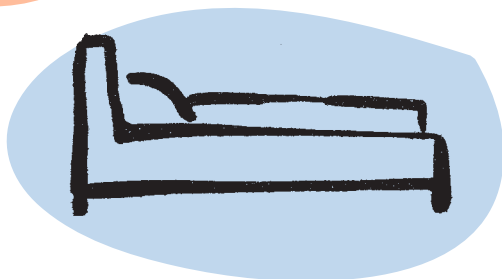
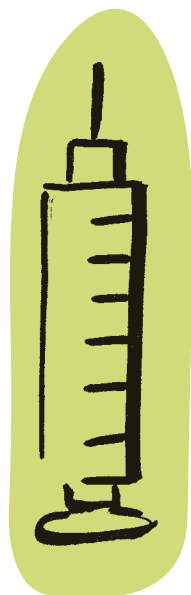
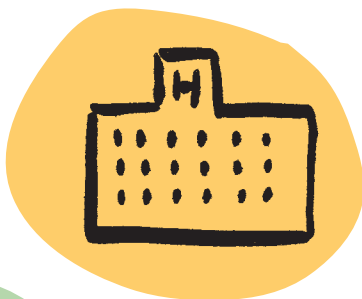


L'abordatge infermer del pacient crònic complex



L'abordatge infermer del pacient crònic complex

Abril 2012

Índex

Introducció	2
Grup 1: Coordinació assistencial entre nivells	4
Grup 2: Models predictius	9
Grup 3: Competències avançades	12
Grup 4: L'empoderament del pacient	24
Grup 5: Les TIC i les eines 2.0 com a recursos professionals en l'atenció al ciutadà	29
Decàleg: 10 punts clau per a l'atenció del pacient crònic des del punt de vista infermer	34
Membres participants en els grups de treball	36
Annex 1: L'escala de Rogers	39
Annex 2: Qüestionari taller competències avançades	40
Bibliografia	43

Introducció

L'esperança de vida ha augmentat en la població en general gràcies, entre d'altres, a factors com la millora de l'atenció sanitària. Això significa que les persones vivim més temps, però amb la presència d'una o més patologies cròniques. En aquest sentit, els sistemes de salut i els models d'atenció han de desenvolupar alternatives per millorar l'atenció a aquests pacients. A més, donada la situació econòmica actual, aquestes alternatives han de basar-se en l'optimització dels recursos disponibles, potenciant les eines de les quals ja disposem.

Fruit de la reflexió de les característiques d'aquest context i centrant-nos en l'àmbit infermer, un grup de treball de responsables d'infermeria dels centres associats al CSC varen organitzar una sessió de tallers de treball, on reunir a grups d'experts en format reduït, per tal d'aprofundir, analitzar i fer recomanacions respecte a aquest tipus d'eines, les quals estan a l'abast de tothom però amb una gran variabilitat d'implantació segons els centres o el territori.

Es varen constituir cinc grups de treball que tractaren les següents temàtiques:

- 1 La coordinació assistencial entre nivells**, coordinat per Miriam Bou i amb el suport de Marisa Carretero, tenia l'objectiu de debatre sobre els models de coordinació assistencial que hi ha actualment, identificant les mancances i dificultats i fent propostes d'estratègies per a la millora de la coordinació.
- 2 Models predictius**, coordinat per Lluís Rajmil i amb l'ajuda de Silvia López, on el seu punt de partida era la idea de construir una estratificació del risc d'utilització de recursos sanitaris basats en la morbiditat poblacional.
- 3 Les competències avançades**, coordinat per Montserrat Come-

llas i recolzada per Montserrat Bonet. L'objectiu del grup era analitzar el desenvolupament de les competències avançades de la infermera en el nostre context assistencial.

4 L'empoderament del pacient, coordinat per Assumpció González i amb el suport de Paloma Amil, amb la idea d'analitzar les barreres existents i els recursos dels que disposem per afavorir l'empoderament del pacient en l'autogestió de la malaltia crònica.

5 Paper de les noves tecnologies: les TIC i les eines 2.0 com a recursos professionals en l'atenció al ciutadà, coordinat per Gisel Fontanet amb l'ajuda de Lourdes García. Aquest grup tenia l'objectiu de debatre sobre el potencial i l'oportunitat que ens ofereixen les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i la web 2.0 en l'atenció a la salut dels ciutadans, així com plantejar els reptes que tenim per endavant com la fractura digital o la seguretat a la xarxa, tant per part de les infermeres com dels usuaris.

La metodologia de cada taller, tot i que cada un s'adaptava als objectius marcats, seguia una pauta general, la qual constava d'una introducció i presentació del taller, discussió a nivell grupal a partir d'unes preguntes anteriorment seleccionades, i la realització d'unes conclusions finals.

En l'apartat *membres* trobareu la relació de persones que varen col·laborar en aquest projecte.

Aquest és el resultat desenvolupat de cadascun d'aquests grups.

Grup 1: Coordinació assistencial entre nivells

OBJECTIU DEL TALLER

Debate sobre els models de coordinació assistencial que hi ha actualment, identificant mancances i dificultats i fent propostes d'estratègies per a la millora de la coordinació.

1. Com definim els diferents conceptes que entren en joc en la coordinació entre nivells? Coordinació, coordinació entre nivells, integració, continuïtat assistencial, atenció integral?

Cal destacar que moltes de les organitzacions sanitàries actuals tenen establert algun tipus de coordinació entre els diferents nivells, si més no, de manera teòrica. Portar-ho a la pràctica és molt difícil, i l'objectiu del taller va ser debatre precisament aquesta situació.

D'altra banda, sabem que la coordinació i la integració es fan imprescindibles en moments econòmicament complicats com l'actual ja que està demostrat que ens dona millor percepció de qualitat i amb un cost més eficient. Ara, es fa necessari optimitzar els recursos dels que disposem i garantir la coordinació que ens donarà la continuïtat assistencial.

Aquesta continuïtat la definim com la prestació de l'atenció sanitària i social per part dels diferents proveïdors i professionals, que treballen conjuntament per garantir el procés assistencial, amb coresponsabilitat de tots els professionals, en el recurs més cost-efectiu. Aquesta definició englobaria els diferents mots que utilitzem per parlar del continuum.

A més, cal que hi hagi un canvi de cultura entre els professionals i les

organitzacions on treballem i parlar de proveïdors en xarxa en lloc de xarxa de proveïdors.

2. Quins obstacles ens trobem a l'hora d'aconseguir la coordinació i la continuïtat?

El debat en el grup sobre els obstacles va ser molt extens. Totes les participants van coincidir en les mateixes dificultats cosa que fa pensar que probablement són dificultats del mateix sistema.

L'absència de bibliografia que mostri evidència clara de l'efectivitat en resultats d'un model de coordinació en front d'un altre que no en tingui, dificulta poder arribar a conclusions.

Els punts clau destacats sobre els obstacles en la coordinació i continuïtat assistencials van ser:

- La manca de connectivitat de les històries clíniques per a proveïdors de serveis.
- Encara està pendent el total desenvolupament de la HC3 perquè hi puguin tenir accés tots els proveïdors.
- La insatisfacció dels usuaris per les reiterades enquestes de salut sobre la seva pròpia història clínica.
- El desconeixement de tots els recursos existents.
- La pressió assistencial creixent.
- La manca de transmissió de la informació al pacient i la família.
- La manca d'espais de debat amb les diferents disciplines implicades.
- Les dificultats amb professionals adscrits a diferents convenis col·lectius.
- Els recursos humans insuficients.
- Les velocitats diverses de resposta entre l'atenció sanitària i l'atenció social.
- La major dificultat de coordinació en centres més grans.

- L'absència d'un CMBD d'atenció primària que ens permeti avaluar els indicadors de continuïtat assistencial.
- La dificultat en la gestió del canvi i una cultura de treball poc dinàmica a l'hora d'implantar canvis.

3. Quines estratègies i elements facilitadors poden funcionar per salvar els obstacles i millorar la integració?

Es fa imprescindible un lideratge fort des de les direccions clíniques en relació al canvi de model assistencial centrat en el pacient. Després de molts anys de prestar una atenció paternalista ara demanem al pacient que prengui les seves pròpies decisions, que estigui informat, que utilitzi les xarxes socials, que utilitzi els recursos adequadament, etc. Per aconseguir-ho cal un temps d'adaptació i que tots els professionals de la xarxa vagin en una mateixa direcció.

També es fa imprescindible potenciar el paper de l'atenció primària com a líder de la continuïtat assistencial, establint lligams i circuits amb la resta de nivells. Per això la figura de les infermeres destaca amb un paper fonamental com a garant de la continuïtat, en figures gestores de cas, infermera d'enllaç, entre d'altres.

D'altra banda, es necessiten eines d'estratificació de la població per tal de poder identificar i definir la població diana sobre la que cal actuar coordinant, l'assistència i la necessitat d'adaptar els serveis i la manera de proveir-los segons l'entorn en el qual ens trobem, però sempre a partir d'un abordatge sistemàtic i comú arreu.

A més, es fa necessari una definició consensuada del mot "complexitat", que faciliti l'enteniment entre tots els proveïdors.

Les guies de pràctica clínica, pràctica basada en l'evidència, cal que siguin els referents a l'hora de treballar de totes les institucions i pro-

fessionals, i com més consensuades i homogènies, més qualitat aportaran a l'atenció.

S'han de trobar espais de debat entre els diferents proveïdors del territori per plantejar estratègies conjuntes, seguint el full de ruta que ha marcat el Departament de Salut des del Pla de Salut 2011-2015. Els espais de debat també s'han de trobar entre les diferents disciplines implicades en l'atenció al malalt, i urgeix que el camí sigui el mateix, cada un amb les seves funcions i competències, però amb la complementarietat que requereix la situació.

Assegurar la continuïtat assistencial requereix realitzar una planificació de l'alta hospitalària en el mateix moment de l'ingrés del pacient. Així, la figura de la infermera d'enllaç s'ha de potenciar juntament amb el programa prealt.

S'ha d'establir la coordinació entre els serveis sanitaris i els serveis socials. Actualment la velocitat entre el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família és completament diferent, però en canvi les necessitats sanitàries i socials del malalt es donen en el mateix moment. Cal, doncs, una integració de les dues prestacions.

També es fa necessari el disseny de l'evolució dels sistemes d'informació per donar resposta a la continuïtat, evitar duplicitats del sistema, interconnectar totes les històries clíniques i fer fluir la informació entre professionals i pacients.

Finalment, es recomana una reordenació dels recursos en la línia que el Departament de Salut amb el Pla de Salut indica. Lligat a això, la contractació pot ser una eina útil a l'hora de facilitar la reordenació que es proposa.

4. Quins indicadors de resultats podem establir per mesurar l'impacte en salut de totes aquestes estratègies?

S'ha de reforçar la cultura de l'avaluació en l'àmbit sanitari, per tant es recomana des del mateix moment en què es posa en marxa un projecte que es fixin indicadors d'avaluació, sobretot en l'impacte en resultats de salut.

En l'atenció al malalt crònic complex s'hauria de tenir monitoritzat:

- Disminució d'ingressos hospitalaris
- Hospitalitzacions evitables
- Duplicitat de proves
- Registre del nivell d'intensitat terapèutica¹
- Taxa de voluntats anticipades
- Adherència al tractament
- Disminució de la polimedicació
- Satisfacció dels usuaris, percepció de la informació rebuda
- Taxa de reingressos. Nivell de coneixement de la malaltia

La valoració d'aquests indicadors ens permetrà fer propostes de millores en circuits o maneres de treballar per augmentar la coordinació.

CONCLUSIONS

Les experiències actuals en coordinació i integració estan motivades per les pròpies institucions i professionals, sense rebre, en la seva majoria, un finançament específic. L'impacte de la implantació de les estratègies per a la millora de la coordinació està directament relacionada amb un canvi en la contractació que premï aquesta manera de fer. Hi ha molt camí a recórrer, però ningú té cap dubte que és la millor opció per a l'usuari i per al sistema.

¹ Intensitat terapèutica: és el nivell d'intensitat d'acció que el pla terapèutic del pacient, realitzat per l'equip de professionals que el porta, marca. L'eina utilitzada és l'escala de Rogers (annex 1). Dirigida a l'adequació dels tractaments segons els objectius de les cures en pacients amb malalties cròniques i discapacitat. Aquesta escala, validada, estableix 5 nivells d'intensitat terapèutica, de l'1 al 5: sent 1 "anar a per totes" i el 5 cures exclusives de confort. Aquesta escala va ser adaptada al nostre entorn per Porta M et al., l'any 2011. Es tracta de tenir identificats en tots els pacients l'abordatge terapèutic que han de rebre, segons el seu estat inicial o davant de situacions que l'empitjorin.

OBJECTIU DEL TALLER

El grup ha analitzat els aspectes relacionats amb la finalitat de construir una estratificació del risc d'utilització de recursos sanitaris basats en la morbiditat poblacional.

1. Amb quina finalitat es creen el models predictius i quins factors tenen més pes per determinar les persones amb més risc?

Abans d'analitzar la finalitat dels models predictius s'ha definit què és un model predictiu. Un model predictiu és una eina d'ajuda per identificar ingressos/reingressos. Són models que s'utilitzen no només en l'àmbit de la salut/sanitat, per exemple, s'utilitzen en meteorologia per predir el temps. Ajuden a millorar la incertesa i es tractaria d'avançar-se als fets per intentar evitar la pèrdua de funcions i millorar la salut.

La finalitat dels models dependria de quin tipus de professional ho vol utilitzar. Per exemple, els gestors intentarien optimitzar els recursos i els professionals assistencials ho farien servir per intentar millorar la qualitat assistencial. L'aplicació dels models ajudaria a intervenir en malalts abans de consumir més recursos sanitaris.

Les variables més rellevants que s'utilitzen per establir els models predictius són: els ingressos urgents, l'estada hospitalària, la polimediació i la comorbiditat. No obstant, s'haurien de tenir en compte altres variables, sobretot individuals com ara els resultats del qüestionari de Barthel, la polimediació o els criteris de fragilitat. Malgrat tot, s'ha discutit que quan una persona amb problemes crònics està molt ben controlada pot ser que no arribi a ser identificada com a persona de risc.

També s'ha comentat si és possible evitar el reingrés en determinades persones. Hi ha pacients amb capacitat de col·laboració limitada respecte de l'autocura o la prevenció (s'han posat exemples com la vacunació antigripal).

Els models d'atenció és important que estiguin centrats en la persona i no pas en la malaltia.

2. Quines limitacions presenten el models predictius?

Els models predictius s'utilitzen sobretot pel marketing i vendes. Una de les limitacions més importants és l'exhaustivitat i qualitat de les dades. La diversitat de variables i de la informació que es recull a les bases de dades pot ser una barrera per a implementar qualsevol model predictiu.

Els diferents sistemes d'informació que es fan servir en les organitzacions, fins i tot en un mateix territori, és una altra limitació important. Aquesta dificultat s'ha mostrat com una de les més destacables: "El món s'està comunicant, però nosaltres encara no en som capaços".

Hi ha dificultat en lligar diferents bases de dades (fugues de pacients, poden aparèixer persones no conegudes prèviament, etc.).

Destacar la dificultat que comporta en alguns casos evitar el primer ingrés. El model hauria d'ajudar a ser més proactius, així com es podria actuar en altres estrats de la piràmide poblacional (prevenció i promoció).

A més, molts models estan centrats en MPOC i insuficiència cardíaca, però de forma diferent en els territoris.

I una darrera dificultat és la manca de suport tècnic per a la seva aplicació.

3. Què s'hauria de fer abans de generalitzar l'aplicació del "millor" model identificat?

Abans de generalitzar l'aplicació dels models predictius s'haurien de tenir en compte els costos de l'aplicació en termes no només econòmics. Així, s'hauria de tenir present, per exemple, els falsos positius i falsos negatius que resulten del model.

També s'hauria de tenir en compte la intervenció que es pretén aplicar.

És fonamental, a banda de l'aplicació dels models, millorar la coordinació entre nivells assistencials i adequar l'aplicació a la població que s'adreça.

Finalment, caldria intentar desenvolupar el millor model predictiu amb les eines que es disposen envers diferents models teòrics

CONCLUSIONS

Un model predictiu és una eina d'ajuda per identificar i intervenir en persones amb risc de major consum de recursos sanitaris (per exemple ingressos i reingressos hospitalaris).

La finalitat de la intervenció és avançar-se als fets per intentar evitar la pèrdua de funcions i millorar la salut.

És important que els models d'atenció estiguin centrats en la persona i no pas en la malaltia.

Grup 3: Competències avançades

OBJECTIU DEL TALLER

Analitzar el desenvolupament de les competències avançades de la infermera en el nostre context assistencial.

INTRODUCCIÓ AL CONCEPTE DE PRÀCTICA AVANÇADA

El concepte de pràctica avançada prové d'una tipologia d'infermeres: la infermera de pràctica avançada (*Advanced Practice Nursing*) que com el seu nom indica realitza pràctica avançada en el desenvolupament de la pràctica clínica.

Neix als EUA, a principis del segle XX però en la literatura comencem a trobar referències a partir de 1960, i avança ràpidament cap a Canadà i posteriorment a UK, Austràlia, i en l'informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 2010⁽¹⁾ parla del desenvolupament d'aquesta tipologia d'infermera en 12 països, en els quals encara no es contempla Espanya.

Quant als orígens de la pràctica avançada, Rasch y Frauman el 1996⁽²⁾, apunten que és fruit de les diferències en la distribució de metges en el territori. A EUA, en el món rural hi havia metges de forma molt aïllada i les infermeres van desenvolupar competències avançades. Però en els hospitals va ser diferent ja que hi havia abundància de professionals mèdics i no va ser fins el moment que els metges es van traslladar en formació a la comunitat, que les infermeres hospitalàries van créixer també en competències avançades. I és el mateix cas en el món urbà en els hospitals on les infermeres no les podien desenvolupar perquè ja hi havia metges que ho feien i en el moment que es van començar a traslladar metges en formació cap a la comu-

nitat, aquests van disminuir als hospitals i les infermeres hospitalàries van créixer en competències.

Per altra, Canadà, país on les infermeres de pràctica avançada són de reconegut prestigi, la Canadian Nurses Association⁽³⁾, apunta que les tendències en la prestació sanitària sovint proporciona oportunitats a les infermeres i que les necessitats de salut de les persones i la creixent complexitat dels pacients contribueix a que la pràctica infermera adquireixi noves formes de prestació de serveis.

El Consell Internacional d'Infermeria al 2004⁽⁴⁾ realitza ja una definició del que és la infermera de pràctica avançada: "La infermera d'atenció directa/infermera de pràctica avançada és una infermera especialista que ha adquirit la base de coneixements d'expert, les capacitats per prendre decisions complexes i les competències clíniques necessàries per l'exercici professional ampliat, on les característiques vénen donades pel context o pel país en el que la infermera està acreditada per exercir. Com a nivell d'entrada, es recomana un títol universitari de grau mig".

Són múltiples les experiències i estudis d'eficàcia i eficiència que es relaten en la literatura anglosaxona i també a països orientals com el Japó en l'última dècada, i que demostren que les infermeres que fan pràctica avançada són més cost eficients pel sistema sanitari. Però aquesta és encara una situació molt incipient a Espanya, on per raons subjectivament diverses i que mereixen ser estudiades, les infermeres tot i tenir un nivell d'estudis avançat, encara tenen un baix nivell d'implantació en el nostre sistema sanitari.

Potser l'enfocament cap a la complexitat clínica en els pacients crònics complexes esdevindrà una oportunitat per a les infermeres en el nostre país, però per sobre de tot el que hauria d'esdevenir és una oportunitat per fer més eficient el nostre sistema sanitari i per millorar l'atenció sanitària i la satisfacció dels nostres pacients i famílies.

POBLACIÓ I MOSTRA

La participació en el taller es dirigia a infermeres d'atenció primària, dels centres d'aguts i sociosanitaris associats al Consorci de Salut i Social de Catalunya que en la seva pràctica clínica diària realitzen competències avançades. Es volia comptar amb la participació d'entre 6 i 20 infermeres, i la selecció la van fer les direccions d'infermeria dels centres associats al CSC que van voler participar.

En total varen participar 9 infermeres, a més de les 2 coordinadores del taller. Aquesta mostra, i per tant els resultats que se'n deriven, no pretén ser representativa de la població infermera catalana, sinó que simplement respon a la realitat i opinions de les infermeres que van participar al taller a petició de les seves direccions. A l'annex *membrs*, es poden observar els participants.

REALITZACIÓ DEL QÜESTIONARI

El qüestionari (veure *annex 2*) constava de:

- a** Dades d'ubicació del lloc de treball:
 - Àmbits de treball
 - Nom del lloc de treball que es desenvolupa
- b** Agrupació de 24 competències avançades en 5 àrees temàtiques:
 - Avaluació clínica
 - Diagnosticar
 - Planificar
 - Gestionar i proporcionar cures
 - Investigació
- c** Espai obert per justificacions o observacions.

En total es varen recollir 8 qüestionaris.

Resultats del qüestionari

Dades d'ubicació

Atenció primària	1
Atenció hospitalària	2
Atenció socio sanitària	3
Atenció salut mental	0
Mixta (primària i hospitalària)	2
Total	8

Lloc de treball que es desenvolupa

Comandaments	2
Infermer pal·liatius	1
Monitora assistencial	1
Infermera de suport metodològic	1
Infermera educadora diabetològica	1
Infermeres gestores de casos complexos	2
Total	8

Amb aquesta descripció es pot veure que no totes les infermeres que havien estat seleccionades des de les direccions dels centres tenien un lloc de treball de pràctica clínica avançada, ja que hi havia dos comandaments i una infermera de suport metodològic, tot i així, responien en funció de les competències que, o bé les infermeres desenvolupaven en els seus centres o en el cas de la infermera de suport metodològic, feia menys d'un any que treballava en una unitat quirúrgica que sí portava a terme pràctica avançada.

Agrupació de 24 competències avançades en 5 àrees temàtiques

Les 24 competències avançades escollides de la literatura i agrupades per àrees temàtiques es van avaluar segons una escala de freqüència, on es valorava la freqüència en la qual es realitza cadascuna d'elles en la pràctica diària. L'escala d'avaluació és la següent:

- No es realitza mai (1 punt)
- Es realitza algunes vegades (2 punts)
- Es realitza quasi sempre (3 punts)
- Es realitza sempre (4 punts)

Avaluació Clínica	Punts	Mitjana
Realitzo avaluacions de caràcter avançat amb la persona/família per poder explicar diagnòstics	22	2,75
Tinc capacitat i autonomia per prendre decisions respecte l'avaluació clínica	22	2,75
Utilitzo dades qualitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques	20	2,5
Utilitzo dades quantitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques	20	2,5
Demano proves complementàries	17	2,13
Realitzo interpretació de proves complementàries	18	2,25
Total	119	2,48

Diagnosticar	Punts	Mitjana
Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics potencials per orientar les cures	28	3,5
Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics reals per orientar les cures	27	3,38
Se'm reconeix el dret a diagnosticar per orientar el pla terapèutic	25	3,13
Total	80	3,33

Planificar	Punts	Mitjana
Planifico la cura experta per donar resposta a les necessitats de salut involucrant i/o pactant amb el pacient i/o la família	27	3,38
Planifico la cura experta per donar resposta a les necessitats de salut involucrant a tots els membres de l'equip	24	3,00
Total	51	3,19

Gestionar i proporcionar cures	Punts	Mitjana
Asseguro la continuïtat de l'atenció incloent la realització de visites quan és necessari	25	3,13
Derivo pacients a altres professionals quan és necessari	24	3,00
Derivo pacients a altres organitzacions o dispositius assistencials quan és necessari	20	2,5
Actuo com a consultora. Altres professionals consulten el meu coneixement expert	24	3
Ingresso pacients en determinades condicions de salut de forma autònoma o dins de protocols acordats	18	2,25
Dono l'alta a pacients en determinades condicions de salut de forma autònoma o dins de protocols acordats	19	2,38
Proporciono cures expertes i educació per a la salut	29	3,63
Estic autoritzada, dins de la pràctica d'equip, per receprar medicaments	12	1,5
Estic autoritzada, dins de la pràctica d'equip, a prescriure altres tractaments	14	1,75
Realitzo seguiment domiciliari i/o ambulatori dels seus pacients	21	2,63
Total	206	2,58

Diagnosticar	Punts	Mitjana
Fonamento la meua pràctica clínica en l'evidència científica	26	3,25
Desenvolupo projectes de recerca basats en la pràctica avançada	13	1,63
Faig difusió dels resultats de l'evidència de recerques meves o d'altres	18	2,25
Total	57	2,38

Total	Punts	Mitjana
Resultat global	513	2,79

En general podem dir, que la freqüència en la que les infermeres del taller realitzen competències avançades és de 2,79 sobre 4, és a dir, entre algunes vegades i quasi sempre.

Sent per àrees temàtiques:

- Les més realitzades, l'àrea de diagnosticar amb un 3,33 i l'àrea de planificar amb un 3,19.
- Les menys realitzades, l'àrea de investigació amb un 2,38 i l'àrea de avaluació amb un 2,48.

Espai obert per justificacions i/o observacions

Quant a les respostes més qualitatives que han obtingut alguna puntuació entre 1 i 2 (mai o algunes vegades) els comentaris documentats que es van fer són:

Comp 4

Les dades qualitatives, en l'avaluació les consensua amb la resta de l'equip.

Comp 5

Només demano proves en casos que aquestes estiguin protocolitzades.

No les demano, però li suggereixo al metge i l'oriento.

Demano proves (punt 3) però crec que és una funció mèdica.

Comp 6

Indico normalitat o anormalitat, oriento els signes cap al diagnòstic.

Comp 9

Diagnostico problemes de cures infermeres no diagnòstics mèdics, oriento als signes i símptomes.

Comp 14

No derivo pacients a altres organitzacions, ho fa l'equip.

Comp 16

Em poso en contacte amb l'especialista, UFISS o Ucies, però qui decideix ingressar és el metge del servei específic.

No tinc autorització per programar ingressos hospitalaris.

Participo en la decisió de l'ingrés i la planificació, però jo no ho faig de manera autònoma.

No ingreso, però si derivo a altres professionals.

Comp 17

De forma autònoma mai dono l'alta, jo suggereixo l'alta.

Participo en la decisió de l'alta i la planificació, però jo no ho faig de manera autònoma.

Comp 19

Faig recepta de medicació que ja està prescrita, surt el nom del metge no el meu.

No mai, no dispo de receptes ni estic legitimat per fer prescripcions

No tinc autorització.

No estic autoritzada, sempre tinc el metge al costat.

Legalment no puc prescriure tractaments farmacològics i tampoc crec que sigui la meva funció.

No prescric, però assessoro quan els internistes em demanen opinió.

Comp 20

Només faig algunes receptes de material per lesions cròniques però dubto de si puc fer-ho o no.

No tinc autorització.

Puc estar autoritzada, però crec que no ho haig de fer. Tampoc tinc receptes al meu nom.

No prescric, però assessoro l'especialista del tipus d'injector en funció de l'habilitat del pacient i/o cuidador.

Comp 21

La meva tasca acaba al sociosanitari, no faig consulta ni domicilis.

Comp 23

Actualment no desenvolupo cap recerca per manca de temps i de formació específica.

Hauríem de disposar de temps dins la nostra pràctica per fer investigació.

No he fet investigació, ara m'estic formant.

No faig investigació, perquè no en sé i em falten coneixements.

Comp 24

Comunico estudis que trobo interessants per la pràctica habitual meva i dels meus companys, però en general em falta temps i recursos perquè les bases de dades són de pagament.

No difonc investigació, perquè no en sé i em falten coneixements.

1. Són una realitat aquestes competències de pràctica avançada en el desenvolupament de la vostra pràctica infermera?

Pel que fa a l'avaluació clínica, multidimensional, en general estaven d'acord que la realitzaven quasi sempre o sempre.

La competència que comportava més dificultats és la de demanar proves complementàries. Quan es fa és més per confiança dins l'equip que per reconeixement que és una competència avançada de la infermera. Quan no es fa és per l'excessiva presència mèdica, o perquè amb el codi d'infermera no es pot executar.

Quant a diagnosticar, es realitzen diagnòstics relacionats amb les cures infermeres, es detecten signes i símptomes i s'orienta al diagnòstic, però no es fan diagnòstics mèdics. Coincideixen majoritàriament que utilitzen el judici clínic i no només es realitzen diagnòstics per resultats d'escales o altres.

Respecte a la planificació, les infermeres orienten al pla terapèutic quant a medicació i altres tractaments. Planifiquen les cures i impliquen al pacient, a la família i a l'equip en la planificació.

Pel que fa a gestionar i proporcionar cures, hi ha una bona acceptació en la realització de les competències descrites, hi ha diferències entre les persones del grup quan ens referim a fer ingressos i donar altes.

En general, no crea incomoditat el fet de no poder prescriure medicació, encara que en la realitat es produeixen incongruències quan la infermera emet receptes i la signatura d'aquesta. La manca de reconeixement legal tant per la prescripció com per donar l'alta, limita de forma total les infermeres per efectuar aquestes competències.

La pràctica avançada de les infermeres del taller es fonamenta en gran mesura en la confiança de l'equip i el treball consensuat.

Pel que fa a la investigació, les infermeres del taller manifesten que no fan investigació, però que treballen amb documents que tenen evidència científica com són les guies clíniques i els protocols.

2. Quines facilitats i dificultats teniu en la vostra pràctica diària per desenvolupar les competències de pràctica avançada?

Pel que fa a les facilitats, argumenten:

- El treball interdisciplinari
- Els protocols consensuats
- La coordinació entre nivells

I quant a les dificultats, argumenten:

- Oposició mèdica i/o d'infermeria, resistències i/o qüestionaments inicials
- Falta de lideratge
- Falta de preparació, falta de reconeixement per part dels comandaments. Pensen que hi ha infermeres que podrien i tenen capacitats per desenvolupar pràctiques avançades però que no estan potenciades i/o reconegudes
- Poc temps per fer anàlisi reflexiva i compartir casos
- Tenir problemes en la prioritització de la feina
- Sensació de soledat

3. Propostes per augmentar aquestes competències en la pràctica infermera

Potenciar el creixement i desenvolupament de la pràctica avançada:

- Realitzant formació en pràctica avançada i metodologia de recerca
- Explicar les funcions i competències a la resta de l'equip
- Proporcionar recolzament i confiança per part de l'equip directiu i comandaments intermedis
- Promoure la realització de protocols i rutes assistencials compartides amb l'equip
- Organitzar reunions d'equip entre nivells. Aconseguir un clima de confiança entre equips assistencials, hospitalització, primària, sociosanitari i residències

Lluitar per les barreres legals i organitzatives:

- Millorar la legalitat de la prescripció òbvia (material sanitari, llistat tancat de medicaments)
- Consensuar ingressos i altes segons criteris clínics
- Realitzar l'informe d'alta infermer amb contingut de cures i educació sanitària
- Facilitar l'accessibilitat a realitzar interconsultes, peticions i altres registres

Potenciar l'avaluació de la pràctica clínica mitjançant la millora dels registres i la gestió de les dades.

CONCLUSIONS DE LES COORDINADORES

Amb aquest taller només es pretenia evidenciar el grau de desenvolupament de 24 de les moltes competències avançades que descriu la literatura a nivell internacional, en la pràctica clínica dels participants, en les quals ens situem en una posició intermèdia. Hem analitzat aspectes que ens ajuden a realitzar aquesta tipologia de competències,

però també aspectes que ens dificulten clarament l'avenç i que ens diferencien de les infermeres d'altres països més avançats.

És curiós també observar segons els documents de l'OCDE, la gran asincronia que hi ha entre el rati de metges i el rati d'infermeres per cada 1000 h. (a Espanya i a la resta de països de la OCDE), havent una desproporció considerable amb clar desavantatge per les infermeres. Això, sumat als llargs anys en què les infermeres han estat actuant amb una visió clarament generalista, podria ser una explicació del perquè el grau de desenvolupament de competències avançades al nostre país és baix tal i com reflecteix l'informe de l'OCDE del 2010.

Tot i així estem en un moment polític, econòmic i social més afavoridor per tal que les infermeres potenciïn pràctiques avançades, però això no només depèn de les infermeres. Depèn en primer lloc, del compromís polític de voler un sistema sanitari que potenciï de manera ferma la visió integral de la salut i no només de la malaltia, i que regularitzi i legitimi el treball que ja fan les infermeres amb temes com les altes, els ingressos, la prescripció bàsica de material sanitari i farmacològica, les derivacions, etc., per tal d'evitar duplicitats, dies d'estada, reaguditzacions, entre d'altres. En segon lloc depèn de les organitzacions, que sàpiguen endreçar i reorientar les plantilles dels equips en funció de les capacitats de cada categoria professional de tal forma que no dupliquem activitats i que allò que pot i sap fer una infermera no ho faci un metge. Que allò que sap i té cobertura legal per fer-ho una auxiliar o un administratiu no ho faci una infermera o un metge, i en aquest capítol tenim gran quantitat d'activitats que podríem endreçar. I en tercer lloc, depèn de les pròpies infermeres, que vulguin, es preparin i afrontin els reptes que ens posa per davant la situació actual, que en la majoria dels casos no es tracta de que ens atorguin competències que no tenim, sinó que desenvolupem les que ja tenim per la formació bàsica i de postgrau.

Grup 4: L'empoderament del pacient

OBJECTIU

Analitzar les barreres existents i els recursos dels que disposem per afavorir l'empoderament del pacient en l'autogestió de la malaltia crònica.

ANTECEDENTS

L'empoderament té el seu origen en els moviments socials dels anys 60, el moviment d'autoajuda i de psicologia comunitària de la dècada dels 70 i 80, i les discussions sobre el paper dels ciutadans de la societat contemporània de la dècada dels 90.

Als anys 70 es va formular en països desenvolupats com Canadà, EUA, Austràlia i Nova Zelanda un model teòric i conceptual de promoció de la salut que va establir les bases d'influència sobre les polítiques de salut per aquells països emergents i subdesenvolupats.

En la dècada dels 80, es va actualitzar el concepte cap a la "nova promoció de salut" on es remarcava el paper i la participació dels individus i la comunitat en aquells processos vinculats amb la salut.

L'OMS considera l'empoderament com un concepte essencial de la promoció de la salut. I en aquesta línia, en la declaració d'Alma-Ata i la Carta d'Ottawa es reconeix la seva importància per a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut.

A través de l'empoderament es pretén dotar i capacitar els individus i col·lectius a viure totes les etapes de la vida, i a conviure amb les malalties cròniques.

INTRODUCCIÓ

Entenem per empoderament aquell procés mitjançant el qual les persones adquireixen major control sobre les decisions i les accions que afecten la seva salut, seguint la definició de l'OMS.

Dimensions de l'empoderament

- A nivell individual:
 - Autoconfiança
 - Participació en les decisions
 - Dignitat i respecte
 - Pertinença i contribució a una societat més plural
- A nivell de la comunitat:
 - Major grau d'empoderament individual dels seus membres
 - Sentiment més fort de pertinença a la comunitat
 - Desenvolupament d'activitats i participació en aquestes
 - Lideratge en el procés en la presa de decisions
 - Accés als recursos que beneficien a la comunitat

L'empoderament es produeix quan

- Coneix la seva malaltia i és capaç de prendre mesures per la seva autocura.
- Té la capacitat de decisió i està satisfet amb els professionals i el tractament que segueix.
- Té informació suficient per evitar riscos i complicacions freqüents.
- Adopta un rol més actiu interactuant amb els professionals sanitaris.
- Identifica els signes i símptomes d'alarma i sap com actuar quan aquests apareixen.

Elements clau per l'empoderament del pacient

Informació: és clau en el resultat per

- Per tal que el pacient s'involucri en les decisions sobre la seva salut i/o malaltia.

- Tingui més eines per al maneig de la seva malaltia i col·laborar en la seguretat clínica.
- Entendre i saber què té per poder prendre part activa del problema.
- Per prendre consciència de la malaltia i fer un bon compliment del règim terapèutic

Comunicació /TIC: és clau en el resultat per

- Millorar les relacions i el grau de confiança entre el pacient i el professional sanitari
- Millorar la difusió de la informació sanitària
- Complementar la informació que facilitem al pacient
- Transmetre al pacient informació veraç i completa en situacions d'incertesa sobre la seva malaltia

“La comunicació és un element clau en l'empoderament per a la salut dels individus i les comunitats”.

Alfabetització sanitària- “Health Literacy”

“Habilitats cognitives i socials que determinen la motivació i la capacitat dels individus per accedir a la informació, comprendre-la i utilitzar-la, per promoure i mantenir una bona salut.”

Permet assolir:

- Nivell de coneixements
- Habilitats personals
- Confiança

Per adoptar mesures que millorin la salut individual i de la comunitat mitjançant:

- Canvis d'estils de vida
- Canvis de les condicions personals de vida

1. Quines barreres existeixen actualment en l'intercanvi d'informació entre professionals sanitaris i pacients que poden dificultar l'autogestió de la malaltia per part del propi pacient?

- Model organitzatiu – transició/reflexió cap a un nou model. D'un model paternalista a un model deliberatiu i canvi de rol del pacient (passiu-actiu)
- Manca de coneixement sobre la malaltia per part del pacient que dificulta la conciliació i el pacte amb el pacient per tal d'arribar a l'autorresponsabilitat
- Resistència al canvi per part dels professionals
- Interrelació professional-pacient: entendre la persona amb una malaltia crònica des d'un punt de vista integral (emocions, autoestima, entorn...)
- No tenir present el perfil de l'interlocutor (família, cuidador principal, etc.)

2. Quins aspectes considereu claus per afavorir l'empoderament del pacient?

- Conèixer la persona amb una malaltia crònica a nivell global per tal d'arribar a un pacte individualitzat i la conciliació del procés a desenvolupar
- Mirada positiva i facilitadora per fer entendre el pacient què significa tenir una malaltia crònica. Transmetre l'equilibri que suposa adaptar-se i conviure amb ella de per vida
- Diferents agents que poden intervenir en l'empoderament del pacient: reforç positiu-farmacèutic, associacions de malalts, etc.
- Singularitat: estem tractant la persona i no la malaltia

3. Quin paper juguen les noves tecnologies en l'empoderament del pacient?

- Consciència de l'ús que fan els nostres usuaris/pacients d'Internet però cal tenir en compte que el contingut no sempre és el més adequat
- Milloren l'accessibilitat però cal una estructura i protocol de funcionament
- Recomanació dels professionals de les pàgines més adequades als seus pacients
- A nivell organitzatiu poder disposar d'un espai en l'agenda del professional sanitari per realitzar atenció telefònica als seus pacients

4. Com hauria de ser la informació que fem arribar als pacients mitjançant tríptics, Sanitat Respon, Canal Salut, webs 2.0, etc.? Com la podem donar a conèixer? Qui hauria de controlar aquesta informació?

- Fàcil i entenedora. Missatges clars, claus i breus
- Ús de gràfics, eslògans, dibuixos, lletra gran, adreces d'interès
- Difusió d'informació d'interès als usuaris a través de TV, ràdio, infermeres
- Webs 2.0 (comunitats virtuals, etc.) que depenen d'una organització o institució han de disposar de professionals que les gestionin i cal mantenir-les actualitzades

CONCLUSIONS

És una realitat que el nostre entorn està canviant. A l'augment de malalties cròniques, l'envelliment de la població i un pacient més proactiu en la presa de decisions sobre la seva salut i /o malaltia, hem d'afegir un major ús de les tecnologies de la informació i la comunicació per part de la ciutadania, dotant els pacients d'un rol més actiu.

Aquest fet, es tradueix en un nou entorn al voltant de la salut, on existeix un canvi de model reactiu, fragmentat i paternalista, cap a un model proactiu, integrat i col·laboratiu, on la malaltia li cedeix el protagonisme a la persona.

En aquest sentit, analitzades les barreres i recursos existents per tal d'afavorir l'empoderament del pacient i fent èmfasi especial en la millora de l'alfabetització sanitària i l'autogestió de la malaltia, caldrà: millorar la informació i la comunicació entre professional sanitari-pacient, modificar la informació que fem arribar a la ciutadania mitjançant els diferents canals de comunicació com ara tríptics, Canal Salut, Sanitat Respon entre d'altres, fent ús de missatges clars, claus i breus, i finalment, recomanant adreces web d'interès per a la ciutadania i/o pacients que continguin informació veraç, contrastada i supervisada.

Grup 5: Les TIC i les eines 2.0 com a recursos professionals en l'atenció al ciutadà

OBJECTIU DEL TALLER

Debate sobre el potencial i l'oportunitat que ens ofereixen les tecnologies de la informació i la comunicació i la web 2.0 en l'atenció a la salut dels ciutadans, així com plantejar els reptes que tenim per endavant, com la fractura digital o la seguretat a la xarxa, tant per part de les infermeres com dels usuaris.

1. El potencial de les TIC i les eines 2.0 en l'autonomia i la independència de les persones en el control i millora de la salut individual i comunitària.

Tot i que possiblement encara la majoria d'infermeres no són del tot conscients, l'aplicació de les TIC en l'àmbit de la salut és de gran importància pel desenvolupament de la infermeria, així com Internet i els seus dispositius per a la cura infermera.

El potencial que té Internet per millorar l'eficàcia i l'eficiència de l'assistència sanitària així com per capacitar i educar les persones en el suport a la presa de decisions i afavorir els processos d'autonomia personal⁽¹⁹⁾, és avui un element de debat i consens en el sí de molts sectors professionals i així ha de ser en el de la infermeria. Els darrers estudis en l'ús d'Internet en infermeria indiquen que les infermeres tenen un rol més consumidor que proactiu a la xarxa i que tot i que la web 2.0 s'utilitza en l'àmbit personal no està sent utilitzada com espai d'innovació per a les cures infermeres, denotant un rol més aviat conservador que innovador en Internet⁽²⁰⁾.

L'efecte de l'ús de les aplicacions de l'anomenada web 2.0 per part del ciutadà en l'àmbit de la salut obre un enorme potencial en l'empoderament per a la salut de l'individu i el de la comunitat del qual els professionals de la salut hem de ser conscients i aprofitar-ho.

Aquest fenomen no el podem desvincular de l'ús creixent d'Internet per part de la població i del tipus de cerques més comuns que es fan. Entre els molts estudis i dades sobre aquest tema, la Fundació Health On the Net (HON), va realitzar al 2005 el darrer sondeig sobre el comportament dels internautes en relació a la salut, destacant l'augment continuat de persones que utilitzen Internet, i en paral·lel l'ús de la xarxa per motius de salut⁽²¹⁾. Podem afirmar que aquesta tendència ha estat creixent tant a EUA com a Europa. A Espanya, al 2010 el 64,2% de la població major de 16 anys utilitza Internet, el número d'internautes creix un 7,1% en el darrer any i supera els 22,2 milions de persones. El 57,4% de les llars espanyoles disposen de connexió de banda ampla a Internet, un 11,6% més que al 2009. En aquest context destaca el grau de penetració del telèfon mòbil que arriba al 94,6% de la població⁽²²⁾.

Així s'obren noves estratègies de treball, canals i entorns de comunicació per a l'abordatge a la persona amb un problema de salut crònic, des de la promoció de la salut, la prevenció i la restauració de la malaltia, entre les quals les TIC i Internet es presenten com un important complement i suport a l'atenció presencial i telefònica amb un gran potencial per acompanyar i capacitar a les persones en la presa de decisions envers la seva salut.

Una nova realitat, una mentalitat que cal treballar ja des de l'escola i que ha de contemplar l'e-persona més enllà de l'e-pacient i en el que l'e-metge passi a ser l'e-professional de la salut en el marc d'un context que tingui en compte tots els sectors implicats en la salut de les persones.

El ciutadà i la infermera coincideixen en un nou espai de trobada i de relació també immerss en el gran canvi que suposa Internet en tots sentits i a través dels qual sorgeixen certs temors i amenaces al voltant de l'ús de la web 2.0 en l'àmbit de la salut com la seguretat de les fonts de coneixement a la xarxa. Acompanyar les persones en l'ús saludable d'Internet (web, xarxes socials, etc.) es planteja com una nova responsabilitat professional de la infermera en l'atenció a les persones amb un problema de salut crònic perquè són grans consumidors d'Internet tant en la cerca d'informació com en la creació i participació de les anomenades comunitats de pacients.

2. Com seleccionar fonts d'informació segures i de qualitat a Internet? Estem davant d'una necessitat i responsabilitat professional? Hem d'acompanyar l'usuari a saber fer-ho?

Actualment, en la societat en xarxa en què es viu, accedir a fonts d'informació acreditades, fiables i amb rigor és fonamental, davant de la immensitat de l'oferta d'informació que hi ha a Internet. Aquest

aspecte adquireix especial importància en l'àmbit de la salut alhora que obre un debat en relació a un nou rol professional, el d'acompanyar el ciutadà en l'ús saludable de les TIC i la xarxa i en l'alfabetització digital pel qual sovint cal primer un aprenentatge per part de la infermera. En aquest sentit existeixen qüestionaris per avaluar pàgines web sanitàries segons criteris europeus⁽²³⁾, com a suport a tenir en compte a l'hora de considerar un web o un recurs d'Internet com a font d'informació de confiança. També cal tenir en compte els segells de qualitat com el que atorga la Fundació Health On de Net (HONcode) organització no governamental acreditada pel Consell Econòmic de les Nacions Unides o la Web Mèdica Acreditada (WMA) del Col·legi de Metges de Barcelona, que vetllen per la qualitat, fiabilitat i credibilitat de la informació sobre salut a Internet, entre altres factors com l'autoria dels portals i dels continguts o les dates d'actualització.

Es planteja a més, el tipus d'informació a la qual pot accedir el ciutadà a través de projectes com la Història Clínica Compartida o la Carpeta Personal de Salut (CPS) versus la que des de la perspectiva infermera caldria posar a disposició del ciutadà. En aquest sentit, es pensa en els aspectes relacionats amb els factors psicosocials de la salut o consells de salut adaptats a les especificitats de cada persona, en funció de la seva etapa del cicle vital o situació de vida, amb l'objectiu d'aprofitar el potencial d'aquestes eines TIC per oferir una atenció integral a la salut de les persones i l'oportunitat que ens donen de poder posar a disposició del ciutadà consells perfectius per un estil de vida saludable (primer determinant de la salut de les persones segons l'estudi Lalonde de Canadà⁽²⁴⁾).

3. Hi ha fractura digital per part de les infermeres en l'ús de les TIC com a recurs per l'exercici professional? quines en poden ser les causes? Pors? Manca de temps? Manca d'infraestructures? L'edat?

El professional de la salut que també està immers en el gran canvi que suposa Internet en tots sentits i a través del qual sorgeixen certs temors i amenaces⁽²⁵⁾ al voltant de l'ús del web 2.0 en l'àmbit de la salut. Uns temors relacionats possiblement amb: a) la percepció de pèrdua de poder relacionada amb l'empoderament de la salut de l'individu i el de la comunitat, b) el canvi de la relació entre usuari-professional, c) la resistència al canvi del propi sistema sanitari i de les institucions i d) la por a ser substituït.

En la potencialitat d'Internet per millorar l'autonomia del "pacient" en el control i la millora de la seva salut l'usuari dona una puntuació més alta que el professional de la salut. En relació als usos d'Internet per part de les infermeres i infermers a Catalunya, l'estudi realitzat per Francisco Lupiáñez al 2007⁽²⁶⁾, descriu que el 75% de les infermeres entrevistades no utilitzen mai les TIC per a la realització de cures, i es destaquen com a causes principals la manca de temps en un (63,7%), la manca d'ordinadors connectats (40,1%) i la manca d'informació infermera que hi ha al web dirigida als usuaris i al públic en general (39,7%), per sobre de la variable edat. Es fa palesa també la importància de la predisposició i motivació per part de les infermeres i de les institucions en l'ús de les TICs i del canvi de mentalitat que comporta la salut 2.0 respecte a la qual ressalta la quantitat de "talla focs" que encara hi ha en el sí de moltes institucions perquè els professionals de la salut, i molt especialment les infermeres i infermers, puguin utilitzar la xarxa de forma lliure i autònoma. Finalment, no podem oblidar les xarxes socials com a canals de comunicació a través dels quals s'obren noves formes d'interacció amb els usuaris i molt especialment amb col·lectius com el d'adolescents (per exemple el Programa Salut i Escola), proposades que sovint es fan per part de les infermeres però que troben els seu límit en l'administració. La població adulta i la gent gran no té perquè quedar fora d'aquest mercat. De nou, la motivació és la primera variable que condiciona l'ús de les TICs per part de les persones.

CONCLUSIÓ

L'ús de les TIC i les eines 2.0 en l'atenció a la salut de les persones en el sí dels sistemes de salut respon bàsicament a un canvi social, cultural i de mentalitat i no tecnològic.

Decàleg: els 10 punts clau per a l'atenció del pacient crònic des del punt de vista infermer

- 1** Els models d'atenció a la cronicitat han d'estar centrats en la persona i no pas en la malaltia.
- 2** És necessari un canvi de cultura en els professionals i en les organitzacions, avançant cap un model basat en proveïdors en xarxa, i no tant en una xarxa de proveïdors.
- 3** Cal potenciar eines per a la millora de l'atenció i coordinació entre tots els nivells assistencials, com poden ser la utilització dels models predictius, l'ús de les TIC i de les xarxes 2.0, que optimitzin al màxim els recursos dels quals disposem.
- 4** Els sistemes d'informació són clau per facilitar aquest model d'integració, donant resposta a les necessitats de continuïtat assistencial, evitant duplicitats del sistema (i per tant, millorant la seva eficiència), fent fluir la informació entre professionals i pacients i assegurant la disponibilitat de la informació on i quan sigui necessària. En aquest sentit, es fa necessari completar el desenvolupament de la Història Clínica Compartida, per garantir una informació única, compartida i disponible.

- 5** Es fa imprescindible potenciar el paper de l'atenció primària com a líder de l'atenció a la cronicitat, actuant com eix coordinador entre els diferents professionals i nivells assistencials.
- 6** Reforçar el paper clau que tenen les infermeres, mitjançant el desenvolupament de nous rols professionals (com a figures gestores de cas, infermera d'enllaç, etc.), que són fonamentals com a garants de la continuïtat en l'atenció a la cronicitat.
- 7** El desenvolupament de les competències avançades d'infermeria és encara un repte al nostre país, malgrat l'excel·lent preparació professional de les nostres infermeres. L'enfocament cap a l'atenció a la complexitat clínica en els pacients crònics complexos esdevé una oportunitat per aquest desenvolupament, però principalment és una oportunitat per fer més eficient el nostre sistema sanitari, millorant l'atenció i la satisfacció dels nostres pacients i dels seus cuidadors.
- 8** Cal un compromís polític que potenciï de manera ferma la visió integral de la salut i no només de la malaltia, i que regularitzi i legitimi el treball que ja fan les infermeres amb temes com les altes, els ingressos, la prescripció bàsica de material sanitari i farmacològica, les derivacions, etc. La manca d'aquest reconeixement legal limita el desenvolupament i la implantació de les competències avançades d'infermeria a les nostres organitzacions.
- 9** Les TIC i Internet es presenten com un important complement i suport a l'atenció presencial i telefònica amb un gran potencial per acompanyar i capacitar les persones en la presa de decisions respecte la seva salut. El ciutadà i la infermera es troben en un nou espai de trobada i de relació. L'acompanyament i educació dels pacients en l'ús saludable d'Internet neix com una nova responsabilitat professional de la infermera en l'atenció a les persones. L'ús saludable de les TIC i la xarxa, i

l'alfabetització digital implicarà un nou aprenentatge per part de la infermera.

- 10 Cal afavorir l'empoderament del pacient en l'autogestió de la malaltia crònica, mitjançant programes específics com l'educació grupal o el pacient expert. Aquesta transició des d'un model paternalista cap a un model deliberatiu i un canvi de rol del pacient com agent actiu en la seva malaltia, requereix professionals i organitzacions compromesos amb la informació, comunicació i educació dels seus pacients.

Membres participants en els grups de treball

GRUP 1: La coordinació assistencial entre nivells

Ana M. Alventosa, Badalona Serveis Assistencials

Montse Boqué, Grup Sagessa

Míriam Bou, Badalona Serveis Assistencials

Anna Campoy, CASAP

Clàudia Cardoner, PAMEM. CAP Larrard

Marisa Carretero, Badalona Serveis Assistencials

Montse Castells, Consorci Sanitari de Terrassa

Pilar Ferré, Consorci Sanitari de Terrassa

Encarna Gálvez, Badalona Serveis Assistencials

Rosa Monteis, Consorci Sanitari del Maresme

Marta Pelegrin, Hospital de Mollet

Glòria Reig, Institut Assistència Sanitària

Montse Reverter, Badalona Serveis Assistencials

Núria Saladié, Fundació Sociosanitària de Manresa

Cesca Tell, Pius Hospital de Valls

GRUP 2: Models predictius

Joan Castelló, Consorci Sanitari de Terrassa
Feli Bejarano, Badalona Serveis Assistencials
Concepció Cabanes, Fundació Sociosanitària de Manresa
Josep M. Jurado, Consorci Sanitari de Terrassa
Silvia López, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de Salut
Susanna Martínez, Badalona Serveis Assistencials
Izaskun Morán, Grup Sagessa
M. del Rosario Moreno, Consorci Sanitari del Maresme
Lluís Rajmil, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat de Salut
Laura Sancho, CASAP
Mireia Pesarodona, Fundació Sociosanitària de Manresa
Barbaro A. Serrano, Consorci Sanitari de Terrassa

GRUP 3: Competències avançades

Olga Álvarez, Hospital de Mollet
Lola Abil, Badalona Serveis Assistencials
Paco Benavente, Badalona Serveis Assistencials
Montserrat Bonet, Grup Sagessa
Montserrat Comellas, Consorci Sanitari de Terrassa
Silvia Gubern, Consorci Sanitari de Terrassa
Alicia Gutiérrez, Badalona Serveis Assistencials
Nuria Miró, Consorci Sanitari de Terrassa
Immaculada Oliveras, Hospital Sant Joan de Déu
Anna Ollé, Pius Hospital de Valls
Catalina Rodríguez, Grup Sagessa

GRUP 4: Empoderament del pacient

Paloma Amil, ICS
Gemma Beltran, Badalona Serveis Assistencials
Carme Baldrich, Pius Hospital de Valls
Mar Bodas, Hospital de Mollet
Celia García, Consorci Sanitari de Terrassa
Esther Giménez, Consorci Sanitari de Terrassa

Assumpció González, ICS
Carme Josep, Consorci Sanitari del Maresme
Alicia Peinado, Badalona Serveis Assistencials
Montse Pomés, Institut Assistència Sanitària
Tere Rodríguez, Consorci Sanitari de Terrassa
M José Rojas, Grup Sagessa
Margarita Torío, CIS Cotxeres
Verònica Vélez, Hospital Sant Joan de Déu
M. Àngels Vila, Parc Taulí. Cap Can Rull
Empar Villanueva, Badalona Serveis Assistencials

GRUP 5: El paper de les noves tecnologies

Manuela Bonillo, Grup Sagessa
Alba Brugués, CASAP
Alfonso Díez, ABS Argentona – CSdM
Pilar Esteras, Badalona Serveis Assistencials
Joan Bernat, Hospital Nostra Senyora de Meritxell
Gisel Fontanet, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona
Lourdes Garcia, CIS Cotxeres
Manel Madriles, Parc Taulí
Marisa Martí, CASAP
Carlos Martínez, PAMEM
Albert Monterde, Badalona Serveis Assistencials
Esther Moral, Badalona Serveis Assistencials
M. José Sabariego, Badalona Serveis Assistencials
Esperanza Vallejo, Grup Sagessa

Annex 1: L'escala de Rogers

Niveles intensidad terapéutica (Rogers)*

Adecuación del tratamiento a los objetivos de cuidados en pacientes ancianos con enfermedades crónicas y discapacidad.

Adaptado y modificado del Rogers Memorial Veterans Hospital

- 1 Tratamiento sin límites** (incluso resucitación cardiopulmonar)
(incluye traslado a hospital de agudos si fuese necesario)
- 2 Tratamiento intenso** (excepto resucitación cardiopulmonar)
(incluye traslado a hospital de agudos si fuese necesario)
- 3 Tratamiento máximo posible en centro sociosanitario**
(incluye investigación de infecciones, dar antibióticos y medidas de hidratación y algunas exploraciones complementarias, excepto traslado a hospital de agudos)
- 4 Tratamiento conservador en centro sociosanitario**
(sólo tratamientos sintomáticos, antibióticos empíricos, se mantiene alimentación artificial e hidratación si fuese necesario)
(evitar exploraciones complementarias)
(no traslado a hospital de agudos)
- 5 Cuidados exclusivamente de confort**
(no se investigan posibles infecciones, ni se dan antibióticos)
(valorar retirar alimentación artificial y/o medidas de hidratación si fuera el caso)
(valorar sedación para confort si fuese necesario)
(no traslado a hospital de agudos)

*Son niveles orientativos, la clasificación del anciano en uno de ellos debe ser decisión consensuada por el equipo y debe contemplar deseos y expectativas del paciente y/o sus familiares.

La catalogación del nivel de intensidad terapéutica debe ser un proceso dinámico, no puede hacerse en un día, es el resultado de un proceso de cuidados y tratamiento de un paciente.

(Adaptado y modificado: SACHS GA, *et al.* *Good careo f dying patients.* J Am Geriatr Soc 1995; 43: 55-562) (versión española ensayada: PORTA M, *et al.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2001; 36 (S2): 15-18)

Servicio de Geriatria IMAS (IAGS), Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Hospital del Mar (UAB), Barcelona (versión abril 04)

Annex 2: Qüestionari taller competències avançades

Marca amb una o vàries creus l'àrea/ es o dispositiu/s assistencial/s on treballes.

Atenció primària
Atenció hospitalària
Atenció sociosanitària
Atenció salut mental
Altres:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

El teu lloc de treball quin nomenament té:

Contesta, si et plau, si les competències de la següent pàgina pots desenvolupar-les en el teu lloc de treball i aprofita aquest espai per posar observacions si et cal:

1 Avaluació Clínica

Realitzo avaluacions de caràcter avançat amb la persona/família per poder explicar diagnòstics

Tinc capacitat i autonomia per prendre decisions respecte a l'avaluació clínica

Utilitzo dades qualitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques

Utilitzo dades quantitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques

Demano proves complementàries

Realitzo interpretació de proves complementàries

Altres:

Sempre Quasi Algunes Mai
sempre vegades

	Sempre	Quasi sempre	Algunes vegades	Mai
Realitzo avaluacions de caràcter avançat amb la persona/família per poder explicar diagnòstics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinc capacitat i autonomia per prendre decisions respecte a l'avaluació clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilitzo dades qualitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilitzo dades quantitatives des de diferents fonts d'informació, sovint en situacions complexes per prendre decisions clíniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demano proves complementàries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realitzo interpretació de proves complementàries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Diagnosticar

Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics potencials per orientar les cures

Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics reals per orientar les cures

Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics potencials per orientar les cures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilitzo el coneixement expert i el judici clínic per identificar diagnòstics reals per orientar les cures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sempre Quasi Algunes Mai
sempre vegades

Se'm reconeix el dret a diagnosticar per orientar el pla terapèutic

Altres:

3 Planificar

Planifico la cura experta per donar resposta a les necessitats de salut involucrant i/o pactant amb el pacient i/o la família

--	--	--	--

Planifico la cura experta per donar resposta a les necessitats de salut involucrant a tots els membres de l'equip

--	--	--	--

Altres:

4 Gestionar i proporcionar cures

Asseguro la continuïtat de l'atenció incloent la realització de visites quan és necessari

--	--	--	--

Derivo pacients a altres professionals quan es necessari

--	--	--	--

Derivo pacients a altres organitzacions o dispositius assistencials quan es necessari

--	--	--	--

Actuo com a consultora. Altres professionals consulten el meu coneixement expert

--	--	--	--

Ingresso a pacients en determinades condicions de salut de forma autònoma o dins de protocols acordats

--	--	--	--

Dono l'alta a pacients en determinades condicions de salut de forma autònoma o dins de protocols acordats

--	--	--	--

Proporciono cures expertes i educació per a la salut

--	--	--	--

Estic autoritzada, dins de la pràctica d'equip per receptar medicaments

--	--	--	--

Estic autoritzada, dins de la pràctica d'equip prescriure altres tractaments

--	--	--	--

Realitzo seguiment domiciliari i/o ambulatori dels seus pacients

--	--	--	--

Altres:

--	--	--	--

5 Investigació

Fonamento la meua pràctica clínica en l'evidència científica

Desenvolupo projectes de recerca basats en la pràctica avançada

Faig difusió dels resultats de l'evidència de recerques meves o d'altres

Altres:

Sempre Quasi Algunes Mai
sempre vegades

Grup 1: coordinació assistencial entre nivells

- VAZQUEZ, ML, VARGAS, I. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona: 2007
- DOLTRA, J, BERTRAN, C. *Gestió d'Infermeria*. Documentació Universitària. Girona: 2010
- DE VAL-PARDO, I, CORELLA, JM. *Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia*. Díaz de Santos. Barcelona: 2005
- MARRINER, A. *Guía de gestión y dirección de enfermería*. Elsevier, Terre Haute. Indiana
- Experiències de coordinació. *I Jornada d'intercanvi en l'àmbit de l'atenció primària de salut*. Barcelona: abril 2005

Grup 2: models predictius

- COLEMAN, EA, MIN, SJ, CHOMIAK, A, KRAMER, AM. *Post-hospital care transitions: pattern, complications, and risk identification*. Health Serv Res 2004; 39:1449-65
- KANSAGARA, D, ENGLANDER, H, SALANITRO, A, KAGEN, D, THEOBALD, C, FREEMAN, M, et al. *Risk prediction models for hospital readmission. A systematic review*. JAMA 2011;306:1688-98
- LÓPEZ-AGUILÀ, S, CONTEL, JC, FARRÉ, J, CAMPUZANO, JL, RAJMIL, L. *Predictive Model for Emergency Hospital Admission and 6-Month Readmission*. Am J Manag Care. 2011;17(9):e348-57
- STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press; 1998
- STARFIELD, B, SHI, L, MACINKO, J. *Contribution of primary care to health systems and health*. Milbank Q. 2005; 83(3):457-502

Grup 3: competències avançades

1. DELAMAIRE, M, LAFORTUNE, G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries* [Internet]. OECD Health Working Papers; 2010. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
2. RASCH, RFP, FRAUMAN, AC. *Advanced Practice in Nursing: Conceptual Issues*. Journal of Professional Nursing. 1996;12(3):141-146
3. Canadian Nurses Association. Position Statement: Advanced Nursing Practice [Internet]. Canadian Nurses Association; 2007. Disponible a: www.cna-aicc.ca
4. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada [Internet]. 2004 [citado 2011 ago 9]. Disponible a: www.cna-aicc.ca
5. CHANG, AM, GARDNER, GE, DUFFIELD, C, RAMIS, M-A. *A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool*. Journal of Advanced Nursing. 2010;66(10):2320-30
6. NAYLOR, MD, McCAULEY, K. *Effects of a discharge planning and home follow - up intervention on elders hospitalized with common medical and surgery cardiac conditions*. The Journal of Cardiovascular Nursing. 1999;14(1):44-54.
7. WAI WONG, K, K.Y. WONG, F, FAI CHAN M. *Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Journal of Advanced Nursing. 2004;49(2):210-22.
8. BROOTEN, D, NAYLOR, MD, YORK, R, BROWN, LP. *Lessons learned from testing the quality cost model of advance practice nursing (APN) tradicional care*. Journal of Nursing Scholarship. 2002; (Fourth Quarter):369-75.
9. SIBLEY, A, LATTER, S, CLAUDE, R, LUSSIER, M-T, ROBERGE, D, SKINNER, TC, et al. *Medication discussion between nurse prescribers and people with diabetes: an analysis of content and participation using MEDICO-DE*. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(11):2323-36.

10. JASTRERNSKI, CA. *Using outcomes research to validate the advanced practice nursing role administratively*. Crit Care Nurs Clin N Am. 2002;14(3):275-80.
11. GERINUS, M, WILSON, P. *Advanced practice in nursing: from concept to reality*. Nursing Management. 2009;16(1):14 –18.
12. Royal College of Nursing. *Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competences and programme accreditation* [Internet]. Royal College of Nursing; 2010. Disponible a: www.rcn.org.uk
13. Canadian Nurses Association. *Advanced Nursing Practice. A national framework* [Internet]. Canadian Nurses Association; 2008. Disponible a: www.cna-aiic.ca
14. Department of Health Public Service Agreement (NHS). *Plan NHS. National Health Services*; 2000.
15. MOWER-WADE, D, PIRRUNG, J. *Advanced Practice Nurses Making a Difference: Implementation of a Formal Rounding Process*. Journal of Trauma Nursing. 2010;17(2):69.
16. FUENTELESAZ, C., NAVALPOTRO, S., RUZAFÀ, M. *Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería. Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)*. Enfermería Clínica. 2007;17(3):117–27.
17. HUGUET, M, OLINDA, A, ROMA, J, ESCARRABILL, J. *La manca de metges i infermeres: miratge o realitat?* Institut d'Estudis de la Salut. ANNALS DE MEDICINA - vol. 92, NÚM. 1 2009
18. SOLER, M., BRUGUERA, M., CAMPS, B. *La manca de professionals de la salut a Catalunya*. Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, ANNALS DE MEDICINA - vol. 92, NÚM. 1 2009

Grup 4: l'empoderament del pacient

- Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: National Academies Press. 2004

- COULTER, A, MAGEE, H. *The european patient of the future*. Maidenhead: Open University Press. 2003
- COULTER, A, PARSONS, S, ASKHAM, J. "Where are the patients in decision-making about their own care?". En: VV.AA. Health systems, health and wealth. Tallin: European Ministerial Conference on Health Systems. 25-27 juny 2008
- Department of Health of UK. "The expert patient". 2008
- DEVLIN, N, APPLEBY, J, PARKIN, D. "Patient's views of explicit rationing: what are the implications for health service decision-making?" *J. Health Serv. Res. Policy*. n. 8, p.183-186. 2008
- JOVELL, AJ, NAVARRO RUBIO, MD, FERNÁNDEZ MALDONADO, L, BLACAFORT, S. "Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario". *Atención Primaria*. Vol.3, n.38, p 234-237. Disponible en wikipedia. La enciclopedia libre. 2008
- RESENDE, S. Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3); p.335-347, setembre-desembre 2008
- World Health Organization. Empoderamiento del usuario de Salud Mental-declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. 2008
- GONZALEZ, M.; GRIFELL, E. Experiencias para compartir: Programa Paciente Experto Institut Català de la Salut. *AMF*; 5(4):243-245. 2009

Grup 5: les TIC i les eines 2.0 com a recursos professionals en l'atenció al ciutadà

19. CASTELLS OLIVÁN, M, TUBELLA CASADEVALL, I, SANCHO VINUESA, T, ROCA SALES, M, DÍAZ DE LA ISLA GÓMEZ, I, WELLMAN, B *et al*. *La transició a la societat xarxa a Catalunya. Informe final de recerca* (volum II) [Internet]. Barcelona: UOC. Internet Interdisciplinary Institute (IN3); 2002 [accés 24 d'abril de 2012]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10609/275>
20. CARRIÓN ROBLES, T. La enfermería en la Sociedad Red. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (Ridec)* [Internet] 2011 [accés 8 de març de 2012]; 4 (1):47. Disponible a: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/127/RIdEC_v4_n1.47.opinion.pdf

21. The Health On the Net. Analysis of 9th HON Survey of Health and Medical Internet Users. Winter 2004-2005 [Internet]. Health On the Net Foundation; 2006 [accés 14 de febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.hon.ch/Survey/Survey2005/res.html>
22. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2010 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2010 [accés 5 de febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.ine.es/prensa/np620.pdf>
23. BERMÚDEZ-TAMAYO, C, JIMÉNEZ-PERNETT, J, GARCÍA-GUTIÉRREZ, JF, AZPILICUETA, I, SILVA-CASTRO, MM, BABIO, G, PLAZAOLA, J. Cuestionario para evaluar páginas web sanitarias según criterios europeos. Atención Primaria 2006; 38(5):268-274 [citad 11 de febrer 2011]. Disponible a: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13092985&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=28&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38n05a13092985pdf001.pdf
24. LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa, April 1974 [llibre a Internet]. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada; 1981 [accés 14 de febrer de 2012]. Disponible a: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
25. HUGHES, B, JOSHI, I, WAREHAM, J. Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field. J Med Internet Res [disponible a Internet]. 2008 [accés 29 de març de 2012]; 10(3): [e23]. Disponible a: <http://www.jmir.org/2008/3/e23/>
26. LUPIÁÑEZ-VILLANUEVA, F. Salut i Societat Xarxa. Anàlisi dels usos d'Internet relacionats amb la salut. Barcelona: Editorial Ariel; 2010

DSC