

INFORME SOBRE L'ASSIGNACIÓ D'INFERMERES I INFERMERS EN L'ÀMBIT SOCIOSANITARI

Grup de Treball sobre l'Assignació d'Infermeres i Infermers en l'Àmbit Sociosanitari

Comissió Permanent del Consell de la Profesió Infermera de Catalunya (desembre de 2012)

Grup de Treball

Manuela Bonillo Caballero. Hospital Sant Joan de Reus
Carmen Caja López. Universitat de Barcelona
Núria Collell Domènech. Corporació Parc Taulí de Sabadell
Gemma González José. Departament de Benestar Social i Família
Pedro Garzón Martínez. Parc Sanitari Pere Virgili
Mila Moreno Alba. Parc Sanitari Pere Virgili
Montserrat Puigdollers i García. CatSalut
Montserrat Rodó Cobo. Pla director sociosanitari
Pepa Romero Aznar. MUTUAM
Àngels Sabaté Andreu. Hospital de Sant Pau

Coordinació

Lluís Cabado Vázquez. Membre del CPIC

Suport tècnic

Montse Sánchez Navas. Departament de Salut

Índex

1. Introducció	4
1.1 Justificació.....	4
1.2 Objectius	5
2. Model.....	5
3. Tipologia de pacients en els centres socio-sanitaris.....	8
4. Lideratge clínic infermer en l'àmbit socio-sanitari	9
5. Recursos humans en l'àmbit socio-sanitari: situació actual.....	10
6. Discussió	12
7. Conclusions	13
8. Recomanacions (document aprovat pel Consell de la Profesió Infermera de Catalunya en reunió de Plenari de 18.12.2012)	14
9. Referències bibliogràfiques	15
9. Annexos.....	17
Annex A.....	17
Annex B.....	19

1. Introducció

La conjuntura socioeconòmica i les desigualtats derivades al principi del segle XXI poden tenir conseqüències importants sobre la salut de la població mundial. Aquesta influència és actualment difícil de mesurar. Per tant, és necessària una gran cautela en totes les mesures de planificació sanitària.

En el segle XX els avenços científics, socials i sanitaris, el canvi en les polítiques de salut així com l'evolució i millora de les condicions de vida de les persones van tenir una repercussió clara en l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment progressiu de la població.

Això ha comportat que la gent gran i altres grups en situació de vulnerabilitat hagin incrementat les demandes de serveis i d'atenció. Donar una resposta adequada a aquestes demandes pot augmentar els costos de les prestacions de serveis i també implica prendre consciència de la necessitat d'optimització i racionalització dels recursos. Sembla que és necessari fer un replantejament de les polítiques socials i sanitàries amb una aposta ferma per la professionalització de l'atenció sociosanitària.

Cada cop més la ciutadania demana poder disposar d'eines que donin resposta a les necessitats dels més febles. Els professionals d'infermeria de l'àmbit sociosanitari, l'equip multidisciplinari de què formen part i el model sociosanitari són els instruments idonis per a l'atenció a les persones amb malalties cròniques complexes.

1.1 Justificació

Les polítiques sanitàries i socials dels sistemes sanitaris dels països occidentals estan fent un gir en el sentit que s'orienten progressivament a la prioritització de l'atenció a les persones en situació de malaltia crònica.^{1,2}

La realitat sociodemogràfica de la nostra població i les característiques del nostre sistema nacional de salut i dels serveis socials posen de manifest que cal una adaptació dels recursos per donar resposta a les necessitats de la població que s'ha d'atendre, una atenció que cada vegada es presenta més complexa i que requereix serveis (sanitaris i socials) que responguin a aquesta nova realitat, en la qual tenen una importància cabdal i creixent les cures a les persones.

La conjuntura socioeconòmica actual ha comportat que els compradors i proveïdors de serveis hagin elaborat, amb criteris d'efectivitat i eficiència, unes ràtios de dotació de recursos (d'estructures físiques i de recursos humans) que permetin equilibrar la balança entre l'oferta i la demanda i que, a la vegada, donin resposta a les necessitats de la població.

Aquests criteris, pel que fa a recursos humans s'han desenvolupat en l'àmbit hospitalari, en els seus diferents tipus de centres, en l'atenció primària i també en el sector d'acolliment residencial, però no ha estat així en els establiments d'atenció sociosanitària.

El 20 de desembre de 2011 el Consell de la Professi6 Infirmiera de Catalunya (CPIC) va aprovar un document i un annex, en qu6 es desenvolupen uns objectius i unes propostes que han de permetre garantir la qualitat assistencial en el sistema p6blic de salut,³ atesa la situaci6 actual de reajustament econ6mic. Els aspectes que es desenvolupen en el document s6n lideratge i adequaci6 del model actual de les cures infermeres, adequaci6 del nombre de professionals necessaris, amb les compet6ncies requerides i optimitzaci6 i millores en les organitzacions.

Per desenvolupar el document el CPIC ha de poder debatre i proposar unes recomanacions adre6ades als professionals d'infermeria (la cobertura segons el nombre i la situaci6 cl6nica dels pacients que tinguin les compet6ncies requerides dins l'6mbit sociosanitari). I 6s per elaborar i desenvolupar el document que es va crear aquest Grup de Treball. Les conclusions i recomanacions que s'acordin seran valorades en un Ple del CPIC.

1.2 Objectius

L'**objectiu general** 6s elaborar recomanacions per a l'assignaci6 de recursos humans als serveis sociosanitaris.

Objectiu espec6fic

Dissenyar propostes per a l'assignaci6 de professionals de l'equip d'infermeria en els diferents tipus de serveis sociosanitaris:

- a) Infermeres i infermers
- b) Auxiliars d'infermeria

2. Model

Aquest document s'elabora en el marc conceptual d'all6 que s'ent6n per *atenci6 hospital6ria sociosanit6ria* en qu6 t6 lloc la llarga estada i la convallesc6ncia a Catalunya i que duen a terme els professionals d'un equip interdisciplinari: medicina, infermeria (inclosos els/les auxiliars d'infermeria), psicologia, treball social, fisioter6pia, logop6dia, ter6pia ocupacional, farm6cia, etc.

S'ent6n per *atenci6 i serveis sociosanitaris* la prestaci6, conjuntament i de forma integrada, d'una atenci6 especialitzada sanit6ria i social. Es tracta, fonamentalment, d'atenci6 a persones grans malaltes o a persones que, independentment de la seva edat, pateixen malalties cr6niques evolutives que generen gran depend6ncia o discapacitat; persones amb deteriorament cognitiu moderat o greu; persones en situaci6 de final de vida o amb necessitats de cures pal·liatives; persones que tenen problemes de rehabilitaci6 funcional o requereixen cures o tractaments abans de reintegrar-se novament a la comunitat.

El model assistencial est6 orientat a les persones i est6 format per equips interdisciplinaris de professionals entre els quals hi ha una coordinaci6 6gil, amb gran capacitat de resposta. 6s un model que fa pal6s el paper fonamental dels professionals d'infermeria.

La planificació dels recursos humans del sector sociosanitari s'ha de realitzar sobre la base de la prioritització dels problemes principals de salut, segons la tipologia dels pacients, la demanda, les característiques i la cartera de serveis que s'ofereixen. Aquesta planificació ha de garantir la quantitat, qualitat i distribució dels recursos d'acord amb les necessitats actuals i reals. Les unitats o els centres sociosanitaris d'interès són els definits en el Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització.⁴

Els serveis de llarga durada són serveis destinats a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència amb diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser atesos en el seu domicili. L'objectiu principal dels serveis d'internament de llarga durada és l'atenció continuada, fet que afavoreix el confort i la qualitat de vida de les persones.

Els serveis de convalsència formen part de l'estada mitjana i són serveis destinats a persones amb malalties que es troben en fase de recuperació d'un procés agut i amb pèrdua d'autonomia potencialment recuperable. Els objectius fonamentals dels serveis d'internament de convalsència són l'avaluació i la rehabilitació integral.

En particular, els serveis d'atenció a subaguts són serveis destinats a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que, a causa de la seva complexitat, requereixen cures de forma intensiva. Aquesta atenció es dona especialment a persones amb una malaltia crònica de llarga durada i els espais on s'ha de dispensar han de ser, preferentment, àmbits vinculats a un hospital d'aguts. L'objectiu de l'atenció a subaguts és l'estabilització clínica i la rehabilitació integral.

El model d'atenció sociosanitària, a Catalunya, neix l'any 1986 amb el Programa Vida als Anys⁵ sobre uns principis que són vigents en l'actualitat. Aquests principis es fonamenten en el fet que l'atenció a la població diana descrita anteriorment requereix un abordatge diagnòstic i terapèutic particular fet des de la globalitat mitjançant el qual es tinguin en compte els components físics, psicològics i socials. Així doncs, el model d'atenció es considera que ha de ser integral, mitjançant el qual es doni resposta a totes les necessitats dels malalts; global, amb l'establiment de sistemes operatius de connexió entre els recursos; interdisciplinari; inserit en la comunitat; i harmònic i equitatiu en el desenvolupament territorial dels recursos.

A més d'aquests principis bàsics, cal tenir en compte altres elements complementaris, la continuïtat assistencial, el principi d'autonomia, la participació de la família, la permanència de les persones en el seu domicili i el treball per objectius: les cures als pacients, si escau; la rehabilitació, sempre que sigui possible; l'adaptació i el confort, sempre; i les cures paliatives, quan siguin necessàries.

Els objectius assistencials s'elaboren després d'una valoració integral que permet conèixer les necessitats físiques, emocionals i socials de la persona i la seva família.⁶

Tanmateix, al llarg dels anys, aquest model sociosanitari ha anat incorporant altres elements que l'han modernitzat i adaptat a l'evolució natural de les polítiques sanitàries i socials com a resposta a la mateixa evolució de la societat, al coneixement sobre la malaltia i la seva cronicitat, a la complexitat i comorbiditat i pluripatologia, a l'envelliment progressiu, a la davallada progressiva de les taxes de mortalitat amb una expectativa de vida que actualment és de les més altes del món, a l'avenç científic i tècnic, i a la creació d'un cos de coneixements propi. En aquest sentit el Pla director sociosanitari (PDSS) l'any 2005 afegeix criteris singulars de planificació i avaluació dels serveis sociosanitaris adreçats a l'atenció de les persones, que queden recollides

en el que s'anomenen *Línies estratègiques del Pla director sociosanitari*, encara ara vigents:⁷

El PDSS considera l'atenció sociosanitària com aquella que s'adreça als col·lectius que s'esmenten a continuació:

- Persones que necessiten atenció geriàtrica integral.
- Persones que necessiten atenció al final de la seva vida o cures pal·liatives.
- Persones que pateixen la malaltia d'Alzheimer o altres demències.
- Persones amb altres malalties neurològiques discapacitants.

Es fixa especialment en l'atenció prestada a les persones en situació de risc i/o vulnerabilitat important en processos, crònics o aguts, amb diferents graus de discapacitat i en qualsevol etapa del cicle vital.

Aquest concepte pressuposa també l'atenció mitjançant un model assistencial en xarxa basat, principalment, en la multidisciplinarietat i en la valoració i intervenció integrals.

L'atenció sociosanitària com a integració del vessant social i sanitari no està estesa fora de Catalunya i l'Estat espanyol. Només el País Basc, pel que fa a desenvolupament i creació d'institucions sociosanitàries, està basat en unitats sociosanitàries dins de residències. I a Europa, França presenta una organització similar a la catalana, amb l'existència d'una xarxa de centres sociosanitaris per a l'atenció de la gent gran. L'atenció residencial de les persones grans és responsabilitat del sector social i és gestionada a cada departament. L'atenció residencial de la gent gran es du a terme a diferents tipus d'institucions i ofereix nivells de serveis diferents mitjançant la combinació de serveis socials i sanitaris/infermers.

Per contra, al Regne Unit, Suècia i Alemanya, l'atenció a les persones amb perfil sociosanitari compta amb un suport important de les estructures assistencials, tant sanitàries com socials, de la comunitat i al domicili, i inclou l'atenció sanitària especialitzada, però fa un ús considerable d'eines com les adaptacions del domicili o de les alarmes de seguretat personal.⁸

A Catalunya, la política sanitària actual s'orienta a l'atenció de la població inclosa en el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, en el marc del Pla de salut 2011- 2015, que engloba i enfoca la revisió dels models assistencials per tal de donar la resposta adequada als reptes que suposa l'envelliment de la població en les properes dècades.⁹

L'atenció a les persones amb malaltia crònica i a les persones amb factors de risc de patir-les són el desencadenant d'aquest procés de revisió. Les condicions de salut relacionades amb la cronicitat són les que tenen una expectativa de creixement i un impacte més elevats en els indicadors de salut i en la sostenibilitat del sistema de benestar. La finalitat del Programa és aportar un nou model d'atenció social i sanitària per a tots els ciutadans de Catalunya basat en actuacions integrades, coordinades, planificades, factibles i proactives.

Complementàriament, el desplegament del Pla de prevenció i atenció a la cronicitat¹⁰ dona una oportunitat a la professió infermera en l'àmbit sociosanitari perquè, d'una banda, inclou projectes que n'afecten directament la carrera professional i d'especialització i, de l'altra, el desenvolupament del model assistencial sociosanitari li dona un poder de decisió que fins ara podia ser indefinit.

L'atenció a les persones en situació de complexitat requereix una formació integrada en un model de cures i una visió integral de la persona, amb una previsió tant de l'aspecte professional i l'aprofundiment en el maneig de la malaltia com dels temes psicològics, socioculturals i de valors. Els professionals d'infermeria, com a professionals de la salut amb visió holística i garants de les cures, poden aportar en aquest procés la seva expertesa en el maneig clínic de les malalties i actuar, per tant, com a agents aglutinadors de les necessitats del pacient per establir un pla de cures personalitzat avançat, fet que demostra que són els professionals idonis per assumir el lideratge del procés de salut en els pacients amb malalties cròniques. En aquest sentit, esdevé un agent de canvi en aquest nou escenari que obre les portes a rols nous dins de la professió infermera orientats cap a l'atenció a la cronicitat (professió infermera gestora de casos, professió infermera de pràctica clínica avançada, professió infermera assistencial amb lideratge clínic, etc.). Aquests rols nous han d'estar avalats per una formació especialitzada i per un reconeixement formal dins del nou projecte de salut i dins de les institucions.

És des d'aquesta perspectiva que s'ha d'incloure l'activitat de professionals d'infermeria amb formació especialitzada en geriatria com a requisit per al desenvolupament de tasques en llocs de treball determinats. Segons aquest plantejament, en un termini mitjà, és necessària la planificació de la xarxa d'atenció a la població a què ens referim en aquest document, i s'han de tenir en compte els diferents nivells assistencials així com les diverses disciplines i els nivells de formació que intervenen i les funcions i responsabilitats que se'n deriven.

En un moment en què ja s'ha començat la formació de personal infermer especialitzat en geriatria, per exemple, en els centres sociosanitaris, s'ha de preveure la presència progressiva de líders clínics, responsables de formació, entre d'altres, amb formació especialitzada.

3. Tipologia de pacients en els centres sociosanitaris

Una de les característiques dels centres sociosanitaris és que els pacients que cal atendre-hi, encara que tinguin un mateix diagnòstic mèdic, es poden trobar en situacions de dependència, inestabilitat clínica o necessitat de cures molt diferents, fet que genera una gran heterogeneïtat en les càrregues de treball i, per tant, ocasiona necessitats de recursos humans diverses. La variabilitat en el perfil de pacients queda agrupada de la manera següent:

Perfil del pacient de convalsència

Es tracta de persones grans amb malalties de base que necessiten una recuperació funcional després de patir un procés quirúrgic, traumatològic o mèdic, prèviament tractat en una fase aguda. L'objectiu d'aquesta unitat és restablir les funcions o activitats que hagin estat afectades, parcialment o totalment, per diferents patologies.

Perfil del pacient de llarga estada socio sanitària

Són els pacients que es troben a la unitat d'hospitalització que té com a funció el tractament rehabilitador, les cures de manteniment, la profilaxi de complicacions, com també el suport a persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució que ja han generat incapacitats funcionals de major o menor grau.

Perfil del pacient subagut

Són pacients mèdics diagnosticats de malaltia crònica coneguda en els quals es reaguditza una o més de les seves patologies (respiratòries, cardiològiques, urinàries, etc.).

Perfil del pacient a les unitats de pal·liatius

Aquestes unitats estan destinades a l'atenció global de persones en situació de malaltia avançada o que es troben al final de la vida. Combinen l'atenció a malalts geriàtrics amb l'atenció a malalts amb malaltia crònica evolutiva en fase terminal. L'objectiu d'aquestes unitats és millorar, tant com sigui possible, la qualitat de vida de la persona malalta i del seu entorn cuidador, mitigar el patiment físic i emocional associat a la mort i oferir la màxima ajuda a la persona malalta i el seu entorn.

4. Lideratge clínic infermer en l'àmbit socio sanitari

El model de gestió assistencial infermera inclou el pensament estratègic i els instruments de gestió com són la direcció per objectius i la gestió de processos. Complementàriament, el desenvolupament d'estructures funcionals i orgàniques més descentralitzades i flexibles, ha d'ajudar els professionals assistencials a aportar valor al procés assistencial ja que s'aproxima la presa de decisions clínica a la gestió i el govern de l'organització socio sanitària.

El lideratge infermer en l'àmbit socio sanitari, dins i fora del centre, afegeix valor a l'avaluació dels resultats en la pràctica clínica, la competència professional, la satisfacció i els resultats de salut assolits per la persona.

El personal d'infermeria assistencial amb lideratge clínic és expert en la prestació de cures, està format en mestratge o doctorat, actua com a assessor, docent i consultor dels professionals de la salut, coordina l'atenció de salut a través de la continuïtat de les cures i promou la investigació. També la bibliografia existent incideix en el fet que la infermera o infermer amb lideratge clínic treballa amb el personal d'infermeria assistencial per millorar els resultats de les cures als pacients.

No es disposa de consens sobre les competències específiques del personal d'infermeria socio sanitària. No obstant això, les organitzacions han establert aproximacions a aquestes competències en relació amb aquestes àrees principals: realització i coordinació de cures expertes, utilització eficient dels recursos, col·laboració multidisciplinària, assessorament i consultoria, i incorporació de l'evidència científica a la pràctica. Tot plegat ajuda a dissenyar el reconeixement de lideratge clínic.

La incorporació d'infermeres i infermers amb lideratge clínic al nostre sistema sanitari implicarà canvis organitzatius a favor d'unes estructures de gestió més horitzontals. Tal com mostra la bibliografia, aquesta proposta d'innovació gestora millorarà els resultats de les cures als pacients: disminució de les nafres, les infeccions, etc.; disminució de les estades mitjanes, dels recursos materials, etc.; i, especialment, increment dels índexs de satisfacció dels pacients/usuaris i els professionals.

La infermera o infermer és, per la formació, les responsabilitats i l'organització del treball, el professional idoni per realitzar el lideratge en l'àmbit sociosanitari. La visió holística de les persones, la presència física en el centre les 24 hores del dia, tots els dies de la setmana, la participació activa en l'avaluació del pacient i en la identificació i el seguiment dels problemes de salut, així com el seu paper d'educar el pacient en la responsabilitat, o el cuidador principal, en l'autocura de la seva malaltia, permet la continuïtat en l'atenció i en el seguiment del procés, n'evita la fragmentació i afavoreix el treball compartit.

El lideratge clínic és necessari per assolir l'excel·lència en les cures infermeres. Però cal que aquestes figures comptin amb el reconeixement institucional del col·lectiu d'infermeria i de la resta de l'equip assistencial, no tant perquè se les distingeixi amb un estatus sinó perquè se les identifiqui amb un alt nivell competencial, d'expertesa i coneixement en l'àmbit de la seva responsabilitat. Tal com s'ha comentat anteriorment, aquests professionals, a criteri del grup que ha elaborat aquest treball, haurien ser, en un futur, infermeres i infermers especialitzats.

5. Recursos humans en l'àmbit sociosanitari: situació actual

Tal com s'ha indicat a la introducció d'aquest document, no hi ha criteris per a l'assignació de recursos humans en l'àmbit sociosanitari de Catalunya. Aquesta limitació ha permès que cada entitat proveïdora, d'acord amb les seves característiques, segons tinguin o no ànim de lucre, a més d'altres condicionants, estableixi les dotacions que considera adequades. Aquesta discrecionalitat fa que, un cop més, l'heterogeneïtat sigui la norma en aquestes dotacions.

D'altra banda, es dona la paradoxa que, en l'àmbit residencial, en els seus centres assistits i dins del grup de persones que requereixen atencions molt intenses, es poden atendre persones dependents en una situació de salut similar a la que poden presentar alguns dels usuaris de centres de llarga estada sociosanitària. Però, en aquests centres socials, per normativa, s'han d'acomplir unes ràtios de professionals, la qual cosa fa que hi pugui haver centres residencials amb una dotació de personal sanitari superior a l'existent en centres sociosanitaris de llarga estada.

Aquesta situació va motivar que el PDSS realitzés l'estudi *La disponibilitat de professionals d'atenció directa als centres de llarga durada a Catalunya l'any 2010*. Les conclusions d'aquest treball posen de manifest l'absència de criteris per a la dotació de professionals sanitaris en els centres sociosanitaris, així com les dificultats per conèixer les dotacions actuals d'aquest personal als centres. Per aquestes raons el document conclou que és convenient posar en marxa un estudi que permeti aprofundir en aquest àrea específica de la dotació de recursos sanitaris en els centres sociosanitaris.

En relació amb aquesta situació, d'una banda, el Grup de Treball va realitzar una cerca bibliogràfica del període no inclòs a l'estudi esmentat i en va confirmar les carències citades. De l'altra, es va dur a terme una aproximació a la realitat per identificar-ne els aspectes més rellevants i valorar on s'havien d'adreçar les recomanacions futures.

L'anàlisi de les dades disponibles i els instruments de mesura per obtenir-les, tant sobre perfil i tipologia de pacients com de situacions clíniques i de dependència funcional, són molt diversos i encara insuficients per tal de mesurar les necessitats i càrregues assistencials. El RUG* és necessari, però insuficient per mesurar aquestes situacions.

No obstant això, tot i conèixer aquestes mancances, el Grup de Treball va acordar dur a terme un treball de camp per tal d'identificar concretament les dificultats i limitacions per a l'obtenció de les dades.

Aquest treball es va desenvolupar la setmana del 8 al 14 d'octubre a cinc centres que disposen de llits de convallescència i de llarga estada, i que atenen pacients de les diferents tipologies, inclosos pacients subaguts, pal·liatius i la resta de categories prevalents segons les dades aportades pel conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio-sanitaris (CMBDRSS).**

Es va fer un seguiment per observació directa empírica de les activitats del personal d'infermeria (infermeres i infermers, i auxiliars d'infermeria) en el desenvolupament de les seves intervencions, les 24 hores del dia i els 7 dies de la setmana en cinc centres socio-sanitaris (Mutuam Güell, Mutuam Girona, Parc Sanitari Pere Virgili, Sagessa Reus i Sagessa Tortosa).

La mostra va ser de conveniència en un nombre total de 125 pacients. El perfil de la mostra correspon al de tipologia de pacient socio-sanitari.

Els ítems d'observació van ser el pla de cures i el temps per intervenció de la infermera o infermer i l'auxiliar d'infermeria:

- Definició de les competències.
- Plans de cures estandarditzats.
- Consens amb l'atenció hospitalària i l'atenció primària respecte a la continuïtat assistencial.
- Incorporació d'instruments homogenis que permetin mesurar la càrrega de treball.

La realització d'aquesta observació va demostrar que es tracta d'una tasca feixuga i molt laboriosa, per la gran quantitat de dades que s'han de recollir i el gran nombre d'excepcions i situacions singulars. Es va posar de manifest que és necessari dissenyar un estudi de recerca molt específic i oferir una formació concreta als investigadors que desenvolupin el treball de camp.

El treball de camp va permetre identificar les dificultats i limitacions que s'haurien de minimitzar per tal de poder desenvolupar un estudi més endavant.

Encara que la relació de limitacions no pretén ser exhaustiva, ens en permet afirmar la rellevància i això justifica la demanda i la necessitat de realitzar una investigació que

* RUG: Resource Utilization Group. Eina de classificació de pacients (cures àmplies, cures especials, complexitat clínica, deteriorament cognitiu, problemes de comportament, funcions físiques reduïdes) en la qual es basa el conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio-sanitaris del CatSalut.

** CMBD: Conjunt mínim bàsic de dades del registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya.

de forma objectiva i rigorosa permeti fer les recomanacions per les ràtios de professionals de l'equip d'infermeria en els centres socio-sanitaris.

6. Discussió

Atesa la complexitat i les dificultats de l'abordatge del treball encomanat i el limitat temps disponible, malgrat que el Grup de Treball s'ha centrat en el desenvolupament de l'objectiu específic de dissenyar una assignació de professionals de l'equip d'infermeria en els diferents serveis socio-sanitaris, només ha aconseguit fer-ne una aproximació. Són moltes i complexes les variables que condicionen la fórmula que pugui orientar les dotacions infermeres. N'és la prova l'estudi descriptiu dels centres socio-sanitaris esmentats.

Se sap, d'una banda, que la xarxa socio-sanitària ha assumit i ha consolidat un paper clau en l'atenció a la tipologia de pacients ja exposada i que ha esdevingut, per l'expertesa adquirida, un referent com a suport i element complementari dels altres àmbits i nivells en el procés assistencial i, de l'altra, que el model socio-sanitari garanteix l'expertesa en l'atenció, però que la prestació de l'atenció socio-sanitària és variable i heterogènia.

Actualment, se sap que les polítiques de retallades incideixen de manera especial en la reducció de professionals, especialment dels equips d'infermeria. Aquest fet, però, és absolutament contrari a la voluntat d'escurçar les estades hospitalàries. Les estades hospitalàries més curtes requereixen un nombre més alt d'infermeres i infermers que atenguin el nombre elevat de cures.¹²

D'altra banda, el nombre i els nivells de formació de les infermeres i infermers d'un centre tenen una relació directa amb la qualitat de l'atenció que reben els pacients i, inclús, es relaciona amb les taxes de mortalitat i d'infecció nosocomial.¹³

A més, una llarga llista de greuges relacionats amb factors diferents s'afegeixen a la complexitat de la feina encarregada, que transcendeix l'encàrrec al grup:

- El desconeixement de la xarxa d'atenció primària de salut i dels hospitals d'aguts sobre l'oferta assistencial socio-sanitària.
- La distribució dels dispositius socio-sanitaris al territori s'ha fet de forma desigual i, tot i que s'ha fet un esforç important en els darrers anys per equiparar l'accés dels ciutadans a aquesta xarxa, es mantenen diferències destacables a Catalunya. L'estructura social de la zona (urbana, rural, nivell socioeconòmic, etc.) determina un patró diferent en la utilització d'aquests recursos.
- L'increment de la dependència, la cronicitat i la complexitat ha provocat que els centres socio-sanitaris hagin hagut de fer un esforç desigual per adaptar-se a la situació i atendre les noves necessitats. Així doncs, hi ha una gran variabilitat en l'oferta assistencial.
- Durant aquests darrers anys els serveis socio-sanitaris s'han anat especialitzant i diversificant en línies de serveis específiques. S'ha generat un salt qualitatiu en el sector que no es prou conegut pels professionals o serveis derivants.

- No queda prou garantida l'accessibilitat a aquests serveis de la població més dependent i fràgil a causa de la saturació dels recursos socials.
- L'alta rotació hospitalària obliga els dispositius socio-sanitaris a admetre pacients que fins ara no assumia.
- L'atenció primària utilitza poc l'accés directe als dispositius socio-sanitaris existents.
- Els dispositius socio-sanitaris ambulatoris estan infrautilitzats (equips d'avaluació interdisciplinària ambulatoria -EAIA, hospitals de dia socio-sanitaris per a la neurorehabilitació i psicoestimulació cognitiva, programes d'atenció domiciliària-equips de suport -PADES, unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries -UFISS).
- La manca de polítiques socials i sanitàries coordinades que garanteixin una atenció continuada de qualitat al ciutadà segons les seves necessitats.

7. Conclusions

La complexitat del treball encomanat i el temps limitat condueixen a la necessitat de continuar aprofundint en aquest estudi. Detallades **de general a particular**, les conclusions que es presenten són:

1. Resta pendent la planificació, l'avaluació i la compra dels serveis socio-sanitaris i socials d'acord amb l'evidència obtinguda.
2. La xarxa d'atenció primària de salut i la de l'hospital d'aguts desconeix l'oferta assistencial experta socio-sanitària i la seva heterogeneïtat territorial.
3. Falta de desenvolupament de l'especialitat d'infermeria geriàtrica (Madrid, Castella-La Mancha, País Basc, etc., ja tenen en marxa l'especialitat).
4. Manca de definició de competències i del lideratge clínic corresponent de l'equip d'infermeria en l'àmbit socio-sanitari. El Pla de salut 2011-2015 és una oportunitat per fer-ho.
5. Falten instruments validats per mesurar les càrregues.
6. S'evidencia una comunicació interprofessional entre els nivells assistencials.
7. La complexitat progressiva dels pacients i la pressió assistencial han portat al fet que s'hagi de definir la dotació de recursos humans.
8. Les diferències entre la definició i la classificació de pacients en el si del propi sistema també comporten patrons diferents de cures per centres.

8. Recomanacions (document aprovat pel Consell de la Professi3 Inferredora de Catalunya en reuni3 de Plenari de 18-12-2012)

1. Definir i consensuar la dotaci3 de recursos humans d'acord amb la complexitat dels pacients.
2. Promoure la definici3 de les compet3ncies i del lideratge cl3nic corresponent de l'equip d'infermeria.
3. Desenvolupar l'especialitat d'infermeria geri3trica donant acc3s a les places oportunes del per3ode 2014-2015.
4. Validar els instruments de mesura de les c3rregues en l'3mbit sociosanitari.
5. Dur a terme pol3tiques p3bliques sanit3ries i socials conjuntes.
6. Exigir el compliment dels contractes en la prestaci3 dels serveis.
7. Donar visibilitat a l'oferta assistencial sociosanitari a la xarxa d'atenci3 prim3ria de salut i dels hospitals d'aguts.
8. L'adhesi3 dels centres sociosanitaris al sistema sanitari integrat d'utilitzaci3 p3blica de Catalunya (SISCAT).

9. Referències bibliogràfiques

1. Pla de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya. Barcelona. Abril 2012.
[Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/563operatiu.pdf]
2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. MSPSI. 2012.
[Diponible a:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABO RDAJE_CRONICIDAD.pdf]
3. Document i annex: Propostes del Consell de la Professi3 Inferreda de Catalunya per garantir la qualitat assistencial en el sistema p3blic de salut davant la situaci3 actual de reajustament econ3mic.
[Disponible a:
http://www.gencat.cat/salut/cpic/html/ca/dir2864/cpic_propostes_i_annex_2012.pdf]
4. Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i se'n fixen les normes d'autoritzi3. Publicaci3 en el DOGC (DOGC n3m. 3597, p3g. 4827).
[Disponible a: <http://www.gencat.cat/diari/3597/02057093.htm>]
5. Salvà A, Llevadot MD, et al. L'atenci3 socio-sanit3ria a Catalunya. Vida als anys. Barcelona: edici3 CatSalut; 2003
[Disponible a:
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/at_sociosan/atsoc2003.pdf]
6. Pla director socio-sanitari 2004. Direcci3 General de Planificaci3 i Avaluaci3. Departament de Salut.
[Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20directors%202008-2010/Socio-sanitari/Que%20es/Documents/pd_socisanitari271006.pdf]
7. An3lisi de l'evoluci3 del perfil de complexitat en la llarga estada socio-sanit3ria en el per3ode 2003 a 2009. Pla director socio-sanitari. Institut Catal3 de l'Envel·liment de la Universitat Aut3noma de Barcelona (document no publicat). Juny 2011.
8. Programa Enfermera Referente. 3mbito Socio-sanitario y de Salud Mental. Direcci3 de Enfermer3a 2010. Gest3 Sanit3ria de Mallorca.
[Disponible a: <http://www.gesma.org/documentos/psenf/referente.pdf>]
9. Pla de salut 2011-2015.
[Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf].

10. Programa per a la prevenció i l'atenció a la cronicitat 2012. Redefinició del rol de l'hospital d'aguts i l'atenció especialitzada en l'atenció a la cronicitat.
[Disponible a:
[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model assistencial/Atencio al malalt cronic/documents/front3 aguts.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model%20assistencial/Atencio%20al%20malalt%20cronic/documents/front3_aguts.pdf)]
11. Estudi sobre l'entorn organitzatiu de les infermeres d'hospitalització de Catalunya. Càtedra de Gestió, Direcció i administració Sanitàries de la UAB. 2010. Barcelona.
[Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Estudis/17_infermeria/Documents/Arxius/estudi_entorn_organitzatiu_infermeres.pdf]
12. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. [Nivel de plantilla de enfermeras y calidad de los cuidados en los hospitales] Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med [New England Journal of Medicine]. 2002. 346(22):1715-22.
13. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. [Plantilla de enfermeras y mortalidad de pacientes, burnout de enfermería e insatisfacción laboral] Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA. 2002. 28(16):1987-93.
14. Anàlisi de la millora funcional en les unitats de convalsència socio sanitàries i exploració dels factors associats. Pla director socio sanitari. Fundació Institut Català de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona (document no publicat). Juny 2011.
15. Memòries d'activitat del Servei Català de la Salut (CatSalut) 2011. Atenció socio sanitària pàg.84-108; 2012
[Disponible a:
http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2011/memoria_catsalut2011.pdf]

10. Annexos

Annex A

Segons els registres del CMBDRSS corresponents a totes les valoracions dels episodis produïts en centres de convalescència d'estada mitjana durant l'any 2009, les característiques de les persones inclouen en molt gran part l'**edat avançada** (al voltant dels 79 anys) i de **sexe femení**. La majoria de persones **provenen d'hospitals d'aguts** o de centres psiquiàtrics i, en menor percentatge, del domicili particular o residencial. L'**estat cognitiu** de les persones ingressades als centres és molt variable: s'hi troben persones de tot el rang de l'índex CPS (*cognitive performance scale*), amb valors que van des de la cognició intacta fins als valors de deteriorament greu. Per contra, la mostra presenta un **grau de dependència funcional elevat**, ja que més de la meitat de les persones presentaven dependència en 8 o 9 activitats de la vida diària (AVD). Com que és raonable que esperin en unitats de convalescència, la gran majoria dels pacients (75%) es van classificar en les categories de rehabilitació (recuperació funcional després de patir un procés quirúrgic, traumatològic o mèdic amb tractament previ agut) o complexitat clínica (sonda alimentària, coma totalment dependent, deshidratació moderada, hemiplegia o hemiparèsia, malaltia terminal, medicació per via parenteral, oxigenoteràpia, lesió o infecció al peu i cures no complexes).

Un cop donats d'**alta** de la unitat de convalescència, **la majoria de pacients van retornar al seu domicili habitual** (particular o residència) o es van derivar a un altre centre o servei sociosanitari. L'estada mitjana a la unitat de convalescència va ser de 40 dies, tot i que la meitat de les persones hi van estar ingressades poc més d'un mes i el 75%, menys de 2 mesos. Durant l'estada dels pacients, en general, no se'n van observar canvis de l'estat cognitiu, però sí una millora de l'estat funcional. L'**estat funcional va millorar** durant l'estada, amb una reducció del nombre d'AVD amb dependència. Gairebé la meitat de pacients de la mostra (47%) va recuperar la independència en una o més AVD.

Les variables més destacables van ser la **incontinència intestinal o vesical** de caràcter ocasional o freqüent que afectava una tercera part de la població, tot i que més de la meitat de la mostra utilitzava bolquers (55,2%). La utilització de sonda permanent va ser poc prevalent (9,5%). En l'àmbit relacionat amb la comorbiditat van destacar les intervencions per a la **prevenció dels problemes derivats de la immobilització** (canvis posturals i sistemes d'alleujament de la pressió).

A la **figura 1** es mostra el percentatge de casos que van millorar una o més AVD a l'alta per cada valor possible d'AVD dependents a l'ingrés. Excepte el grup que no tenia cap AVD dependent a l'ingrés i que, en cas de quedar-se igual, també es considerava una millora, es pot veure que la relació entre dependència a l'ingrés i millora funcional dibuixa una corba. D'una banda, les persones amb **menys AVD afectades tenien menys marge de millora** que les persones amb 4 a 7 AVD i, de l'altra, **les persones amb més afectació** (8 o 9 AVD) també **tenien poc marge de millora** atesa la gravetat de la seva situació de dependència.

El perfil dels pacients ingressats a les unitats de convalescència en determina la intensitat terapèutica. La freqüència de visites mèdiques va ser moderada (3,1 visites

per quinzena de mitjana) resultant en l'actualització periòdica d'ordres mèdiques (1,7 per quinzena). Es va observar que les teràpies de parla i deglució (logopèdia, educació en menjar/empassar, teràpia respiratòria, educació en habilitats de comunicació), juntament amb la teràpia ocupacional o la de cura dels monyons d'amputacions/pròtesis, eren les menys freqüents, amb mitjanes de 0,2 a 2 dies setmanals. Per contra, **les teràpies relacionades amb la mobilitat (fisioteràpia, mobilitzacions actives i passives, educació en mobilitat al llit, transferències, habilitats per caminar o vestir-se) eren més freqüents, amb una mitjana de 2 a 3,5 dies a la setmana.**

Així mateix, segons les dades de la *Memòria d'activitats 2010* del CatSalut, els diagnòstics més freqüents dels episodis assistencials han estat la **fractura de coll de fèmur** (14,0%), els **deliris**, les **demències i altres trastorns cognitius i amnèsics** (6,8%) i les **osteoartritis** (5,1%). L'estada mitjana de pacients de grups diagnòstics compatibles amb **descompensació d'una patologia crònica** (insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva; malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi) és sensiblement més curta (24 dies) respecte d'aquells processos de **recuperació funcional postprocés traumàtic o mèdic agut** (fractures i malaltia cerebrovascular aguda) que, en tots els casos, ha oscil·lat entre els 36 i els 45 dies.

Annex B

Segons el registre del CMBDRSS corresponent a totes les valoracions dels episodis produïts en centres de llarga durada socio sanitària, durant el període que va des del 2003 fins al 2009, en tots els anys considerats s'ha pogut observar que la majoria d'admissions corresponen a **dones**, tot i que aquest percentatge tendeix a disminuir lleugerament. L'edat mostra una variabilitat mínima al voltant dels **79 anys**. La procedència de les persones és majoritàriament de **domicili habitual**, seguida dels hospitals, els centres socio sanitàris i els centres d'atenció primària.

Les quatre procedències més freqüents exposades a la figura 2 mostren que al llarg del període disminueixen en un 14% els ingressos procedents del domicili habitual i **augmenten les derivacions des d'hospitals** (increment del 7%) o centres socio sanitàris (increment del 8,6%). Les derivacions procedents de centres d'atenció primària presenten un increment inicial que posteriorment s'anul·la durant el 2008 i el 2009.

A la [Taula 1](#) es presenten aquelles agrupacions de diagnòstics principals a l'ingrés que presenten una freqüència total >2%. S'hi pot observar que aglutinen més de la meitat dels registres analitzats cada any. Ordenats per freqüència total, hi ha els **trastorns orgànics/demència**, la **malaltia cerebrovascular aguda** i l'**admissió administrativa/social**. Els segueixen els diagnòstics de fractura de maluc, úlcera crònica de pell, MPOC, fractura d'extremitat inferior, insuficiència cardíaca congestiva i malalties diverses del teixit connectiu.

En tots els anys considerats, s'observen les categories més freqüents que són les de **rehabilitació**, **funció física reduïda**, **complexitat clínica** i, en menor mesura, atenció especial, tal com s'observa a la [taula 2](#). Hi destaca l'augment constant de la categoria de rehabilitació (A REHB). S'observa una disminució de les categories de complexitat clínica (D CCLI), atenció especial (C SPCR) i funció física reduïda (GPHYS). En canvi, durant el període d'estudi s'observa poca variació en les categories d'atenció intensiva (B EXTR), deteriorament cognitiu (E DTG) i trastorns de conducta (F BEHA). La davallada de la categoria de funció física reduïda produïda l'any 2005 està en consonància amb la davallada observada aquell any en la dependència física tot i que, posteriorment, no es manté el creixement continuat que s'observa en la dependència.

Teràpies

A la [taula 3](#) s'explora l'evolució de les freqüències de les teràpies administrades. Cal destacar que pràcticament totes les teràpies varien significativament durant el període, amb oscil·lacions superiors al 2%. La **fisioteràpia i la teràpia ocupacional** són les dues teràpies que mostren un increment més significatiu i constant en el nombre de persones a qui són administrades. La freqüència en l'educació en habilitats per a la comunicació mostra un descens significatiu. La resta de teràpies fluctuen durant el període considerat i sovint mostren un increment durant el període 2003-2004, seguit d'un descens fins a l'any 2007 i, posteriorment, d'una recuperació fins a l'any 2009. Hi ha quatre teràpies poc freqüents, que són la logopèdia, la teràpia respiratòria, l'ajuda en la col·locació de pròtesis i l'educació en la cura de monyons d'amputacions. D'aquestes teràpies en principi poc freqüents, **l'educació en la cura de monyons d'amputacions mostra un augment significatiu i rellevant al llarg del temps**.

És interessant observar que la intensitat de les teràpies administrades s'ha modificat al llarg del temps. L'única teràpia la intensitat de la qual ha disminuït de forma clara i constant entre el 2003 i el 2009 és la teràpia respiratòria, amb una reducció de més d'un dia setmanal. Les altres dues teràpies que en algun moment del període han presentat canvis superiors a un dia setmanal són la **logopèdia** i l'**educació en menjar/empassar**. Ambdues teràpies mostren un creixement d'intensitat al voltant de l'any 2005 i un decreixement posterior.

Algunes de les conclusions que es poden extreure sobre l'evolució del període 2003-2009 són les següents:

- S'observa un **increment de la complexitat**. Aquesta complexitat es concentra en la categoria de rehabilitació (2003: 16,6%; 2009: 36,9%; diferència: 20,3%). Es manté un percentatge molt alt de persones amb funcions físiques reduïdes (2003: 31,6%; 2009: 21,6%; diferència: 10,0%), tot i que disminueix amb el temps.
- S'observa un **descens del diagnòstic de trastorn orgànic/demència** al llarg del període estudiat (2003: 26,7%; 2009: 17,9%; diferència: 8,8%), tot i que no va acompanyat de canvis en l'índex CPS (*cognitive performance scale*). També hi ha un **descens del diagnòstic de malaltia cerebrovascular aguda** (2003: 10,1%; 2009: 8,1%; diferència: 2,0%).
- Hi ha un **creixement notable de l'admissió administrativa/social** (2003: 4,4%; 2009: 12,1%; diferència: 7,7%), que pot ser produïda per una més bona notificació o també per la inclusió de les persones en programes de respir familiar. També hi ha un increment petit de les fractures de maluc i les fractures d'extremitats inferiors (2003: 6,5%; 2009: 8,3%; diferència: 1,8%), en concordança amb l'increment de les activitats rehabilitadores.
- S'observa un **creixement molt moderat del nombre d'AVD dependents** (2003: 6,1; 2009: 6,7%; diferència màxima: 1,1 AVD depenent).
- S'observa un **creixement del percentatge de persones que reben fisioteràpia** (2003: 10,5%; 2009: 27,9%; diferència: 17,4%) i **teràpia ocupacional** (2003: 21,4%; 2009: 46,8%; diferència: 25,4%), i un **increment dels dies de logopèdia** per a les persones que reben aquesta teràpia.
- S'observa una **disminució de les hores setmanals de teràpia respiratòria** (2003: 4,8; 2009: 3,4; diferència màxima: 1 dia/setmana) i l'**educació en empassar** (2003: 6,4; 2009: 5,7; diferència màxima: 1 dia/setmana), així com del percentatge de persones que reben **educació en habilitats de comunicació** (2003: 14,9%; 2009: 12,8%; diferència màxima: 6 dies/setmana).
- S'observa un **increment de les persones amb ferida quirúrgica** (2003: 26,1%; 2009: 37,7%; diferència: 11,6%), que pot explicar-se pels canvis en les polítiques d'alta i la regulació dels fluxos de pacients als hospitals d'aguts.

Aquests resultats es complementen amb els que dona la *Memòria d'activitat 2010* del CatSalut.

El grup de **deliris, demències i altres trastorns cognitius i amnèsics** representa el grup de diagnòstics més freqüents dels pacients atesos mitjançant recursos de llarga durada (19,7% de tots els episodis assistencials), seguits de la **malaltia cerebrovascular aguda** (8,9%); un 7,2% dels episodis corresponen als ingressos temporals en concepte de descàrrega familiar. L'estada mitjana dels pacients donats d'alta durant aquest any va ser de 195,4 dies i la mediana, de 59 dies.

Taules i figures

Figura 1. Percentatge de millora funcional del pacient segons nivell d'afectació a l'ingrés. Unitats de convalsència

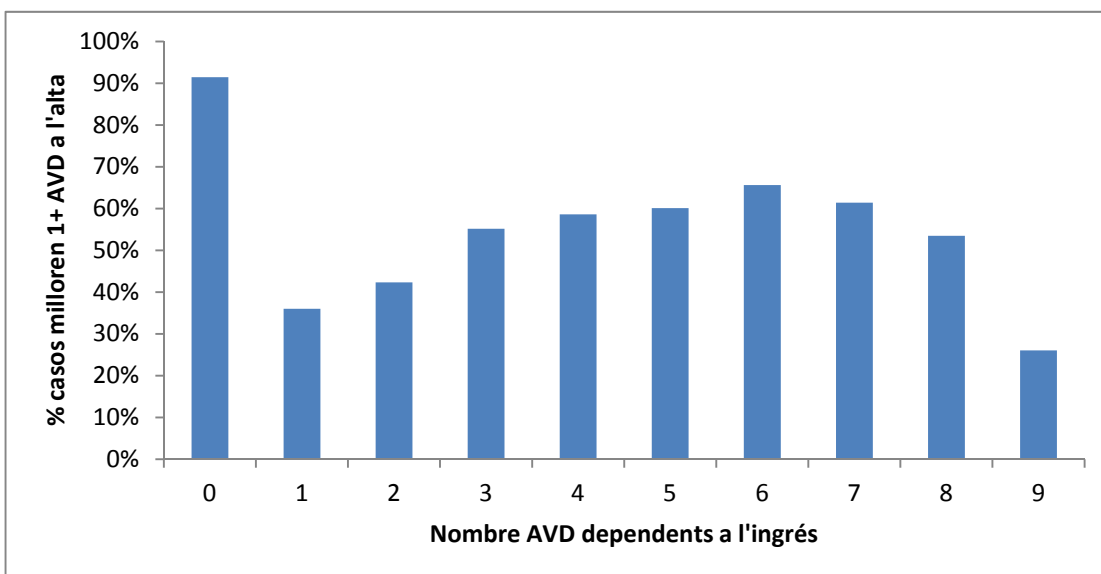
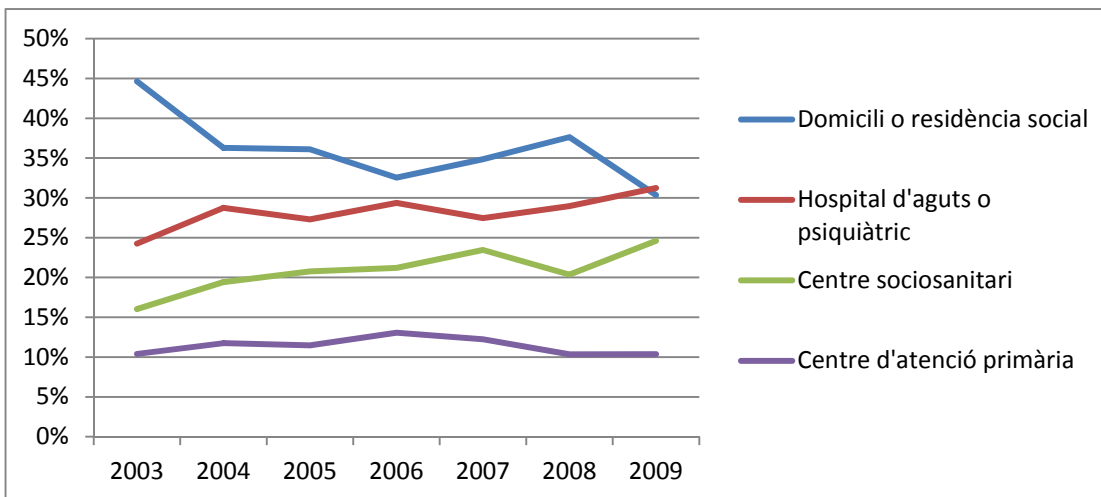


Figura 2. Procedència de la persona a l'ingrés. Unitats de llarga estada



Taula 1. Diagnòstic principal agrupat de la persona a l'ingrés. Unitats de llarga estada

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	26,7	24,8	29,0	25,1	24,5	21,4	17,9
Malaltia cerebrovascular aguda	10,1	11,1	9,9	9,7	8,6	7,3	8,1
Admissió administrativa/social	4,8	4,6	4,3	5,1	4,7	5,6	5,6
Fractura de coll de fèmur (maluc)	1,1	1,3	1,3	2,4	1,9	2,7	3,3
Úlcera crònica de pell	3,0	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	3,0
Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i bronquièctasi	1,6	2,6	1,5	2,0	2,8	2,8	2,7
Fractura d'extremitat inferior	2,6	2,7	3,2	2,5	2,5	2,0	1,9
Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	2,2	2,6	2,3	2,4	2,6	2,2	2,0
Altres malalties de teixit connectiu	4,4	3,4	4,4	6,0	8,8	10,0	12,1
Total sobre el conjunt de registres	55,6	53,9	57,4	55,4	57,1	54,2	53,4

Taula 2. Categories més freqüents. Unitats de llarga estada

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Rehabilitació	16,6	25,5	25,8	27,2	28,9	30,3	36,9
Atenció intensiva	6,0	5,3	3,8	4,0	3,5	4,3	4,8
Cures especials	15,7	14,6	16,3	13,4	13,2	12,0	12,2
Complexitat clínica	22,9	22,8	24,3	19,0	20,7	19,8	18,9
Deteriorament cognitiu	6,1	5,7	5,8	6,9	6,3	5,7	4,5
Trastorns de conducta	1,0	1,0	0,8	1,4	1,1	1,5	1,1
Funcions físiques reduïdes	31,6	25,2	23,3	28,1	26,2	26,3	21,6
Casos	4.158	6.148	6.747	7.359	7.150	7.673	8.329

Taula 3. Teràpies. Percentatge de persones que reben sessions de teràpia de 15 minuts o més

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Logopèdia	0,73	1,02	1,14	1,31	1,34	1,07	1,77
Teràpia ocupacional	10,46	16,62	18,78	18,87	19,53	23,36	27,90
Fisioteràpia	21,39	28,21	31,90	35,37	37,58	41,04	46,80
Teràpia respiratòria	3,11	2,30	1,84	1,85	1,26	2,25	1,99
Mobilitzacions passives	22,08	24,90	23,79	25,05	21,52	22,24	27,87
Mobilitzacions actives	25,31	27,90	24,75	27,68	23,74	26,01	31,69
Ajuda col·locació pròtesi - ortesi	1,29	2,02	1,14	1,08	1,65	2,04	2,33
Educació en mobilitat al llit	18,67	24,77	22,38	21,13	21,16	22,23	26,55
Educació en transferències	24,30	31,92	27,62	26,70	23,67	26,99	31,47
Educació en habilitats per caminar	24,04	31,55	25,88	24,38	24,20	24,80	31,77
Educació per vestir-se / arreglar-se	24,27	33,21	29,52	27,21	26,40	25,88	32,75
Educació per menjar / empassar	17,41	24,16	22,45	18,86	16,53	16,22	21,47
Educació en la cura de monyons d'amputacions o pròtesis	2,02	2,50	2,41	3,37	5,44	3,62	6,25
Educació en habilitats per a la comunicació	14,93	19,22	17,56	16,88	14,46	13,04	12,80