptes de la que és o hauria de ser la seva estructura de gestió. Aportem la informació a partir de les dades d'aquesta recerca, les quals s'han obtingut de les d'infermeres que en l'actualitat presten les cures dins d'equips d'AP de l'ICS i que, arran de la nostra intervenció, han pogut expressar lliurement el que pensen sobre el tema que els hem proposat. Aquest model de gestió busca l'excel·lència en la prestació dels serveis dins els centres d'AP, amb qualitat i seguretat, amb la comprensió clara de com fer el seguiment dels processos i dels resultats, i de com avaluar les millores, planificar-les i implementar-les.¹³³ Es proposa treballar dins d'unes línies estratègiques de lideratge, d'acord amb un document¹³⁴ que uns grups d'experts han consensuat i elaborat, on consten els estàndards amb criteris, subcriteris i agrupadors conceptuals, segons filosofia i estructura de l'EFQM¹³⁵. Tot això, amb la finalitat de facilitar l'autoavaluació per a una gestió més eficaç i eficient, on s'identifiquin els punts forts i febles de l'equip.¹³⁶

L'objectiu és poder fer la revisió contínua de les accions dutes a terme per gestionar les millores dels seus serveis. Es vol un punt de partida de millora per orientar els resultats, satisfer els ciutadans i els

133 *Model d'acreditació d'equips d'atenció primària*. Editat per la Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Serveis>.

134 *Manual agrupador conceptual d'estàndards per a l'acreditació d'equips d'atenció primària a Catalunya*. Editat per la Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Serveis>.

135 Filosofia del model de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat. EFQM sigla anglesa: European Foundation for Quality Management, i fundada el 1988.

136 DAFO. Matriu que serveix com a eina per conèixer: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats. Perfil individual, personal d'una empresa, etc.

professionals de l'equip i aconseguir un impacte positiu en la societat. S'està treballant per obtenir l'acreditació, tot i que, de moment, aconseguir el certificat acreditatiu no és de compliment obligat. És evident que, un cop aconseguit, caldrà revisar-lo passat el període de tres anys.

L'equip directiu de cadascun dels EAP haurà de definir el seu pla estratègic, amb una missió que determina les línies d'actuació fonamentals i que el mateix equip haurà d'aprovar. Les seves actuacions estaran, en tot moment, alineades amb el Pla de Salut vigent. El pla estratègic és un document on és reflecteix l'estratègia que cal que una companyia o organització segueixi a mitjà termini. És quantitatiu, perquè indica els objectius numèrics de l'EAP; és manifest, perquè especifica polítiques i línies d'actuació per aconseguir els objectius marcats, i es considera temporal, perquè s'estableixen intervals de temps, concrets i explícits, que s'han de complir segons els acords establerts i aprovats.

L'estratègia és l'essència d'una organització, són les accions que fan possible que es compleixi la missió, sinònim de plans i objectius marcats pel mateix equip. Cada un d'aquests gestiona el seu pla estratègic i de qualitat. Aquest pla implica tot l'equip, des de la Direcció fins al darrer nivell operatiu. Es mesura la qualitat i s'objectiva la millora obtinguda. Els objectius de qualitat poden estar inclosos en el mateix pla estratègic. Es desenvolupa l'estratègia d'acord amb la missió, la visió i els valors de l'organització. És tenen presents les necessitats i les expectatives de tots els grups d'interès.¹³⁷ Cal promoure la formació permanent de les persones de l'EAP per mantenir-ne les competències específiques quant a les seves funcions d'assistència i de suport a fi que es satisfacin les necessitats dels ciutadans. L'EAP

137 S'entén com a *grups d'interès*: organitzacions, entitats, associacions, empreses o agrupacions d'individus amb interessos respecte a l'organització, com l'Administració (a tots nivells), persones de l'EAP, ciutadans, proveïdors, hospitals, compradors de serveis, entitats financeres, associacions de veïns, entitats docents, sindicats, etc

ha de disposar del programa per a cada col·lectiu¹³⁸ en relació amb les activitats preventives i de promoció de la salut.

L'avaluació de les aptituds, actituds i habilitats de cadascuna de les persones de l'organització es duu a terme amb una periodicitat anual. Té una estructura formal, homogènia, i aquest procés es normalitza fomentant la participació de la persona, que se l'avalua en una entrevista amb l'equip directiu, en la qual aporta la seva conformitat i el seu compromís d'evolució positiva. També és necessari desplegar activitats encaminades a gestionar aquest canvi evolutiu amb l'objectiu d'aconseguir millorar la qualitat dels serveis. El pla de formació ha d'estar orientat a les necessitats dels ciutadans i a les persones que formen part de l'EAP, que s'hauran format respecte als equipaments assistencials de la seva competència disponibles al centre.

Com en tot procés de millora, l'avaluació de la satisfacció de les persones que han rebut la formació continuada és fonamental per obtenir una progressió efectiva. Tots els cursos impartits, a excepció de les sessions clíniques, han de recollir l'opinió de les persones formades, tant amb referència als continguts com a les habilitats i capacitats dels docents i dels materials aportats, així com de l'organització, dels recursos tècnics de suport i del confort. Cal conèixer les aptituds, les actituds i les habilitats de cadascun dels professionals per poder identificar punts de millora possibles i diferents oportunitats formatives. Aquesta avaluació, com a mínim, s'ha de dur a terme un cop l'any mitjançant un sistema que l'organització estandarditza.

Es disposa d'un pla d'acollida per a persones de nova incorporació, en què s'inclouen els elements fonamentals d'orientació i coneixement de l'organització a fi de facilitar la integració ràpida de les persones a la institució i a la unitat funcional a la qual s'incorporin.

138 Assistència sanitària edat adulta i assistència sanitària edat pediàtrica.

La informació es distribueix per diversos canals,¹³⁹ que s'avaluen i s'actualitzen periòdicament per compartir la informació corporativa, els coneixements i les millors pràctiques.

Cada equip haurà de disposar d'un pla d'acollida als ciutadans nous per informar de la cartera de serveis del centre, l'assignació dels referents assistencials, la identificació de necessitats, els drets i els deures que tenen com a usuaris del sistema de salut, etc. A la vegada, també haurà de vetllar pel respecte als seus drets com a usuari. L'atenció es fa amb criteris, sense cap mena de discriminació per raons ètniques, culturals, de gènere, de condicions socioeconòmiques o creences. Si cal, l'equip s'adapta amb instruments facilitadors, com ara suports informàtics de traducció simultània¹⁴⁰ o de mediadors culturals, per fer una atenció integral sense dificultats de comunicació.

El codi ètic institucional és la guia d'actuació col·lectiva i individual de les persones de l'equip, protocol·litzat per tots els professionals que hi treballen. Respecten la intimitat i la confidencialitat en tots els seus actes assistencials. Tenen en compte el confort i la dignitat en l'atenció al final de la vida, segons els protocols d'actuació consensuats pel mateix equip, a fi de garantir que aquestes intervencions es facin de forma adequada.¹⁴¹ Hi ha casos en què la persona atesa no té la suficient autonomia¹⁴² i, per tant, cal que la presa de decisions la facin altres persones com a responsables legals,¹⁴³ i s'informa de com obtenir els documents de consentiment informat i el document de

139 Suport en paper i/o suport electrònic com intranet, correu electrònic, etc.

140 Incorporats en la mateixa xarxa informàtica.

141 Sovint, amb actuacions d'infermeria avançada i de la coordinació de PADES, en aquells casos de situacions especials de cures que ho requereixen.

142 Per incapacitació, menors d'edat, o per altres alteracions que facin que no siguin capaços intel·lectualment ni emocionalment d'entendre l'abast de la intervenció.

143 Familiars i/o tutors designats com a representants legals.

les voluntats anticipades.¹⁴⁴ La qualitat dels registres dins de l'HCAP s'explica en un altre apartat, en el qual tractem aquest instrument de comunicació interprofessional de forma més específica.

1.3.2 NOU ROL DE LA INFERMERA DINS L'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Per a la infermeria, la reforma de l'atenció primària va implicar, en un primer moment, una altra manera de treballar. Començava un profund procés de canvi que no sempre va ser ben acceptat. Val a dir que els canvis no són sempre fàcils, ja que apareixen resistències que, en més o menys grau, dificulten avançar. Hem de tenir present que no és el mateix quan el canvi que fa un professional té l'objectiu de progressar en allò que l'inquieta i/o el preocupa o quan ve donat per la mateixa institució on el professional presta els seus serveis, i amb uns objectius aparents de millora de qualitat. Malgrat tot, no hi ha un altre remei. Cal aprendre a viure amb el canvi. S'espera dels comandaments que tinguin una visió anticipada de la situació de resistència, en cap moment desitjada, per planificar els recursos que estimularan que els professionals siguin capaços d'acomodar-se i transformar-se a fi d'adaptar-se a les estratègies que marca la institució, segons els valors i la cultura de la seva organització.

Teixidor i Pont (2002) expliquen que, en qualsevol procés de canvi dins d'una empresa, el professional que hi treballa passa per diferents fases representades per la negació, el rebuig, la negociació, el caos, la depressió i la resignació. Algunes d'aquestes fases apareixen abans d'hora a través dels primers rumors sobre el possible canvi, que encara no s'ha anunciat de manera oficial.

144 Una persona major d'edat o menor emancipada, amb capacitat legal suficient i de manera lliure, estableix les seves voluntats anticipades. Aquestes s'han de tenir en compte quan es trobi en una situació en què no pugui expressar la seva voluntat. El concepte exclou previsions contràries a l'ordenament jurídic i a la bona pràctica clínica.

Les expressions següents són representatives de cadascuna de les fases que ajudaran a reconèixer l'estat emocional de la persona implicada en l'afer:

- » La negació és energia, és el primer *no* rotund, expressat individualment o en grup.
- » El rebuig és l'expressió de la frustració i el desacord quant a les propostes que fa l'empresa.
- » La negociació comporta eliminar o frustrar la proposta de canvi.
- » El caos el provoca el sentiment d'impotència, d'inseguretat.
- » La depressió apareix quan els anterior mecanismes no han funcionat i el canvi continua progressant.
- » La resignació ja correspon a l'acceptació passiva i es presenta amb una evident manca d'entusiasme.

Un cop ja s'ha establert el canvi, cadascun dels professionals implicats poden viure aquestes fases d'una manera diferent. Alguns d'ells ho poden fer de manera ordenada, entenent que són necessàries per reflexionar, actuar i innovar. Altres ho fan d'una manera més traumàtica i, fins i tot, se'n poden quedar estancats dins d'alguna i no tenir la capacitat ni la motivació per poder avançar. Cal que les fases del procés del canvi tinguin un temps natural de vida perquè els professionals les puguin viure, entendre i reflexionar. Cal evitar l'element de sorpresa i inseguretat que pot fer que el canvi projectat faci fallida.

Quan ja s'han superat aquestes primeres fases de resistència al canvi, n'hauran d'aparèixer –és d'esperar– unes altres que aportaran canvis positius que ens marcaran els inicis de la renovació, la qual, és possible,

que per a alguns no sigui prou desitjada. Les actituds positives que acompanyen l'assentament de l'acceptació vénen expressades per la franquesa, la disponibilitat i, per últim, el ressorgiment.

- » La franquesa com a producte de l'energia renovada, que expressa implicació.
- » La disponibilitat és un oferiment personal per explorar nous coneixements, implicació emocional.
- » El ressorgiment ja expressa la plenitud de la implicació del professional al canvi.

1.3.3 IMPLANTACIÓ DEL MODEL DE CURES DINS DE L'AP DE L'ICS

La infermera pot escollir el model que li sigui més adient per treballar, però cal pensar que, quan ella presta les cures dins d'una organització, ha de ser l'organització que, com a empresa, ha de valorar el model conceptual adient, sempre d'acord amb les seves polítiques de gestió i segons les necessitats de la població que s'ha d'atendre. Dins l'assistència primària hi ha processos de salut que es consideren prioritaris. L'envelliment de la població, l'augment de les malalties cròniques i les demències, moltes vegades, requereixen que les cures s'atenguin en el domicili mateix. En aquestes cures, hi intervenen altres actors, a més a més de la persona malalta. Com a primer actor, hi ha la família, que, com a cuidadora principal, és l'eix vertebral de les cures que necessita la persona malalta que no pot desplaçar-se al centre d'assistència.

Amb el propòsit d'incorporar aquesta nova forma de treballar, Esteve (2002), dins el document sobre el projecte de professionalització de les infermeres d'atenció primària, entre els anys 1996 i 2000, de

l'Institut Català de la Salut,¹⁴⁵ ens explica com es van desenvolupar els programes de formació per millorar els coneixements de les infermeres en relació amb el model conceptual de Virginia Henderson. Esteve fa referència detallada a com es va començar a desenvolupar aquest projecte. També ens comenta que cal tenir present que allò que anomenem resultats no és més que l'inici.

L'objectiu principal de l'ICS, com a empresa de serveis, va ser que totes les infermeres utilitzessin el nou plantejament de cures. Es volia que, en poc temps, aquesta nova implementació fos efectiva, eficient i congruent amb les necessitats de la població. Per aquest motiu, l'ICS va desplegar tota una logística amb cursos i tallers amb l'objectiu de facilitar la formació necessària a tots els professionals d'infermeria. Va ser tot un repte aconseguir que, a curt termini, aquesta immersió es fes realitat. Per a les infermeres, l'aprenentatge va ser complex, ja que no era qüestió d'aprendre una nova tècnica, sinó que calia entendre els conceptes del model implementat recentment i creure-hi. Malgrat que la filosofia de Henderson s'adapta molt bé a les cures, a persones amb problemes de salut crònics i complexos, algunes infermeres consideraven que fer el pla de cures estructurat sota un model era un entrebanc innecessari. D'altres ho van viure com una imposició de l'empresa, i poques van comprendre la verdadera filosofia de tenir cura, des de la perspectiva d'acollir-se a un model conceptual, en benefici d'unes millors cures.

Per poder desenvolupar el pla de cures, hem pogut veure que Henderson proposa conèixer la persona, identificar les causes de la seva dificultat i valorar-les per tenir, en la mesura del possible, satisfetes les 14 necessitats bàsiques, les quals ella mateixa, o amb ajuda, satisfaria si no tingués mancances en la força física i psíquica, en la

145 Conferència pronunciada en el marc de la jornada de presentació d'aquest projecte de formació per a la implantació del procés de cures en els equips d'atenció primària de l'ICS. Organitzat per l'ICS i l'EUI Santa Madrona de la Fundació "la Caixa".

voluntat i en el coneixement. La valoració integral ajuda la infermera a fer el procés de reflexió clínica, i l'orienta per establir els objectius de les cures d'acord amb la persona atesa i/o el cuidador per aconseguir, d'aquesta manera, augmentar-ne el benestar i la qualitat de vida, i fer més fàcil l'evolució del seu procés i el desenvolupament dels seus potencials.

La filosofia d'aquest model parteix del concepte que tots tenim les mateixes necessitats humanes. Tot i que cada persona és única, és difícil trobar dues persones que puguin viure la mateixa situació de salut d'igual forma. També cal considerar que la persona malalta es troba en una situació feble. Per aquest motiu hem de tenir present què vol i com ho vol. Només en aquells casos en què s'estigui inconscient, serà la infermera mateixa la que haurà d'esbrinar si hi ha algun document que expressi les seves voluntats o els seus desitjos. Si no és el cas, ho haurà de preguntar a la família, que, com a cuidadors, vetllaran pel seu interès.

Hi ha necessitats que es refereixen a dimensions considerades més fisiològiques i de seguretat, i n'hi ha que estan relacionades amb aspectes sociològics i psicològics. Com ja hem explicat abans, ens centrem en la necessitat bàsica número 11, que aborda les creences i els valors de la persona no només des de la religió, sinó des d'una visió més oberta. Hem de saber què li preocupa pel que fa a la malaltia, la salut, la mort, la família i l'entorn. Ens cal conèixer els costums propis de la seva cultura, des de la perspectiva individual, familiar, de comunitat o país, i hem de respectar, tolerar i no jutjar, sempre que no tingui una conducta limitant per a la seva salut.

Hi ha una interrelació entre una necessitat i l'altra, malgrat que hi hagi infermeres que consideren que algunes d'aquestes necessitats són més prioritàries que d'altres. Hem observat que la necessitat que es refereix a la comunicació queda relacionada en el número 10, tot just abans de la de les creences i els valors. És una de les que ens obre

la porta per poder conèixer la persona de la qual tenim cura. Ens serà impossible poder saber el que pensa la persona si no prestem atenció al to de les paraules, a les seves expressions, a la seva gesticulació i a la seva mirada. Hi ha signes que poden evidenciar estats emocionals alterats: pols accelerat, canvis de ritme respiratori, color de la pell, suor freda, etc. En aquelles persones que no es poden comunicar verbalment, haurem d'aprendre la seva pròpia forma d'expressió no verbal per aconseguir-hi l'apropament.

La infermera té un paper important, i per tant ha de mostrar una actitud observadora. Cal que tingui les habilitats adequades (sensibilitat, coneixements i bon criteri) per saber aprofitar qualsevol ínfim instant que li doni l'oportunitat de poder connectar amb la persona i escoltar-la. Fins i tot, li serà molt útil conèixer millor la idiosincràsia familiar. Qualsevol petit canvi s'ha de valorar per modificar, si cal, el pla de cures, que ha de ser viu i dinàmic. Entendre i conèixer la persona a la qual s'està atenent és un principi d'apropament sense el qual no es pot establir un pla de cures individual. Fernández i Novell (1993) han fet una proposta del model conceptual de Virginia Henderson, no com a traducció literal, sinó amb criteris de funcionalitat. Han volgut donar resposta a les necessitats actuals de les cures. Diuen que les infermeres han de tenir immers el model i aplicar-lo amb un sentit crític, adaptant-lo a cada situació. L'experiència professional i la reflexió contínua ajudaran, en tot moment, a fer un ús correcte dels principis filosòfics que emmarquen aquest model de cures. Per tant, és important:

- » Saber apropar-se a la persona.
- » Escoltar el que pensa.
- » Observar el seu entorn proper i llunyà, el sociocultural i el familiar.

- » Respectar la seva intimitat.
- » Identificar les seves necessitats.

Aquestes autores, des de la seva visió docent i pràctica, manifesten que cal registrar tota la informació d'interacció de la infermera amb la persona, amb la riquesa individual i única que identifica el moment i la situació. Caldrà que el material de suport sigui operatiu i àgil per poder transcriure de forma segura i entenedora tot el procés d'atenció d'infermeria (PAI):

- » Informació recollida.
- » Valoració.
- » Diagnòstic.
- » Intervencions.
- » Canvis en el procés.
- » Retroalimentació.

1.3.4 PLA DE CURES: EL DIAGNÒSTIC INFERMER I LES INTERVENCIIONS AUTÒNOMES

A banda del model, les infermeres tenien un altre front on calia aprofundir en relació amb el diagnòstic infermer. Va ser tot un boom. Per fi les infermeres ja podien diagnosticar, però això no ho van assumir altres professionals de la salut, que, en algunes ocasions, ens deien: "Com podia ser que nosaltres féssim diagnòstics?" No entenien que, per fer un pla de cures, les infermeres haguéssim de fer un diagnòstic. La taxonomia (NANDA, 2012) va ser la primera eina

que va aportar a la infermeria una metodologia científica amb etiquetes diagnòstiques, on es descriu la definició precisa i concisa que identifica el problema.¹⁴⁶ En els diagnòstics reals s'inclouen les característiques definitòries,¹⁴⁷ conductuals, afectives, fisiològiques i cognitives, i els factors relacionats, causals o associats. En els diagnòstics potencials, només hi consten els factors relacionats. Va costar molt aconseguir que les infermeres fossin capaces d'entendre el sentit de cadascuna de les etiquetes, així com les manifestacions i la relació dels factors. Una cosa era la teoria i l'altra la pràctica assistencial del dia a dia.

Per evitar el mal ús dels diagnòstics,¹⁴⁸ i entenent l'esforç de les infermeres davant tantes situacions de canvi, la mateixa organització de l'ICS va encarregar a un grup d'infermeres expertes que fessin un estudi previ que permetés identificar les situacions alterades més freqüents dins l'atenció primària. Els resultats que es van obtenir, consensuats entre diverses infermeres assistencials, van donar llum a un document (Besora, 2003) que va aportar una guia de diagnòstics estandarditzats, amb les intervencions que calia fer per aconseguir assolir el pla de cures i els objectius proposats per a la persona atesa.

El pla de cures cal que sigui individualitzat. Per aquest motiu, la infermera ha de definir els criteris metodològics que li facilitaran dissenyar el pla de cures més adient que permetrà ajudar la persona en la seva situació de salut. La infermera, quan dissenya el pla de cures,

146 NANDA: Sistema de classificació de diagnòstics infermers. Facilita la presa de decisions de la infermera per dissenyar un pla de cures.

147 Signes i símptomes.

148 Algunes vegades no s'utilitzaven de manera correcta, eren una novetat. Així doncs, una persona malalta podia tenir fins a vuit diagnòstics, que no es treballaven ni es revisaven, només quedaven assignats a la persona malalta en les llistes de condicionants i problemes de salut. Alguns metges van esborrar diagnòstics de les llistes de la història clínica informatitzada, la qual cosa va fer desaparèixer totes aquelles intervencions lligades al diagnòstic mateix. De ben segur que hauria calgut que aquests professionals de la medicina haguessin rebut aquesta informació a través de tallers, i així ajudar que el metge i la infermera treballassin junts en benefici de la persona malalta.

pot, perfectament, treballar amb intervencions que ella mateixa hagi prescrit –rol autònom– i amb intervencions que hagi prescrit el metge –rol de col·laboració. Encara que moltes situacions es repeteixen, cada persona malalta té la seva idiosincràsia que la fa única.

Per facilitar-li la feina, la infermera té l'opció d'escollir un pla de cures estandarditzat d'una llista de les situacions que sovint són més freqüents. Un grup d'infermeres expertes d'AP de l'ICS van treballar i consensuar els diferents problemes de salut, tant des de diagnòstics propis d'infermeria com dels associats al catàleg CIM-10.¹⁴⁹ També tenim Carpenito (2012), que ofereix una guia definitiva sobre els elements clau dels diagnòstics d'infermeria, el seu paper en el procés i la seva aplicació en la pràctica clínica, des del rol de col·laboració.

En l'annex número 4 hi ha una llista de tots els diagnòstics infermers que tenen relació directa amb les creences i els valors de les persones, d'acord amb l'última modificació del catàleg NANDA (2015-2017). Segons judici clínic de la infermera, aquesta té l'opció de treballar el problema per separat o de forma integrada en un altre diagnòstic, bé sigui des del rol autònom o de col·laboració.

La creixent demanda d'una part de la població perquè se la tracti amb teràpies naturals, bé sigui com a complement o com a teràpia única, ha fet que algunes infermeres hagin incorporat intervencions holístiques al seu pla de cures, que apliquen segons criteri clínic i expertesa de manera autònoma i d'acord amb la persona que les rep. El catàleg NIC ofereix gran quantitat d'aquests tipus d'intervencions autònomes, dissenyades i evidenciades per associacions d'infermeres amb criteris holístics.

149 Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes Relacionats amb la Salut, 10a Revisió (CIM-10), és la traducció al català de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

1.3.5 HISTÒRIA CLÍNICA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. REGISTRES INFERMERS

El disseny de la nova història clínica de l'atenció primària (HCAP)¹⁵⁰ i la seva implementació van encetar la cultura del registre l'any 1981. Calia un instrument que ens assegurés la personalització de l'individu i la seva atenció i que ens garantís la continuïtat i la qualitat en l'assistència a la família i ens facilités una atenció integral a l'usuari.¹⁵¹ Per a les infermeres que treballaven en els ambulatoris,¹⁵² els registres d'infermeria van suposar un gran canvi, perquè, fins aleshores, gairebé no havien existit, tret d'alguns casos en què ja abans de la reforma sanitària de l'AP, l'any 1982, feien tasques d'infermeria en consultes de suport.¹⁵³

Tarruella (2014) diu que els registres afavoreixen la comunicació interprofessional i intraprofessional per a les infermeres en general. Els registres manuscrits tenen un component molt personal que identifica el professional que escriu mitjançant la cal·ligrafia, ja que aquesta és un clar exponent de cadascú (Priante, 2007). El registre informatitzat és un gran avenç que permet obtenir molta més informació, sobretot quantitativa, malgrat que el registre qualitatiu encara té algunes

150 **Jordi Gol i Gorina** (1924-1985), metge de persones, com li agradava dir-se i sentir-se, fou un home de pensament i d'acció. Apassionat per la vida, no va defugir cap noble compromís en el treball i en la comprensió del fet humà global. Clínic i humanista format en el rigor científic i acadèmic. Va exercir el seu ofici de metge a la capçalera del malalt, amb generositat i estimat fins al darrer minut de la seva vida. President de la Comissió per a l'HCAP del Departament de Sanitat i Seguretat Social (1981-1982) i de la Comissió per a la implantació de l'HCAP del Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1984-1985. Disponible en: <http://www.idiapjgol.org>.

151 Estructura de l'HCAP- Tinet Tema 12; Disponible en: <http://usuaris.tinet.cat>.

152 Ambulatori: Institució oberta de l'ICS. Lloc on s'atencen persones amb problemes de salut, aguts o crònics, però sense que calgui que la persona atesa quedi hospitalitzada. També fa atenció preventiva a la persona sana. Amb la reforma va passar a ser centre d'atenció primària o centre de salut: CAP.

153 Les infermeres que donaven suport a les consultes de malalts crònics i les que feien educació diabetològica.

mancances per resoldre. Cal adaptar-lo a la nova situació, facilitant els espais per fer el relat i pensant que ha d'ajudar a registrar les expressions que caracteritzen la professió infermera sobre la persona atesa, la família i el seu entorn. Riba (2008) fa referència a Benner quan parla del poder que tenen els registres com a eina de comunicació, perquè ens aporten informació de les nostres pròpies experiències i de les dels altres professionals. Ser capaç de llegir, escoltar i interpretar una narrativa ens ajuda a reconèixer i corregir errors, els propis i els dels altres. Ens facilita fer i acceptar el raonament crític com a mitjà de contrast i avaluació contínua.

És important registrar cadascuna de les etapes del procés infermer de manera oportuna. En la primera HCAP no informatitzada, la infermera registrava el pla de cures en diversos fulls de paper, que formaven part de les etapes del procés. Per a l'etapa de la valoració, tenien un disseny estructurat adequat per a cadascuna de les 14 necessitats bàsiques segons la filosofia de Henderson. Calia omplir a mà cadascun dels apartats que configuraven l'essència de la necessitat valorada en relació amb les manifestacions de la persona malalta i/o del cuidador, més les observacions objectives dels paràmetres biomèdics i les subjectives segons el criteri clínic. A les infermeres els costava sintetitzar el relat i, a causa de la seva extensió,¹⁵⁴ els resultava incòmode a l'hora d'interpretar les dades registrades i fer-ne el seguiment històric.

En general, la implementació de l'HCAP no va ser gaire benvinguda per a alguns dels professionals sanitaris.¹⁵⁵ Malgrat la gran voluntat de les infermeres per poder integrar els nous conceptes filosòfics, utilitzar aquest nou sistema de treball els suposava un gran esforç.

154 Entre bastidors, les infermeres els anomenaven llençols a causa de la incomoditat de poder-hi escriure i consultar-hi les dades de la persona atesa, per fer-ne la valoració.

155 Val a dir que, en alguns llocs, l'obertura de les històries clíniques només va significar tenir una quantitat important de carpetes dins l'arxiu. En canvi, en altres llocs ja van començar a tenir cura de forma qualitativa dels registres clínics.

Tenien dubtes sobre l'eficàcia dels registres, que els resultaven força feixucs. A vegades, tenien la sensació que la resta de professionals¹⁵⁶ no consultaven les seves anotacions. Per a alguns metges va ser difícil compartir aquests primers registres de la infermera, ja que els consideraven poc rellevants. Desconeixien el concepte del pla de cures, i encara coneixien menys la filosofia conceptual de valoració segons Henderson. Hi havia molta informació de la persona atesa que es perdia per no quedar registrada, o bé perquè cap professional implicat no la llegia amb atenció. Cal recordar que les primeres HCAP s'escriuen manualment i, encara que era obligat fer-hi constar la identitat del professional que registrava, signant i posant el seu nom, no sempre s'entenia la lletra i el contingut del text quedava dubtós. El costum de les infermeres d'identificar-se només pel seu nom de pila, en lloc d'afegir-hi també el seu primer cognom, comportava certs dubtes quant al responsable del text.¹⁵⁷

1.3.6 PROCÉS D'INFORMATITZACIÓ DELS REGISTRES CLÍNICS EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. PROGRAMA ECAP

El programa Estació Clínica Atenció Primària (eCAP) va néixer, fa uns quinze anys, per iniciar la informatització de l'HCAP dins l'àmbit assistencial de primària de l'ICS. En un principi, va ser un projecte ambiciós que oferia un gran repte a totes aquelles persones, sanitàries i no sanitàries, que van gestar el programa. Al llarg d'aquests anys transcorreguts, ha tingut lloc un procés evolutiu que no s'ha aturat, en el qual han continuat implicats diferents grups de treball de diversos estaments. Calia adaptar-se a les necessitats actuals segons la nova visió dels conceptes dels registres clínics dins l'HCAP.

156 No només metges, sinó també les infermeres mateixes.

157 No és el mateix identificar el professional com a Pilar Rubio, que només posar "Pilar".

En un principi, els registres informatitzats no tenien una gran complexitat, De fet, hi havia poques pantalles. Tot plegat va ser una novetat per als professionals de la salut, ja que molts d'ells estaven més acostumats al registre manual. El projecte d'informatització volia arribar a tots ells, per la qual cosa es van començar a introduir noves pantalles que integraven cada cop més dades. Interaccionaven entre si i ja començaven a permetre extreure i creuar informació, malgrat que en un principi fos diferida.

El SIAP (Sistema Informàtic d'Atenció Primària) és l'estructura en la qual recolza l'eCAP i serveix per gestionar les BBDD (basses de dades) en relació amb el següent:

- » Població assignada.
- » Persones ateses.
- » Professionals.
- » Centres propis i relació entre centres aliens concertats.
- » Gestió de l'atenció sanitària relacionada amb les agendes/visites i derivacions.

El programa eCAP, a banda de ser una eina molt completa que ens facilita el registre i la comunicació, també té funcions d'ajuda, algunes ja actives i d'altres en preparació segons les necessitats i les propostes del mateix usuari. Se'n disposa de documents d'ajuda en PDF i funcions de consulta. Des que es va crear, es va pretendre que aquest programa fos útil i funcional per a tothom. Permet extreure llistes amb dades actuals, possibilita predeterminar textos i fulls de monitoratge, proporciona accés a les guies clíniques i també disposa d'un traductor, Universal Doctor, amb els idiomes més comuns de la població que s'està atenent.

Amb l'objectiu de donar cobertura a les necessitats de registre actuals, s'han creat mòduls específics en tots els sectors implicats en l'assistència primària:

- » Programa ASSIR (*Assistència Salut Sexual i Reproductiva*)
- » Odontòlegs.
- » Especialitats.
- » Valoració social.
- » Atenció CUAP (*centre urgències Assistència Primària*).
- » Vacunes.
- » Activitats preventives en l'edat pediàtrica, relacionades amb el pla de cures.
- » Rehabilitació (recuperació funcional).
- » Mòdul infermer.

També es disposa d'eines d'ajuda per agilitzar i millorar l'assistència com:

- » Alertes clíniques sobre diverses situacions: recepció de resultats d'analítiques o proves complementàries dutes a terme en centres propis o concertats, de PCC i MACA, d'altres hospitalàries i d'informes de prealt.
- » Avís d'ingressos hospitalaris.

El mòdul infermer proporciona una ajuda constant per registrar tot el que està relacionat amb el pla de cures d'adults i pediatria, per a processos aguts i crònics, tant en l'atenció dins del centre com en la domiciliària, que es gestiona com:

- » Atenció visites demanda aguda lleu.
- » Atenció visites cita prèvia.
- » Atenció telefònica.
- » Atenció comunitària.
- » Atenció domiciliària.
- » Validació i control de TAO.
- » Activitat comunitària/activitat grupal.
- » Activitat relacionada amb el pacient crònic complex.
- » Avaluació cognició SISDDAP.

1.3.7 REGISTRE INFORMATITZAT. MÒDUL INFERMER

Aquest sistema de registre pretén que la infermera tingui al seu abast una total interacció amb la resta de professionals que intervenen en el procés. Li permet aportar i consultar els seus propis registres i els dels altres. Una icona visible dins les principals pantalles dóna opció perquè tots els altres professionals sanitaris puguin consultar situacions especials de cura. Es disposa d'una pantalla específica per

a cadascuna d'aquestes situacions especials de cura¹⁵⁸ adaptada a les necessitats de registre, com: atenció domiciliària,¹⁵⁹ full de gestora de casos¹⁶⁰ i full informe infermera d'enllaç,¹⁶¹ que, a la vegada, aquestes situacions estan lligades al pla de cures.

A més, el programa ofereix diverses pantalles de registre per a cadascuna de les etapes del PAI (procés d'atenció d'infermeria). Les pantalles corresponents a l'etapa de la valoració segons el plantejament conceptual de Henderson despleguen les 14 necessitats bàsiques de la persona. La infermera disposa d'apartats, alguns dels quals amb text lliure i d'altres tancats amb resposta sí/no. Hi ha accés als diferents tests i a les escales per fer valoracions específiques. El programa permet construir un pla de cures sencer, fer-ne el seguiment o, en cas necessari, modificar-lo. Hi ha la possibilitat de consultar el catàleg de diagnòstics infermers NANDA,¹⁶² el de NOC¹⁶³ o els resultats esperats com a mesura qualitativa de l'evolució del procés, més el catàleg

158 Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos en l'atenció primària de salut. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf

159 Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/atdom.pdf>.

160 Gestores de casos. Mètode de gestió que consisteix a agrupar les persones ateses, especialment les que pateixen malalties cròniques o complexes, segons la seva problemàtica, i crear equips multidisciplinaris i coordinats formats per professionals que en facin el seguiment, a fi d'atendre de manera més eficient les seves necessitats individuals.

La funcionalitat que desenvolupa la gestora de casos en l'ICS, que vetlla per la continuïtat de l'atenció, coordina i gestiona les necessitats d'aquestes persones malaltes per garantir el continuïtat assistencial.

161 La funcionalitat que desenvolupen les anomenades infermeres d'enllaç en l'ICS, que enllacen l'atenció primària i l'atenció hospitalària. En alguns llocs, la infermera gestora de casos fa la funció d'infermera d'enllaç.

162 NANDA: Sistema de classificació de diagnòstics infermers. Facilita la presa de decisions de la infermera per dissenyar un pla de cures.

163 NOC (CRE): Classificació dels resultats esperats en un projecte de salut amb una escala de mesura com a indicador que descriu l'estat de la persona i/o cuidador, família i/o comunitat.

d'intervencions d'infermeria NIC.¹⁶⁴ També es poden escollir els plans de cures estandarditzats, amb els diferents problemes de salut, tant des de l'ICD-10 com a associats al catàleg CIM-10.¹⁶⁵ A banda de permetre consultar els catàlegs, el mòdul infermer permet interactuar dins del mateix pla de cures. Aquests catàlegs s'actualitzen cada cop que surten noves edicions.

El programa informàtic eCAP¹⁶⁶ ha incorporat una altra icona que permet enregistrar l'aplicació de cures no al·lopàtiques. Aquesta icona obre una pantalla on es pot descriure el tipus de teràpia que segueix la persona amb un problema de salut i, en el cas que no l'apliqui un professional del CAP, com a mínim, es pot tenir constància del centre i/o del terapeuta que la duu a terme. El mòdul infermer ja dóna l'opció de poder enregistrar certes intervencions holístiques que consten dins del catàleg de NIC, com a intervencions autònomes de cures. Es tracta d'una iniciativa que permet compartir el registre de l'aplicació de les teràpies naturals amb tots els professionals de la salut amb la finalitat de fer un bon seguiment de les indicacions i les contraindicacions en el procés de la malaltia, i evidenciar si s'observen millores.

164 NIC (CIE): Classificació de les actuacions encaminades a aconseguir un resultat esperat. Basades en el coneixement i el judici clínic de la infermera.

165 Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes Relacionats amb la Salut, 10a Revisió (CIM-10), és la traducció al català de la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

166 En el butlletí informatiu del Col·legi Oficial d'Infermeria, es va publicar (6/5/2009) que el programa de registres clínics de l'ICS ja permet registrar certes teràpies naturals com a intervencions autònomes infermeres dins del pla de cures, i també si, a la persona atesa, se li aplica alguna teràpia natural dins o fora del centre.

1.3.8 OBJECTIU ACTUAL DELS REGISTRES INFORMÀTICS DE L'ICS

Dins del document dels estàndards de gestió per millorar l'assistència en els EAP, hi consta que cal disposar d'un sistema d'història clínica per atendre les necessitats de les persones, tant de les que formen l'equip com dels ciutadans que són atesos, i amb els objectius concrets següents:

- » establir estratègies per complir amb les necessitats d'informació de les persones de l'organització.
- » garantir la confidencialitat, la integritat i la seguretat de les dades generades durant el procés assistencial.
- » gestionar la informació dins la història clínica. Identificar els nivells de seguretat per estaments.
- » protegir el contingut de la història clínica en relació amb les possibles pèrdues, la manipulació inadequada i l'ús no autoritzat.¹⁶⁷

Cada equip estudia, amb una periodicitat predeterminada, la qualitat de la informació que consta dins les històries clíniques del seu centre. A partir d'aquí, s'avaluen els resultats i es prenen les mesures adequades per afavorir i garantir la millora de la qualitat de la història clínica. També s'avaluen altres dimensions: identificació dels ciutadans, procés assistencial, formalització i qualitat del consentiment informat, formalització i qualitat d'altres dades. Periòdicament es fan auditories com a sistema d'actualització i es revisa el sistema d'informació.

167 Pla estratègic. SITIC 2012-2015. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2012/03/23/14/49/81af741a-b17c-4250-82fe-7859ffa035cc.pdf.

Tots els registres que s'originen proporcionen bases de dades sanitàries que aporten informació de gran utilitat per a l'organització i la gestió dels serveis assistencials, per a l'elaboració d'estudis d'investigació de tipus retrospectiu i també per a la valoració de les actuacions sanitàries davant les demandes judicials, cada cop més freqüents. Els fulls de monitoratge van guanyar protagonisme com a eina que facilita el registre quantitatiu. Només cal posar una xifra sobre el valor dels paràmetres obtinguts, sobre els resultats dels tests o assenyalar amb una creu dades significatives. Totes aquestes dades es bolquen en l'apartat de l'exploració, on queden registrades sense definir un concepte clar del seu contingut. Per donar un sentit al registre d'aquestes dades, cal memoritzar-ne les equivalències. El programa també ofereix la possibilitat d'utilitzar frases que hagi fet l'usuari mateix, les quals té guardades en un arxiu propi. Cada cop hi ha més eines adaptades a les necessitats que ajuden a registrar, cosa que, sens dubte, afavoreix els registres quantitatius i biomèdics.

En l'actualitat, el programa informàtic e-CAP ens proporciona accés directe a la història clínica compartida de Catalunya (HCC3). Hi ha la possibilitat de fer visites virtuals per consultar un altre professional sanitari del mateix EAP, o bé a un metge especialista, sense la presència física de la persona malalta. Ha estat i és un projecte que requereix una estructura sòlida i consolidada, on conflueixen els registres que aporten informació sobre l'estat de salut dels usuaris del sistema sanitari, i que compleix els criteris ètics de privacitat i rigor que ens cal mantenir.

Com podem veure, el sistema sanitari públic català cada cop disposa de més fonts d'informació amb dades de tipologia molt diversa (activitat assistencial, registres, històries clíniques, etc.). La gestió i l'aprofitament d'aquest gran volum de dades, en ocasions disperses i no relacionades, comporta un repte d'una gran complexitat organitzativa i tecnològica. Davant la gran quantitat de

documentació¹⁶⁸ que es genera anualment, producte de la gran quantitat de visites assistencials anuals, el Govern de Catalunya es fa les preguntes següents: què es fa de tota la informació generada? pot ser útil esbrinar l'evolució dels historials dels pacients? Com a infermera, investigadora i usuària que he estat d'aquest programa, també em pregunto com una infermera pot generar i utilitzar aquesta informació que requereix una quantitat important de temps, per poder-la introduir i consultar. Per dur a terme la intervenció adequada, cal que el raonament clínic en l'atenció domiciliària es faci al moment.

El Projecte VISC+¹⁶⁹ vol analitzar i relacionar tota la informació sorgida del sistema sanitari català per millorar la recerca i la investigació en salut. De fet, es tracta d'extreure valor a les dades, perquè la informació que ens aporten sigui prou útil.¹⁷⁰ Aquest projecte, implementat a finals de l'any 2013, pretén relacionar, de manera anònima, la informació sanitària del sistema de salut de Catalunya, seguint les tendències internacionals, per donar un fort impuls a les polítiques de dades obertes (Open Data) endegades per la Generalitat de Catalunya. També intenta facilitar el lliure accés de les persones a les dades públiques i atorgar més valor a la informació sanitària disponible per a la presa de decisions en l'àmbit del Departament de Salut, així com reforçar la transparència, les tasques d'avaluació dels resultats i la identificació de les millors pràctiques.¹⁷¹ L'objectiu és poder proporcionar aquella informació de salut de què disposa el Departament, sempre anònima, per facilitar la recerca, la innovació i també l'avaluació dels serveis sanitaris.

168 Xifres facilitades pel sistema sanitari català: 45 milions de visites; 60 milions de documents en la història clínica compartida; 2,7 milions de visites d'urgències, i 140 milions de prescripcions electròniques anuals.

169 Es desenvolupa en el marc del Pla de Govern 2013-2016, d'acord amb l'estratègia de la Unió Europea, on es potencia el sistema d'R+D+i i s'afavoreix la transferència de resultats de la recerca als sectors productius.

170 Informació disponible en: <http://premsa.gencat.cat>.

171 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Val a dir que una persona amb un problema de salut crònic podrà saber quines són les malalties més freqüents que han patit altres persones en la seva mateixa situació. Amb aquesta informació, s'han traçat una mena rutes de malalties que dibuixen l'evolució que aquestes solen seguir. L'objectiu és anticipar-se als riscos, preveure complicacions i establir tractaments més personalitzats. En el mapa final, s'han dibuixat un total de 1.171 trajectòries dels problemes de salut més comuns. Aquest projecte és força ambiciós, atès que, en un futur, s'hi volen afegir dades moleculars i biomarcadors de cada pacient per aconseguir l'esmentada fita: preveure i anticipar les malalties.

L'any 2010 hi ha una iniciativa de la Fundació Jordi Gol i Gorina que inclou els centres de l'ICS d'atenció primària. El Projecte VISC+ tracta d'afegir més dades a aquesta darrera iniciativa per donar-li més profunditat històrica i, a la vegada, intentar aconseguir un model d'accés que sigui àgil i flexible. En l'actualitat, el Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Recerca de l'Atenció Primària (SIDIAP) és el que proporciona les dades per poder investigar. Gestiona una base de dades de 274 centres d'atenció primària, amb un total de sis milions de persones ateses (80% de la població catalana). Des del 2012, s'han dut a terme més de trenta estudis nacionals i internacionals gràcies a aquestes bases de dades, que, en tot moment, es consideren fiables pel que fa a la qualitat i segures pel que fa a l'anonimat, ja que només recullen aquella informació que és receptiva per fer la recerca.

A Europa ens trobem davant de nous reptes. Tal com ho expressen en aquest projecte, es pretén augmentar la capacitat dels centres de recerca i la indústria de les ciències de la vida. Catalunya vol continuar sent capdavantera en recerca en les àrees de la biomedicina i les ciències de la salut. Un dels objectius importants és aconseguir que es posicioni com a líder internacional en l'àmbit de l'anàlisi de dades de la salut.

1.3.9 DIFICULTATS EN LA IMPLEMENTACIÓ DELS REGISTRES CLÍNICS INFORMATITZATS DINS L'AP DE L'ICS

El fet de viure, des de l'inici, el procés d'informatització com a usuària i com a referent em va permetre conèixer les dificultats i els entrebancs que vam tenir tots els professionals implicats. Considero que va ser força complex. Cal pensar que la magnitud del territori català és important, i calia arribar a tots els àmbits on hi hagués personal sanitari que treballés dins l'AP, tant urbans com rurals. Va ser una situació de canvi, de gran envergadura, no sempre ben acceptada. Van aparèixer els clàssics elements de resistència al canvi, expressats per la negació i el rebuig. Cal dir que, en aquells moments (2000), gran part dels professionals, tant metges com infermeres, tenien un perfil on la informàtica no estava considerada com a eina de treball. Per tant, calia fer un desplegament de formació sobre el nou programa implementat, així com un reciclatge sobre la funcionalitat de l'ordinador com a eina de treball. A tot això, s'hi afegia la lentitud de l'ordinador mateix (programari i maquinari), que entorpia la decisió de fer un registre coherent en el mateix moment que tenia lloc la visita. Sovint es registrava en diferit, cosa que provocava que el registre perdés autenticitat. Hi havia el risc que la situació del problema tingués canvis i la informació no quedés actualitzada per facilitar una intervenció correcta del professional que havia d'actuar en aquell instant.

Malgrat que l'eix central de la gestió informàtica es va centralitzar, en un principi hi va haver mancances de recursos materials, ja que no hi havia prou ordinadors per a tothom. Es distribuïen a degotalls, i en conseqüència no totes les infermeres van ser afortunades de tenir assignat un ordinador propi. Durant algun temps, i en alguns EAP, la infermera havia d'utilitzar l'ordinador que hi havia en la consulta del metge que era més a prop. Només hi podia fer els registres de les seves intervencions quan el metge ja havia acabat les visites. Aquest fet dificultava que els registres informatitzats en el mòdul infermer fossin complets.

Es van dur a terme experiències pilot prèvies al desplegament del procés d'informatització. Els equips participants eren grups de professionals motivats per aquest nou canvi de registre. Malgrat que la resta dels usuaris d'atenció primària, a qui anava destinat el programa informàtic, eren metges, infermeres i administratius que treballaven en un centre de salut, les seves edats oscil·laven entre els 20 i els 65 anys. Hem de pensar que alguns d'ells, els més grans, no havien tocat mai un ordinador, i per tant la por i els dubtes van complicar molt la gestió del progrés d'informatització. Hi hem d'afegir, doncs, que en molts indrets la formació continuada sobre el programa eCAP, que s'impartia a tots els professionals sanitaris d'infermeria, anava paral·lela a la formació informàtica de cadascú.

Volem recordar que, dins d'un equip de salut, cadascun dels professionals sanitaris és una peça important d'aquest engranatge del registre informatitzat. En aquells moments d'inici calia, per tant, avançar tots a un mateix ritme. La informatització va ser progressiva, i durant un temps la història clínica en paper i la informatitzada van conviure. Aquest fet generava inseguretat, i sovint portava a fer dobles registres, amb una pèrdua de temps important, cosa que provocava manca de qualitat del registre. Des de sempre, els registres dels paràmetres biomèdics han estat prioritaris. S'ha de reconèixer que part del disseny del programa està pensat amb aquest criteri.

Per a la infermeria, el nou procés d'informatització va suposar un seriós trasbals per la manera de fer els registres i va donar lloc a una sèrie d'inquietuds. S'hi van ajuntar diferents fronts. En primer lloc, la immersió del model de cures encara no s'havia completat, i per tant la seva implementació era molt recent. En segon lloc, la informatització de l'HCAP no va resoldre els dubtes ni va facilitar els registres. Les infermeres havien començat a treballar amb el seu rol autònom, que a la vegada havien de compartir amb el rol de col·laboració, cosa que sempre havien fet, però això complicava la concepció del pla de cures i el seu registre. La mateixa empresa ICS, avui en dia, el 2015, encara

prescriu determinats registres que, de fet, a ulls dels professionals usuaris del programa, fa que aquests pensin que només serveixen per comptabilitzar dades i fer-ne visible la feina. És freqüent que les infermeres manifestin: hi ha molt per registrar i poc temps per fer-ho.

En un principi, el contingut de les pantalles del mòdul infermer es va dissenyar de forma incompleta. Els catàlegs de NOC i NIC no es van carregar sencers, fet que no permetia registrar un pla de cures complet, sinó que calia adaptar-se al que ja hi havia a la pantalla. A més, moltes vegades s'utilitzaven terminologies aproximades per justificar la intervenció i fer visible el treball de la infermera, la qual cosa dificultava que s'immergís en el model conceptual i en la metodologia del pla de cures.

Per a alguns professionals, tant metges com infermeres, usuaris del programa eCAP, els registres informatitzats han estat considerats un element pervers i controlador de l'empresa. En el primer període d'iniciar els registres informatitzats, creien que només servien per aportar una nova manera de gestionar que controlava la productivitat de tots els professionals, sanitaris i no sanitaris. Aleshores, va néixer la direcció per objectius (DPO). Aquests objectius són mesures quantitatives dels indicadors de qualitat que marca l'empresa ICS per a cadascun dels grups. El fet d'arribar a complir, a finals d'any, els objectius individuals i d'equip acceptats per cadascun dels professionals és un repte, que ha donat l'opció a rebre una compensació econòmica, entre un màxim i un mínim, segons s'hagi assolit la previsió dels objectius fixats per la mateixa empresa ICS.

II

TIPUS D'INVESTIGACIÓ I METODOLOGIA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

El disseny dels mètodes de recerca qualitativa (Taylor & Bogdan, 1994) ha estat una eina habitual utilitzada en diferents disciplines, entre les quals hi ha l'antropologia, la sociologia i la psicologia, que, en certa manera, van lligades al procés de cuidar. La infermeria no ha tingut una tradició prou rellevant dins de la investigació, producte dels diferents canvis que ha sofert com a disciplina. Ha estat habitual trobar estudis quantitativs que reflectien el caire biomèdic de la professió, que, de forma genèrica, aglutinaven les recerques que feien les infermeres, però aquests estudis anaven farcits de tants per cent que, en cap moment, eren representatius de l'excel·lència de les cures.

Cal pensar que podem trobar diferents versions d'una mateixa realitat i no una realitat única i objectiva. Per tant, els coneixements obtinguts a través de la recerca qualitativa ens aportaran una varietat de perspectives important, amb diferents actors que formen part de la situació que és vol explorar (Sanz, 2011). Es pot dir que no fa pas gaires anys que s'ha introduït la metodologia qualitativa, la qual cosa ha ajudat a fer que la investigació, dins de la professió infermera, pugui avançar i hagi aconseguit mostrar una altra manera de comprendre, de pensar i de fer l'exercici de cuidar.

La infermera ha adoptat aquests nous plantejaments d'investigació qualitativa, segons Alligood (2011 *b*), per estudiar aquelles qüestions que la investigació quantitativa no pot respondre. És possible que el disseny d'aquesta nova eina de recerca s'hagi d'adaptar des de nous enfocaments que vindran marcats segons les necessitats actuals, dins de la investigació de les cures. A diferència dels dissenys quantitativs, el disseny qualitatiu d'una avaluació és flexible, obert i canviant. Les contínues reflexions de l'investigador marquen els trets més característics dels dissenys qualitativs (Salamanca i Martín-Crespo, 2007). Durant tot el procés és pot alterar la proposta inicial del disseny metodològic, i per tant la justificació dels canvis que fa l'equip investigador és una de les principals garanties de la validesa interna del disseny qualitatiu, malgrat que ambdós dissenys sí que ens són

útils en la pràctica clínica. Aquest treball pretén ser, per a l'investigador, una òptima oportunitat de veure com són i com funcionen les coses que en realitat li preocupen (Diaz, 2010).

“La teoria sin la práctica está vacía, y la práctica sin la teoría, ciega” (Cross, 1981:110).¹⁷²

Ens hem centrat en els esdeveniments d'aquests últims cinquanta anys, durant els quals les infermeres van viure canvis importants que han modificat la professió, i fins i tot la seva denominació. Un cop recuperat el nom d'infermera, l'abordatge dels nous canvis conceptuals ha estat tot un repte, entre els quals tenim la implementació del model de cures. Cal pensar que, a totes aquelles infermeres que presten els seus serveis dins de l'ICS, se'ls afegeix el canvi que ha succeït dins de la gestió de l'atenció primària, on s'inclou la informatització. Tot plegat ha provocat dificultats per consolidar una fonamentació avançada sobre la gestió de les cures i la pràctica clínica.

Pokorny (2011) cita a Pelletier, quan afirma que les persones tenen els seus propis criteris, per interpretar i donar valors diferents a cadascuna de les situacions de salut que viuen. Les dades expressades que expressen la persona malalta i/o el seu cuidador ens aporten una informació molt útil. La infermera ha de registrar i validar aquestes dades abans de treure'n conclusions. Hem de recordar que, a l'ICS, la gestió de les cures es treballa segons el model conceptual de Henderson, que permet dissenyar un pla de cures integral i individual d'acord amb la situació de salut de la persona malalta.

Per tant, el relat de les infermeres ens va ser necessari per poder conèixer què pensaven sobre el registre de les creences i els valors en el pla de cures. La pròpia vivència de les infermeres va ser la font del coneixement que ens va ajudar a entendre la situació i a integrar

172 Citat per Alligood (2011 a).

les seves propostes i opinions, a través de les seves manifestacions subjectives que, com a participants, ens van fer. El discurs d'elles va ser l'eina que ens va facilitar el que vam voler conèixer. Les seves paraules, un cop transcrits i analitzades, van esdevenir els resultats de la nostra investigació quant a entendre la realitat de la situació de manera activa. Es va ampliar la visió de la intervenció en benefici del procés i es va emfatitzar la necessitat de comprendre la complexitat del que està passant per veure si els resultats que vam obtenir, dins de l'exploració quantitativa prèvia,¹⁷³ són un reflex de la realitat de les seves vivències, enfront del resultat de millora esperat en l'eficàcia dels registres en el pla de cures. El nostre objectiu va ser més concret i ens va fer avançar en el coneixement del tema que ens preocupava: els registres de les creences i els valors en el pla de cures.

173 Revisió dels registres en el pla de cures, de 3.174 HCAP, quant a la necessitat número 11, segons el model de Henderson sobre les creences i els valors.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

2.1 ORIENTACIÓ EPISTEMOLÒGICA

El paradigma és constructivista sota la dimensió ontològica, segons la teoria de Guba & Lincoln (1989, 2000), ja que les dades les vam obtenir per conversa i interpretació. Cadascun dels participants ens va manifestar lliurement el que pensava segons les vivències que havia tingut al llarg de la seva vida professional. El mètode fenomenològic, (Chesney, 2015) com a escola de pensament, ens va facilitar poder buscar el significat de tot allò que ens van manifestar els participants sobre el tema que ens preocupava, com a pròpia experiència viscuda per ells mateixos (Siles, 1999).

Benner (1996) es refereix a les competències de les infermeres. Sovint considera a les diferents etapes que una infermera pot anar aconseguint al llarg de la seva carrera professional, que són: principiant, competent, eficaç i experta. Cal pensar que una infermera no sempre sap de tot, ni domina tots els continguts professionals. Entenem, doncs, que pot ser experta en els coneixements de determinades matèries, però, en canvi, pot ser inexperta en alguns altres temes, dels quals encara li cal aprendre o necessita aprofundir-hi. Tot això ho vam tenir present a l'hora de comprendre els relats dels participants per extreure'n els resultats pertinents.

Els criteris de Benner (Riba et al., 2008) ens van ajudar a entendre com cadascuna d'aquestes etapes de la professió infermera: l'aprenentatge, el coneixement i el judici clínic, van vinculades a la

pràctica clínica. El nostre estudi ens va aportar dades globals. En cap moment vam voler individualitzar-ne els resultats. Ens interessava tenir una visió més oberta del discurs de les infermeres informants per situar-nos i reconèixer si hi havia alguna mancança en relació amb els coneixements conceptuals i les dificultats sobre els continguts que volíem investigar.

2.2 TREBALL DE CAMP

L'Institut Català de la Salut (Institut Català de la Salut, 2015)¹⁷⁴, com a empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, que presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris,¹⁷⁵ té una plantilla de 38.677 professionals, entre personal sanitari i no sanitari. La gestió de l'ICS té una àmplia cobertura,¹⁷⁶ des d'activitat assistencial a l'atenció primària, que és l'àmbit on vam decidir fer el nostre estudi. Es va tenir present la seva missió com a entitat de referència dins el sistema públic de salut. El seu principal objectiu és contribuir a la millora de la salut i de la qualitat de vida de les persones, per mitjà de la prestació

174 Creat, segons la Llei 12/1983, com a entitat gestora de la Seguretat Social, dels serveis i les prestacions sanitàries de la Generalitat de Catalunya, amb competències atribuïdes per la Constitució espanyola i l'Estatut d'autonomia per executar els serveis que li havien estat traspassats. La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya adapta el marc de gestió per operar com la resta de proveïdors del sistema sanitari. Els Decrets 138/1993; 276/2001; 277/2001; 53/2006, i 258/2007 van fer noves reestructuracions de l'ICS. El Parlament de Catalunya (2013) aprova mantenir la titularitat pública de l'Institut Català de la Salut i incloure'l en l'epígraf d'entitats de dret públic dels pressupostos de la Generalitat de Catalunya, donant compliment a la Llei 8/2007. El seu objectiu és impulsar el desenvolupament de la Llei i permetre que l'ICS evolucioni i es configuri. En el Decret 13/2009, ja s'aproven els estatuts que en regulen l'organització i la funció.

175 La qual cosa suposa el 75% d'assegurats a Catalunya.

176 Els serveis centrals corporatius de l'ICS tenen com a missió fonamental donar suport al conjunt d'activitats i centres de l'organització, des d'on s'impulsen i es lideren, de manera coordinada i participada, els objectius i les diferents línies estratègiques de l'organització. Altres serveis dels quals disposa l'ICS són atenció continuada i d'urgències d'atenció primària (CUAP), línies pediàtriques, atenció especialitzada i equips de suport domiciliari (PADES), a més dels serveis de diagnòstic i laboratoris clínics, a banda de l'atenció hospitalària.

d'uns serveis sanitaris innovadors i excel·lents que comprenen tant la promoció de la salut com la prevenció i el tractament de les malalties, des de la més prevalent fins a la més complexa. L'ICS pretén donar una bona atenció a la població, i per tant és sensible al seu entorn social, econòmic, tecnològic i cultural. També té en compte la situació canviant on presta els seus serveis sanitaris, així com les necessitats i les expectatives de totes aquelles persones que està atenent. Quant a la seva visió com a organització, vol ser referent i líder dins del sistema de salut català, tant en l'assistència com en la docència i la recerca. Els professionals que hi treballen són l'eix central de l'organització (Institut Català de la Salut, 2015).

Els valors que guien les actuacions d'aquesta empresa cap al servei públic són els que faciliten el canvi. Aquests són els següents:

- » *la cooperació i l'equitat,*
- » *la innovació i la competència,*
- » *la integritat i la confiança,*
- » *la sensibilitat i la il·lusió,*
- » *el compromís i la implicació,*
- » *la responsabilitat i el respecte,*
- » *la sostenibilitat i la seguretat.*

En els valors ètics, es destaca la persona com a eix central de l'atenció integral. Com a professionals d'infermeria, ens cal promocionar l'ajuda per aconseguir que la seva integració de la persona sigui prou activa i que la seva actitud sigui respectuosa i corresponsable amb el sistema sanitari de Catalunya. L'increment del bon ús que faci l'usuari d'aquests

serveis beneficiarà, sens dubte, la gestió del sistema. Cal que tothom comparteixi tots aquests valors i que aquests siguin coherents amb la missió de l'empresa (Institut Català de la Salut, 2015).

Hem de dir que, per tot el que hem exposat, es va considerar aquesta empresa prou apropiada per poder aplicar el nostre projecte de recerca. Els motius d'aquesta elecció han estat diversos, entre els quals ha contribuït el fet que la investigadora principal hi va estar treballant com a infermera assistencial durant trenta anys, la qual cosa la va ajudar a conèixer-ne força bé l'evolució dins de la gestió dels recursos sanitaris. Tanmateix, atesa la situació passiva¹⁷⁷ de la investigadora principal dins de l'ICS, ha estat necessari tenir la col·laboració i el vistiplau de persones responsables que hi treballen a fi de poder materialitzar el projecte inicial i avançar en la recerca. Per tant, es va formar un equip de professionals que van actuar com a col·laboradors, els quals van aportar el seu suport durant tot el procés de recerca.

2.2.1 ÀMBIT DE L'ESTUDI

Dins de l'empresa ICS, ens va semblar oportú escollir l'àmbit de l'atenció primària per fer la nostra recerca. Hem volgut tenir al nostre abast àmbits prou representatius, amb característiques socioculturals i creences diverses, ubicats en diferents zones, àmbit urbà i àmbit rural. Vam creure que seria la manera d'aconseguir una visió més àmplia sobre el que pensen les infermeres que atenen els seus usuaris.

Ens situem en la distribució dels sectors sanitaris a Catalunya, els quals són l'àmbit on es desenvolupen i coordinen les activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, salut pública i assistència sociosanitària en l'atenció primària i les especialitats

177 Jubilada des de l'any 2010.

mèdiques. L'estructura de gestió de la seva direcció es divideix en diverses gerències territorials. Per fer el nostre estudi, n'hem escollit dues com a referents de la nostra recerca, les quals són dins de l'àmbit urbà i de l'àmbit rural (fig. 3). Els motius per escollir-les han estat diversos i han vingut donats a causa dels objectius que han generat les nostres inquietuds sobre el tema que hem volgut estudiar. Entre aquests, podem assenyalar la idiosincràsia de la seva població i la important extensió geogràfica, així com el factor de proximitat, que ens va evitar un excés de mobilitat que, sens dubte, va facilitar el treball dels investigadors.

Gerències territorials escollides per fer la recerca

Font: Institut Català de la Salut. Gencat (2015)

Figura 3



3- Barcelona- ciutat. Àmbit urbà.



5- Metropolitana Sud. Àmbit rural.

2.2.1.1 ÀMBIT URBÀ

En primer lloc, volem aportar unes poques pinzellades per descriure la ciutat de Barcelona, que és on vam ubicar la nostra recerca urbana. Els barris li donen una característica especial, que és producte dels diferents canvis evolutius que han marcat el seu creixement, segons les necessitats poblacionals i les polítiques d'acció de l'Ajuntament. En la cronologia històrica trobem fets que, entre un abans i un

després, ens ajuden a entendre els canvis i l'actual idiosincràsia com a ciutat important. Ens remuntem a cent cinquanta anys enrere, el 1865, any que encara es va patir una important epidèmia de colera, en la qual van morir 3.765 persones. Feia poc que Barcelona havia començat a fer un canvi com a ciutat ofegada per sis quilòmetres de perímetre de muralla, amb 187.000 habitants que hi vivien dins. En aquells moments, un 40% del seu espai interior estava ocupat per set casernes militars, quaranta convents, onze hospitals i vint-i-set esglésies, Déu n'hi do! De manera comparativa, podem constatar que, segons el padró, l'any 2012, a la ciutat de Barcelona hi havia, censades, 1.620.943 persones i que, com a exemple, només en el districte Sants-Montjuïc¹⁷⁸ consten, en l'actualitat, 184.072 habitants. Aquesta xifra és gairebé la mateixa que hi havia censada l'any 1850 a tota la ciutat de Barcelona. Aportem, doncs, aquestes dades històriques que només serveixen com a referent comparatiu, prou representatiu del canvi que ha sofert aquesta ciutat, i que ens donen idea de la transformació que ha comportat la seva adaptació al creixement (fig. 4).

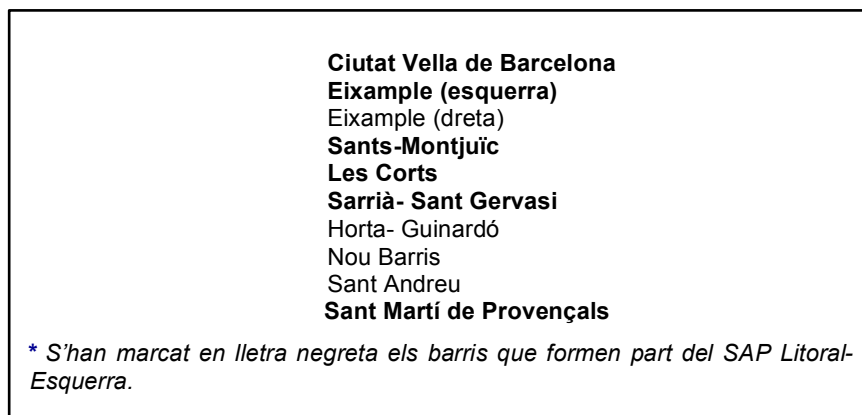
178 Posem aquest districte, ja que és un dels quals pertany al SAP que hem estudiat.

Des de la visió municipal, els equipaments que utilitza la població de la ciutat els gestiona un mateix ajuntament, però, per agilitzar les tasques administratives, la ciutat està dividida en diversos districtes que funcionen amb plena autonomia quant a la seva administració, i segons les diferents necessitats de cadascun d'aquests (fig.5).

Districtes de la ciutat de Barcelona

Font: dades de l'Institut Català de la Salut 2015

Figura 5



Cadascun d'aquests districtes té una història cronològica d'adhesió dels diferents barris que els formen. En el segle XIX, eren petites poblacions que, a poc a poc, es van annexar a la ciutat de Barcelona. Alguns d'aquests encara avui conserven certs trets de la seva antiga dimensió com a exvila. Cal dir que no ha estat fins fa dotze anys, el 2003, que no s'ha promulgat una llei que diferenciés

una ciutat d'una vila.¹⁷⁹ Aquest fet ens demostra que encara estem en ple creixement urbà. La història d'aquests barris ens pot ajudar a conèixer el desenvolupament de la ciutat de Barcelona, i és on podem veure els factors sociològics i d'immigració que n'han fet possible el creixement (Generalitat de Catalunya, 2015).

Tot i que parlem d'una mateixa ciutat, l'estructura de cada barri és ben diferent l'una de l'altra, ja que els barris tenen una idiosincràsia molt plural i variada, amb característiques socials pròpies que són representatives de nuclis poblacionals amb diversitat cultural. Cal dir que, en alguns d'aquests, encara hi viuen famílies d'aquelles que en diuen "de tota la vida". En canvi, hi ha districtes que tenen una població amb recursos econòmics elevats,¹⁸⁰ en contraposició a d'altres indrets, que tenen una població més humil amb problemes socials, laborals i d'envelliment. A tot això, s'hi ha d'afegir el moviment immigratori, que en aquests últims anys ha anat augmentant i ha canviat la fisonomia de certs barris, on s'han assentat les famílies nouvingudes. Per tant, som davant d'una zona d'una població amb gran variabilitat social i cultural, atesa per infermeres que treballen en els diferents equips de salut que li donen cobertura, Per tant, vam voler conèixer aquestes infermeres i ens va interessar saber el que pensaven sobre el tema que volíem estudiar.

La zona que hem proposat per a l'estudi urbà la podem veure representada (fig. 6). S'hi diferencia, en color blau, la zona que abans

179 Una vila, com a població, cal dir que té certs privilegis. El 20 de maig de 2003, al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* surt promulgada la remodelació que marca entre una vila i una ciutat. "Article 34. Nom del municipi. 34.1 Els municipis poden anteposar al seu nom el títol de vila si tenen més de cinc mil habitants i el de ciutat si en tenen més de vint mil. L'adopció o la modificació del tractament ha d'ésser acordada per l'ajuntament, el qual n'ha de donar compte al Departament de Governació i Relacions Institucionals. 34.2 No obstant el que disposa l'apartat 1, els municipis mantenen els títols i els honors que els hagin estat reconeguts. Catalunya és l'únic territori de parla catalana que té explicitat en una llei el tractament dels títols de vila i ciutat".

180 Les Corts i Sant Gervasi

era Litoral i, en color taronja, hi trobem la zona coneguda com a Esquerra de l'Eixample.¹⁸¹ Per millorar la gestió dels recursos, l'any 2011 es van unir les dues zones, i van pasar a formar el SAP Litoral-Esquerra. Tot aquest SAP correspon als districtes de Ciutat Vella; Eixample Esquerra; Sant Martí-Poble Nou; Sarrià-Sant Gervasi, i les Corts i Sants-Montjuïc.

El fet d'escollir el SAP Litoral-Esquerra va ser producte de les reflexions, atès que ens van fer considerar aquesta part de Barcelona com una zona que ens donava una visió prou oberta de la variabilitat cultural. Aquest àmbit és complex a causa de la important extensió transversal, d'est a oest, de la ciutat de Barcelona. Els barris que formen part d'aquest SAP estan ocupats per una població diversa que cal atendre i conèixer-ne les creences i els costums.

Dins d'aquesta variabilitat urbanística i de població, ens trobem amb un clar exponent, força singular, com és el barri del Poble Nou. A partir de l'any 1990, els seus espais industrials es van començar a transformar per donar cobertura a nous habitatges construïts per acollir-hi el gran nombre d'esportistes, amb motiu de les Olimpíades celebrades a Barcelona durant l'any 1992. Aquest fet va convertir l'antic barri industrial en un nou barri d'avingudes amples i enjardinades. Per tant, tenim davant una població amb una gran variabilitat, amb necessitats

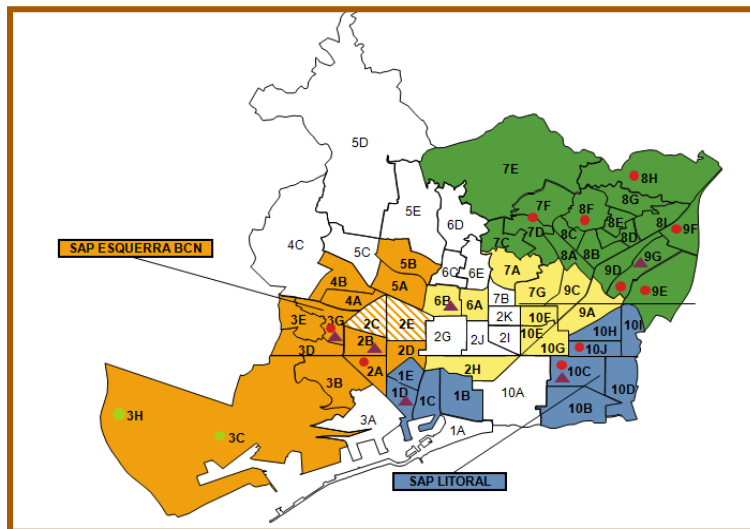
181 No va ser fins a l'any 1859 que l'Ajuntament de Barcelona va convocar un concurs urbanístic. El projecte d'Ildefons Cerdà va tenir prioritat, malgrat el desacord que en un principi va suscitar. Representava el govern central i no era ben acceptat. Cerdà, davant de les necessitats de Barcelona, va dissenyar un nou concepte de ciutat molt més àmplia, amb carrers regulars en forma de quadricula i noves avingudes amb estructures funcionals. Per aquest motiu, es va anomenar Eixample, diferenciant la banda dreta de l'esquerra, prenent com a punt de partida el passeig de Gràcia, que va de muntanya a mar i que, des del Portal de l'Àngel, s'enfilava cap a muntanya per enllaçar, aleshores, amb la vila de Gràcia. Hi havia quatre fileres d'arbres que, al llarg d'un quilòmetre, configuraven el que seria aquesta avinguda al llarg dels anys. La zona de l'Eixample està diferenciada en dreta i esquerra. En un inici, hi havia el projecte que, enmig de cada illa de cases, hi hagués un jardí. Al cap dels anys, a poc a poc s'han anat recuperant alguns d'aquests espais per fer-los comunitaris i d'ús públic (Ajuntament de Barcelona, 2015).

ben diferents, la qual cosa ens aporta molta més informació de la població que atenen les infermeres i dels equips que hi ha a la zona que hem escollit. Malgrat tot aquest canvi urbanístic, el Poble Nou conserva connotacions de barriada força antiga,¹⁸² que conviu amb una altra barriada molt més nova, com és la Vila Olímpica, amb un urbanisme molt marcat i modern, que ha donat lloc a un barri conegut amb el nom de Districte 22@, ple de grans edificis de disseny, amb hotels i oficines, i diverses àrees comercials importants.

SAP Litoral-Esquerra. Color Taronja i blau.

Font: Institut Català de la Salut (2010)

Figura 6



També hi ha barriades, com la Verneda i la Pau, que van sorgir, gairebé, per necessitat, perquè calia ubicar molts immigrants que de manera massiva, durant la dècada dels anys cinquanta (1950-

¹⁸² Edificis de més de cents anys d'antiguitat.

1960), s'incorporaven a treballar a Catalunya i es quedaven a viure a Barcelona (Generalitat de Catalunya, 2015). Molts dels terrenys de camps de cultiu es van reconvertir en zones edificables apropiades per construir habitatges per a totes aquestes persones nouvingudes. En diversos districtes, com el de Sant Martí de Provençals, ubicat dins de l'àmbit anomenat Litoral, encara hi trobem alguna edificació situada dins del rovell del nucli poblacional com a exponent del seu passat anterior a l'annexió a Barcelona. La resta de les edificacions actuals ja estan configurades al voltant d'avingudes amples, amb un traçat funcional i amb més o menys atractiu estètic.

Ciutat Vella ¹⁸³ és el primer districte de Barcelona considerat l'embrió de la ciutat, i es correspon geogràficament amb el centre històric. Aquest districte tan plural ens ofereix de tot: cultura, patrimoni, història, veïnatge i entreteniment. Dins d'aquest districte, hi trobem el Barri Gòtic, que és la manifestació urbana més antiga de la ciutat, amb palaus, museus i esglésies gòtiques. També hi ha el barri del Raval, que va néixer a partir dels camps i camins rurals que es trobaven fora de les muralles de la ciutat. El barri atreu a causa dels nombrosos rastres del seu passat, la seva autenticitat i personalitat, i l'oferta cultural. A més, és replet de racons amb carrers estrets i molts habitatges sense ascensor. A poc a poc, aquests barris antics, que durant anys han estat marginats, es van modificant. Gràcies a les noves polítiques urbanístiques es van corregint els antics traçats dels carrers i arreglant vells edificis, o bé se'n construeixen de nous, que faciliten la transformació del barri i contribueixen a fer un canvi substancial en la seva configuració, sense perdre la idiosincràsia històrica. El tipus de població és molt variada, tot i que predominen les persones immigrants.

Si anem cap a la banda de l'Esquerra de l'Eixample trobem un altre cop una gran variabilitat cultural i un disseny urbanístic també molt

183 Barris com el Casc Antic, el Raval i el Gòtic.

divers. En canvi, a la zona de Pedralbes hi ha edificacions importants i senyoriales. A la ciutat de Barcelona queden poques edificacions d'estructura unifamiliar,¹⁸⁴ atès que el terreny té molt valor econòmic i l'especulació ha fet que les cases siguin de grans blocs, el que ha provocat un important increment de població. Els barris que formen l'Esquerra tenen estructures noves i antigues, però molt ben conservades, algunes de les quals han estat rehabilitades. Sarrià i Sant Gervasi de Cassoles, malgrat ser antics barris, estan ben estructurats i encara conserven trets de tradició familiar. Seguim amb les Corts, barri que ha sofert importants canvis, en el qual trobem noves avingudes i edificacions emblemàtiques com el Camp Nou, que és l'estadi del Club de Futbol Barcelona (Barça). La barriada de Sants (Santa Maria de Sants) ja té un vessant més obrer i hi trobem, entre d'altres, un nucli de població immigrant important que està ubicat al voltant del carrer Badal. D'altra banda, a la Bordeta trobem un important nucli de població d'ètnia gitana, amb una cultura molt pròpia, d'estructura familiar i social molt marcada. Continuem endinsant-nos en una barriada més marítima, situada als voltants de la muntanya de Montjuïc, on hi ha el Poble Sec, amb carrers estrets que encara conserven les edificacions de més de cent anys, que conviuen amb altres de més noves, algunes de les quals trobem a l'avinguda del Paral·lel.

184 En certs barris, coneguts com a *senyoriales*, encara queden finques amb una torre i jardí de considerable extensió. Algunes d'aquestes s'han convertit en escoles, en centres de cultura o en seu d'associacions i ubicacions empresarials.

Tot seguit detallem en una llista els CAP i els EAP (fig. 7) que estan ubicats dins d'aquest SAP i que donen cobertura sanitària a tota la població que hi viu. Fem constar que cadascun d'aquests centres de salut pot tenir un o més equips.

Centres de salut SAP Litoral-Esquerra

Font: segons dades de l'ICS (2014)

Figura 7

- **CAP Adrià: EAP Sant Elies - EAP Marc Aureli.**
- **CAP Magoria-Bordeta: EAP Magoria - Bordeta - EAP Consell de Cent.**
- **CAP Carreres Candi: EAP Carreres Candi.**
- **CAP Doctor Carles Ribas: EAP Doctor Carles Ribas.**
- **CAP La Marina: EAP La Marina.**
- **CAP Manso: EAP Poble Sec; EAP Sant Antoni; EAP Av. Roma; EAP Universitat.**
- **CAP Montnegre: EAP Montnegre - EAP Les Corts- Pedralbes.**
- **CAP Numància: EAP Numància.**
- **CAP Sants: EAP Sants.**
- CAP Besòs: EAP Besòs.
- CAP Casc Antic: EAP Casc Antic.
- CAP Doctor Lluís Sayé: EAP Raval-nord.
- CAP Drassanes: EAP Raval-sud.
- CAP Gòtic: EAP Gòtic.
- CAP La Mina: EAP Sant Adrià de Besòs.
- CAP La Pau: EAP La Pau.
- CAP Ramón Turró: EAP Ramón Turró.
- CAP Poble Nou: EAP Poble Nou.
- CAP Sant Martí: EAP Verneda-nord ; EAP Verneda-sud.

Malgrat que tots aquests centres d'atenció primària, en l'actualitat (2015) pertanyen al mateix SAP, havien estat SAPs independents.

Hem volgut assenyalar amb lletra negreta aquells EAPs que atenen la població de la zona antiga Esquerra de l'Eixample. Els EAPs que no estan senyalats són a la zona antiga Litoral.

Per a les entrevistes individuals, ens vam centrar en els EAP ubicats dins dels centres de salut, que són a la part del SAP, que correspon a l'antiga SAP esquerra de Barcelona. Vam considerar que és una zona prou representativa pel que fa a varietat de població i de disseny urbanístic. En canvi, per als grups focals, vam fer la proposta a totes

les infermeres de pràctica avançada que donen cobertura assistencial dins de l'UTACC com a gestores de casos, i que tenen assignats tots els centres del SAP Litoral-Esquerra.

2.2.1.2 ÀMBIT RURAL

Per poder conèixer i estudiar la zona rural, vam escollir el SAP Alt Penedès Garraf-Nord,¹⁸⁵ de la gestió del qual s'encarrega el centre d'atenció primària (CAP) Alt Penedès, ubicat a Vilafranca del Penedès, que dona cobertura a l'equip d'atenció primària (ABS Penedès Rural), on es va fer la recerca rural. Aquesta vila és prou coneguda com a capital de la comarca. Al seu voltant hi ha tot de petites poblacions que tenen trets en comú i que han estat part de la història de Catalunya com a protagonistes de fets de gran rellevància, com mort, al Palau Reial, del rei Pere III el Gran. Aquesta vila també és coneguda pels seus edificis emblemàtics modernistes, que són símbol del progrés de finals del segle XIX. La seva principal dedicació és el cultiu del raïm, que produeix un excel·lent vi que dona lloc a la denominació d'origen Penedès. La seva bona qualitat ha fet que el cava d'aquesta zona sigui prou conegut arreu del món.

Vilafranca, capital de la comarca de l'Alt Penedès, té una extensió de 592,41 km² i una altitud mitjana de 216 metres sobre el nivell de la mar. La vila va efectuar un gran creixement entre els anys 1950 i 1981. S'hi van crear diverses noves indústries al voltant del sector del vi i del cava, que es desenvolupen àmpliament. És una de les principals ciutats mitjanes de Catalunya. L'any 2015 és un centre econòmic i comercial dotat de tots els serveis i amb bones comunicacions que l'apropen a les principals ciutats catalanes i de l'Estat. A més, té altres conreus típics, com les ametlles i olives. Es comunica per

185 Direcció d'atenció primària Costa de Ponent, figura com a prestador de serveis al SAP Alt Penedès-Garraf-Nord,

carretera i per tren amb la ciutat comtal de Barcelona i amb la ciutat de Tarragona, així com amb les altres poblacions del voltant, algunes de les quals estan unides pel ferrocarril i d'altres ho estan per carretera (Ajuntament de Vilafranca, 2015). Aquestes altres poblacions tenen la seva idiosincràsia que les caracteritza, i disposen d'ajuntament propi, però per a segons quins serveis depenen administrativament del Consell Comarcal, mentre que per a d'altres són autònomes.

Els motius de l'elecció d'aquest àmbit rural van ser diversos. En primer lloc, l'oferta que se'ns va fer de poder estudiar la zona. A més, la proximitat i la facilitat d'accés per a nosaltres va ser un motiu prou significatiu. En segon lloc, per a la mateixa autora és una zona força coneguda, ja que, des de fa anys, hi manté un contacte directe familiar.¹⁸⁶ A més a més, vam trobar una excel·lent col·laboradora,¹⁸⁷ que, com a facilitadora, ens va ajudar a gestionar l'agenda per fer les entrevistes i a distribuir-les segons la proximitat i la càrrega assistencial de les infermeres participants, la qual cosa ens va ser de gran ajuda.

En el mapa següent queden detallades aquelles poblacions ubicades a la comarca del Penedès que, per les seves característiques, són considerades rurals (fig. 8), en les quals les infermeres que han participat en l'estudi fan atenció domiciliària, més la pròpia assistència al centre d'atenció primària o consultori.

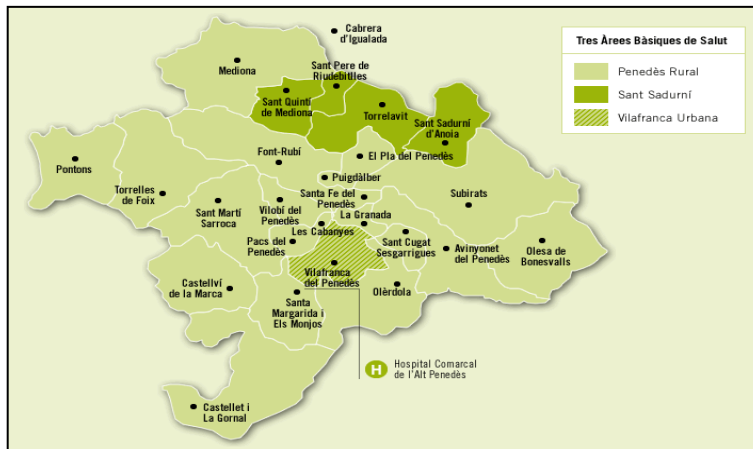
186 Tant per banda del pare com de la mare, els orígens familiars són de la comarca del Penedès i de l'Anoia. En concret encara hi ha família directa a cal Fuster a La Granada.

187 La infermera adjunta a direcció de l'ABS Rural del Penedes (Piñeiro) ens va proporcionar tota la informació necessària per fer el recorregut per aquesta zona.

Mapa ABS Rural

Font: SAP Alt Penedès-Garraf Nord (2015)

Figura 8



Pontons; Guardiola; Sant Martí de Sarroca; Torrelles de Foix; Vilobí; El Pla; Santa Margarida i Els Monjos; Castellví de la Marca; La Ràpita; Santa Fe; La Granada; Lavern-Subirats; Sant Cugat de Sessgarriques; Puigdàlber; Olesa de Bonesvalls.

2.2.2 PERFIL DELS PARTICIPANTS: CRITERIS DE SELECCIÓ

Els participants o informants poden involucrar-se voluntàriament o els pot seleccionar l'investigador per una sèrie de característiques relacionades amb l'estudi que es pretén fer. L'objecte de la investigació qualitativa és revelar la subjectivitat per conèixer la manera com les persones que hi participen donen sentit a les seves experiències. Per tant, la mostra s'ha centrat més en les situacions i els esdeveniments viscuts que en la quantitat de participants. No ens cal un gran nombre de persones, només cal que les que hi participin siguin capaces de proporcionar informació sobre les situacions viscudes, s'expressin bé, estiguin informades sobre el tema de la investigació i, a més, tinguin disponibilitat per participar-hi (Burns & Grove, 2004).

El tipus de mostreig es basa en una justificació teòrica o intencionada. Es van seguir els criteris de conveniència de l'investigador i es va escollir de quina manera volíem la distribució dels participants amb l'objectiu d'obtenir una millor riquesa d'informació en relació amb el fenomen que es volia estudiar. Vam identificar el perfil dels participants tenint en compte factors que ens facilitessin el màxim d'informació sobre el que volíem buscar. Aquest mostreig és de variació màxima, ja que no s'ha trobat informació sobre cap altre estudi similar previ quant a registre de les dades de la persona atesa, les creences i els valors de forma oberta i integral, dins del marc de les cures.

Els criteris que vam tenir presents per fer la proposta de participació van ser oberts. Volíem obtenir una representació actual i fidedigna de la situació de la infermeria que fos al més propera possible a la realitat pel que fa al tema que vam voler conèixer. Es va fer la proposta a infermeres d'atenció primària de l'ICS que fan atenció domiciliària total o parcial, seguint el programa ATDOM, malgrat que la resta de l'assistència la facin al centre mateix. En van quedar excloses aquelles infermeres que, per logística de l'EAP, no feien ATDOM.

Vam voler que les participants atenguessin una població diversa i que treballassin en àmbits diferents. Vam creure que, d'aquesta manera, la informació que ens aportaria el nostre estudi seria molt més àmplia, completa i real. S'ha triat el mateix perfil, tant per a les infermeres que treballen en els centres com per a les de pràctica avançada que actuen com a gestores de casos a la Unitat Territorial d'Atenció de la Cronicitat a Catalunya (UTACC).

Pel que fa al tipus de contracte de les infermeres participants, es va acceptar tant el fix com l'interí, tot i que era necessari que fes més de sis mesos que s'havien incorporat a l'atenció primària de l'ICS. No importava que vinguessin d'un altre EAP, sempre que el gestionés el

mateix ICS¹⁸⁸. Vam definir, dins d'aquesta exclusió, aquelles infermeres que, malgrat que formessin part de l'EAP, haguessin estat, per diversos motius, de baixa laboral o d'excedència durant més de sis mesos. En cap moment s'ha tingut present l'edat de les participants, perquè vam voler que això no fos una limitació, tenint en compte que l'equip està format per infermeres de totes les edats que treballen juntes i, sense distinció, comparteixen unes mateixes competències. D'aquesta manera, volíem assegurar-nos que dominessin totes aquelles noves prescripcions que havia fet l'empresa i que hi estiguessin al dia. A més, era necessari que coneguessin tots els canvis evolutius del programa informàtic eCAP quant al registre en l'HCAP.

Es va partir de la base que calia que les participants fossin infermeres que fessin ATDOM, utilitzessin els mateixos recursos materials, treballessin sota un mateix model de cures i seguissin les mateixes prescripcions de l'empresa ICS. Com a recursos de gestió de les cures, aquestes infermeres aplicaven el model conceptual de Virginia Henderson, que l'empresa mateixa havia escollit i prescrit. Utilitzaven la taxonomia formulada per North American Nursing Diagnosis Association, coneguda amb les sigles NANDA (2009-2011). Mesuraven els objectius amb la taxonomia NOC (Nursing Outcomes Classification) i descriuen les intervencions, necessàries per aconseguir-los, catalogades en la taxonomia NIC (Nursing Interventions Classification) que la mateixa NANDA havia editat.

Totes les infermeres dels EAPs fan atenció al centre i atenció domiciliària. Malgrat que, segons la gestió dels recursos de cada equip, poden disposar d'un grup d'infermeres que només faci atenció domiciliària, per la nostra banda no ha estat problema, atès que unes i altres fan el mateix tipus d'assistència a domicili. Tanmateix, totes aquelles infermeres que treballen dins de l'equip,

188 Els EAP que no estan gestionats per l'ICS treballen amb un altre programa informàtic i amb un altre model de cures.

però que només fan atenció al centre, queden desestimades perquè no fan atenció domiciliària. Per tant, un cop definit el perfil que volíem que tinguessin les infermeres participants, vam enumerar els criteris de selecció (fig. 9).

Criteris d'inclusió i d'exclusió definits per a aquest estudi

Font: disseny de l'autora

Figura 9

Inclusions:

- Tenir contracte fix o interí, amb > de sis mesos de permanència en un EAP de l'ICS.
- Fer atenció domiciliària total o parcial.
- Conèixer el programa informàtic eCAP i el model de cures prescrit per l'empresa ICS.
- Tenir intenció de participar en aquest estudi i comprometre-s'hi.

Exclusions:*

- Tenir contracte amb < de sis mesos de nova incorporació a l'atenció primària de l'ICS, o de reincorporació, per baixa laboral o excedència.
- No fer atenció domiciliària.
- No acceptar la nostra proposta.

**Ens hem volgut assegurar que les participants coneguin el model de cures i estiguin al dia dels canvis o de les modificacions del programa informàtic eCAP, així com de la filosofia de les cures extrahospitalàries dins de l'ICS.*

No totes les poblacions que estan ateses per l'EAP rural escollit pertanyen a un CAP. Per tant, cal pensar que, per a la gran majoria de les infermeres que fan l'atenció al centre o consultori, a banda de l'atenció al domicili, els comporta constants desplaçaments donar cobertura, en alguns casos, a la dispersió de la població de la zona que tenen assignada. Quant a les infermeres de pràctica avançada, tant dins de l'àmbit urbà com rural, que actuen com a gestores de casos, gairebé sempre que intervenen és en el mateix domicili, per tant queden incloses en l'estudi.

2.2.3 FACILITADORS: DINÀMICA DE CONTACTE

Ens calia tenir una visió global de la gestió present en l'atenció primària, pel que fa a la concepció de les cures, per comprendre l'actual situació professional i laboral de les infermeres (2012-2015). Per materialitzar el projecte inicial i avançar, va ser necessari tenir el vistiplau de persones responsables de l'empresa ICS. En el primer contacte que vam mantenir, els vam presentar i explicar l'objectiu del nostre projecte d'investigació i el benefici que podia aportar a la persona atesa. Ens van expressar, sense cap dubte, la seva conformitat per poder continuar el nostre estudi. Des del primer moment, es van sentir implicades en aquesta investigació i van actuar com a assessores en aquells punts que afectaven la gestió de l'empresa i també la nostra recerca.

Un cop definit el perfil de participant que volíem consultar, ja vam partir d'una estructura piramidal, on vam incloure els adjunts de direcció dels SAP,¹⁸⁹ que ens van facilitar el primer contacte amb les adjuntes

189 Per facilitar aquesta informació, vam tenir la col·laboració de la responsable de l'Àrea d'Infermeria i Processos de Continuitat: direcció adjunta d'Afers Assistencials de l'ICS. També hem rebut el suport de l'adjunta de Direcció del SAP Litoral-Esquerra, la DAP Barcelona-Ciutat, més la directora d'Infermeria Penedès i Garraf, de la DAP Costa de Ponent i de l'adjunta de Direcció de l'EAP Penedès Rural.

de direcció de cadascun dels EAP perquè tinguéssim accés als centres que volíem estudiar. Això ens va permetre planificar el nostre recorregut per la zona, amb ordre i sense entrebancs, aprofitant els recursos materials i humans de què disposàvem. Com a responsables de recursos humans, coneixen molt bé les infermeres que treballen en el seu centre, i per tant podien fer la proposta a les professionals d'infermeria adequades, segons un perfil determinat, que volguessin participar en aquest estudi.

En el SAP Litoral-Esquerra va ser la mateixa adjunta de direcció del SAP que ens va adreçar als adjunts de direcció de cadascun dels EAP de la zona Esquerra on volíem actuar perquè ens facilitessin els participants als quals poguessim fer les entrevistes en profunditat. També va ser aquesta mateixa adjunta de direcció del SAP la que ens va facilitar els noms dels professionals que, en aquells moments, actuaven com a infermeres de pràctica avançada (IPA),¹⁹⁰ dins de la Unitat Atenció a la Cronicitat (UTACC), i que feien de gestores de casos, a les quals nosaltres els vam fer la proposta de participar en el grup focalitzat.

Tot seguit, va ser l'adjunta de direcció de cadascun dels equips la que ens va facilitar el nom de la infermera que ella havia designat, ja que, prèviament, hi havia hagut una sessió informativa per poder explicar de què es tractava el nostre estudi. Un cop rebuts els noms dels participants, ens vam posar en contacte amb cadascun dels proposats per poder establir el dia i l'hora més adient per a l'entrevista.

Per formar els tres grups focals, vam tenir l'ajuda d'una infermera del grup de gestores de casos. Ella va actuar com a facilitadora i

190 La infermera de PA a Catalunya té diferents interpretacions i les seves competències encara no estan prou definides. El Consell Internacional d'Infermeria (CIE) la defineix com una infermera que té formació de màster o especialitat, i que ha assolit un nivell d'expertesa clínica prou demostrada que la desenvolupa en una àrea d'atenció específica. Tanmateix, no queda clar com es mesuren aquestes competències (Comellas, 2015).

observadora, i ens va ajudar a contactar amb totes les infermeres que treballen com a gestores de casos dins del SAP Litoral-Esquerra.

Per accedir a l'àmbit rural, ja ens calia tenir un suport més definit. Per a nosaltres, es tractava d'un àmbit força desconegut. Així doncs, dins del SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord, va ser la directora d'aquest SAP que ens va posar en contacte amb l'adjunta de direcció de l'EAP Penedès Rural, el qual, a més, és referent de la Unitat d'Atenció a la Cronicitat Penedès (UTACC). Aquest fet li va ajudar a actuar com a facilitadora, tant per a les entrevistes en profunditat com per al grup focal.

Per fer les entrevistes, l'adjunta de l'ABS Rural ens les va programar d'una manera racional. Les va agrupar en grups de quatre i de manera esglaonada durant tot el matí, sense tenir cap espai mort d'espera. Una organització perfecta. De la llista de participants que ens va facilitar, no n'hi va haver cap anul·lació o canvi, ni tampoc cap modificació dins de l'agenda proposada. Les vam fer en tres dels centres, i en diferents hores, a fi de no entorpir la tasca assistencial de les infermeres participants, ja que una part important d'aquesta tasca la fan fora del centre. Per al grup focal, la mateixa adjunta va fer la convocatòria i, a la vegada, va actuar d'observadora.

L'actitud de totes les infermeres adjuntes de direcció va ser molt positiva, fins i tot algunes d'elles també hi van voler participar de manera activa i ens van demanar que les entrevistéssim. Tenien molt d'interès pel nostre estudi i volien expressar el que pensaven, atès que, a banda de gestió, feien també activitat assistencial.

2.2.4 RECOLLIDA DE DADES: INSTRUMENTS

Vam escollir l'entrevista en profunditat per obtenir informació individual. També vam triar fer uns grups focals amb les infermeres de pràctica

avançada que actuaven com a gestores de casos. Tant les unes com les altres feien atenció domiciliària, que és el que ens interessava com a investigadors (Blasco & Otero, 2008 *a*, 2008 *b*).

Per a nosaltres, ha estat molt important que la persona entrevistada es pogués expressar de manera lliure i sense interferències. Fem constar que va ser el mateix investigador el que va actuar com a entrevistador en tots els casos. El registre del diari de camp és on vam transcriure totes aquelles incidències, observacions i aportacions que ens van ser útils per reflexionar i ultimar l'anàlisi del contingut.

Com a eina de registre i de comunicació, es va gravar el contingut de cadascuna de les entrevistes. Es van utilitzar dos aparells per fer la gravació de veu. En les dues primeres entrevistes es va emprar la càmera fotogràfica d'un ordinador per obtenir la gravació de veu juntament amb la imatge. En les intervencions següents, aquest sistema es va desestimar, ja que no aportava cap millora en la recollida de la informació, al contrari, ens va semblar que podia ser un motiu distorsionant. La resta de material de treball, com són les notes informatives, els correus i els protocols d'actuació que es van utilitzar, queda detallat en l'annex número 5.

No es va pensar fer un qüestionari amb preguntes tancades que ens poguessin donar unes respostes, a les nostres inquietuds, que no haurien estat prou significatives ni rellevants del que volíem investigar. Necessitàvem recollir les expressions lliures del que les infermeres pensen i senten sobre com gestionen el pla de cures, així com de les dificultats amb què es troben a l'hora de fer el registre de les dades de les creences i els valors de la persona de la qual tenen cura.

Vam iniciar l'entrevista, semiestructurada en tres preguntes, que, a manera de guió, ens van ajudar a preparar l'ambient de comunicació. En la primera pregunta, vam voler captar el que pensen les infermeres sobre com registrar i analitzar les dades de les creences i els valors

en el pla de cures segons el model conceptual que utilitzen les infermeres de l'ICS.

I. Com a infermer, què penses sobre el registre i l'anàlisi de les dades de les creences i els valors de la persona que és atesa en el domicili?

En l'estudi quantitatiu previ es va evidenciar una manca important en els registres en l'HCAP sobre les creences i els valors de la persona atesa, sobretot el que expressava en forma de relat. Ens calia conèixer quins havien estat els factors que interferien a fer que els registres d'aquestes dades, en la gran majoria de les HCAP revisades, no s'haguessin completat. En aquesta segona pregunta, vam voler facilitar el camí perquè les infermeres poguessin descriure tot allò que, per a elles, era sinònim de dificultat per completar de forma entenedora el registre clínic d'aquesta informació.

II. Coneixes alguns factors que interfereixin en la recollida i el registre de dades sobre les creences i els valors?

Per últim, una tercera pregunta invitava a les infermeres participants a poder expressar lliurement el seu acord o desacord sobre si creien que calia valorar les dades de les creences i els valors com a informació concreta sobre el que pensa i creu la persona atesa en el domicili, amb l'objectiu de poder elaborar un pla de cures adient al seu problema de salut crònic.

III. Creus que, per fer el pla de cures, cal aquesta informació?

Encara que teníem prevista la possibilitat de modificar el guió per tornar a reformular l'enunciat de les preguntes, o bé, si calia, afegir-n'hi alguna altra, no va caldre fer cap canvi. Vam veure, al llarg de tot el procés de recollida de la informació, que teníem una bona acollida i que les respostes que havíem obtingut de les participants

en les primeres entrevistes havien estat sinceres i coherents. Vam observar que, un cop engrescades, a vegades introduïen en el seu relat alguns elements que corresponien a les altres preguntes. Aquest aiguabarreig d'idees només va ser una mica conflictiu, per a nosaltres, en el moment de fer les dues primeres transcripcions de l'àudio. Cal pensar que, en fer les transcripcions, després de 24 o 48 hores de l'entrevista, encara teníem molt present la persona i l'entorn, així com si hi havia hagut alguna incidència que en pogués alterar de forma substancial la dinàmica. Aquestes consideracions ens van ajudar a centrar-nos i aprendre a navegar per l'àudio, durant l'escolta del *verbatim*, per ordenar les expressions del relat i donar-li la coherència del seu contingut (Valles, 2002).

Vam tenir present que, de fet, era la infermera mateixa la que marcava el seu tempo i el seu espai com a protagonista del nostre estudi. Aquesta va tenir l'oportunitat de manifestar els seus punts d'acord o desacord en benefici de millorar les cures.

2.2.5 GESTIÓ DE LA PROGRAMACIÓ: ENTREVISTES I GRUPS FOCALS

Per fer una òptima gestió i coordinació de les nostres agendes, havíem de tenir present les peculiaritats de cadascun dels equips, la qual cosa ens va donar un radi d'acció i d'observació més ampli, que, sens dubte, ens va proporcionar riquesa en el contingut dels relats. Un cop rebuts els noms dels participants, que ens els van donar els facilitadors, ens vam posar en contacte amb cadascun dels proposats. Les infermeres participants ja havien conegut, per endavant, el nostre projecte de recerca, però nosaltres hi vam voler tenir un curt contacte personal previ, primer per correu electrònic i, tot seguit, per via telefònica per explicar com havíem previst fer la logística de l'entrevista. Aquest primer contacte personalitzat ens va

servir per clarificar dubtes, que algunes d'elles ens havien expressat, sobre com fer el seu relat.

Es va pactar per endavant el dia i l'hora per evitar aquelles estones de més pressió assistencial. Les respostes van ser unànimes. Tots van preferir entre mig mati i migdia.¹⁹¹ Cal dir que a la tarda¹⁹² no es va fer cap entrevista.¹⁹³ Vam estar d'acord, doncs, per la nostra banda, amb respectar les seves agendes, i tampoc volíem interferir en aquelles rutines de l'equip, pel que fa a reunions, formació continuada i sessions clíniques.¹⁹⁴ Teníem previst, si calia, posar-nos d'acord per evitar conflictes. La programació, tant de les entrevistes com dels grups, es va fer segons les necessitats de cada centre i l'activitat assistencial de les participants.

En relació amb el temps de durada, vam creure que un període de durada de 45 minuts era suficient. Gairebé en totes les entrevistes s'ha complert aquest espai de temps previst. Només en algunes poques, aquest temps s'ha escorçat o s'ha ampliat (de 40 minuts a 55 minuts), atès que les participants han estructurat les seves respostes amb un discurs força clar i entenedor, però amb menys temps de participació, o bé ha calgut uns minuts més per arrodonir el seu discurs. En els grups focals, la bona disposició i coherència d'expressió de les participants en les seves intervencions ens va facilitar el compliment de l'horari pactat, que va ser d'uns 50 minuts, temps molt similar a l'emprat en les entrevistes.

191 Considerem mig mati el tram horari que va des de les 11 hores fins a les 13 hores. El tram del migdia va des de les 13 hores fins a les 15 hores.

192 Considerem la tarda, el tram que va des de les 15 hores fins a les 19 hores. Cal pensar que l'activitat assistencial de la tarda en el centre comença a les 15 hores i que les llistes de visites programades van carregades i no deixen espais lliures.

193 Cap participant ens va proposar l'horari de tarda per fer-li l'entrevista.

194 Activitats que de manera habitual es fan dins de l'horari compartit, entre matí i tarda.

Per a nosaltres, el fet d'entrar en un centre on ja teníem el vistiplau de la direcció de l'equip, així com tenir per endavant les entrevistes concertades o poder tenir els grups constituïts, o planificat el dia de la trobada, ens va proporcionar seguretat en les nostres intervencions, que, en tot moment, ens han facilitat l'evolució de la nostra recerca.

2.2.6 DINÀMICA DE LA RECOLLIDA DE DADES: ENTREVISTES

En tot moment vam respectar la manera d'expressar-se de cadascuna de les infermeres participants. Van tenir l'opció de fer-ho en català o castellà, i fins i tot algunes d'elles van utilitzar les dues llengües, sobretot en aquells moments que el discurs es tornava més intens. Van explicar les seves vivències amb coratge i sinceritat. Encara que les seves manifestacions van ser subjectives (Vallès, 2002), sens dubte ens van aportar un coneixement molt valuós per a la nostra investigació. Per tant, en totes les entrevistes vam continuar amb les mateixes preguntes. Les infermeres van establir l'ordre i van compondre el seu relat, focalitzat cap on volien. Moltes participants, es van avançar en les seves manifestacions. Van entrar tant dins del context que responien coses de la segona pregunta per endavant. Per la nostra banda, vam acceptar, en tot moment, les seves propostes tot i que estiguessin fora del context de la nostra investigació. Les vam considerar informació prou rellevant per tenir-la en compte per fer la nostra reflexió.

2.2.7 DINÀMICA DE LA RECOLLIDA DE DADES: GRUP FOCAL

Vam formar tres grups focals: dos dins de l'àmbit urbà¹⁹⁵ i un dins de l'àmbit rural. L'objectiu va ser el mateix que s'havia marcat en aquest estudi. Vam seguir el mateix guió, semiestructurat amb les tres preguntes que s'havien utilitzat en les entrevistes. Vam tenir la col·laboració de dues observadores que formaven part de la UTACC. En els dos grups urbans va col·laborar la mateixa observadora i en el rural en vam disposar d'una altra. Les dues observadores coneixien l'estudi i, des del primer moment, van estar interessades a formar part d'aquests grups focals.

Es van fer tres sessions, i en totes es va obrir el torn de forma tímida. Els participants estaven a l'expectativa. La lectura de la primera pregunta va estimular les intervencions de cadascuna de les participants. En aquest cas, un cop arrencat el discurs, entre elles van anar establint el seu propi ordre, observant-ne amb rigor el torn de participació, així com el temps d'intervenció. Totes les participants van ajudar a construir un relat definit, entenedor i coherent. Així doncs, en cap moment no va ser necessària cap reformulació, ni modificació de les preguntes que van marcar l'estructura del guió al llarg de tota la recollida de dades.

2.2.8 ESPAI UTILITZAT

En l'àmbit urbà, les entrevistes es van produir en cadascun dels centres on la infermera entrevistada feia l'assistència. Per als dos grups focals, la convocatòria va tenir lloc en el CAP on cada una d'elles feia

195 Dins de l'àmbit urbà, s'han fet dos grups per respectar la divisió que hi ha entre les gestores de casos, quant a reunions i comunicació entre elles, perquè cadascun dels grups es va iniciar dins del context d'un sector diferent. No va ser fins l'any 2010 quan la gestió del SAP Litoral i la del SAP Esquerra, com a prestadors de serveis, es van unificar per passar a forma el SAP Litoral-Esquerra.

les seves sessions de manera habitual.¹⁹⁶ En l'àmbit rural, vam visitar tres centres, en els quals es van fer les entrevistes concertades. El grup focal, en què participaven les infermeres de la UTAC, es va fer en el CAP de Vilafranca del Penedès, dins de la seu de la direcció de l'EAP Rural del Penedès.

Els espais físics que vam ocupar, tant en les entrevistes com en els grups, els van escollir les mateixes infermeres d'acord amb les necessitats i la logística del centre de salut on treballaven. Per la nostra banda, vam recomanar, tant als facilitadors com als participants, que fos un espai tranquil, sense sorolls, i que invités a la comunicació. Cal pensar que els despatxos de la gran majoria de centres no són gaire grans, fet que ajuda a tenir un ambient més íntim i recollit. Gairebé en totes les entrevistes vam ocupar el mateix despatx de la consulta on exercia la participant, cosa que va ajudar a tenir comoditat i que no hi haguessin interferències ni sorolls. En aquells pocs casos en què la participant tenia activitat assistencial fora del centre, i el seu despatx estava ocupat per un altre professional, ella mateixa va escollir un altre despatx del seu centre, on també es va poder preservar la intimitat de l'entrevista. En els grups, les participants van escollir l'espai comú de reunions, on elles feien les sessions clíniques i les sessions habituals de treball de l'equip. Els àudios de les gravacions constaten que en tots els espais utilitzats no es va produir interferències ni sorolls que ens molestessin.

196 En el CAP Numància i en el CAP Poble Nou, coincideix que en aquests dos caps han estat ubicades la direcció i administració abans que s'ajuntessin les dues SAP i es formés, l'any 2010, el SAP Litoral- Esquerra. Per aquest motiu, les infermeres gestores de casos, encara que formen part de la mateixa SAP, i tenen la mateixa coordinadora, fan reunions per separat (el que era Litoral i el que era Esquerra (2013).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

2.3 ASPECTES ÈTICS. REFLEXIVITAT I VALIDESA

El gran repte de la recerca qualitativa és l'apropament cap al grup que es vol investigar. En aquest cas, com a investigadores, vam voler conèixer el que pensaven les infermeres pel que fa al nostre objectiu. Vam observar que la seva implicació en el moment de participar va ser altruista, sincera i participativa. Hi havia la possibilitat que s'establís una relació participativa entre els participants i els investigadors, que podia ser vulnerable per expressar el que sentien. Ens calia respectar i entendre les seves manifestacions, quant a les qüestions plantejades sobre el que els preocupava (Arnaus, 1997).

Aquesta recerca es va fer dins de l'àmbit de l'empresa ICS. Per dur-la a terme, es va presentar el projecte inicial al Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica (CEIC) de l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.¹⁹⁷ Aquest Comitè, en la reunió del dia 29 de febrer de 2012, després d'avaluar-

197 El Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'IDIAP Jordi Gol es va crear el 14 d'agost de 1996, i va ser el primer CEIC acreditat a tot l'Estat en l'àmbit de l'atenció primària. L'Institut va considerar que el Comitè d'Ètica era un element clau per potenciar la informació de la investigació clínica en l'atenció primària. L'àmbit d'actuació del CEIC de l'IDIAP Jordi Gol són tots els centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut i, també, tots aquells centres d'entitats proveïdores que hagin sol·licitat la tutela. En total, el CEIC comprèn el 87% dels centres d'atenció primària de Catalunya.

lo va emetre l'informe corresponent (codi: P12/11),¹⁹⁸ que va estar signat a Barcelona, el 19 de març de 2012, per Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol i Gurina (vegeu annex núm. 6). Aquest informe considerava que es respectaven els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents, així com el contingut de les manifestacions dels participants, les quals no s'utilitzarien sense tenir-ne el vistiplau. En tot moment es va protegir i preservar la seva intimitat en relació amb tot el que van manifestar i que pensaven del tema que els vam plantejar. A més, es van seguir els criteris de rigor, d'ètica i de qualitat descrits per Calderón (2002) i marcats per la mateixa metodologia del disseny qualitatiu.

Tot seguit, per poder gravar l'entrevista, es va obtenir el consentiment informat de cadascuna de les participants mitjançant la signatura d'un document on és garantia la confidencialitat i l'anonimat (vegeu annex 7), elaborat específicament per a aquest projecte de recerca, en el qual es demanava el permís de les participants per enregistrar i transcriure les converses.¹⁹⁹

En tot moment, vam mantenir el respecte cap a elles i en vam protegir la intimitat i la confidencialitat del seu relat en relació amb tot allò que pensaven sobre el tema que els vam exposar. També, se'ls va demanar el consentiment per poder-ne gravar el discurs i vam informar totes les participants de la tècnica de gravació, així com vam explicar el motiu que justificava fer-la. Se'ls va comunicar que la gravació d'àudio es transcriuria en forma de document Word i que aquest s'enviaria a cadascuna de les participants. D'aquesta manera, elles podrien reflexionar sobre el seu contingut i tindrien l'oportunitat

198 Sota el títol de creences i valors dins del pla de cures: percepció de les infermeres d'atenció primària.

199 S'ha seguit la disposició de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i confidencial.

d'afegir-hi algun comentari nou, o de modificar o treure algunes de les manifestacions del seu relat. En gairebé tots els casos, es va retornar l'arxiu Word sense haver-hi fet cap modificació, només hi van haver quatre documents que ens els van retornar amb alguna modificació. En aquest cas, hi van voler afegir un comentari de més per aclarir dubtes sobre la nostra proposta, però no per retractar-se del que ens havien manifestat.

REFLEXIVITAT I VALIDESA CIENTÍFICA

En la nostra reflexió sobre l'anàlisi crítica de tot el procés vam seguir les recomanacions de Meneses (2007 i 2008). Es va procurar evitar que les característiques dels investigadors influïssin en la investigació. Es va tenir en compte el marc de la trajectòria històrica de la infermeria, que durant aquests últims cinquanta anys ha sofert diversos canvis que, sens dubte, han marcat aquesta professió i que encara són perceptibles.

Vam voler que les dades fossin estables, ja que són la descripció detallada de les respostes subjectives dels participants, que com a investigadors hem escoltat i gravat. Per tant, podem constatar que són autèntiques. Un cop transcrites les gravacions (*verbatim*) en un document de Word, les mateixes infermeres les van revisar i van tenir ocasió de reflexionar sobre el que havien dit i de modificar el contingut del document que se'ls havia enviat. Els seus relats, a partir dels quals vam obtenir la descripció acurada del fenomen que vam voler investigar, i les anotacions del diari de camp ens han servit per configurar la informació que hem volgut aconseguir. L'anàlisi del contingut d'aquesta informació, segons Amezcua (2002), ha estat alineat amb els objectius d'aquesta recerca i ens ha facilitat la descripció del que han expressat els participants proposats (Ribot et al., 2000).

Podem constatar que la informació que aportem és creïble, ja que les respostes obtingudes són les que van configurar els resultats, que els mateixos participants (Delgado, 2005) van validar i que s'han utilitzat sense establir, en cap moment, relacions de poder. Un cop finalitzada l'anàlisi de les aportacions de les participants, aquestes van rebre la informació detallada de com s'havien utilitzat els resultats, que es van presentar en diferents congressos com a trajectòria i evolució d'aquesta tesi que presentem (fig. 10). Tot seguit, van agrair en diversos correus la visibilitat de les dades aportades en aquests congressos, les quals, en definitiva, són seves i són un exponent de les seves inquietuds manifestades durant les entrevistes i en els grups focals.

Congressos on es van presentar els resultats obtinguts en aquesta recerca.

Font: dades de l'autora

Figura 10

<p>XI Congrés de l'Associació d'Infermeria Familiar Comunitària (AIFICC) 25 i 26 d'octubre 2012 Sitges (Barcelona)</p>
<p>XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) 6 i 9 de novembre 2012 Cartagena (Múrcia)</p>
<p>XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). 12 i 15 de novembre 2013 Lleida</p>

El disseny metodològic és adequat i coherent als objectius de la nostra recerca (Delgado, 2010). Considerem que és prou rellevant, ja que està relacionat amb el model de cures implementat per la mateixa empresa ICS. Hem intentat obtenir informació sobre les dades, quantitatives i qualitatives, que ens han aportat conèixer el risc/benefici dels registres infermers, en aquest cas sobre el que pensa i creu la persona que rep les cures.

En aquest estudi vam voler recollir l'essència dels judicis que, per mitjà de les intervencions individuals o amb grup, ens van fer les participants. Per la nostra part, en tot moment vam ser conscients de la responsabilitat que significava interpretar i plasmar tot allò que ens havien expressat, sobretot durant les entrevistes individuals, on podem constatar, a través de les expressions no orals, la vehemència i la sinceritat dels seus relats. Val a dir que, malgrat que en els grups també van ser sinceres, sense voler, unes amb les altres, es donaven suport, ja que estaven pendents d'allò que deia la del costat per expressar-ne conformitat o bé disconformitat. En aquest cas, l'investigador va respectar el tarannà de tots els participants, amb plena consciència ètica del que pensaven i el que expressaven. En la seva publicació, Arnaus (1996), malgrat que es refereix a un estudi etnogràfic, expressa, de forma molt entenedora, les dificultats i els objectius que sovint hi ha quan un investigador intenta explicar i analitzar el que diu i el que ens vol transmetre l'altra persona.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera



RESULTATS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

Cal recordar que tenir cura és un art, i per tant cadascuna de les participants, en els seus relats, va deixar fluir part d'ella mateixa i va aportar dades molt significatives. Per a nosaltres, es va tractar d'una visió molt personal que ens va aportar un contingut ric d'expressions que ens va ajudar a reflexionar i a poder completar l'anàlisi dels seus discursos.

Atesa la condició anònima de les participants en l'estudi, s'ha assignat un codi que només ens clarifica la qualitat del seu origen. Amb l'objectiu de mantenir l'ordre de les intervencions i facilitar extreure'n el contingut, cadascun dels codis va acompanyat d'una referència ordinal. També fem constar que els noms de les persones a què ens referim en els relats són ficticis (fig. 11).

Codis emprats

Font: disseny de l'autora

Figura 11

AEPA (Aportació evidència pràctica autora)

EICUE (Entrevista Infermeria Centre Urbà Esquerra)

EICRP (Entrevista Infermeria Centre Rural Penedès)

GFIPAUL (Grup Focal infermeria practica avançada Urbana Litoral)

GFIPAUE (Grup Focal infermeria Pràctica Avançada Urbana Esquerra)

GFIPARP (Grup Focal Infermeria Pràctica Avançada Rural Penedès)

Ens interessava saber, doncs, el que pensaven les infermeres d'AP sobre el tema que ens preocupava. Vam creure que, si la mateixa persona que havia fet les entrevistes escoltava les gravacions, això ajudaria a entendre el sentit de les paraules del relat de cadascun dels participants.²⁰⁰ Per a nosaltres, va ser important identificar els factors que limitaven la interpretació sobre les creences i els valors de les persones i la posterior utilització com a dades rellevants dins del pla de cures.

Podem constatar que sí que hi van haver manifestacions repetitives, però d'altres, en canvi, van anar fluïnt, i encara que ens podien oferir alguna situació nova dins del relat, sempre hi havia un petit matís que ens aportava una nova experiència i que ens ajudava a clarificar-ne el contingut. Per tant, la constant reflexió, després de cadascuna de les entrevistes i dels grups focals, ens va fer considerar que, en aparença, no s'havia arribat a la saturació de les dades. Aquesta consideració ens va permetre avançar i actuar segons el previst per arribar a cobrir tot el territori que volíem estudiar. Això ens va permetre obtenir un conjunt de relats que ens van aportar dades molt significatives per fer una anàlisi molt real de la situació viscuda entre el 2013 i el 2015, i de la projecció de futur desitjada per aquelles infermeres que hi havien participat i que estan treballant en una institució pública dedicada a prestar serveis per millorar la salut de la població.

200 L'entrevistadora comenta que, quan escoltava l'àudio, sense voler, identificava la cara i l'expressió de la persona que feia el relat, així com l'entorn on s'havia fet l'entrevista o el grup focal, cosa que ajudava a fer la transcripció del seu contingut.

3.1 PARTICIPANTS

Vam voler tenir una àmplia representació d'informants. Per tant, un cop definit el perfil de les infermeres participants, es va considerar necessari que, per fer les entrevistes en profunditat, almenys ens calia tenir una participant per equip de cadascun dels centres de salut que volíem visitar com a representació de diferents zones de població. Malgrat tot, vam estar oberts a noves propostes, algunes de les quals van fer augmentar la mostra.²⁰¹ Per als grups focals, vam tenir en compte el nombre d'infermers de pràctica avançada que actuen com a gestores de casos dins de les UTACC. Es va fer la proposta de participació a totes les seves integrants, proposta que va ser acceptada sense que hi hagués cap negació. Es va mantenir la mateixa tònica tant en l'àmbit urbà com en el rural. En la figura següent (fig.12) podem veure com va quedar el detall de les infermeres que van participar en aquesta recerca.

201 En alguns equips, ens han demanat que volien participar dues infermeres en lloc d'una. Hem trobat en tres EAP que l'adjunt de direcció, que comparteix la seva feina de gestió amb l'atenció a consulta i al domicili, també ha volgut participar.

Total infermeres participants

Font: disseny de l'autora

Figura 12

Àmbit urbà SAP Litoral-Esquerra

- 16 infermeres participants en les entrevistes en profunditat semiestructurades.
- 13 infermeres de pràctica avançada que han participat en els dos grups focals.

Àmbit rural ABS Rural del Penedès

- 14 infermeres participants en les entrevistes en profunditat semiestructurades.
- 04 infermeres de pràctica avançada que han participat en el grup focal.

En total han estat 47 infermeres participants

3.2 ANÀLISI DE CONTINGUT

3.2.1 DINÀMICA D'ANÀLISI

Els àudios de les entrevistes es van transcriure en format Word. El document resultant, segons l'acordat, es va enviar a cadascun dels participants perquè corroborassin que les paraules del seu relat eren fidedignes i que la interpretació que n'havíem fet del contingut era correcta. Recordem, doncs, que tots ells van tenir l'opció de poder llegir el document, i identificar el que ens havien manifestat, i, si calia, modificar i/o afegir-hi qualsevol altre contingut que creguessin oportú.

En els grups focals, vam seguir la mateixa pauta, amb la diferència que, en fer la transcripció a Word de l'àudio extret de cada grup focal, s'hi va afegir el text aportat per l'observador que ens va acompanyar, completant d'aquesta manera la informació. Vam repetir la mateixa acció que havíem fet abans amb les infermeres que havíem entrevistat: es va enviar el document resultant de la transcripció a cadascun dels participants, però, a més a més, en aquesta ocasió també el va rebre l'observador. Se'ls va demanar que fessin una sessió per unificar criteris i validar la transcripció que havíem posat a la seva consideració. D'aquesta manera tenien l'oportunitat de modificar i/o afegir, si calia, alguna cosa més en el contingut del document. Tant als uns com als altres se'ls va demanar que retornessin el que se'ls havia enviat, donant la seva conformitat o, si més no, amb les esmenes fetes.

Un cop rebuts els documents, amb el registres dels relats ja revisats per tots els participants, només ens quedava tornar a revisar-los, de forma ordenada, per preparar l'anàlisi dels resultats i fer-ne la corresponent reflexió. Ens interessava saber el que pensaven les infermeres sobre el registre de les creences i els valors en el pla de cures. Per a nosaltres, ha estat prioritari conèixer les seves manifestacions sobre els problemes que, prèviament, havíem plantejat (Bardin, 2002). Es va captar l'essència del relat de cadascuna de les aportacions sense utilitzar cap suport informàtic. Per aquest motiu, ens calia tenir una eina representativa que ens ajudés a ordenar i classificar les aportacions de les participants (Krippendorff i Wolfson, 1990). El disseny en forma de diagrama (fig. 13) ens va permetre analitzar-ne amb més profunditat el contingut per arribar a esbrinar quins eren els factors que influïen a fer que els registres en el pla de cures no estiguessin prou omplerts, i si, en realitat, la manca d'aquestes dades sobre les creences i els valors podien restar qualitat a les cures que apliquen les infermeres de l'ICS d'AP.

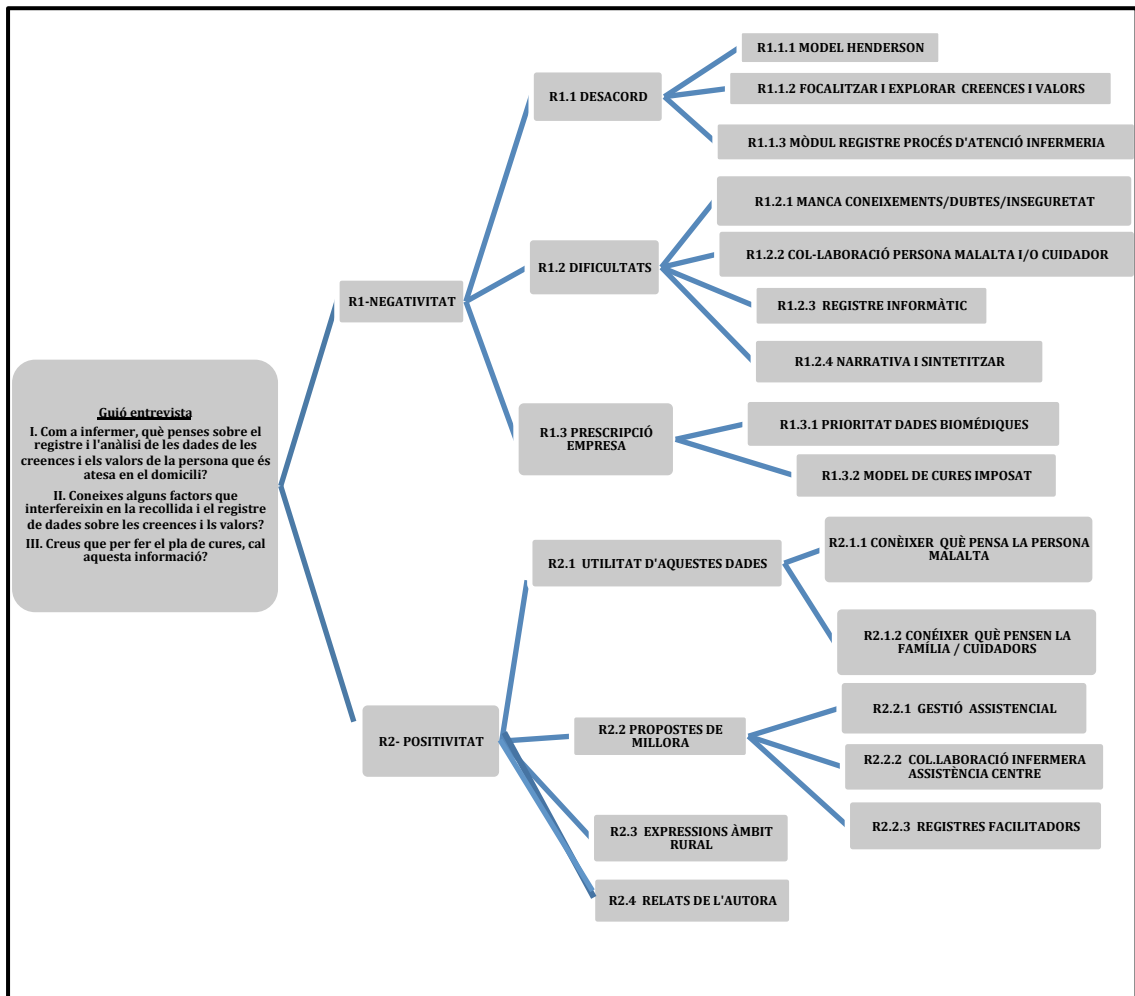
Es va observar que hi havia dues consideracions inicials molt clares que marcaven el contingut de tots els relats, representades, d'una banda, amb expressions de negativitat i, de l'altra, amb expressions de positivitat. Aquestes dues s'apreciaven ben diferenciades i contraposades entre si, i ens mostraven la diversitat de les opinions de les participants. Aquests dos termes els vam categoritzar com a R1(-) i R2(+). Cadascuna d'aquestes dues categories suposa un desplegament funcional de tots els discursos, el que ens va ajudar a clarificar la situació. A continuació es va utilitzar una llistat de colors que, amb un valor qualitatiu, ens va permetre reconèixer les respostes focalitzades segons l'estructura que nosaltres vam proposar, amb les tres preguntes que els havíem plantejat sobre el tema que volíem estudiar. A mesura que anàvem analitzant, es generaven noves subcategories i sub-subcategories que ens proporcionaven elements per poder resumir tota la informació obtinguda. Cadascun d'aquests

apartats el vam identificar amb un codi, la qual cosa ens va ajudar a reflexionar sobre el contingut d'una manera global.

Diagrama: categories i subcategories

Font: disseny de l'autora

Figura 13



Aquest diagrama dissenyat per nosaltres ha estat una eina útil que ens ha servit per exposar d'una manera ordenada la informació que hem obtingut segons els objectius marcats en el nostre projecte inicial. Cadascuna de les categories representades s'hi identifiquen amb un codi.²⁰² A més, davant de la riquesa de les aportacions de les participants, en vam voler fer visibles una bona part dels relats, i per tant, dins de cadascuna de les categories i subcategories, hi vam fer constar alguns dels trossos que vam considerar més rellevants pel seu pes específic i representatiu. Vam voler fer constar, en l'apartat R2.3, alguns dels relats de les infermeres que fan l'assistència en l'àmbit rural, per analitzar-ne el contingut i veure les diferències que marcaven el fet de treballar en un àmbit diferent de l'urbà. Cal afegir-hi que l'aportació d'uns relats curts (apartat R2.4) que ha elaborat la mateixa autora, representen el testimoni d'algunes de les seves vivències que, sens dubte, van ajudar a reforçar aquest treball de recerca. Considerem que és impossible posar-hi tot el que han expressat les infermeres participants. Per tant, vam voler fer visibles per al lector una altra part dels relats que, amb un contingut prou rellevant, també ens van aportar informació sobre el que elles pensen (annex núm. 8).

Vam voler focalitzar en l'apartat de Negativitat (R1), on es van identificar com a punts importants, el desacord i les dificultats que han manifestat les infermeres quant a la gestió de les cures, així com les observacions que han fet sobre la prescripció de l'empresa en allò que afecta tot el que es relaciona amb aquesta gestió. Vam creure que el fet d'aprofundir en aquests punt ens donava pas a unes accions més concretes cap a noves projeccions que ajudaven que les infermeres puguin gestionar millor les cures.

202 La lletra R correspon a la paraula *resposta*. La resta són xifres que assenyalen la categoria, la subcategoria i la sub-subcategoria descrita.

Per últim, vam escollir el suport de la matriu DAFO (Ambit, 2015). L'adaptació d'aquesta eina, que s'utilitza en la gestió de moltes empreses, ens va permetre visualitzar de manera ordenada i funcional els resultats obtinguts. A més, ens va ajudar a reconèixer, des del marc intern, les amenaces i les oportunitats de l'empresa mateixa envers les competències de les infermeres en la gestió de les cures i, des del marc extern, vam poder identificar les debilitats i les fortaleses de la infermera d'atenció primària no com a treballadora, sinó com a professional.

3.2.2 ANÀLISI: EXPRESSIONS DE NEGATIVITAT

R1. Negativitat. En aquesta primera categoria es recullen, a través del desacord, les dificultats i els problemes, segons les expressions de les participants, que descriuen diversos factors que afecten el desenvolupament correcte de les cures.

R1.1 DESACORD

R1.1.1 Model de cures de V. Henderson no és adient a les necessitats de les cures

Penso que, com que hi ha 14 necessitats, les últimes les deixem en blanc, ja que no els donem tanta importància (111 EICUE).

No les explorem en excés perquè no formen part de la nostra bateria de preguntes. Malgrat que sí que són importants, ens cal aprofundir-hi més. No les enfoquem amb el model de Henderson. La informació és sobre dades observacionals i va només enfocada a simptomatologies.

Som infermeres i tot això ho tenim present, encara que aquestes preguntes no es treballen, si no és que ho vegis molt clar. El model de Henderson, ens cal explorar-lo més. Cal estar més preparada. Per efectuar el relat, és millor fer-ho directament en l'anàlisi. Com està dissenyat no és viable. Cal eliminar les necessitats, perquè ja les tens en el cap (201/207 GFIPAUE).

El model de Henderson és com una guia per indicar-nos per on tirar i com enfocar les coses. Jo sóc una mica anàrquica quan faig la valoració. És com una conversació i deixo fluir. Quan vas a domicili, no valeres necessitat per necessitat, ho fas global. Es treballa poc, a la pràctica el model teòric no s'està fent. Caldria unificar més els registres. Es focalitza més en el diagnòstic, però no en el pla de cures. (211/216 GFI-PAUL).

Les necessitats més funcionals, com caminar i la higiene, són les que treballem més. A vegades, penses que les de psicològic ja no són tan importants (306 EICRP).

A vegades, sí que els malalts expliquen la seva història de vida, però es difícil registrar la consciència amb un model com el de Henderson. Fem una valoració holística general aproximada, sense ser tan sistemàtica (401/404 GFIPARP).

R1.1.2 Focalitzar i explorar les creences i els valors

No valorem que aquestes dades són necessàries. A vegades les podem registrar en un altre lloc, i no pensem que les tenim en una pantalla específica. No pensem a registra-les (106 EICUE).

Consciència de creences i valors en una visita no la tinc. Ens fa por, no saps com entrar a preguntar. Tampoc faig el registre. Els estils de vida actuals ens fa pensar que estem vivint d'una manera ben diferent a la que es vivia anys enrere. Hi ha crisi de valors. Abans gairebé tothom era practicant de la religió catòlica, però ara hi ha molta variabilitat de creences i, si tu com a persona ets practicant d'una altra religió, es veu d'una altra manera i et costa preguntar-ho (201/207 GFIPA-UE).

Aquesta necessitat sobre les creences i els valors no solament és si creu en Déu, també és si està contenta amb la seva vida. Aquesta s'hi registra poc. No es focalitza. Ho intuïeixes una mica. Durant la visita domiciliària, si veus alguna cosa que et cridi força l'atenció, com són creences molt arrelades o sobre la seva manera d'enfocar les seves coses, aleshores és quan ho registro. T'ha de cridar molt l'atenció (211/216 GFIPAUL).

És una de les necessitats que no omplim si no és molt evident. Omplim les de respirar, menjar, beure, dormir... però aquesta no la utilitzem. Tal com treballem, només anem directament a unes quantes necessitats que, per a nosaltres, són més habituals (302 EICRP).

Aquest registre crec que és sobre una pregunta molt personal. Jo pregunto si són practicants quant al tema de la religió, tampoc vaig més enllà. Caldria fer una valoració més qualitativa i més confidencial (310 EICRP).

La línia en què treballem el sentit de la intimitat no està prou definida. Com la registres? Encara que s'ha fet l'atenció, però com la descrius? És massa qualitativa i no és una dada de

valor. No és un paràmetre, però és fonamental i sabem que cal considerar-la, però no es registra com a tal (312 EICRP).

R1.1.3 Mòdul registre procés d'atenció d'infermeria, per poder registrar les dades

Per fer el pla de cures en general, no fa falta aquest mòdul. No interfereix en la meva tasca (103 EICUE).

A vegades, sí que ho registro en el curs clínic. Poso en el MEAP que està motivada o que és molt religiosa, que fa teràpies naturals pel seu compte, etc. Sóc conscient que segueixo el model, però no busco la pantalla (106 EICUE).

Costa de registrar-ho a la pantalla i només registres quatre coses. Fer registre de les emocions és molt difícil. Fer clic és més fàcil. Fer preguntes directes és complex. No és una bateria de preguntes. A vegades, surt certa informació, com són les voluntats anticipades, i, malgrat que ho fem, encara ens manca saber més sobre com fer l'enfocament (401/404 GFIPARP).

Anàlisi de la situació (R1.1): Vam pensar que les expressions d'un desacord clar emmarca el que pensen sobre el model conceptual imposat per l'empresa ICS. Es van identificar els problemes per focalitzar i explorar el tema de les creences i els valors, tema essencial de la nostra recerca. Tanmateix, sobre el suport informàtic del mòdul de cures que s'utilitza per registrar totes les dades referent al PAI, moltes han manifestat que els resulta feixuc. Volen poder registrar de manera més fàcil i que resulti més àgil.

R1.2 DIFICULTATS

R1.2.1. Manca de coneixements, expressions de dubtes i d'inseguretat

Aquest tipus de registre normalment el tenim en blanc. Potser ens manca formació. No ho tenim prou assumit. En conjunt, mirem més la persona pels seus problemes sanitaris. Reconec que està molt mal fet. Hi ha persones que registren posant creuetes. Jo, per la meua banda, quan em cal registrar sobre aquesta necessitat, em quedo en blanc. A vegades, si veus estampetes, et pots fer idea de com pensa aquella persona i ja tens un punt de partida. Hi havia una senyora molt esotèrica que tenia les seves manies i, de fet, em costaven registrar-les. No sabia com posar-ho. Les altres necessitats sí que les puc registrar, però aquesta no sabem com fer-ho (110 EICUE).

Tinc una mica d'embolic amb les dependències, sobretot en aquesta necessitat, atès que el seu registre és molt subtil i complex. En l'ordre de les necessitats, el lloc de les creences és cap al final, i això no facilita tant el registre (114 EICUE).

Cal estar més preparada. A mi, m'agrada el tema, però em manca formació. Els malalts expliquen la seva història de vida, però, per a nosaltres, registrar la consciència, amb un model com el de Henderson és difícil. Li preguntes per la mort, quina religió i quines creences té, però no saps com abordar-ho. En el seu discurs, ells, de manera indirecta, et donen informació, però, per valorar les creences i els valors, hauries de tenir més informació de la família i dels que el coneixen (201/207 GFIPAUE).

Com registro un sentiment? A vegades poso "llegiu" perquè la companya ho sàpiga. Cadascuna de nosaltres s'ho munta a la seva manera, i, si un només escriu les seves coses, pot semblar una enciclopèdia que s'ha de seguir amb tots els llibres (211/216 GFIPAUL).

No es fa de cap de les maneres, no interessa. Tenim por. No en sabem prou. No estem preparats, només anem per la part física i no valorem res més (308 EICRP).

Els infermers fem de tot, menys el que ens toca. Ens cal més formació, cada cop hem d'assumir més coses i no estem prou preparades. Em costa parlar de temes de religió. El registre és mínim, crec jo, i és molt pobre en aquesta qüestió. Jo "info" registro. Sanitàriament, ja ho tenim cobert, però aquesta altra part més espiritual la deixes. Equivocadament, pensem que no passa res. Ens falten habilitats i agilitat per intervenir en aquesta necessitat. Es costa, en la pràctica diària, treure el tema i poder-ne parlar (309 EICRP).

El tema de les creences i els valors no es descriu, malgrat que s'ha fet. Sobretot en els ATDOM, en aquells malalts crònics complexos que no es belluguen de casa i en malalts terminals, caldria registrar-lo molt acuradament. Forma part de les 14 necessitats bàsiques. No sabria fer-ho tal qual. Possiblement, el tens en compte posant escolta activa. No és quantificable. No és un paràmetre (312 EICRP).

Les voluntats anticipades són importants. No em sento preparada. Hi ha persones que són receptives, i em sento còmoda poder parlar-ne. En canvi, hi ha altres persones que em sembla que ho prenen com una ofensa (401/404GFIPARP).

R1.2.2. Manca de col·laboració de la persona malalta, o bé del cuidador

A vegades, ens cal anar al domicili per coses que la família podria resoldre. No hi ha col·laboració. Quan vénen a la consulta i els diem què podrien millorar, no ho fan, i això fa que haguem d'anar a casa seva. Quan ja anem a casa seva, és per negligència d'ells, ja que no fan el que cal i, és possible, que el seu procés empitjori (103 EICUE).

No hi ha ningú que te les digui. Hi ha gent que no ho entén. Hi ha gent que no les vol dir. Potser t'enganyen. Per a mi personalment, no em serveix. Aquestes dues creences i valors. No he vist ningú que digui: "Senyoreta, per què m'ho pregunta?, com si tu entressis en la seva vida privada. Altres et contesten i no saben perquè contesten. Algunes pensen que només són les religioses. Jo les trauria (105 EICUE).

En la domiciliària no tens gaire contacte amb el malalt. Quant al cuidador, a vegades tampoc no és prou de fiar, perquè no saps si, realment, expressa la voluntat de la persona o mira per a ell. En aquest barri tenim gent d'altres ètnies. Els de la comunitat xinesa tenen la seva medecina, els has de preguntar què prenen. Els dius que no ho han de prendre, però ells continuen, malgrat que juren i perjuren que no ho prenen (107 EICUE).

També, a vegades, alguns tenen reticències quan veuen una infermera nova i jove. Per a ells, la consideren molt jove i això no els fa confiança (114 EICUE).

Hi ha malats que tenen una pantalla i no et deixen entrar en el seu mon. No pots obtenir aquest tipus d'informació. Podem observar coses, però és una interpretació subjectiva personal

de cada infermera. Però observes que, quan la filla marxa a la cuina, la persona es posa plorar i aprofita per parlar. Aleshores veus que té un problema emocional. Podem dir que hi ha un desconeixement general de la necessitat. Potser és que tenim por de no voler-nos implicar emocionalment amb la persona. Quan preguntes segons què, creus que com a professional t'estàs ultrapassant. També depèn de com el malalt viu la malaltia, i dels seus mateixos coneixements (201/207 GFIPAUE).

A vegades ens trobem que el familiar té pressa i no pot estar per a nosaltres, que el malalt no està disponible o no té ganes de col·laborar (306 EICRP).

Fer un pla de cures, a vegades, no es pot dur a la realitat per manca de col·laboració del cuidador o del malalt (308 EICRP).

R1.2.3. Registre informàtic complex i poc fluid, manca de temps per poder registrar totes les dades. Masses pantalles.

Registro les coses que puc. Les pantalles no són fàcils. Ho fas el millor que pots. No hi ha temps per tantes coses. Els registres són complexos. Per a mi, és una aportació més. Anem bastant ofegats de feina. Si véns dels domicilis, si ja has fet sis o set domicilis, no tens temps de fer els registres, ni espais físics. Tens la consulta ocupada i no pots ubicar-te per poder tenir un lloc per poder estar-hi i poder escriure. Et cal esperar més de 15 minuts per tenir un lloc adequat (104 EICUE).

Hi ha molts conflictes amb els metges que consideren que en els domicilis el malalt és d'infermeria. Pensen que ja t'apanyaràs amb el malalt, amb els familiars i amb els cuidadors.

La gestora de casos i la treballadora social ens ajuden força (108 EICUE).

Quant al registre informàtic, costa molt adaptar-se al que tenim dins del programa de l'ordinador. Hi ha coses que cal explicar-les i no saps on posar-les perquè quedin ben registrades. Tinc una mica d'embolic amb les dependències, sobretot en aquesta necessitat, ja que és molt subtil i complex el seu registre (114 EICUE).

A més a més, ens costa registrar-ho. De fet, només registrem quatre coses. Encara que sí que algunes de nosaltres fem una valoració holística general, sense ser tant sistemàtica. El programa eCAP és carregós, i nosaltres només mirem de registrar les nostres activitats. Pensem que els registres han de reflectir tot el que fem (201/207 GFIPAUE).

Registrem i, quan ja hem après com fer-ho, ens canvien alguna cosa. A vegades dubtes de com ho has de registrar. Els inicis del programa van ser un mal son. S'han de registrar moltes coses i en molts llocs diferents. No està unificada la manera de registrar. Es registra per burocràcia. Potser per a mi no és important una cosa i, en canvi, pel company sí que ho és. Has de posar tants NIC i tants NOC. No saps bé com ho has de posar-ho (211/216 GFIPAUL).

S'ha perdut l'interès de registrar a causa de les dificultats a l'hora de fer-ho. Malgrat que l'empresa no ens demana tenir totes les necessitats omplertes, jo sí que ho tinc present. Sóc tafanera, però no sé com registrar-ho (303 EICRP).

No hi ha prou temps i el sistema informàtic és molt complex. Em cal ajuda dels companys (307 EICRP).

Els valors que ens donen en l'eCAP no són prou oberts per poder registrar aquest tipus de coses. No en sabem i no hi ha prou informació (308 EICRP).

Aquest tema és molt qualitatiu i aquest programa informàtic és molt biomèdic. La relació que hi ha amb la família no tens possibilitat de plasmar-la en el registre de l'eCAP. Costa trobar un lloc per registrar tota la part qualitativa de la persona. La dificultat està a plasmar-la en l'HCAP. No saps com fer-ho, és molt personal i íntim, tant pel que fa a les persones de l'AT-DOM com als que vénen a la consulta (310 EICRP).

No ho faig d'una forma gaire profunda, per manca de temps. Ens falta més preparació per poder fer l'abordatge d'aquest tema (311 EICRP).

R1.2.4. Problemes per fer una narrativa i sintetitzar el relat de la situació de la persona que s'està valorant.

Les infermeres tenim molt rotllo, però ens costa sintetitzar (211/216 GFIPAUL).

Ningú li dóna valor. El que tu saps t'ho quedes per a tu i no ho registres. No sabem registrar el que veiem. No et donen opcions per poder registrar les coses més subtils (308 EICRP).

La dificultat està en el registre. Ens cal tenir un vocabulari que reconeguem com a propi. Penso que tenim por de fer els registres malament o, sovint, tenim reticència que el que escrivim sigui llegit de determinades maneres i no s'entengui el nostre relat. Per recollir les dades sobre aquesta necessitat, cal tenir certes habilitats per explicar i registrar el que ens han dit, cosa que no sempre està a l'abast de tots els professio-

nals, i ens cal més temps que no tenim. Hi ha professionals amb diferent formació i amb una implicació molt diferent (301 EICRP).

Tota aquesta informació, no saps com resumir-la i posar-la per manca de lloc per escriure (306 EICRP).

Anàlisi de la situació (R1.2): En els desacords, ja vam identificar algunes de les dificultats amb què es troben les infermeres per fer els registres. Però és en aquesta subcategoria on elles ja defineixen i expressen els problemes que tenen per diverses qüestions, com és la manca de coneixements, cosa que els genera inseguretat i dubtes a l'hora de reflexionar i prendre decisions. També diuen que els registres informàtics els resulten feixucs i, a vegades, poc entenedors. Sovint tenen dubtes en el moment de registrar les intervencions, que consideren prioritàries, perquè consti la seva feina i per fer-la més visible. A vegades, es troben que hi ha una manca de col·laboració de la persona malalta o del seu cuidador, i que això afecta la recollida de les dades per fer la valoració de les creences i els valors. Quan volen fer la narrativa del que observen o del que manifesta la persona o el cuidador, els costa, ja que tenen problemes per sintetitzar, no tenen lloc per fer-la o no saben com enfocar-la. També tenen por d'envair la intimitat de la persona malalta o, fins i tot, de la família.

R1.3 PRESCRIPCIÓ EMPRESA

R1.3.1 Prioritat a les dades biomèdiques. Tenen un excés de dades quantitatives

Els metges no coneixen la feina de les infermeres. El teu cap et dirà: "Què és això? De les teràpies naturals, els metges tampoc no volen saber-ne res. Segons ells, no hi ha prou evidència científica (108 EICUE).

Hi ha el costum que cadascuna de les infermeres registri de manera diferent. No està unificat. La part clínica és la que està més unificada i és l'única que valora dades mèdiques (201/207 GFIPAUE).

El registre està pensat per a metges, no per a infermeria (308 EICRP).

Ara ja no interessa fer les 14 necessitats, es registren només les dades més biomèdiques (310 EICRP).

La nostra professió encara és molt biomèdica. Sí que ens caldria fer tota la valoració global. S'ha d'insistir per poder-ho aconseguir. El benestar de la persona implica que, si està més positiva, es recupera i es controla millor (311 EICRP)

R1.3.2. Pensen que el model de cures és imposat per l'empresa

El modelo que tenemos instaurado está puesto por la empresa, aunque es algo que la enfermera se lo tiene que creer como profesional. Debe tener una filosofía. Si no lo tienes muy integrado, lo ves muy mecánico, como un test (109 EICUE).203

Estic acostumada a treballar per Henderson, obligada per l'empresa. Si hi hagués un altre, també m'hi adaptaria (116 EICUE).

El pla de cures es viu com una imposició. Cal fer-lo perquè ens el demana l'empresa. Abans registraves tots els ítems de la valoració, però va arribar un moment que això era per-

203 Vam respectar l'expressió en llengua castellana de la participant.

dre molt de temps, i van dir que, per fer la valoració, no feia falta, que només amb una anàlisi ben feta ja n'hi havia prou (201/207 GFIPAUE).

Quan vaig començar a treballar com a gestora de casos, ens van dir que no em fiqués en creences i valors, que era un tema que no ens calia registrar. Les DPO ens obliguen a fer

registres no molt adequats, ens fan perdre el temps (211/216 GFIPAUL).

Si cal fer una quantitat de plans de cures, els fem, però no amb la qualitat de registre que cal. Només els fem per complir les DPO, que considerem que són poc adequades en alguns dels casos. Les DPO no haurien de ser un plus. A vegades, són molt injustes i quasi impossibles d'aconseguir, sobretot les grupals o de gestió. En canvi, les DPO individuals, la majoria, sí que es poden arribar a complir, ja que entren dins de la nostra feina habitual (302 EICRP).

Fa dos anys encara registrava si hi havia alguna mancança. Quan anava a fer un domicili, registrava totes les necessitats, però ens van dir que no calia fer-les totes. El fet que no ho demanen m'ha fet relaxar bastant. Els estàndards de qualitat estan encarats a allò que ens demana l'empresa, i l'empresa demana el que els interessa a ells (303 EICRP).

En les DPO, la gent menteix. Fan el registre perquè quedi bé. Hi ha moltes "fantasiades" (308 EICRP).

Anàlisi de la situació (R1.3): Sovint, les infermeres viuen les prescripcions de l'empresa, sobre com cal gestionar les cures, d'una forma impositiva, no els agrada gens, i una gran majoria manifesten un descontent general per les polítiques de la direcció, la qual cosa els

trasbalsa molt la tasca professional. Es refereixen a la prioritat de les dades biomèdiques i, també, a la dificultat que tenen per la imposició del model conceptual, que els cal emprar, sense que puguin escollir-ne un altre. Sovint canvien les polítiques de gestió, i es demanen uns altres tipus de dades que cal recollir i que, quan es donen, sempre es procura que hi hagi una bona imatge.

3.2.3 ANÀLISI: EXPRESSIONS DE POSITIVITAT

R2. POSITIVITAT. En aquesta categoria, les expressions recollides ja tenen un altre caire pel que fa al registre i a la utilitat de les dades corresponents a la necessitat número 11 en el pla de cures. Les informants es disposen a col·laborar i flueixen les propostes de millora, amb encertats conceptes creatius i funcionals.

R2.1 UTILITAT DE LES DADES DE LES CREENCES I ELS VALORS

R2.1.1. Creuen que és necessari conèixer el que pensa i creu la persona malalta.

La veritat, no sé si em cal parlar per mi o en general. Aquesta necessitat no la faig servir gaire. Només la tinc en compte si el pacient és marroquí o musulmà i cal donar-li una dieta. En aquest cas, sí que es treballa. El fet de no registrar aquesta informació no interfereix, essencialment, en la nostra tasca com a infermeres. Jo no dono tanta importància a les creences, encara que penso que se'ls hauria de donar més valor. Jo ho faig, però no ho registro. Quan he pensat que venies a fer-me l'entrevista, he reflexionat sobre coses que, potser, no m'havia qüestionat mai (103 EICUE).

En aquest barri tenim gent d'altres ètnies. Per exemple, en la comunitat xinesa, ells tenen la seva medicina. els has de preguntar què prenen i, malgrat que els dius que no ho han de prendre sense control i que juren i perjuren que no ho prenen, ho fan igualment (107 EICUE).

Penso que són importants, però els infermers de la meua edat no hi estem gaire acostumats. No ens han ensenyat a aprofundir en la manera de ser de les persones. Sovint anem a pinyó fix, sobre el que fem nosaltres, sobre el que creiem i pensem, sense investigar en el que pensa la persona i la família, i en el que també pensen les persones de la seva família o cuidadors (110 EICUE).

Entre tres dels pacients amb ansietat que jo vaig proposar, l'escollit va ser el pacient expert de l'any passat. A tots tres se'ls havien valorat les creences i els valors. Per a la senyora escollida, ser triada va ser molt profitós. Ara estudia coses relacionades amb el seu problema per poder ajudar els altres (111 EICUE).

D'altra banda, parlar amb la gent gran facilita el coneixement de certes creences i valors que, a vegades, s'han perdut, però que ells encara conserven (114 EICUP).

Per fer un pla de cures, ens cal tenir aquestes dades, perquè, si no, seria incomplet. Ens faltaria aquesta parcel·la. Per al compliment del tractament, cal conèixer-ne les creences, per veure si pot ser més estricta o menys complidora. Per exemple, també en el tema de les vacunes, hi ha moltes creences errònies que ens cal desvetllar. Ens trobem que, si aquestes persones estan enllitades, a vegades creuen que no cal posar-se la vacuna. Fins i tot hi ha qui pensa que la insulina el pot fer tornar cec (115 EICUE).

A mi, sí que m'agrada el tema i penso que em caldria saber més coses sobre el malalt, en relació amb el que pensa de la seva malaltia i amb el que li agrada fer. Quan estava en una població petita, sí que abordava aquests temes. És més fàcil fer l'observació de tota aquesta informació si coneixes la gent i la família (201/207 GFIPAUE).

Sí que cal posar aquesta informació dins del pla de cures dels pacients crònics i terminals dins del programa d'ATDOM (309 EICRP).

El registre de les voluntats anticipades és important, però no em sento preparada. Hi ha persones que són receptives, i em sento còmoda; però, en canvi, em sembla que altres persones s'ho prenen com una ofensa (401/404 GFIPARP).

R2.1.2 També és important conèixer el que pensa la mateixa família i/o el cuidador. En l'atenció domiciliària, aquests són actors prioritaris per optimitzar les cures prestades.

Aquesta informació sí que cal tenir-la en el pla de cures, perquè forma part de la persona. No és el mateix unes creences catòliques que unes de budistes. No és el mateix que vulguin morir a casa, o bé que creguin en un més enllà, o, fins i tot, que vulguin que els cuidin els fills, en lloc d'anar a una residència (101 EICUE).

Cal registrar si professen una religió que comporti una alimentació diferent, així com la seva escala de valors i també quina persona vol que els cuidin. A vegades, volen que els cuidi el veí, en lloc del familiar habitual. Però no ho fem. No es fa a causa de temors propis d'infermeria. Reconec que, de fet, és culpa nostra per tabús propis (113 EICUE).

Jo faig atenció domiciliària, i el tema dels valors els veig en el domicili. Valorar-los és més fàcil dins de l'ATDOM que en la consulta, ja que tens més elements: tens una visió familiar, veus el cuidador/s i com tenen la casa. Al centre costa més fer el registre de les necessitats. En canvi, en el domicili, en veure l'entorn, com a professional et situes i es crea una relació més propera i facilitadora. La gran majoria són malalts que fa temps que els conec i això facilita la recollida de dades (114 EICUE).

Aquesta necessitat no s'entén només com un problema religiós, sinó sobre més qüestions. De vegades hi ha obsessions amb creences de diferents tipus. El tema de creences pot ser un tabú familiar o un tabú professional. Hi ha gent que cuiden el pare per una promesa i tenen por d'incomplir-la i el continuen cuidant a casa, malgrat que el pacient estaria millor en un centre apropiat. Sí que cal registra-ho. Cada persona és diferent. Un dia vaig trobar una musulmana que era cuidadora i que estava interessada a saber els costums i els rituals de la religió cristiana per poder atendre la persona que ella cuidava (211/216 GFIPAU).

Considero que, com més sàpigues sobre la persona, pots veure moltes més coses com són: els seus valors i els de la persona que en té cura (306 EICRP).

Tal com esta la cosa, tenim força rotació, malgrat que encara tenim els avantatges per poder conèixer molt millor la persona, l'entorn, la família i les problemàtiques, però tot això no ho registrem (308 EICRP).

Anàlisi de la situació (R2.1): Es van recollir nombroses manifestacions de les participants. Van expressar que les dades sobre les creences i els valors sí que tenen utilitat per conèixer la persona i poder-la ajudar en el seu procés de salut alterat. També creuen que és necessari

conèixer el que pensa la família i el cuidador en benefici d'obtenir unes cures excel·lents, els quals aporten diferents visions, que moltes coincideixen entre si, quant a tots els conceptes de les cures a domicili. Per a elles, és important la persona, l'entorn i la família. Diuen que ja ho coneixen, però manca el registre.

R2.2 PROPOSTES DE MILLORA

R2.2.1 Sobre la gestió i formació assistencial per poder-la fer més assequible al pla de cures

Que fos més clarificador i més entenedor. La gent de la meua edat no estem tan familiaritzada amb la informàtica. Sempre he pensat que les creences i els valors eren molt personals, i entenc que el concepte és molt ampli. A vegades, és pensar molt més en el concepte religiós, i no el tenim tan interioritzat (102 EICUE).

Caldria un lloc per als registres de les teràpies naturals. Hi ha teràpies que tenen efectes secundaris. Per exemple, les baies de Goggi fan pujar l'INR (107 EICUE).

Jo sí que li dono importància, perquè, segons com ho enfoques i quina patologia té el pacient, els pots donar més suport. Els pacients agraeixen que vagis per aquest camí. Pots preguntar, per exemple: Vostè veu la missa per la TV? Segons com et responen, ja veus el que pensa.

Hi ha persones que tenen la salut molt precària, que han provat moltes coses i que han sentit parlar d'alguna teràpia natural, amb un final no gaire afortunat, llavors la infermera els pot donar suport. Tota persona que té fe en una cosa, cal que se senti recolzada i cal escoltar-la, sobretot els primers mesos (111 EICUE).

Crec que és una dada infravalorada, que només s'omple quan el pacient té criteris de caducitat o és imminent la seva mort. De fet, no es pregunta, sobretot en gent jove. És important no només en processos terminals, sinó també en d'altres, com seguiments de tractaments, dietes, revisions, vacunacions, sobretot amb el tema de la diversitat cultural i de creences. Cal registrar si professen una religió diferent, i si això comporta una alimentació amb costums diferents. Quina escala de valors té? Quina persona vol que el cuidin. A vegades, volen el veí i no el familiar habitual. No es fa per temors propis d'infermeria. És culpa nostra per tabús propis (113 EICUE).

Potser especificaria que dins dels valors i les creences quedés tot més clar i que, per exemple, hi haguessin classificacions. També estaria bé que, en clicar una creueta, quedessin certes dades registrades, i a més se'n poguessin escriure comentaris, com característiques sobre religió i altres coses culturals que el pacient considera i creu que és el que li cal. Sobretot en el compliment del tractament, ja que, sovint, segons el seu nivell cultural, això és una cosa que li costa entendre. L'edat del malalt fa que tingui creences equivocades que arrossegui des de sempre i que, per por, no vol canviar (114 EICUE).

Ens agradaria ajudar la persona, però, com ho enfoquem, ens encallem molt més en el tema de valors, que en el tema clínic. A vegades no saps què fer amb el cas. Sembla que s'escapin coses. Va bé parlar amb la resta del grup. Ens caldria recuperar més les reunions per exposar casos. Ens aniria bé que els aspectes diana estiguessin suggerits per poder millorar el registre en el pla de cures. Caldria que fos com una guia, no és qüestió de tenir més espai per registrar. El model serveix per ordenar la informació. Gordon és més pràctic. Po-

dríem dir més útil. El de Henderson, en tenir unes necessitats més bàsiques, deixes les últimes per fer i per registrar. Ens cal més formació sobre els NOC i NIC per fer un bon pla de cures (211/216 GFIPAU).

Cal fer les 14 necessitats, però, de fet, només es tenen en compte les dades més físiques. Caldria donar la confiança a la persona, que pogués deixar anar les seves manifestacions i expressar-se. A vegades anem una mica més per feina. Ens caldria tenir més empatia. Ho tenim una mica oblidat (311 EICRP).

Alguns cops, es deriva la conversa per saber més coses sobre el que pensa. Ens cal concretar més, i aquests tipus de dades són difícils de reflectir en un registre. Costa molt concretar. Jo, pràcticament, no en sé prou. Ens cal explorar més el model de Henderson i, també, estar més preparades. Com a professional i com a persona, és la meva gran assignatura pendent: com abordar aquest tipus de temes. Malgrat que siguin observacions subjectives, costa de saber-les expressar. Costar reflectir les emocions. Potser, en lloc de fer preguntes, ens caldria estar més preparades, escoltar i observar (401/404 GFIPARP).

R2.2.2. Cal la col·laboració de la infermera que fa atenció al centre com a eix prioritari en les les cures.

El cuidador i/o familiar busquen la infermera de referència, perquè és en qui confien i la demanen al centre de salut (101 EICUE).

Hi ha malalts que fa temps que els conec i això facilita la recollida de dades. A la consulta costa més fer el registre de les necessitats. Quan veus el domicili i el seu entorn, com a

professional et situes i es crea una relació més propera i facilitadora (114 EICUE).

Per obtenir i registrar aquesta informació, s'entén millor dins del seguiment de la infermera que fa assistència al centre. Tot i així, la variabilitat de professionals fa que uns ho tinguin tot fet i d'altres no, i, per tant, es perdi informació de dades importants de la persona (201/207 GFIPAUE).

La relació entre la infermera i el malalt, sobretot en els AT-DOM, és molt directa. Penso, doncs, com ho podem registrar de manera que sigui més personal? A mi, em preocupa molt i m'agradaria que em tractessin d'aquesta manera (312 EICRP).

R2.2.3. Els registres informàtics com a eines facilitadores de comunicació.

Es podrien modificar els ítems perquè fossin més específics, amb un llenguatge més comú. Seria bo que estigués més sistematitzat i més definit. Les infermeres tenim un llenguatge més comú. Si mirem un històric, quan no és un malalt nostre, ens ajuda veure què hi ha registrat per no fer dobles registres ni dobles intervencions. Ens ajuda a comunicar-nos (112 EICUE).

Tant el metge com l'infermer tenim moltes visites i les distàncies són llargues i cal que la feina surti. Cal que cadascú sàpiga quins són els seus límits. Pel fet de treballar junts, ens ca, l per descomptat, més col·laboració entre nosaltres. En lloc de la informàtica, en el nostre cas és la trucada telefònica la que ens facilita la comunicació. Per exemple, el metge pot posar una injectable i la infermera pot omplir una recepta, segons

prescripció pautada pel metge, a vegades, per comunicació telefònica (308 EICRP).

El registre, en general, és perquè un altre professional el pugui veure. Cal una línia de continuïtat i de comunicació (312 EICRP).

Creiem que un registre molt extens no el llegeix ningú i perd el seu valor (401/404 GFIPARP).

Anàlisi de la situació (R2.2): Han estat moltes les propostes de millora que ens han fet els participants per modificar la gestió assistencial a fi d'adequar-la a les necessitats del dia a dia. Les infermeres demanen que els registres facilitin més poder expressar aquelles dades que els cal recollir per fer el pla de cures. En aquest punt, les infermeres de pràctica avançada, que actuen com a gestores de casos, ens han fet propostes dient-nos que s'hauria de fomentar la col·laboració de la infermera que fa atenció al centre. Elles creuen que caldria una millor comunicació entre elles, i que, des de la mateixa atenció que es fa al centre, caldria que el pla de cures estigués completat (amb la valoració de totes les necessitats), així com les dades del cuidador. Voldrien tenir més formació per poder fer els registres entenedors per a tothom i que les dades de les creences i els valors es tinguin en compte per poder fer un pla de cures integral. Com a expressió de millora, aportem aquesta manifestació d'una de les infermeres participants, que resumeix amb poques paraules la seva intenció:

“Entenc que el registre cal que estigui fet, perquè tothom el pugui llegir. Crec que, des d'avui, ho tindrè més present, ho preguntaré i ho registraré” (102 EICUE).

R2.3 EXPRESSIONS ESPECÍFIQUES: ÀMBIT RURAL

En aquesta subcategoria es van reunir una altra part dels relats recollits que, pel seu contingut, vam considerar que eren prou representatius de les diferents situacions amb què sovint es troben les infermeres que fan assistència en l'àmbit rural.

Les sessions clíniques, a vegades no s'aprofiten prou; la gent no hi acut, i les infermeres de l'àmbit rural han de desplaçar-se des de lluny. Sovint hi ha desmotivació, sobretot en la situació actual de retallades constants en què ens trobem (302 EICRP).

En l'assistència rural, hi ha professionals amb un perfil de més edat, el que explica que estiguin poc motivats per canviar la manera de treballar que han portat fins aleshores. A vegades et sents sol. En un lloc més gran és més fàcil, hi ha més diversitat d'edats, et sents més empenyat per anar actualitzant-te (302 EICRP).

La gent amb cultures diverses té costums ben diferents que cal tenir en compte. És molt important. En l'entorn rural la religió està present, almenys socialment. Les misses s'omplen i hem de conèixer les creences del malalt i com viu dins del seu entorn, malgrat que no ho registrem (303 EICRP).

La zona rural ha canviat molt: els seus habitants ja viuen en pisos i, a vegades, estan sols. Els fills han marxat a treballar a la ciutat o viuen en una altra població. Ja se sembla a l'àmbit urbà. Abans sí que hi havia dues generacions, dins de la família, que vivien juntes en una casa unifamiliar dins del poble, o en una masia. Ara treballen tots i, a vegades, els cal posar una cuidadora (305 EICRP).

Quan jo estava en una població petita, sí que abordava aquests temes. Jo ja tenia coneixença de tota aquesta informació, coneixia la gent i era més fàcil fer assistència i comunicar-me amb el malalt i la família, malgrat que no ho registrava tot, però em costava de fer el relat per escrit. En la zona rural, és un tipus d'assistència que et fa adonar que el veïnatge té molta importància, que estan pendents els uns dels altres. En les zones urbanes la gent viu més sola i no surten tant de casa (401/404 GFIPARP).

Anàlisi de la situació (R2.3): En aquesta subcategoria, s'hi especifiquen algunes de les expressions de les infermeres participants que treballen en l'àmbit rural. Hi ha certes diferències respecte de l'àmbit urbà a causa de la població que hi viu, els costums i l'entorn. Segons diuen elles, cada cop es tendeix més a igualar algunes d'aquestes diferències, que no són sinònim de millora social, atès que es poden convertir en un problema no desitjat, almenys en l'àmbit rural del Penedès. La causa d'aquest fet és que hi ha hagut canvis en el teixit familiar: ara, molts matrimonis han de treballar tots dos, fins i tot fora del poble, i no tornen fins al capvespre. La pagesia abans era el principal motor econòmic de les zones rurals, ara les explotacions agrícoles han passat de ser familiars a grans empreses. També hi ha famílies que estan a l'atur, la qual cosa fa que el rol s'estructuri d'una altra manera. Els avis, mentre poden, tenen cura dels néts, encara que sovint no viuen tots junts. Els pisos són petits, com els d'una gran ciutat, en contra del que fins fa poc passava, que vivien tots junts en una mateixa casa unifamiliar o en una masia. La planificació urbanística s'ha desbordat, s'han construït barris perifèrics al nucli primitiu poblacional, amb poques garanties d'equipaments bàsics, la qual cosa dificulta l'accessibilitat.

R2.4 RELATS DE L'AUTORA

En aquesta última subcategoria, hi vam afegir uns relats curts que va aportar la mateixa autora sobre algunes de les seves experiències que va viure com a infermera. Atesa la condició anònima dels participants, es va assignar un codi que només ens clarifica la qualitat del seu origen.²⁰⁴ Alguns dels noms de les persones a què ens referim són ficticis, mesura que hem pres per preservar el seu anonimat. En canvi, en altres casos, vam obtenir el corresponent consentiment informat.

AEPA-1

L'Antón era una persona observadora i molt analítica. Li agradava gaudir de la vida. A vegades, tenia problemes per mantenir el seu nou rol com a jubilat dins de l'estatus familiar. Sovint deia que no l'entenien. S'adaptava amb facilitat a les noves tecnologies, sempre d'acord amb les seves possibilitats, marcades per l'edat. Seguia normes molt estrictes, imposades per ell mateix.

Un sobtat problema de salut li va fer trontollar la vida. Va lluitar força implicant-se amb el tractament i fent tot allò que calia per poder controlar una aparent situació no desitjada. Malgrat tot, el procés va evolucionar. Quan van arribar els últims moments, ja postrat al llit i amb total dependència de la família, es va resistir a prendre morfínics per evitar el dolor, ja que tenia por de perdre el coneixement.

Feia anys que, com a infermera assignada dins de l'atenció primària, coneixia l'Antón. La família em va demanar que l'ajudés a entendre que seria bo, per a ell, rebre la teràpia pal·liati-

204 Aportació evidència pràctica autora (AEPA). S'hi afegeix una referència ordinal per mantenir l'ordre dels relats i poder extreure'n el contingut i reflexionar-hi.

va que li calia. Vam tenir una llarga xerrada. Entre altres coses, li vaig preguntar què esperava de la vida. La seva resposta va ser molt concloent, com a reflex del seu pensament analític. Em va dir: "Vull viure l'última experiència de la meua vida, la mort. Vull saber que se sent en l'últim instant, abans d'aclucar els ulls". Li vaig dir que ho entenia, però vaig intentar que reflexionés sobre aquest esdeveniment. Calia pensar que el que sentís en aquells moments tan àlgics no ho podria explicar a ningú. Em va mirar i va respondre: "És clar", i tot seguit va fer un silenci. Vaig sortir de l'habitació on era l'Antón i vaig explicar a la família el seu raonament. Ells ho van entendre i van respectar la seva decisió. L'endemà, va ser ell mateix qui va acceptar la sedació.

AEPA-2

La Francisca, de setanta-nou anys, va arribar un moment que ja no podia venir al centre. Perdia força a les cames i es cansava molt, la qual cosa va fer que programéssim l'atenció domiciliària. Ella vivia amb la seva filla. La casa era molt àmplia i estava ubicada en un àtic. Era una dona molt creient, amb un acurat sentit religiós cristià. A banda de la seva filla, tenia un fill que era diaca, fruit d'una vocació tardana. També tenia un altre fill casat i amb fills, i un quart fill que ja havia fet el seu traspàs no feia pas gaires anys.

Sempre em parlava amb molta dolçor, tot agafant-me les mans. Era una dona molt agraïda. Va arribar un moment que ja no es podia alçar del llit, el procés cancerós havia envaït l'abdomen i les EEll ja no responien, ni tan sol per canviar de posició. L'última tarda que ens vam veure, amb les nostres mans entrelaçades, jo li vaig preguntar: "Què espereu?" La seva resposta va ser clara: "Espero la Pau". Aquestes tres

paraules em van impactar. A vegades, havíem compartit les nostres vivències sobre el traspàs d'un fill. Era una dona molt espiritual. Aquesta darrera tarda, em va dir: "Sobretot no deixis de fer la teva feina, encara pots ajudar molta gent".

AEPA-3

En Pedro, me'l vaig trobar el dia del seu aniversari. Feia cinquanta-cinc anys (1960-2015). Aquest dia estava tot joiós. Recordo els seus ulls brillants i el somriure plaent. Un important problema de salut li havia fet canviar la seva trajectòria de vida. Era una persona activa i relacionada amb el món de l'esport.

Uns dies abans del seu traspàs, l'Aurora em va comentar: "El meu germà és un home molt valent". Cada cop que entrava a formar part d'un estudi, malgrat que no va tenir cap èxit, en Pedro manifestava al seu metge que ell no volia avançar la seva mort. Sovint deia: "El fet de no conèixer el contrincant, em dificulta saber com he de preparar la jugada següent per seguir lluitant". Val a dir que en Pedro havia estat un bon entrenador de rugbi. La seva estructura mental tenia unes connotacions especials de lluita controlada per poder avançar en el terreny, tot seguint les regles d'aquest esport tan complet, considerat com un joc de gran cavalleriesitat entre els seus practicants.

AEPA- 4

Vaig conèixer un matrimoni de mitjana edat que no tenien fills. La dona havia emmalaltit per un procés crònic que li provocava una dependència total. El marit n'era el cuidador. Calia traslladar-la en cadira de rodes i tenia dificultats d'expressió verbal, encara que ell sí que reconeixia el que ella expressava.

Cada dia sortien al carrer, i ell portava la cadira de rodes no des de darrera, sinó al costat d'ella, la qual cosa em semblava, a mi, prou difícil. Per a ell, era una manera de fer-li costat.

A causa del seu problema de salut, la Victoria era candidata a fer un ingrés sociosanitari, però ell, com a marit, tenia les seves pròpies creences sobre qui l'havia de cuidar. Ell ens va dir: "Les meves creences no em permeten deixar la meva dona abandonada. La meva obligació moral és tenir-ne cura, el sagrament del matrimoni m'imposa que sigui jo el cuidador". Vam observar uns conflictes de decisions difícils de resoldre, atès que regia la voluntat del marit, ja que la seva muller tenia aleshores un principi de demència i ella no era capaç de decidir el que calia fer.

Al cap de cinc anys la situació va arribar a ser insostenible. Ell es va fer més gran i ja calia fer cures específiques cada dia que requerien un gran esforç. Sovint tenia descompensacions que feien necessari l'ingrés hospitalari. En un d'aquests ingressos, la treballadora social el va convèncer del que era millor per a tots dos. Per fi, el senyor Francesc va acceptar que la seva dona ingressés en un sociosanitari. Val a dir que, al cap d'un any, el senyor Francesc va morir i la seva dona encara va viure quatre anys més.

L'autora va poder obtenir diferents visions de persones que va conèixer, pel que fa a les seves creences.²⁰⁵ Algunes d'aquestes vivències la van impactar molt. Malgrat que es refereixen al que experimenta la persona davant d'una situació no desitjada, s'han afegit a l'apartat de positivitat, atès que en tots els casos hi ha un missatge d'acceptació. Ella va creure que les expressions, els sentiments i les emocions d'aquestes persones en moments molt punyents, al final de la seva

205 Escoltant les persones ateses dins de l'assistència i també, persones amigues.

vida, tenien una rellevància cabdal. Per aquest motiu, tot això ho va voler compartir, per demostrar en aquests quatre relats l'evidència de la importància que tenen les creences i els valors de la persona, i com es converteixen en pensaments sans que poden ajudar a evolucionar el seu procés de malaltia.

S'expressa com sent i viu el procés de malaltia, tant la persona malalta com el seu cuidador. Ens pot sorprendre veure certes reaccions que ens demostren com cada persona és única i això és, precisament, el que cal tenir present. Per tant, cal conèixer el que pensa la persona, com vol viure el seu procés, i també ens cal saber com vol morir. Per sort, cada cop es tendeix més que les persones tinguin consciència per poder expressar, formalment, les seves últimes voluntats. En els seus discursos, algunes infermeres han manifestat que és un tema que els preocupa molt i que no en saben prou per fer-ne l'abordatge.

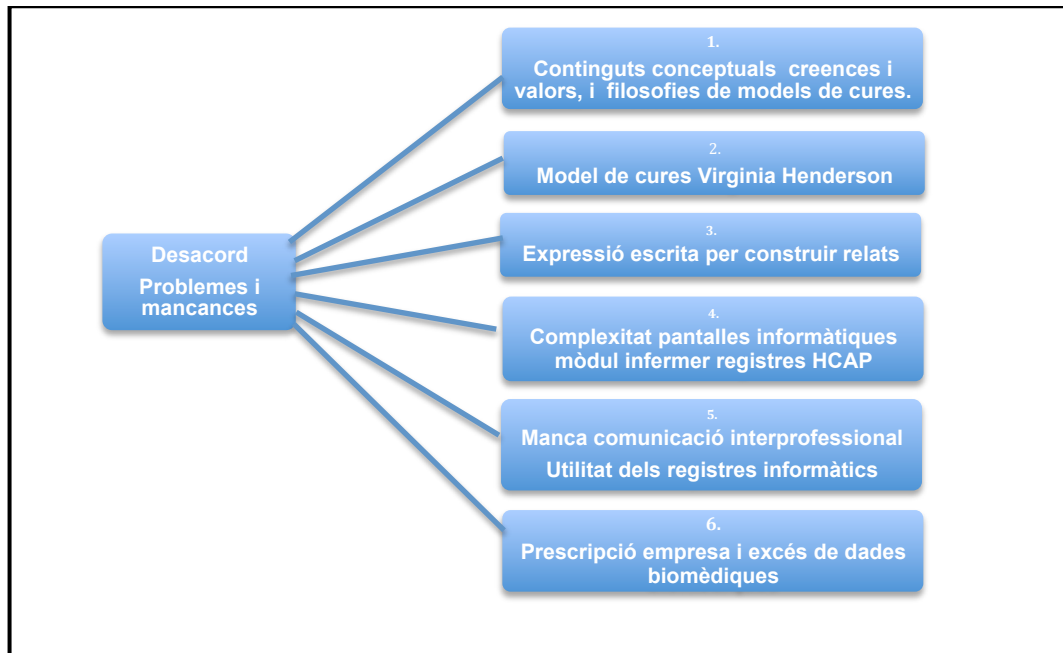
3.2.4 ANÀLISI FOCALITZAT: DESACORD I DIFICULTATS

Atesa la importància de les dificultats i dels desacords que les participants van expressar, vam voler focalitzar aquest apartat per fer una anàlisi més profunda i raonada des d'una visió més exhaustiva. No hem volgut ser reiteratius, però vam creure que això és prou important, com a eix de la nostra recerca, per esbrinar i projectar les intervencions que caldrà fer per millorar la gestió de les cures. Malgrat tot, sí que vam veure que, a banda del que nosaltres volíem saber sobre les creences i els valors, es va obtenir una altra informació que anava lligada al registre en el pla de cures en general. Amb l'objectiu de visionar-ne i focalitzar-ne el contingut, ho hem distribuït en sis apartats, d'acord amb les manifestacions de les participants, que ens han permès veure la situació viscuda per les infermeres, i clarificar i analitzar els seus arguments, referents al registre i al model de cures emprat (fig. 14).

Desacord, problemes i mancances

Font: disseny de l'autora

Figura 14



1r. Continguts conceptuals sobre creences i valors, i filosofies de models de cures.

En aquest apartat vam incloure els resultats que es refereixen, directament, als continguts conceptuals, propis de les competències de la infermera, en relació amb el tema que vam voler estudiar sobre les creences i els valors. Es va comprovar que és un punt feble que elles no tenen prou resultat. Han manifestat que no en saben prou i tenen por de fer l'abordatge d'aquests temes. En definitiva, creuen que no estan preparades i diuen que una cosa és el que elles creuen i una altra de molt diferent és entendre el que creuen els altres.

2n. Model de cures Virginia Henderson.

Gairebé en tots els relats, les infermeres entrevistades han manifestat desacord quant al model de cures, de Virginia Henderson, implementat per la mateixa empresa ICS.206 Elles pensen que no és el model més adequat per fer el pla de cures dins de l'atenció primària. Malgrat tot, només en dues entrevistes ens han parlat del model de Gordon com a possible alternativa al model que s'utilitza en l'actualitat. En la resta d'entrevistes, no ens han plantejat cap més model adient per fer les cures.

3r. Expressió escrita per construir relats.

Es refereix als problemes que tenen les participants per poder transcriure els seus relats. Vam veure, a través de les seves manifestacions, que tenen problemes per poder plasmar per escrit la informació clínica, com a text lliure, en aquells espais que, a propòsit, ofereix el programa eCAP. Van insistir que tenen dificultats per sintetitzar el seu relat i adaptar-lo al registre informàtic.²⁰⁷ Algunes infermeres van manifestar en els seus discursos que *preferien anar per feina i fer el registre el més curt i senzill possible*. A més a més, moltes vegades, consideren que *el registre és seu*, i, per tant, el fan *a la seva manera*. Diuen que *elles ja s'entenen*. Desconeixem el motiu pel qual les infermeres prefereixen escriure en finestretes acotades i amb textos es-

206 El model de Henderson es va considerar que s'adaptava a les cures dirigides a la nostra comunitat. Va ser escollit i consensuat per un grup de professionals d'infermeria, al qual es va encarregar que treballassin el tema. Aquest grup va aportar un document dirigit a totes les infermeres d'atenció primària de l'ICS, on s'explicava les seves característiques. A la vegada, es va desplegar un grup d'infermeres avançades que s'encarregaven de fer la formació continuada. Hem comprovat que altres filosofies de cures actuals se centren, com a punt de partida, en la filosofia de Henderson.

207 Cal recordar que, en els resultats quantitius que vam aportar a l'inici, ja s'evidenciava un percentatge elevat d'espais lliures que no s'havien omplert, i que els registres tipus test i aquells on només calia fer un senyal amb una marca, o bé calia utilitzar una frase curta estandarditzada, sí que estaven completats, gairebé al 100%.

tandarditzats. És possible que moltes d'elles no tinguin cap problema per escriure, però és fàcil que les condicions imperatives del registre informàtic, expressades per elles mateixes, provoquin un retraïment que els dificulti fer un relat funcional perquè es pugui consultar.

4t. Complexitat pantalles informàtiques mòdul infermer registres HCAP.

El contingut d'aquest apartat ja queda fora del nostre objectiu i depèn, en la seva totalitat, de la gestió interna de l'empresa, encara que sí que vam voler fer constar la informació que es va trobar. Aquests resultats no són pas menys importants, però es van considerar que tenen a veure amb la gestió dels registres en l'HCAP informatitzada, i per tant impliquen el disseny del programa informàtic utilitzat.

En els relats són reiteratives les expressions sobre les dificultats que les infermeres tenen per poder fer constar en el registres de l'HCAP l'estat de la persona i de la situació del seu procés de malaltia. Tot i les hipotètiques excel·lències del programa eCAP, gairebé totes les participants van manifestar haver tingut problemes per plasmar tot allò que els calia dins dels actuals registres informatitzats en l'HCAP.

Sobre aquesta qüestió, resumim el que elles han manifestat:

- » **Expressen** sentir pressió a l'hora de gestionar i plasmar tot el PAI. Diuen *que són molts els registres i que tenen poc temps per fer-ho.*
- » **Consideren** els registres informatitzats una tasca mecànica i feixuga que no ajuda gens a poder fer la tasca qualitativa i humanística que els cal fer per ajudar la persona que estan atenent.
- » **Demanen** que s'optimitzi la gestió dels seus registres en el pla de cures i que es millori el disseny de les pantalles informàtiques, fent-les més àgils, entenedores i visibles.

5è. Manca comunicació interprofessional. Utilitat dels registres informàtics.

Es descriu la percepció subjectiva de les mateixes infermeres en relació amb la sensació que moltes d'elles tenen *que els seus registres, en el pla de cures, només importen a l'empresa, i són per obtenir dades estadístiques. A més, els preocupa que els altres professionals que intervenen en el procés de la persona malalta no consultin aquestes dades, així com part del seu registre. Pensen que el temps emprat a fer el registre i el trasbals que suposa no és prou significatiu per obtenir uns millors resultats en les cures.*

6è. Prescripció empresa i excés de dades biomèdiques.

Aquí ens vam referir a la prescripció de l'empresa ICS sobre les cures. Cada cop més és tendeix a donar valor a tot el que és quantitatiu, i es prioritzen les dades biomèdiques. Aquestes percepcions subjectives que van manifestar les participants, les vam considerar prou importants. Es van tenir present que totes les expressions de les infermeres tenen una contraposició molt rellevant entre el que elles creuen que han de fer i els objectius que la mateixa empresa ha projectat, i que ja s'han exposat dins del marc teòric. Vam observar que els llenguatges i les projeccions són ben diferents. Les infermeres demanen una projecció més humana de les cures, en canvi l'empresa fa una projecció més mecanicista de la seva gestió. Aquesta evident divergència separa cada cop més l'objectiu comú, que cal que estigui dirigit a la persona que s'està atenent.

3.2.5 SIMILITUD I DIFERÈNCIES: ÀMBIT URBÀ I ÀMBIT RURAL

Com a investigadors, vam voler reflexionar sobre aquests dos àmbits. No és la mateixa població assistida la que hi ha en un àmbit o en un altre.

Podem veure que les mateixes cures tenen diferents connotacions quan es valora el que pensa la persona malalta, es fa l'anàlisi del seu procés de salut, del seu entorn i de la seva situació familiar. Això fa que el treball de la infermera pugui tenir algunes diferències prou evidents segons les necessitats de la població que atén.

Cal destacar que totes les infermeres participants segueixen un mateix model de cures i una mateixa metodologia de treball. Fan ATDOM, utilitzen els mateixos recursos materials i segueixen les mateixes prescripcions de l'empresa ICS. Tot i així, a vegades l'entorn pot ser diferent pel que fa a la població atesa i la situació geogràfica, i també per la política de gestió del centre on treballen, que marca les polítiques que s'han de seguir.

En primer lloc, volem aportar algunes de les diferències que hem pogut veure en la categoria (R2.3.1) sobre les expressions específiques de les infermeres que fan assistència en l'àmbit rural i que sí marquen diferències respecte a l'àmbit urbà, quant al perfil de la població (malgrat que cada cop tendeixen a la similitud amb els del àmbit urbà). Vam veure que les distàncies a l'àmbit rural, sovint, són importants i dificulten la comunicació, fins i tot entre el propi equip. Les infermeres diuen que en canvi, si hi ha més vincles socials entre els habitants, i una religiositat més visible, l'església del poble, encara s'omple de feligresos, alguns creients, d'altres segueixen el costum social. Si que hi ha en alguns indrets, un augment de nous cultes de fe, aportats per nous nupçials o fins i tot, per alguna nova conversió de fe, producte de matrimonis entre gent del poble i gent de cultura diferent.

En segon lloc, vam trobar algunes diferències entre les infermeres que fan assistència al centre i ATDOM, i les infermeres que només fan ATDOM, com les de pràctica avançada. La principal diferència està que les que treballen al centre fan el seguiment diverses vegades a l'any, amb el pla de cures fet, segons patologia i necessitats derivades del problema de salut instaurat. En canvi, les infermeres de pràctica

avançada segueixen el programa com a gestores de casos, el qual varia segons la necessitat d'on estan treballant.

Algunes d'aquestes infermeres tenen assignades unes intervencions i algunes etiquetes diagnòstiques que han escollit més per logística de gestió pròpia que per gestió del pla de cures. El motiu que han expressat moltes d'elles ha estat associar les seves intervencions a un problema de salut, perquè la seva feina quedi registrada i sigui visible per als altres. La resta de les seves expressions van ser molt semblants. Això es pot comprovar veient els codis que corresponen als tres grups focals que es van fer.²⁰⁸ Moltes d'aquestes infermeres manifesten que no és freqüent que elles iniciïn el pla de cures, malgrat que poden modificar-hi o afegir-hi el que creguin convenient. Creuen que és la infermera que està assignada a la persona, i que fa assistencial al centre, la que ha de desplegar el pla de cures per ajudar-la.

Podem veure que aquesta variabilitat d'expressions sobre el que pensen les participants, unes i altres, ha manifestat desacords, dubtes i dificultats que queden reflectits en la categoria R1, que representa la situació negativa dels discursos. Vam poder veure que les infermeres expressen situacions molt semblants, sobretot en aquelles més específiques relacionades amb la imposició del model de cures i la recollida de dades de la necessitat número 11 (V. Henderson), el registre informàtic i la prescripció de la gestió de les cures de la mateixa empresa ICS.

Pel que fa a les propostes de millora i les diverses expressions d'acord, aquestes es poden apreciar en la categoria R2, que representa la situació positiva, i on trobem moltes coincidències. Vam veure que les aportacions han estat semblants. Elles volen una gestió més eficient

i més humana sota una visió holística de les cures. També, creuen que haurien d'aprofundir en certs coneixements i que encara els cal treballar per poder donar una atenció millor.

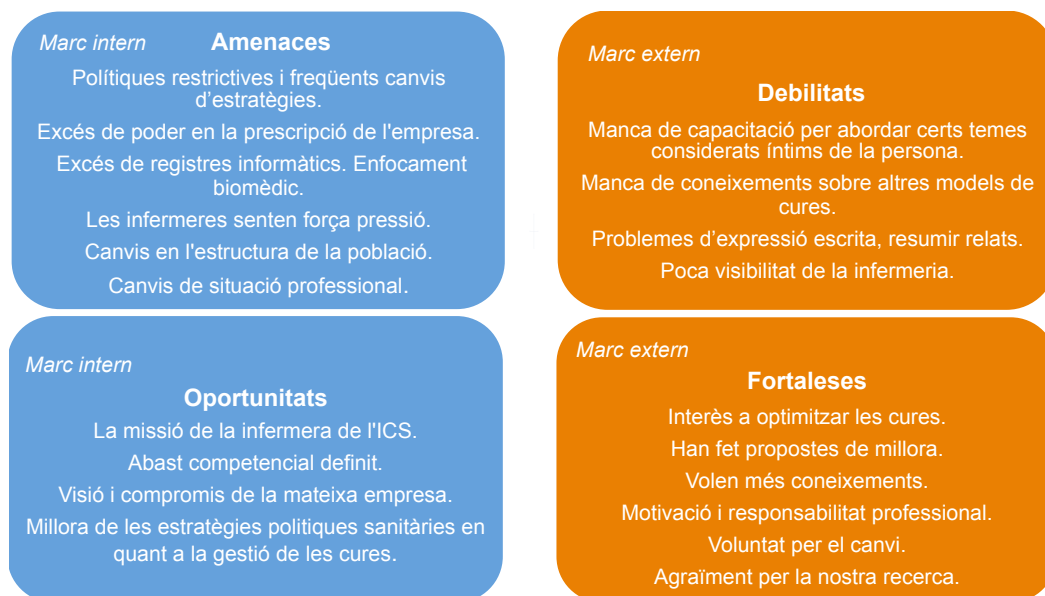
3.2.6 RESULTATS EXPRESSATS AMB MATRIU DAFO

Els resultats presentats en l'apartat de la discussió de les dades (3.3), els vam voler expressar d'una altra manera més funcional. Vam adaptar el disseny d'una matriu DAFO (Ambit M. 2015). Aquesta eina ens va ajudar a sintetitzar el contingut de l'anàlisi i determinar el camí cap a l'abordatge més apropiat per aconseguir millorar la gestió dels registres en el pla de cures. També ens va facilitar poder entendre i expressar el que és negatiu, que no permet avançar; així, com el que és positiu, que aporta el compromís de millora. L'anàlisi es presenta des d'una visió externa, que correspon a les infermeres com a professionals, i des de la visió interna, relacionada amb la mateixa empresa on elles presten els seus serveis (fig. 15).

Situació del contingut dels resultats. Matriu DAFO.

Font: Ambit M. (2015)

Figura 15



3.2.6.1 MARC INTERN

Vam tenir present l'hegemonia de l'ICS, que, com a empresa, marca les estratègies de com cal treballar i com s'han de fer les cures. La vam situar dins del context del marc intern, atès que els professionals que treballen dins d'aquesta corporació estan obligats a acceptar-ne les estratègies de gestió. En les amenaces, vam constatar-ne el poder excessiu. Les participants ens van comentar les polítiques de salut instaurades pel Govern, que han estat cada cop més restrictives i impositives, cosa que ha afectat la qualitat en els serveis de cures. Les constants retallades econòmiques i la manca de personal provoquen el risc d'aconseguir desestabilitzar els processos de salut dels usuaris. Han estat moltes les infermeres que ens van manifestar el seu desencís per aquests esdeveniments. Reiteren el perill de passar de ser professionals humanístics i qualitius a transformar-se en mecanicistes i quantitius. El registre informatitzat és un instrument biomèdic que no facilita el registre del relat. Les infermeres ho viuen com un trasbals que els inquieta, i senten molta pressió (Poblete i Valenzuela, 2007). Cada cop més, es tendeix a treballar de manera estandarditzada, sense tenir present la individualitat de la persona. La constant immigració i les noves maneres de viure afecten el comportament sociològic de l'individu i de la comunitat que, a la vegada, comporta un canvi estructural de la població atesa. Hem de recordar que en el nostre país la infermeria ha sofert diversos canvis, al llarg de les últimes cinc dècades; però, per sort, mai no ha perdut els seus veraders valors.

Les oportunitats vénen donades per l'empresa, en haver de clarificar la missió de la infermera i definir-ne l'abast competencial. També ha de fixar un compromís d'acció que, juntament amb les estratègies i les polítiques sanitàries provinents del govern autonòmic i de les necessitats de la població, hauria de revertir en benefici de la gestió de les cures i de la persona que les rep.

3.2.6.2 MARC EXTERN

Vam situar les infermeres en un lloc que les defineix com a professionals amb total autonomia perquè evolucionin. Considerem que han de rebre la formació per mitjà d'agents externs, com són les universitats, on, a banda d'impartir els cursos de grau que formen la disciplina d'infermeria, fan formació de postgrau que implica una millora de coneixements més específics. També hi ha diferents associacions que donen suport a la investigació. Ens situem, per tant, en aquest marc extern i ens referim a les debilitats que vam observar a través de les manifestacions de les infermeres. Vam veure que no se senten prou capacitades per abordar certs temes subjectius que els cal valorar de la persona atesa, i que són essencials per fer el pla de cures adient. No coneixen els models de cures. Només algunes d'elles han mencionat un dels models que creuen que podria ser factible per gestionar les cures. Val a dir que tenen molts dubtes sobre el model que l'empresa ICS ha escollit. En general, diuen que les dades sobre les creences i els valors són molt íntimes, i no saben com abordar-les. Sovint tenen problemes per aplicar el seu relat en l'HCAP i fer el resum de les seves observacions subjectives i del que manifesta la persona atesa. Les seves expressions evidencien que encara s'arrossequen els canvis de situació professional que s'han anat succeint durant aquests últims cinquanta anys. També han comentat que no tenen prou informació sobre la diversitat cultural, que cada cop és més present en el territori on treballen. Les infermeres pensen que són poc visibles i que la seva feina no és prou valorada. Per aquest motiu, intenten registrar tot el que fan, la qual cosa no afavoreix el bon ús del registre clínic ni la interpretació que en facin els altres membres de l'equip. Manifesten manca d'agilitat en l'expressió escrita, ja que els costa fer el relat. A més a més, diuen que tenen poc temps per fer-lo i que no es poden concentrar.

Les fortaleces també les expressen les mateixes infermeres que han manifestat el seu interès per optimitzar la gestió de les cures d'una

manera més efectiva: han fet propostes de millora dins de les seves capacitats, volen adquirir més coneixements sobre certs temes, demostren motivació i responsabilitat professional i manifesten tenir voluntat per ajudar a fer que les cures siguin individualitzades, segons les necessitats de cada persona. Al final de les entrevistes, han estat capaces de valorar, de manera positiva, l'esforç que hem fet per saber el que pensen en relació amb el nostre plantejament, que, en definitiva, també és el seu.

Un cop exposades cadascunes de les parts que formen la matriu DAFO, ja podem reflexionar i dur a terme les corresponents accions, que hauran d'anar marcades pel compromís competencial de la mateixa infermeria i per la millor política de l'empresa ICS a fi de potenciar les fortaleeses, superar les debilitats, controlar les amenaces i beneficiar-se de les oportunitats.

3.3 LIMITACIONS

En desenvolupar el disseny del projecte, ens amoïnava que hi haguessin certs factors que limitessin els nostres objectius al llarg d'aquest procés de recerca i que en dificultessin l'aconseguint. En primer lloc, ens preocupava força com l'autora, principal investigadora, jubilada i ja fora de l'empresa ICS, podria desenvolupar la investigació del tema que volia esbrinar. Per aquest motiu, ens calia tenir el suport i rebre ajuda d'altres persones que encara hi estiguessin en actiu. Necessitàvem disposar d'un grup de suport que estigués interessat en el tema per avançar en la recerca i aconseguir els objectius del projecte inicial. Puc afirmar, com a investigadora principal, que haver tingut el suport de professionals que, des de diferents àmbits, han col·laborat en el desenvolupament d'aquest projecte ha estat un valor afegit. Sense ells no hauria estat possible el progrés d'aquesta recerca.

Ens podríem haver trobat que la resposta dels porters no fos l'esperada. Podia passar que, alguns d'ells, no poguessin facilitar-nos un participant per entrevistar, per diversos motius: manca de personal en el centre o negativa d'alguns dels participants als quals s'havia proposat col·laborar-hi. També podria ser que, per necessitats del centre, sobretot en èpoques de pic assistencial, com són vacunacions, epidèmia de grip, calendaris festius i vacances laborals haguéssim tingut dificultat per iniciar la nostra recerca.

A més, hauria estat una limitació important que, en finalitzar la recerca, els resultats no haguessin estat els esperats. Cal pensar que partíem d'un estudi quantitatiu que ens va fer reflexionar sobre el problema que volíem investigar. Tanmateix, si confiàvem que el disseny qualitatiu era prou revelador del que passava, ens podíem haver trobat que el clima d'empatia no era l'adequat. Podia passar que les expressions dels participants només es referissin als interessos de l'empresa, tant en sentit negatiu com positiu, sense expressar amb sinceritat el que de veritat pensaven, la qual cosa hauria perjudicat l'autenticitat de la informació.

En concloure la nostra recerca, hem pogut comprovar que cap d'aquestes limitacions s'ha produït. Els que han actuat com a porters han estat uns eficients facilitadors a l'hora de fer la proposta dins del seu equip. No hem hagut de fer cap modificació d'agenda, ni cap canvi de nom dels participants proposats en un inici.

Vam observar que hi havia petites diferències de gestió assistencial entre els dos àmbits, urbà i rural, producte de l'orografia del terreny o la distribució de la població, i fins i tot aspectes socials arrelats a les zones rurals. En un primer moment, vam considerar que aquestes diferències podien afectar la nostra recerca, però, un cop anàvem avançant en el procés, hi vam reflexionar i vam entendre que l'heterogeneïtat, en aquest cas, no és una limitació, sinó un valor afegit que ens cal tenir present i saber aprofitar, i que afavoreix i enriqueix la informació obtinguda.

L'única limitació que se'ns va presentar i que no havíem considerat en el projecte inicial va ser que, quan vam fer els grups focals amb les participants d'infermeria de pràctica avançada, que actuen com a gestores de casos, vam comprovar que hi havia diferències en la seva concepció de la gestió de les cures. Encara que les competències que tenen queden reflectides en protocols consensuats per la mateixa

empresa ICS, el desplegament d'aquestes és ben diferent, està adaptat a les necessitats de la població i es regeix per les estratègies prescrites per l'Administració de l'àmbit on desenvolupen el seu treball. Per tant, vam pensar que, de fet, són infermeres que tenen una llarga experiència en atenció domiciliària, i aquest és el perfil que ens interessava. Vam aprofitar, doncs, aquesta avinentesa per seguir la investigació i incorporar-hi les seves experiències a fi d'obtenir més informació, només sota la visió de la infermera que fa ATDOM. Els seus relats, recollits en tres grups focals, ens han aportat nous coneixements que ens han servit per creuar dades amb la informació que hem obtingut en les entrevistes en profunditat. Aquesta situació s'ha produït tant en l'àmbit urbà com en el rural.

Podia passar que en alguns centres l'acollida no hagués estat prou positiva. Això no va succeir, ja que vam estar ben rebuts tant pels facilitadors com pels participants. Tots ells es van mostrar interessats en el tema que volíem esbrinar. En un primer moment, van enfocar el seu relat més cap al programa informàtic i l'empresa, malgrat que, a poc a poc, s'hi van anar situant i les seves manifestacions, com a infermeres, ja van estar relacionades amb el tema de la nostra recerca.

Hi havia la possibilitat que les infermeres participants donessin respostes ràpides per sortir del pas. No ha estat així, sinó que van iniciar el seu relat de forma espontània i amb ganes d'explicar el que pensaven. Fins i tot, han mostrat agraïment pel nostre interès. Algunes ens han comentat que és la primera vegada que un altre professional, en aquest cas, una infermera, s'atansa a elles preguntant-los què pensaven. En finalitzar la nostra intervenció, vam sentir que teníem el seu suport a través de les mostres d'agraïment que ens van manifestar. En tot moment, van ser solidàries amb la nostra recerca. El nostre apropament cap a elles ens va facilitar la recerca. Les participants van manifestar que se sentien afalagades, perquè cap persona de l'empresa els havia preguntat el que pensaven. Un cop vam finalitzar

cadascuna de les nostres intervencions, com a entrevistadores o com a conductores del grup focal, moltes d'elles ens van reiterar paraules d'agraïment i ens van desitjar sort en el nostre projecte.

3.4 REFLEXIONS: SOBRE ELS RESULTATS

Algunes expressions i reflexions de les participants sembla que es repeteixin al llarg de totes les intervencions, bé sigui entrevista o grup, però vam veure que no és així, perquè contenen matisos diversos que identifiquen l'experiència pròpia de la infermera que ha participat en aquesta investigació. Per aquest motiu, presentem altres relats, en una llista a part (annex núm. 8), que vam considerar molt significatius i que es podien valorar des d'una visió global. Aquests ens van servir per poder contextualitzar, amb més força, l'anàlisi de les dades. Alguns d'aquests són molt representatius pel seu aspecte humà. Sens dubte, demostren una infermeria viva, que, malgrat manifestar tenir dubtes i mancances, sempre està pendent de la persona de la qual té cura. Els seus relats ens han facilitat poder entendre com pensen i actuen les infermeres d'AP, i com elles desitjarien que es gestionessin les cures, sempre en benefici de la persona que les rep.

Vam poder veure que l'art de tenir cura és creatiu i que té connotacions que van més enllà dels estereotips estandarditzats. Cal pensar que cada persona és única. La infermera té la capacitat de fer un judici clínic i d'adequar les cures segons les necessitats de la persona que està atenent. Com hem pogut anar veient al llarg d'aquesta investigació, l'objectiu principal ha estat conèixer com es fan els registres de les creences i els valors en el pla de cures. El fet de recollir el que pensaven les infermeres participants sobre aquest tema ens va

aportar molta informació del que ens preocupava, però, a mesura que avançava el treball, vam anar veient que, a més, en les aportacions dels relats hi havia dificultats i mancances que anaven lligades a tot el que es relacionava amb el pla de cures. Així és que en els resultats obtinguts s'evidencien de forma clara els desacords, les mancances i les dificultats, però també el compromís i les projeccions futures que han aportat les mateixes infermeres, on expressen la seva intenció de col·laborar en benefici de millorar l'assistència i els processos de salut de les persones de les quals tenen cura.

Els seus comentaris s'han focalitzat en el model de cures emprat i prescrit per la mateixa empresa, i han manifestat que no és prou facilitador per fer una valoració i una anàlisi de la situació del moment. També ens han expressat les dificultats que tenen per poder escriure i fer els relats de la situació, així com la manca de temps i que els registres sovint són feixucs. En canvi, hi ha un excés de registres biomèdics, no prou significatius per fer les cures. Quant al tema central de la recerca, les creences i els valors, van manifestar que, malgrat que pensen que és important, no saben com abordar-lo. És un tema que no tenen clar i que, fins i tot, els fa por, com altres dades considerades íntimes de la persona. Van ser constants les manifestacions de les participants en relació amb els inconvenients que tenen pel fet d'haver de treballar sota pressió. Elles creuen que caldria reorientar les polítiques d'acció per facilitar comoditat i benestar durant la jornada de treball.

Vist, doncs, el resum del que ens han expressat, juntament amb els trasbalsos que han generat els canvis de situació professional, pel que fa a plans d'estudi i competències, al llarg dels últims cinquanta anys, ens atrevim a afirmar que les infermeres del nostre país encara conserven la motivació i la disponibilitat. Per tant, considerem que això és una bona mostra del seu compromís professional. Així doncs, cal que coneguem millor la població actual: pluricultural i amb necessitats i demandes diverses. D'aquesta manera, es podrà donar rellevància a les cures individuals, la qual cosa no cal que generi noves despeses,

però sí que poden generar una nova etapa de gestió per millorar els processos de salut de forma individual, familiar i comunitària.

Les participants han expressat un desacord gairebé unànime en relació amb el model de cures escollit per l'empresa, així com força dificultats a causa de la manca de coneixements de certs apartats de la recollida de dades, com són les creences i els valors. També han expressat dubtes sobre el model de cures emprat. El tema del registre en si ha estat molt controvertit. És considerat feixuc i poc àgil, i apunta cap a una tendència molt biomèdica que no facilita el registre de les cures.

Voldrien tenir més agilitat per fer els relats de la situació de les persones malaltes i dels seus cuidadors. És curiós que cada cop hi ha més professionals de la salut, entre els quals trobem infermeres, que han publicat obres literàries.²⁰⁹ Tenim bibliografia amb una important trajectòria de diferents autores infermeres (Alberdi, 1997), (Serra, 2014), (Icart i Delgado, 2015), (Pou, 2015), entre d'altres, que també han publicat. Aquest fet constata que es tracta d'un col·lectiu prolífic, que fa relats de les seves experiències, contes i poemes. No demanem pas que totes les infermeres tinguin la capacitat de publicar, però creiem que han de ser hàbils en l'expressió escrita per emprar-la com a eina de treball per comunicar-se amb tots els professionals de la salut que intervenen en el procés de salut de la persona atesa.

Tenim la història clínica, ara cal que aquesta informació escrita no es converteixi en un element de consulta poc entenedor. Hi ha infermeres que, per diversos motius, tenen dificultats per expressar-se per escrit i voldrien tenir l'agilitat de poder fer un relat coherent de la situació. En canvi, hi ha un altre grup d'infermeres que prefereixen fer registres

209 La majoria d'aquestes obres són relats amb un marcat estil descriptiu, com autobiografies, novel·les, relats de viatges, etc. Totes tenen un gran sentit humanístic, molt propi de la professió infermera.

curts i estandarditzats, tipus test i monitorització, on el registre de les dades és només quantitatiu. En aquest apartat, ens atrevim a reflexionar sobre què caldria esbrinar amb molta més profunditat i els motius pels quals es produeix el fenomen. Ens queda el dubte de si, en realitat, són les infermeres les que tenen dificultats per fer un relat, o bé la gestió del temps emprat per fer el registre és inadequat i provoca una reticència al registre acurat.

Pensem que això és responsabilitat de l'empresa, a la vegada que també ho és de les infermeres que, com a usuàries del model, han de comunicar-se amb els màxims exponents de la gestió dels recursos i evidenciar el que es pot millorar i el que els cal per fer un procés d'atenció d'infermeria més eficient i eficaç. Encara que de manera individual, les infermeres poden buscar reforços docents fora de l'empresa, segons les seves necessitats i com a disciplina de formació continuada.

En cap moment s'havia pensat que s'obtidria un altre tipus d'informació, però van ser les mateixes infermeres que, amb els seus discursos, ens van revelar certes dades que ens van informar dels actors que intervenen en la gestió de l'atenció a les cures. Ens referim a la persona a la qual van dirigides les cures, a les infermeres com a prestadores d'aquestes cures i als resultats obtinguts de millora del procés. Segons el que elles ens van revelar, es dedueix que tots aquests elements només reverteixen en l'empresa, i que aquesta queda com a eix principal del sistema. Vam voler plasmar aquest estat actual de la gestió de les cures que, en un ordre no desitjat i amb una prioritat gens funcional, és tal com el viuen les infermeres participants.

Recordem que l'empresa ICS,²¹⁰ segons consta dins del Pla de Salut 2015, té present, com a principal objectiu, la missió de contribuir a la millora de la salut i la qualitat de vida de les persones. També té el

210 Com a entitat de referència que és, dins del sistema públic de salut.

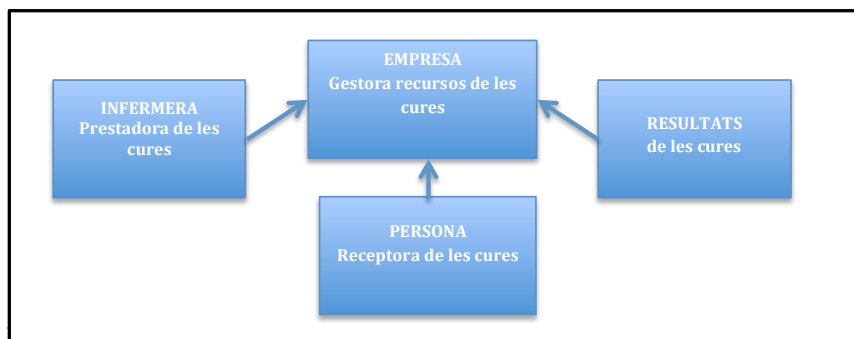
compromís de prestar uns serveis sanitaris innovadors i excel·lents, que compreguin tant la promoció de la salut com la prevenció i el tractament de les malalties, des de la més prevalent fins a la més complexa. Així doncs, pretén donar una bona atenció a la població, sent sensible al seu entorn social, econòmic, tecnològic i cultural. Té en compte la situació canviant on presta els seus serveis sanitaris, i també les necessitats i expectatives de totes aquelles persones que atén. Quant a la seva visió com a organització, vol ser referent i líder dins del sistema de salut català: en l'assistència, la docència i la recerca. Els professionals que hi treballen són l'eix central de l'organització (Institut Català de la Salut, 2015).

En canvi, es pot veure que una part dels resultats que s'han obtingut en aquesta recerca han estat significatius perquè estan relacionats de forma directa amb la gestió de les cures. Un judici reflexiu ens va permetre observar el lloc hegemònic que ocupa l'empresa (fig.16). Es pot apreciar que totes les línies de força van dirigides cap a aquesta. Per tant, els resultats que hem obtingut constaten que hi ha una incoherència entre la missió que anuncia la mateixa empresa ICS que té i com, en realitat, ho viuen les infermeres participants. Elles han expressat que l'empresa ICS gestiona els seus recursos segons un model molt diferent, considerat hegemònic i no participatiu. Podem veure la representació de l'estat actual del sistema (2012/2015), quant a la gestió de cures segons el que ens han manifestat les participants.

Gestió empresa ICS segons resultats obtinguts

Font: disseny de l'autora

Figura 16

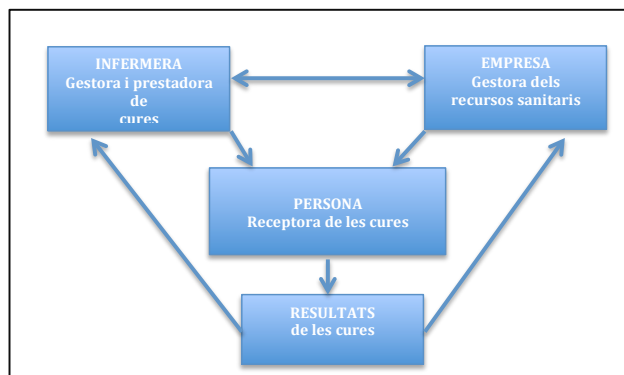


Es va continuar reflexionant sobre aquest fet, tenint en compte la teoria de l'atenció burocràtica de Ray (2011) on s'estableixen els criteris sobre com cal que les infermeres i les persones interactuïn en el sistema, i no pas a l'inrevés. Per tant, en la figura 17, es va representar l'estat desitjat de com s'haurien de gestionar les cures. En aquest model, la persona passa a ser el principal actor, com a receptora de les cures; la infermera és la gestora i prestadora de cures, i l'empresa gestiona els recursos sanitaris i personals.

Representació de l'estat desitjat del sistema: gestió de cures

Font: disseny de l'autora

Figura 17



IV

ESTRATÈGIES I

PROPOSTES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

El nostre projecte s'emmarca en les línies estratègiques del Pla de Salut 2015. Al llarg d'aquest treball, hem tingut en compte els objectius de l'empresa ICS, que és on hem dut a terme l'estudi. En tot moment ens ha motivat la seva missió, ja que, com a empresa de serveis, dedica els seus esforços i les seves actuacions a millorar l'atenció, la continuïtat assistencial i la racionalització dels recursos emprats. Aquesta empresa té presents els canvis de l'entorn i la pluriculturalitat de la població, sense oblidar la satisfacció de les seves necessitats i expectatives. El conjunt de professionals de la salut que hi treballen tenen el compromís d'oferir uns serveis sanitaris de qualitat, i aposten per la millora contínua dels seus processos.

Vam estimar que la informació que fem constar és prou rellevant i està vinculada a la gestió de l'ICS, empresa en la qual les infermeres participants treballen. Creiem, per tant, que s'hauria de fer una reflexió acurada sobre aquests dos últims punts referents a les qüestions que ens han plantejat les infermeres i que, per a elles, els resulten força preocupants. Caldrà reconvertir les seves expressions de desacord, pel que fa a dubtes i dificultats, que han estat constants al llarg dels seus relats, en expressions de positivitat. Així que, tot respectant l'anonimat de les nostres participants, entreguem a l'ICS aquesta informació que creiem molt valuosa i que els pot ser força útil en la seva gestió com a prestadors de serveis.

És possible que les intencions de projecció de l'empresa no arribin a ser prou entenedores per als professionals que hi estan treballant. Estructurem la implicació de millora que han de tenir cadascun dels elements que participen en aquesta investigació. Que quedi palès que tots plegats hi hem de col·laborar, tant els investigadors, com les infermeres, els quals, juntament amb l'empresa ICS, tenen la responsabilitat de proposar les diferents accions que cal fer per esmenar els problemes i les mancances que han aflorat en aquest estudi.

Es van voler plasmar de dues maneres diferents els resultats que hem aportat. Una manera ha estat generada com a producte de les nostres reflexions i l'altra s'ha fet amb un suport metodològic,²¹¹ prou conegut i utilitzat dins la gestió de les empreses. Ambdues formes ens van oferir continguts semblants, en els quals queda diferenciat el que correspon a cadascun dels actors que intervenen en la gestió de les cures.

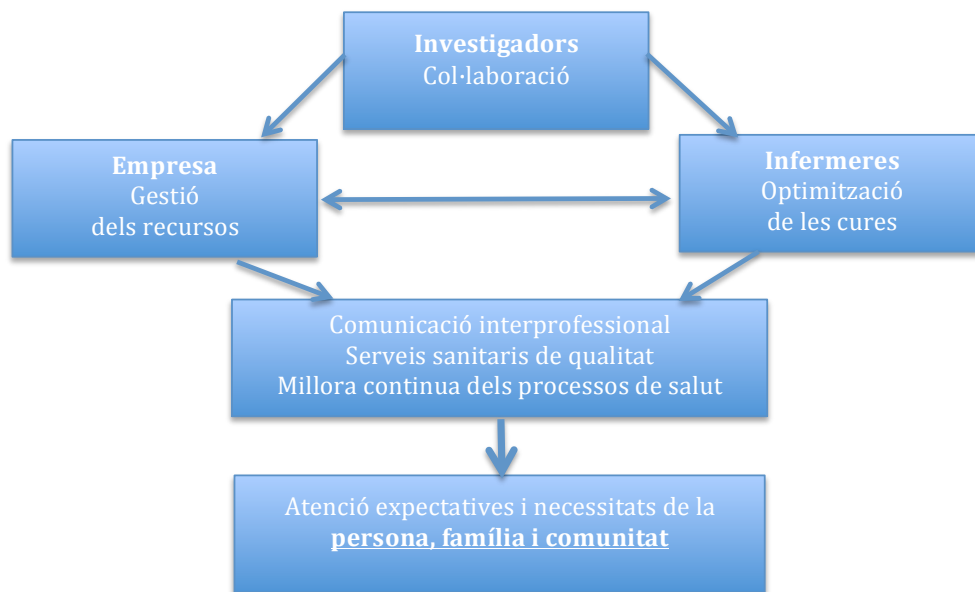
A) COMPROMÍS DE TOTS: EMPRESA, INVESTIGADORS I INFERMERES

En primer lloc, hem volgut plasmar en aquest quadre (fig.18) les responsabilitats que tenen cadascun dels actors implicats en el procés de cures: l'empresa com a gestora dels recursos; la infermera com a professional, que té l'objectiu d'optimitzar les cures a la persona, i nosaltres que, com a investigadors, hem generat aquesta recerca. Caldrà treballar per obtenir una millora contínua dels processos de salut dirigits a la persona, la família i la comunitat, tot seguint els objectius marcats per la mateixa empresa ICS.

Assignacions de corresponsabilitats.

Font: disseny de l'autora

Figura 18



B) PROPOSTES DE MILLORA: VESSANT INTERN I VESSANT EXTERN

A continuació, definim les possibles accions de millora. Considerem que l'estructura de les propostes s'haurien de fer des de dos vessants: un d'intern, en el qual estan implicats l'empresa i les infermeres que treballen a l'ICS, i un altre d'extern, en el qual estan implicats els investigadors i, a més, continuen estant implicades les infermeres.

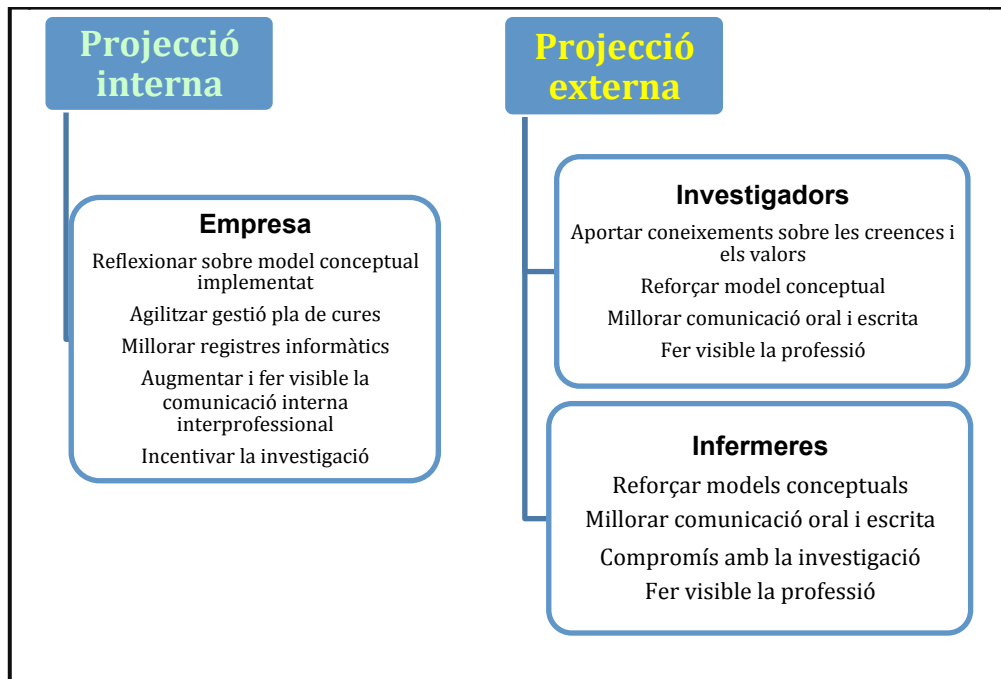
En les accions que es proposen en el vessant extern, s'ha pogut observar que algunes de les propostes són similars tant per als investigadors com per a les infermeres. Cal pensar que ens referim a persones amb una mateixa professió i amb criteris semblants de

responsabilitat i compromís de millora, però, segons la seva posició professional, hauran d'actuar des d'indrets diferents. Per tant, veient tot el que ens van aportar els resultats obtinguts, vam voler clarificar quina és la gestió que considerem que els caldrà fer, tant per a uns com per als altres, per facilitar la situació de la gestió i la planificació de les cures (fig.19).

ACCIONS QUE CAL FER: PROJECCIÓ INTERNA I EXTERNA

Font: disseny de l'autora

Figura 19



C) PROJECCIÓ INTERNA: EMPRESA

En aquest cas, les infermeres estan considerades com a part de l'empresa. Elles voldrien que es gestionés el PAI d'una altra manera més funcional, quant a tipus de registres que cal fer i al model de cures que s'ha de seguir. Elles qüestionen el model que utilitzen en l'actualitat, implementat per la mateixa empresa. Per tant, des de la projecció interna, queda explicitat que cal que l'empresa revisi el model de cures prescrit i estudiï la possibilitat de compartir-lo amb algun altre model més adient a les necessitats actuals. El fet de poder treballar ambdós models a la vegada es pot convertir en un valor afegit en el moment d'agilitzar la gestió de les cures.

El fet de fomentar l'expressió escrita de tots els professionals d'infermeria perquè siguin capaços d'ordenar i resumir el que pensa i creu la persona de la qual tenen cura, així com les seves pròpies observacions clíniques, sens dubte facilita la comunicació interprofessional i ajuda a fer visible la infermera. És coneguda la dita que "tot allò que no s'escriu, no existeix". Malgrat tot, pensem que un excés d'informació registrada, si no s'utilitza, és una informació buida, que no aporta res de nou i que reverteix en una pèrdua de temps de la persona que fa el registre. És cert que els registres són necessaris, però s'hauria d'ajustar el temps emprat per fer-los. A la vegada, cal valorar la necessitat de registre en l'HCAP per obtenir les dades de la persona sobre la seva situació de salut i poder agilitzar el procés de cures. Cal pensar que, primer, és l'atenció a la persona que s'està atenent, el cara a cara, no pas la pantalla d'un ordinador. S'hauria de trobar l'equilibri entre el registre biomèdic i el de les cures, d'aquesta manera facilitaria el registre sense tantes dificultats com les que ens han manifestat les participants al llarg d'aquesta recerca.

Elles volen que el temps emprat per fer un pla de cures i registrar-lo en l'HCAP sigui coherent amb els recursos invertits i les exigències de l'empresa. Pensen que les dades que són de la persona atesa, i

no només les de les creences i els valors, sinó totes les que consten en el pla de cures, s'hauria de considerar que són prou importants com a informació integral del seu estat de salut. Aquestes dades, que interessin a les infermeres, també, en la història clínica, han d'estar a l'abast de tots els altres professionals de la salut que intervenen en el procés perquè puguin consultar-les.

Caldria estudiar la necessitat de formació dels altres professionals de l'equip sobre les actuacions de les infermeres i la seva total implicació en el procés de cures. Aleshores, possiblement els registres tindrien una funcionalitat més coherent dins de la gestió del pla de cures. Uns i altres prendrien consciència de la importància del seu contingut.

Les infermeres també creuen que la filosofia que es proposa l'haurien d'acceptar tots els professionals d'infermeria que l'estan utilitzant i que s'hauria d'immergir en la seva totalitat dins del pla de cures. A la vegada, les infermeres pensen que caldria reforçar la seva fonamentació conceptual del model emprat, ja que reconeixen que tenen punts febles que no han acabat d'assumir, malgrat que en desconeixen les causes.

Volen adequar els seus registres al model informàtic que hi ha. Algunes infermeres tenen interès per expressar, de manera qualitativa, el que els manifesta la persona atesa i les seves observacions clíniques. Per aquest motiu, els caldria que el registre del seu relat, expressat com a text lliure, fos més àgil. Els recomanem que facin un esforç per resoldre la manca d'agilitat en l'expressió escrita, atès que és una eina imprescindible dins de la professió infermera. El fet de saber plasmar en un paper, o en una pantalla informàtica, el contingut d'un text s'aprèn al llarg de la vida com a estudiant i com a professional d'una disciplina.

D) PROJECCIÓ EXTERNA: INVESTIGADORS

Com a investigadors, i des d'una projecció externa, vam descobrir que hi ha una àmplia bibliografia sobre el tema de les creences i els valors; però, en canvi, hi ha molt poca cosa escrita que relacioni aquest tema amb la salut i les cures. També vam tenir present el que ens han expressat les infermeres sobre els dubtes i les dificultats quan han d'abordar aquesta temàtica. Com a agents que actuem des de l'exterior, volem donar viabilitat a aquesta recerca. Des del primer moment que vam iniciar aquesta investigació, vam adquirir el compromís de col·laboració i ajuda. Un cop vam finalitzar l'anàlisi de les dades que havíem obtingut i vam reflexionar-ne sobre el contingut, es va veure que calia donar un suport directe a la investigació a través d'una publicació que recullís tota la informació bàsica i plural sobre la diversitat cultural i la variabilitat de pensament en relació amb les creences i els valors de la persona.

El nostre projecte és contribuir que tota aquesta informació es divulgui entre les infermeres i les futures infermeres. Per tant, proposem incrementar la formació d'aquests continguts que cada cop són més necessaris per gestionar un pla de cures integral, atesa la idiosincràsia de la població que s'està atenent. Pensem que part d'aquest marc teòric recollit en aquesta recerca es pot adaptar com a fonamentació conceptual específica amb l'objectiu de fer-ne un text docent. La nostra intenció és poder facilitar a les infermeres, tant de pregrau com de postgrau, nous coneixements sobre les diferents dimensions per abordar el tema de les creences i els valors en les cures, el qual, d'una manera o una altra, i segons ens van manifestar les mateixes participants, cal que es tingui en compte, sigui quin sigui el model de cures escollit. Des de la nostra posició, també podem contribuir a reforçar els models conceptuals i millorar la comunicació oral i escrita, tot plegat per ajudar a fer visible la nostra professió i millorar l'atenció a les cures.

E) PROJECCIÓ EXTERNA: INFERMERES

Continuant, per tant, dins d'aquest vessant extern, hi ha altres propostes de millora que han expressat les mateixes infermeres participants. Cal dir que han estat moltes les expressions de desacord, que ens han proporcionat una important informació complementària. En molts relats hi ha hagut manifestacions de positivitat. Encara que aquestes no eren d'un total acord, sí que aportaven propostes de millora, fruit de les seves contínues experiències.

Dins d'aquest context d'actuació, com a investigadores hi afegim que cal fomentar la investigació per ampliar els coneixements de les infermeres. Cal aconseguir que siguin elles mateixes les que, a través de la seva pràctica clínica, basada en la presa de decisions, siguin capaces de trobar altres teories que s'adaptin a les necessitats del fenomen específic d'una determinada situació que es produeix en el seu àmbit de cures (Ray, 2011). Cal que tinguin plena autonomia com a repte per a tot el col·lectiu.

Es va considerar que són les mateixes infermeres les que han de vetllar per aconseguir que la seva tasca sigui prou visible a ulls dels altres professionals, millorant-ne els coneixements sobre les tècniques de comunicació. Cal tenir present que els registres ordenats i poc voluminosos faciliten la connexió interprofessional. L'expressió escrita i l'expressió oral són instruments essencials en la comunicació, i ambdues neixen de la reflexió i del raonament crític de cadascun dels professionals. A més, generen confiança i seguretat en un mateix i ajuden a vetllar, a tots plegats, per uns mateixos interessos en relació amb l'atenció de la persona de la qual tenim cura.

Les infermeres hauran d'involucrar-se amb fermesa en tot allò que es refereix a les seves competències i la seva visibilitat, en benefici de poder donar el millor d'elles, amb el compromís de poder ajudar totes aquelles persones que ho necessiten, quant al control i la millora del

seu procés de salut, crònic i complex. Hem vist en el marc teòric que l'evolució de la professió infermera, durant aquests últims cinquanta anys, ha sofert molts canvis. Aquesta situació del passat va impactar en la seva idiosincràsia com a infermeres i no va deixar evolucionar la professió com a ciència. En l'actualitat, aquest fet significa que, per als altres i per a elles mateixes, han d'aconseguir recuperar part del temps perdut per tornar a ser infermeres amb tota plenitud.

F) NOVES PROPOSTES PER FER ALTRES RECERQUES

En aquest estudi, el nostre principal objectiu només ha estat centrar-nos per conèixer, en els registres del pla de cures, si es té en compte la necessitat bàsica número 11 del model conceptual de Virginia Henderson, en la qual es valoren les dades sobre les creences i els valors de la persona. Hem vist que, a la vegada, aquesta recerca ens ha proporcionat molta més informació sobre les mancances dels registres de la resta de les dades de la persona atesa. De fet, han estat les mateixes infermeres que hem entrevistat les que han manifestat que no es tenen en compte totes les necessitats. Algunes d'elles creuen que hi ha necessitats de segon ordre i que no tenen tanta importància. Per tant, a vegades, no registren cap mena d'informació, en aquests apartats.

És, doncs, un nou estudi de disseny qualitatiu, dins del mateix àmbit on hem actuat, el que podrà aportar més informació sobre si també es repeteix aquest mateix fenomen en altres apartats del registre del pla de cures, i les causes que el provoquen. Per tant, nosaltres creiem que aquest disseny és pot extrapolar a la mateixa població que ja hem estudiat, per poder continuar observant i constatar que es repeteixen els mateixos problemes per poder fer uns registres complets en el pla de cures quant a la resta de les altres necessitats.

També considerem que el nostre disseny de recerca pot ser útil per conèixer si es produeix el fenomen que hem estudiat en una altra població semblant que utilitzi el mateix model conceptual de V. Henderson. En el cas que les cures estiguin basades en una altra filosofia en infermeria, només cal adaptar l'estudi a les necessitats que regeix el procés d'atenció d'infermeria i al registre informatitzat del lloc que es vol estudiar. Cal pensar, tal com hem comentat al llarg d'aquesta exposició, que els registres incomplets provoquen una pèrdua de dades significatives, referents a la persona que s'està atenent, les quals són necessàries per completar el pla de cures. L'objectiu serà optimitzar els recursos emprats per millorar la gestió dels registres de les cures.

V

CONCLUSIONS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

Com hem vist en la primera part d'aquesta tesi, el fet de recordar el procés retrospectiu de la infermeria d'aquests últims cinquanta anys, tant a través de les pròpies vivències de la investigadora principal com de la cronologia històrica de la professió, dins del nostre país, ens ha ajudat a reflexionar i a tenir consciència dels avatars transcorreguts, que sens dubte han afectat l'evolució de la professió d'infermeria.

L'evolució de la gestió i el progrés de les cures cal que sigui constant i adaptatiu a la situació que s'està vivint en aquell moment. Hem pogut constatar que no sempre ha estat fàcil. Hem de tenir present que no va ser fins a l'any 1977 que es va publicar el nou pla d'estudis amb el títol de Diplomata Universitari d'Infermeria (DUI), que va fer retornar el nom d'infermera. Aquest canvi va modificar una part conceptual molt important, així com també va obrir noves competències, que les infermeres van haver d'assumir si volien continuar treballant. Van ser anys complicats, ja que per poder arribar a complir amb els compromisos familiars i personals, laborals i professionals, moltes d'aquestes infermeres van patir un important desgast, que, sens dubte, ha provocat en moltes d'elles haver de fer un gran esforç professional per arribar a assumir i acceptar els canvis que hi ha hagut dins d'aquesta professió. Després d'haver passat uns quants anys, encara ara, en ple 2015, se n'arrossegueu les conseqüències.

Si volem entendre la situació professional actual, entre els anys 2011 i 2015, evidenciada pels resultats obtinguts en la nostra recerca qualitativa, ens cal pensar que algunes de les infermeres que estan en actiu pertanyen a les últimes convocatòries com a ATS,²¹² malgrat que, més tard, fessin la convalidació, el 1980, pel nou títol de DUI. També hem de tenir present que les noves infermeres que

212 Una infermera que finalitzés amb vint-i-un anys els estudis com a ATS (1975), ara, en ple 2015, ens trobem amb un professional que en el moment de tancar la nostra recerca (2015) té seixanta-un anys, i encara se la considera un membre actiu dins del món laboral, atès que la legislació d'Espanya no permet jubilar-se fins a haver complert els seixanta-cinc anys (hi ha alguna excepció que permet fer-ho abans).

s'incorporen al mercat laboral, encara que tinguin uns estudis reglats amb coneixements molt més adients, d'acord amb la nova visió, sovint han de compartir la vida laboral amb infermeres que han patit els canvis que s'han produït en la professió. Per tant, els aires de renovació queden emmascarats per maneres de ser que no ajuden a encaixar el nou plantejament de competències.

Hem de reconèixer que l'empresa ICS també ha sofert diversos canvis pel que fa a la política i la gestió, causats per una visió i una missió cada cop més complexes i més difícils de transmetre a tots els professionals que hi estan treballant. La informatització dels registres en l'HCAP ha estat una millora dins de l'assistència, encara que durant els primers anys d'implementació va costar molt d'encaixar. Val a dir que connectar tota la xarxa de professionals que interactuen amb la persona atesa, tant en l'àmbit hospitalari com en el de l'atenció primària, suposa un repte que defineix prou bé les noves polítiques sanitàries, que costen d'entendre i assumir per molts dels professionals de la salut. Podem veure que, en pocs anys, el sistema ha aportat una nova forma de treballar amb noves competències i nous rols per a la infermeria, els quals, fins aleshores, havien estat prohibits en tots els indrets laborals del país.

Per continuar la nostra recerca, es va voler conèixer la infermeria que, avui en dia, marca una manera de ser, de fer i d'estar dins de la gestió de les cures. Aquesta experiència, que considerem proactiva, ens ha facilitat aconseguir els nostres objectius de poder compartir amb les infermeres, entendre-les i ajudar-les a millorar els registres de les cures en benefici de la persona, la família o la comunitat. Com hem pogut veure al llarg d'aquesta tesi, ens hem centrat en el registre i la valoració de les dades de les creences i els valors de la persona amb un problema de salut complex que és atesa en el seu propi domicili.

La recerca bibliogràfica ha servit per posicionar-nos en relació amb el problema que nosaltres intuïem sobre els registres de les creences

i els valors en el pla de cures. Ens ha obert el camí cap a nous coneixements que ens han ajudat a reflexionar sobre la fonamentació d'aquests conceptes que, sovint, s'interpreten amb un sentit força tancat dins de la cultura del territori on hem fet la recerca.

En desenvolupar el marc teòric que aportem en aquest estudi, hem pogut descobrir que el tema de les creences i els valors és susceptible de tenir diferents connotacions, segons els diversos factors culturals i personals que hi intervenen i que constitueixen la manera de ser de cadascuna de les persones. També hem constatat que hi ha una premissa molt important que cal tenir present: tenir espiritualitat no significa pas ser una persona adepta a una religió. En la nostra recerca no només hem tingut present les creences religioses, sinó que ens hem referit a les creences des de moltes més dimensions.

És important que la infermeria tingui immersos els coneixements suficients sobre aquest tema, amb l'amplitud de conceptes que cal per entendre els valors que es poden generar a través de la pluriculturalitat que hi ha en el territori on presta les cures. La diversitat de creences i costums de la població configuren noves maneres de viure, de ser i de fer que cal tenir present quan s'elabora un pla de cures adient a la persona que s'està atenent.

Vam considerar que és important entendre la diversitat que dóna la pluriculturalitat de la societat on les infermeres presten les seves cures. No hem d'oblidar que és per mitjà del nostre pensament que aconseguim ser únics dins d'un entorn que, a vegades, és difícil d'acceptar. Per tant, cadascun de nosaltres presentem peculiaritats que ens diferencien els uns dels altres. La infermera cal que valori i respecti aquesta individualitat que, ben interpretada, és un valor afegit a la nostra pròpia manera de ser i de fer com a éssers humans. Al llarg de tot aquest treball, s'ha evidenciat, tant des del marc teòric com des de les manifestacions de les participants, que per fer un pla de cures complet és obvi que cal tenir la màxima informació sobre la

nostra proposta quant a les creences i els valors de la persona atesa que, a causa d'un problema de salut complex, li cal rebre l'atenció dins de la seva pròpia llar. La infermera li proporciona l'ajuda perquè millori el seu procés de salut i obtingui un òptim confort i benestar.

L'objectiu d'aquesta recerca ha estat preguntar a les infermeres que estan treballant en AP, dins de l'empresa ICS, per saber què pensaven del tema que ens preocupa sobre el registre de les creences i els valors en el pla de cures, i escoltar els seus arguments. Hem vist que en l'evolució de les cures han coincidit una gran variabilitat de factors importants, representats pels interessos i els objectius de l'empresa, la professionalitat de la infermera i les necessitats de la persona atesa.

Els discursos de les infermeres ens han aportat informació molt concloent sobre els elements que integren la gestió de les cures i la seva rellevància pel que fa al lloc que ocupen. Han evidenciat malestar. Els preocupen i els trasbalsen els entrebancs que tenen per gestionar les cures. Sovint, se senten col·lapsades per la constant lluita entre el món laboral, professional i les necessitats de la població.

Després d'haver recopilat, ordenat i analitzat les dades sobre el problema que s'havia observat, vam aplicar una matriu DAFO, que ens va ajudar a identificar les debilitats i les fortaleses, així com les amenaces i les oportunitats de la situació. Aquesta formulació és la que ens va fer reflexionar i ens va obrir la porta per poder dissenyar les estratègies amb l'objectiu de proposar i planificar intervencions, i de decidir aquelles accions que confiàvem que facilitarien la modificació o la millora de la situació dels registres de les creences i els valors en el pla de cures.

Tal com ja hem expressat, vam focalitzar el nostre estudi en un tema central, però, en explorar les dades, vam obtenir més informació que també estava relacionada amb el tema que ens preocupava i

que havíem explorat, la qual cosa s'havia de tenir en compte en la projecció de les accions que calia fer.

Per tant, com a investigadors, la nostra intenció ha estat col·laborar amb les infermeres que estan treballant en l'ICS i recollir i aportar la informació que elles mateixes ens han expressat. Moltes de les infermeres entrevistades han manifestat que voldrien optimitzar la funcionalitat i gestió de la pràctica de les cures en benefici de la persona atesa, però no saben com fer-ho. Nosaltres, des del nostre lloc, ubicat fora de l'empresa, no ens és permès fer ús d'una part de la informació obtinguda. Només podem incidir en aquella part que es refereix al tema que és el principal motiu del nostre estudi. Sobre aquesta informació, podem actuar lliurement per contribuir a fer-ne intervencions de millora, sempre des de la participació externa.

Ens ha sorprès la sinceritat d'expressió en els relats de totes aquelles infermeres que han participat en aquest estudi fins al punt que, quan, com a entrevistadora, vaig utilitzar les expressions d'algunes d'elles per fer l'anàlisi del contingut dels seus relats i valorar-los, sense voler identificava el seu rostre i, fins i tot, en alguns casos, la veu. Puc dir que va estar inevitable sentir-me immersa en les seves expressions, que em van emocionar. Dins de la meva consciència mental, tinc gravada tota una informació que m'ha ajudat a treballar el que ens van manifestar i a fer-ne les oportunes reflexions. Per a mi, ha estat una experiència molt enriquidora. Cadascuna de les participants ens va donar les gràcies pel nostre interès en el tema i perquè ens impliquéssim en el que a elles també els preocupa. El fet de no haver tingut cap rebuig ha estat una satisfacció. Per tant, vull expressar, en nom de totes les persones que hi han col·laborat, i en el meu propi, el reconeixement en forma de gratitud per les seves aportacions, les quals han fet possible aquest estudi.

A partir dels resultats obtinguts sobre les respostes de les infermeres informants, hem pogut veure que elles mateixes han avalat, d'una

manera o altra, el fet que aquestes dades siguin prou significatives per elaborar un pla de cures complet i adient que ajudi la persona atesa. Hem vist que la majoria d'elles considera que, en molts dels casos, no saben com abordar les dades ni com registrar-les, perquè es tracta d'una informació subjectiva molt íntima. A vegades costa d'expressar-la, o bé presumim conèixer-la i ja es dóna per entès com pensa aquella determinada persona o família. Aquesta condició succeeix en àmbits rurals, on la infermera viu a prop de les famílies que integren la població on ella presta els seus serveis de cures, i per tant les coneix. En les zones urbanes és més difícil establir un lligam d'aquestes característiques.

A banda dels resultats centrals, objectiu d'aquesta recerca, s'han recollit altres dades que han detectat problemes existents, segons les participants, que també són rellevants i que cal afrontar per ajudar a millorar els registres de les cures dins de l'HCAP. Cadascun d'aquests s'hauran d'analitzar i valorar des de diferents llocs i responsabilitats. Vam considerar que el col·lectiu d'infermeria és responsable de les cures; l'empresa ICS ho és com a prescriptora de la gestió dels recursos sanitaris, i, per últim, nosaltres ho som com a investigadors. Per tant, ocupem un lloc privilegiat per poder ajudar a regularitzar aquestes problemàtiques, expressades per les mateixes infermeres participants, però, malgrat aquest privilegi, tenim marcats uns límits importants i, sens dubte, acceptats, atès que estem en una situació externa que només ens permet actuar com a col·laboradors de l'empresa i aportar-li dades rellevants per millorar la gestió de les cures.

Recordem aquells punts on nosaltres, com a investigadors, creiem que podem ajudar. Gairebé totes les infermeres participants van expressar mancances en certs apartats, com són els que es refereixen a les creences i els valors, tema central de la nostra recerca. En aquest punt nosaltres projectem una intervenció directa per facilitar, a elles, un contingut docent que les ajudi a ampliar-ne els coneixements i les

alliberi dels seus dubtes, la qual cosa els permetrà conèixer molt millor la persona i poder elaborar un pla de cures integral, que hi inclogui el que pensa i el que sent sobre diverses situacions de la seva vida i del seu entorn d'acord amb la seva cultura i els seus costums.

També van dir que tenien dubtes sobre el pla de cures emprat i prescrit per la mateixa empresa. També van expressar dificultats per descriure situacions en forma de relat i fer-ne un resum acurat. Així doncs, considerem que és un problema que caldria esbrinar per què succeeix. Per tant, són les mateixes infermeres que, com a responsables de les cures, haurien de vetllar per l'evolució de la seva professió. La feina de les infermeres ha de ser visible i coneguda per la població i pels altres professionals que intervenen en l'atenció sanitària com a recurs per millorar els processos de salut.

Creiem que els sistemes de registres haurien de ser més coherents i adequats a la funcionalitat, al temps i a l'espai. L'empresa, com a òrgan prescriptor, ha de valorar i gestionar, de manera adequada, tot allò que es refereix al pla de cures. La nostra reflexió aporta la recomanació següent: les infermeres han d'entendre que són part de l'empresa ICS i que, a la vegada, elles, com a professionals, i la mateixa empresa, com a gestora, estan al servei de la persona, de la família i de la comunitat. Ens cal més reflexió i menys imposició. Confiem que totes aquestes propostes marquin el camí, per a uns i per als altres, com a projecció per ajudar a millorar els processos de cures en benefici de l'actor principal, la persona que les rep.

Quan s'acceleren els processos i els canvis de fase se succeïxen de manera exponencial, només la reflexió i l'acció pràctica que en neix ens poden conduir a la consciència operativa, un estadi molt avançat de la nostra humanitat. La integració evolutiva, afavorida per la integració de la diversitat, ofereix les pautes d'una evolució responsable (Carbonell, 2015:15).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

VI

REFERÈNCIES

BIBLIOGRÀFIQUES ²¹³

213 Els descriptors utilitzats en aquesta recerca han estat: creences, valors, cures i registres. S'han utilitzat les normes Harvard per fer les cites bibliogràfiques, amb l'objectiu de facilitar a l'autor la redacció del text, i a la vegada, ajudar al lector a obtenir la informació de manera més senzilla, ubicar els autors citats i l'any de la publicació.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

Agencia de Salut Pública Catalana. (2015). *Promoció de la Salut*. (Consultat: 10/07/2015). Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio_salut/

Alberdi, R.M. (1997). "Selecció de Poemes". *Duoda Revista d'Estudis Feministes*, (12), 137-144. (Consultat: 07/01/2016). Disponible a: <http://www.raco.cat/index.php/duoda/article/viewFile/62047/90553>

Alberdi, R.M. et al. (2014). *Poemas de las Hijas de la Luna*. Madrid: Llibreria Alberti.

Alligood, M.R. (2011a). "Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis". *Modelos y Teorías en Enfermería*. Setena edició Barcelona: Elsevier España, S.L. (1), 3.

Alligood, M.R. (2011b). "Estado actual y ciencia de la teoría enfermera". *Modelos y Teorías en Enfermería*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L., (33), 767.

Ajuntament de Barcelona. (2015). *La meva Barcelona: districte de la Eixample i Ciutat Vella*. (Consultat: 05/06/2015). Disponible a: <http://www.bcn.cat/publicacions/Cartografia/bcn.pdf>
<http://lameva.barcelona.cat/eixample/ca/historia-del-districte>
<http://lameva.barcelona.cat/ciutatvella/ca/home/el-barri-del-raval>

Ajuntament de Vilafranca del Penedès. (2015). *Història Vilafranca del Penedès*. (Consultat: 05/07/2015). Disponible a: http://www.vilafranca.org/html/sobrelaciutat/historia_vilafranca.html

Amades, J. (1969). *Folklore de Catalunya. Costums i creences*. Barcelona: Biblioteca Selecta.

Ambit, M. (2015). *Gestió de Projectes: anàlisi DAFO*. (Consultat: 20/10/2015). Disponible a: <http://gestiodeprojectes.blogspot.com.es>

Amezcuca, M. i Carricondo, A. (2000). "Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud". *Index de Enfermería*, 28 (9), 26-34.

Amezcuca, M.T. (2002). "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta". *Rev. Esp. Salud Pública*, 6(5), 423-436.

Arnaus, R. (1996). *Complicitat i interpretació: el relat d'una etnografia educativa*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 30-31.

Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Col·lecció Universitaria. Madrid: Akal, S.A. Universitaria.

Benner, P. (1996). *Expertise in clinical practice: caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.

Besora, I. i Bitria, A. (1996). *Registres d'Infermeria basats en el model conceptual de Virginia Henderson*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut.

Besora, I. et al. (2003). *Estàndard de Diagnòstics d'Infermeria a l'Atenció Primària*. Generalitat de Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut.

Blasco, T. i Otero, L. (2008a). "Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I)". Centro Nacional de Medicina Tropical. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. *Nure Investigación*; (33).

Blasco, T. i Otero, L. (2008b). "Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (II)". Centro Nacional de Medicina Tropical". Madrid: Instituto de Salud Carlos III. *Nure Investigación*; (34).

- Boixareu, R.M. (coord.). (2003). *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut*. Barcelona: Editorial Blanquerna, Tecnologia i Serveis, S.L.
- Bulechek, G.M. et al. (2008). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Cinquena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L., 818.
- Burns, N. i Grove, S.K. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. Tercera edició. Madrid: Elsevier Espanya, S.L.
- Busquets, E. i Mir, J. (2006). *Quaderns d'Ètica: Infermeria al final de la vida*. Barcelona: Institut Borja de Bioètica, (6), 20-21.
- Caballero, E., Becerra, R. i Hullin, C. (2010). *Proceso de Enfermería e Informática para la Gestión del Cuidado*. Barcelona: Editorial Mediterráneo, S.L.
- Calderón, C. (2002). "Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: Institut Català de la Salut. Apuntes para un debate necesario". *Revista de Salud Pública*. (5) 76, 473-482.
- Calendari de festes religioses a Catalunya*. (Consultat: 15 /07/2015). Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/governacio/Afers%20religiosos/Recursos/calendari_festes_religioses
- Camacho, I. (2009). *La presencia de lo religioso en la sociedad de hoy*. Congreso: "Evangelizar hoy desde la hospitalidad". Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Granada). Lisboa: Editorial Hospitalidade, Irmãos S. João de Deus, 31-38.
- Campo, A. et al. (2000). *Procés d'Infermeria. Valoració*. Barcelona: Editorial Fundació Jordi Gol i Gurina, 54-56.

Candel, F. (2008). *Els altres catalans*. Barcelona: Edicions 62, 35-36.

Carbonell, E. (2015) *Ens farem humans?* Valls (Tarragona): Cossetània Edicions, 15.

Carod-Rovira, J.L. (coord.). (2015). *Les religions a Catalunya*. Lleida: Pagès Editors, S.L.

Carpenito, L.J. (2012). *Nursing Diagnosis Handbook of nursing*. Catzenza edició. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins Publishers.

Chavez, A.R. (2014). "Comunicació i cures humanistes a la Unitat de Cures Intensives: la reflexió com estratègia d'aprenentatge". *Barcelona: Àgora d'infermeria*. (71), 2-18 i 135-138.

Comellas, M. (2015). "Situant la infermera de pràctica avançada en el nostre context". *Àgora d'infermeria*, 19(4), 149-152.

Corregidor, M. (2013). *Tradicions i costums dels països catalans*. (Consultat: 27/072015). Disponible a: <http://www.festes.org>

Cross, K.P. (1981). *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass. Inc Publishers, 110-111.

Cuesta Benjumea, M.C. (2008). "Por dónde empezar?. La pregunta en investigación cualitativa". *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-10.

Delgado, P. (2005). *Reflexividad: utopía o realidad. Investigando en salud desde la perspectiva cualitativa: discusiones metodológicas. Libro de ponencias*. "Il Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud: 22 al 25 de Junio 2005". Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).

Delgado, P. (2010). *Apunts del docent sobre Disseny i Mètodes Recerca Qualitativa*. Màster Lideratge i Gestió dels Serveis d'Infermeria. Universitat de Barcelona.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2011). *Pla de Salut 2011-2015*. (Consultat: 10 /10/ 2015). Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2012). *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat: Pla de Salut*. Direcció General de Regulació. Planificació i Recursos Sanitaris. Barcelona. (Consultat: 10/10/2015). Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat>

Descriptores en Ciències de la Salut. (2014). (Consultat: 20/04/2015). Disponible a: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. (2015). (Consultat: 30/05/2015). Disponible a: <http://dogc.gencat.cat/cat>

Díaz, G. (2010). "El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea". *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 30-37.

Diccionari d'Infermeria. (2014). Centre de terminologia (TERMCAT). (Consultat: 20/06/2015). Disponible a: www.termcat.cat

Diccionario Lengua Española. (2011). Madrid: Larousse Editorial, S.L.

Diccionari de la Llengua Catalana. (2007). Institut d'Estudis Catalans (DIEC2). (Consultat: 19/06/2014). Disponible a: <http://dlc.iec.cat/proleg.html>

Diccionario de sinónimos y antónimos. (1989). Barcelona: Espasa Calpe, S.A.

Diccionari Sinònims i Antònims: llengua Catalana. (2003). Tercera edició. Barcelona: Editorial Spes, S.L.

Dobbs, B., Parette, D. i Poletti, R. (1990). *Reflexología.* Barcelona: Ediciones Rol, S.A.

Duch, Ll. (1999). *Simbolisme i salut: antropologia de la vida quotidiana.* Biblioteca Serra d'Or. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

Duch, Ll. (2001). *Antropología de la religión.* Segona edició. Barcelona: Editorial Herder.

Duch, Ll. (2010). *Religió i comunicació.* Barcelona: Editorial Fragmenta.

Estruch, J. et al. (2004). *Les altres religions: minories religioses a Catalunya.* Barcelona: Editorial Mediterránea, S.L.

Fàbregas, X. (1979). *Tradicions, mites i creences dels catalans.* Barcelona: Edicions 62.

Fernández, C. i Novell, G. (1993). *Proceso de Atención de Enfermería.* Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Gaya, A.M. (2008). *La nostra cultura.* Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida. Institut de Ciències de l'Educació, (1),19.

Generalitat de Catalunya. (2012). *Pla de Salut 2011-2015.* (Consultat: 27/07/2015). Disponible a:
www.scmi.org/docs_noticies/guia_millora_complexitat.doc

Generalitat de Catalunya. (2013). *Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.* Barcelona: (2.9), 43-45. (Consultat: 27/07/2015).

Disponible a: <http://www20.gencat.cat/docs/dixit/Home/04Recursos/08Etica%20aplicada%20als%20Serveis%20Socials/01Comite%20d%20Etica/2.%20Recomanacions%20drets%20i%20deures%20GG%20entorn%20RGG.pdf>

Generalitat de Catalunya. (2014). *Projecte Visc+*. (Consultat: 15/06/2015). Disponible a: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/projectes/visc/memoria_visc_aquas2015.pdf

Generalitat de Catalunya. (2015). (Consultat: 10/04/2015). Disponible a: http://economia.gencat.cat/ca/70_ambits_actuacio/economia_catalana/trets/002-demografia-i-benestar/

Gimenez, M.A. (2014). *30 anys, 30 veus. La història de l'ICS a través dels seus professionals*. Publicat: 02/01/2014. (Consultat: 27/07/2015). Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=-Do22UIBmuB0>

Gómez-Pérez, D. i Palacios, D. (2009). "Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas." *Cultura de los cuidados*. Año XIII, (25), 62-68.

Gordon, M. (2014). *Manual of Nursing diagnosis. Gordon's Funtional Health Patterns*. Catorzena edició. Burlington: Jones and Bartlett, 2-5 i 10-33.

Grup de treball del Consorci de Salut i Social de Catalunya. (2012). *L'abordatge infermer del pacient crònic complex*. Ed. CSC. (Consultat: 15/10/2015). Disponible a: <http://www.consorci.org/publicacions/catalog-de-publicacions/altres-publicacions/labordatge-infermer-del-pacient-cronic-complex>

Guba, EG. i Lincoln, YS. (1989). *Enfoques*. (Consultat: 11/11/2014). Disponible a: <http://paginaspersonales.deusto.es.htm>

Guba, EG. i Lincoln, YS. (2000). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences*. 2th ed. California: Editors. Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks, (6), 105-107.

Henderson, V. (1971). *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Suiza: Editorial Ginebra.

Icart, T. i Delgado, P. (2015). *Enfermeras en el cine*. Barcelona: Editorial Universitat de Barcelona.

Institut Català de la Salut. (ICS). (2015). (Consultat: 29/12/2015). Disponible a: <http://www.gencat.cat/ics/>

Jesse, E. (2011). "Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson". Barcelona: *Revista Rol*. Ediciones Rol. (7), 95-99.

Jimenez-Ortiz, A. (2009). *Tomando el pulso a la realidad social*. Congreso: "Evangelizar hoy desde la hospitalidad". Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Granada). Lisboa: Editorial Hospitalidade, Irmãos S. João de Deus, 18-21.

Johnson, M. et al. (2012). *Vínculos de Noc y Nic a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Tercera edició. Barcelona: Elsevier España, 24-16.

Kareaga, A. (1998). *Nuevas perspectivas en relajación*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 11-10.

Kérouac, S. et al. (2007). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson. (traducció per: Blasco, R.M.; Arque, M. i C. Fernández).

Krippendorff, K. i Wolfson, L. (1990), *Metodología Analisis contenido: teoria y pràctica*. Barcelona: Editorial Paidós.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer, cop.

Kolcaba, K. (2011). "La Teoria del Confort". *Modelos y Teorias en enfermería*. Setena edició. Madrid: Elsevier España, (33), 706-721.

Leininger, M. (2002). "Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices". *Journal of Transcultural Nursing*, USA, Vol. 13, 189-192.

Leyva, J.M. et al. (2014). "VIH SIDA: Expresión del imaginario de los estudiantes de enfermería a través de la fotografía". Barcelona: *Revista Rol*. Ediciones Rol, 37(6), 410-417.

Llor, J.L. (coord.), Manresa, A. i Nogués, I. (2007). *Medicina natural basada en la evidencia*. Barcelona: Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, 148-153.

Lluch, M.T. (2013). *Regles d'Or de la Motivació*. Colecció OMADO. Barcelona: Deposito Digital de la Universidad de Barcelona. (Consultat: 10/10/2015). Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>

Lopez, J. i Arque, M. (2009). *Bases per l'Acreditació de la competència dels professionals infermers en Teràpies Naturals i Complementaries*. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. (Consultat: 15/10/2015). Disponible a: www.coib.cat

Lorig, K. (2012). *Director of the Stanford Patient Education Research Center*. "I Jornada ITESS". San Cugat del Vallès. (Consultat: 20/09/2015). Disponible a: www.ForumITESS.com

Mayorga, P. (1996). *El Mercurio*. Santiago de Xile. (Consultat: 03/08/2015). Disponible a: <http://opusdei.ad/ca-ad/article/lhome-la-dona-i-la-familia/>

McFarland, M.R. (2011). *Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales*. Barcelona: Ediciones Rol España, (22), 459-460.

Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing. Development and progress*. Tercera edició. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 93-101.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middeld Range and Situations. Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2-460.

Meleis, A. (2011). "Teoría de las transiciones". *Modelos y teorías en enfermería*. Setena edició. Espanya: Elsevier España, (33), 706-721.

Menéndez, E. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Mexico, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores. Hidalgo Matamoros.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Editorial Lugar, S.A.

Meneses, M.T. (2007a). "La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa". *Nure Investigación*, (II) 31.

Meneses, M.T. (2007b). "La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa". *Nure Investigación*, (III) 32.

Misas, R. (1996). *Un químico español del reinado de Fernando VII: José Luis Casaseca y Silvan*. Ed. Lull, (19), 131-160. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/62174.pdf> (Consultat: 22/09/2015).

Molas, M., Brugés, A. i Garcia, C. (2011). "Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad". Espanyola: Elsevier Doyma. *Atención Primaria*. 43(5), 220-221.

Montero, M. (2013). *Manejo de la ansiedad: del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson*. Sevilla: 20(82), 12-5.

Moorhead, S. et al. (2009). *Clasificación de Resultados*. Quarta edició. Barcelona: Elsevier España, S.L., 538-432-213.

Morgado, I. (2015). *La fabrica de las ilusiones*. Espanya: Editorial Planeta (Ariel), S.A.

Moya, B. (2014). *Cada día és festa*. Barcelona: Editorial Barcino.

Nogués, I. (2009). *De lo Físico a lo Sutil*. Tercera edició. Barcelona: Editorial Elsiguientepaso.

North American Nursing Diagnoses Association: NANDA. (2013). *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier Espanya, S.L.

North American Nursing Diagnoses Association: NANDA. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier Espanya, S.L.

Organización Mundial de la salud. (1995). *El ejercicio de la enfermería. Informe del comité de expertos de la OMS*. Geneve: OMS, 2-11.

Panikkar, R. (2011). *Religió i Religions*. Barcelona: Editorial Fragmenta.

Papaseit, E., García-Algar, O. i Farré, M. (2013). "Talidomida: una historia inacabada". *Anales de Pediatría*. Barcelona: Elsevier Doyma. Vol. 78 (5):283-287. (Consultat: 27/07/2015). Disponible a: www.elsevier.es/anpediatr

Pérez Robles, F. (2003). *La Teoría del Cuidado Humano de Watson*. L'Hospitalet (Barcelona). El Correo Aentde: editado por Asociación

Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería.):
Semestre II - VI (2).

Pérez Robles, F. (2006). *Los profesionales de la salud en la atención a las necesidades espirituales*. Editado: Labor Hospitalaria (277).

Piles, P. (2009). *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la ultima etapa de sus vidas*. Madrid: Ed. y distribuidores, S.A., 5.

Poblete, M. i Valenzuela, S. (2007). "Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios". *Acta Paul Enferm.* 20 (4), 499-503.

Pokorny, M.E. (2011). "Teorías en enfermería de importancia histórica". *Modelos y Teorías en enfermería*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España S.L., (5), 63-64.

Prat, J. i Contreras, J. (1984). *Les festes populars. Coneguem Catalunya*. Espanya: Ed. Amelia Romero.

Prat, J. (coord). (1991). "Antropologia de la religió: Ortodoxos, heretges i sectaris". Arxiu d'Etnografia de Catalunya. *Revista d'Antropologia social*. La Pobla de Segur (Lleida): Poblagràfic, S.A. (8).

Prat, J. (coord.). (1993). "Antropologia de la religió: Ortodoxos, heretges i sectaris". Arxiu d'Etnografia de Catalunya. *Revista d'Antropologia social*. La Pobla de Segur (Lleida): Poblagràfic, S.A. (9).

Prat, J. (2007). "En busca del paraíso: historias de vida y migración". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, juliol-desembre, vol. LXII, (2), 21-61.

Prat, J. et al. (2012a). *Els nous Imaginaris Culturals. Espiritualitats orientals, teràpies naturals i sabers esotèrics*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

Prat, J. et al. (2012b). *Els nous Imaginaris culturals. Àmbits disciplinaris i fitxes temàtiques*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira Virgili.

Priante, M. (2007). *Aprender grafología*. Barcelona: Editorial Paidós Iberica, S.A.

Pou, G. (2015). *La voz invisible*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.

Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. (Consultat: 13/12/2014). Disponible a: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2867/ARJ_TESIS.pdf;jsessionid=5B676C683CDD4D-5F1F0890BD37D6DF8C.tdx1?sequence=1

Ramió, A. (coord). (2009). *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la ultima etapa de sus vidas*. Madrid: Ediciones y Distribuidores, S.A.

Raposo, I. et al. (2001). *La Fisioterapia en España durante los siglos XIX i XX, hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia*. Ed. Doyma, 23(4): 216-217. (Consultat: 09/11/2015). Disponible a: <http://www.doyma.es>

Ray, M.A. (2011). "Teoría de la atención burocrática". *Modelos y Teorías en enfermería*. Setena edició. Barcelona: Elsevier España, S.L. (8), 113-117-119.

Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción*. Cinquena edició. Mèxic, D.F.: MacGraw-Hill; 9-35-245-280-313.

Reyes, J., Jara, P. i Merino, J.M. (2007). "Adherencia de las enfermeras a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería". *Ciencia y enfermería XIII*, (1), 45-57.

Riba, L. (2003). *Homenatge a la Sra. Lise Riopelle, senzillament una gran infermera*. Associació d'exalumnes de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona. Barcelona: EUI Santa Madrona, (80), 2-7.

Riba, L. (2004). *Per a una infermera d'Atenció Primària: Margarida Coll*. Associació d'exalumnes de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona. Barcelona: EUI Santa Madrona, (81), 2-6.

Riba, L. (2006). "El regreso de una Enfermería con Criterio Naturista". *Àgora d'Infermeria*, Vol. 10 (2), 946-947.

Riba, L., Buendia, C. i Fabrellas, N. (2008). "Trio de Damas: reflexión sobre la humanización de los cuidados". Barcelona: *Revista ROL*, 31(1), 9-14.

Riba, L. (2011). *Programa de Actualización de Competencias de la Enfermera Familiar y Comunitaria: Relajación y salud*. Espanya: Asanec, Aificc, Acamec, SefyCex, (8), 123-135.

Riba, L. et al. (2012). *Creencias y Valores: estudio descriptivo sobre su registro y valoración*. "XVI Encuentro Internacional de Cuidados". Cartagena (Murcia): Ed. Investen-isciii, (II), 165-166. (Consultat: 14/10/2015). Disponible: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-redes-centros-investigacion2/fd-centros-unidades2/fd-investen-isciii-2/docus/2012_XVI_encuentro_Investen_Murcia.pdf

Riba, L. et al. (2013). *Gestión en cuidados. Registro y valoración de creencias y valores: percepción de enfermeras de Atención Primaria*. "XVII Encuentro Internacional de Cuidados". Lleida: Ed. Investen.isciii, 9(122), 25. (Consultat: 14/10/2015). Disponible: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2013_XVII_encuentro_Investen_Lleida.pdf

Riba, L. i Buendia, C. (2013). "Planificación de los cuidados enfermeros: Relajación y Bienestar". Madrid: Revista *Enfermería Familiar y Comunitaria. EFC*, 1(6), 286-295.

Riba, L. et al. (2014). "Empoderamiento y poder: su vinculación en el proceso de cuidar al enfermo crónico en Atención Primaria" Barcelona: *Revista Rol*, 37(6), 424-431.

Ribot, C., Fernández-Tenllado, M.A. i García de León, D. (2000). "Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevista abierta". *Atención Primaria*, 25 (05), 119-128.

Rubia, F.J. (2015). *El cerebro espiritual*. Col·lecció Fragments. Barcelona: Editorial Fragmenta, No.31.

Ruse, M. (2010). *Science and Spirituality: Making Room for Faith in the Age of Science*. New York: Cambridge University Press,

Salamanca, A.B. i Martín-Crespo, C. (2007). "El diseño en la investigación cualitativa". Departamento de Investigación FUDEN- *Nure Investigación*, (26), 21.

Salazar, C. (2009). *Antropología de las creencias*. Barcelona: Editorial Fragmenta.

Sanfeliu, M.V. (2014). "¿Por qué Ciencias de la Salud?". Barcelona: *Revista Rol*, 37 (10), 7.

Sanz, J. (2011). *La metodología cualitativa en l'avaluació de polítiques públiques*. Col·lecció l'avalua, No. 8.

Sartwell, C. (2013). *Los seis nombres de la belleza*. Madrid: Alianza Editorial.

Serra, X. (2014). *I jo, també em moriré?*. Barcelona: Editorial Columna.

Siles, J. (1999). "Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica". *Enfermería Clínica*. Alacant: Universidad de Alicante, 9(1), 13-26.

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. (2012). *Acompanyament fins la mort*. Grup d'Ètica. Barcelona: CAMFIC, 8- 10-12. (Consultat: 10/02/2015). Disponible en: http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/CAT_Acompanyar_Mort_RPQ.pdf

Spector, R.E. (2002). *Cultural diversity in health & illness* Editorial Prentice Hall. Traducció i adaptació castellana; Muñoz, M.J. *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Subirats, J. i Vallespin, F. (2015). *Herramientas para un cambio de sistema*. Barcelona: Editorial Ariel. 35-36.

Tarruella, M. (2014). "Deixis personal e identificación del emisor en la documentación clínica de los profesionales de enfermería" *Circulo de lingüística de la comunicación*. Barcelona: Escola Universitària Creu Roja. Universitat Autònoma de Barcelona, (57), 137-162.

Taylor, S.J. i Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós Iberica, S. A.

Teixidor, M. (2002). *Projecte de Formació per a la implementació del procés de cures en el marc conceptual de Virginia Henderson als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut*. Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa".

Teixidor, M. i Pont, E. (2002). *La Salut i la Qualitat de Vida: un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut*. Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa".

Teixidor, M. (2009). *Intervenciones autónomas de enfermería: Terapias Naturales*. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa".

Tey, R. (1978). "A donde va nuestra enfermería?". Barcelona: *Revista Rol*. Ediciones Rol de enfermería, (1) No.1, 29-33

Tey, R. (1990). "La enfermeria Catalana en el segle XX". *Infermeria geriàtrica i gerontològica*, (2),17-22.

Tey, R. i Camp, M.A. (1997). *L'Escola d'Infermeria de Santa Madrona*. Barcelona: Editorial Viena.

Torrallba, F. (1998). *Antropologia del Cuidar*. Institut Borja de Bioètica. Madrid: Editorial Fundació Mapfre, 23-80-81.

Torrallba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica. Madrid: Editorial Fundació Mapfre, 86-89.

Torrallba, F. (2008). *Plantar cara a la mort*. Badalona (Barcelona): Ara Llibres.

Torrallba, F. (2013). *El valor de tenir valors*. Badalona (Barcelona): Ara Llibres.

Valles, M.S. (2002). "Entrevistas cualitativas". *Cuadernos metodológicos*. Madrid: Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Valls, R. (2007). *Historia de la professió d'infermeria*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

Vallverdú, J. (2010). "Religión y salud (o curarse y convertirse)". A: Martorell, Comelles, Bernal (eds.) *Antropología y enfermería*. Tarragona: Publicacions URV., 237-258.

Verhagen, P.J. (2012). "Psiquiatria y religión: La Asociación Mundial de Psiquiatria más allá de los límites". *Section on Religion, Spirituality and Psychiatry. Actas Esp Psiquiatr*. Harderwijk (Netherlands), 40(2), 60-5.

Waal, F. (2014). *El bonobo y los diez Mandamientos*. Tusquets Editores, Barcelona.

ALTRES REVISIONS BIBLIOGRÀFIQUES

Hem trobat algunes publicacions sobre creences i valors, que malgrat no en fem referència dins del text d'aquest document, però, si ens han servit per constatar com, cada cop més, diversos autors tracten aquest tema sota conceptes ben diferents:

Christensen, A.J., et al. (2010). *Patient and physician beliefs about control over health: association of symmetrical beliefs with medication regimen adherence*. Department of Psychology, The University of Iowa, 11 Seashore Hall East. Iowa City, IA 52242, USA: *Journal General Internal Medicine*, 25(5), 397-402. (Consultat: 08/9/2015). Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20174972>

Relacionen el malalt i el metge en un departament de psicologia, en quant a les creences sobre el control del seu problema de salut i adherència al tractament.

Hernando, P. (2015). *L'atenció centrada en el pacient: moda o actualitat*. Corporació Sanitària Parc Taull. Generalitat de Catalunya: Comitè Bioètica de Catalunya (CBC). 2(15). (Consultat: 09/10/2015). Disponible a: <http://comitebioetica.cat/latencio-centrada-en-el-pacient-moda-o-actualitat/>

Descriuen les pràctiques orientatives per crear una cultura centrada en la persona, i ajudar a que de manera subjectiva es tinguin present les seves creences i valors, al llarg del seu procés de salut. Reflexionen sobre l'atenció centrada en el pacient (ACP) i la Bioètica, així com la seva aplicació a la pràctica clínica actual.

Lown, BA., et al. (2011). *Continuing professional development for interprofessional teams supporting patients in healthcare decision making*. Department of Medicine, Harvard Medical School, Mount Auburn Hospital, 300 Mount Auburn Street, Cambridge, MA 02138; J. Interprof Care. USA., 25(6), 401-8. (Consultat: 09/10/2015). Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21657852>

Recerca feta a l'Universitat d' Harvard (USA), sobre com els equips interprofessionals donen suport a les persones malaltes en aquelles decisions d'atenció mèdica, que els afecten i on és important saber el que pensen i el que creuen.

Takeda, S., et al. (2011). *Relationship among Food-safety Knowledge, Beliefs, and Risk reduction Behavior in University Students in Japan*. Graduate School of Humanities and Sciences. *J Nutr Educ Behav*. Tokyo: Ochanomizu University, 43(6), 54-449. (Consultat: 09/10/2015). Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21652268>

Estudi a un grup d'estudiants universitaris japonesos, sobre la relació entre seguretat alimentària, els coneixements i creences amb el comportament.

Zubieta, J.K., et al. (2006). *Creença o Necessitat?. Comptabilització de les variacions individuals en la neuroquímica de l'efecte placebo: cervell, immunitat i conducta. Cochrane: SR-COMP MED; SR-SYMPT, 20(1), 15-26.*

Comptabilitzen les variacions individuals en la neuroquímica de l'efecte placebo, sobre el cervell, canvis en l'immunitat i la conducta, i on qüestionen si el que pensen les persones sobre la seva salut, és pot considerar una creença o una necessitat.

Benito, E., Barbero, J. i Dones, M. (editores).(2014). *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (Consultat: 14/10/2015). Disponible a: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>

Diversos autors presenten des de diferents perspectives humanístiques, l'espiritualitat de les persones i dels seus familiars que cal tenir present, per tenir cura d'ells i fer-ne un millor acompanyament en aquelles situacions al final de la vida.

VII

ANNEX

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

ÍNDEX DE FIGURES I DOCUMENTS RELACIONATS

1. Llistat de centres religiosos a Catalunya, aportació de la Direcció General d'afers religiosos (2013).
2. Llistat d'associacions que aporten intervencions holístiques. Catàleg NIC (2014).
3. Recollida de dades per valorar dependència a la necessitat número 11, segons model conceptual Henderson (1996 i 2000).
4. Llistat de diagnòstics infermers referents a les creences i els valors. NANDA (2015- 2017).
5. Models de cartes enviades a informadors i participants (2013).
6. Informe Comitè Ètica Investigació Clínica (CEIC). IDIAP Jordi Gol (2012).
7. Model de consentiment informat dirigit a les infermeres participants (2013).
8. Alguns altres relats de les infermeres participants (2013 i 2014).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGLI

REGISTRE I VALORACIÓ DE LES CREENCES I VALORS AL PLA DE CURES:

PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMARIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

Lydia Riba Bellera

	Centres Catòlics	E.Evangèliques	Islam	C. de Jehovà	Budisme	Hinduisme	E.Ortodoxe
Alt Camp	77	3	2	1	1	0	2
Alt Empordà	197	17	13	2	2	1	0
Alt Penedès	102	5	6	2	0	0	0
Alt Urgell	241	1	0	1	0	0	0
Alta Ribagorça	76	0	0	0	0	0	1
Anoia	159	8	4	2	0	1	2
Bages	374	16	6	4	2	2	3
Baix Camp	117	16	4	3	1	1	1
Baix Ebre	67	5	3	1	1	0	2
Baix Empordà	143	10	9	4	2	0	1
Baix Llobregat	129	56	19	17	1	2	0
Baix Penedès	58	3	5	2	0	0	12
Barcelonès	809	204	34	25	30	13	0
Berguedà	192	3	3	1	0	0	1
Cerdanya	99	1	0	1	0	0	0
Conca de Barberà	95	0	3	0	0	0	1
Garraf	28	11	2	2	2	0	1
Garrigues	54	1	1	1	1	0	1
Garrotxa	158	5	2	1	2	0	3
Gironès	172	27	11	1	2	1	1
Maresme	188	22	15	8	4	1	2
Montsià	33	7	5	2	1	0	1
Noguera	282	5	2	1	0	0	1
Osona	531	21	6	3	2	0	0
Pallars Jussà	259	3	2	1	0	0	0
Pallars Sobirà	201	2	0	0	0	0	0
Pla d'Urgell	84	1	3	1	0	0	0
Pla de l'Estany	32	5	2	1	0	0	0
Priorat	50	0	1	0	0	0	0
Ribera d'Ebre	42	1	1	1	0	0	1
Ripollès	159	3	1	1	0	0	4
Segarra	163	1	3	1	0	0	4
Segrià	175	25	7	3	2	2	3
Selva	163	16	12	3	4	0	1
Solsonès	151	1	1	1	0	0	1
Tarragonès	120	30	8	3	2	2	1
Terra Alta	42	0	0	0	0	0	0
Urgell	94	6	4	1	0	0	1
Val d'Aran	70	0	0	1	0	0	0
Vallès Occidental	254	83	15	15	2	2	0
Vallès Oriental	261	33	16	8	2	0	0
Catalunya	6.701	657	231	126	66	28	52
Metropolità	1.641	398	99	73	39	18	2
Comarques Gironines	1.024	83	50	13	12	2	10
Camp de Tarragona	459	49	18	7	4	3	5
Terres de l'Ebre	184	13	9	4	2	0	4
Ponent	852	39	20	8	3	2	10
Comarques Centrals	1.248	41	16	9	4	2	5
Alt Pirineu i Aran	946	7	2	4	0	0	1
Penedès	347	27	17	8	2	1	15

Font: Departament de Governació i Relacions Institucionals, Direcció General d'Afers Religiosos a 1 de gener (2013).

S'ha assenyalat el contingut dels apartats referents a Catalunya, a l'àmbit urbà Metropolità i a l'àmbit rural Penedès.

Annex 2

Destaquem del catàleg de NIC (2014), dues de les associacions que tenen que veure amb el tema que hem estudiat. Una d'elles contempla, de manera directa, les creences i valors, i l'altra contempla les intervencions naturals, anomenades holístiques, que tenen a veure amb les creences de les persones. Hi ha altres associacions dedicades a *el control del dolor, cures al final de la vida, les dedicades a la salut de la dona, a la salut domiciliària, cures a la salut mental*, on també contemplen les diferents intervencions holístiques, que segons judici clínic, les infermeres sempre poden utilitzar.

Intervenciones Enfermería de comunidad de fe:

- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo a la protección contra abusos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Apoyo po la consecucion del sustento
- Ayuda al autocuidado: AIVD
- Clarificación de valores
- Consulta por telefono
- Contacto
- Dar esperanza
- Derivación
- Disminución del estrés por traslado
- Educación para la salud
- Enseñanza: en grupo e individual
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar el duelo
- Facilitar el perdón
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Facilitar la práctica religiosa
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Intervencion en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la medicación
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el afrontamiento
- Orientación anticipatoria
- Orientación en el sistema sanitario
- Potenciación de la socialización
- Presencia
- Prevención de la adicción religiosa
- Vigilancia
- Visitas domiciliarias

Intervenciones Enfermería holística:

- Acupresión
- Analisis de la situación sanitaria
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Aromaterapia
- Arteterapia
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda en la modificación de si mismo
- Biblioterapia
- Bioretroalimentación
- Clarificación de valores
- Consulta por telefono
- Contacto
- Dar esperanza
- Declarar la verdad al paciente
- Disminución de la ansiedad
- Educación para la salud
- Enseñanza: en grupo e individual
- Entrenamiento autógeno
- Escucha activa
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar la autoresponsabilidad
- Facilitar la meditación
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar el ejercicio
- Humor
- Imaginación simple dirigida
- Llevar un diario
- Manejo ambiental
- Manejo de la energia
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la imagen corporal
- Mejorar el afrontamiento
- Musicoterapia
- Orientación anticipatoria
- Potenciación de la autoconciencia
- Potenciación de la autoestima
- Presencia
- Reestructuración cognitiva
- Reiki
- Relajación muscular progresiva
- Tacto curativo
- Tacto terapeutico
- Técnica de relajación
- Terapia asistida con animales
- Terapia de relajación

Annex 3

Model conceptual V. Henderson: necessitat bàsica N° 11

Ajudar a la persona a viure segons les seves creences i valors

- *Cal que l'infermer consideri l'objectivitat i el caràcter confidencial de les manifestacions de la persona atesa.*
- *Cal conèixer la cultura i costums de les persones.*
- *Cal respectar les necessitats espirituals. Alguns del preceptes religiosos, poden afectar a alguns aspectes de la vida diària.*
- *Cal ser tolerant en les seves creences i tenir present els seus valors. La persona malalta té el dret de preservar els preceptes de les seves creences.*
- *Igualment cal observar les creences sobre salut i estils de vida, també sobre la família i la comunitat.*

Besora (1996) descriu de forma breu, dins de la publicació de l'ICS, com la infermera ha de fer la valoració, li cal esbrinar les dades sobre: *si té algun tipus de limitació a causa de les seves creences, i si en té, quines són. Ens cal saber si la persona accepta de manera lliure, i com percep la seva actual situació de salut. També ens cal saber el que pensa sobre la mort, la salut i la malaltia, i com li influencien les emocions. Ens cal conèixer de quins recursos disposa, i si la seva família accepta les seves creences i els seus valors. Cal assegurar que la persona pugui viure segons les creences que marca la seva cultura.*

Campo (2000) és més oberta i es qüestiona altres preguntes que faciliten a la infermera dades més completes sobre *quin tipus de confessió, aspectes socials i culturals en quan al paper de la dona a la família. Creences no religioses en que es basa la seva vida. Jerarquia de valors socials, estètics i ètics. Nivell de compromís amb els seus propis valors, i rigidesa moral segons el que creu i pensa.*

En aquelles persones que per raons d'edat i situació de salut, no poden respondre caldrà que sigui el familiar i/o cuidador qui faciliti aquesta informació a la infermera.

Annex 4

Listado de Diagnósticos referentes a las Creencias y Valores, se describen según la metodología de **NANDA-I** (2015-2017)¹

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

Clase 1. Valores. Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos.

Ninguno en la actualidad.

Clase 2. Creencias. Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de valor intrínseco.

Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)

Definición: patrón de experimentación e integración del sentido y proposito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la musica, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones, correspondencia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones.

Conflicto de decisiones (00083)

Definición: incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.

Deterioro de la religiosidad (00169)

Definición: deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición de fe en particular.

¹ En este contenido hemos respetado la lengua en que han sido publicados estos catálogos en España, dado que no se dispone de una publicación en la lengua en que esta diseñada esta tesis.

Disposició para mejorar la religiosidad (00171)

Definición: patrón de confianza en las creencias y/o participación en los rituales de una tradición de fe en particular, que puede ser reforzado.

Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)

Definición: vulnerable a un deterioro en la confianza en las creencias religiosas y/o en la practica en los rituales de una tradición de fe particular, que puede comprometer la salud.

Sufrimiento espiritual (00066)

Definición: estado de sufrimiento relacionado con el deterioro para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.

Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

Definición: vulnerable al deterioro de la habilidad para experimentar a integrar sentido y propósito en la vida a través de la conexión con el yo, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al yo que puede comprometer la salud.

Sufrimiento moral (00175)

Definición: respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

Disposició para mejorar la toma de decisiones (00184)

Definición: patrón de elección del rumbo de las acciones para alcanzar los objetivos relacionados con la salud a corto y largo plazo, que puede ser reforzado.

Deterioro de la toma de decisiones independiente (00242)* Nuevo

Definición: proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.

Disposició para mejorar la toma de decisiones independiente (00243)* Nuevo

Definición: proceso de toma de decisiones relacionado con los cuidados sanitarios que incluye conocimiento del afectado y/o consideración a normas sociales, que puede ser

reforzado.

Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente (00244)* Nuevo

Definición: vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.

NANDA-NOC y NIC

Estos catálogos facilitan a la enfermera la opción de poder escoger según su juicio clínico, aquellos diagnósticos, objetivos e intervenciones que pueden ayudar a normalizar aquellas necesidades alteradas de la persona, en cuanto a las creencias y valores.

Los conceptos de **poder** y de **resiliencia**, son respuestas de afrontamiento y tolerancia al estrés frente a los acontecimientos y procesos vitales, que sin duda van relacionados con las creencias y valores, aunque NANDA lo incluye dentro del dominio ?. Relacionamos las cuatro etiquetas diagnósticas relacionadas con ello:

Disposición para mejorar el poder^{*} (00187)

Definición: patrón de participación consciente en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

*Podemos contemplar el concepto de poder como una respuesta y el de empoderamiento como una intervención, son conceptos distintos.

Deterioro de resiliencia (00210)

Definición: reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211)

Definición: riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.

Disposición para mejorar la resiliencia(00212)

Definición: patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que es suficiente para optimizar el potencial humano y puede ser reforzada.

Motivación (1209)

Los indicadores que conforman este NOC son lo suficientemente explícitos para ser monitorizados, como representación del progreso y estado deseado de la persona en aquellos problemas de riesgo para la salud o conductas de incumplimiento de un plan terapéutico, según sus creencias y valores.

Annex 5

MODEL DE CARTES INFORMATIVES: INFORMADORS I PARTICIPANTS

A- Informadors. Àmbit urbà i rural.

Benvolguts/des, som un grup de recerca que volem conèixer el que pensen les infermeres que treballen en els Equips d'Atenció Primària (EAPs), en quan a la recollida de dades vers les creences i valors de les persones ateses i com apliquen aquestes dades dins del pla d'atenció d'infermeria.

En principi ens centrem en els EAPs del Territori Esquerra de Barcelona-Ciutat i en les infermeres que fan assistència a domicili. La recerca és qualitativa. Les dades les obtindrem a través d'una entrevista en profunditat, que ens facilitarà conèixer les manifestacions subjectives dels participants. Ens cal un participant per equip. Per tant us demanem la vostra col·laboració i com a facilitadors ens doneu el nom i cognoms del participant del vostre equip .
**Ens caldria rebre la vostra resposta en el termini de 8 dies, per tal de gestionar la nostra agenda d'entrevistes.*

Ens posarem en contacte amb els participants, per tal d'establir el dia i hora més adequat per fer-li l'entrevista. Tenim projectat fer-la al migdia, per tal de respectar les agendes de cadascun d'ells, malgrat que sempre ens podem posar d'acord segons les seves necessitats assistencials.

Us adjuntem un power amb informació complementària sobre aquesta recerca. per tal de que conegueu els membres d'aquest grup de recerca, els motius que ens han fet plantejar la pregunta i els objectius que emmarquen el nostre estudi. així com la seva projecció si s'escau. Per endavant agraïm la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera
Infermera
Investigadora principal
lriba02505@coib.net
Tel. 650 022 522

B- Model de carta enviada a les infermeres d'AP: àmbit urbà

Benvolguts/des, som un grup de recerca que ens hem plantejat conèixer el que pensen les infermeres, que treballen en els Equips d'Atenció Primària (EAPs), en quan a la recollida de dades vers les creences i valors de les persones ateses i com són aplicades aquestes dades, dins del pla d'atenció d'infermeria.

En principi ens centrem en els EAPs del Territori Esquerra de Barcelona-Ciutat, i en les infermeres, que com vosaltres, fan assistència a domicili. La recerca és qualitativa. Les dades les volem obtenir a través d'una entrevista en profunditat, que ens facilitarà recollir les vostres manifestacions subjectives. Per tant, us demanem la vostra col·laboració.

Per tal de poder establir el dia i hora més adequat per fer-vos l'entrevista, ens posarem en contacte personalment amb cadascun de vosaltres per via email. Tenim projectat fer-la al migdia, per tal de respectar les vostres agendes. Malgrat tot, sempre ens podem posar d'acord segons les vostres necessitats assistencials.

Us adjuntem un power amb informació complementària sobre aquesta recerca, on podreu veure, els membres que col·laboren en aquest grup de recerca, així com els motius que ens han fet plantejar la pregunta i els objectius que emmarquen el nostre estudi.

Davant de qualsevol dubte que tingueu no dubteu en posar-nos un correu o trucar-nos per telèfon.

Per endavant agraïm la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera

Infermera
Investigador principal
riba02505@coib.net
Tel. 650 022 522

C- Model de carta enviada a les infermeres d'AP: àmbit rural

Benvolguts/des, som un grup de recerca que volem conèixer el que pensen les infermeres que treballen en els Equips d'Atenció Primària (EAPs), en quan a la recollida de dades vers les creences i valors de les persones ateses i com apliquen aquestes dades dins del pla d'atenció d'infermeria i quines dificultats tenen per fer-ho.

La recerca és qualitativa. Les dades les obtindrem a través d'una entrevista en profunditat, que ens facilitarà conèixer les manifestacions subjectives de cadascun dels participants.

Varem encetar aquest estudi obtenint informació d'infermeres que treballen en l'Àmbit urbà: EAPs del Territori Esquerra de Barcelona-Ciutat.

En aquesta segona fase del nostre estudi, volem conèixer el que pensen les infermeres que fan assistència a domicili en l'Àmbit rural.

La vostra companya Pilar Piñeiro, com Adjunta de Direcció ABS Penedès Rural, i qui actua com a facilitadora en aquest estudi, us comunicarà el dia i l'hora adient, així com el lloc per poder-vos fer l'entrevista.

Per endavant agraïm la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera
Infermera
Investigadora principal
riba02505@coib.net
Tel. 650 022 522

D- Model de carta enviada a les Infermeres de pràctica avançada: àmbit urbà.

Benvolguts/des, som un grup de recerca que volem conèixer el que pensen les infermeres que treballen en els Equips d'Atenció Primària (EAPs), en quan a la recollida de dades vers les creences i valors de les persones ateses i com apliquen aquestes dades dins del pla d'atenció d'infermeria.

En principi ens hem centrat en les infermeres que feu assistència a domicili. Ens cal la vostra col·laboració, ja que com a gestores de casos esteu molt implicades en els plans de cures de l'atenció domiciliària del malalt complexa. La recerca és qualitativa. Les dades les obtindrem a través de dos grups de discussió que farem entre totes les infermeres gestores de casos del SAP Litoral Esquerra. El vostre discurs ens facilitarà conèixer les vostres manifestacions subjectives del que penseu en quan aquests registres.

Ens posarem en contacte amb vosaltres per tal de fer la sessió. La vostra companya Carmen Bayo actuarà d'observadora, ja que forma part d'aquest grup de recerca. .

Davant de qualsevol dubte que tingueu no dubteu en posar-nos un correu o trucar-nos per telèfon.

Per endavant agraïm la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera
Infermera
Investigadora principal
riba02505@coib.net
Tel. 650 022 522



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d' Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICA :

Que aquest Comitè en la reunió del dia 29 de febrer de 2012, després d'avaluar el projecte d'investigació **(P12/11)** presentat per la Investigadora Principal Lydia Riba titulat: ***Creences i valors dins del pla de cures: percepció de les infermeres d'atenció primària.***

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 19 de març de 2012.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gemma', is written over a large, stylized blue loop.

Annex 7

Model de carta consentiment informat, entregada a cadascun dels participants a la nostre recerca sobre CREENCES I VALORS DINS DEL PLA DE CURES, REGISTRE I VALORACIÓ: PERCEPCIÓ D'INFERMERES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

a) participant grup focal

Benvolgut/a: demanem el vostre consentiment per poder gravar el vostre discurs, dins del grup focal, que com a participant heu acceptat intervenir.

La nostre recerca és per comprendre la vostra percepció, vers la recollida de les dades sobre les creences i valors, dins del pla de cures de la persona atesa en el domicili.

Un cop s'hagin transcrit les vostres manifestacions (verbatim) us passarem una còpia en format Word, per tal de que reviseu el seu contingut, per si us cal fer alguna modificació o afegir algun concepte que us sembli interessant.

Us demanem la vostra conformitat. Gràcies per la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera
Infermera
Investigadora principal
lriba02505@coib.net
Tel. 650 022 522

Dades del participant infermer/a:

Nom i cognoms.....

Tel.....

Email.....

Preguem la vostra signatura.....

b) participant entrevista individual

Benvolgut/a: demanem el vostre consentiment per poder gravar el vostre discurs, dins de l'entrevista que com a participant heu acceptat intervenir.

La nostre recerca és per comprendre la vostra percepció, vers la recollida de les dades sobre les creences i valors, dins del pla de cures de la persona atesa en el domicili.

Un cop s'hagin transcrit les vostres manifestacions (verbatim) us passarem una còpia en format Word, per tal de que reviseu el seu contingut, per si us cal fer alguna modificació o afegir algun concepte que us sembli interessant.

Us demanem la vostra conformitat. Gràcies per la vostra col·laboració.

Lydia Riba i Bellera
Infermera
Investigadora principal
lriba02505@coib.net
Tel. 650 022 522

Dades del participant infermer/a:

Nom i cognoms.....

Tel.....

Email.....

Preguem la vostra signatura.....

Annex 8

Relats que malgrat que si han estat integrats en l'estudi, no han estat publicats a l'apartat corresponent, per tal d'evitar la carrega d'informació. Tots ells conserven el seu ordre, amb la seva referència corresponent que identifica la seva procedència, així com l'anonimat del seu autor.

1. Bé, penso que només és una dada més. Les persones que visites quan els hi preguntem sobre les seves creences ens diuen: "ai senyoreta deixi'm". Ells només volen que els cuidis. Ells ja tenen les seves creences i les deixen en segon pla. Segons la vida que han tingut pateixen menys. Ells ja estan per sobre d'aquestes coses. Alguns d'ells estan preocupats. Econòmicament a lo millor no s'han administrat bé els seus bens, o cobren poc. Ells ara són grans, però abans eren joves. Ells pensen ara aquesta dona perquè em pregunta això (104 EICUE).

2. Cal pensar que hi ha persones que si volen estar connectades a una maquina, per seguir vivint. Vaig fer un curs de bioètica i varen explicar aquest cas. Un senyor que volia estar connectat i allargar la seva vida de manera artificial. Ell deia jo sóc metge i cobro molts diners pel càrrec que tinc. Jo si em poso malalt i em moro aviat, la meva dona deixarà de cobrar una bona paga. Ell ho va sospesar per poder deixar a la seva dona amb una bona posició social i econòmic. Com metge tenia suficients coneixements sobre aquesta situació. Cal pensar que estava dins de la seva legalitat, i just era el que pensava i volia. Per aquest motiu cal entendre que la vida té un principi i un final. És important tenir registrades les voluntats anticipades. És important perquè ningú hagi de decidir per tu, quan tu no puguis decidir per tu mateix (107 EICUE).

3. Nosaltres fem plans de cures, per úlceres, o control per patologia crònica, amb això no es contempen les creences i valors. Com que no tenim clar conceptes sobre els diagnòstics, ens limitem a fer plans de cures que són "un poco para salvar el expediente" i també per que ens exigeixen aquest tipus de treball. En quan a la motivació, si per exemple en la valoració posa 1,2,3,4,5, a mi no em diu res. Ara si veig escrita una nota com: "el marit de la pacient no li vol donar la medicació per que creu" amb això ja tinc una informació més concreta. Crec que el relat seria millor, jo ja se que es poden afegir notes, però no ho faré. Per arribar i registrar cal obrir unes vuit pàgines (108 EICUE).

4. Aquest tipus de registre normalment el tenim en blanc. Potser ens manca formació. No ho tenim prou assumit. En conjunt mirem més a la persona pels seus problemes sanitaris. Reconec que esta molt mal fet. Hi ha persones que registren posant creuetes. Jo per

la meva banda quan em cal registrar sobre aquesta necessitat em quedo en blanc. A vegades si veus estampetes et pots fer idea de com pensa aquella persona i ja tens un punt de partida. Hi havia una senyora molt esotèrica que tenia les seves manies, i de fet em costaven registrar-les, no sabia com posar-ho. Per la meva banda les altres necessitats si les puc registrar, però d'aquesta no en sabem prou (110 EICUE).

5. Jo intento a obrir el paraigües, i recollir la màxima informació, sobre l'adaptació amb el seu entorn i sobre com esta vivint la seva malaltia. La dificultat més important, és quan ofereixes un recurs i és rebutjat pel sistema de valors d'aquella persona. També et pots trobar que hi ha persones que tenen recursos econòmics, però no els volen utilitzar. Jo tinc una persona de 94 anys, que té prou recursos econòmics i no accepta utilitzar els seus diners per millorar el seu benestar. Té por de que no li arribin fins el final de la seva vida. El passat mes d'agost vaig veure que perdia pes, vaig parlar amb els serveis socials, i ara envien una persona, durant tres dies per setmana, que li fa el menjar i la acompanya al carrer, a ella no li sembla bé, s'està negant la seva qualitat de vida. És un mur que no es pot traspasar. És una llàstima, doncs ha estat reconeguda dins de la seva professió com a modista de qualitat. És evident que no accepta el seu estat actual, ni el pas del temps. Però fins on arriba la llibertat de la persona? ens cal respectar la seva decisió malgrat que és una situació difícil. Fa pocs dies ha caigut a terra, i en lloc de trucar pel medalló que porta damunt, va trucar a una persona coneguda (112 EICUE).

6. Si coneixes la persona saps o intueixes que li passa alguna cosa quan li veus la cara. Jo observo a la persona i la casa, miro si porta alguna medalla, li dic que és bonica i deixo que s'expliquin i poc a poc al cap dels dies manifesten més coses sobre la seva forma de veure el mon i d'entendre la vida, i sobre les seves creences. Un avi que no pot anar a missa, li pots oferir el recurs d'escoltar i veure la missa per la TV. Hi ha moltes maneres de poder ajudar, només cal escoltar per conèixer el que pensen. Jo interiorment com infermera ho tinc immers, malgrat que em costa registrar-ho (115 EICUE).

7. Les primeres necessitats les treballes més, les ultimes només poses si és depenent o independent. L'oci no es registra. La sexualitat tampoc es registra, aquesta queda sense posar-hi res, tot per no tenir els conceptes clars. De fet no és la necessitat que més es treballa del pacient. Se escriu més en la part clínica, constants i paràmetres. Si tingues més capacitat d'espai escriuria el mateix sobre les creences i valors (211/216 GFIPAU).

8. En un cas vaig trobar-me unes persones malaltes que volien resar, i els hi feia mal els genolls, doncs ho vaig registrar, però no sempre ho registro a les necessitats. També tenim una malalt que té nafres de disgustos, les nafres empitjoren pels disgustos del fill, i també li puja la tensió, també ho tinc present, encara que a lo millor no queda registrat en el lloc que cal. Em manquen eines de registre. Hi ha observacions psicosocials que són difícils de registrar (303 EICRP).

Aquest registre crec que és sobre una pregunta molt personal. Jo pregunto si son practicants en quan al tema de la religió, tampoc vaig més enllà. Caldria fer una valoració més qualitativa, i més confidencial (310 EICRP).

9. Per exemple, en el procés d'evolució d'una nafra cal veure la implicació familiar i de l'entorn, en quan a valors i estil de vida. Personalment ajudo, incito i permeto a la persona que es deixi anar, per tal de que ens expliqui el que pensa. Sobre els cuidadors també cal incidir, doncs a vegades ens expressen angoixa per la dependència amb la persona que cuiden. Alguns cuidadors pensen que com que són la filla o la dona, només són ells els que poden fer la tasca de cuidar (311 EICRP).

10. El tema de les creences i valors no es descriu, malgrat que s'ha fet. Sobre tot a les cures domiciliaries, en aquells malalts crònics complexos que no es belluguen de casa i en malalts terminals caldria registrar-ho molt acuradament. Esta dins de les 14 necessitats bàsiques. No sabria fer-ho tal qual. Possiblement ho contemples posant escolta activa. No es quantificable. No és un paràmetre (312 EICRP).

Font: transcripció verbatim (2012-2013)