

# LA INFERMERA I LA GESTIÓ DEL FLUX DE CIUTADANS EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Treball de màster

MARGARITA PUIGVERT VILALTA

Directora de la tesina: Rosa Suñer Soler

Màster en Promoció de la Salut UdG

Girona, 15 de maig de 2009

## Agraïments

Vull agrair a les persones que han fet possible la realització d'aquest treball, pel seu ajut.

En primer lloc a la Rosa Suñer, com a tutora del treball de màster, per la seva dedicació, aportacions i orientació metodològica.

A la Leticia Troyano per la seva ajuda i col·laboració en el tractament estadístic.

A en Felip Joana per els seus suggeriments en la millora de la redacció.

A la Montserrat Jover com a companya de màster per el seu inestimable suport.

A tots els companys de treball que han participat en aquest estudi.

Vull agrair especialment a la meva família que m'han permès robar-los el temps per realitzà aquest treball, per els seu suport incondicional.

## Index

1. INTRODUCCIÓ .....	1
2. MARC TEÒRIC .....	2
2.1 Concepte d'organització .....	2
2.2 L'organització segons Mintzberg .....	2
2.2.1 Mecanismes de Coordinació.....	3
2.2.2 El funcionament de l'organització .....	4
2.3 Elements de la organització.....	5
2.3.1 L'estratègia.....	5
2.3.2 Criteris per una estratègia eficaç.....	5
2.3.3 La cultura organitzativa .....	6
2.4.1 Disseny de llocs de treball.....	7
2.4.2 Disseny de la superestructura.....	7
2.4.3 Disseny d'enllaços laterals .....	8
2.4.4 Disseny del sistema de presa de decisions.....	8
2.4.5 Els factors de contingència .....	9
2.5 Tipus d'organització o configuracions.....	12
2.6 La reforma de l'atenció primària en el món occidental.....	14
2.7 La visita urgent i la reforma de l'Atenció Primària a l'Estat Espanyol .....	17
2.8 L'infermer en l'atenció primària.....	21
2.9 Aspectes legals relacionats en el camp d'actuació de la infermeria .....	24
3. OBJECTIUS .....	26
4. MATERIAL I MÈTODES.....	27
4.1 Ambit d'estudi .....	27
4.2 Disseny de l'estudi.....	27
4.3 Descripció de la intervenció .....	27
4.3.1 descripció de la intervenció per objectius.....	27
4.3.2 descripció de la intervenció .....	29
4.3.3 descripció de la intervenció .....	30
5. ANÀLISI DE RESULTATS.....	31
5.1 Resultats Objectiu 1 .....	31
5.2 Resultats Objectiu 2.....	34
5.3 Resultats Objectiu 3.....	36
6. DISCUSSIÓ.....	44
7. CONCLUSIONS .....	48
8. BIBLIOGRAFIA .....	49
9. Annexes .....	59
Annex 1- Circuit de la consulta de gestió de la demanda.....	59
Annex 2- Recollida de dades de la HCAP .....	62
Annex 3- enquesta telefònica de satisfacció: consulta de gestió a la demanda d'infermeria.....	63
Annex 4- Enquesta de valoració en l'organització de la gestió de la demanda per part de l'infermer.....	64

## 1. INTRODUCCIÓ

La conferència de la OMS-Unicef (Organització Mundial de la Salut) d'Alma-Ata defineix L'Atenció Primària de Salut (APS) com: "L'assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctiques, científicament fonamentats i socialment acceptats, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la plena participació, i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar, en totes i cada una de les etapes del desenvolupament, amb un esperit d'autoresponsabilitat i d'autodeterminació" (1).

L'APS és part del Sistema Nacional de Salut (SNS), del què constitueix la funció central i el nucli principal. És el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària, acostant-se el més possible els llocs on viuen i treballen les persones. Per això constitueix el primer element d'un procés permanent de assistència sanitària (2).

L'APS, com a filosofia implica el desenvolupament d'un sistema sanitari que assumeix el dret a la salut en el marc dels drets fonamentals de la persona, que garanteix la defensa prioritària i que respon, en tot moment, a criteris de justícia i d'igualtat en l'accés i gaudiment d'aquest dret per tots els ciutadans (2).

Integra de forma equilibrada l'atenció preventiva, l'atenció curativa, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

Els elements conceptuals de l'APS són: integral, integrada, continuada, permanent, activa, accessible, basada en equips interdisciplinars, comunitària, participativa, programada, avaluable, docent i investigadora (2).

Els processos d'atenció han de tenir en compte les expectatives de totes les parts implicades: ciutadans i professionals; i han d'estar en concordança amb els valors de l'organització: accessibilitat, atenció integral, equitat...

Les necessitats de salut han canviat, en trobem en un període de transició demogràfica per l'envelliment de la població i l'onada migratòria. Aquests dos fets ens han portat a una major i més variada demanda.

L'organització de l'AP en general, i la d'infermeria en particular, ha d'adaptar-se per poder donar resposta als problemes de salut existents (3).

Cal garantir una organització interna de l'equip que permeti l'atenció del ciutadà, tant en situacions previstes (consultes), com imprevistes (urgències, visites espontànies). Per tant hem d'aprendre a gestionar les paradoxes del nostre entorn, i per això, serà imprescindible la flexibilitat i la polivalència (4).

Una de les característiques que té la professió "infermer", és el dinamisme i la capacitat de donar resposta a les noves necessitats de salut. Per aquest motiu ens plantejem noves formes d'adaptar-nos a una sanitat que evoluciona de manera constant al nostre voltant.

## **2. MARC TEÒRIC**

El sistema sanitari com a model organitzatiu

### ***2.1 Concepte d'organització***

Tota organització es basa en un conjunt de sistemes, d'estructures, de processos de direcció, de tecnologia i d'estratègies. És un concepte molt més ampli que el d'estructura organitzativa, ja que inclou, a més de l'estructura formal, el disseny dels procediments de treball, l'estil de funcionament real o l'organització informal.

Una organització està formada per grups de persones, i això significa que caldrà recórrer a les ciències socials per estudiar-les. És el resultat d'un propòsit o objectiu compartit per diverses persones. Organitzar, s'associa a la divisió del treball i a la coordinació. Consisteixi en dissenyar llocs de treball, i en determinar les diferents funcions i activitats que s'hauran de desenvolupar. Per a fer-ho possible, serà necessària la coordinació (5).

### ***2.2 L'organització segons Mintzberg***

L'estructura d'una organització depèn de com s'ha dividit el treball en les diferents activitats i com aquestes es coordinen. Per això, per dissenyar una organització cal saber :

Com es divideix el treball

Com coordinar el que s'ha dividit

El model de disseny de les estructures organitzatives de Henry Mintzberg, que data de 1979, és reconegut per tothom com la única construcció sòlida i completa que existeix, per entendre l'estructura de les organitzacions, no superada per cap altra obra. Permet estudiar i entendre les organitzacions, comprendre l'estructura i adquirir-ne una visió global (6).

Mintzberg defineix l'estructura de l'organització "com el conjunt de formes en què es divideix el treball en diferents activitats, per aconseguir-ne la coordinació. Tota activitat organitzada planteja dos requisits: la divisió del treball i la coordinació del mateix, mitjançant uns mecanismes" (7).

En el cas del sistema sanitari la divisió i coordinació del treball estan compartimentades, quan una persona requereix més d'un servei al mateix temps, els rols estan ben definits. Per exemple: els metges per diagnosticar una malaltia demanen una anàlisi de sang; els administratius programen el dia i hora de l'extracció de la sang; els infermers fan l'extracció de la sang; els tècnics de laboratori la processen; els analistes en fan la comprovació; els programadors informàtics l'entren a la història clínica informatitzada i finalment els metges arriben al diagnòstic.

### **2.2.1 Mecanismes de Coordinació**

Per aconseguir la coordinació de les activitats que planteja la divisió del treball existeixen cinc formes bàsiques de coordinació. Són (7):

A) Adaptació mútua: la coordinació s'aconsegueix mitjançant la comunicació informal. El control del treball corre a càrrec de qui el desenvolupa. L'èxit de la tasca depèn de l'habilitat d'adaptació entre especialistes. És propi tant d'organitzacions senzilles com d'organitzacions complexes. En el nostre cas, es tractaria de portar el control de l'adhesió al tractament farmacològic d'una persona que pateix una patologia crònica, per via telefònica o per correu electrònic .

B) Supervisió directa: la coordinació es produeix quan una persona assumeix la responsabilitat del treball dels altres, dóna instruccions i supervisa les accions. És propi d'organitzacions més complexes on existeix més divisió del treball. Seria el cas en què l'infermer que encomana a l'auxiliar d'infermeria una activitat, i més tard supervisa l'activitat feta.

C) Normalització dels processos de treball: s'esdevé la coordinació quan el contingut del treball queda especificat mitjançant normes o procediments. Cadascú sap què pot esperar dels altres. Es redueix la comunicació informal i s'actua en conseqüència. La coordinació està escrita en un manual, una norma en els sistemes sanitaris. Els instruments que utilitzem són les guies de pràctica clínica (GPC), protocols d'actuació o les altes d'infermeria.

D) Normalització dels resultats: es produeix la coordinació a l'especificar els resultats del treball, les dimensions del producte. En concret, l'important és aclarir "què" ha de fer-se. Fent menció a les GPC, a més d'estandarditzar el procés de treball, s'estableixen els resultats que s'esperen de l'atenció de la persona malalta. En el cas de les altes d'infermeria s'especifica els objectius que s'han d'assolir en el moment d'alta hospitalària.

E) Normalització de les habilitats: la coordinació arriba quan s'especifiquen les habilitats o destreses per desenvolupar els treballs. És rellevant "qui" és el més apte per portar a cap aquella activitat. Gràcies a la preparació sabem exactament què es pot esperar dels altres. Tradicionalment els mecanismes utilitzats en salut estan basats en la normalització d'habilitats on els rols estan definits, i també adaptats als llocs de treball i a la formació adequada. La formació continuada per els professionals de la salut també normalitza les habilitats i les especialitats. A mesura que el treball de l'organització es torna més complex, els mitjans de coordinació van canviant i passen, primer, de l'adaptació mútua a la supervisió directa, després a la normalització, preferentment, dels processos de treball a la normalització dels resultats i, després a la de les habilitats. Per tornar, finalment, altra vegada a l'adaptació mútua.

Aquest mecanismes de coordinació són els que mantenen unida l'organització.

### **2.2.2 El funcionament de l'organització**

Segons Mintzberg (7) una organització està formada per cinc parts bàsiques: nucli operatiu, línia mitja, vèrtex estratègic, tecnoestructura i staff de suport.

Nucli operatiu : format per les persones que realitzen el treball bàsic, directament relacionat amb la producció. És el centre de l'organització, donat que produeix els resultats essencials per la supervivència de l'organització. En el centres de salut el nucli operatiu és tot el personal que hi treballa.

Línia mitjana: la jerarquia organitzativa sorgeix quan un supervisor de primera línia lidera un grup i forma una unitat de l'organització; un altre assumeix un comandament d'aquestes unitats, formant una unitat d'ordre superior, i així successivament fins que totes les unitats restants queden a càrrec d'un únic directiu en el vèrtex estratègic: el "director gerent", que integra l'organització completa.

En el nostre cas en l'AP, estaria format per l'equip de direcció del EAP, el director de l'EAP, el director del Servei d'AP Sud (SAP sud) i el director d'AP.

Vèrtex estratègic: hi trobem els encarregats de la direcció general ó de l'organització. Controlen que aquesta coordinació sigui eficient i operativa, i que satisfaci els interessos de les persones que controlen o tenen algun poder sobre l'organització. En el nostre cas seria el director d'Atenció Primària i el Gerent Territorial.

Tecnoestructura: està formada pels analistes de control amb els seus administratius que treballen fora de la línia jeràrquica i que es preocupen de estandarditzar processos de treball. En el cas de l'AP tenim els Infermers de Processos i els Tècnics de Salut.

Staff de suport: són unitats especialitzades que proporcionen serveis indirectes a tota l'organització i que es troben fora del nucli d'operacions. En l'AP hi trobem la Unitat de Sistemes Informàtics.

## ***2.3 Elements de la organització***

### **2.3.1 L'estratègia**

És el pla que integra les principals fites i polítiques d'una organització, i a la vegada estableix la seqüència de les accions a seguir.

Les estratègies es poden formar i reformular. La idea que, la decisió sobre quina estratègia cal seguir es pren en llocs allunyats de la realitat, ben lluny dels detalls de la direcció quotidiana d'una organització, és una de les grans fal·làcies de la direcció convencional. I explica molts dels fracasso més espectaculars (8).

### **2.3.2 Criteris per una estratègia eficaç**

Les estratègies eficaçes han de tenir els següents factors:

- Objectius clars i decisius per que tinguin continuïtat.
- Conservar la iniciativa.
- Concentració: concentra el poder en el lloc i en el moment just.



- Flexibilitat: ha de ser flexible i maniobrable.
- Lideratge coordinat i compromès
- Sorpresa, pot canviar posicions estratègiques.
- Seguretat: La estratègia assegura l'assignació de recursos i altres aspectes operatius fundamentals.

### **2.3.3 La cultura organitzativa**

El concepte de cultura organitzativa i la seva influència en el funcionament d'una empresa, ha adquirit una gran rellevància en els últims temps. Cada vegada es reconeix més, que una organització és un reflex dels valors de les persones que en formen part. Tant el sistema de direcció com el comportament individual i organitzatiu, en són una expressió de la cultura, i el resultat de la interacció, dins l'organització,

de diferents persones i grups, amb diferents creences, valors i expectatives. La cultura corporativa, recull les normes i valors que regulen els comportaments dels recursos humans dins d'una empresa (9).

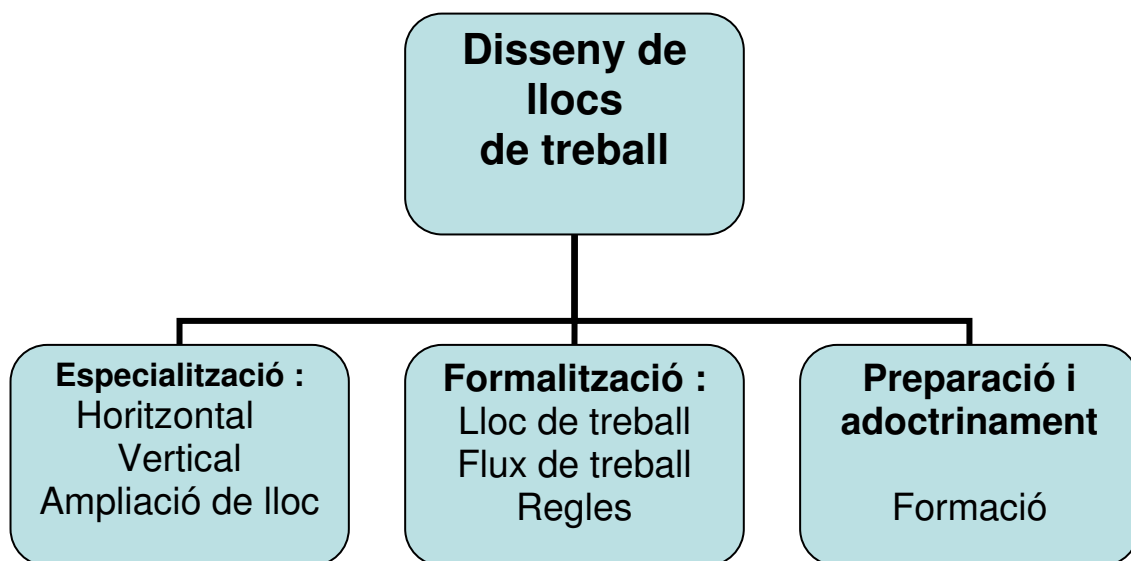
#### 2.4 Paràmetres de disseny segons Mintzberg

Hi ha una sèrie de factors que tenen influència en la divisió del treball i en els mecanismes de coordinació. Tots ells determinen la forma en que funciona l'organització.

Com afirma Mintzberg, el disseny estructural és un procés difícil. L'estructura reflecteix els fluxos naturals de treball, de comunicació i les necessitats reals de l'organització. L'organització és dinàmica i quan canvien les condicions, canvien les necessitats de l'organització.

Hi ha nou paràmetres de disseny que es divideixen en quatre grups, per gestionar i coordinar el treball i establir d'aquesta manera pautes de comportament (10).

### 2.4.1 Disseny de llocs de treball

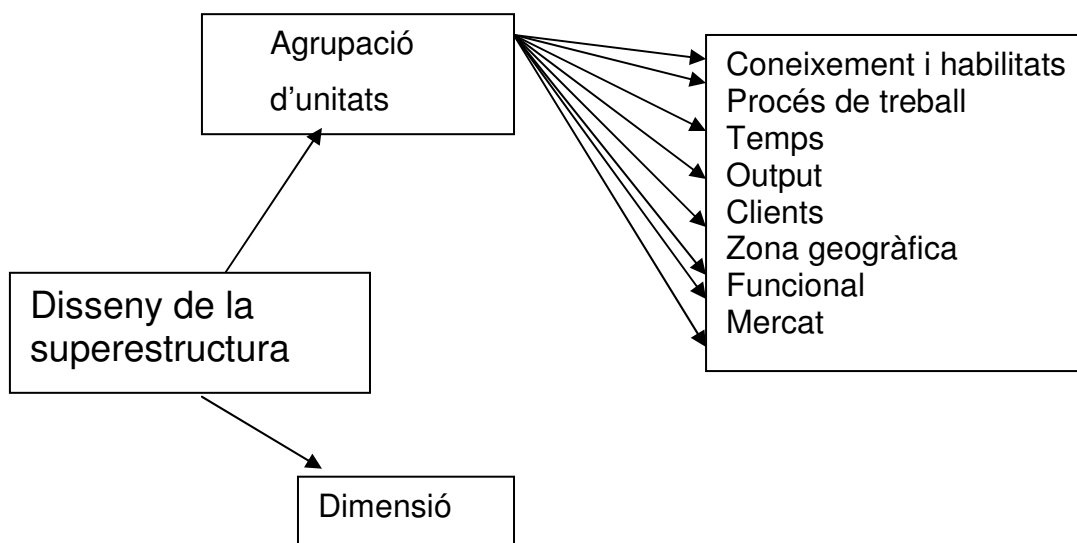


Font: Mintzberg, H. (1992).

Figura 1. Disseny de llocs de treball

Mintzberg considera tres paràmetres per a dissenyar el treball en l'organització: l'especialització en el lloc de treball, la formalització del comportament en la seva realització i la preparació i adoctrinament que requereix. També contempla dimensions per a cada paràmetre.

### 2.4.2 Disseny de la superestructura

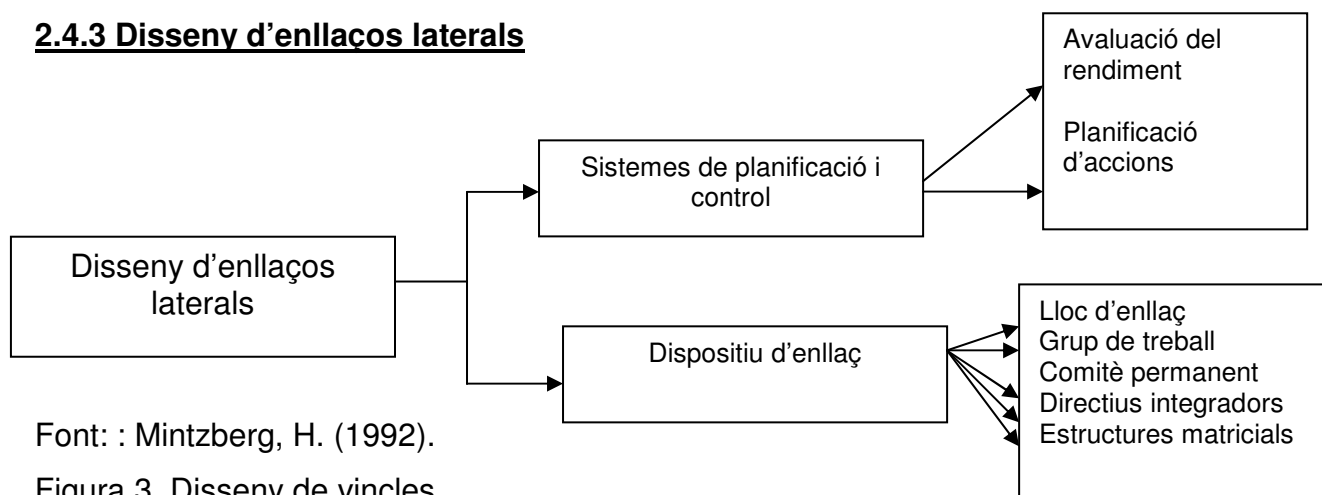


Font: : Mintzberg, H. (1992).

Figura 2. Disseny de la superestructura

L'organigrama és una perspectiva gràfica de la jerarquia, resultat d'un procés organitzatiu. L'agrupació d'unitats és fonamental per a la coordinació del treball en l'organització. La dimensió de la unitat és el nombre de persones sota el comandament d'un directiu.

### **2.4.3 Disseny d'enllaços laterals**



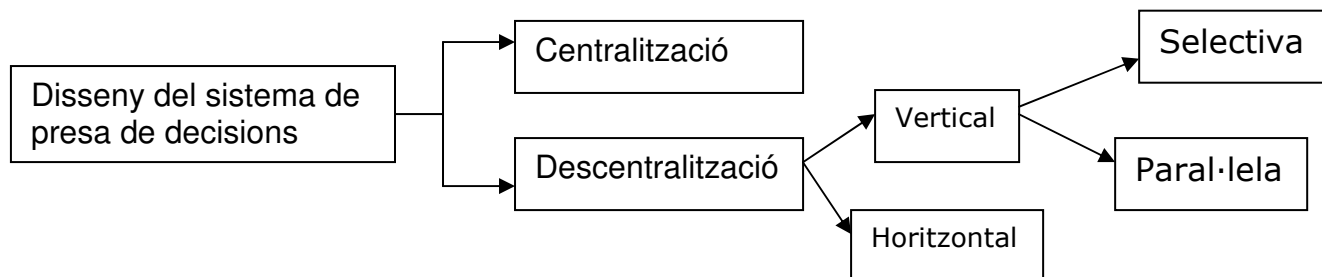
Font: : Mintzberg, H. (1992).

Figura 3. Disseny de vincles

Per a completar el disseny organitzatiu fa falta determinar els vincles. El sistema de planificació és el pla on s'especifica el resultat desitjat en el futur. Els sistemes de control fan referència als resultats globals per períodes de temps. Ambdós sistemes regulen la planificació de les accions i el control del rendiment.

El dispositiu d'enllaç és el mecanisme que estimula els contactes entre les persones que s'incorporen a l'estructura formal.

### **2.4.4 Disseny del sistema de presa de decisions**



Font: : Mintzberg, H. (1992).

Figura 4. Disseny del sistema de presa de decisions

Quan el poder es concentra en un únic punt de l'organització, parlem de una estructura centralitzada, mentre que quan el poder queda repartit, es tracte d'una estructura descentralitzada.

La descentralització vertical correspon a la delegació del poder de decisió en sentit descendent, des del vèrtex estratègic fins a la línia mitjana. En la descentralització horitzontal, les decisions estan controlades per directius.

#### **2.4.5 Els factors de contingència**

Fan referència a la situació, als estats o a les condicions organitzatives relacionades amb la utilització de determinats paràmetres de disseny. Hi ha quatre grups: edat i dimensió; sistema tècnic; entorn; i poder.

##### *Edat:*

En fa dues referències:

- 1.- Com més antiga sigui una organització, més formalitzada estarà el seu comportament.
- 2.- L'estructura reflexa l'època en què es va fundar el sector.

##### *Dimensió:*

En fa tres referències:

- 1.- Com més gran sigui l'organització, més complexa serà l'estructura; és a dir, més especialitzades estaran les seves activitats, més diferenciades les seves unitats i més desenvolupat serà el seu comportament administratiu.
- 2.- Com més gran sigui l'organització, més gran serà la dimensió de la unitat mitjana.
- 3.- Com més gran sigui l'organització, més formalitzat serà el seu comportament.

##### *El sistema tècnic:*

El defineix com el conjunt d'instruments que utilitzen els treballadors per realitzar el seu treball. Ho fa en tres dimensions.

- 1.- Flexibilitat o grau d'elecció o tria dels instruments per part de les persones. Com més regulador sigui el sistema tècnic, més formalitzar resultarà el treball d'operacions i més burocràtica serà l'estructura del nucli d'operacions.

- 2.- Complexitat del sistema.

Com més sofisticat sigui el sistema tècnic, més elaborada serà l'estructura administrativa; més gran i més professional serà la plantilla de suport. La descentralització selectiva cap a la plantilla, serà més gran, i també l'ús dels dispositius d'enllaç per a coordinar el treball de la plantilla.

3.- Complexitat de la tecnologia en si, amb les habilitats necessàries.

L'automatització del nucli d'operacions, transforma l'estructura administrativa-burocràtica en una estructura orgànica.

*L'entorn:*

És l'únic factor de contingència extern a l'estructura i al sistema organitzatiu. Inclou aquells elements que influeixen en el seu comportament i en els seus resultats. Hi ha quatre dimensions en els entorns organitzatius.

1.- Estabilitat: L'entorn d'una organització pot ser estable o dinàmic. La dimensió d'estabilitat afecta l'estructura, possibilitant la predictibilitat del treball. Un entorn dinàmic és quan sorgeixen canvis inesperats, i fa que el treball de l'organització resulti incert i imprevisible.

Com més dinàmic és l'entorn més orgànica resulta l'estructura.

2.- Variabilitat: Afecta a l'estructura, com a conseqüència de la incertesa dels canvis associats a entorns dinàmics, i a la dificultat per a determinar el ritme i la intensitat del treball en l'organització.

Com més diversificats estan els mercats de l'organització, més tendència hi ha a dividir-la en unitats basades en el mercat,(suposant que existeixin economies d'escala favorables).

3.- Complexitat: L'entorn és complex, en la mesura en que l'organització disposa de coneixements sobre els clients, o altres factors. Esdevé senzill, si aquets coneixements, poden ser agrupats en components fàcils d'entendre.

S'obliga l'organització a disposar de personal especialitzat, capaç d'enfrontar-se a la resolució de problemes complexos, amb coneixements sofisticats.

Com més complex sigui l'entorn, més descentralitzada quedarà l'estructura.

4.- Hostilitat: Amenaces detectades per l'organització que poden influir en l'assoliment dels seus objectius. L'hostilitat depèn de la competència, dels sindicats, del govern, d'altres grups externs i de la disponibilitat de recursos. Afecta a l'estructura, mitjançant la predictibilitat del treball i la capacitat de reacció. L'hostilitat determina la importància de la incertesa en els canvis. L'hostilitat de l'entorn, condueix a tota organització, cap a una centralització provisional de l'estructura.

*Poder:*

Hi han tres hipòtesis relacionades en el factor de poder.

1.- El control extern: concentra el poder en el vèrtex de la jerarquia, i estimula regles, normes i reglaments per aconseguir un control intern. Els mitjans, més efectius, per a controlar una organització des de fora, es fer responsable de les accions, al director gerent, així es centralitza l'estructura i imposa nivells d'exigència ben definits.

2.- Les necessitats de poder dels membres: tots els membres volen el poder, bé per controlar als altres, bé per controlar les decisions que afectin el seu treball. Solen generar estructures excessivament centralistes.

3.- La moda: imposa l'estructura del moment i de la cultura, malgrat que no sempre serà la més adequada.

## 2.5 Tipus d'organització o configuracions

Segons Mintzberg, el propòsit central de l'estructura és coordinar el treball que s'ha dividit. Com es porta a terme aquesta coordinació, qui la fa i amb quins mitjans es compte, determinarà la configuració d'aquesta organització (11).

Con es pot veure en la figura 5

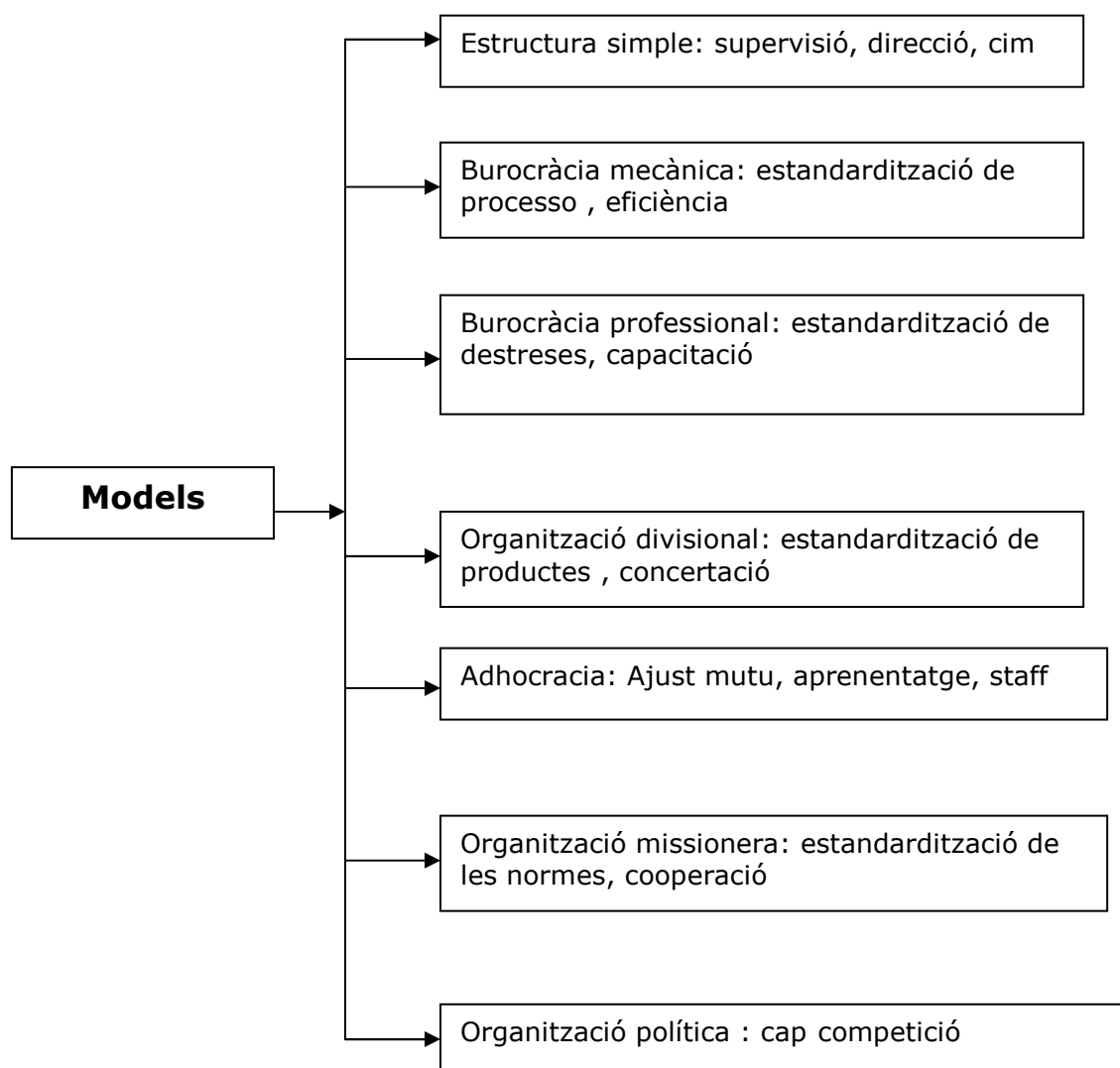


Figura 5. Models de configuració organitzativa

El model de Henry Mintzberg té limitacions. Li falta parlar dels fenòmens de l'esternalització, de l'aplanament de les jerarquies i de la gestió de la qualitat. Aquests fenòmens van aparèixer a la dècada dels 70 i 80.

En la dècada dels noranta, en plena globalització, sorgeixen nous dissenys organitzatius que impliquen la ruptura de cent anys de tradició. Segons Peter Drucker (12), un dels teòrics de les organitzacions, descriu les característiques de les noves organitzacions "precisament perquè hi haurà tanta ambigüïtat, tanta flexibilitat i tantes variacions en les organitzacions, que serà molt més necessària la claredat sobre la missió, els valors, les estratègies, els objectius i els resultats". En l'organització tradicional, la dels últims cent anys, l'estructura interna era jerarquia i poder. En l'organització que neix, l'estructura ha d'ésser comprensió mútua i responsabilitat. Diu: "*El perill més gran en temps de turbulències, no és la turbulència, és actuar amb la lògica d'ahir*".

Les noves organitzacions s'anomenen "*Managed care*"

El *managed care* és un procés capaç de maximitzar els beneficis en salut d'una comunitat amb els limitats recursos disponibles, però assegurant els mínims i els apropiats per a garantir la consecució dels objectius poblacionals i individuals de salut (13).

Incorpora els conceptes de població, d'equitat i d'eficiència assignativa, transformant el concepte de rendibilitat financera dels entorns privats al de rendibilitat social en concepte de beneficis sanitaris, obtinguts amb uns recursos donats: els que la societat ha decidit destinar al sector salut (14).

*Total Quality Management*: L'orientació per a la qualitat en la gestió dels recursos, o la utilització eficient dels mateixos en els processos i en el desenvolupament dels comportaments.

Parlar de qualitat total, implica el coneixement de les necessitats, la presència d'un model de referència, amb el qual ens podem comparar, nostra la realitat i aconseguir, mitjançant la realitat, la satisfacció de les necessitats i expectatives del client. La qualitat d'un servei, pot ser programada, mesurada i millorada. En conseqüència, la qualitat pot ser gestionada (15).

Els nous dissenys de processos que es plantegen, impliquen una clara orientació del treball en equip i unes exigències de flexibilitat, tant en els comportaments humans com en els propis dissenys organitzatius.



Segons Henry Mintzberg diu: “la idea és interessant, però el perill és que pot generar un entusiasme excessiu i no és aplicable a tots els casos”.

Considera que no existeix una única solució per a tots els problemes de totes les empreses, i que hi ha casos en què una estructura vertical dinàmica i ben organitzada resulta idònia. L'estructura horitzontal té molts avantatges i ha d'introduir-se poc a poc. De moment els models híbrids poden ser una solució per a la majoria (16).

## ***2.6 La reforma de l'atenció primària en el món occidental***

La reforma de L'Atenció Primària de Salut (APS) va suposar un nou concepte de model. Potser la reforma de l'Assistència Primària més coneguda és la finlandesa (1972) (17). Aquesta reforma va concentrar tots els serveis d'Atenció Primària a nivell local, ajudant a establir un únic centre físic, el centre de salut, i va crear un marc de treball en equip, els Equips d'Atenció Primària (EAP): un equip de professionals sanitaris i no sanitaris, que actuen en un nivell territorial definit, anomenat àrea bàsica de salut (ABS), que es responsabilitza de la salut del conjunt dels ciutadans que poden ser prestadors des d'aquest nivell assistencial. Les millores introduïdes en aquest nou model d'atenció primària ha estat espectacular i ha suposat un salt qualitatiu, amb resultats beneficiosos per a la salut.

En els últims temps han aparegut noves formes d'organitzar-se, dins les ABS dels països del nostre entorn, per tal de mantenir la sostenibilitat del Sistema Sanitari. Totes elles cerquen el control de la despesa sanitària sense disminuir la qualitat assistencial, el que suposen un repte important per l' EAP (18).

Existeix acord, entre els polítics i els experts sanitaris a Europa sobre el fet que L'Atenció Primària (AP) hauria de ser el centre d'un sistema sanitari ben dissenyat. La qüestió, és saber quin sistema sanitari necessitem per a donar respostes lògiques a les necessitats i expectatives del ciutadà i dels professionals.

A l'inici dels 90 es donen a Europa tres models principals d'organització de l'AP, que es corresponen en gran mesura amb els tres grans tipus de sistemes sanitaris europeus:

A.- *En primer lloc, el Model Berevidge (19), amb Servei Nacional de Salut (SNS). L'AP és la porta d'entrada. S'organitza en equips multidisciplinaris amb l'objectiu de*

prestar una atenció més integrada, i treballar sobre la base d'una població adscrita, fet que facilita la longitudinalitat en l'atenció. El rol i la posició institucional de l'AP dins del sistema sanitari estan clarament diferenciades de l'atenció especialitzada ambulatoria.

La financiació és a través d'impostos (pressupostos de l'Estat). Hi ha: un control governamental i parlamentari; un cert sector privat; una llibertat d'accés per a tothom; una gran implicació de l'Estat en la gestió; els metges estan assalariats o per capitació i alguns copagaments directes per part dels usuaris.

Els països amb aquest model són: Dinamarca, Espanya, Finlàndia, Grècia, Irlanda, Itàlia, Noruega, Portugal, Reina Unit i Suècia.

*B.- En segon lloc, el Model Bismarck (19).* Cap d'aquests dels trets organitzatius del model A, es donen en els països (Europa continental) amb Sistemes de Seguretat Social, on l'AP la porten a terme professionals lliberals independents, concertats amb el sector públic. Aquest fet fa més difícil la prestació d'una atenció longitudinal i també debilita el paper del metge de família (MF) com a coordinador d'altres nivells d'atenció. No obstant, la llibertat d'accés directa a l'atenció especialitzada, via competència entre el MF i l'especialista, sembla contribuir a expandir la cartera de serveis prestada per l'AP, i per tant, la integritat de l'atenció.

La financiació és a través de quotes obligatòries d'empresaris i treballadors i recolzat per els impostos. Els recursos financers van a parar a "fondos", que són entitats no governamentals regulades per llei per a gestionar aquest recursos.

Amb aquests "fondos" es contracten hospitals, metges de família, etc. i faciliten els serveis als seus assegurats mitjançant contractes basats en un pressupost o mitjançant el pagament per acte. Els països amb aquest model són: Alemanya, Àustria, Bèlgica, França i Països Baixos.

*C.- En tercer lloc, el Model Semashko (19).* És considerablement més feble que els dos grups anteriors, tant en termes institucionals com funcionals.

La financiació és a través del pressupost de l'Estat. Però, al no ser considerat un sector no productiu, no és un tema prioritari. Estan directament controlats pel govern a través d'un sistema de planificació central. L'accés és lliure per a tothom. Tots els treballadors són empleats públics i assalariats. No existeix de manera formal el sector privat.

Els països amb aquest model són tots els antics països de l'òrbita soviètica.

La globalització no ha arribat als sistemes sanitaris europeus, si més no pel que fa a estructura i evolució. A la Unió Europea hi ha dos models bàsics d'organització i gestió, tots dos en crisi: Seguretat Social i Servei Nacional de Salut.

Pel que fa a l'organització de l'assistència, una cosa queda clara: potencia l'assistència primària és la clau per aconseguir el control de la despesa sanitària. En l'àmbit dels recursos, cal destacar l'augment del pes pressupostari de l'AP dins de la despesa sanitària, el desenvolupament de les infraestructures, la inversió en sistemes d'informació i la millora en la formació i gestió del personal d'AP (20).

Una atenció primària resolutiva pot solucionar al voltant del 90% dels casos que acudeixen al sistema, a un cost molt inferior al que ofereixen els hospitals (21).

Fora d'Espanya hi ha diferents experiències en l'abordatge de la pressió assistencial, segons el tipus de demanda, buscant que siguin resolutius i d'alta qualitat incloent la satisfacció i el cost-efectivitat.

Aquests serveis responen a les necessitats i expectatives de la població i a la vegada milloren l'efectivitat i l'eficiència del sistema.

Es passa a donar més responsabilitat als infermers, augmentant la capacitat i la autonomia per resoldre i gestionar la demanda assistencial (13).

Aquesta experiència es va iniciar als Estats Units (USA) en el 1965, amb l'aparició de les "*nurse practitioners*" (NP) al Colorado. Es van desenvolupar ràpidament, arribant a tenir el 1995, 248 programes de formació de NP i 49.000 professionals als Estats Units (22).

El Canadà també va desenvolupar aquest rol; i la seva pràctica implica activitats de promoció de la salut, activitats de prevenció de malalties, activitats curatives, activitats rehabilitadores i cures de suport (23).

A Europa, els països Escandinaus i la Gran Bretanya, són els països europeus que han innovat més en matèria organitzativa. Millorant el cost-efectivitat i la satisfacció d'usuaris i professionals (24,25,26,27,28, 29).

A la Unió Europea el sistema sanitari ha entrat en una etapa de revisió, que pot portar a sacrificar les conquestes de l'estat del benestar. El Regne Unit i Holanda són els sistemes sanitaris, del nostre entorn, que cal seguir més atentament.

## ***2.7 La visita urgent i la reforma de l'Atenció Primària a l'Estat Espanyol***

Si observem l'evolució del creixement de la demanda assistencial, a Espanya, podem dir que durant les últimes dècades, s'ha detectat un creixent interès, per part de la ciutadania, pels problemes de salut. Aquest fet, s'ha manifestat en un creixement de la demanda, i en una expansió dels serveis. Aquest creixement de serveis de salut, ens ha portat nous reptes, financers, de qualitat, de noves perspectives..., i ha accentuat els problemes ja existents, com és el cas de les urgències. Aquest augment vertiginós de la demanda dels serveis d'urgències, és motiu suficient per deteriorar, de manera sensible, l'accessibilitat i la qualitat assistencial del servei (30).

L'AP, juntament amb els serveis d'urgències hospitalaris, són la principal porta d'entrada dels ciutadans a l'assistència sanitària. A Espanya el número d'assistències hospitalàries urgents creix constantment, a un ritme a l'entorn del 4% anual. S'estima que el 80% dels ciutadans acudeixen al servei d'urgències hospitalàries per iniciativa pròpia i que el 70% de les consultes són considerades lleus pel personal sanitari (31).

Els motius proposats per explicar aquest creixement són l'envelliment de la població, l'accessibilitat als serveis d'urgències, la confiança a l'atenció hospitalària, la demora de l'atenció especialitzada, els dèficits de l'AP i la cultura de la immediatesa, entre altres (32,33).

Els serveis d'urgències de l'àmbit hospitalari, es veuen en la necessitat d'introduir un sistema de filtre, que gestioni l'afluència dels usuaris, anomenat "triatge".

Es pretén aprofitar tant els recursos humans com materials, i augmentar la qualitat de les cures que s'ofereixen per part de tots els professionals que treballen a l'àrea d'urgències, molt especialment els que ofereix el professional infermer (34).

Segons l'OMS, una urgència és tota aquella situació, que en opinió del pacient, la seva família o qui sigui que prengui la decisió, requereix una atenció mèdica immediata (35).

Segons la Real Acadèmia de la Llengua Espanyola el triatge es defineix com "l'acció i/o efecte d'escollir, separar, classificar"(36).

Per alguns autors, el primer contacte del pacient amb el personal sanitari en els serveis d'urgències hospitalàries, es defineix com "recepció, acollida i classificació dels pacients", i que la realitza un professional infermer (37).

Per altres autors, el terme triatge el reserven a la classificació que es realitza en situacions d'accidents i catàstrofes, amb múltiples víctimes. Així s'entén, doncs, per l'àmbit extra hospitalari. Es reserva per l'àmbit hospitalari el terme "Recepció, Acollida i Classificació de pacients" (RAC), que a més, és competència d'infermeria.

La RAC no és sols l'acte de classificar, sinó que implica una relació interpersonal entre usuari i professional sanitari, en la que s'estableix connexions empàtiques i ètiques (30).

El procés de la RAC intenta avaluar, de forma ràpida, la gravetat de l'afecció de cada pacient, amb la intenció de prioritzar l'ordre de tractament i assignar el lloc i els mitjans adequats per aquest (38).

Els estudis epidemiològics que descriuen les característiques de l'usuari i els motius de la sobre utilització dels serveis d'urgències hospitalaris, són interessants des de el punt de vista de la planificació sanitària (30).

Cal pensar en un model de salut, en què l'usuari no faci ús, sempre que la seva situació no sigui considerada com una urgència, d'un servei hospitalari d'urgències com a primer pas per intentar solucionar el seu problema de salut. Segons alguns autors, els dèficits de l'AP i els factors culturals i socials de la població en són els principals responsables. El percentatge de pacients que acudeixen per iniciativa pròpia supera en molt els pacients derivats des d'altres centres (38).

El "Marc estratègic per a la millora de L'Atenció Primària de Salut 2007-2012" conegut com el Projecte AP21, planteja com objectiu arribar a tenir una AP de qualitat, orientada al ciutadà, que tingui un alta capacitat de resolució i que potencí la continuïtat assistencial, comptant amb uns professionals motivats i capacitats i amb una organització descentralitzada, participativa i eficient.

En el període de 6 anys (2007-2012), les Comunitats Autònomes han de fer possible els avenços en diferents estratègies de millora per l'AP, basats en dos eixos els ciutadans i els professionals. Les estratègies s'han de centrar en tres objectiu claus: la qualitat, la capacitat de resolució i la continuïtat assistencial (39).

En l'àmbit de l'AP l'atenció urgent que demana el ciutadà, s'inicia en els centres de salut. Fora de l'horari laboral la seva continuïtat està garantida en els punts d'Atenció

Continuada (AC). L'AC rep una elevada freqüentació, que s'incrementa en els caps de setmana i festius.

El perfil de l'usuari és d'una persona jove, amb algun problema de salut considerat banal o lleu. El 95% de la demanda es soluciona en aquest nivell assistencial (40,41,42,43).

A Catalunya a l'any 2002 es van realitzar, en l'àmbit de l'AP, més de 41 milions de consultes; el que representa, en xifres absolutes, poc menys del 75% (73,45%) del volum assistencial ambulatori. Així doncs l'AP suporta, com ha de ser, el major volum assistencial en nombre de visites (44).

L'anàlisi de com gestionem la demanda en els nostres centres de salut, ens permet constatar alguns problemes i limitacions del sistema. Els nostres centres, presenten una organització de serveis que canalitza pràcticament tota la demanda (pressió assistencial), per a un sol servei.

La creació de consultes d'infermeria a demanda suposa una obertura a d'altres grups de població, i una millora en la metodologia de treball de la consulta d'infermeria existent, emmarcades més a buscar una extensió dels serveis infermers que a una expansió del seu rol o a un assaig de models de gestió alternativa de la demanda en AP (45).

Es busca millorar l'atenció de la demanda urgent dins dels centre d'AP, obrint l'accessibilitat del servei al ciutadà, incorporant els infermers a la primera línia del procés de gestió. La demanda assistencial, no programada, el treball de l'infermer en el primer nivell assistencial, ha canviat i dona resposta a la demanda, coneguda com la de la immediatesa que busquen els nostres ciutadans.

La gestió de la demanda promou l'atenció directe de l'infermer, d'una forma autònoma, en l'assistència de situacions agudes concretes, d'acord amb uns protocols (46).

Inicialment, la idea és repartir la càrrega de treball entre els metges i els infermers. Es coneix amb el nom del "Pla d'hivern". El Servei de Salut de la Comunitat de Madrid, inicia l'experiència el 1996, en el Centre de salut Panaderas II, com una manera nova de treballar en un temps concret i una patologia estacional sense canviar-ne l'organització (47).

El Institut Català de la Salut (ICS), repeteix aquesta experiència al "Pla d'hivern", per a tot Catalunya, en l'any 2005 (48).

Aquesta fórmula va provocar un autèntic efecte embut estacional, i va crear insatisfacció, tant a la població afectada com als propis professionals.

El Centre de Salut del Gòtic, a Barcelona, va més enllà, organitzant les consultes d'infermeria per abordar la seva demanda assistencial, basada en protocols consensuats, l'atenció de problemes com: infecció de vies altes; infecció d'orina no complicada; diarrea aguda; atenció inicial de la hiperplàsia benigna de pròstata...

Fa la primera presentació dels seus resultats al congrés de SEMFyC 2001. I més tard la publica, amb un títol molt suggerent "Trabajando en los EAP ¿Con enfermería o sin enfermería?" (49).

El Servei Andalus de Salut (SAS) ho planteja per primera vegada per tota la Comunitat, l'any 2001, amb canvis importants d'organització en les agendes, passant la responsabilitat de l'atenció als professionals infermers (50,51).

Continuant en aquesta línia l'ICS l'any 2007, posa en marxa el programa de gestió de la demanda dirigida als infermers, amb diverses experiències pilot, i ha estat durant el 2008 la implementació per tot el territori. Per aquest motiu ICS crea una desena de guies d'actuació, i publica els resultats al mes de novembre, on remarca que la resolució de les visites espontànies per part dels infermeres ha estat un 60% (52). Al 2009, amplia les guies d'actuació en un total de quinze, que permet al infermer finalitzar el procés assistencial.

Al 2007 el Centre de Salut Can Bou (Castelldefels), presenta 38 guies d'intervenció, 20 dels quals permet a l'infermer finalitzar el procés (53).

Hem de reflexionar com ha de ser l'organització de l'atenció infermer a la consulta, si es porta a terme per activitats, és contrari a una política de qualitat de cures, és un model no professional que impedeix una visió integral de l'atenció infermer i propicia una productivitat basada en els resultats (54).

La implementació de la història clínica informatitzada ha permès conèixer els aspectes rellevants i els seus resultats. La deficiència dels sistemes informàtics per infermeria és una realitat. El treball d'infermeria és, en un elevat percentatge, qualitatiu i els sistemes de registre de la història clínica, són quantitius.

La necessitat de sistemes d'informació i registres específics per infermeria són vitals si volem aprofundir en la gestió infermer, basats en plans de salut que possibilitin la integració de les activitats de promoció y prevenció així com el pla de cures, seguint criteris de gestió clínica (55).

La disminució de la qualitat assistencial, implicaria que no s'aconseguissin els objectius proposats.

## ***2.8 L'infermer en l'atenció primària***

Per a millorar, convé introduir canvis en el nostre sistema de treball, a tot l'EAP. Ara, tenim un sistema dissenyat per cobrir necessitats i expectatives diferents a les actuals, i que no afavoreix l'accessibilitat del ciutadà i no aporta la satisfacció del personal (56).

L'activitat a la porta d'entrada, segueix encomanada a un sol dels proveïdors d'atenció, i la consulta del metge de família es confirma com l'espai de gestió de tota la demanda (57).

Els criteris d'assignació d'usuaris per professional venen regulats, per la Llei General de Sanitat 14/1986 de 25 d'abril, que estableix en l'article 10.13, el dret a escollir metge i als demés "Sanitaris Titulars", d'acord amb les condicions contemplades en la pròpia llei i en les disposicions que es dictin pel seu desenvolupament, i en les que es regula el treball sanitari dins els Centres de Salut (58).

En la Declaració de la 51 Assemblea Mundial de la Salut, celebrada el maig de 1998, i signada per Espanya, s'acordà, en el capítol 6.2.2, per a la continuïtat assistencial " l'articulació de l'atenció sanitària per part del metge i de l'infermer orientada cap a la família; la delimitació clara de la població específica que ha d'atendre cada metge i cada infermer; delimitar l'atenció sanitària a una àrea de captació geogràfica mitjançant la inscripció en una llista; i la lliure elecció de metge i d'infermer" (59).

Per això, organitzativament hem de regular:

- Un sistema d'assignació i d'identificació dels usuaris (tarja sanitària)
- Un sistema per a regular el dret de la lliure elecció.
- Un sistema de compensació i reconeixement (60).

El model organitzatiu que treballem actualment, és per "cupos". Cada infermer treballa amb la població d'un "cupo" que coincideix amb el cupo del metge. És l'infermer referent i està ubicat en una consulta al costat del metge, perfectament intercomunicades.



Els avantatges fonamentals d'aquest model organitzatiu són que afavoreix la coordinació entre el metge i l'infermer, i la seva eficàcia és el cribratge oportunista per activitats preventives.

Els principals inconvenients, és que s'atribueix excessiva dependència del metge i, a vegades, és difícil l'entesa entre els dos professionals.

La distribució de la població per edats, adulta i infantil, afavorint l'especialització i es perd la versatilitat pròpia de l'infermer familiar i comunitari (IFC) (61).

Actualment, la consulta del metge es troba col·lapsada. Son molts el processos que, al menys a priori, no necessiten d'una atenció mèdica però, no obstant per la pròpia estructura organitzativa, es veuen obligats a passar per la consulta mèdica.

Si analitzem el contingut, podem dir que el continu creixement de la demanda, no es deu únicament a l'excessiu nombre de pacients assignats, sinó bàsicament, al volum de les consultes que tendeixen a créixer, sense límit aparent, a la incessant derivació d'activitats no pròpies d'un metge, i a la hiperfreqüentació.

Aquestes activitats no pròpies del metge o burocràtiques ocupen fins un 30% del temps de la consulta (62).

Actualment, les consultes d'infermeria, tenen com a principals problemes:

La població diana és, majoritàriament, els pacients crònics.

El canal d'accés a la consulta d'infermeria depèn de la derivació mèdica.

En l'agenda de la consulta d'infermeria, gran part de les visites són programades, el que suposa una rigidesa inefectiva i ineficient de l'atenció.

Absència d'una metodologia homogènia, basada en un marc teòric concret.

Una avaluació centrada en processos d'atenció i sense abordar els aspectes qualitatius.

Per a canviar aquesta situació, resulta imprescindible redefinir el contingut de les consultes d'infermeria, per la qual cosa s'ha de tenir en compte les següents consideracions:

- Augmentar la capacitat resolutiva de les consultes d'infermeria.
- Assegurar la implementació de l'infermer de referència, que permeti una relació infermer- pacient, com la millor eina terapèutica en la prestació de cures.
- Disminuir la incertesa dels professionals, i augmentar la seguretat en l'àmbit de la decisió que en tenim competència.
- Assegurar la confiança dels usuaris pel servei.

Es tracte de seguir millorant tant l'eficiència en la prestació de serveis, per part dels Centres de Salut com l'accessibilitat i equitat en l'assistència en benefici del ciutadà (63).

Actualment el creixement de la qualitat assistencial es fonamenta en criteris de resultats, amb la finalitat de potenciar la seguretat clínica dels pacients. La prescripció de l'infermer, permetria resoldre problemes de salut de manera autònoma, col·laborar en l'entorn professional i en l'organització del treball, facilitant, així la gestió de la demanda assistencial.

La prescripció per part de l'infermer hauria estar unida a la seva pràctica i derivada del seu àmbit d'actuació propi i no al seguiment de les actuacions d'altres professionals. Correspon als infermers en el seu desenvolupament professional i abordatge de l'Educació per la Salut, el seguiment adequat dels medicaments prescrits, vinculat a la seguretat del pacient, la continuïtat assistencial, i a l'ús racional del medicament, així com la planificació de les cures que es deriven de la valoració dels Coneixements deficients, del Maneig inefectiu/ efectiu del regim terapèutic i o del Compliment del mateix, tot això de forma coordinada i amb el treball en equip com a base de la relació interdisciplinària (64).

El treball en equip entre els diferents professionals sanitaris en els que cada vegada hi ha més espais competencials compartits, oferirà a les persones i grups una atenció sanitària integrada basada en els principis d'accessibilitat i continuïtat assistencial (64).

En l'any 2000 existien sis països amb autorització per la prescripció infermer, actualment són 10 : Suècia, Austràlia, Estats Units (EEUU), Reina Unit, Canadà , Nova Zelanda, Sud Àfrica, Botswana, Kenya i Irlanda (65).

La OMS a l'any 2002, dins de les mesures reguladores per afavorir l'ús racional dels medicaments, va establir que haurien de prescriure els professionals sanitaris (metges, infermers i parametges) per assegurar que tots siguin lo suficientment competents per diagnosticar, receptar i dispensar (66).

La proposició de la modificació de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris (67) deixa a els infermers al marge de la llei, per continuar treballant.

En data 28 d'abril de 2009, "El Congrés de Diputats" a Madrid, aprova la modificació de la Llei 29/2006 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes

sanitaris donant pas a la prescripció infermera (68). L'autoritat per prescriure es considera un avenç de la professió.

## **2.9 Aspectes legals relacionats en el camp d'actuació de la infermeria**

Els infermers hem de jugar un paper essencial en la valoració inicial, en l'orientació de les demandes, en l'educació sanitària i en la autocura.

Per a potenciar el paper de l'infermer d'AP, és precís definir competències que garanteixin el desenvolupament de pràctiques basades en l'evidència i que assegurin la prestació de cures integrals, personalitzades i de qualitat, d'acord amb els principis de l'AP i amb el treball de l'equip multidisciplinari, que es recull en el Real Decret 137/1984 d'Estructures Bàsiques, de 11 de gener (69).

L'Organització Mundial de la Salut i la Unió Europea, creu imprescindible, s'identifiqui el perfil especialista (competències) de l'infermer d'AP, i que es doti d'autonomia i responsabilitat per a establir els objectius de les seves intervencions, davant els individus, les famílies i la comunitat; i adquireixi a través de la formació de pregrau, postgrau i continuada, les competències ("actituds, coneixements i habilitats") que li permeti desenvolupar amb eficiència el seu treball a la comunitat (70).

La llei 44/2003, d'Ordenació de les Professions Sanitàries, estableix les bases que defineixin els àmbits competencials i que "les praxis quotidianes dels professionals en organitzacions multidisciplinàries evolucionin de forma no conflictiva, sinó cooperativa i transparent" (71).

La llei 16/2003 de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut (SNS), article 42, defineix la competència com "l'aptitud del professional sanitari per a integrar i aplicar els coneixements, les habilitats i actituds

associats a les bones pràctiques de la professió per a resoldre les situacions que es plantegin" (72).

El Real decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre Especialitats d'infermeria, qualifica a l'infermer d'AP, en l'especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària (73).

El repte, és doncs, optimitzar la gestió i l'ordenació dels fluxos d'usuaris i adaptar-se a les noves necessitats de la població, afavorint l'accessibilitat directa del ciutadà cap

els dos professionals, metge i infermer, millorant l'eficiència organitzativa mitjançant la redistribució de càrregues de treball (41).

Un procés de discussió i d'informació interna, entre els infermers i els altres membres de l'equip afavorirà l'organització de tot l'equip.

Es planteja doncs, organitzar l'atenció en el marc d'un espai obert, amb diferents agendes, que atenguin de manera interconectada i donin fluïdesa a l'accés i a la circulació dels usuaris, amb un model d'atenció compartida dels dos principals proveïdors de serveis d'AP metges i infermers de família; amb servis accessibles sense intermediaris i més orientats a les demandes (74) amb una bona comunicació ver la població afectada, orientant quin és el consum més adequat dels serveis.

### **3. OBJECTIUS**

- 1.- Estudiar el grau de resolució i els motius de visita de la consulta de gestió de la demanda.
- 2.- Estudiar el grau de satisfacció dels usuaris.
- 3.- Estudiar el grau de satisfacció i acceptació dels professionals vers la consulta de la gestió de la demanda.

## **4. MATERIAL I MÈTODES**

### **4.1 *Ambit d'estudi***

La comunitat que compon, l'ABS d'influència de Girona -2, és la gent que viu al barri de St. Narcís, Sta. Eugènia i Can Gibert del pla . És una zona àmpliament urbana. Els habitants, d'aquesta comunitat, són majoritàriament autòctona de classe treballadora, però també, és una zona d'acollida d'immigració. La primera onada, va ser els anys 60, és immigració espanyola i en els darrers anys hi ha hagut una onada important d'immigració estrangera (sub-saharians, sud-americans i magrebins).

Segons les dades de l'ajuntament de Girona del 2005 representen un 12,09% de la població gironina.

Superfície.....3,26 Km<sup>2</sup>

Població.....31.275 hab.

Densitat.....9.593,55 hab/Km<sup>2</sup>

Dades Catsalut 2.008

### **4.2 *Disseny de l'estudi***

Estudi transversal. A més s'ha realitzat un anàlisi retrospectiu per estudiar el grau de resolució de la consulta de la gestió de la demanda.

### **4.3 *Descripció de la intervenció***

#### **4.3.1 descripció de la intervenció per objectius**

A): Objectiu 1: Analitzar el grau de resolució i els motius de la consulta.

Període d'estudi: L'estudi es va dur a terme del 9 al 13 de febrer 2009, una setmana, de dilluns a divendres, ambdós inclosos, totes les persones que van passà per la consulta de la gestió de la demanda (GD).

Població diana: La població adulta de l'ABS que van passà en aquest període per la consulta de la GD

Criteris d'inclusió: Les persones de més de 15 anys, que van passà per la consulta de la GD.

Criteris d'exclusió: La població infantil, menors de 15 anys, de la zona d'influència

Dimensió de la mostra: Totes les persones que van passà per la consulta de la GD..

Variables: Sociodemogràfiques com L'edat, el sexe, Es va dissenyar un full per cada dia de la setmana i específic on es van recollir les dades del motiu de consulta i la resolució del problema.

Instrument de mesura:, El full de recollida de dades era un per cada dia de la setmana. Les dades per fer l'anàlisi de l'edat es van classificar en tres grups, el primer grup, de 15 i 44 anys, al segon grup, entre 45 i 64 anys i el tercer grup entre 65 i 84 anys. El motiu de salut pel qual varen acudir a la consulta eran 15: anticoncepció d'emergència, cremades, crisi d'ansietat, diarrea, dolor mecànic agut, elevació de la pressió arterial, epistaxi, ferida, lesió dèrmica en zona de plec, molèsties urinàries, odinofàgia, odontàlgia, símptomes respiratoris de vies altes, torcada de turmell, ull vermell i altres. També es va registrar la resolució del problema de salut o la derivació a un altre professional. Per estudiar el grau de resolució, es va definir de la següent forma: problema de salut resol va ser aquell que no es deriva a un altre professional, i en cas de fer una derivació, el motiu d'aquest, va ser per buscar una baixa laboral o una prescripció farmacològica, activitats, que no són de la competència de l'infermer. Quant una persona acudia al centre, sense una visita programada per tal de poder oferir-li una atenció més eficient i àgil, es van definir nous circuits, que es poden veure a (annex 1).

(annexa 2).

Recollida de dades: A través de la història clínica informatitzada d'atenció primària coneguda amb el nom d'E-cap.

Anàlisi de les dades: Es van estudiar totes les variables amb el paquet informàtic SPSS versió 17.0. L'estadística descriptiva, es presenta a través de, mitjana, mediana, moda i derivació estàndard, per les variables quantitatives i les variables qualitatives es presenten per freqüències relatives i absolutes.

En l'anàlisi inferencial s'utilitzat el test de Chi quadrat en les variables qualitatives. Per l'anàlisi de les variables qualitatives independents s'ha utilitzat el T-test. El nivell de significació estadística s' estableix per el valores de  $p < 0,05$ ; Interval de confiança es del 95%.

Consideracions ètiques: Per revisar les històries dels pacients, s'ha sol·licitat el permís per accedir a les històries clíniques a l'empresa, informant que les dades s'utilitzaran per realitzar aquest estudi. Per dur a terme l'enquesta telefònica, s'ha demanat a cada persona la participació voluntària abans de fer-la, informant que l'

enquesta telefònica tenia una durada de 3 minuts, explicant que les dades que s'obtinguin seran anònimes i s'utilitzaran per elaborar l'estudi. S'ha demanat la participació de la realització d'una enquesta als treballadors de l'ABS, garantint l'anonimat de les dades que s'obtinguin i la finalitat de l'estudi.

#### **4.3.2 descripció de la intervenció**

B): Objectiu 2: Analitzar el grau de satisfacció dels usuaris.

Període d'estudi: L'estudi es va portar a terme els mesos de febrer i març de 2009, a la població de més de 15 anys que varen passà a la consulta de GD.

Població diana: Població adulta de l'ABS de Girona -2

Criteris d'inclusió : Persones de més de 15 anys, que van passar per la consulta de gestió a la demanda durant el mes de febrer.

Criteris d'exclusió : Població infantil, menors de 15 anys, de la zona d'influència i les persones que no acceptin realitzar l'enquesta.

Dimensió de la mostra: Va ser una mostra de conveniència, es va escollir de forma aleatòria.

Variables: Sociodemogràfiques com l'edat i sexe. Es va utilitzar una enquesta específica preparada per aquesta investigació, que avalua la satisfacció de l'usuari del servei de la consulta de la GD.

Instrument de mesura: L'enquesta que es va utilitzà com a metodologia de recollida de dades, va ser d'una entrevista telefònica, dirigida als usuaris. L'enquesta analitzava les següents qüestions, l'acord que un infermer la gestionés de la porta d'entrada, la resolució dels seu problema de salut, i la intenció de tornar a utilitzar el servei aquestes es valoraven de forma dicotòmica (si,no) les variables de satisfacció amb la informació i el tracte rebuts per part de l'infermer de la consulta GD. Es va valorar a través d'una escala de (1 a 10) (Annex 3).

Recollida de les dades: Es va partir del llistat de persones que havien passat el mes de febrer, en aquesta consulta, trucàvem 1 persona de cada 4, en un màxim de tres trucades. Si no contestaven passarem a la següent i si no desitjaven participar també passàvem a la següent persona.



### **4.3.3 descripció de la intervenció**

C): Objectiu 3: Estudiat el grau de satisfacció i acceptació dels professionals vers la consulta de la gestió de la demanda.

Període d'estudi: L'estudi es va portar a terme el mes de desembre de 2008

Població diana: El personal que treballa a l'ABS de Girona -2.

Criteris d'inclusió : metges, diplomats en infermeria (DUI), i auxiliars administratius, que treballen de forma estable a l'ABS

Criteris d'exclusió: el personal en període substitucions, Treballadora social (TS), auxiliars d'infermeria.

Dimensió de la mostra: La mostra va ser totes les persones que treballaven de forma estable a l'ABS de Girona -2 (60 persones).

Variables: Sociodemogràfiques com l'edat, sexe i professió. L'enquesta va ser dissenyada específicament per aquesta investigació.

Instrument de mesura: L'enquesta que s'ha utilitzat com a metodologia de recollida de dades ha estat autoemplenable i, com a mitjà de distribució, s'ha optat per l'entrega personalitzada, donat que la finalitat del qüestionari era obtenir, d'una manera sistemàtica i ordenada, la informació relativa a els treballadors de l'ABS . L'estudi del grau de satisfacció i acceptació s'ha fet mitjançant una enquesta preparada específicament per aquesta investigació, on tres de les preguntes es podien respondre de forma dicotòmica (si no), deixant l'opció a una resposta oberta i dues preguntes tenien quatre respostes possibles (annex 4)

## 5. ANÀLISI DE RESULTATS

### 5.1 Resultats Objectiu 1

Per analitzar el grau de resolució i els motius de la consulta, s'ha realitzar un estudi retrospectiu.

Període d'estudi: L'estudi s'ha portat a terme els mesos de febrer i març del 2009, s'ha estudiat la setmana del 9 al 13 de febrer del 2009, ambdós inclosos, a totes les persones que han passat en aquest període per la consulta de la gestió de la demanda (GD).

Resultats Objectiu 1: s'ha aconseguit una mostra de 152 persones, Del total de la mostra un 41,44% són d'homes (n=63) i 58,55%, són dones (n=89) (fig.5.1.1).

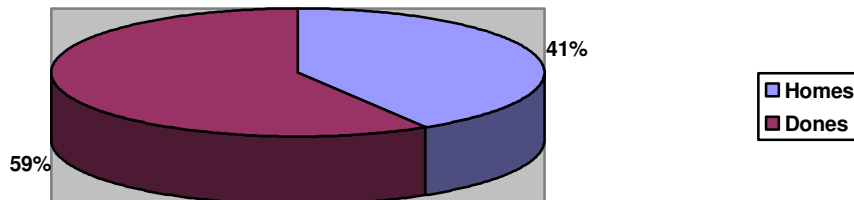


Figura 5.1.1

Sexe de la població estudiada

Del total de la mostra el 75,7% (n=115) tenia entre 15 i 44 anys, el 15,8% (n= 24) tenia entre 45 i 64 anys i el 12% (n=12) tenia entre 65i 84 anys. Només un pacient tenia 87 anys (fig.5.1.2).

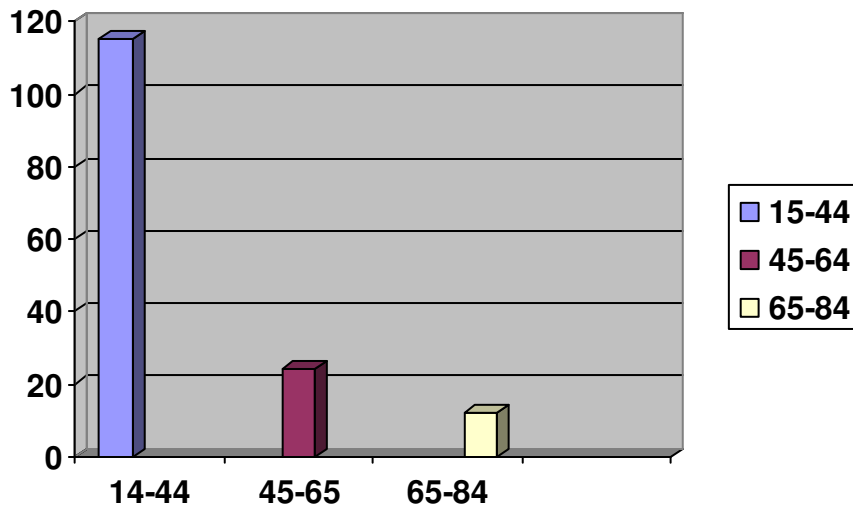


Figura 5.1.2

Grups d'edat de la població estudiada.

De les 152 consultes conduïdes pels professionals infermers durant la setmana, s'han resolt el 62,5% (n=95) i s'han derivat a un altre professional el 37,5% (n=57) (fig.5.1.3).

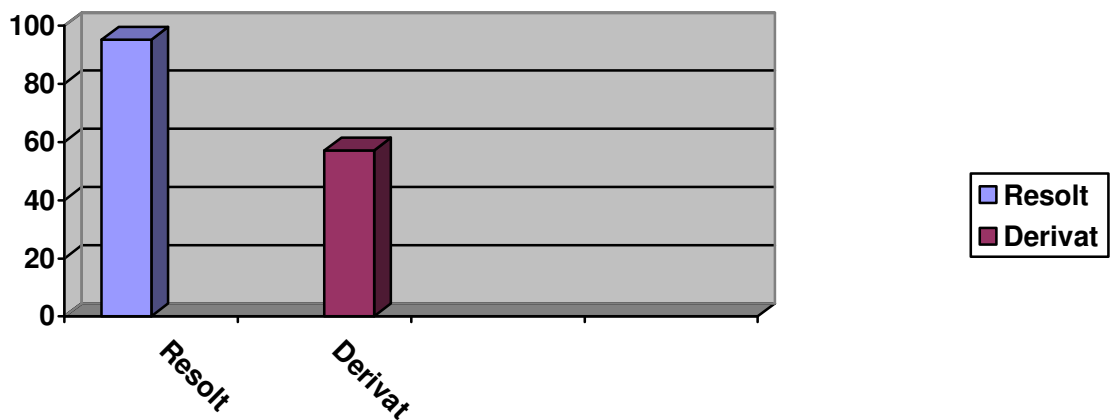


Figura 5.1.3

Grau de resolució dels problemes de salut

En l'estudi global de la resolució de la consulta de la GD s'ha obtingut un percentatge molt elevat. En el 62,5% dels casos s'ha resolt el problema de salut en front el 37,5% en que els pacients varen ser derivats al metge (p=0,000)

Dels protocols treballats a la consultat de la gestió a la demanda, destaquen com a més freqüents en un 15,78% (n=24) l'odinofàgia, un 15,78% (n=24) altres, en aquest apartat hi trobem 8 casos dolor abdominal, 6 casos mal d'esquena irradiat, 4 casos infecció urinària associada amb patologies de base o infecció urinària de repetició, 3 casos mal estar general amb vòmits i diarrea, 2 casos de migranya, 1 cas fractura de coles o procediments de traumatologia i 14,5% (n=22) símptomes respiratoris de vies altes (fig.5.1.4).

Els protocols amb major resolució són l'anticoncepció d'emergència, les cremades, les crisi d'ansietat, la diarrea, l'epistaxi, molèsties a l'orinar i els símptomes respiratoris de vies altes. El menys resultat és l'apartat altres, que corresponen a altres patologies associades.

Essent estadísticament significatiu el tipus de protocol i la resolució d'aquest (  $p=0,000$ ).

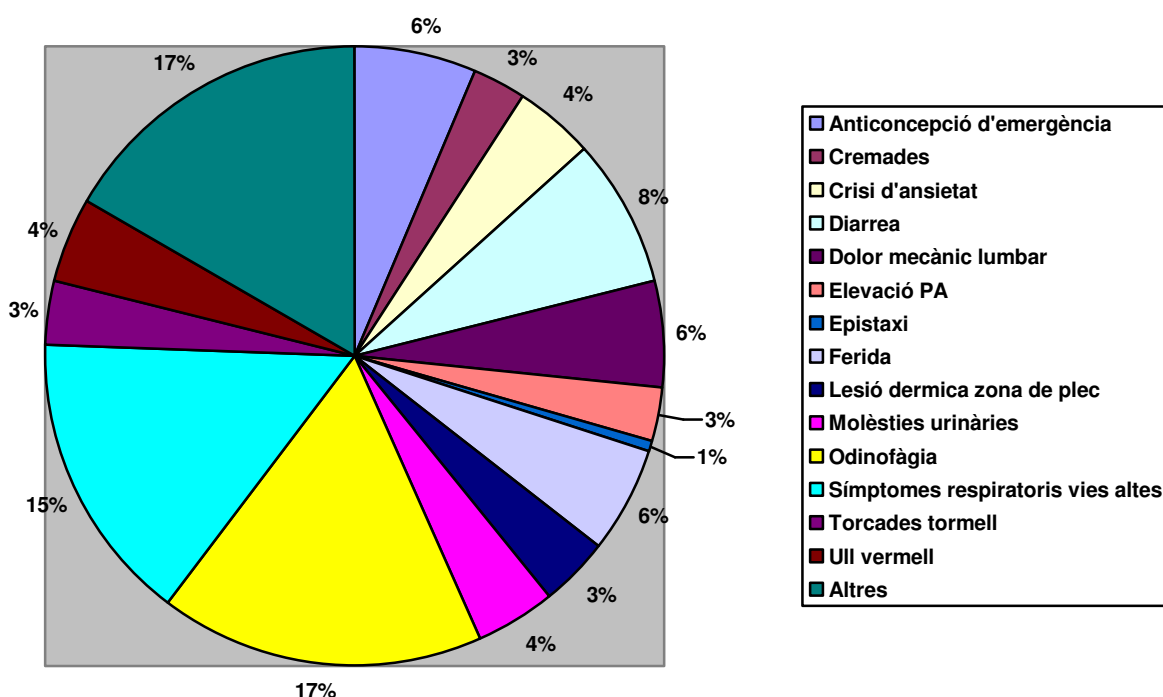


Figura 5.1.4  
 Protocols utilitzats en la consulta de la GD.

## 5.2 Resultats Objectiu 2

Per analitzar el grau de satisfacció dels usuaris s'ha realitzat un estudi transversal.

Període d'estudi: l'estudi s'ha portat a terme els mesos de febrer i març de 2009, a la població adulta de l'ABS de Girona -2, que va passar a la consulta de la GD durant el mes de febrer. Partim d'una mostra de conveniència. La mostra escollida s'ha fet de forma aleatòria. Hem recollit 48 enquestes telefòniques.

S'han obtingut 48 respostes, pertanyen als homes el 43,8% (n=21) i el 56,3% (n=27) a les dones. Del total de la mostra, l'edat mitjana és de 48,13 anys, la mediana és de 47,50 anys, (SD 20,02 anys) i la moda és de 35 anys.

En l'anàlisi del grau de satisfacció dels pacients en vers la consulta de GD, un 87,5% (n=42) va respondre que si estaria d'acord que un infermer gestionés les visites no concertades amb antelació i un 12,5% (n=6) manifesta desacord. (fig.5.2.1).

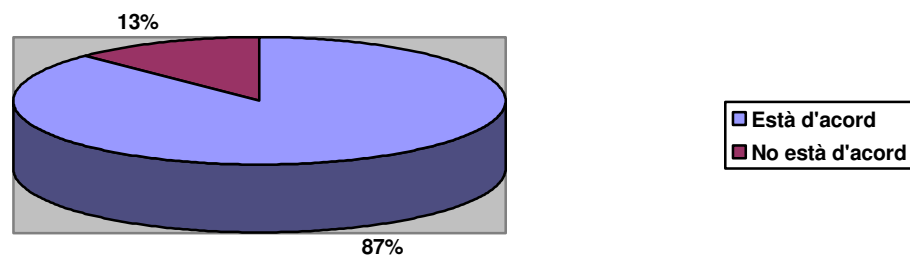


Figura 5.2.1

Grau de conformitat en vers la gestió per part de l'infermer de les visites del dia.

Si comparem la conformitat en vers la GD i el sexe no trobem diferències significatives ( $p=0,162$ ).

Respecte a la satisfacció de la informació rebuda per part de l'infermer, analitzant la informació, veiem que el valor mínim escollit que és de 7 i el valor màxim és de 10, el rang és de 3, la mitja és de 8,42, la mitjana és de 8, (SD 0,89 punts) i la moda és de 8. Un 12,5% (n=6), va puntuar un 7, un 47,9% (n=23) dona un puntuació de 8, un 25% (n=12) va puntuar un 9 i un 14,6% (n=7) puntua un 10 (fig.5.2.2)

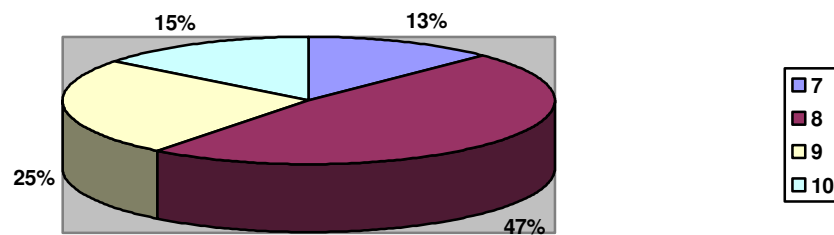
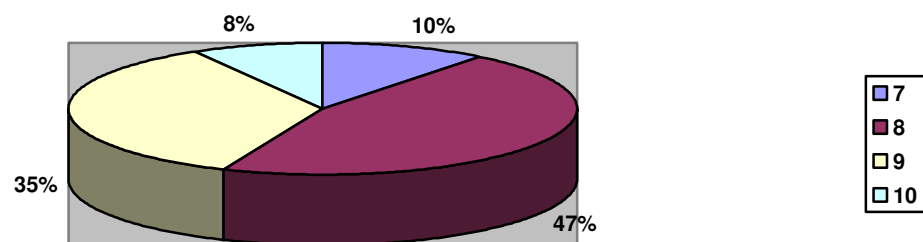


Figura 5.2.2

Satisfacció de la informació rebuda per part de l'usuari.

En l'estudi del tracte que ha rebut per part de l'infermer, observem que s'ha obtingut un valor mínim escollit que de 7 i un valor màxim de 10, el rang és de 3, la mitjana és de 8,42, la mediana és de 8 , (SD 0,79 punts) i la moda és de 8. Un 10,4% (n=5) va puntuar 7, un 45,8% (n=22) va puntuar un 8, un 35,4% (n=17) va puntuar de 9, un 8,3% (n=4) va respondre amb un 10.



Fi

Figura 5.2.3

Grau de satisfacció del tracte rebut per part de l'usuari.

A l'hora d'analitzar el tracte rebut observem que no influeix a l'hora de tornar a utilitzar el servei, no és estadísticament significatiu ( $p=0,67$ ).

Respecte a l'opinió que en tenen els pacients de la resolució de problemes per part de l'infermer, Un 72,9% (n=35) diu que li van expressar la resolució del problema del problema i un 27,1% (n=13) van manifestar haver estat derivats i atesos per un professional mèdic (fig. 5.2.4).

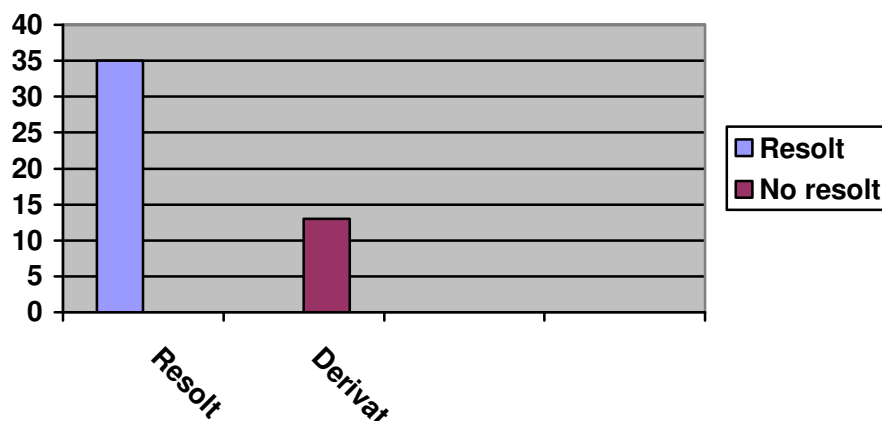


Figura 5.2.4

Problemes resolts i derivats segons opinió de l'usuari.

Tenint en compte la resolució observem que les persones que se'ls va resoldre el problema estan d'acord amb la consulta de la GD, essent estadísticament significatiu ( $p=0,004$ ).

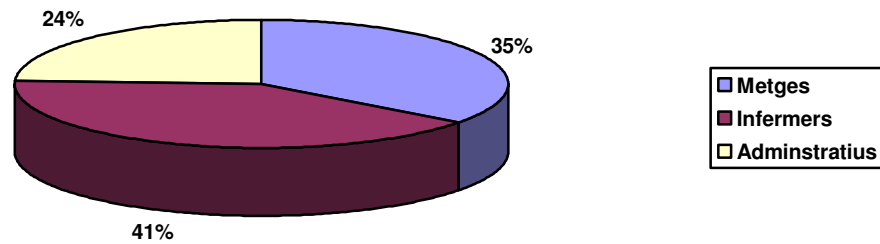
Observem, també que les persones les quals se'ls hi va resoldre el problema estan d'acord amb tornar, essent estadísticament significatiu ( $p=0,017$ ), tot i que hi han 10 persones, que tot i haver resolt el problema no tornarien.

Quan se'ls va preguntar envers la intenció de tornar a utilitzar el servei d'aquesta consulta d'infermeria, un 93,8% ( $n=45$ ) va manifestar afirmativament i un 6,3% ( $n=3$ ) manifestar que no.

### **5.3 Resultats Objectiu 3**

Mitjançant un estudi transversal s'ha estudiat el grau de satisfacció i acceptació dels professionals vers la consulta de la gestió de la demanda, s'ha passat una enquesta als treballadors del centre d'atenció primària (CAP).

Han contestat l'enquesta 54 persones, que representen el 90% del personal de l'EAP inclosa a la mostra. Del total de la mostra un 16,7% ( $n=9$ ) són d'homes i un 83,3% ( $n=45$ ) són dones, del quals un 35,2% ( $n=19$ ) són metges, un 40,7% ( $n=22$ ) són infermers i un 24,1% ( $n=13$ ) auxiliars administratius (fig.5.3.1). Del total de la mostra l'edat mitjana és de 43 anys, la mediana és de 40,5 anys, (SD 11,22 anys) la moda és de 51 any.



Figura

### 5.3.1

Estament de pertinència.

Resultats de l'enquesta:

1) Respecte a l'opinió dels professionals de compartir la porta d'entrada un, 77,8% (n=22) va respondre de que si hi estava d'acord i dels treballadors que han respost no estar-hi d'acord un 22,2% (n=12) (fig.5.3.2).

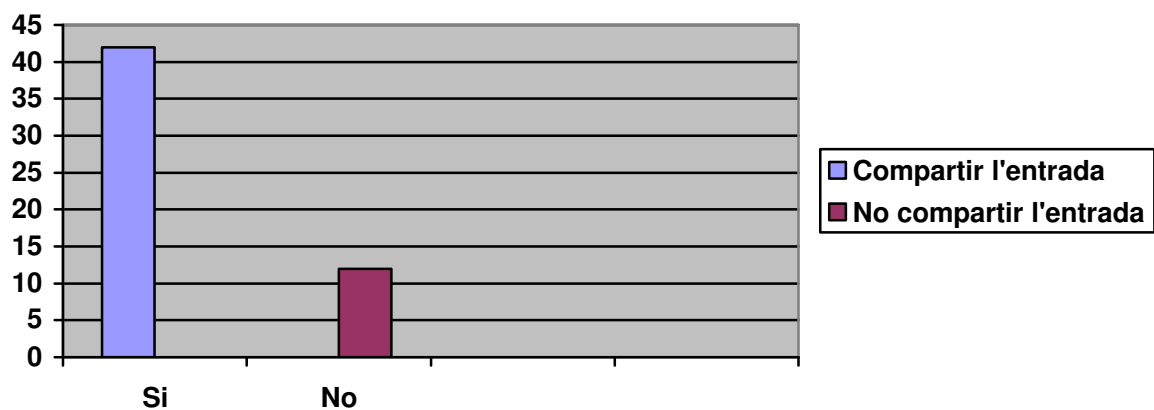


Figura 5.3.2

Estar d'acord en compartir l'entrada.

2) Respecte a la pregunta en vers si la consulta de gestió de la demanda dona l'oportunitat a l'usuari de conèixer a la infermera, un 92,6% (n=50) creu que si, respon negativament un 7,4% (n=4).



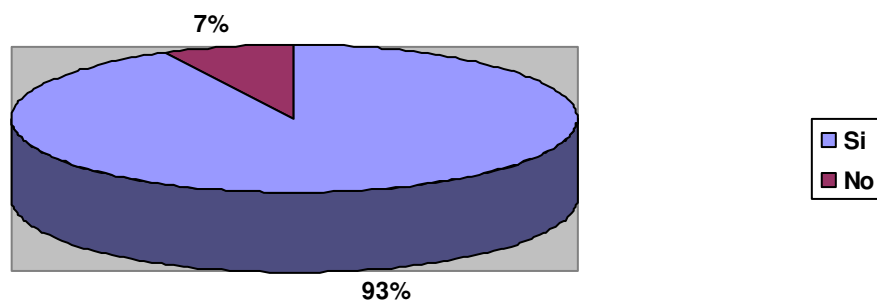


Figura 5.3.3

Oportunitat de conèixer a l'infermer.

3) Pel que fa a la pregunta en vers si la consulta de GD ha millorat l'organització del centre, i les agendes dels professionals, el 100% (n=54) creu que si han millorat els dos aspectes (fig.5.3.4).

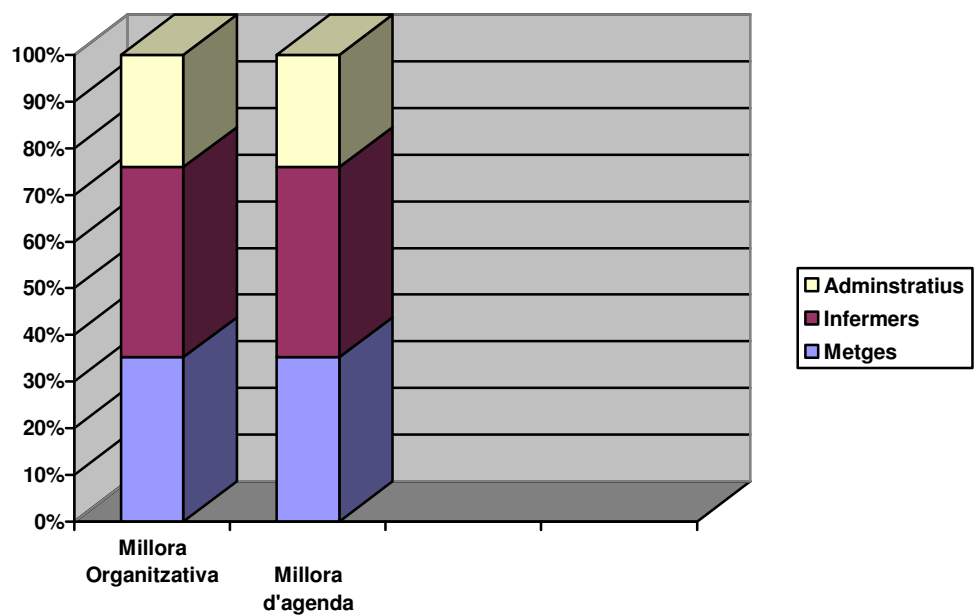


Figura 5.3.4

Millora organitzativa

4) En vers a quines preocupacions o neguits ha creat la consulta de la GD als infermers, un 33% (n=18) creu que és degut a la inseguretat per prendre decisions, un 31,5% (n=17) creu que és degut a la resistència al canvi, un 22,2% (n=12) creu que és degut a altres factors, com per exemple la cobertura legal, la falta d'un programa de formació específic per les infermeres per part de l'empresa abans d'iniciar el programa, el consens entre diferents professionals no hauria de condicionar un programa, etc. (fig.5.3.5)

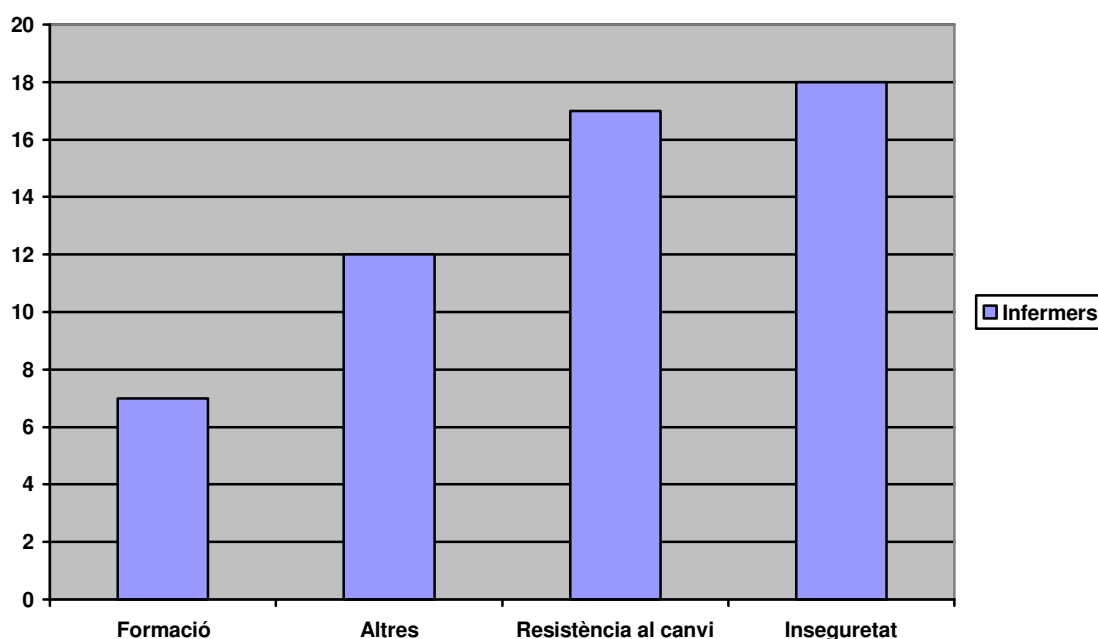


Figura 5.3.5

Motius de preocupació i neguit envers la consulta de la GD per part dels infermers.

5) Pel que fa a la pregunta en vers si la consulta de la GD ha creat neguit als metges ; un 40,7% (n=22) creu que és degut a altres factors, aquest fan referència a no patir cap neguit, han millorat notablement, duplicitats, els administratius no usen be el circuit, un 25% (n=14) creu que és degut a un sentiment de pèrdua de terreny, un 18,5% (n=10) creu que és degut a la desconfiança de la capacitat de la infermera, un 14,8% (n=8) creu que és degut a la resistència al canvi (fig.5.3.6).

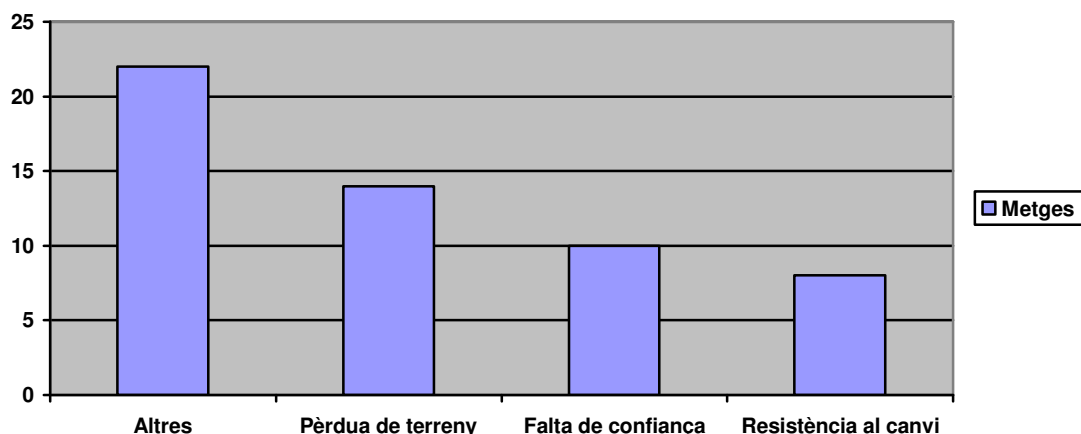


Figura 5.3.6

Motius de preocupació i neguit envers la consulta de la GD per part dels metges.

Respecte a la pregunta en vers si la porta d'entrada al centre ha d'estar compartida entre els dos professionals metges i infermeres, del 19 metges, 15 creuen que sí s'ha de compartir i 4 creuen que no s'ha de compartir. Del 22 infermers, 19 creuen que sí s'ha de compartir. 3 creuen que no ha de compartida i del 13 auxiliars administratius, i 8 creu que sí s'ha de compartir i 5 creuen que no s'ha de compartir (fig.5.3.7)

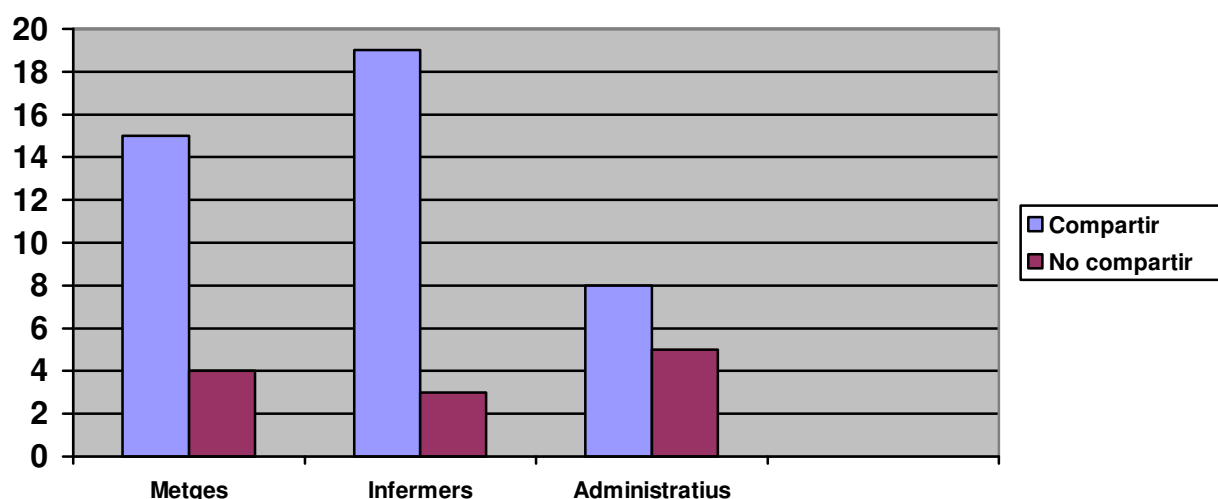


Figura 5.3.7

Opinió per estaments sobre compartir la porta d'entrada.

Pel que fa a la pregunta si la consulta de la GD dona l'oportunitat a l'usuari de conèixer el professional d'infermeria, del 19 metges, 18 creu que si els dona l'oportunitat i 1 creu que no els dona la oportunitat. Dels 22 infermers, 21 creu que si els dona l'oportunitat, 1 creu que no els dona la oportunitat. Dels 12 auxiliars administratius, 11 creu que si els dona l'oportunitat. 2 creu que no els dona l'oportunitat (fig. 5.3.8)

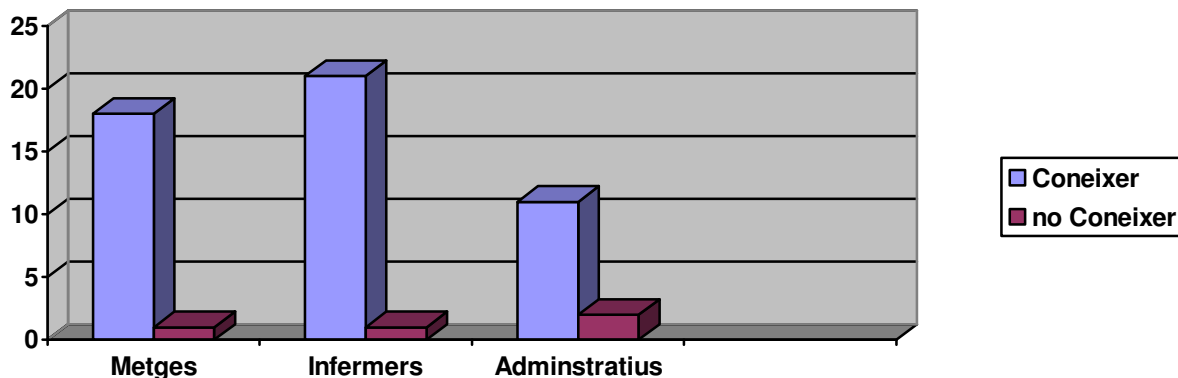


Figura 5.3.8

Opinió per estaments sobre conèixer el professional infermer.

En vers a la pregunta si la consulta de GD ha millorat l'organització del centre, i les agendes dels professionals. La totalitat dels 54 professionals enquestats responent afirmativament.

S'estudia l'opinió dels metges envers els motius de preocupació o neguit que ha pogut provocar la consulta de GD a els seus companys infermers. Dels 19 metges, 11 opinen que és degut a la inseguretad per prendre decisions, 5 metges pensen que és degut a la resistència al canvi, 2 metges opinen que és degut a altres factors aquest són por a cometre errors i ho desconec i 1 metge manifesta que és degut a la falta de formació (fig.5.3.9)

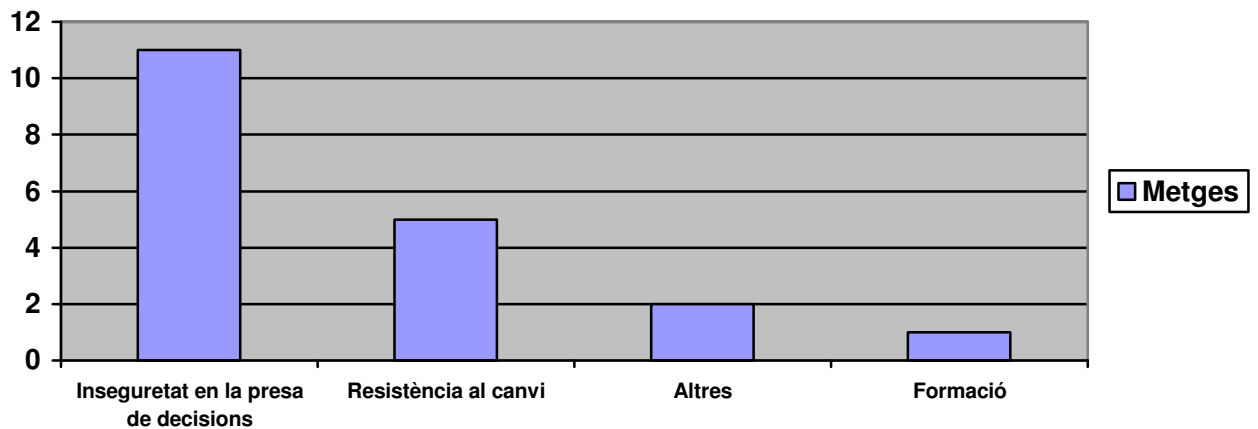


Figura 5.3.9

Valoració dels metges vers la preocupació i neguit envers la consulta de la GD per part dels infermers.

Dels 22 infermers, 7 infermers opinen que és degut a la resistència al canvi, 5 infermers pensen que és degut a la inseguretat per prendre decisions, 5 infermeres manifesten que és degut a la falta de formació, i 5 infermeres pensen que és degut a altres factors aquest són, cobertura legal i cap suport per part de l'empresa (fig. 5.3.10)

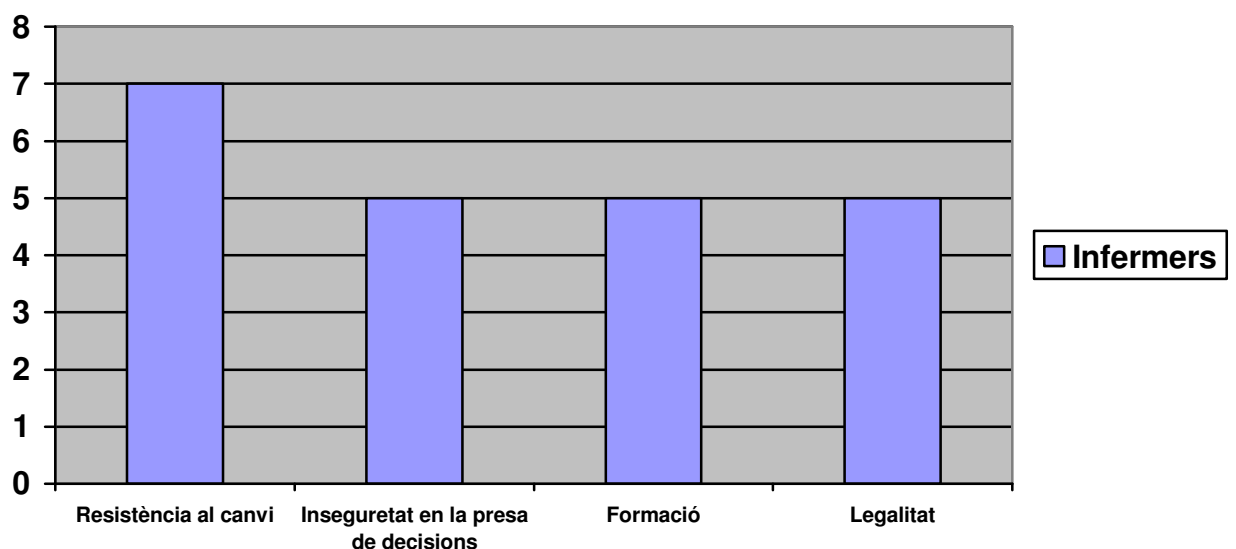


Figura 5.3.10

Valoració dels infermers vers la seva pròpia preocupació i neguit

Dels 13 auxiliars administratius, 5 auxiliars administratius opinen que és degut a la resistència al canvi, 5 auxiliars administratius manifesten que és degut a altres factors aquest són, tenen por, no he sentit cap opinió, falta de decisió, 2 pensen que és degut a la inseguretat per prendre decisions, i 1 auxiliars administratius creu que és degut a la falta de formació (fig.3.3.11)

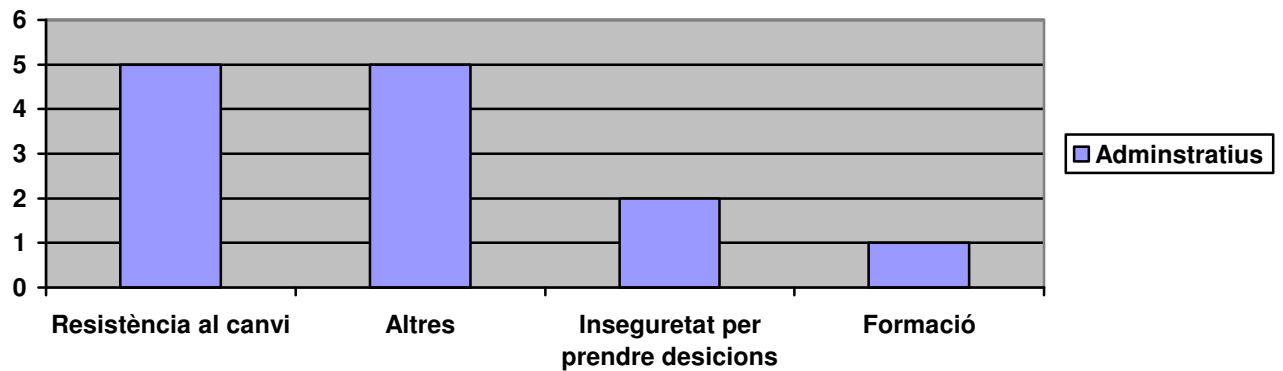


Figura 5.3.11

Valoració dels administratius vers la preocupació i neguit per part dels infermers.

Si analitzen les variables qualitatives independents, com la inseguretat, formació i resistència al canvi és estadísticament significatiu per la inseguretat i la resistència al canvi ( $p=0,000$ ).

## 6. DISCUSSIÓ

Dels resultats d'aquest estudi destaca:

### Grau de resolució i motius de consulta

Podem dir que el tipus de consulta sense demanar hora programada la utilitza més, la franja de persones més joves, fins els 34 anys, després va caient progressivament. En la bibliografia consultada el perfil d'usuari es una mica més jove ja que va de 15 a 44 anys, la mitja en altres estudis se situa als 42 anys (40, 41,42,43,71,72), hi ha poca diferència en respecte el nostre estudi, es podria explicar en la forma d'agrupar l'edat en franges que nosaltres hem fet. Les dones són les que demanden més aquesta consulta, en el nostre centre, al igual que en els estudis trobats entre el (71,72). La patologia aguda és la més prevalent, acudeixen al nostre centre sense demanar hora programada, l'infermer resolt més de la meitat dels problemes que arriben en aquesta consulta, en la bibliografia consultada en trobem dins la mitja, (53,54,71,72,73), pensem que aquestes diferències poden raure a l'hora d'establir els criteris de la resolució o derivació, en el nombre de protocols estandarditzats, en la formació del personal, en la motivació, entre altres, el període estacional de l'estudi.

En el nostre estudi, la patologia aguda que arriba en més freqüència en el nostre centre, és l'odinòfagia, seguida dels símptomes respiratoris de les vies altes, la bibliografia consultada la patologia respiratòria és també la més prevalent (71), acudeixen buscant la solució més ràpida, l'infermer resolt més de la meitat dels problemes que son atesos en aquesta consulta.

La pressió assistencial que pateixen els centres d'atenció primària fa que el ciutadà que es vol visitar pel seu metge no tingui una disponibilitat immediata, la decisió de la visita urgent està a mans del ciutadà (62). Per discernir urgència i gestionar la demanda assistencial diària, el seu abordatge el porta a cap el professional infermer, però hi ha diferències en la forma d'organitzar-se tan fora com dintre del nostre país (18,22,23,24,25,74,75).

### Satisfacció del ciutadà

Podem dir que més de les tres quartes parts dels nostres usuaris estan d'acord que un infermer gestioni les visites no concertades en anterioritat. Els ciutadans ens fan esmena que es produeixen canvis, i no tenen cap informació. Perceben que per resoldre els seus problemes de salut es troben desorientats.

Respecte a l'assistència rebuda per part de l'infermer, manifesten una percepció de la seva satisfacció tant en el tracta com amb la informació rebuda, molt una puntuació molt alta.

L'estudi multicèntric randomizat de Shun i altres fa referència a que els usuaris manifesten un major grau de satisfacció amb les infermeres en comparació als metges, la revisions sistemàtiques de Harrocks i altres, també apunta en aquest sentit, l'atenció a càrrec d'infermers s'associa amb un major nivell de satisfacció del pacient (27,28).

Els infermers, son conscients que el bon tracte i la informació que dona al ciutadà, son des del punt de vista d'usuari, una de les característiques que valorarà del bon professional. Segons el nostre estudi la intenció de tornar a utilitzar el servei ronda a la totalitat dels enquestats.

En l'article publicat per JM<sup>a</sup> Sabaté al 2009 sobre la satisfacció i la utilització dels usuaris en els servis d'urgències en els hospitals públics a Catalunya, compara els anys 2006 i 2008, la intenció d'utilitzar el servei d'urgències hospitalari per primera opció comparant l'any 2006 al 2008 baixa en cinc punts, també baixa la intenció respecte a utilitzar l'hospital per iniciativa pròpia, aquest s'apropa a 6 punts.

En aquest mateix estudi fa referència a la satisfacció de l'usuari en els serveis d'urgències hospitalaris de la xarxa pública catalana a l'any 2008 obté un notable, les pitjors notes són la informació i el temps d'espera (74).

L'enquesta telefònica feta per ICS als usuaris de l'Atenció Primària al 2004 li donen una nota d'un notable alt en quant el tracte personal i l'atenció rebuda, mentre que la part organitzativa rep un aprovat (75).

L'enquesta feta per el CATSALUT 2006-2007 a els usuaris de l'Atenció Primària dona els aspectes individuals més ben valorats coincideixen amb l'enquesta de ICS i la nostre sobre el tracte personal i la capacitat de la infermera per escoltar i fer-se càrrec. Els aspectes menys valorats són l'accessibilitat i la facilitat per obtenir la visita en un dia adient per a l'usuari (76).



Observem que resoldre el problema no està lligat a estar més satisfet, els usuaris valoren més l'accessibilitat a través de ser atesos al dia que ells decideixen venir i l'organització a través del temps que tarden en aconseguir l'atenció. També ens fan esment a tenir dret a discrepar i a reclamar.

### Satisfacció i acceptació dels professionals vers la consulta de la gestió de la demanda .

Quasi la totalitat del personal respon a l'enquesta. Les tres quartes parts del personal està d'acord en compartir la portada, i totalitat dels enquestats diuen que ha millorat l'organització i el treball, ho avaluen positivament manifest la necessitat saber l'oferta i els seus límits, pensen que en relació amb la cultura de la immediatesa que té el ciutadà, els perjudica, i que en fan un mal ús dels serveis.

Respecte a la preocupació o neguit dels infermers manifesten que els agradaria tenir un programa específic de formació, admeten resistència el canvi, i els preocupen els possibles problemes legals.

Els metges no manifesten cap preocupació o neguit, tot el contrari, constaten la disminució de la pressió assistencial reduint el nombre de visites i admeten pèrdua de terreny.

Les *limitacions* del primer objectiu són els protocols, ja que s'han estandarditzats per una empresa ICS, en referim a 15 i les definicions de la resolució s'han pres pensant amb les competències actuals a l'hora de fer l'estudi. La mostra es fa d'una setmana, per un problema de temps, soc conscient que la patologia d'estiu no és la mateixa que el hivern. Respecte les limitacions del segon objectiu, la mostra ha estat de conveniència, per un problema de temps i l'enquesta no ha estat validada prèviament i les limitacions del tercer objectiu, cal esmentar que l'enquesta no ha estat validada.

Pel que fa *les aportacions* del treball cal destacar la necessitat d'orientar el model de GD compartida: proposant, un model que posi al ciutadà com a prioritari i remarcant la necessitat d'adaptació dels Centres de Salut a les noves demandes i les tendències de futur, millorant la satisfacció tant els usuaris com professionals. També ha permès l'adaptació dels canvis socials, sobretot els que caracteritzen el model de salut, que comporten en aquests moments rols professionals dissemblants i ciutadans amb expectatives diferents, més informats i amb més exigències. La GD aporta, resolució als problemes de salut amb un cost-efectivitat sostenible. I per últim manifestem la importància de les competències dels professionals a l'entorn del

treball en equip, com a garantia indispensable d'una assistència de qualitat, per millorar l'eficiència del sistema sanitari.

Destaquem *l'aplicabilitat dels resultats* dins l'Atenció Primària de Salut, planificant i adaptant els circuits, donant la formació adequada, treballar protocols de consens, vèncer la resistència al canvi, donant suport a tot el personal del centre reduint l'ansietat, fomentant el treball en equip, mantenir una bona comunicació i analitza la millorar de la qualitat.

Proposem *noves línies d'investigació* per tal de poder comparar l'atenció donada pel metge i per l'infermer i a l'hora avaluar l'equivalència dels resultats. També, podríem determinar el benefici de la prescripció infermer, en relació a la seguretat clínica, continuïtat de l'atenció, augment de la resolució. Una nova línia podrien ser els estudis multicèntrics per valorar la col·laboració entre el metge i l'infermer. I finalment, estudiar el cost- efectivitat de la DG en l'AP en termes econòmics i de salut.

## 7. CONCLUSIONS

- L'abordatge de la patologia aguda mitjançant guies d'intervenció d'infermeria resol problemes de salut als ciutadans amb afeccions lleus.
- Les consultes d'infermeria contribueixen com una porta d'entrada normalitzada en el sistema d'Atenció Primària, oferint resposta a la demanda habitual d'un número important de ciutadans.
- Una expectativa és reduir els cost i el volum de treball dels metges, sempre que es mantingui la qualitat de l'atenció al ciutadà.
- La millora organitzativa vers l'accessibilitat al Centre de Salut millora la satisfacció de ciutadans i professionals.
- Millora la satisfacció del ciutadà, ja que és atès el mateix dia que acudeix al centre.
- Existeix una resistència al canvi organitzatiu a causa del sentiment d'inseguretat per part dels infermers.
- Existeix un sentiment de pèrdua de terreny per part dels metges.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S y Rodríguez B. Alma Ata y la institucionalización de la Atención Primaria de Salud. Cofió R, traductor. [Capitulo 3 en internet] 2000 Febrero. [accés 6 desembre de 2008]. Disponible en: [www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm](http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap3.htm)
- 2.- Martin Zurro A. Cano JF. Principios de la atención primaria. EdiDe, coordinación. Atención Primària , Conceptos, organizción y practica clínica . 4ª ed. Barcelona: Hardcourt. 1999. p. 5-9
- 3.- Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser permanente. Administración Sanitaria siglo XXI. 2007;5(2):283-92.
- 4.- Boqué M. Liderazgo y complejidad en atención primaria: algunas reflexiones. Rodríguez MJ y Larrosa J, dirección. La Complejidad en Enfermería: Profesión Gestión, Formación . 1ª ed. Barcelona: Alertes S.A.; 2003. p.121
- 5.- Rodríguez Porras JM. La organización. En: Rodríguez Porras JM, director. El factor humano en la empresa. 1ª ed. Bilbao: Deusto S.A.; 1990. p. 71-3.
- 6.- Rosado R, Rico R, Fernandez-Rios M, Sanchez-Manzanares M. Teorias implícitas, Diseño organizacional y eficiencia. Revista Internacional de Psicología (Brasil).2004;38(1):121-30.
- 7.- Mintzberg H. La esencia de la estructura. Las cinco partes fundamentales de la organización. Diseño de la superestructura. En: Nieto J, asesor. La Estructuración de las Organizaciones. 6ª ed. Barcelona: Ariel Economía S.A; 1999. p. 26-31; p. 43-60; p. 168-218.
- 8.- Mintzberg H. El concepto de estrategia. En: Cruzado R, director.El proceso estrategico. Concepto, Contextos y Caos. 1ª ed. México. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.; 1993. p. 11:22
- 9.- Garcia Echevarria S. Cómo implementar la estrategia en la empresa. En: Pumpin C, director. Estrategia empresarial. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993. p.33.
- 10.- Mintzberg H. Parametros de diseño. En: Medina JN y Gozalbes M, coordinador. Mintzberg y la Dirección. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos S.A.; 1991. p.119-123

11.- Mintzberg H. El diseño de configuración organizativa. En: Frischknecht F, director. Diseño de organizaciones eficientes. 3ªed. Buenos Aires: El Ateneo ; 1992. p.133-233

12.- Barnet A. "Así nos organizaremos en el futuro". La Vanguardia. Dissabte 12 de març de 1998; Economía. p.45:47.

13.- Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care: Origins, principles and evolution. 1997; BMJ 314:1823-26.

14.- Mossialos E, Kanovos P, Abel-Smith B. Will Managed care, Work in Europe. Pharmacoeconomics. 1997; 111-14.

15.- Guix J. Calidad en salud pública. Gaceta Sanitaria [Internet] 2005 Agosto. [acces 3 de gener de 2009];19(4): 325-332. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-9111](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111)

16.- Mintzberg H. Hacia la empresa horizontal. Actualidad Economía. 16 de enero de 1994. p. 46-48

17.- Anònim. Report on WHO Working Group. Information for primary health care. Kuopio (Finland) [internet]1986. [acces 8 de desembre de 2008]. Disponible en:  
[whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP\\_PHC\\_333.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PHC_333.pdf)

18.- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B, Substitución de médicos por enfermeras en la atención primaria . Biblioteca Cochrane Plus. 2008;(3)1.

19.- Artundo C, La provisión de los servicios sanitarios en la Unión Europea, ¿un espacio para el sistema europeo de salud?.  
Revista Administración Sanitaria. 2005;3(3):517-21.

20.- Rico A, Saltman R Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios ¿Un mayor protagonismo para l'Atenció Primaria? Reformas organizativas de la Atención Primaria de Salud Europea.

Revista da Administración Sanitaria. 2002;4(21).

21.-Pastor R, López A, Pérez M., Gervas J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. Revista Española de Salud Publica.1997;71:479-85.

22.- Sherwood GD. Defining nurse practitioners scope of practice: expanding primary care services. J Adv Nurse Practice. [Internet]1997. [accés 10 de octubre de 2008]; 1(2). Disponible en:

<http://www.ispub.com/ostia/index.php7xmlFile>

23.- Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. Canadian Medical Association Journal. 2001; 165(9):1210-14.

24.- Jarvelin J. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Finland. OMS. 2002;4(1):45-52.

25.- Glenngard AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskate V. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Sweden. OMS. 2002;4:37-40

26.- Vennig P, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comaring cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. British Medical Journal. 2000; 320:1048-53.

27.- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primare care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;324(7341):819-23.

- 28.- Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*.2000; 320 (7241):1038-43.
- 29.- Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B, randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioner and nurse practitioners in primary care. *BMJ*.2000;320 (7241):1048-53.
- 30.- Kinnersie P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archa L, Turton P, et al randomised controlled trial of nurse practitioners versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultation in primary care. *BMJ*. 2000;320:1042-8
- 31.- Diaz JF, Francisco J. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. *Enfermería Global* [intranet] 2005 mayo. [acces 7 de febrer de 2009]; 6:2-16. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/505/502>.
- 32.- Bengoetxea I, Perfil del usuario de la zona ambulatoria del Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakano. *Gaceta Medica Bilbao*. 2004; 101:115-20.
- 33.- Vilagrasa T, Guarga A, Torres MG, Pozuela A, Pasarín M, Borrell C. Analisis de la demanda de los servicios de urgencias de Barcelona. *Atención Primaria* 2003; 32(7):423-29.
- 34.- Sánchez J, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2005;17:138-44.
- 35.- Martínez S, Procedimiento de triaje en la urgencia hospitalaria. *Metas* 2003; 59:37-60.
- 36.- Anònim. Informes de las subcomisiones para la comisión de análisis y evaluación del SNS para el parlamento español. Ministerio de sanidad. Madrid,1991.

37.- Diccionario de la Lengua Española 21ª ed, Madrid: ed. Real Academia Española; 1994. Triar/triade; p.2024

38.- Puigblanqué E, Noheras M, Nogueras M, Perapoch N. El triaje en el servicio de urgencias. Enfermería Clínica.2008;18:3-4.

39.- Márquez J.J, Domínguez B, Méndez J, Gómez B, Toronjo S, del Río E, Caballero F. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un servicio de Cuidados críticos y urgencias de un hospital general. Emergencias. 2007;19:70-6.

40.- Anònim. Proyecto AP 21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012;[ intranet] 2005 noviembre. [Accés 4 de desembre de 2008]. Disponible en:  
[www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/objetivosAP21.htm](http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/objetivosAP21.htm) - 14k -

41.- Fuentes MD, López A. Análisis de las urgencias extrahospitalarias en la comarca de Verín. Atención Primaria. 2008;15:29-32.

42.- Aguirre C, Hernández N, Aguirre FJ, González JM. La atención continuada y el problema de frecuentación del servicio. Estudio en una zona básica de salud. Medicina general. 2005;70:11-15.

43.- Domínguez B, Méndez J, Gómez B, Toronjo S, del Río E, Caballero F. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un sericio de ciudadanos críticos y urgencias de un hospital general. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2007;19 (2):70-6.

44.- Pérez-Ciordia I, Catalán F, Zalacain F, Barriando M, Solaegui R, Guillén F. Perfil de la demanda urgente e influencia del fútbol televisado en un servicio extrahospitalario en la zona básica de salud de Tafalla, Navarra. Revista Española de Salud Publica. 2003;77:735-47.



45.- Sabrido R. Acte inaugural. Innovem per donar despostes als ciutadants. 3è del Congrés interdisciplinari d'Atenció Primària. Tarragona: Intitut Català de la Salut. [intranet] 2003 maig. [acceso 7 de octubre de 2008]; Disponible en:

[www.saveva.com/domamplus/pub/depsalut/pdf/escongreso octubre 2003](http://www.saveva.com/domamplus/pub/depsalut/pdf/escongreso octubre 2003)

46.- Gonzalo E, Martin FJ. La enfermera ofrece un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan a demanda en atención primaria. Gestión Clínica Sanitaria. 2001; 3(2):51.

47.- Agudo S, Esteban C, González JL. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la comunidad de Madrid. Enfermería Clínica. 2004;14:25-30.

48.- Garcia J. La Consulta de Enfermería Situación actual y perspectivas de desarrollo. Consulta de enfermería a demanda: experiencia en un centro de salud. 1996 Comunicación I Reunión de Invierno de la AEC. Disponible en:

<http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/invierno/inviernol.html>

49.- Institut Català de la Salut. Barcelona . Divisió d'Atenció Primària. Pla d'hivern propostes organitzatives per els equips d'Atenció Primària.

[intranet] 2005. [acceso 7 d'octubre de 2008]; Disponible en:

<http://www.ics.gencat.net/forum/plahivern/>

50.- Cebrian H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin Enfermería? Atención Primaria. 2001;28 (supl 1):117-18.

51.- Martin M, Morilla JC, Morales JM., Gonzalez E, Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos i enfermeras en Atención Primaria. Enfermería Comunitaria. 2005; 1(1): 35-42.

52.- Diaz-Borrego J, Camero B, Marin M<sup>a</sup>L, Perez, C, Escalon I; Paez JM<sup>a</sup>. La gestión de agendas en Atención Primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfacción del personal. Gestión clínica y sanitaria:

actualizando la agenda.XXIII Jornadas AES. Cadiz. Junta de Andalucía.[intranet] 2007. [accés 13 d' octubre de 2008]. Disponible en:  
[www.cia.es/aliens/jaescadiz](http://www.cia.es/aliens/jaescadiz)

53.- Les infermeres resolen un 60% de les visites espontànies dels centres d'AP. Aprop número 135. [intranet] 2008. [acceso 7 d'octubre de 2008]. Disponible en:  
[http://10.80.217.110/butlleti\\_ics\\_aprop\\_direc/c/view.php?](http://10.80.217.110/butlleti_ics_aprop_direc/c/view.php?)

54.-Brugués A, Peris A, Martin L., Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Atención Primaria, 2008;40(8):387-91.

55.- Jimenez M<sup>a</sup>C. La refororma de atención primaria de salud y enfermería: algunas aproximaciones desde la complejidad. Rodriguez MJ y Larrosa J, dirección. La Complejidad en Enfermería: Profesión Gestión, Formación . 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Alertes S.A.; 2003. p.112-13.

56.- Martin FJ La implantación de la Consulta de Enfermería a Demanda II Encuentro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. (ASANEC) Granada. 2001.

57.- Al-Jam H, Bermudez L, Casado M, De las Heras S, Alonso M, Gomez Y, et al Una agenda más “activa”: Posible solución a algunos problemas de nuestras consultas. Revista de la sociedad madrileñilla de Medicina Familiar y Comunitaria. 2002; (4)2,24:8.

58.- Llei General de Sanitat (LGS) 14/86 de 25 d'abril de 1986.

59.- 51 Asamblea mundial de la salud , maig de 1998. Disponible en:  
[www.aibarra.org/Apuntes/Comunitaria/salud21.doc](http://www.aibarra.org/Apuntes/Comunitaria/salud21.doc) -

60.- Infome de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) sobre la salud en el mon 1998 la vida en el segle XIX.

61.- Duarte Climents G, Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria "Reflejo en la Práctica". [intranet] [accés 12 d'octubre de 2008]. Disponible en:  
File://f:\trià\especialidad\_de\_enfermeria\_de\_sa.htm

62.- Pedrera V, Gil V, Orozco D, Prieto I, Schwarz G, Moya I, Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina familiar de un area de salud de la Comunidad Valenciana . Atención Primaria. 2005;35(2):82-8.

63.- Heather K, Gilchrist RN. The advenced Practice nurse's struggle to gain prescription authority. [intranet] 2005 maig. [accés 12 de febrero de 2008]. Disponible en:  
<http://www.missourinurse.org/pd>.

64.- Batres Sicilia, Juan Pedro. Informe de alegaciones de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC al Proyecto de Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Biblioteca Lascasas [intranet] 2009. [accés l'1 de maig de 2009];5 (2). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0424.php>.

65.- Evolución Mundial de la Prescripción Enfermera. Consejo General de Enfermería. Evolución Mundial de la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas [intranet] 2006. [accés l'1 de maig de 2009]; 2 (2). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0150.php>

66.- Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Organización Mundial de la Salud, Septiembre de 2002.

67.- Grupo Parlamentario Socialista. PROPOSICIÓN DE LEY de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Biblioteca Lascasas [intranet] 2009.[accés l'1 de maig de 2009]; 5(3). Disponible en:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0433.php>.

68.- Grupo Parlamentario Socialista. MODIFICACION DE LEY 29/2006, de julio, de garantías y uso de los medicamentos y productos sanitarios. Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, (28-4-2009), Aprobación de la Proposición de ley de la prescripción enfermera.

69.- Real Decret 137/184 de 11 de gener sobre Estructures Basiques de Salut. Bolleti Oficial de l'Estat BOE 1984;2:2627-29

70.- Programas asistenciales Servicio Madrileño de Salud 2007 Papel de la enfermera en Atención Primaria: competencias, funciones e intervenciones

71.- .- Ley de ordenació de les professions sanitàries. Lei 44/2003 BOE nº 280 (11-11-2003)

72.- LLei de Cohesió i qualitat del SNS. Lei 16/2003. BOE nº 128 (19-05-2003)

73.- Real Decret sobre especialitats de Infermeria Familiar i Comunitaria. Real Decret 450/2005 BOE (06-05-2005)

74.- Sancho R, Gil F. Estudi de la demanda d'urgències en un CAP pel personal d'infermeria. II Congrés de la Societat Valenciana, Balear i Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Castelló. Revista digital. 2008. (42) p.1289 [intranet] [accés 14 de març de 2009]. Disponible en:

[http://www.congres.camfic.org/congres\\_castello/presentacion.aspx](http://www.congres.camfic.org/congres_castello/presentacion.aspx)

75.- Coromina E, Bartolomé M, Ramon A, Valverde R, Ruhi T, Burdoy E. El triatge d'infermeria. Una eina vàlida per la gestió de la demanda urgent. II Congrés de la Societat Valenciana, Balear i Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Castelló. Revista digital. 2008. (42) p.1288 [intranet] [accés 14 de març de 2009]. Disponible en:

[http://www.congres.camfic.org/congres\\_castello/presentacion.aspx](http://www.congres.camfic.org/congres_castello/presentacion.aspx)

76.- Fernandez E, Perez M, Alier M, De Miguel M<sup>a</sup>J, Montesinos S, Pereira N. Resolució de les urgències en Atenció Primària per infermeres. Estudi comparatiu per períodes. II Congrés de la Societat Valenciana, Balear i Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Castelló. Revista digital. 2008. (42) p.1301 [intranet] [accés el 14 de març de 2009]. Disponible en:  
[http://www.congres.camfic.org/congres\\_castello/presentacion.aspx](http://www.congres.camfic.org/congres_castello/presentacion.aspx)

77.- Ràfols A, Torrent S, De Ciurana M, Franco P, Sieira M<sup>a</sup> A. Vull que em vegi el metge aral! Com ho gestionem?. II Congrés de la Societat Valenciana, Balear i Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Castelló. Revista digital. 2008. (42) p.1367 [intranet] [accés 14 de març de 2009]. Disponible en:  
[http://www.congres.camfic.org/congres\\_castello/presentacion.aspx](http://www.congres.camfic.org/congres_castello/presentacion.aspx)

78.- Capdevila M, Ortega M, Rodrigo M<sup>a</sup> D, Vidal A, Rodrigo E, Nadal N. Medicina al moment!. II Congrés de la Societat Valenciana, Balear i Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Castelló. Revista digital. 2008. (42) p.1360 [intranet] [accés el 14 de març de 2009]. Disponible en:  
[http://www.congres.camfic.org/congres\\_castello/presentacion.aspx](http://www.congres.camfic.org/congres_castello/presentacion.aspx)

79.- Sabaté JM<sup>a</sup>. Los usuarios dan un notable a las urgencias hospitalarias. Diario Medico. Viernes 20 de marzo de 2009. sección gestión. p 18.

80.- Anònim. Servei Català de la Salut. Divisió d'Atenció al Ciutadà. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CATSALUT. Julio 2007.  
[intranet] [accés 14 de març de 2009]. Disponible en :  
[http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/enquestes/e1\\_metodologia\\_castellano\\_06.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/enquestes/e1_metodologia_castellano_06.pdf)

81.- Anònim. Institut Català de la Salut. Divisió d' Atenció Primària. Enquesta telefònica de satisfacció dels usuaris. Maig 2005. [intranet] [accés el 14 de març de 2009]. Disponible en:  
<http://www.3cat24.cat/noticia/91255/.../Nou-de-cada-deu-catalans-recomanarien-el-seu-CAP-a-familiars-i-amics-segons-II>

## 9. Annexes

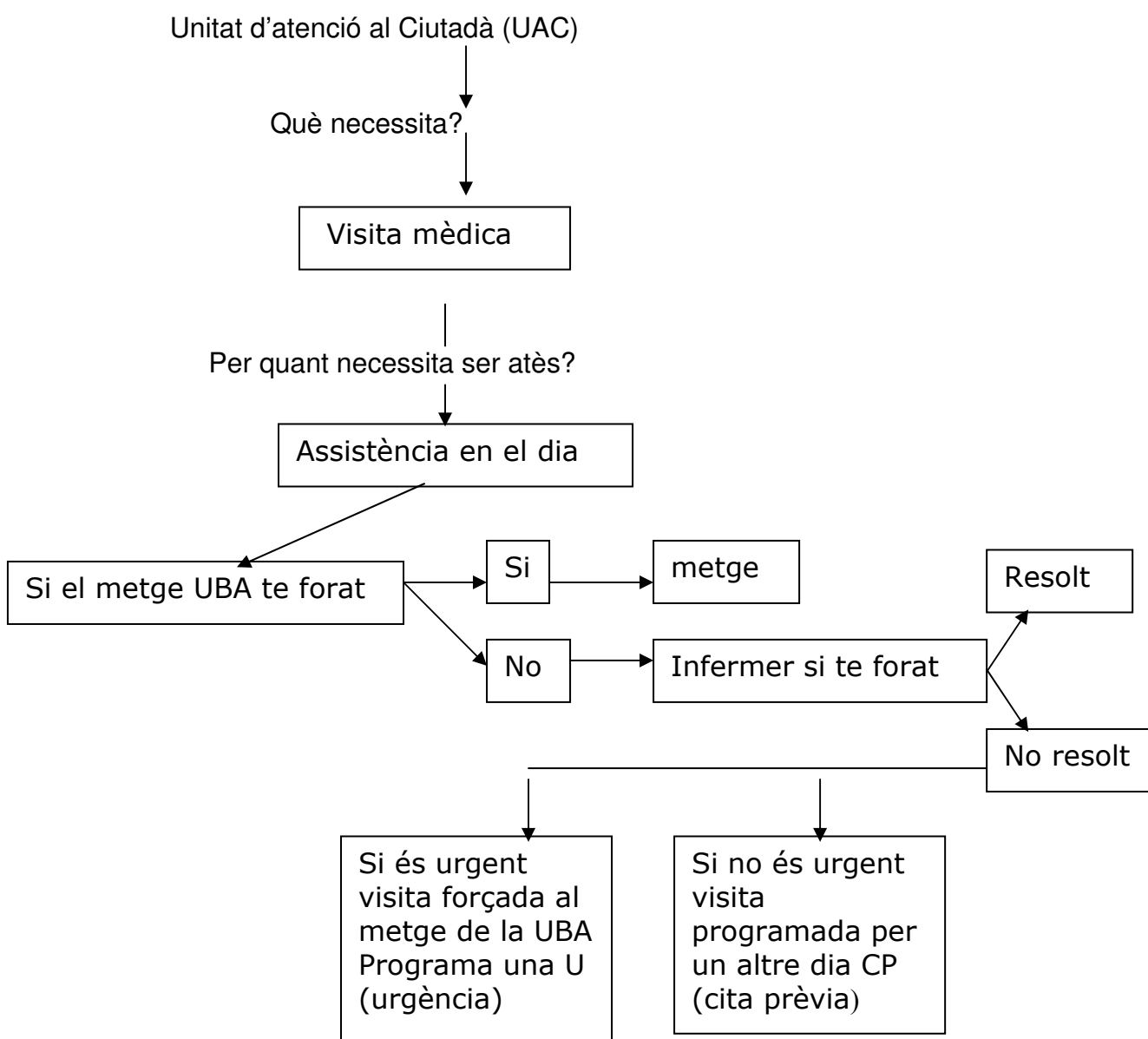
### **Annex 1- Circuit de la consulta de gestió de la demanda.**

El paper actiu del personal administratiu per adreçar les demandes es fonamental,

Les preguntes són :

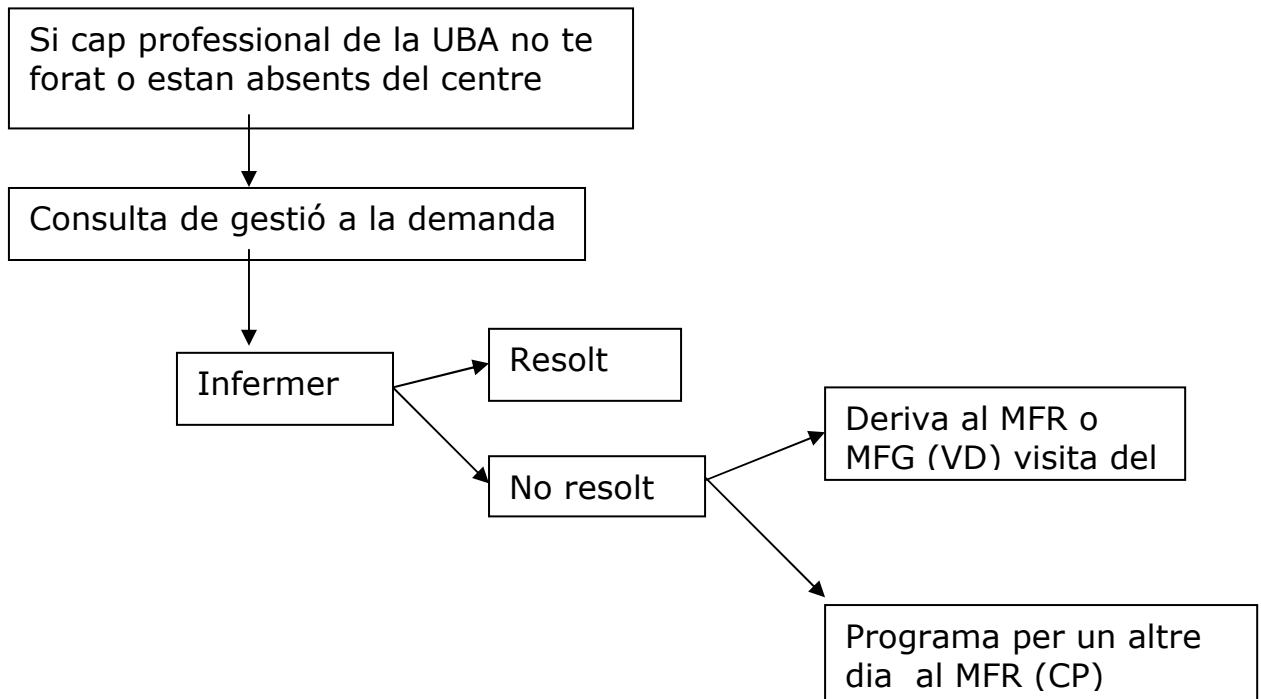
A)

Què necessita?, Per quan? Per quin professional.



1ª opció. Circuit d'atenció al ciutadà a la demanda del dia

B)



2ª opció. Circuit d'atenció al ciutadà a la demanda del dia

La consulta de gestió a la demanda o consulta a demanda d'infermeria, és l'espai que el infermer dedica a la població que ve al centre sense visita programada, de tal manera que quant l'usuari desitja ser visitat aquell dia acudeix al centre.

Des d'aquesta consulta es dona una atenció individualitzada, on els usuaris identifiquen clarament el infermer com professional de la salut.

Funcionament de la consulta d'atenció a la demanda:

- 1.- el infermer que realitza la gestió de la demanda, donarà atenció a tots els usuaris que li siguin programats des de la unitat d'atenció al ciutadà (UAC) segons el circuit administratiu establert, informatitzats com a triatge (TR)
- 2.- Si el procés és resolt per el infermer es reinformarà les activitats que es facin segons la guia clínica establerta. Les activitats 4480F i 900 es reinformarà sempre. Si cal es programarà amb el metge de família referent (MFR) per un altre dia, com a visita del dia (VD) o cita prèvia (CP)

3.- Si l'atenció a la demanda necessita derivació al MFR immediata, l'infermer programarà al pacient directament com visita urgent (U). En aquest cas es poden donar quatre situacions:

3.1.- Si el MFR no està en presència física al CAP es derivarà al metge de guàrdia (MFG).

3.2.- Si el MFR està en presència física al CAP, es derivarà a ell, inclús si s'ha de forçar la visita.

3.3.- Si el MFR està en presència física al CAP, però la seva agenda no permet forçar visites (missatge: no hi ha cap tram horari definit), es derivarà a la persona al MFG

3.4.- Si la demanda de l'atenció es produeix entre les 14 i 15h i el MFR està al CAP, però l'infermer considera que no es pot esperar a que comenci l'horari d'atenció es programarà la visita al MFG que estigui en aquest tram horari.

4.- Si l'atenció a la demanda necessita cures d'infermeria, poden donar-se les següents situacions

4.1 l'infermer de referència (IR) no està de presència física al CAP

Es resoldrà la demanda

Si necessita continuïtat de cures es programarà amb IR com CP

4.2 La IR està en presència física però té l'agenda plena:

Es resoldrà la demanda i si necessita continuïtat es programarà la visita per la propera atenció com a CP

5.- l'horari d'atenció de la demanda és de 8 a 14 i de 15 a 20h i no es forçaran les visites. Les visites sobrants es repartiran per roda.

6.- Si en el tram horari de 14 a 15 hi ha demanda l'assumeix l'infermer de guàrdia (IG) segons roda establerta entre totes les infermeres del centre. Si necessita derivar ho farà amb el MFG.

De 14 a 15 és l'horari que es dedica a la formació continuada, sessions clíniques, reunions d'equip, comissions etc.





**Annex 3- enquesta telefònica de satisfacció: consulta de gestió a la demanda d'infermeria.**

Home  Dona  edat .....

1.- Està d'acord que un infermer gestioni les visites que no ha concertat amb antelació?

Si   
No

per què.....

.....

2.- Està satisfet de la informació rebuda per part de l'infermer?

Sen el 0 la satisfacció mes baixa i 10 la màxima satisfacció

1.....10

3.- Està satisfet del tracte que ha rebut per part de l'infermer?

Sen el 0 la satisfacció mes baixa i 10 la màxima satisfacció

1.....10

4.- Li han resolt el problema l'infermer?

Si   
No

5.- Té intenció de tornar a utilitzar el servei d'aquesta consulta d'infermeria?

Si   
No

per què .....

.....

## Annex 4- Enquesta de valoració en l'organització de la gestió de la demanda per part de l'infermer.

Sexe : home  Edat: .....

          Dona

metge                       DUI infermera                       Auxiliar administratiu

1.- Penses que la porta d'entrada dels centres sanitaris ha d'estar compartida entre els dos professionals metges i infermers?

Si   
No

Per què?.....

2.- Creus que la consulta per gestionar la demanda (GD) dona l'oportunitat a l'usuari de conèixer els infermers ?

Si   
No

per què?.....

3.- Consideres que la consulta de GD ha millorat l'organització del centre, i les agendes dels professionals?

Si   
No

Altres respostes, especifica:

.....  
.....

4- El neguit que ha creat la consulta GD a les DIU creus que és degut a :

- 1- Inseguretat per prendre decisions
- 2 - Falta de formació
- 3 - Resistències a un nou canvi
- 4 – Altres respostes, especifica:

.....  
.....

5- El neguit que ha creat la consulta GD als metges creus que és degut a :

- Sentiment de pèrdua del terreny
- Desconfiança de la capacitat dels infermers
- Resistència al canvi
- Altres respostes, especifica:

.....  
.....