

ESCOLA UNIVERSITARIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "la Caixa"

**INFERMERIA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA , PORTA D'ENTRADA AL SISTEMA
SANITARI?**

AUTORA: Fina Araque i Serradell

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió de Cures d'Infermeria per a la
obtenció del Màster.

Treball dirigit pel professor: Esteve Pont i Barceló

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor i Freixa	Presidenta
Esteve Pont i Barceló	Secretari
Concepció Ferrer	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada i Fernández	Vocal

Presentat a la data: 20 d'octubre de 2008

Acceptat a la data:

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors.

INDEX

○ JUSTIFICACIO	4
○ OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIO	10
○ MARC TEORIC	11
○ MARC PRÀCTIC	22
○ HIPOTESIS	22
○ VARIABLES DE L'ESTUDI	22
○ DISENY DE L'ESTUDI	23
○ POBLACIO I MOSTRA	23
○ INSTRUMENT	26
○ PROCES DE RECOLLIDA DE DADES	27
○ ANALISI ESTADÍSTICA	27
○ RESULTATS	28
○ ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	28
○ ESTADISTICA INFERENCIAL	45
○ VALORACIO DELS RESULTATS, CONCLUSIONS I LIMITS DE LA INVESTIGACIO	51
○ PROPOSTES A PARTIR DELS RESULTATS I NOVES LINEES D'INVESTIGACIÓ	53
○ BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	55
○ ANNEXES	56
○ ANNEXA I Qüestionari per cada pacient.	57
○ ANNEXA II Instruccions generals per omplir el qüestionari.	59
○ ANNEXA III Agrupació d'activitats segons competències.	60

JUSTIFICACIÓ

Abans de la reforma de l'Atenció Primària al 1978, la situació dels Sistema Nacional de Salut era molt dolenta, amb mitjans molt escassos i poca valoració per part de la població i dels propis professionals (Gómez Gascón,T) . Als anys 70 i 80, en l'àmbit de l'assistència primària hi havia dos sistemes molt diferents:

- A nivell rural, existien els metges i infermeres de la assistència Pública Domiciliària (APD), que atenien els pacients de la beneficència, la població amb cobertura de la Seguretat Social, i feien tasques com controls sanitaris, vacunació i epidemiologia. Patien però un gran aïllament (guàrdies de 24h) i certes irregularitats (sistema de "igualas").
- A nivell urbà, en els ambulatoris, el metge junt amb una infermera, feien consultes compartides de dues hores, molt massificades i burocràtiques, activitats exclusivament curatives i a demanda, sense registres, amb dificultats d'accés a formació i aïllament professional.

La porta d'entrada del sistema sanitari en general era el metge, tot i que no podia demanar proves de radiologia o laboratori, cosa que feia l'especialista.

També es derivava molta patologia a especialistes de pediatria, ginecologia, oftalmologia, i odontologia. Això va fer que l'especialització que es centrava principalment a nivell hospitalari, agafes més prestigi social que no pas l'atenció ambulatoria.

El professional d'infermeria va patir un deteriorament important de la seva imatge social, doncs només realitzava tècniques i activitats burocràtiques i estava supeditat al metge.

Els canvis socials i polítics entre 1977 i 1982 també s'han de tenir en compte doncs varem passar d'un règim dictatorial a una monarquia parlamentària, i es van qüestionar els models polítics, socials i culturals del país, i per tant també el model sanitari.

Al 1978 amb la Conferència d'Alma Ata, patrocinada per la Organització Mundial de la Salut i els Fons de les Nacions Unides per la Infància, va recomanar a tots els governs a "formular polítiques, estratègies i plans d'acció nacionals, amb l'objectiu d'iniciar i mantenir la Atenció Primària de Salut com a part d'un sistema nacional de salut complet i en coordinació amb altres sectors".

Al 1984 es publica el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, on s'estableix què és la Zona de Salut, què és el Centre de Salut, per qui està format un Equip d'Atenció Primària, entre ells s'incorporava la figura del pediatre d'Atenció Primària i el treballador social, s'estableix la jornada laboral en 40 hores setmanals i la forma de pagament.

Al 1986 surt publicada la Ley General de Sanidad, on s'estableix el marc normatiu de la reforma sanitària. Es defineix que, Sistema Nacional de Salud és el conjunt dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i de les Comunitats Autònomes, i integra totes les funcions i prestacions sanitàries que, d'acord amb la llei, son responsabilitat dels poders públics. També que es finança mitjançant els pressupostos generals del Estat i estableix els valors fonamentals del Sistema Nacional de Salut que son: universalitat, equitat, finançament i assegurement públic.

Actualment la OMS en el seu Proyecto AP21, publicat al 2007 segueix recomanant reforçar el paper de l'Atenció Primària per augmentar la eficiència, la millor adaptació a les noves necessitats assistencials i la més gran adaptació al ciutadà, augmentant així la seva satisfacció.

Segons el Documento de Consenso elaborat per varies societats científiques de l'Atenció Primària, aquesta a aconseguir després del seu desplegament varies fites:

- Impulsar la promoció de la salut.
- Portar a terme programes preventius de salut.

- Programes i protocols d'atenció a patologies cròniques que han suposat una millora en el diagnòstic i el tractament d'aquestes.
- Augmentar l'atenció domiciliària.
- Promoure l'autocura i la cura de persones dependents.
- Augmentar la resolució dins l'Atenció Primària i per tant augmentar el nombre de problemes atesos.
- Millorar l'accessibilitat de la població a proves diagnòstiques que es realitzen a l'Atenció Primària.
- Desenvolupar programes de formació i investigació.
- Augmentar el temps mitja dedicat a cada pacient, que ha passat de 2 a 6 minuts en el metge, i de 1 a 8 minuts en infermeria.
- La incorporació de la Cartera de Serveis d'Atenció Primària i del procés de descentralització de la gestió dels Equips d'Atenció Primària.

Un altre fita important de tota la Reforma, va estar la posada en funcionament de consultes d'infermeria i el desenvolupament del seu rol autònom.

La informatització de la Historia Clínica de les consultes es un altre avenç important, sobretot tenint en compte que a Catalunya inclou el Procés d'Atenció Infermer. Això junt amb l'esforç que va suposar el Projecte d'implantació als Centres d'Atenció Primària del Institut Català de la Salut, de la formació dels professionals en el procés de cures en el Marc Conceptual de Virgínia Henderson, que es va portar a terme mitjançant el lideratge de l'EUI Sta. Madrona¹ ha estat clau perquè la infermera d'Atenció Primària sigui capdavantera en la utilització d'aquesta metodologia científica d'una forma natural i dins les tasques habituals de la assistència diària. No queden resoltes moltes tasques burocràtiques, però, tot i la informatització.

¹ Teixidor, M (dir) Projecte de formació per a la implantació del Procés de cures en el marc del model conceptual de Virgínia Henderson als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Ed. Fundació "la Caixa". Barcelona 2002

El 1996 es publica el document Aula d'infermeria per l'Institut Català de la Salut² que defineix el paper de la infermera en Atenció Primària segons el segment de població a la que dona serveis.

Dins la mateixa línia es publica "Marketing aplicat als serveis d'infermeria"³, document que vol ser de referència per servir de mètode i guia per crear, reorganitzar i modificar els serveis del centres d'Atenció Primària.

Un dels punts claus en la qualitat de l'Atenció Primària és la gestió de la demanda assistencial. La percepció de llistes d'espera i de poca accessibilitat per part del ciutadà per poder veure el seu metge o infermera en el mateix moment que en tenen necessitat, crea a nivell social mota insatisfacció tal com reflecteixen les enquestes de satisfacció⁴ que periòdicament són passades a la població.

Les consultes del metge de família en molts Centres D'Atenció Primària es troben col·lapsades per la pressió assistencial i és en aquestes consultes on sembla que es gestiona tota la demanda que arriba als centres. La insatisfacció dels professionals per no poder donar una assistència de qualitat degut a la falta de temps⁵ és un punt comú, doncs, que tenen tant usuaris com professionals.

La pressió assistencial es cada vegada més elevada i tenim a Espanya una de les taxes de freqüentació més altes en comparació amb altres països segons el Projecte AP21, 2006, que demostra la gran dependència que el mateix sistema sanitari a creat envers els usuaris.

² Aula Atenció Primària. L'atenció d'infermeria a l'atenció primària. Institut Català de la Salut. 1997.

³ Aula Atenció Primària. Marketing aplicat als serveis d'infermeria. Institut Català de la Salut. 1998.

⁴ CatSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del CatSalut. Divisió d'Atenció al Ciutadà. Abril 2007.

⁵ Institut Català de la Salut. Enquesta de Qualitat de Vida Professional. 2004.

En un principi quan es van crear les consultes d'infermeria es van orientar al seguiment de malalts crònics, diabètics, hipertensos i malalts pulmonars crònics, essent totes elles de tipus programat i derivades de la consulta mèdica majoritàriament. Això ha tingut que canviar i s'han integrat amb les visites espontànies degut a la pressió assistencial i a la necessitat institucional de que no hi hagi llistes d'espera en els serveis de salut.

Infermeria s'ha d'adaptar als canvis socials on les necessitats i expectatives de la població també han canviat i on, com diem, la pressió assistencial és molt alta. Per tant ens haurem d'adaptar a noves demandes, donant alhora uns serveis de salut resolutius, de qualitat i eficients. Segons la opinió de diversos autors com ara Martín Santos FJ, i que ja s'està portant a terme en altres països, una forma és dotar a infermeria de més capacitat i autonomia per resoldre i gestionar demandes assistencials des de les activitats pròpies d'Atenció Primària definides per la OMS: activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, curatives, rehabilitadores i cures de suport, i des de les capacitats i competències pròpies de la professió.

L'avaluació de l'efectivitat de la infermera en l'atenció de la demanda assistencial ha quedat demostrada en forces estudis segons explica Martín Santos, FJ⁶ en el seu article sobre gestió de la demanda, i no és el propòsit d'aquest estudi.

Volem saber si la població en aquests moments fa altre tipus de demanda a la infermera o si en canvi hi ha competències infermeres que la població desconeix i que per tant no demanda. També volem conèixer si la infermera actua com a una porta d'entrada més al Sistema Sanitari, o continua sent la consulta mèdica qui gestiona la demanda, per tal de portar a terme accions per reorientar el flux de pacients contribuint així a millorar l'atenció dels

⁶ Martín Santos, F.J., Morilla Herrera, J.C., Morales Asensio, J.M., Gonzalo Jiménez, E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria* 2005; 1(1). Disponible en http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_35-42.php Consultado el 12 de Marzo de 2007-03-25

serveis de l'Atenció Primària i fent alhora que la població identifiqui a la infermera com un proveïdor de serveis resolutiu. També ens permetrà detectar quines necessitats no resoltes té infermeria per arribar a desenvolupar totes les seves competències i/o si cal adaptar-les a noves demandes de la societat.

Tot i que disposem de registres de l'activitat d'infermeria a les consultes d'Atenció Primària aquests no s'han consensuat el què provoca una heterogeneïtat de les dades. Una mateixa visita pot ser considerada per un professional com a urgent, i per un altre com a espontània. També hi ha aspectes en la recollida d'informació que son molt difícils d'extreure tot i que es tracti de registres informatitzats, com ara els motius de consulta, doncs hauríem d'anar a Història Clínica (HCAP) per Història per llegir-los. Es per això que crec necessari recollir nova informació amb dades consensuades i homogènies, per tant comparables, que ens ajudi a tirar endavant la professió infermera a l'Atenció Primària.

Crec que aquest treball es pot emmarcar en la línia d'investigació de la organització del treball d'infermeria, concretament en les Àrees Bàsiques de Salut de l'Atenció Primària.

OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

Objectiu principal:

Conèixer els motius de consulta de la població que acudeix a les consultes d'infermeria de l'Àrea Bàsica de Salut (a partir d'ara ABS) de S. Quirze de Besora i si aquests motius permeten el desenvolupament de totes les competències infermeres.

Objectius secundaris:

- Confirmar si encara predominen els tipus de consulta d'infermeria a pacients crònics i de tipus programat.
- Conèixer si la infermera és accessible a la població.
- Conèixer de on prové la demanda assistencial atesa per la infermera i on acaba.
- Conèixer si es fan altres tipus de demanda per part de la comunitat, a part de l'assistencial.

MARC TEÒRIC

El marc teòric s'ha estructurat en diversos apartats per tal de definir i acotar els conceptes de la nostra investigació: la base teòrica del que entenem com a competències infermeres, els principis de l'Atenció Primària així com la composició d'un Equip d'Atenció Primària, els diferents tipus de consulta, i què entenem per "porta d'entrada al Sistema Sanitari",.

Per tal de tenir clar a què ens referim quan utilitzem determinats termes, procedirem a fer un recull de definicions que adoptem i que ens serveixen de guia en el present treball.

En primer lloc revisarem els trets que defineixen la professió infermera.

La *professió d'infermeria* és caracteritzada⁷ per ser una professió de serveis, que proporciona cures d'infermeria aplicant els coneixements científics i el progrés tecnològic derivats de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques. Actua centrant la seva atenció a la persona, la família i la comunitat. Té en compte a la persona com a subjecte d'emocions, relacions socials i amb un sistema de valors personal. Accepta la responsabilitat i l'autoritat en la prestació directa de les cures d'infermeria, i esta compromesa amb la societat per donar una resposta ajustada a les seves necessitats.

Hi ha diferents conceptes del què ha de ser el rol professional de la infermera com molt bé ho explica M.Teixidor en la seva conferència "Los espacios de profesionalización de la enfermería" (1996)⁸. Engloba tres dimensions segons l'autora:

⁷ Elías A, Esteve C, Esteve N, Pagès J, Pera I, Peya M. Competències de la professió d'infermeria. Ed. Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 1997.

⁸ Teixidor, M. (1997). Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Infermeria Clínica*, 7 : 126-136.

- Rol autònom. Integra el conjunt d'actuacions, habilitats, actituds i valors, associats al servei específic que ofereixen els professionals de la infermeria en la seva pràctica. La presa de decisions depèn exclusivament de la iniciativa infermera.
- Rol de col·laboració o de vigilància de l'estat de salut de la persona, que depèn d'iniciatives compartides amb altres professionals sanitaris. Inclou cures de reparació i de vigilància de les reaccions de la persona a la malaltia, al tractament o bé l'exploració, fins al coneixement dels diferents protocols de cures.
- Rol delegat. Consisteix en l'aplicació de les prescripcions i altres intervencions mèdiques.

El concepte de *competència* significa⁹ autoritat per la presa de decisions en determinats aspectes, gràcies a la utilització dels coneixements, les habilitats i actituds, i els judicis associats a la professió infermera que permeten que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment per tal de resoldre adequadament totes les situacions en el seu exercici. S'ha de diferenciar de capacitat. Segons Pont i Teixidor (2001) "capacitat son el conjunt d'aptituds cognitives, psicomotrius i afectives que permeten abordar situacions professionals. Aquestes capacitats exercides en situació de treball permeten l'aprenentatge experiencial que genera competència"¹⁰.

Ley-Leboyer¹¹ també s'expressa en termes semblants quant diu que "les competències no poden desenvolupar-se si les aptituds que es requereixen no estan presents", i continua dient que "les competències son comportaments

⁹ Balaguer N, Contel JC, Espelt P, et al. Competències de la infermera d'atenció primària. Institut Català de la Salut. Document intern. 2006.

¹⁰ Pont E, Teixidor M. De la experiència a la innovació: la construcció de competències. En Teixidor M: La formació enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona. Fundació "la Caixa" EUE Sta.Madrona. 2004.

¹¹ Levy-Leboyer, C(1997) Gestión de competencias. Barcelona: Gestión 2000.

observables que posen en pràctica de forma integrada, aptituds, trets de personalitat i coneixements adquirits”.

Tot i que depèn del context on s'interpreti com molt bé diu el Dr. Pont¹², el terme competència ha de definir-se prèviament si es vol que sigui eficaç, i no es pot deslligar dels coneixements (capacitats cognitives), habilitats (capacitats psicomotrius) i actituds (capacitats afectives) que han de ser presents perquè la competència es manifesti, per tant no es pot deslligar tampoc de la pràctica reflexiva. Segons aquest autor “la competència es caracteritza per l'actuació reflexiva que té com a resultat l'adequació a les demandes de l'entorn i l'ajust de les tècniques emprades a la singularitat i genuïnitat de cada cas”.

Per tant crec que no es arriscat concloure que tots els autors coincideixen en admetre la importància d'haver integrat el saber científic com a professió, les actituds de creixement personal i de valors, amb la experiència del treball diari que fa que la seva actuació sigui individual i única davant de cada demanda. Crec important ressaltar que tots ells coincideixen també en què l'experiència del treball, de la pràctica, del domini real de les tasques, és indispensable en la definició del què és competència.

Aquestes definicions ens ajuden a situar el present treball doncs, volem conèixer quins tipus de demanda està fent la població a infermeria, per tal de que aquesta pugui ajustar-se a elles i aconseguir una infermeria més competent.

El Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya¹³ va definir les competències genèriques de la professió infermera que tenen per objectiu el propi de la professió, que és tenir cura de les persones. Les va agrupar de la següent manera:

¹² Pont E. Les competències en l'exercici de la direcció. L'exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura. Ed. Fundació “la Caixa”.2005.

¹³ Competències de la professió d'infermeria. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.1997

1. Procés de Cures.
 - a. Valoració, recollida de dades, i formulació de problemes.
 - b. Priorització i actuació
 - c. Avaluació
2. Prevenció i promoció de la salut.
3. Procediments i protocols.
4. Tenir cura de les persones en situacions específiques.
5. Comunicació/relació amb l'usuari i/o persones significatives.
6. Treball en equip i relació interprofessional.
7. Comunicació intraprofessional.
8. Manteniment de les competències professionals.
9. Ètica, valors i aspectes legals.
10. Implicació i compromís professional.

Un cop identificades les competències comunes o generals de la professió, podem passar a definir, a partir d'aquestes, les que són més específiques de la infermera en l'àmbit de l'Atenció Primària.

S'identifiquen set dimensions competencials (9) a l'Atenció Primària partint de les que ja té com a infermera generalista, i incorporant i aprofundint en els coneixements, habilitats i actituds pròpies de l'especialitat.

1. Concepció ètica, legal i dels valors de l'aportació infermera.
2. Gestió del coneixement infermer.
3. Interrelació i comunicació amb la persona, la família i la comunitat.
4. Treball en equip i relació amb altres agents.
5. Habilitats tècniques i terapèutiques.
6. Gestió de recursos i aliances.
7. Docència.

Aquestes competències genèriques ens serviran per anar agrupant la informació del motiu de consulta a les enquestes de recollida de dades. Tampoc utilitzarem en aquest treball totes les dimensions competencials, només aquelles que identifiquen els aspectes més rellevants de la pràctica

infermera a l'Atenció Primària i que el pacient ens pot demandar. Hi ha competències que difícilment ens demanarà el usuari doncs son més pròpies del desenvolupament de la professió que del nivell assistencial, és el cas de la docència i investigació. Ambdues competències son molt importants en relació al col·lectiu professional doncs reverteixen en la formació dels propis professionals i en conseqüència en l'atenció rebuda pels usuaris en el cas de la docència, i en l'avenç de la professió i en la qualitat de les cures rebudes també pels pacients, en el cas de la investigació.

Més endavant especificarem com hem classificat cada demanda.

S'ha de dir que la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut junt amb l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona va portar a terme durant el 2002 i a tots els centres d'Atenció Primària de Catalunya, el Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virgínia Henderson, en un projecte de formació i de gestió del canvi. L'objectiu era possibilitar pràctiques reflexives i garantir l'assumpció del rol autònom per part de les infermeres així com la personalització de les cures i un apropament humanista¹⁴. Com diu Teixidor, sense un marc de referència per a la pràctica professional, on s'han d'integrar els valors de l'organització i els de la pròpia infermeria, però també el model conceptual, no es pot portar a terme la funció autònoma.

El present treball també vol saber si aquesta funció autònoma, que es reflexa en el nivell d'utilització del Pla de Cures de la consulta queda representat en les activitats del dia a dia de la consulta.

¹⁴ Teixidor, M (dir) Projecte de formació per a la implantació del Procés de cures en el marc del model conceptual de Virgínia Henderson als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Ed. Fundació "la Caixa". Barcelona 2002

Un altre definició important que ha d'aparèixer al marc teòric és la *d'Atenció Primària de Salut*. Ens remetem a la que va fer la Organització Mundial de la Salut (OMS) a la Conferència d'Alma-Ata al 1978, "és l'assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctiques científicament fonamentades i socialment acceptades, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar, en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament, amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació. L'Atenció Primària forma part integrant del Sistema Nacional de Salut, i porta el més a prop possible, l'atenció de salut al lloc on resideixen i treballen les persones, i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària". El fet de que com diu la definició sigui el primer element de contacte amb el Sistema de Salut explica el títol del treball de que ho consideri "*porta d'entrada*" i concretament ens preguntem si la consulta d'infermeria exerceix de porta d'entrada per a la població atesa.

El govern del nostre país basant-se en aquesta definició va portar a terme el Decret de la Reforma de l'Atenció Primària 84/1985.

Les funcions bàsiques dels serveis de l'Atenció Primària, com el defineix molt bé Martín Zurro A. ,y Cano Pérez JF,¹⁵ son:

- Diagnòstic i tractament de les malalties. Rehabilitació i reinserció social.
- Activitats de prevenció i promoció de la salut.
- Atenció continuada i urgent.
- Atenció domiciliària.
- Educació sanitària i accions preventives en la comunitat.
- Vigilància epidemiològica.

¹⁵ Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Ed. Mosby/Doyma Libros.1994.

- Derivació de pacients a altres nivells assistencials i altres prestacions sanitàries.
- Docència i investigació en Atenció Primària.

Totes aquestes funcions es porten a terme dins un espai geogràfic territorial definit, que s'anomena Àrea Bàsica de Salut (ABS) que pot constar d'una o més poblacions, on hi ha una o varies estructures funcionals i físiques que s'anomena Centre d'Atenció Primària (CAP), que constitueix el nucli principal on es desenvolupen les activitats assistencials, concretament dins la consulta d'infermeria i de medicina, i les sales d'educació sanitària. També hi han altres espais de titularitat municipal normalment a nuclis rurals més petits (Consultoris Municipals). De tota manera les activitats de la infermera de família i comunitària es poden portar a terme a altres espais físics, ja sigui el domicili del pacient, escoles, associacions, ajuntament, casals d'avis o allà on ho requereixi la població.

Una bona organització de la demanda que ens fa la població és important per resoldre el major nombre de problemes de salut dins les hores limitades de treball a l'ABS, i que és la meta del nostre Sistema Sanitari. Considero important remarcar aquest aspecte doncs sovint perdem el nord i sembla que totes les millores girin entorn dels professionals quan l'objecte d'atenció sempre han de ser els pacients i la població. En definitiva augmentar el nivell de salut de la població a través de la bona resolució dels problemes que aquesta ens planteja.

Per tal de poder portar a terme les activitats de forma ordenada tant en espai com en temps, necessitem una bona gestió de l'agenda d'infermeria, però també de l'agenda de la resta de professionals doncs no son compartiments estancs si no que uns afecten als altres. Així les consultes es classifiquen en espontània, programada i urgent, tant en l'assistència a domicili com la que es atesa al CAP. Considerem *consulta espontània* aquella que sol·licita el pacient per iniciativa pròpia per poder veure la seva infermera; pot

tenir hora concertada o pot presentar-se espontàniament al CAP a l'espera de poder ser atesa. *Consulta programada* son les consultes concertades per algun professional de l'EAP o la pròpia infermera i totes tenen dia i hora establerta. *Consulta urgent* son aquelles que requereixen una immediatesa en l'atenció ja sigui per la seva gravetat, temps que pot condicionar la posterior evolució, o una consciència per part del pacient de necessitat immediata d'atenció (subjectiu).

En aquest punt no ens queda més remei que desenvolupar el terme *d'accessibilitat*, considerat un dels elements conceptuals bàsics dins l'Atenció Primària. El concepte més ideològic d'aquest terme el defineix molt bé Martín Zurro, A.¹⁶, quan diu que es refereix a que els ciutadans no han de tenir dificultats importants per poder prendre contacte i utilitzar els recursos sanitaris. Aquestes dificultats diu que poden ser no només geogràfiques, si no dificultats econòmiques, burocràtiques i de tipus discriminador (raça, capa social, etc.) En el present estudi ens referim a accessibilitat quan valorem el temps que tarda el ciutadà a ser atès per un professional sanitari des del moment que fa la demanda d'assistència. Considerem que hi ha bona accessibilitat quan aquest temps no excedeix de les 48h sempre que la demanda no sigui urgent.

L'Equip d'Atenció Primària (EAP) està format pel conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris amb actuació en l'Àrea Bàsica de Salut i localització física principal en el CAP. L'especificació dels components de l'EAP i les seves funcions estan desenvolupades en el Decret 84/1985 del 21 de març (Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya).

Una vegada plantejat el marc teòric, vaig començar la recerca bibliogràfica.

En la literatura sanitària apareixen molts treballs sobre l'estudi de la demanda de la població als serveis sanitaris. Molts d'ells centrats en l'estudi

¹⁶ Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Ed. Mosby/Doyma Libros. 1994.

dels perfils dels pacients que acudeixen a les consultes¹⁷, altres estudien les activitats realitzades dins la consulta però no els motius pels quals els pacients vénen¹⁸, altres son estudis d'opinió dels professionals de l'EAP sobre la organització i les competències infermeres en Atenció Primària¹⁹. Així mateix molts son a nivell hospitalari, altres a nivell d'atenció primària, però enfocats exclusivament a l'estudi de la demanda mèdica i molts pocs centrats en la consulta d'infermeria i que relacionin alhora les competències infermeres.

Hi ha un estudi que vol determinar els motius de consulta de la població als centres de salut de l'INSALUD de la Comunitat de Madrid²⁰. Es porta a terme mitjançant un qüestionari al personal d'infermeria de les consultes i on els motius de consulta son agrupats posteriorment en títols genèrics de competències d'infermeria, però només es té en compte el què fa la infermera dins la consulta i concretament en la consulta a demanda, no en les visites programades, urgents, o al domicili o a la comunitat, per tant no hi ha informació sobre la resta de competències infermeres d'Atenció Primària. Els resultats demostren que la major freqüentació es deguda a la necessitat de portar a terme alguna tècnica o procediment (45%), seguit del control de malalties cròniques (33%) i en tercer lloc era per recollir receptes (11%). Llavors per activitats de promoció i prevenció de la salut (7%) i només un 4% acudeixen per una consulta que genera un diagnòstic infermer. Es un estudi en

¹⁷ Raña Lama CD, Cid Armanda S, García Iglesias R, et al. Perfil de los pacientes adultos que acuden a la consulta de Enfermería. *Enfermería Científica* 1992; 127: 32-34.

¹⁸ Buendía C, Manito I, Méndez M, Narbona P. Distribución del tiempo de enfermería en equipos de atención primaria. *Revista ROL de Enfermería* 1997; XX(231): 53-56.

¹⁹ Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Atención Primaria* 2000; 25(4): 214-219.

²⁰ Gonzalez Pascual JL, Agudo Polo S, Esteban Estevez C. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. *Enfermería Clínica* 2004; 14(1): 25-30.

centres de salut urbans tot i que atenen a la població per famílies i no per grups d'edat.

Existeix un altre estudi interessant sobre la demanda en la consulta d'infermeria que a part de descriure les característiques dels pacients i la morbiditat atesa relaciona l'evolució demogràfica de la població i les seves conseqüències en la salut amb les possibles modificacions en les activitats de la infermera²¹. Es feia la recollida de dades mitjançant una fitxa per cada pacient que emplenava un col·laborador dins la consulta. Per altre banda es va descriure el perfil poblacional mitjançant el cens i les projeccions demogràfiques elaborades pel Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid per tal de relacionar la activitat que desenvolupen les infermeres i el seu rol en un futur. Van detectar un fort increment de la població envellida i una disminució de la població en edat pediàtrica. Les dones en edat fèrtil es mantenien. La realitat detectada en aquell moment observava una major utilització de la consulta per part de persones majors de 60 anys dones i el grup de 0-4 anys. Un 86,4% eren programades, el 12,3% eren a demanda i el 1,3% urgents. La agrupació del motiu de consulta no coincideix amb les competències infermeres, ni amb activitats descrites per a l'Atenció Primària, cosa que fa que no es pugui comparar amb cap altre estudi. També utilitza categories diagnòstiques mèdiques per distribuir la morbiditat atesa, i no explica si s'utilitzen diagnòstics infermers.

Dins els treballs publicats en el marc del Màster d'Administració i Gestió de cures d'infermeria de l'EUI Sta. Madrona, hi ha un treball de Borràs E, García C, García D²², en què es fa una enquesta a la població que acudeix a la

²¹ Pilas Pérez M, Ugalde Diez M, Alberquilla Menéndez-Asenjo A, Gonzalez Rodríguez-Salinas MC. Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. Revista ROL de Enfermería 1996; 212: 27-32.

²² Borràs Gallart E, García Montañés C, García Pérez D. Conocimiento y utilización por parte de los usuarios de la cartera de servicios de enfermería en asistencia primaria. Treball d'investigació del Màster d'Administració i Gestió en Infermeria. EUI Sta. Madrona. Ed. Fundació "la Caixa". Tim/2001/02

sala d'espera d'un CAP, i on es valora el coneixement i la utilització dels usuaris de la cartera de serveis d'infermeria. Es un estudi d'àmbit urbà. S'arriba a la conclusió que els usuaris coneixent més el nostre rol de col·laboració que no pas l'autònom i pensen que la infermeria no pot actuar en problemes de salut de forma independent. En quant al grau d'utilització dels serveis infermers diu que no depèn de si es coneixent aquests o no , si no d'altres variables com el fet de tenir-ne necessitat o de la voluntat de l'usuari. També conclouen que el pacient espera en primer lloc rebre un bon tracte per part d'infermeria, i en segon lloc que tingui coneixements tècnics. Les autores recomanen que es continuï la línia d'investigació en l'àmbit rural, cosa que tinc present en aquest treball actual.

MARC PRÀCTIC

Hipòtesi general

El desenvolupament de les competències de la professió infermera en la consulta d'Atenció Primària ve determinada pels motius de consulta.

Definició de variables

Variable independent: Motius de consulta de la població atesa a la consulta d'infermeria. Variable qualitativa politòmica.

Variable dependent: Competències infermeres. Variable qualitativa politòmica.

Variables intervinents:

1. *Edat* : pregunta oberta, variable quantitativa discreta.
2. *Sexe*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica.
3. *Tipus de visita*: pregunta tancada, variable qualitativa politòmica.
4. *Lloc de visita*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica.
5. *Accessibilitat a la infermera*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica.
6. *Visita generada a petició*: pregunta tancada, variable qualitativa politòmica.
8. *Activitats realitzades per l'infermera*: pregunta tancada, variable qualitativa politòmica.
9. *Pla de cures infermer*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica.
10. *Derivació de la visita*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica en principi. Si la resposta és *sí* acaba essent qualitativa politòmica.
11. *Dia i hora per tornar*: pregunta tancada, variable qualitativa dicotòmica.

Disseny de l'estudi

És un estudi de tipus descriptiu transversal ja que es vol identificar els motius de consulta i la activitat infermera en un temps determinat .

Població i mostra.

La població objecte d'estudi seran totes les persones assignades a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS)de S.Quirze de Besora que en aquests moments son 4670 persones i que acudeixin a les consultes d'infermeria.

L'ABS de S.Quirze de Besora, està situada al nord de la comarca d'Osona al costat del Ripollès. Està formada per les poblacions de S.Quirze, Sta.Maria de Besora, Vidrà, Montesquiú, Sora, S.Boi de Lluçanès, S.Agustí de Lluçanès, Sobremunt, Alpens i una part de l'antiga colònia tèxtil de la Farga de Bebié. Es tracta d'una zona rural molt dispersa, amb una població amb un envelliment que supera la mitjana de Catalunya, un 23,64% major de 65 anys.

L'atenció sanitària es concentra en el CAP de S.Quirze de Besora, on fins fa pocs mesos, abans de la reforma de l'Atenció a les Urgències a la comarca, estava oberta 24 hores els 365 dies de l'any. Per tant és el centre de referència de l'Àrea encara ara. Llavors hi ha dos consultoris municipals a Montesquiú i S.Boi de Lluçanès, on es dona assistència cada dia lliscant els horaris tres dies al matí i dos a la tarda. La resta de consultoris municipals, Sta. Maria de Besora, Vidrà, Alpens, S.Agustí s'obren entre 1 i 2 dies a la setmana.

L'equip de professionals està format per 4 metges de família, 1 pediatre, 4 infermeres de família que donen assistència tant a població adulta com infantil, i 3 aux. administratius d'atenció a l'usuari concentrats al CAP de S.Quirze. Als consultoris municipals no hi ha suport administratiu. Compartits amb un altre ABS hi ha 1 treballadora social, 1 llevadora, 1 odontòleg, 1 fisioterapeuta.

Varem decidir analitzar la població per conglomerats agafant com a tals les consultes d'infermeria de l'ABS de S.Quirze de Besora, 4 en total. Per seleccionar la mostra dels conglomerats, varem realitzar un mostreig no probabilístic accidental.

La mostra serà doncs totes les persones que son ateses per cada infermera durant el mes de Febrer de 2008 : 1a setmana, el dilluns i dimecres; 2a setmana, el dimarts i dijous; 3a setmana divendres. Com que totes les infermeres tenen torns on roten, 3 dies matí i 2 tardes, així s'evitaran possibles sesgos d'augment de freqüentació, o de població pediàtrica, en determinats moments del dia, o la setmana o del mes.

Característiques de la població assignada a cada consultori(conglomerat):

Estrato 1 Consulta 1 de S.Quirze.....	0-14anys	156
	15-64 anys	797
	>=65 anys.....	307

TOTAL 1260 persones assignades

Estrato 2 Consulta 2 de S.Quirze.....	0-14anys.....	156
	15-64 anys.....	796
	>=65 anys.....	308

TOTAL 1260 persones assignades

Estrato 3 Consulta de Montesquiú.....	0-14anys.....	128
	15-64 anys.....	700
	>=65 anys.....	231

TOTAL 1059 persones assignades

Estrato 4 Consulta de S.Boi de Lluçanès.....	0-14anys.....	135
	15-64 anys.....	697

>=65 anys.....259
TOTAL 1091 persones assignades

Per calcular la mostra s'ha utilitzat la fórmula de la població finita:

$$N = \frac{N_p}{1 + \frac{(N_p - 1)(p - p_{pob})^2}{Z^2 \cdot p \cdot q}}$$

Essent $Z = 1,96$ $p = 0,5$ $q = 0,5$ Nivell de confiança 95%

La mostra resultant per l'estudi és de 352 persones repartides entre les 4 consultes d'infermeria, 88 persones per cada infermera.

Instrument de mesura

El instrument utilitzat serà un qüestionari que omplirà la infermera després d'haver realitzat cada visita (annexa I). S'ha fet una reunió prèvia amb les infermeres que recolliran el qüestionari per tal de aclarir possibles dubtes i se'ls ha proporcionat un full d'instruccions a cadascuna (annexa II)

Abans d'arribar al qüestionari definitiu, s'ha buscat la seva validesa mitjançant el criteri de jutges i la prova pilot. Considerem com a criteri de jutges l'opinió de:

Sra. Rosa M^a Gonzalez Directora infermeria D'Atenció Primària CH Sta.Tecla

Sra. Teresa Masat Tècnica de Salut de la Servei d'Atenció Primària d'Osona (SAP).

Sra. Montse Molas Coordinadora de processos d'infermeria de la SAP Osona

Sr. Albert Planes Director de la SAP Osona.

Sr. Esteve Pont Professor del Màster.

Sra. Montserrat Teixidor Directora del Màster.

Sr. José Tejada Professor del Màster.

Un cop recollides les dades, classificarem els motius de consulta expressats pel pacient, segons les competències infermeres genèriques expressades en activitats²³ segons l'annexa III.

²³ Enquesta sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP. Pla de Millora de l'Atenció Primària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Procés de recollida de dades

La recollida de les dades la varen realitzar les 4 infermeres que fan assistència els dies descrits anteriorment. Prèviament s'ha fet una reunió per explicar els motius del treball i les instruccions generals per omplir els qüestionaris, així com per clarificar personalment possibles dubtes.

Anàlisi estadística

Les dades es van informatitzar en una graella i van ser analitzades amb el paquet estadístic SPSS.

L'anàlisi estadístic descriptiu va ser la tabulació i representació gràfica de les variables.

L'anàlisi estadístic inferencial per comprovar la hipòtesi es va realitzar amb la prova de chi-cuadrado de Pearson. També es van tabular i representar gràficament les dades.

RESULTATS

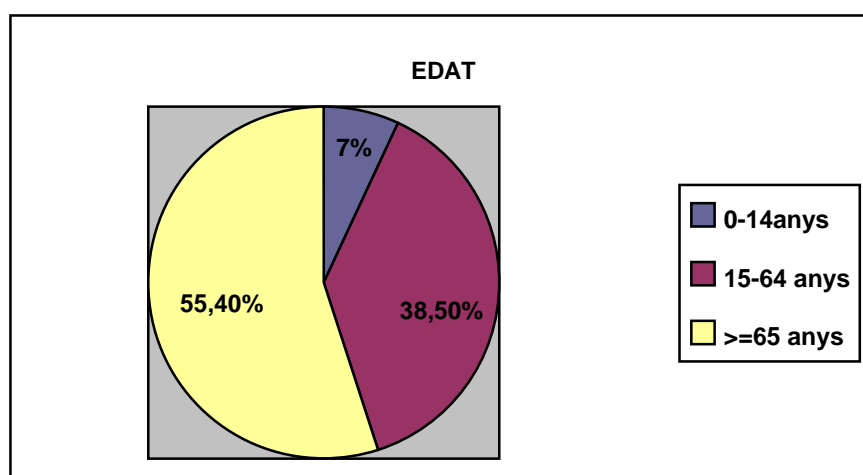
Durant dues setmanes del mes de febrer i ha dies alterns, dilluns, dimecres i divendres una setmana, i dimarts i dijous l'altre, és van recollir 530 qüestionaris que es corresponen amb les visites realitzades per infermeria a l'ABS de S.Quirze de Besora. Els percentatges als que ens referim estan en relació a aquesta població.

No hi va haver cap qüestionari nul.

Estadística descriptiva

1.Edat

Per franges d'edat el percentatge de la població que va anar al centre és de 7% els de 0-14 anys, 38,5% els de 15-64 anys, i d'un 55,4% els majors de 65 anys. Això es correspon amb la piràmide poblacional de l'ABS.



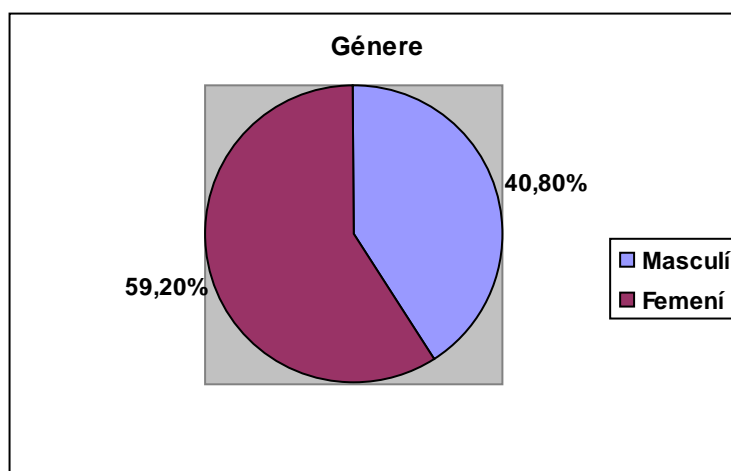
Gràfic 1.- Distribució per edat

2. Gènere

El percentatge segons el gènere que va anar al centre és superior en el sexe femení amb un 59,2%, i un 40,8% en el masculí.

Tot i que també es correspon amb la piràmide poblacional, també concorda amb l'última Enquesta de Salut de Catalunya 2006²⁴ publicada a l'abril del 2008, on els resultats diuen que les dones i les persones de 65 anys i més declaren haver visitat en una major proporció els diferents professionals de la salut durant l'últim any. Els resultats sobre qui és el responsable principal de les persones menors de 15 anys eren les dones en una proporció superior als dos terços, aproximadament la meitat en el cas de persones discapacitades, i quasi un terç en el cas de tractar-se de persones majors de 65 anys. Això també explicaria que moltes vegades potser les visites son per fer d'intermediari per aquests pacients.

També en la mateixa enquesta es constata que les dones tenen pitjor percepció del seu estat de salut i presenten una prevalença més alta de problemes crònics i discapacitats, el què faria que consultessin més als professionals sanitaris.



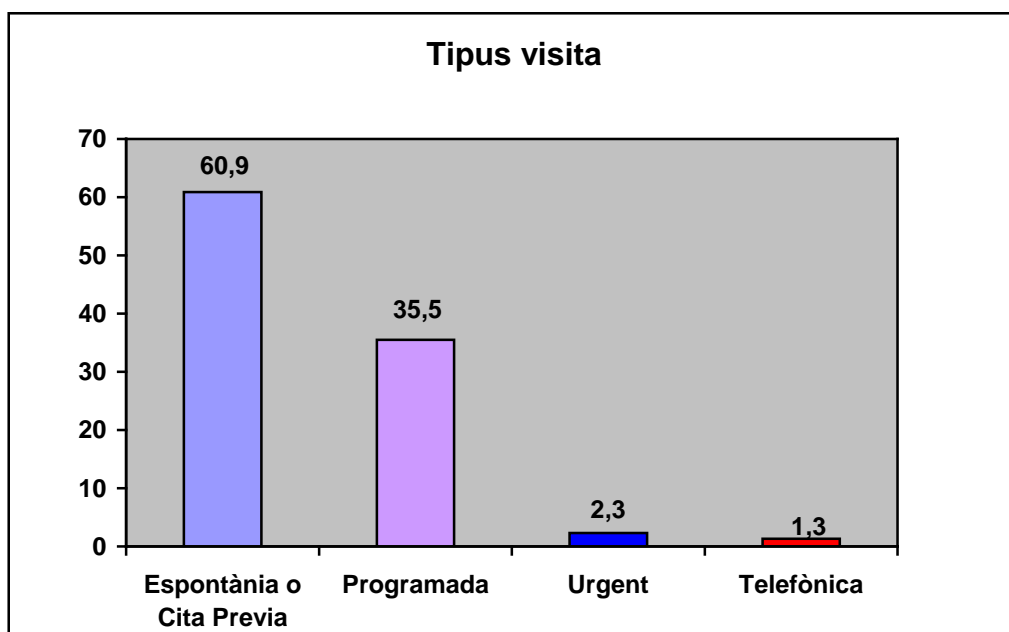
Gràfic 2.- Distribució per gènere.

²⁴ Brugulat P, Medina A, Mompert A. Enquesta de salut de Catalunya 2006: una nova mirada sobre la salut de la població. Server del Pla de salut. 30 Abril de 2008. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

3. Tipus de visita

El tipus de visita que es va realitzar predomina la cita prèvia o espontània amb un 60,9%, seguida de la programada amb un 35,5%, la urgent amb un 2,3% i per últim la telefònica amb un 1,3%.

Aquesta variable està relacionada amb l'accessibilitat, doncs està comprovat que quan més tancada està l'agenda per encabir-hi les visites programades, menys espai queda per la demanda diària i per tant més llista d'espera es genera. Infermeria s'ha de replantejar les visites programades, que en general vol dir de pacients crònics, hi cenyir-se més a les Guies Clínicas que recomanen controls més espaiats en el temps, i educació per l'autocura d'aquests pacients.

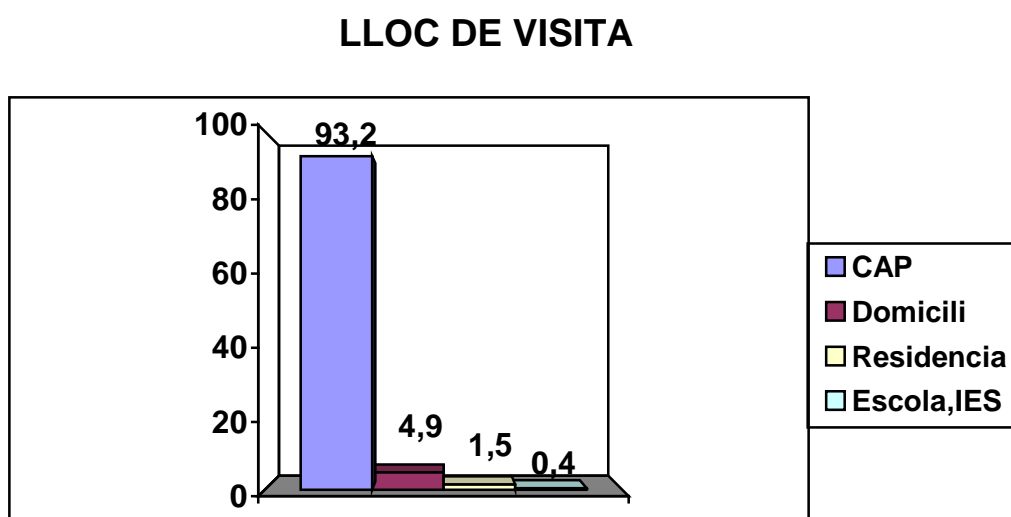


Gràfic 3.- Percentatge segons tipus de visita.

4. Lloc on es realitza la visita.

Segons el lloc on es va portar a terme la visita els percentatges resultants son un 93,2% es va realitzar en el CAP, un 4,9% en el domicili, 1,5% en les residències de gent gran de la zona, i un 0,4% a les escoles o instituts.

Continua essent molt alta l'assistència donada dins els Centres d'Atenció Primària i Consultoris respecta a la donada en altres àmbits com el domicili, escoles, i altres llocs de la comunitat. De tota manera no podem deduir pel nombre de visites realitzades aquests 5 dies que la visita domiciliària sigui poca, doncs la majoria de pacients assignats al Programa d'Atenció Domiciliària son crònics i es pauta la visita cada mes, mes i mig de mitjana, si no existeixen reaguditzacions, per tant l'enquesta no ha tingut temps de fer una recollida representativa d'aquesta dada.



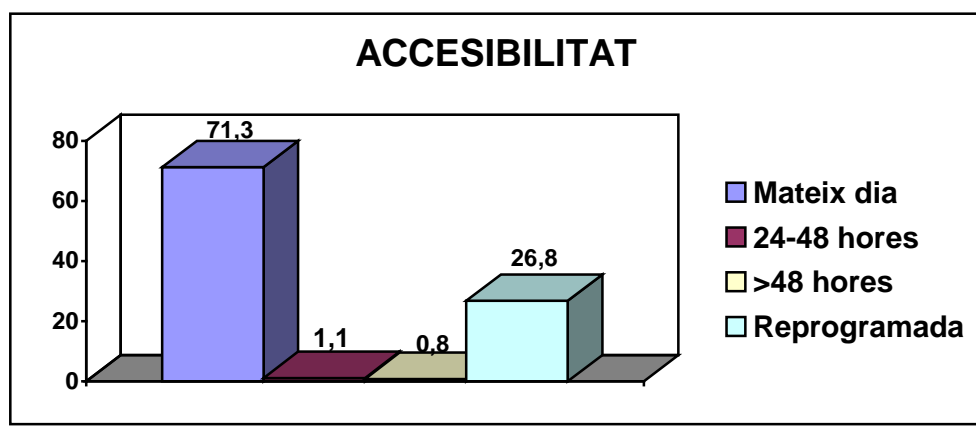
Gràfic 4.- Percentatge segons lloc de visita.

5. Accésibilitat a la infermera

En quan a l'accessibilitat s'observa molt bona doncs els usuaris en un 71,3% tenen accés a la seva infermera el mateix dia, un 1,1% entre 24-48 hores i tant sols un 0,8% s'allarga més enllà de les 48 hores. Un 26,8 % dels usuaris venien a la visita reprogramats per la mateixa infermera. Sembla doncs que no hi ha problemes per accedir amb facilitat a la seva infermera.

Es podria deduir que si el 35,5% de les visites realitzades per infermeria eren Programades es a dir generada pels mateixos professionals, d'aquestes un 26,8% marxen amb dia i hora per tornar, per tant el control real d'aquestes visites el tenen el professionals, el què permet decidir quan ha de tornar aquell pacient segons les Guies Clínicas Basades en l'Evidència, i tenir "controlats" aquells pacients hiperfreqüentadors amb més de 14 visites/any, que han creat (moltes vegades degut al mateix professional) dependència del sistema sanitari.

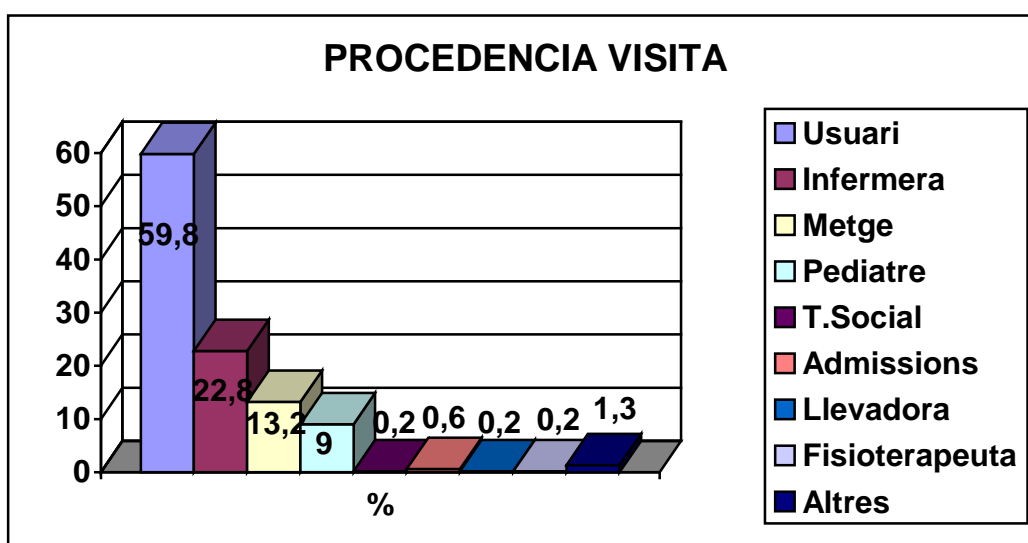
Per altre banda aquesta variable concorda amb el predomini de visita espontània del centre, doncs com hem dit abans això fa que es gestioni millor l'agenda diària i no hi hagi llistes d'espera.



Gràfic 5.- Percentatge d'accessibilitat a la consulta d'infermeria.

6. Visita generada a petició d'un professional

Els resultats queden decantats per la demanda que fa l'usuari en dos terços (un 59,8%), seguits del propi col·lectiu infermer (22,8%), i el metge (13,2%) en un altre terç. Són insignificants les visites generades per altres professionals (pediatre en un 1,7%, reconduïda des de el taulell d'admissions en un 0,6%, el treballador social en un 0,2%, la llevadora també en un 0,2%, el fisioterapeuta amb un 0,2% i l'apartat altres en un 1,3%). Ens hauríem de preguntar si les dades tant baixes de derivació des de el del taulell d'admissions, son degudes a que per defecte quan acudeix un pacient sense hora, l'adjudica a la consulta mèdica, doncs voldria dir que la consulta d'infermeria no està contemplada com una porta d'entrada real a l'Atenció Primària per aquests professionals, i que ja des d'admissions no s'ofereix la possibilitat d'accés a la consulta d'infermeria. Per tant la infermera deixaria de veure molts problemes aguts i molta població jove poc freqüentadora, i això fa que es centri més en els crònics que son un volum definit de la població i hiperfreqüentador. Deixa de realitzar activitats oportunistes (accions preventives, d'educació per la salut, captació de pacients...) i de resoldre molts dels problemes aguts pels quals es fa la demanda.



Gràfic 6.- Percentatge de derivació a infermeria.

7.Motiu de la visita

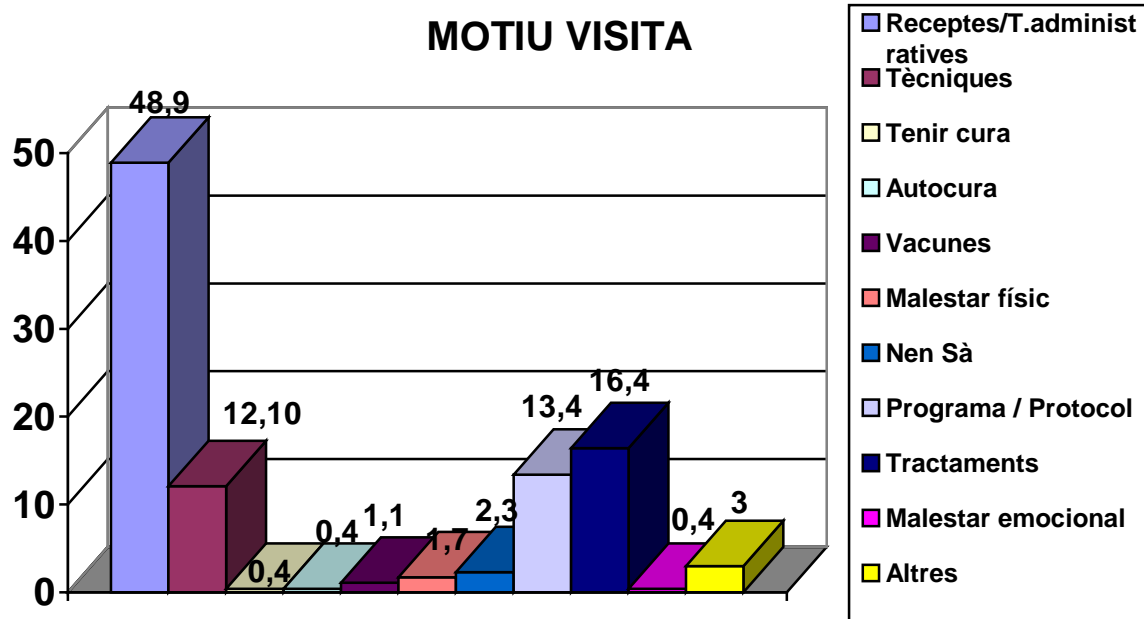
Els motius de visita es distribueixen en un 48,9% receptes, un 12,1% tècniques d'ajut al diagnòstic (ECG, Espirometries, TAO,...), un 16,4% aplicació de tractaments, un 13,4% seguiment de programes o protocols, un 1,7% per malestar físic, un 1,1% seguiment del programa de vacunes, un 0,4% per aprendre habilitats en el "tenir cura", un altre 0,4% per aprendre habilitats en l'autocura i un 3% altres motius.

El fet d'una freqüentació tant alta per realitzar receptes i/o processos administratius podria explicar-se per la falta de la figura de l'auxiliar administratiu a dos dels consultoris municipals, i per tant la població assigna aquesta demanda a la infermera, tot i que s'hauria de veure quin percentatge d'aquesta tasca també realitza el professional metge.

Si mirem els motius de demanda següents veurem que es centren encara en tasques tradicionalment assignades a infermeria, com l'aplicació de tractaments en un 16,4%, seguiment de Programes i Protocols en un 13,4% majoritàriament a pacients crònics, i l'Aplicació de Tècniques d'ajut al diagnòstic mèdic en un 12,10%. Tot i que son molt insignificants les demandes de la població en competències pròpies d'infermeria, com son la educació en el "tenir cura", en l'"autocura", i possibles intervencions en pacient agut per malestar físic i emocional, m'agradaria constatar que poques però existeix certa demanda. S'hauria de fer un monitoratge per saber si anirà en augment, després de l'aplicació de certes línies de treball que vol implantar l'Institut Català de la Salut de protocols de Gestió de la Demanda a pacients aguts per part d'infermeria.

Taula de freqüència de motiu de visita

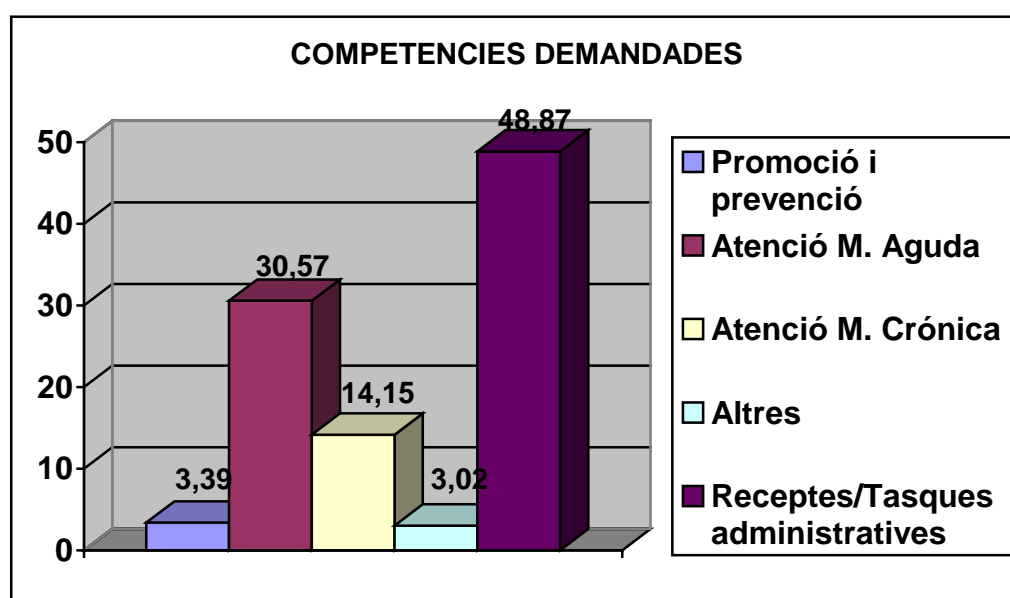
Motiu visita	Totals	Percentatge
1. Receptes/ Tasques administratives	259	48,9
2.Tècnica d'ajut al diagnòstic	64	12,10
3.Habilitats per "tenir cura"	2	0,4
4. Habilitats per l'autocura	2	0,4
5.Vacunes	6	1,1
6. Malestar físic	9	1,7
7. Programa Nen Sà	12	2,3
8. Seguiment Programa o Protocol.	71	13,4
9. Aplicació de tractaments	87	16,4
10.Malestar emocional	2	0,4
11.Altres	16	3



Gràfic 7.- Distribució dels motius de visita.

Els motius de consulta dels pacients agrupats per competències infermeres segons l'annexa III, queda de la següent manera:

Competències	nº motius de visita	Percentatge
Promoció salut i prevenció malaltia	18	3,39
Atenció persona amb malaltia aguda	162	30,57
Atenció persona amb malaltia crònica	75	14,15
Altres	16	3,02
Receptes i processos administratius	259	48,87



Gràfic 8.- Percentatge competències demandades per usuaris.

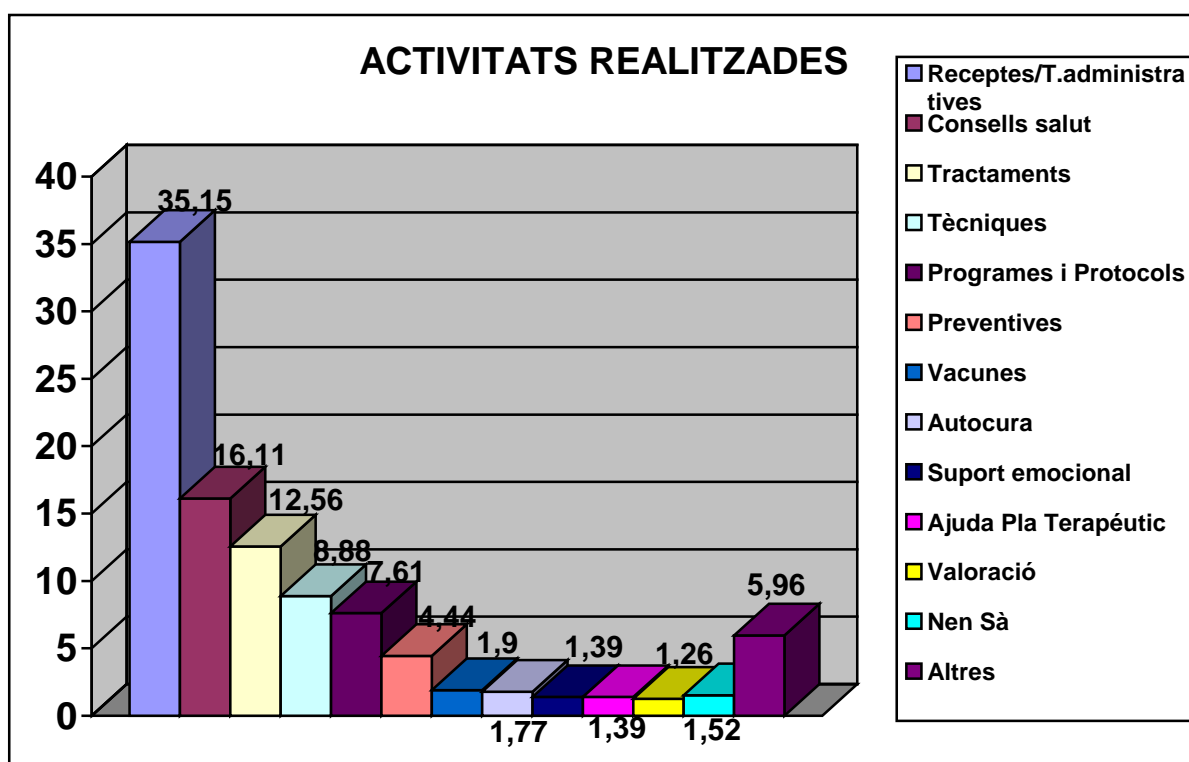
8. Activitat de infermeria

Taula de freqüència d'activitat

Activitats	1	2	3	4	T
1. Consells de salut.	124	3			127
2. Activitats preventives adult.	2	32	1		35
3. Programa Nen Sà.	6	6			12
4. Vacunes.	6	6	3		15
5. Vacunació grupal					0
6. Assessorament a grups					0
7. Educació grupal					0
8. Suport emocional.	5	4	2		11
9. Ajudar en el Pla Terapèutic.	3	4	4		11
10. Tècniques d'ajut diagnòstic (ECG,TAO,Espiro., Anàlisi....)	63	5	2		70
11. Aplicació tractaments	72	21	5	1	99
12. Informació de recursos.	1		1		2
13. Valoració necessitats bàsiques.	1	7	2		10
14. Valoració coneixements.		3	3	1	7
15. Valoració funcional i/o cognitiva.	1	1	1		3
16. Identificació diagnòstics NANDA			1		1
17. Establir objectius per independència			1		1
18. Pactar objectius d'autocura	1	7	5	1	14
19. Planificar intervencions.		1	3	3	7
20. Avaluació de resultats	1	1	1	3	6
21. Identificar cuidador					0
22. Atenció cuidador	1				1
23. Ensenyar habilitats per "tenir cura"	1	1	5	1	8
24. Aplicació de Programes i Protocols	16	14	20	10	60
25. Cures pal·liatives.	1				1
26. Valoració signes i símptomes.	1	3		2	6
27. Mesures suport vital.					0
28. Atenció al dol familiar.	1				1
29. Valoració entorn.		1		1	2
30. Detecció violència domèstica/desatenció.					0

31. Coordinació i derivació (PreAlt, derivació hospitalària...)					0
32. Receptes, processos administratius	223	49	1	4	277
33. Altres (escriure-la)		1			1

Les activitats més freqüents les hem representat al gràfic, i hem agrupat la resta en l'apartat "altres" per considerar que tenien poca rellevància.

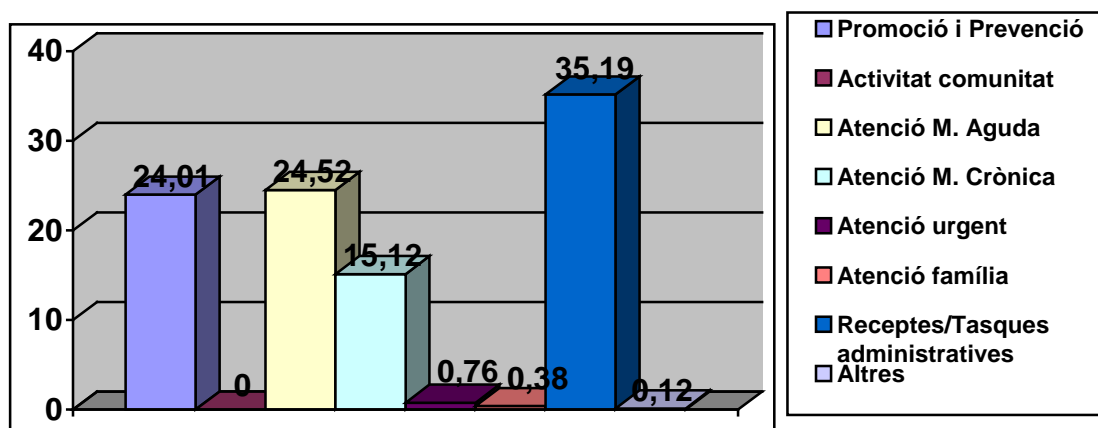


Gràfic 9.- Distribució d'activitats realitzades per infermeria.

Un cop agrupades les anteriors activitats segons les competències infermeres que figuren a l'annexa III, ens queda la següent distribució:

Competències	Núm. intervencions	Percentatge
Promoció salut i prevenció malaltia	189	24,01
Activitats amb la comunitat	0	0
Atenció a la persona amb malaltia aguda	193	24,52
Atenció a la persona amb malaltia crònica	119	15,12
Atenció urgent a la persona	6	0,76
Atenció a la família	3	0,38
Receptes i processos administratius	277	35,19
Altres	1	0,12

COMPETÈNCIES REALITZADES



Gràfic 10.- Distribució de competències realitzades per infermeria.

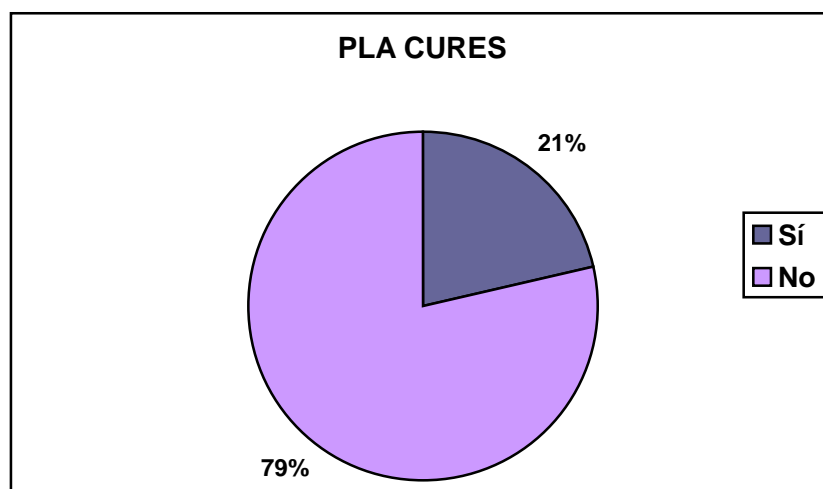
S'ha de dir que les competències d'atenció a domicili, queden incloses dins les altres sense especificar el lloc on es realitza l'activitat, doncs podia donar lloc a duplicitat d'intervencions. Per això hi ha un altra variable on es valora específicament el lloc on es porta a terme l'assistència.

Som conscients que les activitats de receptes i tasques administratives varies, no son competències infermeres però degut al volum de visites important que representen les hem deixat a la gràfica. A les conclusions valorarem l'impacta d'aquesta activitat doncs es amb escreix molt alta vers les altres.

9. Pla de cures infermer.

El 21% de les visites generen un Pla de cures infermer. Representa un avanç molt important, davant altres estudis en que només ho era el 4%.

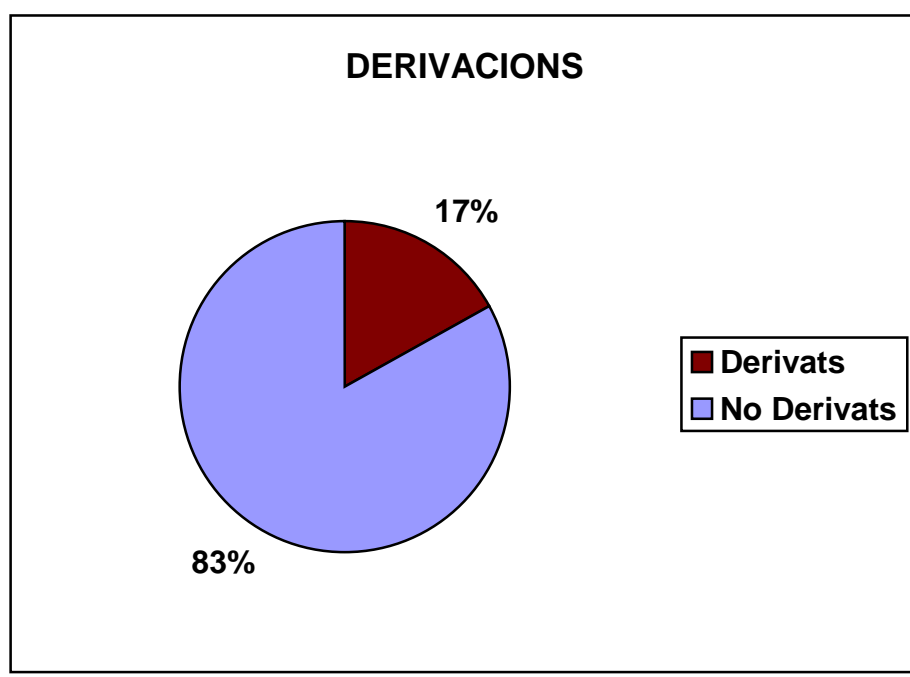
Durant l'any 2002 es va portar a terme un Projecte d'Implantació del Procés de Cures en el Marc del Model Conceptual de Virgínia Henderson als centres d'atenció primària de l'ICS. Això junt amb la inclusió en les DPO's d'objectius de registre del Procés de Cures en la HCAP, i el desenvolupament informàtic de registres infermers, ha fet que s'incorpori sobretot a nivell d'ATDOM (Atenció Domiciliària) el Procés de Cures.



Gràfic 11.- Distribució de l'existència de Pla de Cures

10. Derivacions de la consulta d'infermeria

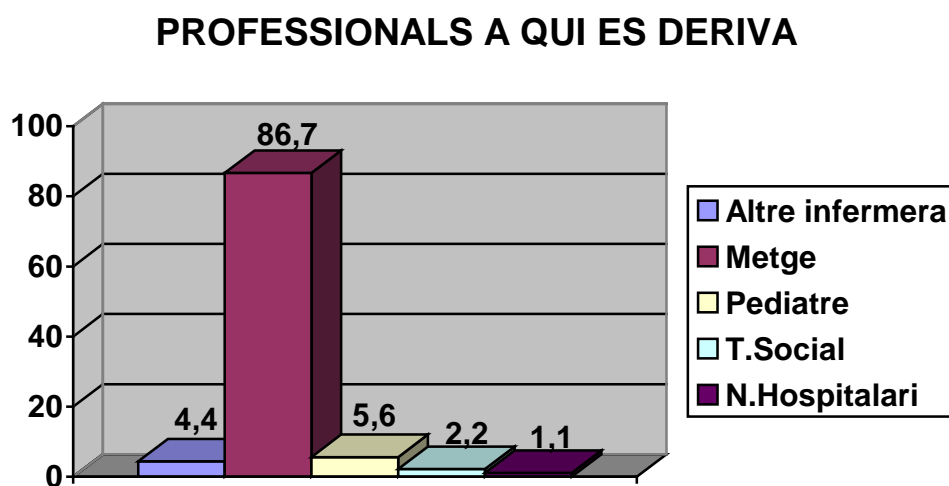
Només el 17% dels pacients atesos per la infermera son derivats a altres consultes. El 83% de visites queden resoltes per la pròpia infermera. De tota manera això no vol dir que el nivell de resolució sigui bo, ja que hauríem de saber si és que ella mateixa es genera visites, cosa que voldria dir que sempre veu els mateixos pacients, o si la freqüència d'aquestes s'ajusta al què recomanen les Guies Clínicas.



Gràfic 12.- Percentatge de derivacions a altres professionals.

11.Derivació a altres professionals

El professional al qual deriva més la infermera és al metge. La resta de professionals de l'Equip d'Atenció Primària queden a força distància.

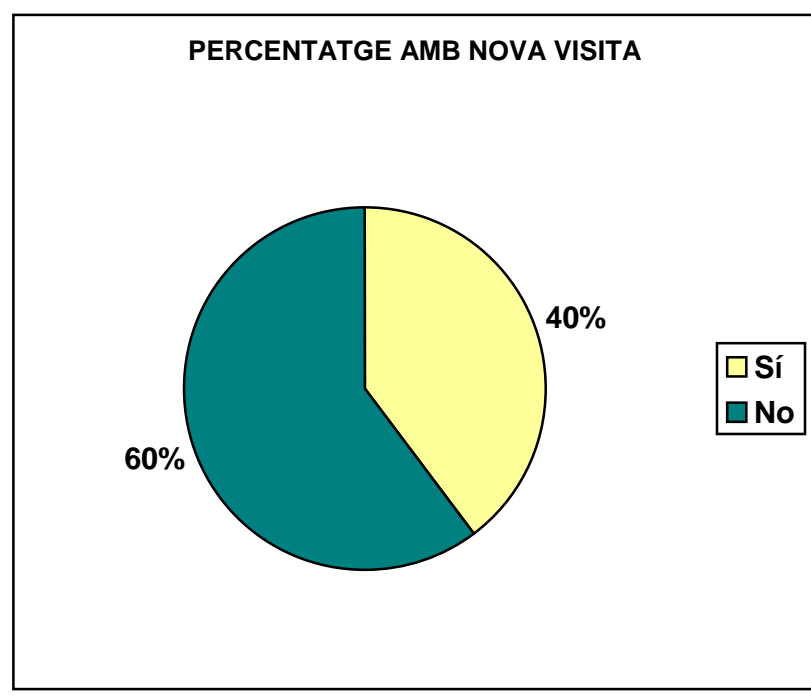


Gràfic 13.- Distribució de derivacions a altres professionals.

12. Pacient amb dia i hora per tornar.

El 40% de les visites marxen amb dia i hora per tornar amb la mateixa infermera, això vol dir que son programades, dada que concorda amb el 35,5% de visites programades que apareixien en la variable tipus de visita.

Aquesta dada també ens indica el percentatge on el professional té el "control" de la data en què el pacient tornarà, de les visites, per tant s'hauria de valorar si aquest 40% que solen ser sempre els mateixos pacients, se'ls cita seguint els consells de les guies clíniques o infermeria genera dependència al sistema.



Gràfic 14.- Distribució de visites autoprogramades.

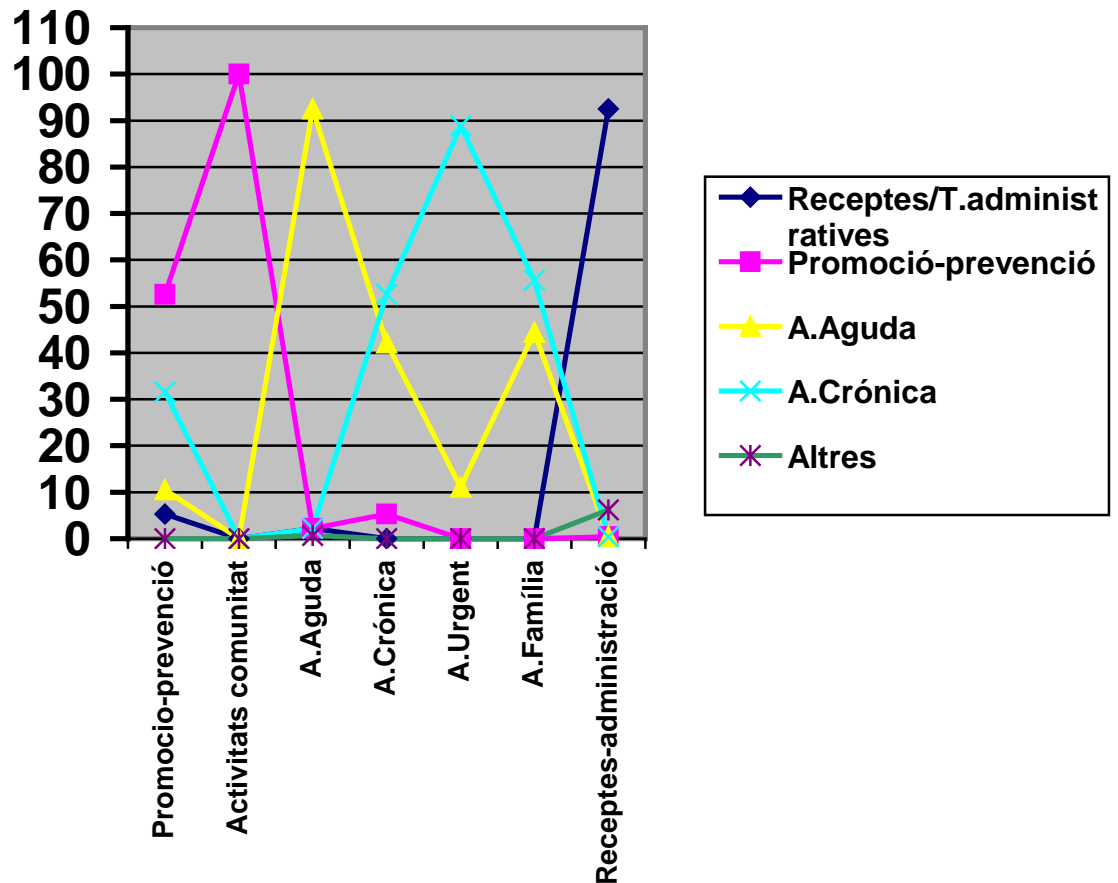
Estadística inferencial

Per l'anàlisi i interpretació em utilitzat la base de dades del sistema informàtic estadístic SPSS.

1. Competències portades a terme en funció dels motius de consulta.

Taula de percentatges.

COMPETENCIES	MOTIUS				
	Receptes/ administració	Promoció/ prevenció	Atenció aguda	Atenció crònica	Altres
Promoció/ prevenció	5,3%	52,6%	10,5%	31,6%	0%
Activitats comunitat	0%	100%	0%	0%	0%
Atenció aguda	2,2%	2,2%	92,5%	2,2%	0,7%
Atenció crònica	0%	5,3%	42,1%	52,6%	0%
Atenció urgent	0%	0%	11,1%	88,9%	0%
Atenció família	0%	0%	44,4%	55,6%	0%
Receptes/ administració	92,5%	0,4%	0,4%	0,4%	6,2%



Gràfic 15.- Competències fetes segons els motius de visita.

La taula i el gràfic descriuen els percentatges obtinguts en la realització de les diferents competències portades a terme per la infermera segons els diferents motius de visita pels quals els pacient demandaven visita amb la seva infermera.

Analitzem cada motiu de consulta i les activitats traduïdes en competències portades a terme:

- Quan el motiu era per venir a buscar receptes o altres tasques administratives també a part de l'activitat administrativa (que no competència infermera), moltes vegades se'ls realitzaven activitats oportunistes dins la competència de Promoció i Prevenció, com pugui

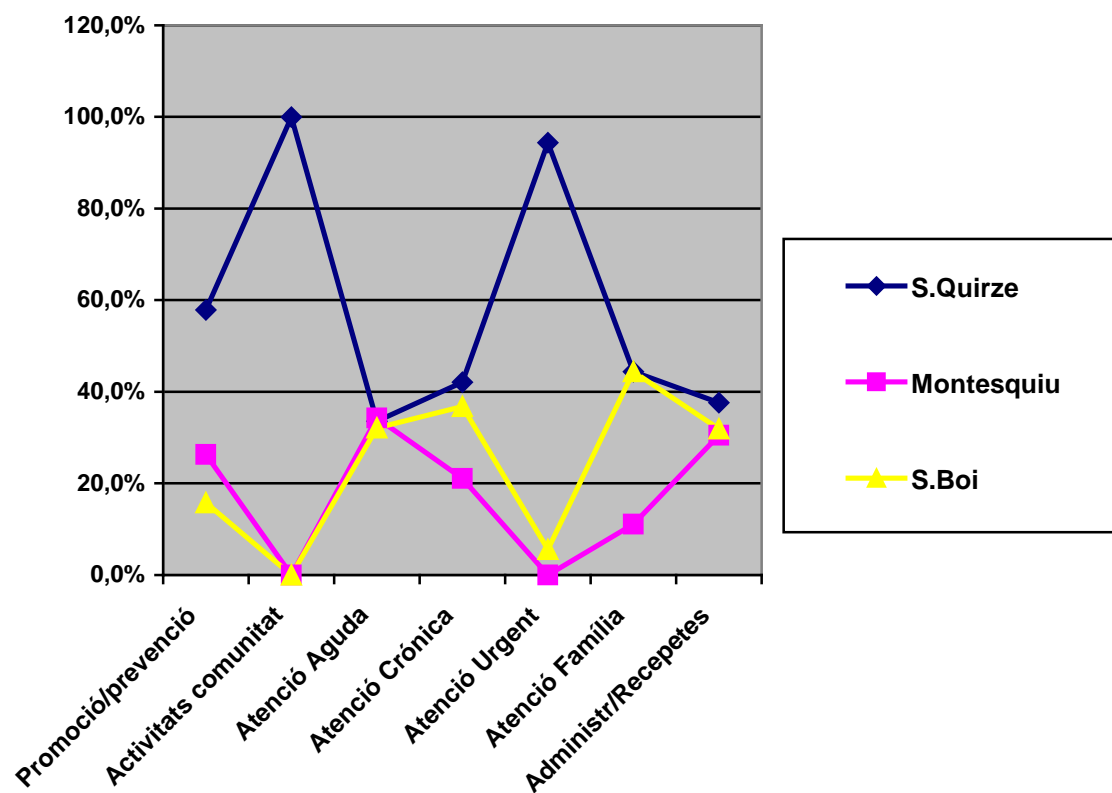
ser l'aplicació del Programa d'Activitats Preventives per l'Adult o Vacunacions, i queden a més distància altres competències com l'Atenció Aguda. La resta no es significativa.

- Si el motiu de la visita era per fer promoció i prevenció de la salut a part d'aquesta competència, és per aquest motiu que es realitza el 100% d'Activitat Comunitària, no essent rellevant la resta.
- Quan el motiu de la visita era per un problema agut de salut, s'acaba també portant a terme activitats dins les competències d'Atenció a la Família i Atenció a Problemes Crònics, seguides d'activitats dins les competències d'Atenció Urgent i de Promoció i Prevenció de la Salut.
- Si el motiu pel que es ve a la consulta es un problema crònic, ens apareixen activitats que em inclòs dins les competències d'Atenció Aguda, degut a que es tracta més de procediments i/o tècniques d'ajut al diagnòstic que entren dins els programes d'atenció a la malaltia crònica recomanats en els Guies Clíniques. Seguidament es el motiu pel qual es realitzen més activitats dins la competència d'Atenció a la Família i el segon motiu pel que es realitzen activitats de Promoció i Prevenció.
- Dins l'apartat "altres" de motius, no hi ha diferències significatives entre la realització d'una competència o altre, portant-se a terme totes en general doncs els motius de consulta també son variats.

La prova de chi-quadrado de Pearson quan hem relacionat aquestes dues variables, motius i competències, ha estat de 0,000 per tant la $p \leq 0,05$ i s'accepta la H_1 que plantejàvem al inici del treball: diem que existeix relació entre els motius de consulta que ens demanden els pacients i les competències desenvolupades en aquell moment.

2. Competència portada a terme en les diferents consultes d'infermeria de l'Àrea Bàsica de Salut.

COMPETENCIA	CONSULTES		
	S.QUIRZE	MONTESQUIU	S.BOI LLUÇANÈS
Promoció/prevenió	57,9%	26,3%	15,8%
Activitats Comunitat	100%	0%	0%
Atenció Aguda	33,6%	34,3%	32,1%
Atenció crònica	42,1%	21,1%	36,8%
Atenció urgent	94,4%	0%	5,6%
Atenció família	44,4%	11,1%	44,4%
Administració/Receptes	37,6%	30,5%	31,9%



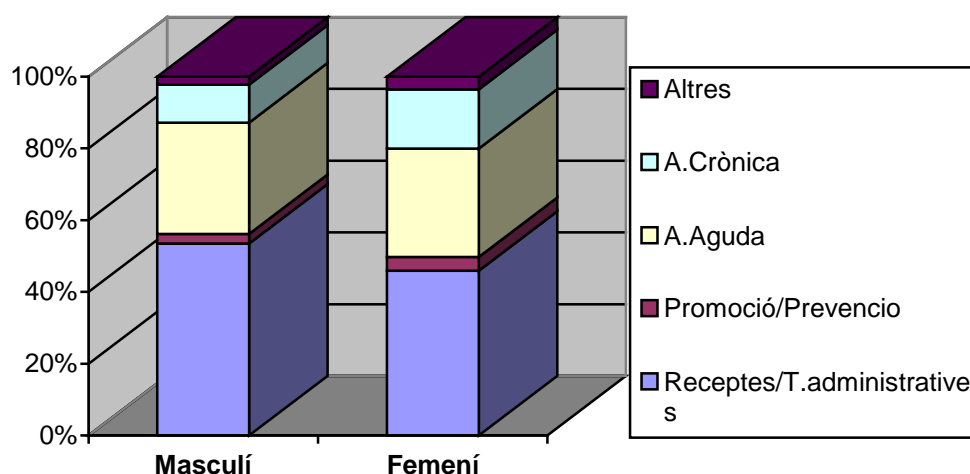
Gràfic 16.- Distribució de competències segons consultes.

Al CAP de S.Quirze de Besora o dins el seu municipi es porten a terme el 100% de les activitats que engloben la competència d'activitats comunitàries, ja sigui educació grupal, o xerrades a la comunitat. Això pot ser degut tant a la distribució geogràfica del CAP, que es troba pràcticament al centre de l'ABS, com que es tracta del punt de referència sanitària i on hi ha espais específics per fer aquest tipus d'activitat i ha que els professionals aglutinen a grups per rebre aquest tipus educació.

L'altre competència portada en quasi la seva totalitat al CAP de S.Quirze és l'Atenció Urgent, seguida de la Promoció i Prevenció de la Salut. La resta de competències, excepte una davallada a Montesquiú en quan a l'Atenció a la Família es porten a tots els consultoris de l'ABS.

3. Motius de consulta segons el gènere de l'usuari.

MOTIUS	GENERE MASCULI	GENERE FEMENÍ	TOTAL
Administració/Receptes	21,7%	27,2%	48,9%
Promoció/Prevenció	1,1%	2,3%	3,4%
Atenció Aguda	12,6%	17,9%	30,6%
Atenció Crònica	4,3%	9,8%	14,2%
Altres	0,9%	2,1%	3%



Gràfic 17.- Distribució de motius segons gènere.

Tot i que en un principi el gènere femení es més demandant que el masculí, quan s'analitzen els motius de consulta, no s'aprecien diferències significatives entre els motius de consulta d'un o altre gènere. Aplicant la prova de chi-cuadrado de Pearson el valor es $p=0,350$ per tant no hi ha diferències significatives.

VALORACIÓ DELS RESULTATS, CONCLUSIONS I LÍMITS DE LA INVESTIGACIÓ

S'han realitzat un total de 530 qüestionaris on em recollit els motius de consulta i les activitats que es realitzaven a les consultes d'infermeria de l'ABS de S.Quirze de Besora. S'ha intentat recollir qüestionaris durant tota la franja horària d'obertura de la consulta i a dies alterns tots els dies de la setmana per tal de que no hi hagi cap sesgo.

Hem agrupat les activitats en competències infermeres segons s'explica en l'annex III.

La hipòtesi s'ha confirmat doncs existeix relació entre els motius de consulta dels usuaris i la competència desenvolupada dins la consulta d'infermeria. A més a més s'ha vist que infermeria a part d'atendre específicament el motiu pel qual se la consulta, porta a terme altres activitats oportunistes en major o menor grau, que demostren la visió holística que té dels pacients.

Els motius pels quals es consulta amb la infermera, continuen essent molt característics d'una visió social històrica de la professió, com ja apareix en els resultats d'altres estudis aquí referenciats, doncs, els principals, son tasques administratives, tractaments i tècniques, activitats que formen part majoritàriament del rol delegat de la professió. Tot i així cada vegada s'enregistren més activitats autònomes, com el 21% que representa l'haver portat a terme alguna fase del Pla de Cures d'infermeria, amb les intervencions autònomes que això suposa, i esperem que amb el reconeixement resolutiu necessari per part de la població (proposta d'un altre estudi)

En quan a les competències més realitzades les que més portem a terme per igual son l'Atenció a la Malaltia Aguda i la Promoció i Prevenció, seguida de l'Atenció a la Malaltia Crònica. Queden molt per sota Atenció a la Comunitat i Atenció a la Família. Això pot ser degut a que en el període que s'ha passat l'enquesta (5 dies), no ha coincidit que s'estigués realitzant cap

tipus d'activitat a la comunitat. Potser s'hauria d'haver valorat un període més llarg de temps perquè aparegués algun tipus d'activitat comunitària i/o grupal doncs son activitats que es concentren en un període de temps. També s'ha de dir que els qüestionaris s'han omplert dins la consulta d'infermeria a població que estava utilitzant el servei, per tant podria ser que hi hagi competències infermeres no assistencials i més d'intervenció a la comunitat que no quedin reflexades en l'estudi, com pot ser el cas del Programa Salut i Escola on l'infermera es desplaça a l'Institut de Secundària dues hores a la setmana, per resoldre consultes tant dels alumnes com del professorat i detectar possibles problemes.

A la pregunta que encapçala aquest treball, de si infermeria representa una porta d'entrada a l'Atenció Primària, podem dir en vista dels resultats que 2/3 de la demanda que atén aquest professional es sol·licitada pel propi usuari, per tant penso que es podria concloure que sí que actua de porta d'entrada, tot i que s'hauria de veure què representa aquesta proporció del total de visites que es realitzen al centre. S'ha d'admetre també que el volum de derivacions que es fa a la consulta d'infermeria des de la Unitat d'Atenció a l'Usuari (recepció, admissions..) és molt minso, i s'hauria de valorar si aquests professionals coneixen la cartera de serveis d'infermeria i si la ofereixen.

Degut a les característiques específiques d'aquesta ABS rural, penso que no es poden generalitzar els resultats a altres centres, doncs el tipus de població molt envellida, la falta d'administratius a dos consultoris municipals i la dispersió fan que siguin força singulars.

PROPOSTES A PARTIR DELS RESULTATS I NOVES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ

En quan a actuacions estratègiques de la gestió dels serveis infermers per tal de poder desenvolupar en tot el seu potencial les competències infermeres penso que s'hauria de:

- Concretament a l'ABS de S.Quirze de Besora, fer arribar als gestors la necessitat del recolzament administratiu als consultoris municipals per tal de incorporar a la plantilla la figura de l'aux. administratiu.
- Impulsar la desburocratització de les consultes d'infermeria, mitjançant la organització de la medicació crònica pels propis professionals mèdics dels quals es competència, i impulsar la recepta electrònica.
- Aplicació més estricta de les Guies Clíniques d'atenció a malalties cròniques en quan a la periodicitat dels controls de crònics, i fer més èmfasi en l'educació del pacient, en la seva autocura i en la seva responsabilitat envers la pròpia salut.
- Major implicació de la infermera en la gestió de la demanda a patologia aguda, mitjançant l'aplicació de protocols consensuats per l'Equip en la Pràctica Avançada Infermera, que permetria un major desenvolupament del rol autònom.
- Marketing dels serveis infermers per tal de que la població i la resta de l'EAP coneguin millor la cartera de serveis d'infermeria i aquesta pugui desenvolupar en tot el seu potencial les seves competències.

- Caldria reorientar els fluxos de pacients i influir en la pressió assistencial mitjançant estratègies de gestió.

Noves línees d'investigació:

- Investigar el nivell de resolució de les intervencions infermeres i/o de les consultes d'infermeria d'atenció primària.
- Motivació dels professionals d'infermeria a exercir el rol autònom.
- Investigar quins factors externs i interns del sistema sanitari bloquegen el rol autònom d'infermeria.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Tejada Fernández, J. El proceso de investigación científica. Ed. Fundació “la Caixa”, 1997.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Ed. Doyma. 1994.
- Teixidor, M.(dir) L'exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura. EUI Santa Madrona de la Fundació “la Caixa”. Ed. Fundació “la Caixa”. 2005.
- Pont E, Teixidor M. De la experiencia a la innovación: la construcción de competencias. En Teixidor M : La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona. Fundación “la Caixa” EUE Sta. Madrona. 2004.
- Riopelle L, Teixidor M. La pràctica infermera : fonaments científics i apropament humanista. En : Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als Centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Ed. Fundació “la Caixa”. EUI Sta.Madrona. Barcelona 2002.
- Levy-Leboyer, C:(1997) Gestión de competencias. Barcelona: Gestión 2000.
- Ruiz Téllez, A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: Instituto @pCOM. Barcelona; 2001
- Casajuana J. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Ed. semFYC ediciones.2007.
- Carne Esteve i Ortí. Document Aula Atenció Primària. 3. L'atenció d'infermeria a l'atenció primària. Institut Català de la Salut. 1997.

ANNEXES

ANNEXE I**QUESTIONARI PER CADA PACIENT**

1. Consulta	1. S.Quirze <input type="checkbox"/>
	2. Montesquiu <input type="checkbox"/>
	3. S.Boi Lluçanès <input type="checkbox"/>
<hr/>	
2. Edat (anys)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>	
3. Gènere	1. Masculí <input type="checkbox"/>
	2. Femení <input type="checkbox"/>
<hr/>	
4. Tipus de visita	1. Espontània o Cita Prèvia <input type="checkbox"/>
	2. Programada <input type="checkbox"/>
	3. Urgent <input type="checkbox"/>
	4. Telefònica <input type="checkbox"/>
<hr/>	
5. Lloc de la visita	1. CAP <input type="checkbox"/>
	2. Domicili <input type="checkbox"/>
	3. Residència <input type="checkbox"/>
	4. Escola, institut <input type="checkbox"/>
	5. Altres..... <input type="checkbox"/>
<hr/>	
6. Accesibilitat a la infermera	1. El mateix dia <input type="checkbox"/>
	2. 24-48 h <input type="checkbox"/>
	3. Igual o més 48h <input type="checkbox"/>
	4. Visita reprogramada per infermeria <input type="checkbox"/>
<hr/>	
7. Visita generada a petició de	1. Usuari <input type="checkbox"/>
	2. Infermera <input type="checkbox"/>
	3. Metge <input type="checkbox"/>
	4. Pediatre <input type="checkbox"/>
	5. Treballador social <input type="checkbox"/>
	6. Reconduïda per admissions <input type="checkbox"/>
	7. Llevadora <input type="checkbox"/>
	8. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/>
	9. Altres (escriure a qui)..... <input type="checkbox"/>
<hr/>	
8. Motiu principal de la visita (només un)	1. Receptes. <input type="checkbox"/>
	2. Tècniques d'ajut diagnòstic (ECG, TAO, Espiro., Anàlisi..). <input type="checkbox"/>
	3. Habilitats per "tenir cura". <input type="checkbox"/>
	4. Habilitats per l'autocura. <input type="checkbox"/>
	5. Vacunes. <input type="checkbox"/>
	6. Malestar físic. <input type="checkbox"/>
	7. Programa Nen Sà. <input type="checkbox"/>
	8. Seguiment Programa o Protocol. <input type="checkbox"/>
	9. Aplicació tractaments. <input type="checkbox"/>
	10. Malestar emocional. <input type="checkbox"/>
	11. Altres(escriure'l)..... <input type="checkbox"/>
<hr/>	
9. Activitats realitzades per la infermera (si cal marcar més d'una)	1. Consells de salut. <input type="checkbox"/>
	2. Activitats preventives adult. <input type="checkbox"/>
	3. Programa Nen Sà. <input type="checkbox"/>
	4. Vacunes. <input type="checkbox"/>
	5. Vacunació grupal <input type="checkbox"/>

- 6. Assessorament a grups
- 7. Educació grupal
- 8. Suport emocional.
- 9. Ajudar en el Pla Terapèutic.
- 10. Tècniques d'ajut diagnòstic (ECG, TAO, Espiro., Anàlisi....)
- 11. Aplicació tractaments
- 12. Informació de recursos.
- 13. Valoració necessitats bàsiques.
- 14. Valoració coneixements.
- 15. Valoració funcional i/o cognitiva.
- 16. Identificació diagnòstics NANDA
- 17. Establir objectius per independència
- 18. Pactar objectius d'autocura
- 19. Planificar intervencions.
- 20. Avaluació de resultats
- 21. Identificar cuidador
- 22. Atenció cuidador
- 23. Ensenyar habilitats per "tenir cura"
- 24. Aplicació de Programes i Protocols
- 25. Cures pal·liatives.
- 26. Valoració signes i símptomes.
- 27. Mesures suport vital.
- 28. Atenció al dol familiar.
- 29. Valoració entorn.
- 30. Detecció violència domèstica/desatenció.
- 31. Coordinació i derivació (PreAlt, derivació hospitalària...)
- 32. Receptes, processos administratius.....
- 33. Altres (escriure-la).....

10. La visita ha generat un Pla de Cures Infermer?

1. Sí

2. No

11. La visita acaba derivada a un altre professional?

1. No

2. Sí.....A qui ?

- 1. Altre infermera
- 2. Metge
- 3. Pediatre
- 4. Treballador social
- 5. Fisioterapeuta
- 6. Llevadora
- 7. Podòleg
- 8. Nivell hospitalari(PADES,...)

12. (Només si la persona s'ha de tornar a visitar)
Marxa amb dia i hora programada amb la seva infermera?

1. Sí

2. No

ANNEXE II

INSTRUCCIONS GENERALS PER OMLIR EL QUESTIONARI

El qüestionari l'han d'omplir les infermeres que fan assistència aquell dia després de cada visita.

Com veurà en algunes preguntes del qüestionari, hi ha un apartat de resposta oberta anomenat "**Altres**" on es pot escriure (amb bona lletra) motius de consulta o activitats realitzades per la infermera, que no han quedat recollits en cap dels ítems anteriors.

La resposta correcta s'ha de marcar amb una X. CAL QUE UTILITZEU UN LLAPIS. Si us equivoqueu BORRAR la resposta incorrecta i marcar la correcta.

Guardeu tots els qüestionaris junts i us els passaré a recollir personalment.

Davant de qualsevol dubte us podeu posar en contacte a l'adreça:
finaaraque@hotmail.com

GRÀCIES PER LA SEVA PARTICIPACIÓ

Clarificacions al qüestionari

Ítem 4: Visita espontània o Cita Prèvia: a petició del pacient.

Visita programada: a petició d'algun professional.

Visita urgent: el pacient la demana sense admetre demora (objectivament pot ser-ho o no).

Ítem 6: S'ha de preguntar al pacient quan han tardat a donar-li hora, excepte si es una visita que s'ha programat ja a la visita anterior.

Ítem 7: Les visites programades especificar quin professional us les ha programat.

Ítem 10 : No cal haver completat tot el Procés de Cures, tant sols alguna fase (valoració, diagnòstic, objectius i/o intervencions).

Ítem 12: La visita la pot programar la infermera o des d'admissions indistintament.

ANNEXE III

Agrupació activitats segons competències.

1. Promoció de la salut i Prevenció de la malaltia.

- a. Promoure hàbits de vida saludables.
- b. Fer immunitzacions preventives sistemàtiques i no sistemàtiques.
- c. Activitats preventives en el nen (Programa del Nen Sà)
- d. Activitats preventives en l'adult
 - i. Cribatge HTA
 - ii. Cribatge de dislipèmia.
 - iii. Cribatge d'excés de pes
 - iv. Cribatge visual i auditiu
 - v. Cribatge de desnutrició
 - vi. Cribatge d'alcohol
 - vii. Cribatge de diabetis
- e. Consells de salut
 - i. Consell nutricional i alimentari
 - ii. Consell i prescripció d'exercici físic
 - iii. Consell antitabac
 - iv. Consell per a la prevenció d'hàbits tòxics (alcohol i tabac)
 - v. Consell per a la prevenció d'accidents
 - vi. Consell per a la prevenció de malalties de transmissió sexual
 - vii. Consell per a la prevenció de malalties bucodentals
 - viii. Consell en consum de medicaments
 - ix. Consell en temperatures extremes
 - x. Consell en incontinència urinària

2. Activitats amb la comunitat

- a. Participar i assessorar a la comunitat a través dels diferents mitjans de comunicació.
- b. Participar i assessorar a la comunitat en Associacions diverses, Casals de Gent Gran....
- c. Participar en el disseny, l'execució i l'avaluació de programes d'educació per a la salut a grups de la comunitat.

- d. Participar en el disseny, l'execució i l'avaluació de campanyes de sensibilització sobre temes específics (vacunació, accidents de trànsit).
- e. Suport i assessorament als mestres.
- f. Educació sanitària i informació als adolescents a l'escola i al institut.
- g. Vacunació a les escoles.
- h. Vacunació a les residències geriàtriques.
- i. Educació grupal al centre.
- j. Detecció de persones grans fràgils.
- k. Promoure un entorn saludable i segur.

3. Atenció a la persona en el centre i en el domicili.

3.1. Atenció a la persona amb malaltia aguda.

- a. Suport emocional.
- b. Procediments de suport al diagnòstic mèdic.
- c. Aplicació de tractaments.
- d. Ajudar en el compliment del pla terapèutic.
- e. Informació sanitària orientada a utilitzar els recursos propis i de l'entorn.

3.2. Atenció a la persona amb malaltia crònica.

- f. Valorar les necessitats bàsiques de les persones segons un model de cures infermeres.
- g. Valorar els coneixements del pacient sobre la malaltia i la seva cura.
- h. Valoració funcional i cognitiva.
- i. Identificar diagnòstics d'infermeria.
- j. Identificar recursos personals i de l'entorn.
- k. Establir objectius orientats a aconseguir la independència.
- l. Planificar intervencions orientades a l'educació sanitària sobre símptomes d'alarma.
- m. Pactar amb el pacient o cuidador els objectius de autocura i planificar intervencions orientades a aconseguir la independència.

- n. Planificar intervencions segons protocols establerts de les patologies cròniques per evitar l'aparició de les complicacions.
- o. Planificar intervencions que facilitin el compliment del tractament.
- p. Identificar al cuidador
- q. Atenció al cuidador.
- r. Garantir la continuïtat de les cures.
- s. Suport i contenció emocional al pacient.
- t. Consultes telefòniques.
- u. Consultes per correu electrònic.

3.3 Atenció a domicili

- v. Atenció a la persona gran fràgil.
- w. Garantir la continuïtat de les cures
- x. Cures paliatives en els malalts terminals.
- y. Visita d'acolliment als nadons i suport matern.

3.4 Atenció urgent a la persona

- z. Valoració de signes i símptomes d'urgències .
- aa. Aplicació de tècniques d'infermeria.
- bb. Aplicació de mesures de suport vital.
- cc. Aplicació de tractaments.
- dd. Coordinació i derivació adequada.
- ee. Revisió i manteniment de l'equipament d'urgències.
- ff. Contenció emocional i suport a la persona i a la família.
- gg. Procediments de suport al diagnòstic mèdic.

4. Atenció a la família.

- a. Recollir dades sobre l'estructura de la família i rols.
- b. Detectar alteracions de les dinàmiques i els processos familiars.
- c. Fer contenció emocional i suport a la família.
- d. Atenció al dol.
- e. Detectar violència domèstica.
- f. Detectar precoçment situacions de desatenció a la infància i a la vellesa i/o fer la derivació adequada.

5. Gestió i planificació d'activitats generals.

- a. Elaborar i col·laborar en la realització dels objectius de millora de la qualitat.

- b. Elaborar i mantenir actualitzats els protocols, guies clíniques i procediments d'infermeria i de l'EAP.
- c. Elaborar protocols conjunts amb altres nivells assistencials.
- d. Gestió i declaració de vacunes.
- e. Gestió de material fungible (revisió i reposició de magatzem i consultes).
- f. Coordinació entre nivells assistencials (preAlt, continuïtat cures...)
- g. Fer plans de formació per als professionals.
- h. Participar en processos d'avaluació professional en general i especialment en l'avaluació de companys.
- i. Participar en les reunions de l'EAP.