

**ELS SERVEIS D'URGÈNCIES  
HOSPITALARIS: UNA  
REFLEXIÓ DES DE L'ÈTICA**

**Comitè de Bioètica de Catalunya**

**Maig 2017**

**Els serveis d'urgències hospitalaris:  
una reflexió des de l'ètica**

***Grup de Treball del Comitè de Bioètica de Catalunya***

A. Carreras, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; M. Morlans, Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) (coordinadors); I. Berdés, Hospital Universitari de Bellvitge; M. Broggi, CBC; J. M. Busquets, CBC; J. Escarrabill, Hospital Clínic, CBC; G. Gálvez, Hospital Universitari Vall d'Hebron; M. Jovells, F. Althaia, C. Júdez, Fundació Hospital de l'Esperit Sant; N. Martí, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; M. Puig, Hospital de Sant Pau; A. Puyol, Universitat Autònoma de Barcelona, CBC; N. Roger, Consorci Hospitalari de Vic; R. Ruiz, Atenció Primària Barcelona, i A. Tombas, Associació de pacients amb insuficiència renal

Maig de 2017

Índex

## **Introducció**

### **L'especificitat dels serveis d'urgències hospitalaris. Factors intrínsecs**

*Activitat continuada*

*Demanda elevada i en creixement progressiu*

*Afluència discontinua*

*Necessitat de prioritzar: la classificació*

*Aproximació diagnòstica difícil*

*Importància del factor temps*

*Necessitat d'observació*

*Urgent no sempre és greu, i greu no sempre és urgent*

*Necessitat de coordinació interna i externa*

*Mortalitat*

*Ansietat i expectatives*

*Impacte en la dinàmica dels hospitals*

*Impacte en la satisfacció dels usuaris*

### **Els serveis d'urgències hospitalaris i la xarxa assistencial. Factors extrínsecs**

*Malaltia crònica evolucionada*

*Marginalitat social i vulnerabilitat*

*Violència domèstica*

*Final de vida*

*Els serveis d'urgències hospitalaris: una reflexió des de l'ètica*

*El treball social en els SUH*

## **L'experiència del pacient als serveis d'urgències hospitalaris i la resposta de les organitzacions**

*La resposta institucional*

*L'experiència del pacient: escoltar, participar i actuar*

## **El respecte a les persones en els serveis d'urgències. Drets i deures**

*Identificació i presentació dels professionals*

*Tracte*

*Gestió del temps*

*Intimitat*

*Accessibilitat*

*Seguretat*

*Confidencialitat*

*Consentiment*

*Consentiment dels menors*

*Final de vida*

*Avaluació*

## **Recomanacions**

- 1. Canvi de paradigma en l'ordenació i la prioritització de l'assistència: dels serveis d'urgències hospitalaris a l'atenció primària i comunitària*
- 2. Informació a la ciutadania sobre els centres d'atenció continuada i altres dispositius d'urgències*
- 3. Coordinació amb la xarxa assistencial: el malalt crònic descompensat, assistència adequada a les residències geriàtriques i altres dispositius*
- 4. Gestió i comunicació personalitzada dels criteris per prioritzar l'atenció i sobre els temps de resolució*
- 5. Actitud dels professionals per promoure la confiança: oferir un tracte respectuós, presentar-se, presentar el relleu, informar, demanar el consentiment, garantir la confidencialitat*

6. *Actitud dels professionals amb les persones malaltes vulnerables*
7. *Atenció a la dicotomia entre intimitat i seguretat: espais i actituds professionals*
8. *Accessibilitat dels acompanyants*
9. *Competències específiques dels professionals dels SUH. Assistència supervisada (tutors) i responsabilització progressiva dels professionals en formació*
10. *Atenció al final de la vida*
11. *Implicació del comitè de direcció*

## Introducció

Els serveis d'urgència hospitalaris (SUH) són considerats i percebuts com uns dispositius bàsics en tot sistema de salut per la seva capacitat d'atendre processos patològics greus o que ho poden ser en un breu període de temps amb un possible resultat de mort o que requereixen un diagnòstic i tractament immediats per evitar el sofriment. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la urgència mèdica com "l'aparició fortuïta en qualsevol lloc o activitat d'un problema de causa diversa i gravetat variable que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part del subjecte que el pateix o de la seva família".<sup>1</sup> Aquesta percepció personal o familiar fa que en ocasions es produeixin consultes per problemes poc greus que podrien ser resolts en altres dispositius assistencials.

Dels gairebé 4 milions d'assistències realitzades als 82 SUH catalans durant l'any 2011, entre el 7 i el 12% van ser motiu d'ingrés amb un índex de mortalitat al mateix servei del 0,05%.<sup>2</sup> Els SUH duen a terme, doncs, una activitat intensa i ben diversa: s'hi atenen des de patologies amb risc vital i que requereixen atenció immediata (aturada cardiorespiratòria) fins a malalties greus o potencialment greus que requereixen diagnòstic i/o tractament en l'àmbit hospitalari (politraumatisme, infart agut de miocardi), però també processos urgents poc greus, alguns dels quals requereixen l'àmbit hospitalari (p. ex.: despreniment de retina, pielonefritis) per al diagnòstic i les primeres hores de tractament i observació, encara que no necessàriament ingrés. Finalment, els SUH atenen un grup de pacients (al voltant del 40-50%) que podrien ser atesos en centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), dispositius d'atenció urgent disponibles 24 hores amb una resolució intermèdia. En canvi, un 15% de la població (ancians, pacients fràgils o amb patologies cròniques) utilitzen els SUH de manera recurrent, fruit de la reagudització de les seves patologies.<sup>3</sup> En ocasions, les persones amb malalties cròniques evolucionades i les que són dependents i no disposen dels

---

1. Disasters & Emergencies Definitions. Training Package. WHO/EHA. Addis Abeba: Panafrican Emergency Training Centre; 2002.

2. Miro O, Escalada X, Gené E, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014; 26: 19-34.

3. AEVAL. Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas; 2014.

suports necessaris quan pateixen una agudització o empitjoren tenen taxes de freqüentació altes als SUH, derivades dels seus problemes de salut o d'una necessitat social.

A Catalunya gairebé el 50% dels ingressos hospitalaris procedeixen d'urgències.<sup>4</sup> Aquesta xifra pot augmentar en cas d'epidèmia, com la grip estacional, o en cas d'accidents o catàstrofes. Sovint aquests pics d'activitat, alguns previsibles, augmenten la pressió sobre els hospitals, tensen els ingressos programats i l'activitat quotidiana hospitalària. En alguns centres, el funcionament del SUH està integrat i coordinat amb el funcionament hospitalari a través de la direcció del centre, encara que no malauradament en tots els casos.

La diversitat i complexitat de situacions viscudes als SUH exigeixen una capacitació, formació i experiència professional específiques. Els professionals d'urgències sovint han de treballar en un entorn de saturació, en què cal prendre decisions complexes de forma ràpida, i supervisar de manera contínua l'activitat dels residents que hi treballen. L'impacte sobre les persones que han de ser ateses al SUH també és molt important. El temps d'espera sumat a la incertesa és un sofriment mitigable. Les visites al SUH, especialment per a les persones que pateixen una malaltia crònica, comporten contactes amb múltiples professionals sanitaris, l'exposició a proves diagnòstiques i tractaments de risc i canvis de medicació o introducció de nous tractaments, fets, tots aquests, que impliquen riscos per al pacient.

L'atenció urgent pot eximir de demanar el consentiment de la persona malalta només en situacions molt concretes, quan el pacient o la seva família no puguin atendre les explicacions o formular respostes. Fora d'aquestes excepcions, hi ha el temps suficient per informar i obtenir el consentiment. La pressió assistencial en els SUH no pot ser un argument per excusar la manca d'exigència o la menysvaloració respecte dels drets de les persones ateses.

---

4. Institut d'Estadística de Catalunya. Activitat hospitalària 2013. Generalitat de Catalunya; 2014. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=837&lang=es>

La informació a la persona malalta i als seus familiars és un element clau i contribueix a reduir l'angoixa i la incertesa que genera una situació viscuda com a urgent, com una amenaça greu per a la salut. Així, un altre factor clau és la diferent percepció que tenen del temps els pacients i els professionals. Per als professionals és una variable de procés i, per tant, es prioritza l'atenció segons la gravetat, amb l'esforç en el diagnòstic i l'estabilització de la persona malalta, i la consegüent demora en l'atenció dels menys greus. Però per a la persona malalta i els seus acompanyants, el temps és una variable de resultat i, com a tal, és molt preuat.<sup>5</sup> Per a qui té un dubte sobre el seu estat de salut amb la percepció de possible gravetat, el temps que transcorre sense la informació pertinent genera angoixa i patiment. El mateix pot passar als familiars que esperen i no tenen notícies de la persona malalta. En els SUH es pot generar patiment evitable si no es té en compte la gestió del temps i de la informació.

En gran part, el patiment generat pel temps d'espera es pot atenuar o es pot ajudar a suportar amb la informació adequada que, en la mesura del possible, pot, si no eliminar, sí acotar la incertesa. L'actitud del professional pot resultar reconfortant quan, seient al costat del malalt o estrenyent-li la mà, li mostra la seva predisposició a escoltar-lo i ajudar-lo.<sup>6</sup>

El paper clau dels SUH en el bon funcionament del nostre sistema de salut és inqüestionable. Per les seves característiques, hi ha una dificultat intrínseca per establir una relació clínica amb el pacient, especialment en circumstàncies d'elevada pressió assistencial. Els professionals d'urgències requereixen d'una capacitat específica en aquest sentit.

Aquest document pretén estimular la reflexió sobre les expectatives, percepcions i actituds de les persones implicades —els ciutadans, els professionals i els gestors sanitaris— i formular unes recomanacions que propiciïn l'establiment de relacions de confiança. Es vol explicitar els principis que sustenten els drets i deures dels ciutadans i

---

5. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; 363: 2477-81.

6. Bayés R. Los tiempos de espera en medicina. Med Clin. 2000; 114:464-7.

file:///F:/DOCS/SUH.%20CBC/Los%20tiempos%20de%20espera%20en%20medicina%20\_%20Medicina%20Clínica.html



professionals i identificar el perfil de les persones més vulnerables. També hauria de servir per orientar els ciutadans sobre la funció dels SUH i les limitacions que poden constrènyer els seus drets en el context d'una emergència. Les recomanacions aquí proposades tenen per objectiu fomentar el debat social sobre la funció dels SUH i la seva utilització, a més de reivindicar el respecte dels drets de les persones ateses, identificant i promovent les actituds professionals afavoridores d'una relació clínica de qualitat. Als ciutadans i als professionals els correspon decidir si les fan seves.

## **L'especificitat dels serveis d'urgències hospitalaris. Factors intrínsecs**

En els SUH hi ha una sèrie d'aspectes intrínsecs i propis de la urgència mèdica que cal assumir i, en contraposició, hi ha un conjunt d'aspectes extrínsecs o circumstancials, no propis de la urgència com a tal, sinó que històricament hi han estat associats i, per tant, són potencialment modificables i cal replantejar-los.

### ***Activitat continuada***

L'assistència en els SUH no té horari, cobreix les 24 hores del dia de tots els dies de l'any. Això implica un important desgast estructural i d'equipaments, així com la necessitat d'un gran equip de professionals (facultatius, infermeria, administratius i personal de suport) que permeti donar cobertura assistencial al llarg de tot el calendari. Per tant, s'entén que s'establiran equips en més o menys grau rotatoris, la qual cosa implica la possibilitat que hi hagi variabilitat en les actituds i actuacions. Els protocols assistencials i les guies de pràctica clínica poden ser uns bons instruments per assegurar la màxima homogeneïtat de les pautes d'actuació en els SUH.

### ***Demanda elevada i en creixement progressiu***

En els darrers dos anys, s'ha produït un increment en la demanda i complexitat de l'atenció urgent, especialment als hospitals. Les dades proporcionades per l'*Enquesta de salut de Catalunya 2013*<sup>7</sup> mostren que els ciutadans de més de 14 anys que van sol·licitar atenció urgent durant l'any anterior van ser més de dos milions, un 31,8% de la població total. Segons la mateixa enquesta, el 84,3% d'aquestes consultes va tenir lloc en dispositius de la xarxa pública. Considerant totes les consultes, l'hospital públic és el primer dispositiu utilitzat pels usuaris de més de 14 anys (57,2%) i la xarxa d'atenció primària (AP) del Servei Català de la Salut (CatSalut), amb el 27,1% de les visites, és el segon. Al conjunt de l'Estat espanyol el ritme de creixement sembla establert al voltant del 4% anual.

---

7. Enquesta de Salut de Catalunya 2013. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2015. [http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1570/enquesta\\_salut\\_catalunya\\_informe\\_principals\\_resultats\\_2013.pdf?sequence=1](http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1570/enquesta_salut_catalunya_informe_principals_resultats_2013.pdf?sequence=1)

L'envelliment de la població, l'accessibilitat dels SUH, les expectatives o la confiança en l'atenció hospitalària, la demora en l'atenció electiva i la cultura de la immediatesa, entre d'altres, són motius proposats per explicar aquest creixement constant.

Tenint en compte que el 80% dels pacients hi van per iniciativa pròpia i que el 40% de les consultes són considerades processos lleus, es discuteix la conveniència d'instaurar mesures correctores del que es podria anomenar *sobreutilització* dels SUH. No obstant això, aquests intents per contenir la demanda, i evitar així les consultes no considerades veritables urgències, no estan exempts de dificultats tècniques i ètiques.

### ***Afluència discontinua***

L'afluència en els SUH no és uniforme al llarg del dia i segueix una corba de distribució horària bastant típica (distribució bimodal), que es reproduïx amb petites variacions en la majoria dels centres hospitalaris. Durant el període nocturn hi ha menys afluència, amb un increment progressiu a partir de les 8 hores i un pic cap a les 11 i 13 hores, amb un segon pic entre les 16 i 18 hores, per després decreixer progressivament durant el vespre. L'observació d'aquest comportament indica que els horaris de consulta estan determinats, majoritàriament, no tant per la presentació clínica de la urgència com per ritmes socials. De la mateixa manera, la distribució en els dies de la setmana tampoc no és regular i, tot i que varia segons els centres, hi ha dies en què clarament hi ha més afluència, fonamentalment els dilluns. Així mateix, al llarg de l'any la demanda assistencial pateix variacions importants en relació amb els períodes de vacances (moviments demogràfics), les epidèmies de virus respiratoris, els canvis climàtics i atmosfèrics i els esdeveniments socials. Tot això implica que s'hagin de planificar els recursos dels SUH i dels hospitals amb una certa flexibilitat, per adaptar-los a unes necessitats canviants i cícliques.

### ***Necessitat de prioritzar: la classificació***

A urgències, l'afluència discontinua i no programada implica la coincidència en el temps de diferents pacients que consulten simultàniament. S'estableix llavors la necessitat de prioritzar, utilitzant com a criteri fonamental la presumpció de gravetat. En la majoria dels SUH espanyols es realitza sistemàticament una tasca de classificació inicial,

habitualment a càrrec de personal d'infermeria amb experiència en una escala estandarditzada, majoritàriament el model andorrà de triatge (MAT), modificat i adaptat per la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES). Aquest sistema permet distingir cinc nivells de prioritats, que estableixen un temps de visita inicial i de revaloració i un índex aproximat d'ingrés. Els cinc nivells de prioritització segons la gravetat que presenten els pacients són:

- Nivell I: ressuscitació immediata
- Nivell II: emergència o molt urgent
- Nivell III: urgència amb potencial risc vital
- Nivell IV: urgència menor, potencialment complexa, sense risc vital
- Nivell V: no urgent

### ***Aproximació diagnòstica difícil***

En línies generals, el procés diagnòstic en els SUH és més difícil que en altres àmbits assistencials. Habitualment s'ha de realitzar de forma ràpida, de vegades sense disposar d'una adequada història clínica a causa de la situació del pacient (inconsciència, desorientació, trastorn del llenguatge, demència, gran ansietat) i de la falta d'acompanyants o informes clínics previs. Així mateix, l'exploració física pot ser difícil i el nombre d'exploracions complementàries pot ser limitat. Totes aquestes circumstàncies impliquen que no sempre l'aproximació diagnòstica sigui fàcil i que de vegades tan sols es pugui arribar a un diagnòstic sindròmic o fins i tot que únicament es pugui fer un plantejament d'exclusió de gravetat. També cal tenir en compte aquí el factor evolutiu, ja que freqüentment l'expressivitat de la malaltia canvia; a urgències es veu una instantània i unes hores o dies més tard un quadre clínic es fa evident, mentre que a l'inici els símptomes eren inespecífics o mal definits.

### ***Importància del factor temps***

En la medicina d'urgències sempre és convenient obtenir ràpidament un diagnòstic i un pla d'actuació, per tal de poder agilitzar el procés assistencial, però hi ha malalties en les quals resulta crucial el diagnòstic i tractament precoços. Així, l'assistència ha de ser òbviament immediata en els pacients amb aturada cardiorespiratòria (ACR) i en els

pacients politraumatitzats, però també en altres entitats ja s'han establert els marges de temps acceptables per a l'inici del tractament com, per exemple, en el Codi IAM (infart agut de miocardi), Codi ictus, Codi sèpsia. En aquestes circumstàncies, les guies clíniques poden ser útils per facilitar la presa de decisions i minimitzar la possibilitat d'error, alhora que tenen un gran valor medicolegal.

### ***Necessitat d'observació***

Hi ha un grup de pacients en què resulta fonamental l'observació clínica en espera d'aclarir un diagnòstic o avaluar la resposta a un tractament. L'evolució d'alguns símptomes i signes o les dades d'algunes exploracions complementàries (electrocardiograma, marcadors miocardiàcs, gammagrafia pulmonar, etc.) poden aclarir un diagnòstic i decidir la necessitat o no d'ingrés. D'altra banda, alguns processos són tributaris de rebre el tractament inicial i d'avaluar en les hores següents l'evolució clínica, que, si és favorable, possibilita el seguiment ambulatori i evita l'ingrés convencional, i, si no ho és, reafirma la necessitat d'ingrés. Les unitats d'observació i de curta estada, gestionades pel mateix SUH, resulten clau en el desenvolupament d'aquesta funció i garanteixen la seguretat clínica del pacient.

### ***Urgent no sempre és greu, i greu no sempre és urgent***

De vegades, la malaltia urgent i greu coincideixen, però no sempre. Com a dada orientativa, només el 2% de les consultes a urgències requereixen ingrés en una unitat de cures crítiques, un 25-30% es pot considerar urgències greus, i fins a un 70% es considera urgències lleus. No obstant això, considerem que la realitat és probablement una mica més complexa. Hi ha un grup de processos que requereix assistència ràpida, encara que no es tracti de quadres greus. Així, un còlic renal o una intensa otàlgia poden alarmar el pacient i requerir orientació i alleujament ràpids, tot i que no són malalties greus. D'altra banda, hi ha una sèrie de circumstàncies clíniques que poden revestir una especial gravetat, però no requereixen una actuació immediata. Com a exemple, la troballa d'un nòdul pulmonar no necessita assistència urgent (tot i que pot implicar gravetat), sobretot si se'n pot realitzar l'estudi en un termini de temps raonable. Cal, doncs, assumir la malaltia urgent, la qual requereix una actuació preferent, tingui més o

menys gravetat, atès que és difícil implicar en la discriminació el mateix pacient. Però per a la malaltia no urgent és necessari establir altres dispositius assistencials (consultes ràpides, hospitals de dia), adequats i diferenciats de les urgències.

### ***Necessitat de coordinació interna i externa***

De tot el que s'ha exposat anteriorment, es dedueix que dins de l'hospital la relació amb els serveis centrals (laboratoris, diagnòstic per la imatge, especialitats clíniques, endoscòpia digestiva i respiratòria, medicina intensiva, anestèsia, entre d'altres) és fonamental. Fora de l'hospital és primordial la coordinació amb els sistemes d'emergències prehospitalaris i de transport crític interhospitalari, així com amb l'atenció primària, altres hospitals, centres geriàtrics i transport sanitari convencional.

### ***Mortalitat***

Tot i que l'atenció a pacients amb aturada cardiorespiratòria (ACR), politraumatisme, síndrome coronària aguda i malaltia cerebrovascular aguda, entre altres processos, comporta un cert índex de mortalitat a urgències, la mortalitat global en els SUH és baixa. Els professionals dels SUH han de tenir formació i experiència per saber comunicar adequadament la mort imprevista d'un pacient als seus familiars. Tanmateix, en les defuncions de l'àrea mèdica, en la majoria dels casos (entre el 53 i el 80%) els pacients tenen greus malalties de base, neoplàstiques, cardíques o respiratòries, que fan que la mort sigui ja previsible en el moment de l'ingrés. En aquests casos, seria desitjable, tant per al pacient i els familiars com per al mateix SUH, que aquest últim episodi hagués estat conduït d'una altra manera. Un SUH no és probablement la millor opció per a aquestes situacions.

### ***Ansietat i expectatives***

En els SUH els pacients i familiars presenten freqüentment una alta càrrega d'ansietat, en unes ocasions per l'aparició sobtada i greu del procés clínic, en d'altres, davant d'una expectativa de solució ràpida al seu problema que finalment es veu frustrada. Per tot això els professionals dels SUH han de tenir experiència i formació per gestionar aquestes situacions, dedicar temps a informar i adoptar una actitud empàtica.

Tanmateix, en les condicions actuals, la relació metge-pacient en els SUH és difícil i, a vegades, la confrontació genera conflictes que ocasionen reclamacions i denúncies.

### ***Impacte en la dinàmica dels hospitals***

Els SUH són, en la majoria dels centres, la porta d'entrada per a molts pacients. Entre un 50 i un 70% dels ingressos hospitalaris es generen després d'un episodi urgent. Aquesta pressió d'urgències estableix en molts centres una autèntica "competència" pels llits hospitalaris amb els ingressos programats.

A més dels aspectes quantitius, els SUH tenen una gran incidència des del punt de vista qualitatiu, ja que l'activitat diagnòstica i terapèutica realitzada a urgències determina l'evolució posterior dels malalts ingressats a les diferents unitats i serveis pel que fa a la resolució del procés, l'estada, les complicacions i la satisfacció del pacient. D'alguna manera, assegurar la qualitat assistencial a urgències exerceix probablement un efecte facilitador de la qualitat global a l'hospital.

### ***Impacte en la satisfacció dels usuaris***

Les urgències hospitalàries són el recurs més emprat i, per tant, el que té més impacte mediàtic. La satisfacció o insatisfacció dels ciutadans en relació amb els serveis assistencials en general està fortament condicionada per la qualitat tècnica i, sobretot, per la qualitat percebuda en les urgències hospitalàries. A més, els SUH determinen en gran part la imatge que els ciutadans tenen dels hospitals.

Tot i que en general les valoracions per part dels usuaris de l'atenció que es presta als SUH (PLAENSA. Atenció urgent hospitalària, 2016)<sup>8</sup> reflecteixen una elevada satisfacció, hi ha un marge de millora fins a aconseguir resultats d'excel·lència.

---

8. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. Atenció urgent hospitalària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016.  
[http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis\\_atencio\\_salut/valoracio\\_serveis\\_atencio\\_salut/enquestes\\_satisfaccio/atencio\\_urgent\\_hospitalaria/2016/informe\\_resultats\\_globals\\_atencio\\_urgent\\_hospitalaria\\_2016\\_cat.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_urgent_hospitalaria/2016/informe_resultats_globals_atencio_urgent_hospitalaria_2016_cat.pdf)

## **Els serveis d'urgències hospitalaris i la xarxa assistencial. Factors extrínsecs**

Els canvis demogràfics als països desenvolupats i el seu impacte en la supervivència de la població constitueixen un repte a l'hora de concebre i adaptar els serveis assistencials a les noves necessitats. I, sovint, els canvis poden quedar desfasats en poc temps. Aquest impacte de la demografia és especialment rellevant en el cas dels hospitals generals que encara classifiquem com a aguts i en un dels seus serveis bàsics i porta d'entrada, els SUH, concebuts originàriament com a llocs d'atenció de problemes de salut aguts i greus.

### ***Malaltia crònica evolucionada***

Segons l'*Enquesta de salut de Catalunya 2014*, el 82,8% de les persones més grans de 74 anys pateixen un trastorn crònic i el 34% de la població ha sofert quatre trastorns crònics. A més, un 15% de la població està afectada per una discapacitat i un 10% necessita l'ajuda d'una o més persones per a les activitats quotidianes.<sup>9</sup> L'assistència de les recaigudes i aguditzacions de les malalties cròniques és el motiu pel qual la utilització dels SUH és més freqüent a mesura que la malaltia evoluciona i s'incrementa en el darrer any de vida.<sup>10</sup> Però aquesta utilització recurrent dels SUH posa a prova la coordinació dels serveis assistencials, que resulta clau i no sempre és factible amb els inconvenients que genera la fractura de la continuïtat assistencial. Quan la malaltia crònica ha evolucionat i és causa de dependència amb expectatives de vida limitades, l'assistència hospitalària no ha de ser considerada com l'única alternativa possible. Sovint ho és més per la manca de cuidador que per la necessitat de l'assistència, ja que pot ser atesa en altres dispositius.

A mesura que la malaltia crònica evoluciona l'objectiu terapèutic es va desplaçant gradualment cap a la pal·liació, de manera que en les fases més avançades, quan les expectatives de vida són limitades, l'esforç terapèutic s'ha de dirigir cap al control dels

---

9. Enquesta de Salut de Catalunya 2014. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2015. [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/0nada09/esca2014\\_resultats.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/0nada09/esca2014_resultats.pdf)

10. Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005; 330:1007-11.



síntomes, el benestar i el confort físic, psíquic i espiritual de la persona malalta. S'ha de promoure el canvi de paradigma en l'atenció a la malaltia crònica avançada, de manera que els recursos sanitaris s'adaptin amb flexibilitat a l'evolució de les necessitats de la persona a mesura que la malaltia progressa.

L'experiència dels equips de cures pal·liatives pot servir i ha de servir de referent als equips assistencials bàsics i als centres sociosanitaris, que són els més ben emplaçats per oferir una atenció integral que tingui en compte no només els tractaments específics per controlar la malaltia, sinó també els tractaments simptomàtics i les necessitats derivades de la dependència.<sup>11</sup> En aquest context, els SUH i els dispositius de curta estada que en formen part poden donar suport puntual, i contribuir així a l'eficiència de l'ús d'aquests dispositius assistencials, la coordinació de l'ingrés i l'alta amb els responsables de l'atenció bàsica.

### ***Marginalitat social i vulnerabilitat***

Un dels motius de desigualtat de fet en l'accés als serveis assistencials és la ignorància, la manca d'informació, el fet de no saber com utilitzar de manera adequada els recursos que un sistema sanitari de cobertura universal posa a l'abast de tothom o no saber com accedir-hi. Una de les conseqüències que comporta la pobresa és que desequilibra de manera injusta la capacitat que tenen les persones de convertir els recursos en benestar.<sup>12</sup> I aquesta carència és especialment manifesta entre la població marginal o en risc de ser marginada. No només la pobresa, sinó també la immigració, amb les dificultats de comunicació a causa de les diferències culturals, poden constituir un obstacle a l'hora d'accedir als serveis assistencials.

La manca d'informació, de comunicació fluida amb els professionals assistencials i d'ajuda familiar incideixen negativament en el tractament de les malalties cròniques. La seva evolució depèn principalment del compliment terapèutic, que no es veu afavorit per l'aïllament social, la manca de suport o unes condicions de vida allunyades dels

---

11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2012; 0:1–9.

12. Puyol A. *Justícia i salut: Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions; 1999.

mínims higiènics exigibles. La discontinuïtat en l'assistència i el tractament és la causa més freqüent que es contacti amb els serveis assistencials per l'agreujament de la malaltia quan ja requereix una atenció urgent. Els SUH es converteixen per a la població més desprotegida socialment en l'única solució al seu abast, en el recurs més accessible quan la malaltia es complica.

La identificació de les persones en condicions de vida precària, marginades o en risc de ser-ho i que pateixen una malaltia crònica hauria de propiciar la col·laboració entre els equips d'atenció primària i els serveis socials per tal de proporcionar una atenció personalitzada integral que consideri els aspectes mèdics i socials. El seguiment i la supervisió continuada haurien de tenir en compte, entre altres objectius, el compliment terapèutic dels programes de rehabilitació. En aquestes circumstàncies, l'ús dels SUH hauria de ser un recurs excepcional, programat i planificat, i no l'única forma d'accedir als serveis assistencials, com pretenen algunes iniciatives legislatives que en volen excloure els col·lectius que no cotitzen a la Seguretat Social.

L'exclusió de l'assistència pública de col·lectius com ara les persones immigrants sensepapers o els joves en atur no els deixa cap altra porta d'entrada al sistema que els serveis d'urgència, mesura contradictòria, amb l'aparent finalitat de l'estalvi de recursos. L'atenció exclusiva dels que no tenen assegurança a través dels serveis d'urgència representa, com és evident als Estats Units, una despesa sanitària més elevada. Els malalts reben atenció més tard i amb complicacions més greus que requereixen estades hospitalàries perllongades. Al mateix temps, l'atenció indiscriminada a tota mena de pacients distorsiona el funcionament dels serveis d'urgències i contribueix a la seva ineficiència.<sup>13</sup>

### ***Violència domèstica***

La relació amb el medi sanitari de molts pacients víctimes de violència domèstica s'inicia després de consultes a urgències per lesions traumàtiques, intents de violació, intoxicacions amb temptativa de suïcidi, crisis d'ansietat o quadres inespecífics que es

---

13. Morlans M. Per un Sistema Nacional de Salut d'accés universal, equitatiu i eficient. Servei d'Informació Col·legial COMB. 2012; 136: 10-11.

basen en síndromes depressius. Els professionals dels SUH han de tenir un grau elevat de sensibilitat sobre aquest tema, detectar els possibles casos de maltractaments i actuar de forma protocol·litzada.

### ***Final de vida***

Els SUH no són el lloc adequat per agonitzar i morir. Que la mort sigui deguda a l'evolució d'una malaltia aguda i greu, un traumatisme o qualsevol altre procés patològic urgent és una situació ben diferent de la que pateix la persona malalta al final de la vida com a conseqüència de l'evolució d'una malaltia crònica amb un final previsible. De fet, més de la meitat de les morts a Catalunya tenen lloc en l'àmbit hospitalari,<sup>14</sup> amb una freqüència més elevada que en altres països europeus.<sup>15</sup> Són molts els factors que predisposen a recórrer als hospitals i a la seva porta d'entrada més accessible, els SUH, en aquestes circumstàncies.

La cultura social sobre el que envolta la mort i el seu acompanyament fa d'aquest trànsit una qüestió institucionalitzada, paradoxalment allunyada de l'àmbit privat, familiar. Assumim que es mor fora de casa i el dol es fa al tanatori. I no tothom pot triar on morir. No és el mateix patir una malaltia aguda i greu que una malaltia crònica evolucionada i amb una expectativa de supervivència limitada. Quan es produeix aquesta circumstància cal assumir la irreversibilitat de la malaltia, acceptar-la i dedicar l'atenció a procurar el confort i benestar físic i espiritual de la persona malalta. Una condició per poder morir a casa és que la persona malalta i els seus familiars ho acceptin i que hi hagi un equip professional disposat a prestar les cures i l'atenció necessàries.<sup>16</sup> Però no n'hi ha prou amb aquests requisits, ja que cal, a més, un o més cuidadors que vetllin per la persona i atenguin les seves necessitats bàsiques. Aquesta darrera és una de les carències més freqüents que pot motivar l'ingrés en centres d'aguts de persones al final de la vida quan arriba el moment en què no poden valer-se per elles mateixes. Els centres socio-sanitaris

---

14. Institut d'Estadística de Catalunya. Activitat hospitalària 2013, Generalitat de Catalunya; 2014. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=837&lang=es>

15. Van der Helde A, et al. End-of-life decision-making in six European Countries: descriptive study. *Lancet*. 2003; 362: 345-350.

16. Grup d'Ètica de la CAMFYC. Acompanyar fins a la mort. Reflexions de la pràctica quotidiana núm. 9. Barcelona: 2012.

i les residències per a la gent gran pal·lien aquest dèficit de cuidadors i poden atendre l'agonia, sempre que ho assumeixin com un servei propi i disposin de l'equip de professionals adequats.<sup>17</sup>

Són molts, com s'ha dit, els factors i elements de la xarxa assistencial que poden contribuir a atendre les persones que, d'una manera previsible, es troben al final de la vida. Però en aquells casos en què el SUH és l'únic recurs accessible, els professionals s'han d'esmerçar en el tracte adequat, procurant que l'estada sigui al més curta possible i disposant l'ingrés en l'espai adequat per assistir l'agonia, facilitant l'accés als familiars i, si escau, a qui pugui proporcionar ajuda espiritual d'acord amb les conviccions i creences del moribund.

### ***El treball social en els SUH***

En les persones malaltes més dependents i vulnerables, amb risc d'exclusió social, és necessari realitzar valoracions mèdiques i socials conjuntes per tal de garantir-los l'atenció integral a través de la col·laboració interdisciplinària. L'objectiu és prestar una atenció social des de l'ingrés, coordinant i unificant les aplicacions informàtiques mèdiques i de valoració social per garantir un abordatge integral en l'atenció d'aquestes persones.

En l'avaluació del triatge, és el moment indicat per identificar els indicadors de risc social. És el moment d'activar el protocol perquè el treballador social faci una primera presa de contacte. Establir uns indicadors i facilitar la formació dels professionals del triatge permet detectar les persones amb problemàtica social i oferir l'assessorament i acompanyament social en el procés assistencial per part de la unitat de treball social. Hi ha situacions especialment problemàtiques plantejades per les persones sense domicili recollides al carrer pels serveis d'emergències, de les quals no es disposa de cap tipus d'informació prèvia.

---

17. Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per l'atenció al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. [http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/05/recomanacions\\_professionals\\_final\\_vida.pdf](http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/05/recomanacions_professionals_final_vida.pdf)

La gestió conjunta de l'alta mèdica i l'alta social de les persones amb de risc d'exclusió social i la coordinació amb els serveis d'emergències socials de la comunitat faciliten la cobertura social durant la convalescència i poden evitar reingressos innecessaris.

## **L'experiència del pacient als serveis d'urgències hospitalaris i la resposta de les organitzacions**

Les persones que van als SUH han de fer front a tres variables que no controlen: el temps, l'espai i la incertesa. La realitat és que en molts moments del dia i en moltes èpoques de l'any els SUH estan molt plens i les persones s'hi han d'estar durant molt de temps en situacions poc confortables. Conèixer l'experiència del pacient i de les persones que l'acompanyen és clau per poder proposar solucions. L'informe PLAENSA és una primera aproximació a aquest problema enfocat al tracte, la informació i la confiança, el temps d'espera i el confort. Els resultats són molt semblants en les enquestes de 2013 i 2016. Hi ha punts crítics molt evidents que no han millorat com, per exemple, la manca de supervisió durant el temps d'espera i aspectes relacionats amb la informació sobre el temps d'espera i la comunicació amb els familiars. És possible que per poder fer intervencions més específiques es requereixin informacions locals, però, en qualsevol cas, els grans temes són sobre la taula.

El temps, l'espai i la incertesa són font de patiment per a les persones que van als SUH. Totes tres circumstàncies contribueixen a la sensació d'“amença de la integritat de la persona”, que Cassel<sup>18</sup> assenyala com un dels motius més importants de patiment. La sensació de “pèrdua de control” és una font de patiment. No és fàcil que un professional sanitari pugui resoldre aquest patiment a nivell individual i, de vegades, tampoc no ho és per a un dispositiu assistencial aïllat (un hospital) o tota una organització sanitària. Que no es pugui resoldre del tot el patiment, però, no vol dir que no es pugui mitigar. El temps, des de la perspectiva de la persona que va al servei d'urgències, no és el mateix que per al professional. Esperar sense informació és una font de patiment mitigable.

L'espai també és el que és (i sovint és un dels elements més difícils de resoldre perquè es relaciona amb inversions importants o ampliacions físicament molt difícils). A més, per a molts pacients, l'espai d'urgències entra en contradicció amb les condicions en les quals han estat atesos en altres àrees de l'hospital (per exemple, alguns pacients immunodeprimits pateixen a urgències per la manca d'aïllament). És clar que, en certes

---

18. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982; 306:639-45.

circumstàncies, el respecte a la intimitat és molt difícil. Però la resposta global d'una organització, més enllà del SUH, pot mitigar els problemes d'espai.

La incertesa es relaciona amb la situació aguda i amb l'interlocutor. Per una banda, es pateix pel diagnòstic i el tractament dels problemes que han obligat la persona a anar a urgències. Per altra banda, entrar en contacte amb professionals desconeguts genera incertesa, tant per no estar segurs que disposen de tota la informació prèvia com per no tenir la seguretat que les decisions que es prenguin a urgències seran coherents amb el pla general de tractament en el cas dels pacients que pateixen malalties cròniques. La comunicació és una de les eines clau per mitigar el patiment al SUH.<sup>19</sup>

### ***La resposta institucional***

El temps, l'espai i la incertesa no es resolen només des del SUH. L'atenció urgent és una part important de les responsabilitats assistencials de tota la institució i, per tant, de tots els professionals que la integren. En les organitzacions complexes (i un hospital ho és), un canvi en un àmbit allunyat, aparentment, del SUH pot tenir un gran impacte en l'atenció urgent (per exemple, tancar un hospital de dia). I, a l'inrevés, un canvi menor al SUH pot implicar tota l'organització (incrementar el percentatge de pacients que ingressen a través d'urgències afecta els ingressos quirúrgics programats i, per tant, té un gran impacte en la llista d'espera).

Tot i que el flux de pacients al SUH és continuat, la màxima afluència de pacients es produeix sistemàticament durant la jornada laboral convencional (amb dos pics entre les 11 i 13 hores i les 16 i 19 hores, aproximadament). Paradoxalment la màxima afluència es produeix quan tot el talent que hi ha a l'hospital està treballant en el seu horari laboral. El talent acumulat als hospitals és molt gran. Els resultats a tots els nivells ho certifiquen, tant si parlem d'alta tecnologia com de l'atenció als pacients amb malalties cròniques. Aquestes paradoxes entre els problemes en certes àrees del dispositiu assistencial i una bona valoració global es produeixen en l'àmbit local i en el general. El sistema sanitari obté valoracions molt positives. I. Papanicolas i P. C. Smith,

---

19. Shah S, Patel A, Rumoro DP, Hohmann S, Fullam F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal*. 2015; 2:31-44.

en un informe de l'European Observatory on Health Systems and Policies,<sup>20</sup> afirmen que el sistema sanitari de l'Estat espanyol ocupa el tercer lloc en la valoració global, però, paradoxalment, aquesta bona valoració coexisteix amb protestes relacionades amb les llistes d'espera i el poc temps per visita.

Aquesta paradoxa s'hauria de resoldre en l'àmbit local a través de la implicació del talent existent en la resolució de problemes que afecten moltes persones. No hi ha una solució global per resoldre el problema dels SUH. No hi ha receptes. Cada hospital ha de dissenyar el seu propi pla de millora.

Al marge de les circumstàncies específiques, la millora del flux de pacients sol donar més bons resultats que les polítiques d'expansió del SUH.<sup>21</sup> Aquí, en la millora del flux dels pacients, és on les intervencions externes als SUH poden tenir un paper. El reforç i suport actiu amb presència física dels professionals dels diferents departaments de les institucions pot ser clau per ajudar a agilitar el procés de presa de decisions al SUH.

La manera com s'organitza la feina al conjunt de l'hospital també pot tenir impacte en el flux de pacients. Les polítiques dirigides a l'estandardització del procés d'ingrés i de l'alta tenen impactes positius en tota l'organització (sobre la llista d'espera, els pacients pendents d'ingrés al SUH i l'estada mitjana, per exemple).<sup>22</sup> Quina feina es fa a primera hora del matí (sessions clíniques o tasques assistencials), amb quina insistència es treballa per donar altes abans de les 12 hores i de quina manera es fan servir els recursos alternatius a l'hospitalització convencional són decisions que tenen impacte en el flux de pacients al SUH.

Quant a l'organització del flux de pacients a l'hospital es constata la paradoxa de treballar intensament de dilluns a divendres i fer-ho amb baixa intensitat durant el cap de setmana, especialment en l'atenció que es dona als pacients més grans i/o amb

---

20. Papanicolas I, Smith PC (ed.). Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead Berkshire (England): Open University Press; 2013.

21. Sayah A, Lai-Becker M, Kingsley-Rocker L, Scott-Long T, O'Connor K, Lobon L F. Emergency department expansion versus patient flow improvement: impact on patient experience of care. The Journal of emergency medicine. 2016; 50:339-348.

22. Ortiga B, Salazar A, Jovell A, Escarrabill J, Marca G, Corbella X. Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: a cross sectional study. BMC Health Serv Res. 2012; 12:180.



malalties cròniques. Hi ha dades que suggereixen que les persones que ingressen durant el cap de setmana tenen una mortalitat al cap de 30 dies superior a les que ingressen en dies laborables,<sup>23</sup> sobretot si pateixen problemes mèdics greus.<sup>24</sup> És un motiu de controvèrsia la proposta feta al Regne Unit, en el sentit que els hospitals han de treballar amb la mateixa intensitat els set dies de la setmana. Alguns estudis no confirmen els beneficis de l'increment de l'activitat laboral dels especialistes durant el cap de setmana<sup>25</sup> i queda clar que també hi ha un debat polític sobre les condicions laborals dels professionals que han de donar suport a aquesta política de treballar set dies a la setmana.<sup>26</sup>

En qualsevol cas, manifestar l'interès per la qualitat de l'atenció i el respecte a les persones ateses al SUH no es pot desvincular de la manera de funcionar de tot l'hospital. Molt sovint es diu que el conjunt de l'hospital viu al marge dels problemes del SUH. Encara que la percepció sigui aquesta, especialment des del SUH, l'atenció urgent està indistricteament vinculada al funcionament de l'hospital. I n'és una peça clau.

Una part de les millores que es poden implementar és clar que no depèn dels professionals individualment i ni tan sols, en molts casos, d'aquells que tenen certes responsabilitats de comandament. Ara bé, aquestes dificultats no haurien de ser un pretext per no prendre consciència del problema, evitar una anàlisi crítica de la pròpia tasca (individual o del servei) i no proposar sistemàticament mesures efectives, sostenibles i assumibles per millorar l'atenció de les persones al SUH.

### ***L'experiència del pacient: escoltar, participar i actuar***

Durant molt de temps els paradigmes que definien la qualitat del procés assistencial s'han construït pensant en el pacient, però sense el pacient. Així, la qualitat, l'efectivitat o la seguretat són exemples de paradigmes que s'han construït sense que

---

23. Freemantle N, Richardson M, Wood J, Ray D, Khosla S, Shahian D, et al. Weekend hospitalization and additional risk of death: an analysis of inpatient data. *J R Soc Med.* 2012; 105:74-84.

24. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med.* 2001; 345:663-8.

25. Aldridge C, Bion J, Boyal A, Chen YF, Clancy M, Evans T, et al. Weekend specialist intensity and admission mortality in acute hospital trusts in England: a cross-sectional study. *Lancet.* 2016; 388:178-86.

26. <https://www.theguardian.com/society/2016/jul/18/seven-day-nhs-unachievable-for-20-years-expert-claims> (Accés el 9 de desembre de 2016.)

necessàriament hi hagi de participar el pacient. Quan parlem de valor, com a paradigma de qualitat de l'atenció, només podem fer-ho si atenem escrupolosament a allò que representa un increment de valor des de la perspectiva del pacient. Per exemple, el temps, des de la perspectiva del pacient, no és una variable de procés és una variable de resultat.<sup>27</sup> Gestionar bé el temps, des de la perspectiva del pacient, millora la qualitat percebuda. Aquest canvi de paradigma s'hauria d'aplicar a totes les intervencions de millora que es proposen i l'experiència del pacient hauria de ser present en les consideracions relatives a l'atenció al SUH.

D'una manera genèrica, l'experiència del pacient representa el *feedback* que ha de recollir el sistema sanitari per poder identificar oportunitats de millora. L'experiència del pacient va una mica més enllà del concepte de "satisfacció" (que és un constructe subjectiu molt relacionat amb les expectatives). L'experiència del pacient es refereix a tot el procés assistencial, no a un procediment o a una visita, i es pot recollir de múltiples maneres (enquestes, entrevistes, grups focals...)<sup>28</sup> Per altra banda, cada cop es dona més importància a la perspectiva del pacient en l'avaluació global de la qualitat. La seguretat, l'efectivitat i l'experiència del pacient són tres elements inseparables de l'avaluació de la qualitat.<sup>29</sup> Tenir en compte l'experiència del pacient implica escoltar, participar i actuar.

### *Escoltar*

Els hospitals tenen molta informació disponible quant a l'experiència del pacient. A més dels indicadors que mesuren la satisfacció de manera convencional, les reclamacions o els comentaris dels pacients són nombrosos. La seva anàlisi pot aportar informació rellevant per introduir millores en la prestació del servei. L'enquesta PLAENSA del CatSalut pot ser igualment útil. La manca d'informació o de *feedback* del pacient no és un pretext per al·legar ignorància sobre els problemes que es plantegen al SUH.

---

27. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; 363:2477-81.

28. Russell S. Patients' experiences. Top heavy with research. Melbourne: Research Matters; 2013. Accessible a: <http://www.research-matters.com.au/publications/PatientsExperiencesReview.pdf> (Accés el 9 de desembre de 2016.)

29. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open. 2013; 3:e001570.

### *Participar*

Cada cop hi ha més evidències que fan palesa la importància de la implicació dels pacients en la cerca de solucions als problemes assistencials. El *mantra* és “res que afecti els pacients sense els pacients”. Hirts et al.<sup>30</sup> exposen la conveniència d’incloure pacients en l’anàlisi dels problemes del SUH. Identificar prioritats, aportar idees sobre disseminació o donar la seva opinió sobre el llenguatge emprat en la comunicació són aportacions que poden fer els pacients o els ciutadans en el codisseny dels serveis assistencials.

### *Actuar*

Angela Coulter<sup>31</sup> és contundent quan afirma que recollir dades sobre l’experiència del pacient és insuficient. Recollir dades i després ignorar-les no és ètic, segons Coulter. L’anàlisi de l’experiència del pacient ha de servir per passar a l’acció amb la finalitat de millorar l’atenció sanitària. De vegades n’hi ha prou amb coses tan simples com l’atenció durant l’espera o una bona informació en l’alta.<sup>32</sup> En qualsevol cas, el procés de millora és un procés iteratiu, mai no és un procés de blanc o negre o entre tot o res.

---

30. Hirst E, Irving A, Goodacre S. Patient and public involvement in emergency care research. *Emerg Med J.* 2016; 33:665–670.

31. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ.* 2014; 348:g2225. doi: 10.1136/bmj.g2225.

32. Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients’ experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22:139-46.

## **El respecte a les persones en els serveis d'urgències. Drets i deures**

Durant els darrers anys el CatSalut ha realitzat cinc estudis per saber com les persones perceben la qualitat dels serveis rebuts en l'atenció urgent hospitalària. La darrera enquesta de satisfacció, en la qual es pregunta en relació amb l'accessibilitat als serveis, el tracte dels professionals, la informació, els elements de confort i l'organització, es va fer entre el juny i el juliol de 2016 i els resultats van ser pitjors que els de l'any 2013. Alguns dels aspectes que han empitjorat fan referència a característiques estructurals i organitzatives, però també de tracte, perquè en els serveis d'urgències no és infreqüent que, impel·lits per la cerca de l'efectivitat en la resolució d'un problema de salut, la qualitat del tracte que es dispensa a les persones no sigui vist com un aspecte primordial a tenir en compte. Sembla que s'oblida que la qualitat assistencial és indestruïble d'una bona relació clínica i que hi ha unes dimensions de l'atenció més o menys subjectives que tenen molta transcendència. És allò que comunament s'ha anomenat *tracte*. La sensibilitat i el respecte cap a la persona i la seva vivència de la malaltia, la calidesa, la compassió, l'amabilitat, la capacitat de comunicar-se són actituds que, de vegades, en el furor de l'activitat estressant de sales d'espera abarrotades i d'urgències col·lapsades, es van perdre, si és que es tenien, o simplement no s'acaben d'aprendre.

És possible que, davant de les persones malaltes, més vulnerables, que pateixen pèrdua de capacitats i s'han tornat més dependents, s'oblidi que estar malalt no suposa una minva de drets, sinó simplement més dificultat per exercir-los i, per tant, cal tenir-los presents i respectar-los. Precisament el respecte a la persona consisteix a considerar de manera atenta totes les esferes de la seva persona, sobretot quan es troba en situació de vulnerabilitat, quan està malalta i necessita ajuda. Per tant, a urgències, com en els altres entorns assistencials, s'ha de tenir cura de respectar els drets dels pacients, ben plasmat en la carta aprovada pel Departament de Salut.<sup>3334</sup>

### ***Identificació i presentació dels professionals***

---

33. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. Atenció urgent hospitalària; 2016 (cita 8).

34. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home canal salut/ciutadania/drets i deures/destacats/carta-drets-deures.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_i_deures/destacats/carta-drets-deures.pdf)

És important que els professionals es presentin i s'identifiquin de forma clara i visible, mostrant la seva predisposició a ajudar i tractant les persones d'acord amb la seva identitat cultural, edat, creences i valors, i amb sensibilitat, afecte i compassió quan calgui. El neguit i la por que el pacient sent a urgències minven si té confiança en la institució i les persones que l'atenen.

### ***Tracte***

S'hi ha de facilitar l'accés, especialment a aquelles persones que per la mateixa malaltia els resulta més difícil o a les que no estan familiaritzades amb aquest servei. Quan es consideri que la consulta a urgències és improcedent s'ha d'ajudar a orientar i trobar el recurs més adequat. A més, s'ha de garantir que no es produeixi cap tipus de discriminació, i deixar clar que quan es dispensa un tracte diferenciat això només respon a les necessitats particulars de les persones més vulnerables: els infants, els adolescents, les persones grans, les persones amb malaltia mental i altres de semblants.

### ***Gestió del temps***

La percepció del temps varia segons la consciència individual: el temps dels que pateixen dolor no és el mateix dels que tenen benestar, ni el dels vells, el mateix que el dels infants. Sovint les persones que tenen obligacions, per exemple persones al seu càrrec, viuen de manera més estressant la demora en l'atenció. En la mesura del que sigui possible, cal respectar aquestes diferents necessitats i entendre que el respecte també es manifesta donant la informació sobre el temps que caldrà esperar per ser atès i explicant les raons que justifiquen la demora quan sigui necessari. Però sobretot, durant l'atenció, s'ha de facilitar el temps perquè el pacient pugui explicar-se, escoltar el que li diuen, reflexionar, comprendre i fins i tot plorar quan sigui necessari.

### ***Intimitat***

Malgrat les limitacions de l'espai, les diferents exploracions, els tractaments, les cures o les activitats d'higiene s'han de fer respectant la intimitat, tant acústica com visual, i s'ha de limitar l'accés dels professionals i acompanyants als estrictament necessaris. La preservació de la intimitat s'ha de fer extensiva als trasllats, ja sigui dins el centre sanitari o quan es produeixi el trasllat al domicili o a un altre centre. S'ha d'ajudar a preservar la

imatge que tot malalt mereix i que potser per les condicions en què es troba no és capaç de mantenir. En cas que es facin imatges (fotos, vídeos), el pacient i els seus acompanyants tenen dret que se'ls en demani el consentiment i que se'ls expliqui el motiu de fer-les i l'àmbit de difusió.

### ***Accessibilitat***

En general, la companyia de les persones properes també alleugereix el sofriment i mitiga les pors. Tant els adults com els menors tenen el dret a ser acompanyats, a no estar sols durant la seva estada a urgències, llevat dels casos en què aquesta presència sigui incompatible o desaconsellable amb el tractament i les cures. Sempre caldrà explicar les raons que fan impossible aquest acompanyament. També pot passar que hi hagi persones que no desitgin companyia. És el cas d'algunes persones menors, entre els 12 i els 16 anys, que poden demanar estar soles i que la informació assistencial es mantingui confidencial. Han de ser els professionals els que en valorin el context i la maduresa emocional i intel·lectual a fi de demanar, en cas que la considerin necessària, la presència o l'absència dels pares, tutors legals o terceres persones de la confiança del menor. Així mateix, quan no hi hagi contraindicacions o interfereixi en el mateix procés assistencial o el d'altres persones, els malalts han de poder continuar relacionant-se amb l'exterior mitjançant els dispositius mòbils.

### ***Seguretat***

Les persones ateses en els serveis d'urgències no solament tenen el dret a rebre una atenció sanitària de qualitat, sinó també segura, que els comporti el mínim risc possible i que redueixi la probabilitat de patir els efectes dels esdeveniments adversos de qualsevol naturalesa. En la mesura que sigui possible, ha d'estar integrada en el seu contínuum assistencial. Les TIC i de manera molt especial la consulta dels diferents apartats de la història clínica compartida faciliten aquesta continuïtat. A més, durant l'estada a urgències els diferents professionals hauran de coordinar-se, per tal de garantir que aquest contínuum es compleix i evitar la reiteració de proves i procediments. L'actuació dels equips, que canvien mentre el pacient continua a urgències, pot comportar una sensació certa o infundada de desresponsabilització i

abandonament per part del malalt. No sap a qui ha de dirigir-se, es troba que l'atén un nou professional que desconeix el que ja havia explicat a un d'anterior o que vol fer-li proves que ja li han fet. Sembla que hi ha oportunitats evidents de millorar la continuïtat assistencial. El zel que es posa en la seguretat del pacient i que de passada intenta evitar reclamacions és molt important, però s'ha de vigilar que no derivi en una medicina defensiva. Aquesta manera de fer que no satisfà ni al que presta l'atenció ni a qui la rep suposa la realització d'un excés de proves, algunes de les quals no aporten cap valor afegit al procés assistencial. Molt sovint suposen inconvenients per al pacient, una demora en el temps per atendre altres pacients i un sobrecost econòmic evitable.

### ***Confidencialitat***

El pacient necessita i té dret a disposar d'informació del seu procés assistencial. La informació, que a més de ser rigorosa, s'ha de donar de manera que resulti comprensible i adequada a l'estat del malalt, s'ha de mantenir confidencial i només hi han de tenir accés els professionals sanitaris relacionats directament amb l'atenció. No es pot facilitar a altres professionals ni a familiars o persones vinculades sense l'autorització del malalt, llevat que mantenir la confidencialitat pugui causar un perjudici al mateix malalt o a terceres persones. En aquest cas, el professional haurà de valorar l'oportunitat de revelar la informació i la manera més adequada de fer-ho.

### ***Consentiment***

Llevat que la urgència no permeti demores, perquè podria ocasionar lesions irreversibles o perquè hi ha perill de mort, o que no es pugui conèixer la voluntat, sempre es demanarà el consentiment abans de fer un procediment. El consentiment, que ha de ser verbal, a excepció d'aquelles intervencions en què la llei preveu que sigui per escrit, s'ha d'obtenir després d'haver donat la informació dels beneficis, els riscos i els efectes secundaris que comporta el procediment que es proposa. En els casos que, a criteri del metge responsable de l'assistència, el pacient no sigui competent es consultarà si hi ha un document de voluntats anticipades o bé si hi ha un representant que hagi estat designat pel pacient o, si no hi és, un familiar o una persona que hi estigui vinculada, que serà la que atorgarà aquest consentiment per substitució.

Això significa que a urgències els pacients també tenen el dret a escollir i refusar lliurement proves diagnòstiques, intervencions, tractaments, cures o totes aquelles actuacions sanitàries que se li proposin. El refús no pot comportar l'abandonament del pacient, que ha de seguir rebent el suport sanitari que necessiti, molt probablement en un altre nivell assistencial. Quan sigui factible, s'han d'oferir tractaments alternatius, si existeixen al centre, o bé fer les gestions necessàries per trobar el recurs més adient.

### ***Consentiment dels menors***

Als menors a partir dels 16 anys, se'ls considera com a majors d'edat per prendre les seves pròpies decisions, i no és exigible el consentiment dels pares. En cas d'actuació de risc greu, d'acord amb el criteri del professional sanitari, els pares o tutors legals n'han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per al tipus d'intervenció o decisió a prendre en l'àmbit de la salut. En casos de menors de 16 anys a qui el professional sanitari consideri amb maduresa intel·lectual i emocional suficient per al tipus d'intervenció o decisió a prendre, cal promoure una decisió compartida amb els seus responsables legals, el suport de persones properes i, en tot cas, fer prevaler l'opinió del menor. En el cas que no tinguin maduresa intel·lectual i emocional suficient per al tipus d'intervenció o decisió a prendre en l'àmbit de la sanitat i la salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor, havent escoltat, en tot cas, la seva opinió, especialment si aquest té més de 12 anys.

### ***Final de vida***

Malgrat que els serveis d'urgències no són els llocs més apropiats per morir, les persones hi poden acabar la vida com a conseqüència d'una malaltia aguda, d'un accident o perquè hi són derivats en una fase terminal, fins i tot en agonia. En aquests casos, la persona ha de rebre una atenció de qualitat, mitjançant cures paliatives i de confort, que promogui l'alleujament del patiment, sigui físic, psicològic, social o espiritual. S'ha de facilitar al màxim l'acompanyament dels familiars, en un context que permeti la intimitat i, finalment, l'acompanyament en la pèrdua. S'ha de tenir una cura especial, a fi que els familiars i les persones properes rebin unes orientacions i un tracte adequats en aquest moment. El cos de la persona difunta ha de ser tractat amb dignitat.



En tot moment, la persona té dret a sol·licitar o rebutjar tant suport espiritual com atenció religiosa i que se li faciliti l'accés a qui li proveeixi aquest suport, que ha de ser compatible amb la pràctica mèdica i respectuós amb les normes del centre i amb les altres persones.

### **Avaluació**

S'ha de facilitar els mitjans perquè els pacients puguin expressar la seva opinió sobre l'atenció rebuda, mitjançant els procediments i instruments que s'estableixin, i utilitzar els procediments per presentar reclamacions, suggeriments i agraïments, i que aquests siguin avaluats i contestats en el temps i la forma adequats.

### **Recomanacions**

Els serveis d'urgència hospitalaris (SUH) són considerats i percebuts com uns dispositius bàsics en tot sistema de salut per la seva capacitat d'atendre processos greus o potencialment greus. Durant el 2015 es van atendre més de 3.200.000 urgències hospitalàries. Aproximadament el 50% dels ingressos hospitalaris es fan a través del servei d'urgències. L'impacte sobre les persones que han de ser ateses al SUH també és molt important, tant en allò que es refereix a la gestió del temps com al sofriment directe o indirecte.

Massa sovint els SUH es consideren com el dispositiu assistencial que atén i encara les crisis agudes i identifica el lloc idoni per atendre el pacient. No és gens clar que aquest paper de porter del sistema i distribuïdor de l'assistència sigui la funció dels SUH. Tot el contrari, un sistema sanitari eficient hauria de deixar aquestes funcions a l'àmbit de la comunitat, tant per la proximitat com pel coneixement dels valors i les necessitats globals dels pacients, especialment d'aquells més vulnerables o dels que pateixen malalties cròniques.

Un dels objectius estratègics del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 és definir i implantar a tot el territori un model d'urgències que integri l'àmbit d'atenció primària i l'hospitalari i que sigui equitatiu i resolutiu. Es proposa l'actualització de les funcions dels diferents dispositius d'atenció immediata i la seva interrelació, homogeneïtzant els

processos urgents per tal d'adequar-los a criteris de qualitat assistencial i satisfacció dels drets dels seus usuaris.<sup>35</sup>

Iniciatives com aquesta són una ocasió propícia per fomentar la participació ciutadana en el disseny del nou model, amb l'objectiu d'implicar-la en la utilització adequada dels recursos públics. Aquest document pretén ser una aportació que estimuli la reflexió sobre les expectatives, percepcions i actituds de les persones implicades, els ciutadans, professionals i gestors sanitaris, proposant unes recomanacions que tenen com a objectiu propiciar l'establiment de relacions de confiança en els dispositius d'atenció urgent.

### **1. *Canvi de paradigma en l'ordenació i la priorització de l'assistència: dels serveis d'urgències hospitalaris a l'atenció primària i comunitària***

- Cal modificar els actuals models estructurals i d'organització de l'atenció urgent per adaptar-los a les necessitats de la població:
  - Els equips d'atenció primària, per la seva proximitat i coneixement de l'estat de salut de les persones, són els més adequats per actuar com a porta d'entrada del sistema, prioritzar l'atenció urgent i decidir el millor lloc i moment per oferir aquesta atenció.
  - Pel mateix motiu poden exercir una funció informadora, i alhora formadora, sobre l'ús adequat dels recursos disponibles.
  - La priorització de proximitat es pot beneficiar d'una **porta d'entrada única virtual** que permeti fer un triatge únic i compartit.
- L'anàlisi de la realitat fa palès que un percentatge molt important de les persones que fan servir els SUH hi van per iniciativa pròpia. En lloc de culpabilitzar els ciutadans per aquesta decisió, caldria:
  - Fer accessibles els coneixements que poden ajudar a prendre decisions quant a la resolució de problemes aguts.

---

35. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2016. [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/Pla\\_salut/pla\\_salut\\_2016\\_2020/Documents/Pla\\_salut\\_Catalunya\\_2016\\_2020.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf)

- Posar a l'abast de la ciutadania les condicions d'ús dels recursos assistencials disponibles a la comunitat, que poden ser una alternativa a la utilització dels SUH.
- Difondre la disponibilitat d'un accés fàcil de suport a l'hora de prendre decisions (com pot ser el telèfon 061).

**2. Informació a la ciutadania sobre els centres d'atenció continuada i altres dispositius d'urgències**

- La informació a la ciutadania sobre les alternatives als SUH només tindrà impacte si es reforça la **confiança** en aquests dispositius, com per exemple els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP).
- La tecnologia pot ajudar a fer accessible la informació necessària per triar el dispositiu assistencial.
- La confiança en aquests dispositius depèn, en gran part, de diversos factors com:
  - Accessibilitat
  - Capacitat de resolució.
  - Bona coordinació amb els SUH: el pas per un CUAP hauria d'estalviar una part del circuit assistencial del SUH.
  - Els resultats assistencials dels dispositius alternatius al SUH haurien de ser equiparables als que s'obtenen al SUH.

**3. Coordinació amb la xarxa assistencial: el malalt crònic descompensat, assistència adequada a les residències geriàtriques i altres dispositius**

L'atenció a les persones més vulnerables hauria de ser una prioritat de tot el sistema sanitari. Caldria:

- a. Una estratificació adequada de la població vulnerable, per tal d'identificar grups de pacients amb necessitats comunes.
- b. Disposar de dispositius alternatius als SUH, amb accés directe en les situacions clares i consensuades.
- c. Oferir atenció domiciliària, element clau en l'atenció de les persones més vulnerables.

d. Destacar el paper de la infermeria, que pot ser clau en la identificació de necessitats.

- És imprescindible promoure accions proactives per atendre les persones més vulnerables: els pacients amb malalties cròniques greus i/o comorbiditat, o que tenen risc social.
- L'atenció primària hauria de ser l'àmbit natural de les intervencions proactives i de la gestió de les derivacions dels pacients.
- La continuïtat assistencial (facilitar l'atenció de l'equip assistencial que atén regularment el pacient) és tant o més important que la simple accessibilitat als dispositius assistencials.
- L'atenció domiciliària és la màxima expressió de proximitat per als grups de pacients amb dificultats d'accés.
- Cal identificar les persones que tenen circumstàncies especials que eventualment es poden quedar al marge dels dispositius assistencials convencionals, com per exemple les persones que viuen en residències, els sensesostre i determinats immigrants.
- L'accessibilitat a la informació hauria de facilitar les intervencions fora de l'horari laboral (com per exemple, les intervencions dels serveis d'emergències mèdiques, SEM).

La varietat social amb persones que tenen diversitat funcional, problemes d'addiccions, malalties mentals, persones immigrants, sensesostre, recluses, que han patit violència de gènere, infants i gent gran maltractats, fa necessari realitzar conjuntament valoracions mèdiques i socials d'aquests pacients classificats amb risc social per tal de garantir l'atenció integral i interdisciplinària des de la vessant de la salut holística, física, mental i social.

#### **4. *Gestió i comunicació personalitzada dels criteris per prioritzar l'atenció i sobre els temps de resolució***

- La comunicació amb els pacients i les persones que en tenen cura és un element cabdal en els SUH. Els professionals dels SUH han de poder fer una gestió

personalitzada de la informació que tingui en compte els temps d'espera i l'evolució previsible del procés assistencial.

- Els professionals dels SUH han de rebre formació per adquirir les habilitats i els coneixements necessaris per poder facilitar la presa de decisions compartides amb els pacients i les persones que els cuiden.
  - Per això han de saber donar informació intel·ligible i suficient per poder prendre decisions en un marc que minimitzi les asimetries i que permeti el procés deliberatiu.
- Les tecnologies de la informació i de la comunicació poden ajudar a fer accessible informació sobre els temps d'espera dels diferents dispositius assistencials d'un territori que permetin la presa de decisions de la ciutadania sobre l'ús d'aquests serveis.
- La informació sobre el temps d'espera durant l'estada al SUH és un element molt important de suport i de minimització del sofriment.

**5. *Actitud dels professionals per promoure la confiança: oferir un tracte respectuós, presentar-se, presentar el relleu, informar, demanar el consentiment, garantir la confidencialitat***

- La sobrecàrrega de feina no és un pretext per no oferir una atenció adequada.
- Un element clau de l'atenció al SUH és el tracte respectuós, que ha de ser sistemàtic, espontani i avaluable pels responsables.
- Alguns dels elements del tracte respectuós són:
  - Presentar-se i explicar les funcions en el procés assistencial.
  - Escoltar les demandes i necessitats dels pacients al començament i durant tot el procés assistencial.
  - Informar adequadament.
  - Demanar el consentiment
  - Garantir la confidencialitat
  - Respectar la intimitat, tant visual com acústica.
  - Presentar el relleu en els canvis de torn.

- Acompanyar el pacient amb paraules i, si cal físicament, explicant les actuacions terapèutiques: què es farà, per què, com serà, quan acabarà...

#### **6. Actitud dels professionals amb les persones malaltes vulnerables**

- En les persones malaltes vulnerables, com poden ser les persones amb una malaltia crònica evolucionada o les persones amb una limitació greu de l'autonomia funcional, cal extremar la prudència en les mesures diagnòstiques i terapèutiques per adequar-les a les seves necessitats reals i preferències.
- La presa de decisions en aquestes circumstàncies s'ha d'orientar per la informació sobre l'estat previ i les preferències del pacient. Si aquest no està en condicions de manifestar-les, cal escoltar la família.
- També és útil poder disposar del pla d'intervenció individualitzat i compartit, si l'equip d'atenció primària l'ha elaborat.
- Cal, però, tenir la capacitat i la formació per saber quan està indicat prioritzar el tractament dels símptomes, entesa aquesta opció, no tant com la renúncia a altres tractaments, sinó com l'adequació d'aquests a les necessitats de benestar i confort del pacient.

#### **7. Atenció a la dicotomia entre intimitat i seguretat: espais i actituds professionals**

- La seguretat dels pacients al SUH no depèn exclusivament del control visual.
- La gestió adequada dels espais és important, tant en l'actuació ordinària dels SUH com en els casos de sobreocupació. Cal pensar en espais específics per a:
  - Higiene i necessitats corporals
  - Informació
- La gestió adequada dels espais al SUH no es pot fer d'una manera efectiva sense tenir en compte la gestió global dels llits de l'hospital.
- Per mantenir el respecte a la intimitat durant l'estada als SUH és imprescindible que hi hagi protocols específics que prevegin, entre d'altres:
  - Seguretat en ubicacions temporals en àrees de pas (passadís)
  - Trasllats puntuals a llocs amb més intimitat
  - Protecció de la intimitat del malalt de mirades i escoltes tafaneres d'altres malalts

## **8. Accessibilitat dels acompanyants**

- L'acompanyament de familiars i/o amics al SUH és un dret.
- És el pacient el que ha de decidir la informació que vol compartir amb l'acompanyant i qui vol tenir a la vora durant la seva estada al SUH. La persona que porta el pacient al SUH no ha de ser necessàriament l'acompanyant que vol el pacient (per exemple, companys de feina que porten algú al SUH).
- Els acompanyants poder ser útils en diversos aspectes:
  - Facilitar la transmissió d'informació.
  - Ajudar el pacient a prendre decisions compartides.
  - Facilitar l'adaptació del pacient a l'entorn del SUH.
- Les necessitats d'acompanyament s'haurien de detectar en el moment del triatge.
- Cal dissenyar els circuits assistencials de manera que facin possible l'acompanyament i que, a la vegada, evitin tant com es pugui les interferències amb la feina dels professionals.
- És important clarificar la manera d'accedir al lloc on es troba el pacient i el nombre de persones que el poden acompanyar.
- Cal vetllar pel confort i la comoditat dels acompanyants.

## **9. Competències específiques dels professionals dels SUH. Assistència supervisada (tutors) i responsabilització progressiva dels professionals en formació**

- Els professionals del SUH requereixen competències específiques per desenvolupar la seva feina.
- La formació dels professionals sanitaris requereix que actuïn al SUH. Aquesta formació ha de garantir:
  - Presència de professionals de plantilla necessaris per fer la feina d'urgències sense el suport dels professionals en formació.
  - Actuacions dels professionals en formació encomanades en funció del nivell de capacitació.
  - Supervisió (tutors) programada dels professionals en formació.

## **10. Atenció al final de la vida**

- L'atenció als pacients en fase de final de vida ha de fer-se en un entorn que garanteixi la mort digna, respectant el dol dels amics i familiars.
- Malgrat que el SUH no és l'entorn més idoni per a una mort digna, de vegades és inevitable haver de donar resposta a aquestes necessitats al voltant de la fase final de la vida. És per això que:
  - Els professionals dels SUH han de tenir habilitats i competències en cures pal·liatives (amb accés a la història clínica i als documents de voluntats anticipades i tenir el suport d'equips de cures pal·liatives, si cal).
  - Cal disposar dels espais adequats per a aquest procés del final de la vida (i s'han de conèixer les alternatives per poder atendre aquests processos: unitats de cures pal·liatives, Programa d'atenció domiciliària i equips de suport –PADES–, etc.).
- Els SUH han de tenir protocols específics que:
  - Permetin la identificació dels pacients que requereixen atenció al final de la vida.
  - Concretin les cures necessàries als pacients i les seves famílies (físiques, espirituals i socials), en els entorns al més adaptats possible (dins d'urgències, en circuits prioritari d'ingrés o de derivació a centres experts en cures pal·liatives).

## **11. Implicació del comitè de direcció**

- La qualitat de l'atenció dels SUH és responsabilitat del comitè de direcció (CD) de l'hospital.
- El CD de l'hospital ha de vetllar perquè el SUH:
  - Tingui una dotació de recursos humans i materials suficient per poder fer la seva feina d'una manera respectuosa, àgil i efectiva.
  - S'organitzi amb prou flexibilitat per fer front als increments estacionals de la demanda o a les situacions catastròfiques o excepcionals.
  - S'integri de la manera més harmoniosa i natural amb tota l'activitat de l'hospital.



- Les condicions de treball i els horaris siguin els adequats a la demanda assistencial, tenint en compte els fluxos tant diaris com setmanals i estacionals.
- Garanteixi la qualitat assistencial sempre i en tot moment al llarg de tots els dies de la setmana.
- El comitè de direcció ha de pensar en totes les mesures no directament relacionades amb el SUH, però que poden ajudar a donar suport a l'atenció urgent:
  - De quina manera es gestionen les altes de l'hospital.
  - De quina manera es fa compatible la feina assistencial amb les activitats formatives, especialment a primera hora del matí.
  - De quina manera es dona suport i cobertura durant els caps de setmana.
  - De quina manera es fan servir els dispositius alternatius (o complementaris) de l'hospitalització convencional (hospitalització a domicili, hospitals de dia o consultes ràpides, per exemple).
  - De quina manera es promou una continuïtat assistencial segura, ràpida i ben integrada.

***Aquest document va ser aprovat a la 102a reunió plenària del CBC del dia 26 d'abril de 2017***