

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

**AVALUACIÓ DE L'IMPACTA DEL
PROGRAMA PREALT EN LA
CONTINUÏTAT DE LES CURES**

Carlos Márquez
Montserrat Molas
Gema Ortiz
Ainhoa Torner
Laia Valls

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió de infermeria per a la
obtenció del Màster 2007-2009

Treball dirigit per la professora: Montserrat Teixidor

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Marisol Rodríguez
José Tejada

Presidenta
Secretari
Vocal
Vocal

Presentat en data: 1 de març de 2010

Acceptat en data: 22 de març de 2010

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

1. INTRODUCCIÓ	4
2. PROBLEMA	6
3. OBJECTIUS	6
4. MARC TEÒRIC	7
4.1 <u>CONCEPTE DE CONTINUÏTAT DE CURES</u>	7
4.2 <u>PROGRAMA PREALT</u>	12
4.2.1 DEFINICIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA	16
4.3 <u>DEFINICIÓ DELS CRITERIS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ</u>	17
4.3.1 IDENTIFICACIÓ DELS PROFESSIONALS IMPLICATS	19
4.3.2 CIRCUITS ASSISTENCIALS	20
4.3.3 SEGUIMENT I AVALUACIÓ	23
4.4 <u>CONCEPTE DE SATISFACCIÓ</u>	24
4.4.1 SATISFACCIÓ DEL USUARI	25
4.4.2 SATISFACCIÓ LABORAL	27
5. MARC PRÀCTIC	28
5.1 <u>HIPÒTESIS</u>	28
5.2 <u>DISSENY METODOLÒGIC</u>	28
6. POBLACIÓ	29
7. MOSTRA	29
8. TÈCNiques D'INVESTIGACIÓ	30

9. ANÀLISIS DE RESULTATS	31
9.1 <u>CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA</u>	31
9.1.1 VARIABLES PERSONALS	31
9.2 <u>PREGUNTES ALS USUARIS DEL PROGRAMA PREALT</u>	32
9.3 <u>PREGUNTES ALS PROFESSIONALS DEL PROGRAMA PREALT</u>	38
9.3.1 PREGUNTES ALS PROFESSIONALS DE A. PRIMÀRIA	47
9.3.2 PREGUNTES ALS PROFESSIONALS HOSPITAL / SS.	48
10. CONCLUSIONS	50
11. PROPOSTES	52
12. NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	53
13. BIBLIOGRAFIA	54
14. ANEXES	57
14.1 <u>ENQUESTA SATISFACCIÓ USUARIS PREALT</u>	58
14.2 <u>ENQUESTA SATISFACCIÓ PROFESSIONALS HOSPITAL/C. SS</u>	60
14.3 <u>ENQUESTA SATISFACCIÓ PROFESSIONALS PRIMÀRIA</u>	63

1. INTRODUCCIÓ

La planificació de l'alta és una intervenció orientada a la millora dels resultats i eficiència del sistema sanitari. Com a estratègies desenvolupades per altres països per promoure la seva implantació cal destacar la guia practica per a l'alta en l'atenció sanitària i social impulsada pel departament de salut al regne unit i l'obligatorietat de la planificació de l'alta pels hospitals associats al Medicare i Medicaid als EUA.

La població occidental, en aquests últims anys, està patint uns canvis que repercuteixen de manera directa sobre el seu estat de salut general i sobre les seves necessitats i patrons d'ús dels serveis sanitaris. S'han pogut observar canvis en l'augment de l'esperança de vida, cronificació de les malalties, augment de persones amb incapacitats, canvis en la estructura familiar i incorporació de la dona al treball.

Segons M. Teixidor: *“El sistema vol situar a la persona i la salut al centre de totes les actuacions sanitàries, i que la cursa es cap a la qualitat dels serveis, amb les prioritats de mantenir les prestacions, de procurar continuïtat en polítiques de benestar i aconseguir la satisfacció dels usuaris. Aquesta satisfacció només era possible garantint l'efectivitat de les pràctiques clíniques, una major personalització, acompanyament, informació i participació dels ciutadans en la presa de decisions durant l'episodi de la seva afecció, així com una orientació del servei i una major adequació d'aquest servei a les necessitats del públic ”*¹

Tots aquests canvis manifestats en termes de salut en la població s'estan traduïnt amb un fort increment de les persones que presenten importants necessitats de cures a domicili.

L'activitat de les infermeres a domicili s'ha vist duplicada. Aquest augment de l'activitat domiciliaria també s'explica per l'escurçament de les estances hospitalàries, augment de les hospitalitzacions de dia, llits de curta estada, reconversió d'hospitals en centres sociosanitaris..., això comporta una major demanda de cures en entorn domiciliari i una atenció més especialitzada a domicili amb noves tecnologies.

¹ Teixidor i Freixa M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86, pag 119.

La regió sanitària de Barcelona i el CatSalut, van impulsar l'elaboració d'un protocol de preparació d'alta hospitalària i socio sanitària, i la formalització de plans operatius territorials per a la seva implantació amb l'objectiu de millorar la continuïtat assistencial dels pacients donats d'alta des de l'hospital d'aguts i del centre socio sanitari, i que requereixen seguiment de problemes de salut per l'atenció primària. Aquest protocol s'ha formalitzat en el programa PREALT, que des de fa uns anys s'ha anat implantant progressivament arreu del territori català.

El circuit comença en l'àmbit hospitalari o socio sanitari on s'identifica l'usuari que pot ser inclòs en aquest programa, es detecten les necessitats, es planifiquen les cures a l'alta conjuntament amb la infermera responsable de l'atenció i es coordina el seguiment amb l'atenció primària entre 24-48 hores abans de l'alta. L'atenció primària realitzarà la primera visita a domicili en les primeres 24-48 hores després de l'alta hospitalària.

Donada la importància d'aquesta continuïtat en les cures, mitjançant el programa PREALT, ens hem plantejat la necessitat d'avaluar l'impacte que aquest programa té sobre la salut de la població, i elaborar propostes per millorar la seva efectivitat.

2. PROBLEMA

El programa PREALT millora la continuïtat de les cures entre els diferents nivells sanitaris?

3. OBJECTIUS

▪ OBJECTIU GENERAL

AVALUAR L'EFECTIVITAT DEL PROGRAMA PREALT

▪ Objectius específics

- Conèixer la satisfacció dels usuaris.
- Conèixer el grau de satisfacció dels diferents professionals implicats en el programa.
- Verificar la continuïtat de les cures entre els diferents nivells sanitaris.
- Identificar les vies de comunicació entre els diferents entitats implicades.

▪ OBJECTIU GENERAL

PROPOSAR MILLORES DEL PROGRAMA PREALT

▪ Objectius específics

- Identificar les mancances del programa PREALT.
- Definir noves funcions que assegurin la continuïtat de les cures.
- Elaborar propostes de millora de coordinació entre diferents nivells.

4. MARC TEÒRIC

4.1 CONCEPTE DE CONTINUÏTAT DE CURES

Al nostre context sanitari la millora de la **continuitat assistencial** és un dels objectius estratègics del consorci sanitari de Barcelona (CSB) i del CatSalut. La continuïtat es reconeguda com una de les dimensions de qualitat del procés assistencial que, ens informa com es desenvolupen les actuacions del conjunt de serveis i professional que han d'intervenir en els diferents moment evolutius d'un determinat procés assistencial.

La continuïtat assistencial és més que la simple coordinació, és un procés continu de cures, des del contacte inicial de l'assistència fins totes les etapes de la malaltia. És l'atenció que s'espera poder donar a la persona el màxim i més complet benestar, després de valorar les pèrdues. És un procés compartit del treball assistencial en el que intervenen múltiples professionals, en centres de treball diferents, que actuen en temps diferents, amb un objectiu de resultat final comú: EL CIUTADÀ per facilitar-li la seva reincorporació a la societat, satisfent les seves necessitats i expectatives.

Aquest concepte de continuïtat col·loca al Ciutadà en al centre de la definició com un ésser integral. També escriu sobre el terme integritat M.Teixidor (2007) EUI Santa Madrona, quan diu *“que es tracta de garantir orientacions cap a la persona i la integritat de la seva vida. Es tracta també de proporcionar unes cures de qualitat humanes amb la persona i per la persona, de reflexionar sobre el que és essencial per assegurar el confort, el benestar, la seguretat, la resolució de problemes, i per tant la continuïtat de les cures des d'una visió humanista.”*

Una més gran integritat, entesa com una única font d'atenció curativa, preventiva, rehabilitadora per qualsevol cura. Més coordinació entre tots els professionals. Més longitud, és a dir mateix equip de salut durant un llarg temps i més orientació comunitària són unes de les avantatges de la Continuitat assistencial.

Altres avantatges que podem esmentar són una major satisfacció dels usuaris, menys costos econòmics i resultats en salut més grans.

Els canvis produïts en el sistema sanitari del nostre país en els últims anys, i les experiències d'altres països dirigeixen l'atenció cap a sistemes que potencien la continuïtat assistencial de cures entre els diferents nivells d'atenció i que ajuden a millorar els serveis assistencials ofertats, i també a racionalitzar l'ús/consum de recursos i optimitzar els costos.

Les actuacions dels professionals d'infermeria en els centres hospitalaris, quan el usuari és donat d'alta s'intenten que cada cop siguin més seguides per altres professionals d'infermeria dels centres d'atenció o de Centres Sociosanitaris. Tots els usuaris, un cop acaba la seva estada hospitalaris, necessiten una sèrie de cures, encara que aquestes siguin mínimes. Els professionals d'infermeria són els responsables de planificar aquestes cures sempre amb la ajuda d'altres professionals com els treballadors socials, fisioterapeutes o terapeutes ocupacionals. Tot l'equip s'ha d'assegurar que l'usuari rebi les cures adequades per mantenir-se sa i així evitar reingressos innecessaris hospitalaris. Així l'usuari aprofitarà els mitjans que se li oferiran per seguir vivint en el seu ambient habitual.

Com a resposta a la necessitat de comunicació entre els diferents professionals dels nivells sanitaris sorgeix *l'informa d'alta*, com a objectiu de donar continuïtat a les cures d'infermeria.

Segons González López (1996), *l'informa d'alta d'infermeria és "el Vehicle d'informació fidedigna i qualificada sobre els problemes i cures donats durant la seva estada hospitalària, a més de servir d'informació entre infermeria primària i especialitzada, serveix de constància escrita per l'usuari de les cures i educació sanitària rebuda."*

Prova de l'importància de l'informa d'Infermeria a l'Alta (I.E.A) té per la coordinació entre nivells ve reflexada per el "Programa Contracte del Servei Andalus de Salut" que diu: *"L'hospital establirà junt amb l'atenció Primària corresponent, un pla de coordinació entre nivells on es reflexin els diferents aspectes de coordinació assistencial, docent i administrativa."*

Desenvoluparà activitats que garanteixin la continuïtat dels tractaments i cures domiciliaries després de l'alta hospitalària del usuari”.

D'aquí en traiem que l'I.E.A després d'un període d'hospitalització és una eina imprescindible per garantir la continuïtat de les cures d'infermeria. Segons L.J. Carpenito, *“La planificació de l'alta és un procés sistemàtic de valoració, preparació i coordinació que facilita l'administració de unes cures sanitàries i assistència social abans i després de l'alta”. Es necessita una acció coordinada i de col·laboració entre professionals de salut dins del centre i en la comunitat.”*

Grande M^aL.y Hernández,M. Diuen que” *la planificació a l'alta és fonamental per el pacient i la seva família, perquè els hi donarem els coneixements i les habilitats necessàries per tenir cura del pacient.”*

L' I.E.A és la constància escrita que l'infermeria és una professió independent, és fonamental per garantir la continuïtat de les cures, i un instrument excel·lent per realitzar educació sanitària, tant al pacient com a la seva família.

Les avantatges que justifiquen la seva utilització són que milloren l'informació entre l'infermeria dels diferents nivells, facilita la valoració del usuari per part d'infermeria hospitalària i permet avaluar periòdicament l'evolució dels usuaris des del seu ingrés fins el moment de la seva alta.

Els articles consultats ens descriuen les següents experiències:

- 1- Segons Rosario Ramos i Bonillo Madrid (1999) del Complex Hospitalari de Torrecárdenas a Almería, on es va dissenyar un informe d'alta d'infermeria a tots els pacients de l'hospital. El disseny del document i el circuit, permet garantir el coneixement per part d'Atenció Primària així com la utilització d'un canal de comunicació ràpid i eficaç, el FAX.
- 2- En la publicació de Torres Navarro i Cazorla Perez (2000) existeix una altre article, també de professionals d'Almeria on es pregunten sobre que opinen els pacients dels informes d'infermeria a l'alta

i del seu contingut. Es destacable la importància que les infermeres d'Atenció Primària li donen al document per establir una bona coordinació.

- 3- Un estudi fet a l'hospital de Bellvitge per Jover Udina i Carbonell Ribalta (1999), parla sobre l'implantació d'un informe d'infermeria a l'alta, és va fer una prova pilot a l'hospital on es recollien les aportacions de les infermeres de diferents serveis i s'arriba a la conclusió que era un bon instrument per millorar la comunicació entre professionals , centres i usuaris.
- 4- Segons Espejo Matorrales (1998), les infermeres de l'àrea 6 de Madrid, on es van definir uns criteris de qualitat dels informes d'infermeria a l'alta de la Clínica Puerta de Hierro és va arribar a la conclusió que existia un elevat grau dels criteris de qualitat, però el nombre d'altas amb informe inclòs només era d'un 25% del total. En canvi és destaca el contacte del pacient amb atenció Primària entre 24-48h i el coneixement de les necessitats bàsiques.

En el Servei d'Atenció Primària (SAP) Ciutat Vella, existeix una experiència que va començar l'any 1992 iniciant una corporació juntament amb l'hospital del Mar, es va realitzar un programa pilot amb l'equip d'atenció Primària del EAP (Equip d'atenció Primària) Gòtic d'un surt la figura de l'infermera d'enllaç i es va consensuar un informe d'infermeria al alta.

Existeix en el SAP Eixample una experiència de l'any 1999 sobre la coordinació amb el seu hospital de referència, Hospital Clínic, a on es va treballar conjuntament els continguts bàsics de l'alta d'infermeria així com la creació de l'infermera d'enllaç des de primària. Però per causes alienes als implicats al programa no es va dur a terme.

Per fer ja les conclusions podem parlar de les avantatges de la coordinació i la continuïtat de les cures que segons Fernández,C. (2000) són:

- 1- Augmenta la qualitat de l'assistència sanitària.
- 2- Augmenta l'eficàcia de l'atenció evitant la duplicació d'esforços, disminuint les càrregues de treball i el cost.
- 3- Augmenta la satisfacció del usuari i la seva confiança amb el sistema, perquè se sent atès de forma integral i continuada.

- 4- Augmenta la seguretat del sistema, disminuint els riscos d'errors.
- 5- Es racionalitza l'ús dels recursos gestionant-los de forma aplicada, controlada y ordenada. Es una garantia d'eficàcia i eficiència .
- 6- Fa possible i necessari el treball en equip.

També hi han situacions que dificulten la seva realització, com per exemple:

- 1- Visió parcial del sistema sanitari.
- 2- "Cultura hospitalària" que tendeix a infravalorar els centres d'atenció Primària i els Centres Socio-sanitaris.
- 3- A desconfiances i competències entre els professionals dels diferents nivells.
- 4- Desconeixements del treball dels altres professionals, els seus mitjans i/o problemes
- 5- Poca participació del usuari en l'atenció que rep.
- 6- Pocs mecanismes de comunicació entre els diferents nivells.

Aquest són els avantatges i les desavantatges que segons l'autor es poden donar en la continuïtat de cures, però un altre concepte molt important són els **valors del tenir cura**, segons Serrés, P (2009) " *El concepte del tenir cura, està incorporat a la naturalesa del ésser humà com una necessitat bàsica. Tenir cura és mantenir la salut*"....." *el tenir cura de les persones es caracteritza per els valors que fan referència a la consideració de la persona per la seva dignitat humana.. El coneixement i el mètode, defineixen el saber ser, el saber fer i el saber estar de la infermera. Precisament aquest "saber estar" acompanyant a la "persona" i a la seva família, és el valor afegit de la Nostra professió..... En l'acció del tenir cura conflueixen múltiples valors, el respecte, l'interès, la voluntat, fins els valors personals dels protagonistes...*"

Donada l'importància de la continuïtat de cures, pels diferents aspectes que acabem de veure, el Cat Salut ha considerat com a un objectiu estratègic , la implantació del programa PREALT, amb la finalitat de garantir la continuïtat de les cures dintre del procés assistencial, element essencial per una bona comunicació entre el diferents nivells clau per una atenció integral al ciutadà.

4.2 PROGRAMA PREALT¹³

S'ha de comptar amb un projecte de **Cures d'Infermeria** que possibilita l'abordatge dels problemes humans, a més de donar unes cures personalitzades a partir d'una visió transdisciplinària entre els equips de salut que atenen al client, per garantir la eficàcia de la continuïtat de les cures i conèixer la xarxa de suport per oferir-li els millors recursos i saber vetllar per els seus drets durant tot el procés i així poder obtenir una aliança amb l'usuari i la seva família, és a dir respondre a les necessitats globals d'aquesta persona.

Tot això ho podríem resumir segons – Teixidor, M (2007) com “el repte és que la infermera sigui un espai d'acompanyament”.

El protocol de preparació de l'alta (PREALT) es configura com un instrument per millorar la coordinació entre els hospitals d'aguts (HA), els centres socio-sanitaris (CSS) i l'atenció primària (AP) de salut en les altes hospitalàries a la Regió Sanitària Barcelona i que acompanya al ciutadà en el seu recorregut.

S'entén que totes les altes d'un HA han de tenir un informe d'alta (IA), que conté informació útil per al seguiment i control del pacient per part d'un altre nivell que continuarà l'atenció. El PREALT va més enllà de la tradicional transmissió del IA i té com a finalitat assegurar la continuïtat de l'atenció en grups de població que requereixen un especial atenció per les característiques del seu procés o per la situació de fragilitat en que es troben.

Components estratègics del PREALT:

- El compromís de l'estructura directiva que ha d'impulsar la implantació del protocol a les seves organitzacions i, també, promoure i recolzar l'actitud proactiva necessària dels professionals implicats dins del procés d'atenció i seguiment de la planificació de l'alta.

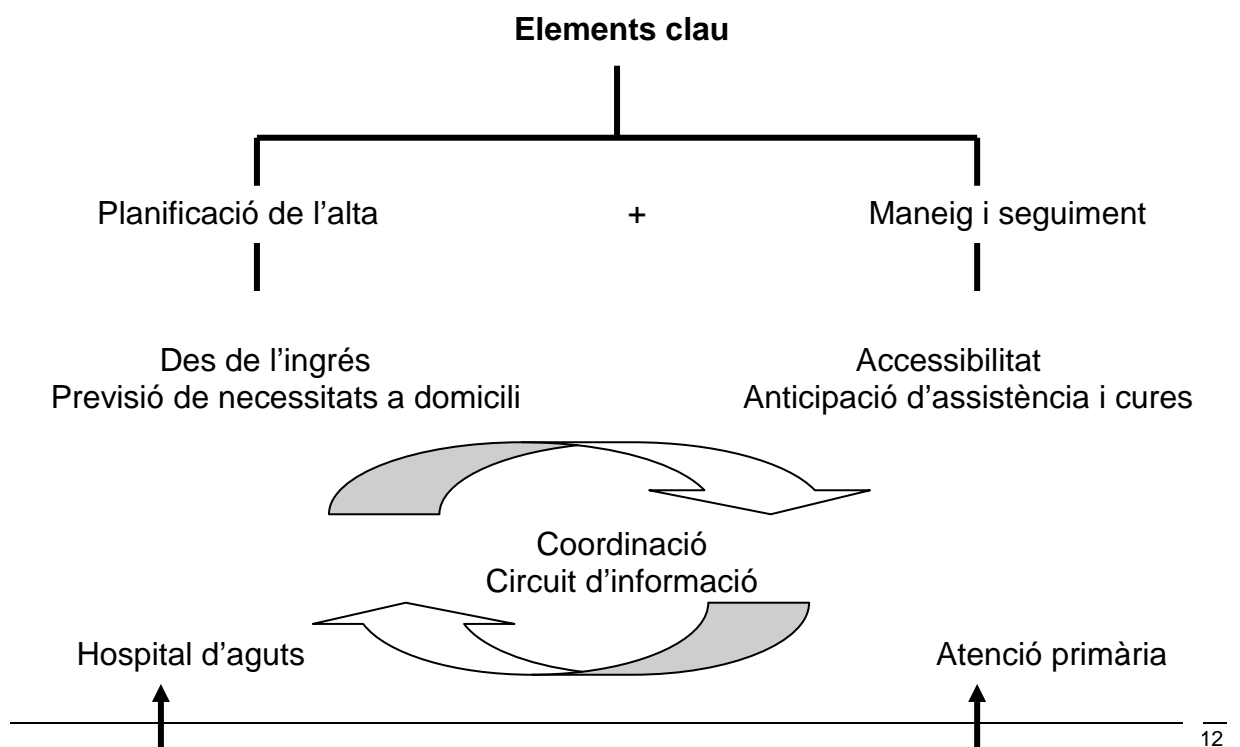
¹³ PLA OPERATIU D'IMPLANTACIÓ DEL PREALT A BARCELONA. Hospital d'aguts, Centres socio-sanitaris, Centres Atenció Primària. CatSalut 2005.

- Un coneixement més profund de les responsabilitats i les intervencions entre els diferents nivells implicats.
- Un mitjà àgil de transferència de la informació, tot preservant els drets dels pacients i l'observació del deure del secret per part dels professionals.
- Una comunicació continuada entre els professionals implicats del HA, dels CSS i de l'AP.

El PREALT requereix una actitud i intervenció proactives davant de l'alta, tant per part dels HA, com de l'AP. En l'àmbit hospitalari es fonamental la planificació de l'alta de manera precoç, així com la previsió de necessitats a domicili. En l'àmbit de l'AP es clau la millora de l'accés i l'anticipació de l'assistència i les cures del pacient abans que es produeixi l'alta.

L'any 2003, a la ciutat de Barcelona, van implantar el PREALT els hospitals Vall d'Hebró, Hospital Clínic, Hospital Dos de Maig, Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança. L'any 2004 van iniciar el procés l'Hospital San Rafael, la clínica Plató i el Sagrat Cor. Seguidament el CatSalut va incloure la implantació del protocol PREALT als objectius de la compra de serveis 2005.

- Elements claus del programa PREALT:



□ Objectiu general:

Definir un instrument que orienti procés i circuits que han de seguir els pacients, que ingressen i son donats d'alta des dels HA i dels CSS i que requereixen seguiment dels problemes de salut per l'equip d'atenció primària (EAP).

□ Objectius específics:

- Establir vies de comunicació fluides i estables entre els professionals de l'AP, del CSS i de l'HA.
- Comunicar la informació bàsica a l'ingrés al CSS, als EAPs quan aquest es faci des de l'HA.
- Planificar l'alta des de l'ingrés de les persones que poden ser susceptibles de pertànyer al grup diana.
- Notificar amb una setmana d'antelació per part del CSS les altes als EAPs.
- Notificar amb 24/48h d'antelació per part dels HA les altes als EAPs.
- Establir un contacte per part de l'AP, amb el pacient i/o cuidadors després de l'alta hospitalària o sociosanitària en un termini de 24/48h, inclòs el dissabte.

Un cop posat en marxa el programa PREALT, s'ha objectivat la necessitat de programes que afavoreixen la coordinació entre els diferents nivells assistencials, tot i que alguns autors també han trobat mancances, que s'haurien de tenir en compte a l'hora de plantejar-nos programes similars.

Entre els punts forts de la implantació del programa PREALT que han destacat la pràctica totalitat dels autors trobaríem una millora en la Coordinació entre nivells, en la Continuïtat assistencial i en la Satisfacció usuari/família (Ch. Rojo, I. Godoy) (M. Coma i E. Sancho) (S. Capilla, M. Pujol).

També han conclòs (M. Coma i E. Sancho) que *“la infermera d’ A.P com a mediadora facilita el circuit , pels seus coneixement de l’estructura, de les diferents ABS”*. I que el PREALT (S. Capilla, M. Pujol) *“assegura el control i seguiment de patologies cròniques amb dèficit de control previ o patologies de debut”*.

A un altre presentació (M. Gasulla, E. Muñoz, D. Forné), afirmen que millora *“l’eficiència hospitalària ja que s’eviten que situacions alienes a l’organització hospitalària alterin o modifiquin la estança del pacient i el seu retorn a casa sigui en el menor temps possible”*. Tot això mitjançant la planificació de l’alta des del moment del ingrés, amb una metodologia de treball interdisciplinària. A més això també *“comporta beneficis per l’AP, ja que rep pacients integrats en un procés assistencial planificat amb el fi de que la continuïtat de les cures no es vegi alterada”*.

Tal i com ja hem comentat, les mancances o punts de millora que alguns autors han trobat i que consideren que s’haurien de tenir en comte de cara a nous programes o replantejaments d’aquest mateix trobem (Ch. Rojo, I. Godoy) (M. Coma i E. Sancho), l’increment del nombre de pacients detectats i una major implicació de tots els professionals en la detecció de nous PREALTS, així com (Ch. Rojo, I. Godoy) *“una millora en la coordinació amb serveis socials, una optimització de l’adequació dels pacients a l’alta “*.

Altres aspectes a tindre en comte (M. Coma i E. Sancho) podrien ser *“la no visualització del malalt per la infermera de primària, la unificació de registres i eines en els diferents centres i àmbits, que milloressin la coordinació hospital-primària”*.

Per un altre banda (L. Santafé, M. Camps, M. Pérez, M. Masana) han observat que *“caldría fer un treball intern per identificar les altes subsidiàries de PREALT que no han estat comunicades, per poder avaluar el grau d’implantació real del protocol.”* Igualment afirmen que *“el professional d’infermeria hauria de ser el responsable de gestionar el PREALT, com a garantia d’un enfocament integral en la continuïtat del procés d’atenció a la persona”*.

4.2.1 DEFINICIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA

- Pacients grans fràgils: Persona impossibilitada per desenvolupar les activitats instrumentals i bàsiques de la vida diària i/o amb presència de síndromes geriàtriques com ara desnutrició, caigudes de repetició, deteriorament cognitiu i problemes sensorials.
- Pacients amb malaltia terminal: Persona que pateix una malaltia avançada, progressiva e incurable, sense possibilitats raonables de resposta a un tractament específic, que produeix símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants, amb un pronòstic de vida al voltant de 6 mesos i que ocasiona un gran impacte emocional al malalt, la seva família i el equip terapèutic.
- Pacients amb necessitat de continuïtat de cures (nafres, ferides, ostomies, sondes, drenatges...) incloent aquelles cures complexes que poden ser assumides per l'atenció primària:
 - multiulcerats
 - postquirúrgics
 - immobilitzats
 - postraumàtics
 - portador SNG o altres sondatges o drenatges
- Pacients en tractament amb fàrmacs o teràpies que necessiten continuïtat, ensinistrament i/o supervisió en l'administració (insulina, sintrom®, corticoides...)
- Pacients que rebin hospitalització a domicili (HADO)
- Pacients amb patologia crònica compensada (MPOC, ICC...)
- Processos que previ consens amb l'equip d'atenció primària puguin ser assumits per aquest (cirurgia major ambulatoria, cirurgia de curta estada, etc...)
- Pacients amb risc social i necessitats de continuïtat de cures. S'entén per pacient amb risc social la persona amb dependència que viu sola, amb família amb capacitat limitada de suport (per motius d'edat, de malaltia o de disminució) o amb dificultat per assumir la responsabilitat de l'atenció al malalt (les dificultats fan referència a motius laborals, esgotament i d'altres limitacions personals).
- Infants amb entorn de risc per la salut.

4.2.2 DEFINICIÓ DELS CRITERIS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ

NOTA: Els criteris d'inclusió i d'exclusió es formularan d'acord amb la població diana definida, les unitats hospitalàries els centres sociosanitaris i les ABS incloses.

A més a més, els criteris d'exclusió es concretaran tenint en compte la cartera de serveis de l'atenció domiciliària dels equips d'atenció primària implicats.

Criteris d'inclusió:

- Pacients ingressats als hospitals d'aguts i centres sociosanitaris del territori, que tenen assignats els centres d'atenció primària corresponents i que requereixen als ser donats d'alta una continuïtat de cures, per part de l'equip d'atenció primària.

Criteris d'exclusió:

- Riscos clínics:
 - Patologies susceptibles de desencadenar en un reingrés precoç
 - Tècniques sanitàries complexes

 - Pacients amb necessitats de cures superiors a aquests límits :
 - Freqüència de les cures:** Necessitat de cures amb una freqüència diària igual o inferior a 8 h.
 - Complexitat de les cures:** cremades de tercer grau, abdòmens oberts, toracotomies i qualsevol cura que impliqui un grau important d'asèpsia.
 - Dedicació de les cures:** cures que precisin l'ajut d'un altre professional i de durada superior a 1 hora.

 - Pacients que requereixen tractaments que impliquin recursos i aparells no disponibles a domicili.

 - No acceptació del malalt i/o família o cuidador.
-

Premisses a considerar:

- En aquests casos es creu pertinent la valoració conjunta amb l'atenció primària, per valorar la factibilitat del retorn a la mateixa. Si l'atenció primària considera assumible l'alta domiciliària el pacient quedarà inclòs en el PREALT.
- S'ha de respectar a les persones que vulguin morir a casa, sempre que es compleixi el criteri de tenir un cuidador.
- Si el pacient té risc social es considera fonamental acordar amb l'AP el retorn a domicili. S'entén per pacient amb risc social la persona amb dependència que viu sola, amb família amb capacitat limitada de suport (per motius d'edat, de malaltia o de disminució) o amb dificultat per assumir la responsabilitat de l'atenció al malalt (les dificultats fan referència a motius laborals, esgotament i d'altres limitacions personals).

4.2.3 IDENTIFICACIÓ DELS PROFESSIONALS IMPLICATS:

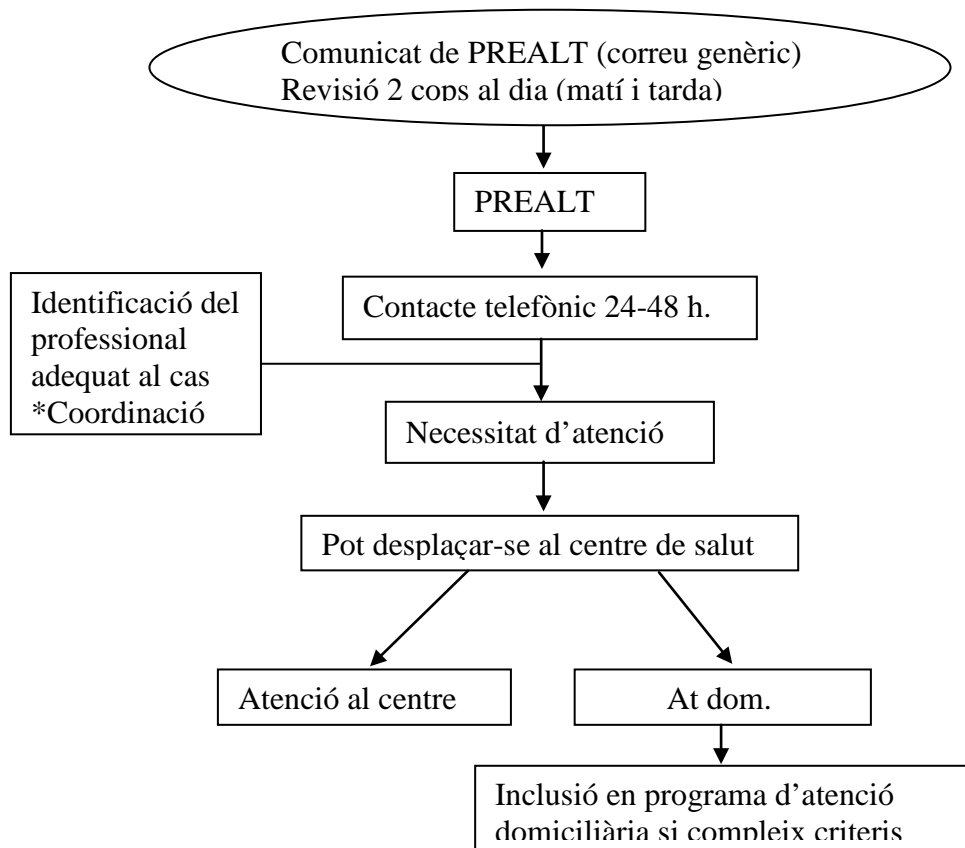
En el PREALT han d'estar implicats els professionals de l'HA, els dels CSS i els de l'AP.

Es nomenarà un **responsable del projecte de PREALT** tant de l'HA com dels CSS i l'AP, que tindrà com a funcions establir el circuit intern que garanteixin la implantació del PREALT, vetllar pel seu funcionament, avaluar la implantació i proposar millores.

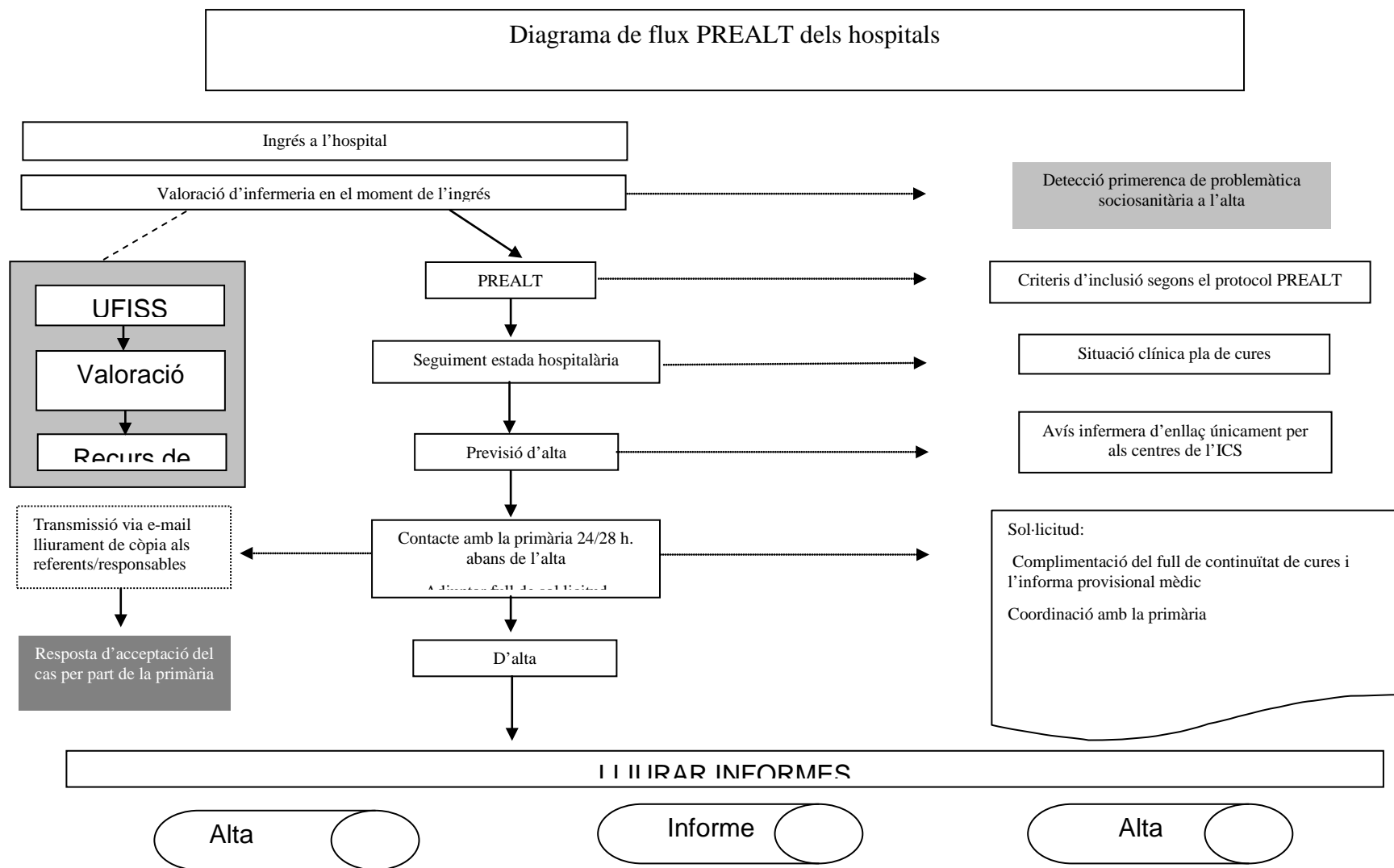
Els responsables del PREALT **han de tenir capacitat executiva** per tal que els acords i consens dins del marc del PREALT es duguin a la practica i tinguin un impacte en les estructures organitzatives implicades. Aquests **s'identificaran nominalment i seran accessibles**, es facilitaran diferents vies de comunicació: número e telèfon, fax i correu electrònic, i així com l'horari. També s'identificarà amb claredat el substitut i la forma de localització en cas que el referent no hi sigui.

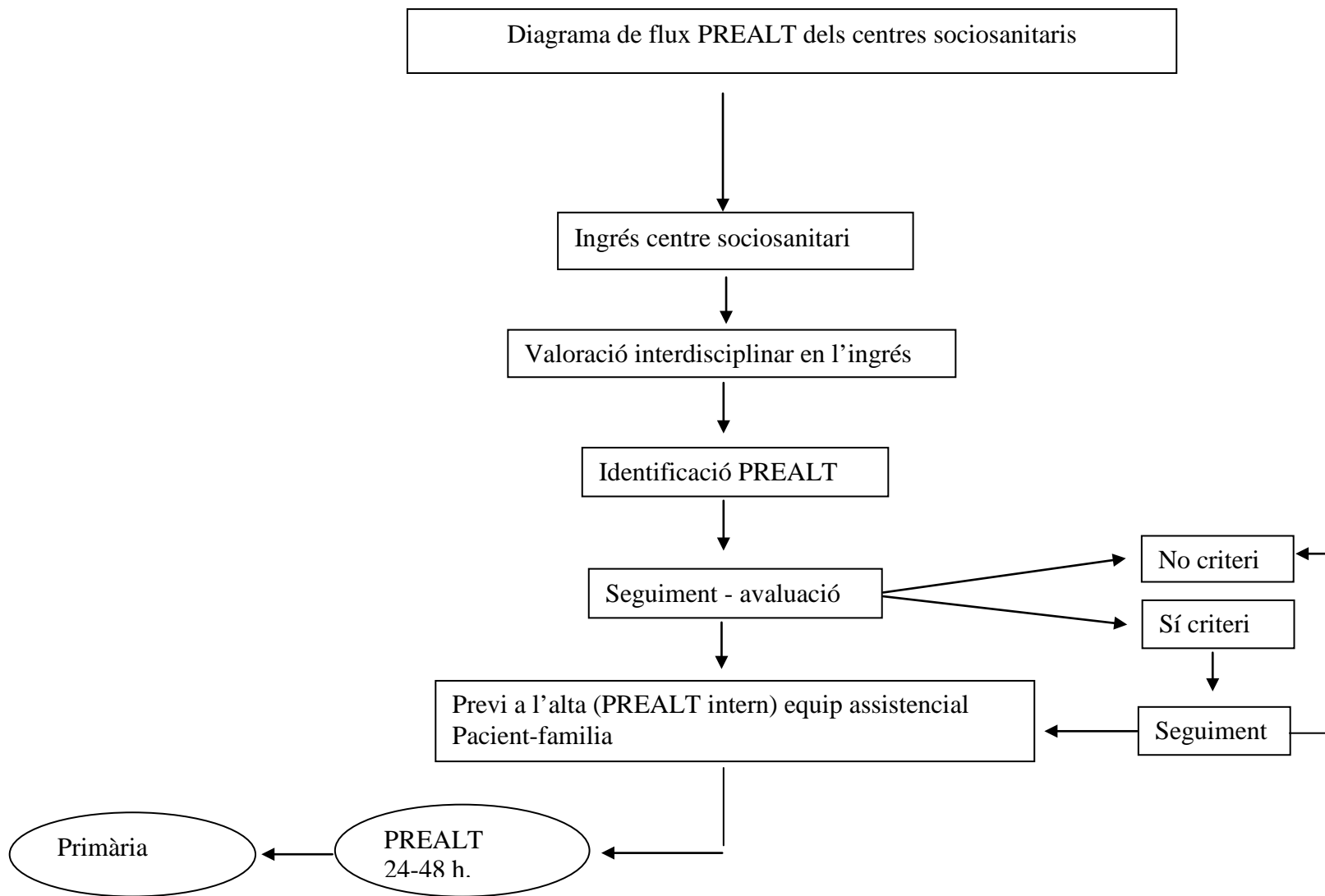
4.2.4 CIRCUITS ASSISTENCIALS

- CIRCUIT EN L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA



- CIRCUIT ÀMBIT HOSPITALARI:





4.2.5 SEGUIMENT I AVALUACIÓ

L'avaluació es divideix en tres fases, d'aplicació progressiva en el temps.

→ Fase 1: Avaluació del pla operatiu territorial en cadascun dels àmbits territorials:

- L'avaluació es realitzarà atenent els criteris explicitats en el pla operatiu

→ Fase 2: Avaluació de la implantació i del procés establert per pla operatiu.

- Estudi descriptiu de la població/cobertura del PREALT.
- Pacients i episodis inclosos en el PREALT.
- Comparació amb la estimació de la implantació proposada al pla operatiu territorial.
- Distribució per servei d'atenció l'hospital i/o per ABS de destinació a l'alta.
- Avaluació del procés.

→ Fase 3: Avaluació dels resultats, el procés d'avaluació inclourà els següents aspectes:

- Satisfacció dels professionals.
- Satisfacció dels usuaris/pacients.
- Impacte en reingressos hospitalaris.
- Impacte en l'Atenció Primària de Salut-Atenció Domiciliària.

Donada la importància que té tant la satisfacció de l'usuari com la satisfacció laboral dels professionals implicats en aquest programa, hem volgut incloure una definició d'aquests dos conceptes, amb les visions de diferents autors:

En conclusió, creiem que l'implantació del programa PREALT és molt útil i necessària, per la unificació entre nivells (AP, SS i Hospital) i així assegurar una bona continuïtat en les cures. De totes maneres com sempre que es comença un nou projecte, que suposa una implicació, ha d'anar acompanyat dels recursos adequats per a portar-lo a terme. Pensem que donant una bona continuïtat en les cures pot augmentar tant la satisfacció dels usuaris com dels professionals implicats.

4.3 CONCEPTE DE SATISFACCIÓ

Segons la teoria de Linder-Palz (1991), “la satisfacció és una actitud, es a dir, una avaluació afectiva, és un sentiment positiu respecte als serveis de salut rebuts”. Lògicament aquets sentiments poden ser positius o negatius.

Segons Gutiérrez (2003), “en la actualitat, la mitja de satisfacció dels usuaris/pacients, amb les cures de salut o serveis sanitaris rebuts, és una metodologia utilitzada per avaluar la qualitat de l’atenció donada.. Però també és una forma de participació dels usuaris en el sistema de salut, al expressar la seva percepció i valoració dels serveis”. D’acord amb les teories més acceptades, el nivell de satisfacció dels serveis sanitaris està clarament relacionat amb el grau d’adequació entre les expectatives i la percepció final del servei rebut. Les expectatives poden ser:

- Ideals o desitjos
- Perceptibles o basades amb l’experiència
- Normatives o basades en “allò que ha de ser” el servei.
- Inexistents

Per tant, la satisfacció és el resultat final de la totalitat de l’atenció que rep un usuari, como qualsevol resultat, està influït per múltiples factors, distribuïts al llarg del procés de prestació del servei, en el qual participen diferents professionals i sistemes organitzatius, que l’usuari perseverarà a mesura que avanci el procés.

4.3.1 SATISFACCIÓ DEL USUARI

Aquest concepte està integrat per diversos components segons Suñol (1987) “accessibilitat a l’atenció mèdica estructurada organitzativa del centre, duració del tractament, continuïtat de l’assistència, percepció de la competència mèdica i d’altre personal sanitari, claredat d’informació rebuda y i expectatives dels pacients en relació a una visita en concret y/o sistema sanitari en general”

Segons Mira, J., Aramaz, J., Rodríguez-María J., Buil, J., Castell, M., Vitaller J (1998), “Des de diferents disciplines s’ha estudiat el concepte de satisfacció del pacient i s’ha analitzat els principals instruments de mesura de satisfacció, apostant per la necessitat de normalitzar aquest tipus d’avaluació. A més, l’aplicació dels postulats de la qualitat total en el món sanitari ha introduït canvis en la forma d’oferir l’assistència, de tal manera que es busca incorporar l’opinió del pacient el en el disseny dels processos. Des d’aquesta perspectiva conèixer les expectatives del pacient és de rellevant importància, tant per els gestors com per els clínics”. Els mateixos autors afegeixen que es tracta de “una mesura de qualitat percebuda i no de qualitat tècnica que ofereix el servei”. Per tant el seu desenvolupament ha d’anar acompanyat d’altres avaluacions, sobre l’eficàcia dels processos i l’efectivitat dels resultats, així com les mesures entre les quals es té en conte l’opinió dels propis professionals.

La satisfacció del usuari és un valor important en tota classe d’organitzacions, siguin públiques o privades, de producció o de serveis.

En la actualitat la mesura de la satisfacció dels usuaris/pacients amb les cures de salut o serveis sanitaris rebuts és un dels mètodes utilitzats per avaluar la qualitat de l’atenció oferta.

Però també és una forma de participació dels usuaris en el sistema de Salut, al expressar la seva percepció i valorar el servei. De fet, la idea que l’èxit d’una organització depèn, bàsicament, de la capacitat de satisfer les necessitats dels usuaris, s’ha generalitzat de tal forma que ha condicionat canvis profunds en la manera d’entendre els serveis.

En els últims anys en la majoria dels sistemes sanitaris públics dels països occidentals s’han produït reformes i canvis caracteritzats per una reorientació dels serveis de Salut dirigits cap a les necessitats dels pacients.

Els usuaris dels serveis sanitaris s'han convertit en motor, eixos i centres del sistema sanitària:

- Un més gran protagonisme dels pacients.
- Un "nou" tipus de relació paciente-metge
- Mesurar els resultats de l'atenció sanitària des de la perspectiva del pacient.

La satisfacció del pacient /usuari ha de ser un objectiu irrenunciable per qualsevol responsables dels serveis sanitaris i una mesura del resultat i de qualitat de les seves intervencions; el seu grau s'obté de la concurrència del binomi expectatives-qualitat percebuda; el mètode més utilitzat per la seva mesura són les enquestes d'opinió, que permeten detectar aspectes de millora, insuficiències o disconformitats.

4.3.2 SATISFACCIÓ LABORAL

En als serveis de Salut l'avaluació de la Satisfacció Laboral està adquirint, un creixent interès, ja que està relacionada amb la satisfacció dels usuaris. Amb freqüència aquesta satisfacció es considera un indicador de qualitat assistencial i un instrument útil per la gestió eficaç dels centres sanitaris.

Per altra banda, la Satisfacció Laboral ha estat considerada un indicador de benestar i qualitat de vida laboral, a més, la insatisfacció laboral és una "senyal" de potencials riscos psicosocials en els llocs de treball. Per això, estudiar la Satisfacció Laboral i determinar els seus nivells resulta útil per orientar la intervenció dirigida a la prevenció de riscos.

La satisfacció laboral s'ha definit com una actitud o conjunt d'actituds desenvolupades per la persona cap a la seva situació de treball. Aquestes actituds poden estar referides cap el treball en general o cap a especificitats.

En el marc de la psicociologia s'entén la satisfacció laboral com la resposta efectiva del treballador cap a diferents aspectes del seu treball, manifestada per uns sentiments favorables o desfavorables, i determinada per les circumstàncies del treball i les condicions de la persona.

Segons Pinillos (1975) podem qualificar la Satisfacció Laboral como un sentiment si ens referim a la definició com: "els sentiments són estats d'ànim quantitativament tenyits per formes superiors de plaer o dolor, que específicament s'han de valorar amb continguts o valors culturals.

Els sentiments no tenen les propietats somàtiques tan fortes com les emocions, són més suaus però duren més, diuen menys en relació a la conducta motora i més en relació al pensament i la imaginació, i les emocions, encara que el seu marcat caràcter els independitza de la regulació voluntària".

Altres autors veuen la Satisfacció Laboral com la mesura en que estan satisfetes determinades necessitats del treballador, i el grau en que aquest veuen realitzades les seves aspiracions socials, personals econòmiques o d'higiene.

Aquesta descripció implica una connexió entre la Satisfacció Laboral, motivació conducte i acció, perquè un estat de necessitat ens porta a buscar solucions.

Muñoz (1990) veu la insatisfacció-satisfacció en la feina com "el sentiment que experimenta un subjecte per el fet de realitzar un treball en un ambient determinat ,

dins l'àmbit d'una empresa i per el qual rep una sèrie de recompenses “.Tenint en conte aquesta definició general descriu la Satisfacció Laboral com “El sentiment de grau positiu que experimenta un subjecte per el fet de realitzar un treball que l'interessa, en un ambient que hi està còmode dins l'àmbit de l'empresa o organització que li resulta atractiu i que per el qual rep una sèrie de compensacions. Psico-socials-econòmiques d'acord amb les seves expectatives personals”.

La Insatisfacció Laboral la veu con el “ sentiment negatiu que experimenta un subjecte per el fet de realitzar un treball que no l'interessa, en un ambient que hi està a disgust, dins d'una empresa o organització que no li resulta atractiva i per el qual rep una sèrie de compensacions psico-socio-econòmiques no d'acord amb les seves expectatives personals”.

La Satisfacció Laboral és un sentiment de relatiu plaer o dolor que es diferencia dels pensaments objectius i les intencions de comportament. Aquests tres elements són les parts de les actituds dels treballadors, que han de ser estudiades per directors i gerents per poder entendre les reaccions dels seus treballadors de cara a determinades feines i poder preveure l'efecte d'aquestes reaccions en futurs comportaments.

Quan parlem de Satisfacció Laboral, ens referim generalment a la actitud d'un treballador, però també podem parlar d'un grup, llavors és fa servir la paraula Moral Laboral. Aquest concepte s'ha de tenir en compte, doncs normalment els individus tendeixen a adoptar les actituds dels seus companys de feina, per fer-se consistents amb tot el grup.

La Satisfacció Laboral, és un indicador de qualitat de vida laboral. Quan demanem a un treballador sobre el seu nivell de satisfacció, manifesta aquells problemes que percebi, però no aquells que pateix inconscientment.

La Satisfacció Laboral, és una actitud adquirida amb el pas del temps, a mesura que el treballador té més informació sobre la seva feina. Per altre banda és dinàmica, doncs les necessitats dels treballadors varien i si no són ateses poden caure ràpidament.

D'aquí surt la importància del gerents que dia a dia amb un contacte directa i comunicatiu amb els seus treballadors siguin capaços de percebre aquests canvis en les seves actituds i actuïn amb conseqüència.

.

5. MARC PRÀCTIC

5.1 HIPÒTESIS

El programa PREALT es tracta de millorar la continuïtat de les cures entre els diferents nivells sanitaris i la satisfacció dels usuaris i professionals implicats.

5.2 DISSENY METODOLÒGIC

Serà un estudi *descriptiu* donat que no manipulem les variables; *històric-descriptiu* perquè tenim en compte fenòmens des del 2007 fins l'actualitat; *explicatiu* perquè a més de descriure el fenomen, explica el perquè passa. És un estudi de *camp i transversal*, de camp perquè s'analitza la situació on es produeix i transversal perquè es fan talls estratificats en un breu moment de temps.

□ VARIABLES

- **Variable independent:**
 - Programa PREALT
- **Variables dependents:**
 - Continuïtat de les cures
 - Satisfacció del usuaris
 - Satisfacció professionals
- **Variables intervinents:**
 - Vies de comunicació
 - Nivells d'estudis de la població
 - Grau d'estudis dels professionals
 - Centre provinent de l'usuari
 - Centre provinent del professional
 - Servei provinent

6. POBLACIÓ

Usuaris del Hospital del Mar que pertanyen al programa PREALT, amb el CAP Vila Olímpica com a centre de referència.

Professionals del Hospital del Mar, CAP Vila olímpica implicats en el programa PREALT

7. MOSTRA

Agafarem dos tipus de població mostra, una representativa del col·lectiu de usuaris del Programa PREALT, i l'altre es la població completa dels professionals implicats en el programa, en els serveis concrets que hem escollit.

- La Mostra dels usuaris, serà aleatòria entre el grup de persones incloses al Programa PREALT des del gener 2007 a octubre de 2008, donats d'alta de:
 - Els serveis de Traumatologia, Cirurgia, Oncologia i Pneumologia de l'Hospital del Mar, amb residència a l'àrea de influència del CAP Vila Olímpica,

- La població total de professionals que intervenen directament en el programa PREALT es de 12 infermers hospitalàries (2 per cada unitat), 3 infermeres d'enllaç, i 16 infermeres d'atenció primària. Per la mostra dels professionals, hem agafat el 100% de les infermers d'enllaç, pel seu menor nombre i major importància, i el 50% de la resta d'infermers. Per lo tant la mostra resultant ha de ser:
 - 6 infermers/es dels centres provinents.
 - 3 infermeres d'enllaç
 - 8 infermers de primària

8. TÈCNIQUES D'INVESTIGACIÓ

La informació serà recollida principalment mitjançant diversos *qüestionaris*¹⁶, que es passaran tan als professionals com als usuaris del programa. Aquests qüestionaris han estat validats pel sistema de jutges, seguint els criteris d'univocitat, importància i pertinença.

- Els *qüestionaris* que es passaran als usuaris valorant el grau de satisfacció en vers el protocol, el nivell d'estudis i els centres provinents. Consten de 18 preguntes, 9 de les quals son dicotòmiques i la resta múltiple, incloses 2 preguntes obertes.

- Els *qüestionaris* que es passaran al professionals valoraran el grau de satisfacció, les vies de comunicació en programa, nivells d'estudis i nivells assistencials a on treballen. El qüestionaris han estat dirigits a professionals de l'àmbit de la atenció primària, sociosanitària i hospitalària. Hi ha 2 models de qüestionaris (1 model per AP i l'altre per SS i Hospital) amb 20 preguntes comunes. A partir de la 21, cada model de qüestionari te unes preguntes específiques segons als professionals a qui van dirigits.

El àmbit geogràfic en el que s'ha aplicat ha sigut Barcelona i l'entorn de la seva àrea metropolitana.

S'han recollit un total de 76 qüestionaris.

Per a l'anàlisi de la informació recollida s'ha emprat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Socials Sciences), implicant tant estratègies d'anàlisis descriptiu com inferencial.

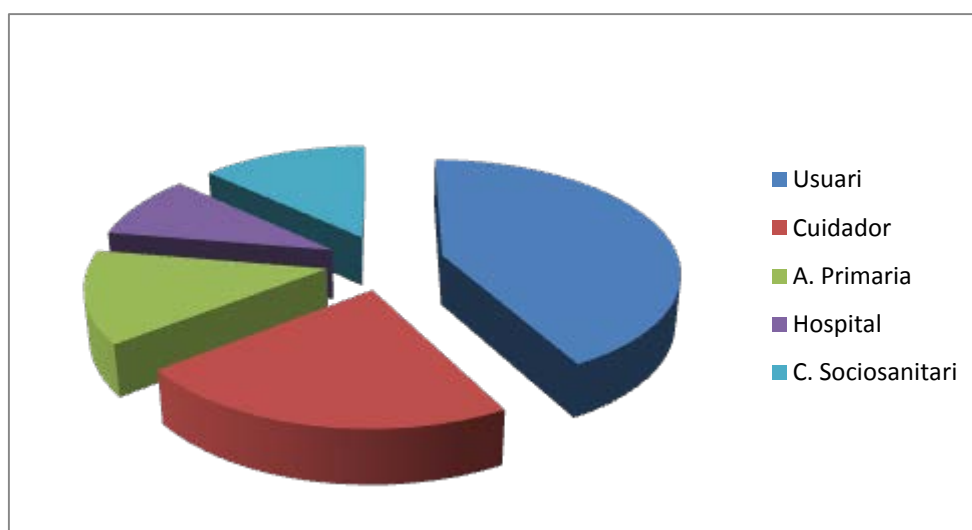
Per a una millor comprensió dels resultats s'ha organitzat la seva presentació atenent al ordre establert en el propi qüestionari. Per això en un primer moment, s'atén a la caracterització de la mostra per posteriorment centrar l'atenció en alguns encreuaments d'interès per a la investigació.

¹⁶ Vegeu qüestionaris en annexa 1

9. ANÀLISIS DE RESULTATS

9.1 CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA

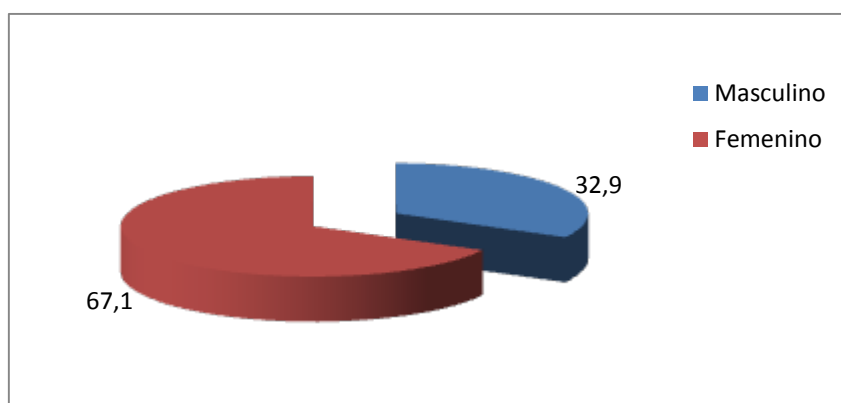
Del total de les **persones enquestades**, un 42,1% pertany a usuaris, 22,4% cuidador principal, un 13,2% professionals del àmbit socio-sanitari, un altre 13,2% a professionals d'atenció primària, i un 9,2% dels professionals de la atenció hospitalària.



Gràfic 1.- Distribució de les persones enquestades

9.1.1 VARIABLES PERSONALS

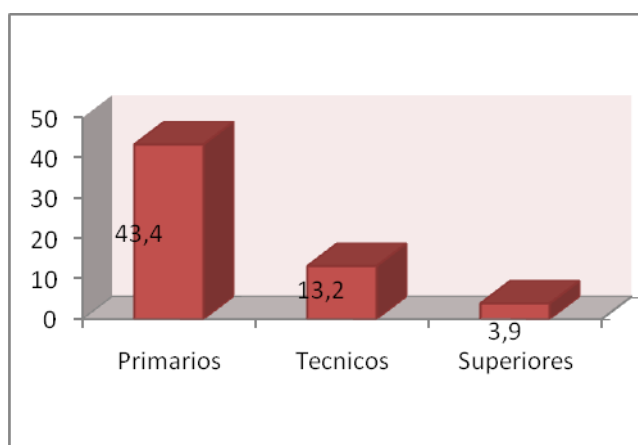
El **gènere es distribueix** de manera predominant en el sector femení: 67,1 % de dones front a 32,9% de homes.



Gràfic 2.- Distribució del Gènere

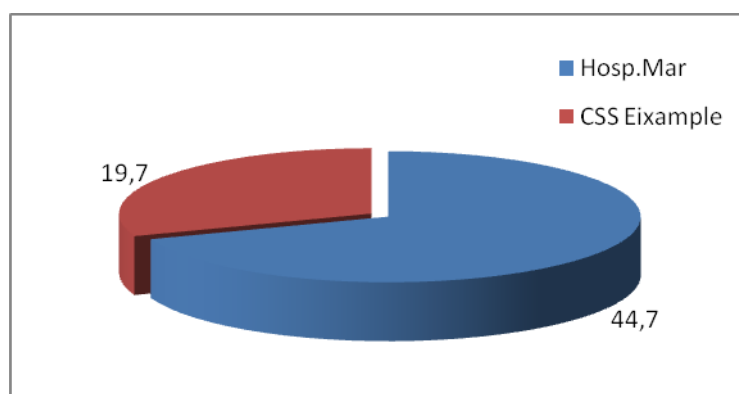
9.2 PREGUNTES ALS USUARIS DEL PROGRAMA PREALT

El **nivell de estudis** es majoritàriament primaris (43,4%), seguit de estudis tècnics (13,2%), superiors-diplomats (2,6%), superiors-llicenciats (1,3%) i altres (3,9%)



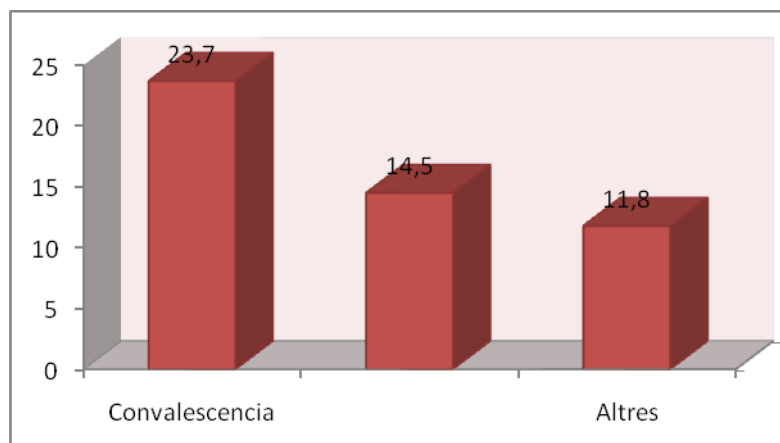
Gràfic 3.- Distribució del Nivell d'Estudis

De la majoria dels enquestats, el 44,7% pertanyen al Hospital de Mar front al 19,7% que pertanyen al CSS Eixample.



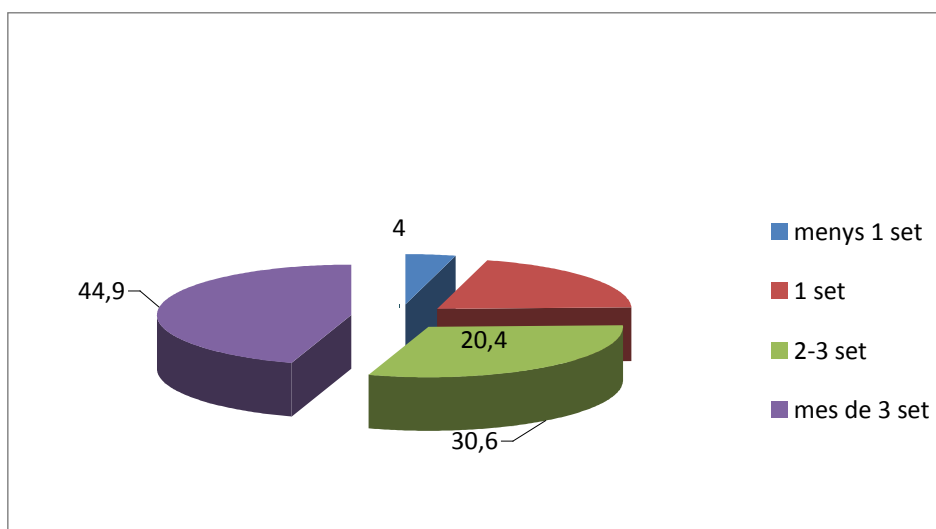
Gràfic 4- Distribució del Centre Provenent

Referent a la **Unitat Hospitalària** , la majoria dels enquestats, van estar ingressats al servei de convalescència (23,7%), seguit del servei de cirurgia (14,5%), i altres (11,8%). La resta distribuïda de manera molt similar en els serveis de Oncologia (2,6), Medicina Interna(2,6), Pneumologia(2,6%), Traumatologia (2,6%), Psicogeriatria (1,3%), C. Vascular (2,6%).



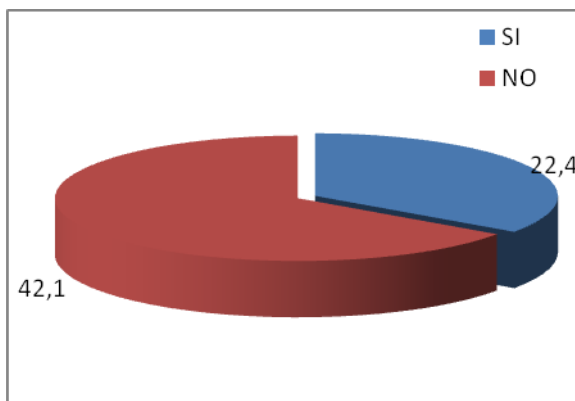
Gràfic 5- Distribució de la Unitat Hospitalària

Respecte al nombre de **dies que van estar ingressats**, es distribueix en mes de 3 setmanes en un 44,9%, seguit de entre 2-3 setmanes en un 30,6%.



Gràfic 6- Setmanes d' Ingrés

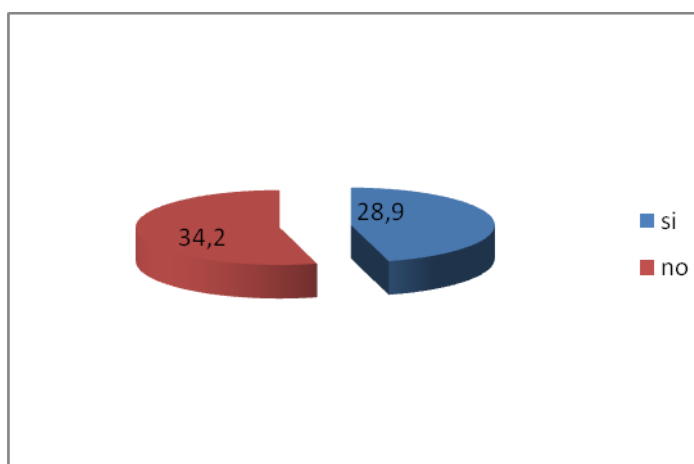
Durant l'estància a l'hospital, un 42,1% refereixen que no van ser **informatos sobre el programa PREALT** front a un 22,4% que si que ho van estar.



Gràfic 7- Informació sobre el Programa PREALT

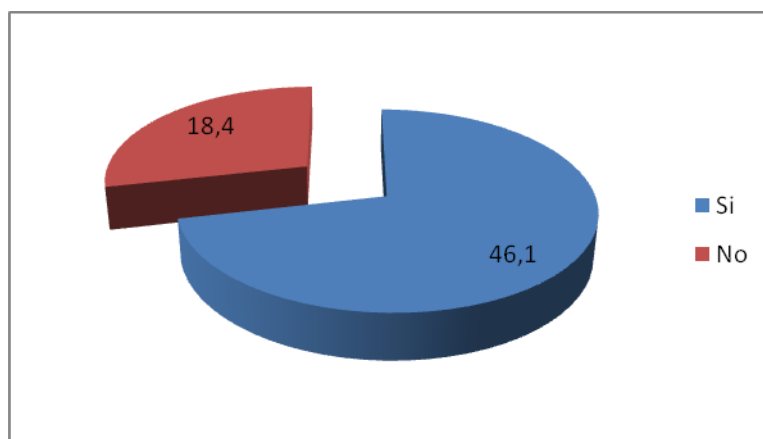
Els que van contestar que SI, (22,4%), se'ls va preguntar si la informació sobre el programa Prealt era **fàcil de entendre**, a lo que van respondre de forma unànime amb un SI. I en quant a si se'ls va facilitar **documentació escrita** a l'hora de informar-los sobre el PREALT, el 53,9% van respondre amb un NO.

Al 28,9 % **Si** se'ls va informar de qui seria les seves persones de referència a AP, si tenien qualsevol problema després de l'alta hospitalària, en canvi al 34,2% **No** se'ls va informar de qui eren les seves persones de referència.



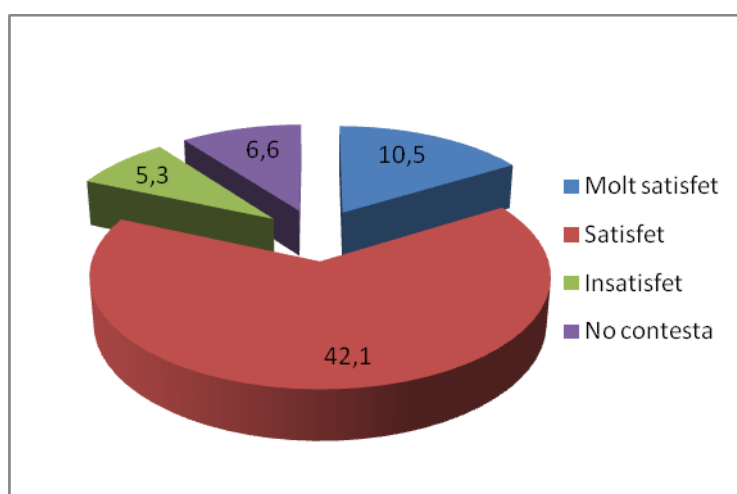
Gràfic 8- Persona de referència a A.P.

En el moment de l'alta a un 46,1% se li va explicar quines serien les seves cures al alta, en canvi a un 18,4% no se'ls hi va explicar res de les seves cures a l'alta.



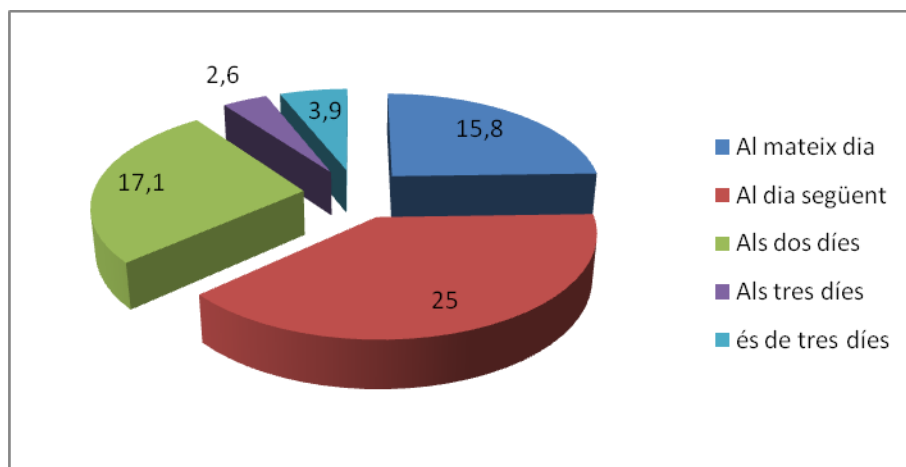
Gràfic 9- Explicació cures a l'alta.

Se'ls i va preguntar per la satisfacció en el moment de l'alta, un 10,5 % va respondre que estava **molt satisfet**, La majoria va respondre que estava **satisfet**, un 42,1%, el 5,3% va respondre que estava **insatisfet** i un 6,6% **no va contestar** a la pregunta.



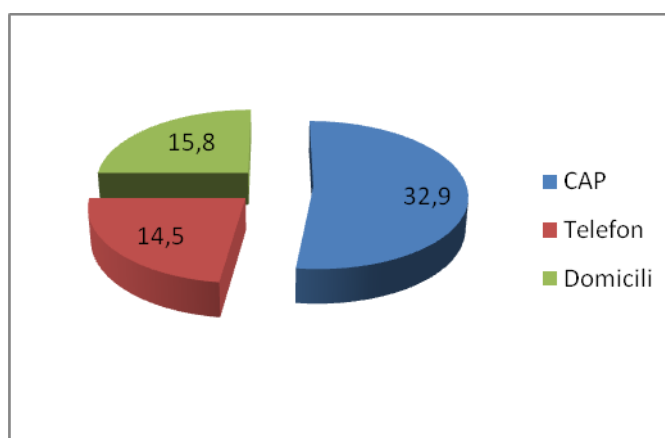
Gràfic 10- Grau de satisfacció.

En la majoria dels casos el temps que va transcórrer entre l'alta i el 1^a contacte amb algun professional de A.P., va ser al **dia següent**, en un 25%, al **mateix dia de l'alta** hospitalària, un 15,8% va rebre la visita de AP, als **dos dies** a un 17,1 %, només un 2,6% al **tercer dia** i per últim en un 3,9% en **més de tres dies**.



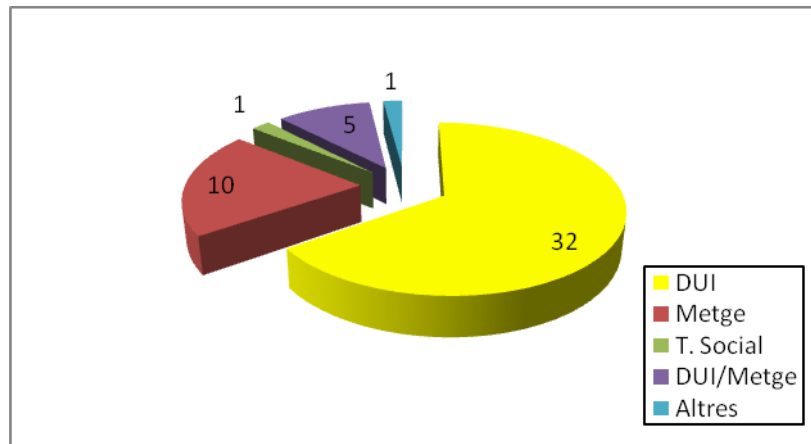
Gràfic 11- Temps de contacte AP

En quant a on es va realitzar aquell primer contacte, en un 32,9% va ser al mateix **CAP**, un 14,5% el contacte va ser **telefònic** i un 15,8% va ser directament al propi **domicili**.



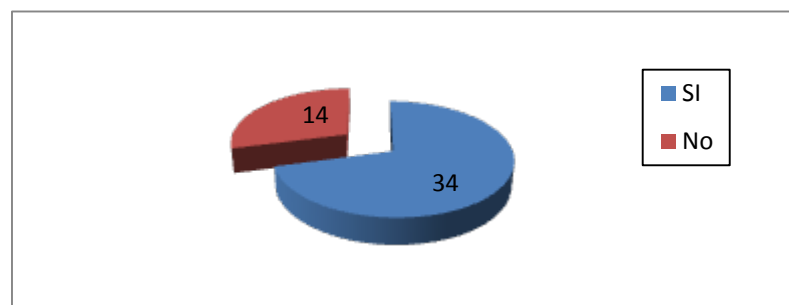
Gràfic 12- On va ser el primer contacte

El professional que realitza la primera visita després de l'alta hospitalària, resulta ser majoritàriament un diplomad/da en infermeria.



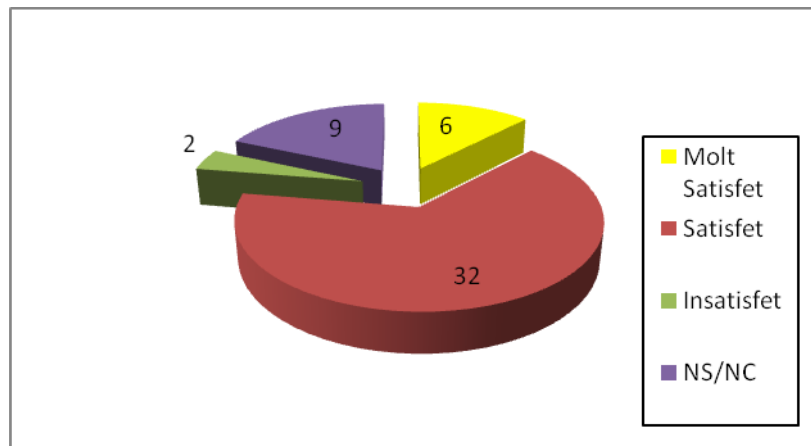
Gràfic 13 –Professional primera visita

Vem trobar que un 70% dels enquestats van precisar que se li realitzés algun tipus de tècnica d'infermeria al sortir d'alta, ja fos una cura, administració de medicació o qualsevol altre.



Gràfic 14 – Cures a l'alta

La darrera i definitiva pregunta que vem fer als usuaris del programa PREALT sobre quin és el nivell de satisfacció sobre el Programa PREALT un 65% va considerar-se satisfet més un 12% que es considera molt satisfet, hem de considerar com a molt positiva la percepció dels usuaris sobre el programa. Únicament un 4% va contestar insatisfet, front a un 18% que no van valorar el programa.



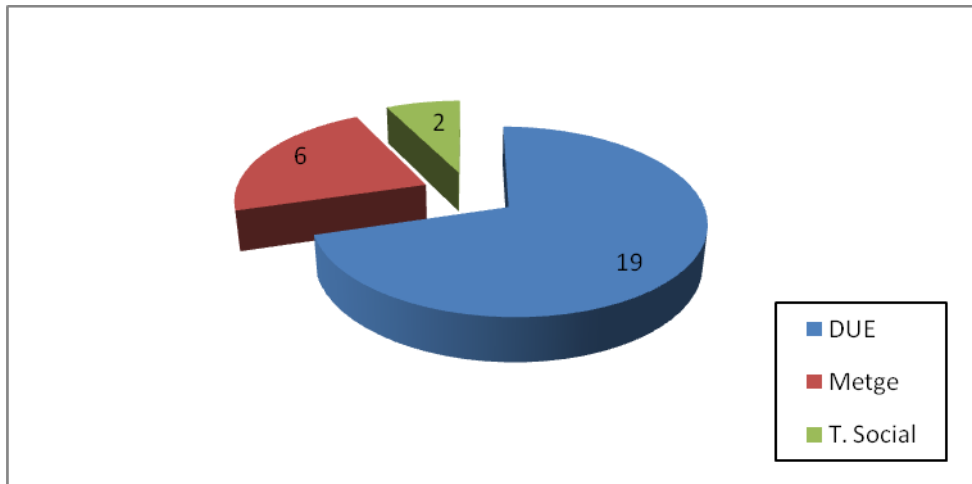
Gràfic 15 – Grau satisfacció PREALT

9.3 PREGUNTES ALS PROFESSIONALS DEL PROGRAMA PREALT

Sobre les preguntes que vem realitzar als diferents professionals que treballen amb el programa PREALT, hi ha un grup de preguntes que vem realitzar tant a professionals que enviaven el PREALT (Hospitalari/Sociosanitari), com als professionals que ho rebien (A. Primària).

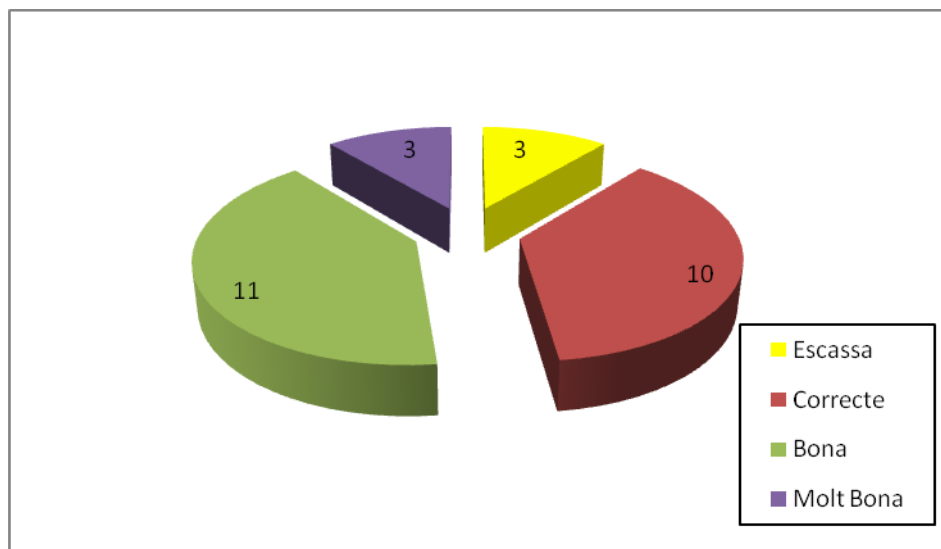
No obstant també hem fet alguna pregunta específica que vem adreçar de forma diferent a cadascun d'aquests dos grups, que trobarem al final d'aquest apartat.

La primera qüestió que vem preguntar als professionals, era la categoria professional a la que pertanyien, i podem veure que hi ha un grup majoritari de diplomats/des en infermeria, seguit de Metges i Treballadors/es socials.



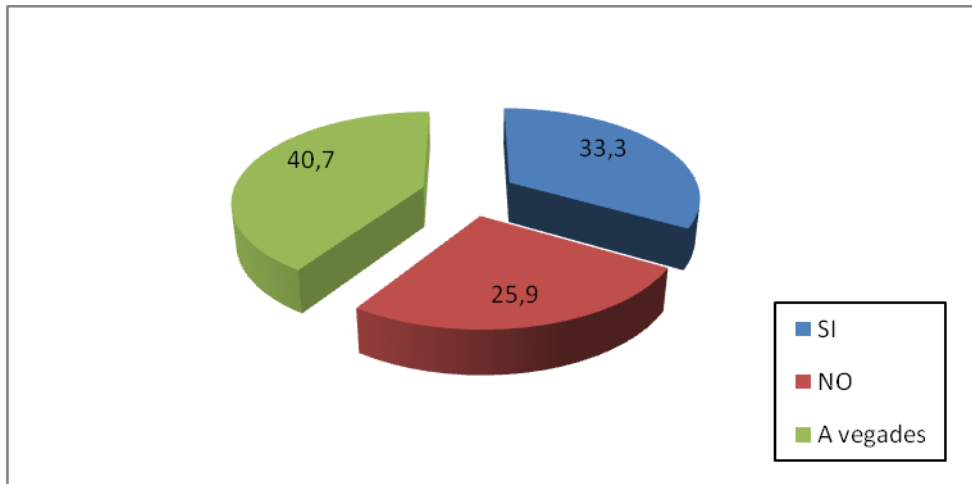
Gràfic 16- Categoria professional

Al preguntar als professionals sobre com avaluen la continuïtat de les cures entre el centre hospitalari/sociosanitari i la A. Primària, una ampla majoria va considerar aquesta continuïtat o bona o correcte, tal y com es pot veure al següent gràfic. A destacar que cap dels enquestats la va considerar nul·la.



Gràfic 17- Avaluació continuïtat de cures

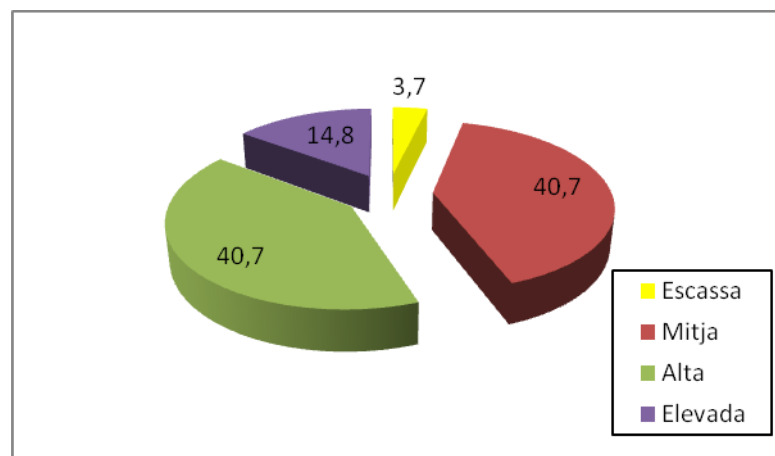
En quan a la pregunta sobre si s'informa correctament al pacients sobre el programa PREALT, un 40,7% ha respost que A VEGADES, un 33,3 % va respondre que SI, mentre que el 26% va respondre que NO. El què cal destacar que un 26% dels pacients no ha estat informat sobre el programa PREALT.



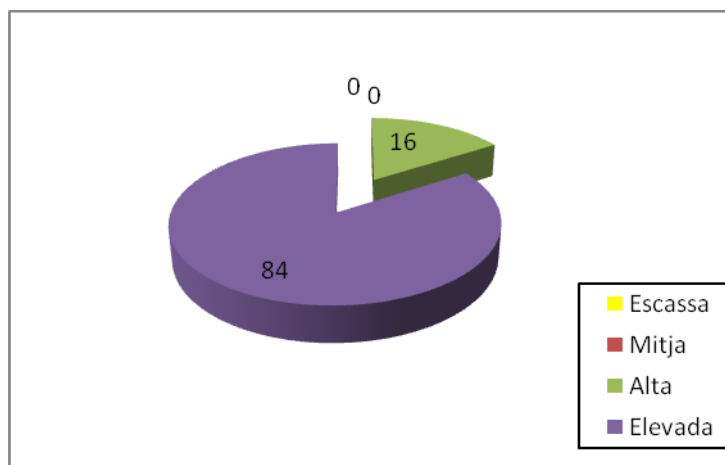
Gràfic 18- informació pacients PREALT

Vem valorar el programa prealt a través de l'efectivitat i la necessitat d'aquest:

- En quan a l'**efectivitat** del programa PREALT cal destacar que més del 80% de la població van manifestar que era mitja-alta i un 15% va dir que era elevada.
- En quan a la necessitat del programa PREALT, més del 80% creien necessari l'existència de tenir el programa PREALT.



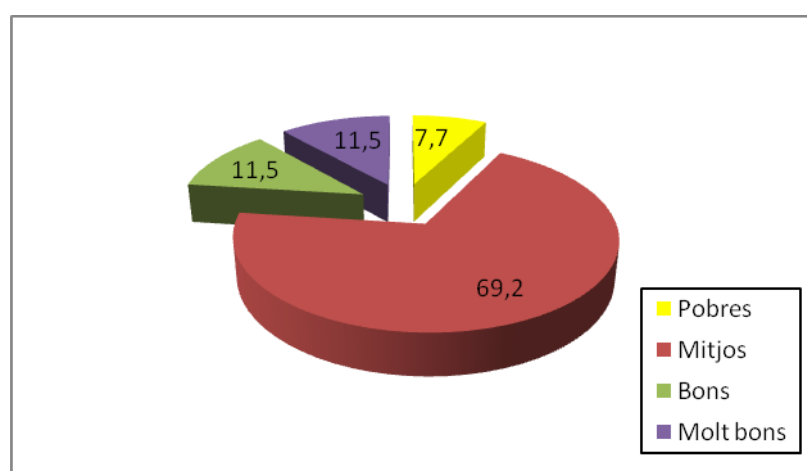
Gràfic 19 – Efectivitat programa PREALT.



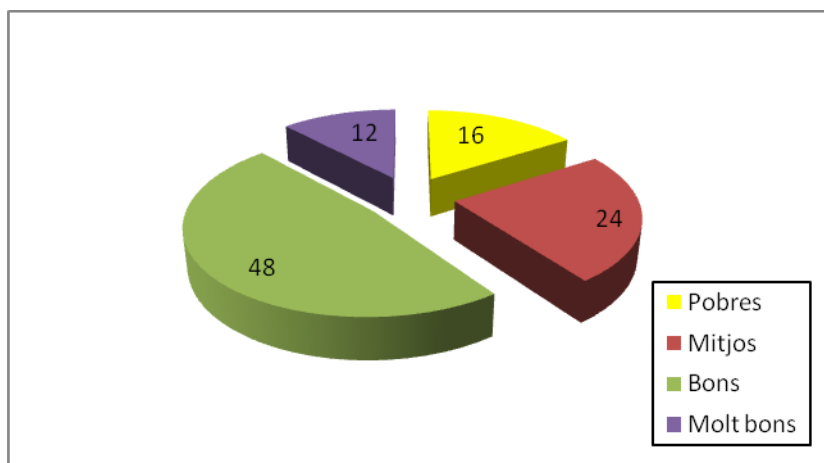
Gràfic 20 – Necessitat Programa PREALT

Es va avaluar la idoneïtat del medís i dels recursos que disposa el programa PREALT:

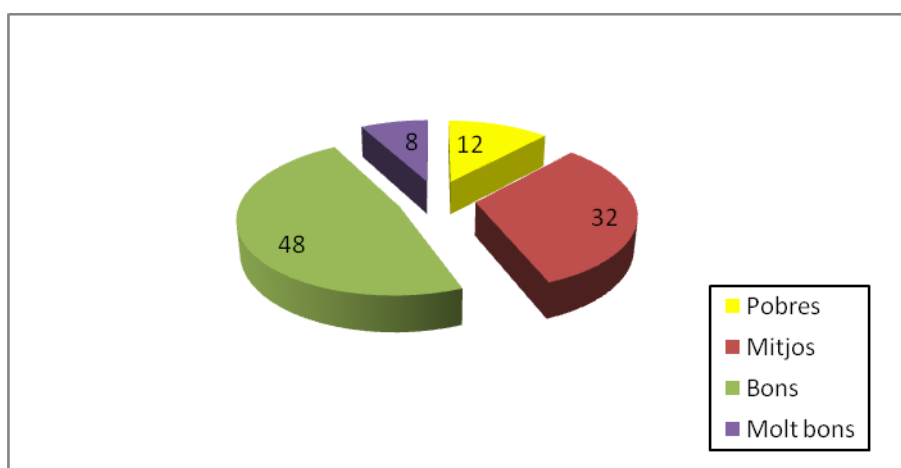
- *Recursos personals:* Un 69,2 % van manifestar que eren **mitjos**, un 23%, van manifestar que eren **bons** o **molt bons**, mentre que el 7,7% van dir que eren **pobres**.
- *Recursos informàtics:* El 48% dels enquestats van dir que eren **bons**, el 40% van dir que eren **pobres-mitjos** i el 12% van dir que eren **molt bons**.
- *Recursos materials:* El 48% dels enquestats van manifestar que eren **bons**, el 44% dels enquestats van manifestar que eren **pobres-mitjos**, i el 8% van dir que eren **elevats**.
- *Recursos formació:* El 48% dels enquestats van dir que eren **mitjos**, el 12% van dir que eren **pobres** i el 40% van dir que eren **bons-molt bons**.



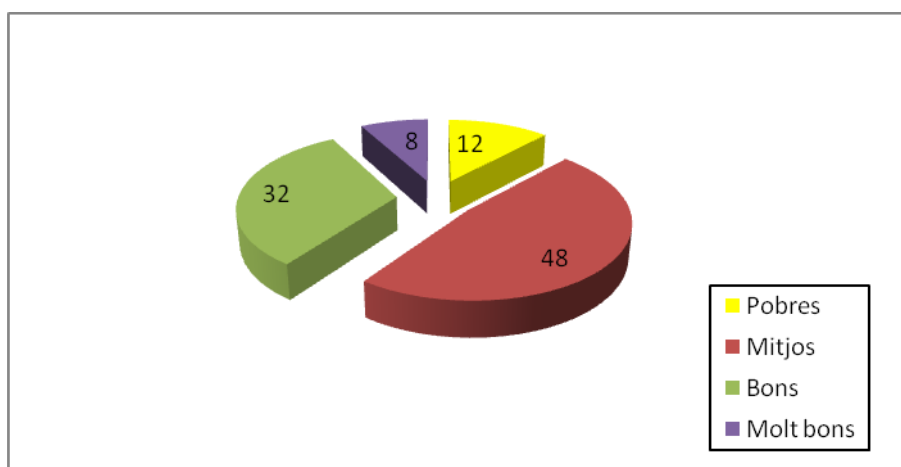
Gràfic 21 – Recursos personal



Gràfic 22 – Recursos informàtics



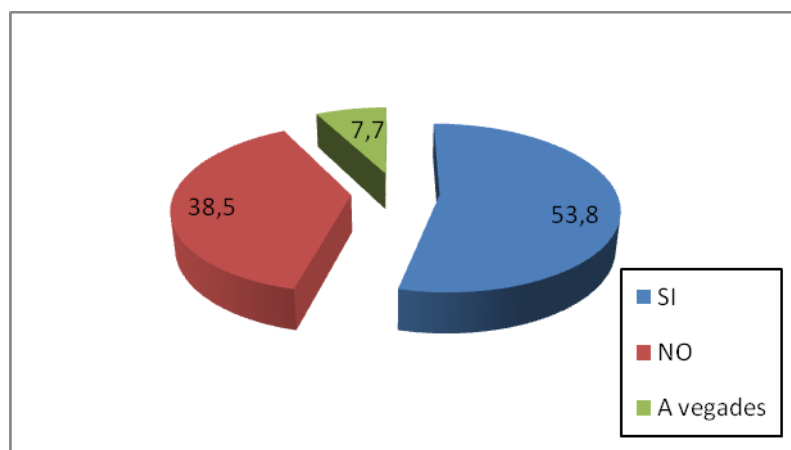
Gràfic 23 – Recursos Materials



Gràfic 24 – Recursos formació

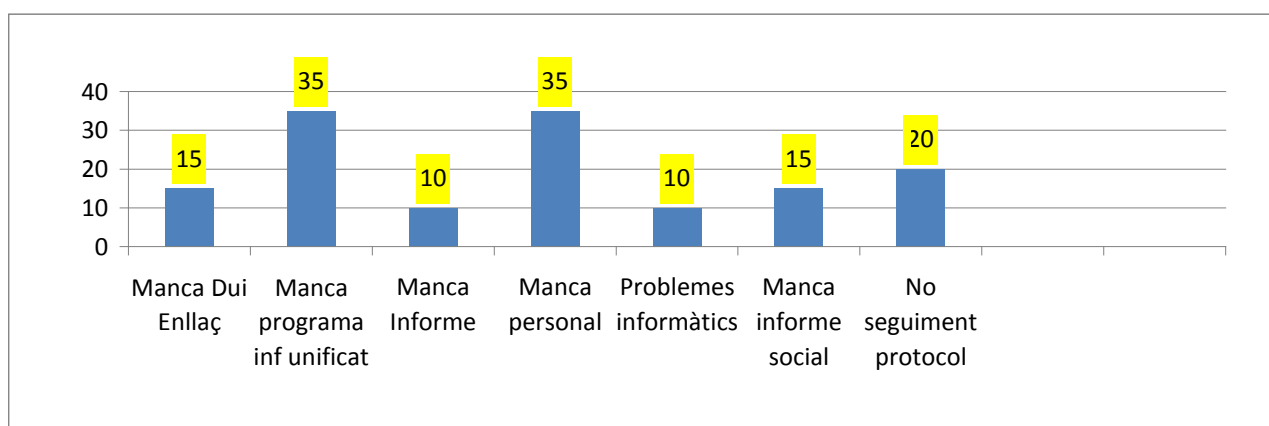
En general la opinió dels enquestats, en quan als recursos destinats al programa Prealt, són entre **Mitjos i Bons**.

En quant a la pregunta de si considera que hi ha una **bona comunicació entre** els diferents **nivells** .



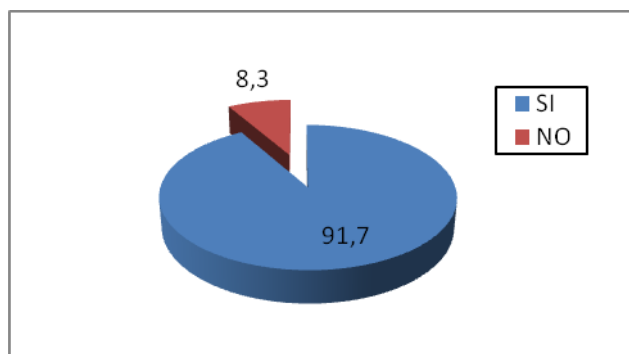
Gràfic 25- **Comunicació entre nivells**

Els que van contestar que NO (38,5%), se'ls va preguntar per què, un 15% ho va atribuir a la manca d'infermera d'enllaç, que s'ha d'encarregar de fer arribar els possibles casos a la Dui d'enllaç de AP, un 35% a la manca d' un programa informàtic unificat pels diferents nivells mitjançant el qual es pogués treballar en xarxa, el 10% a la manca d'un informe PREALT estàndard per tots el nivells, un 35% a la manca de personal, un 10% als problemes informàtics, un 15% a la manca d'un informe social i finalment un 20% ho atribueix al no seguiment del protocol del PREALT. Diferents persones van donar una resposta múltiple.



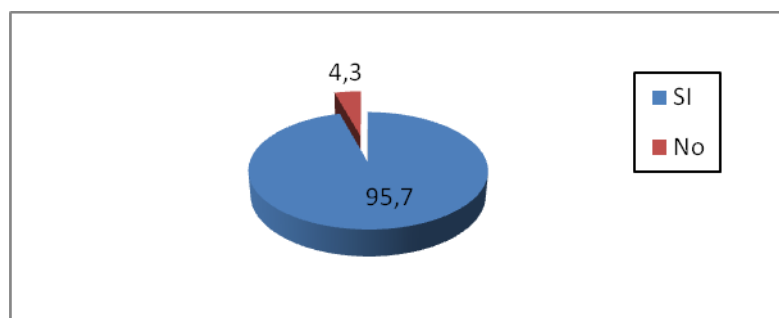
Gràfic 26 – **Motius de la manca de comunicació entre nivells**

El 91,7% dels enquestats, van afirmar que l'informa PREALT inclou una valoració social en els casos en que aquest informe es necessari.



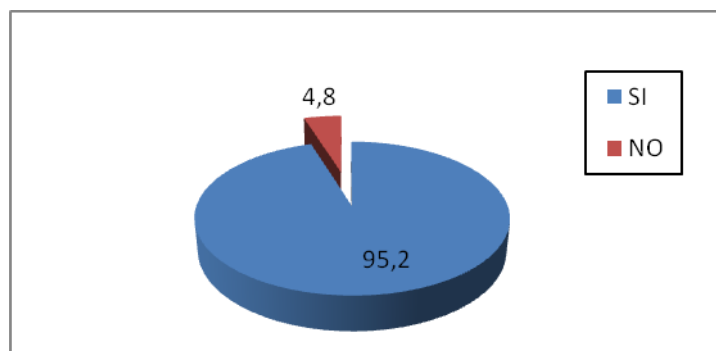
Gràfic 27 – Inclou informe social

I el 95,7 % ha considerat que aquesta valoració social és necessària dins el PREALT.



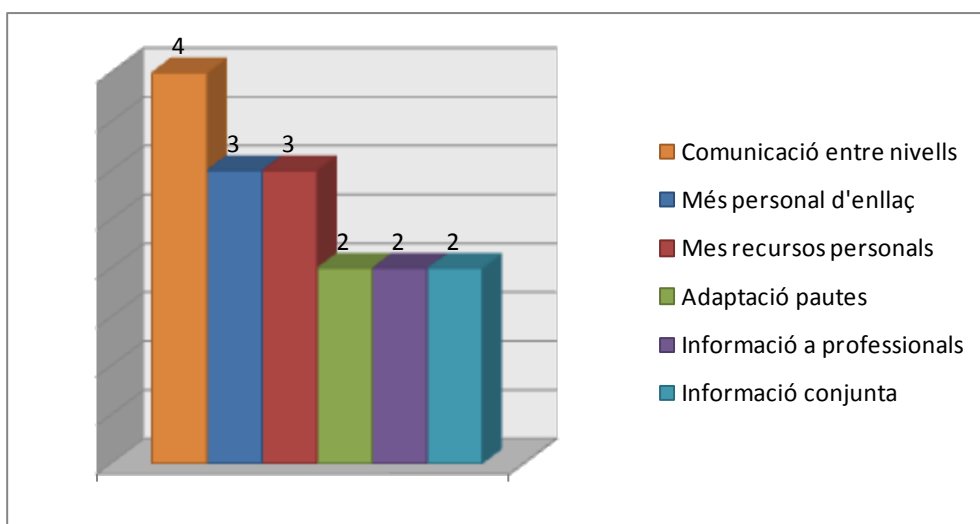
Gràfic 28 – És necessari

El 95,2% creu necessari l'existència d'un registre PREALT estandarditzat, comú pels diferents nivells, per poder garantir una continuïtat de les cures, tal i com marca el protocol PREALT.



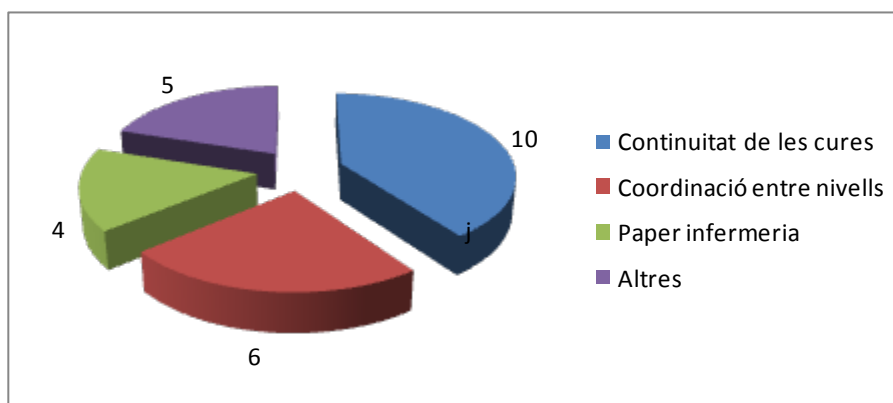
Gràfic 29 - PREALT estandarditzat

Quan se'ls va preguntar als professionals sobre si consideraven que el programa PREALT tenia punts febles a millorar, una majoria del 87.5% dels enquestats va respondre que si, i d'aquests al preguntar quins eren els aspectes a millorar, les principals respostes van ser la comunicació entre nivells assistencial, mes personal d'enllaç, mes recursos personals, les pautes hospitalàries s'han d'adaptar a les pautes d'atenció primària, informació a professionals i informació conjunta .



Gràfic 30- Punts febles

Tot i l'alt percentatge que trobava punts a millorar, al preguntar sobre que els hi aportava el PREALT, i quins eren els seus punts forts, gairebé la meitat dels enquestats (40%) van coincidir en que la Continuïtat de les cures del pacient al sortir del hospital era un punt fort d'aquest programa. D'una manera semblant, un 24% van trobar com a punt fort la Coordinació entre hospital/SS i primària, i un 16% va destacar el paper de la infermera en el programa . el 20% restant de respostes, tot i ser molt diverses, voltaven sobre aquest mateix tema.

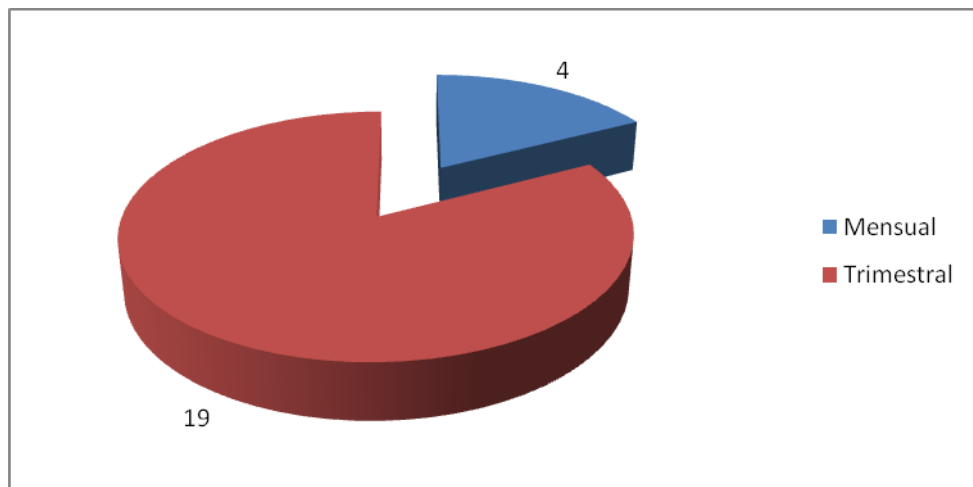


Gràfic 31- Punts forts

Algunes persones enquestades van considerar també que el PREALT hauria de ser extensiu a tots els serveis d'hospital, tot i que això suposaria un nombre major d'altres, i per tant s'hauria d'augmentar el personal d'infermeria de primària. També algú va indicar com a qüestió a tindre en compte la manca d'informe social que considerava que s'hauria d'enviar en els casos de risc social, en els que es gestionaria suport de treballadora familiar a través de l'assistent social de zona

Per un altre banda vam preguntar sobre les reunions de coordinació que es porten a terme entre els diferents nivells assistencials.

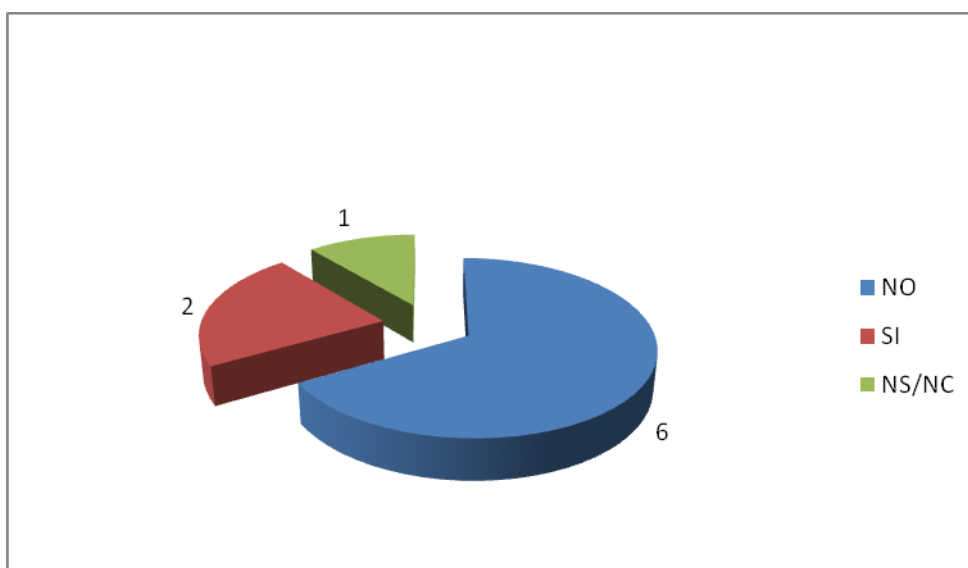
Un 18% dels enquestats no tenien coneixement d'aquestes reunions. Del 82% restant que van contestar afirmativament gairebé la totalitat dels casos van coincidir en que aquestes reunions eren productives (94%), i a l'hora de preguntar sobre quina era la freqüència que ells consideraven que s'haurien de realitzar aquestes reunions el resultat obtingut va ser que de les diferents opcions que vam donar, únicament en van triar dues, amb una ampla majoria (82.6%) consideraven que s'haurien de fer trimestralment, i un 17.4% mensualment.



Gràfic 32- Freqüència reunions PREALT

9.3.1 PREGUNTES EXCLUSIVES ALS PROFESSIONALS DE A. PRIMARIA

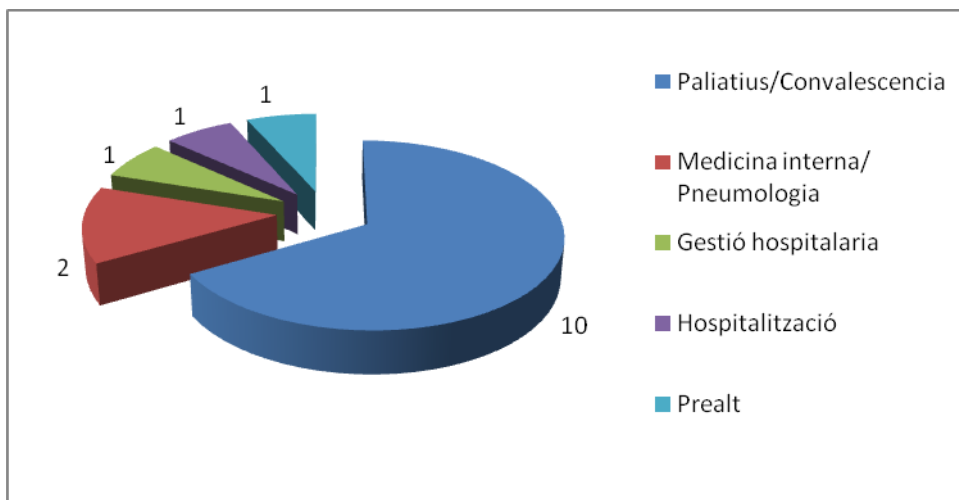
De tots els professionals que van realitzar el qüestionari, vem preguntar només als professionals de A. Primària sobre si consideraven que des de l'hospital s'informa bé al pacient/famílies de quines serien les cures a seguir posteriors al ALTA hospitalària, i dos tercers parts dels professionals van considerar que no se'ls informava bé.



Gràfic 33- Informació a l'alta del hospital/ c. Sociosanitari

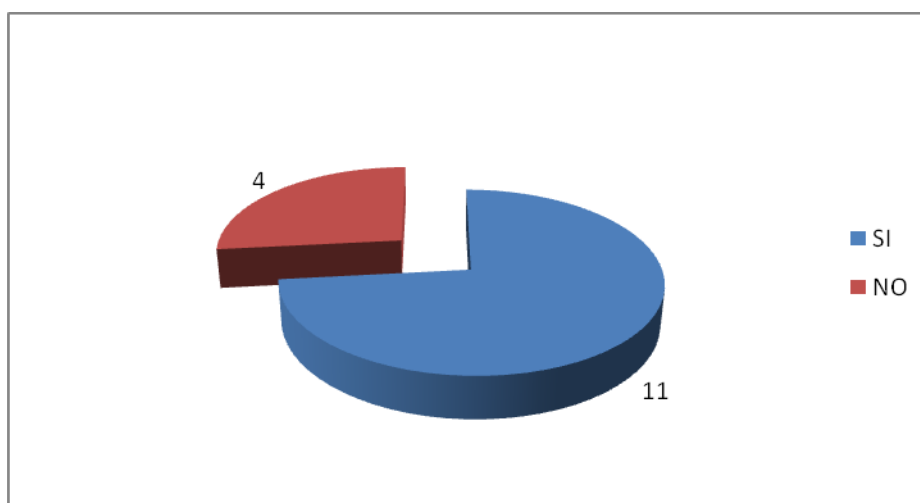
9.3.2 PREGUNTES EXCLUSIVES ALS PROFESSIONALS DE HOSPITAL / SOCIOSANITARI

La procedència dels professionals que van contestar aquest formulari, tot i ser variada, estava encapçalada per professionals que treballaven en unitats socio sanitàries de convalsència i pal·liatius, tal i com reflexa el següent gràfic.



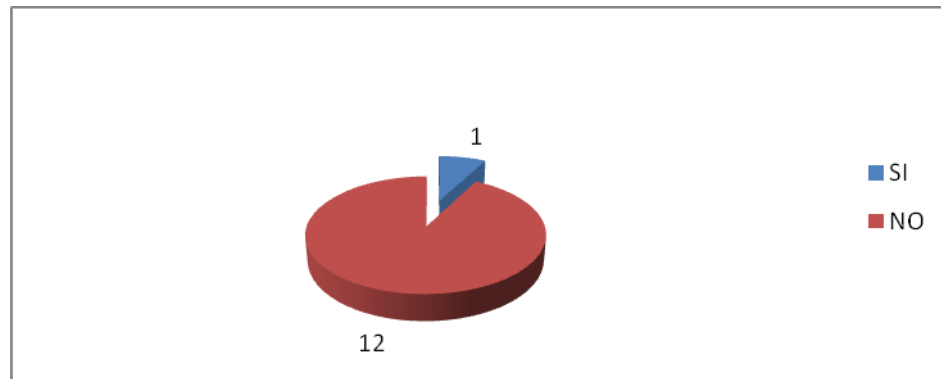
Gràfic 34- Unitat

Al preguntar als professionals de hospital y socio sanitari sobre la informació proporcionada des de els centres cap als usuaris sobre el programa PREALT, una amplia majoria considerava que si que s'informava correctament sobre en que consistia el programa.



Gràfic 35- Informació correcta usuaris PREALT

Per altre banda aquests mateixos professionals van coincidir tots ells en que no es donava documentació informativa, sobre el programa.



Gràfic 36- **Documentació escrita**

Per lo tant la pregunta sobre si aquesta informació era clara i entenedora, va perdre el seu sentit.

No obstant, dos professionals en el camp obert van especificar, que dins la comissió de PREALT es va tractar aquest tema i no es va considerar oportú/necessari aquest tipus d'informació, i un altre professional va especificar que al seu centre esta en procés d'elaboració dintre del document d'acollida l'ingrés.

10. CONCLUSIONS:

Havent fet un anàlisi de tots els resultats i tenint en compte la opinió de diversos experts podem concloure que:

L'explicació de que la major participació ens els qüestionaris passats sigui femenina, pot ser degut a que molts d'ells són cuidadors principals i professionals de la salut la majoria DUEs.

Dels serveis hospitalaris que es reben més altes es el de convalsència, que solen estar ingressats de 2 a 3 setmanes.

Segons els usuaris i els professionals d'AP, hi ha manca d'informació al pacient sobre el programa Prealt. Podem fixar-nos amb la citació feta per Grande M^a Luisa i Hernández M. *“la planificació a l'alta és fonamental per el pacient i la seva família, perquè els hi donarem els coneixements i les habilitats necessàries per tenir cura del pacient.”*

Segons els resultats es pot veure un bona continuïtat de les cures, ja que els usuaris son visitats a les 24 hores posterior al alta, on el professional que realitza la primera visita majoritàriament es DUE, ja que casi tots els pacients precisen cures. Segons Jover Udina i Carbonell Ribalta (1999) l'informa d'infermeria a l'alta, creuen que es un bon instrument per millorar la comunicació entre professionals , centres i usuaris. Una altra opinió a tenir en compte es la de Espejo Matorrales (1998) destaca el contacte del pacient amb atenció Primària entre 24-48h i el coneixement de les necessitats bàsiques.

L'usuari presenta un grau elevat de satisfacció en vers al programa prealt. Segons citen Ch. Rojo, I. Godoy, M. Coma, E. Sancho, S. Capilla i M. Pujol, un punts forts de la implantació del programa PREALT es una millora en la Coordinació entre nivells, en la Continuïtat assistencial i en la Satisfacció usuari/família

Els professionals en general veuen necessari l'existència del programa Preatl, incloent un bon informe social, per a garantir la continuïtat de les cures entre els diferents nivells. Com diuen Ch. Rojo, I. Godoy *“una millora en la coordinació amb serveis socials, una optimització de l'adequació dels pacients a l'alta”*.

Segons els professionals els punts a millorar seria la comunicació entre nivells (falta d'història única compartida) i manca de recursos humans. Hem de tenir en compte la opinió de M. Coma i E. Sancho que *“La unificació de registres i eines en els diferents centres i àmbits, milloraria la coordinació entre hospital-primària”*.

11. PROPOSTES DE MILLORA

Com a propostes de millora detectades durant el procés d'investigació, volem destacar la necessitat de la creació en tots els nivells assistencials, d'una única història clínica, que es pogués confeccionar i consultar pels professionals dels diferents àmbits i àrees que tractin a l'usuari. D'aquesta manera existiria una informació més global, de la persona que permetria una assistència final més eficaç i de més qualitat.

Una de les altres mancances detectades a l'estudi, que seria d'interès millorar, és la dotació de més personal per dur a terme el programa PREALT, ja que la implantació d'aquest suposa una millora en la qualitat assistencial però implica un major esforç per part dels professionals. Un major dotació de personal, permetria que es pogués assolir una millor coordinació en tots els nivells.

En aquesta mateixa línia, considerem essencial la figura de l'infermera d'enllaç i de la gestora de casos, com a element facilitador d'aquesta coordinació, per afavorir una bona continuïtat amb un seguiment més acurat de cada cas.

12. NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

- Una nova línia d'investigació podria ser observar si s'han reduït les visites a urgències i reingressos post-alta, en aquells casos que han estat inclosos en el programa PREALT.
- Es podria fer un estudi de l'evolució en la complexitat de les altes hospitalàries i si realment Atenció Primària esta preparada per assumir-les.
- Podríem estudiar si realment s'han reduït les estàncies hospitalàries un cop aplicat el protocol de PREALT de segons quins serveis.
- Estudiar les carregues de treball tan pels treballadors d'hospital d'aguts i Socio-Sanitaris com pels treballadors d'atenció Primària.

13. BIBLIOGRAFIA

- Angeles, R. (2006) "Contribución de los cuidados de enfermería a la satisfacción en los pacientes intervenidos en cirugía cardíaca" Tesis presentada para Master Gestión i Administración de enfermería Santa Madrona.
- Canals, J. Montero, JC. Buxadé, I. Bolivar, I. (2002) "El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II): opiniones y satisfacción de los médicos de familia". Atención Primaria; 30(9). pp.511-66
- Capilla,S. Pujol M. (2008), "Programa Prealt:instrumento cualitativo de garantatía en la continuidad asistencial. Gestión de cuidados de las enfermedades crónicas" (IV Jornadas Cacionales de SCELE ,Alicante).
- Carpenito, LJ (1994). "Planes de cuidados y documentación en enfermería. Registros de los cuidados de enfermería". Madrid. Mc. Graw-Hill. Pag 10-28.
- Cat Salut (2005) "Pla operatiu d'implantació del PREALT a Barcelona. Hospital d'aguts-centre sociosanitaris-atenció primaria"
- CatSalut (2005) Protocol de preparació de l'ALTA-PREALT. Direcció de Planificació, compra i avaluació.
- Congreso Nacional de enfermería cardiologica Cáceres (Mayo 2001) "El alta de enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados".
- Espejo, F (1998). "Relación Atención primaria- atención especializada. Calidad de los informes de enfermería". Revista Rol de enfermería nº 233.
- Fernández, C. (2000) "¿Continuidad de cuidados?"; Enfermería docente; 68.
- Fustero, MV. Garcia-Mata, JR. Junol, B.Barbara, M.(2001) "¿Funciona el flujo de información entre los niveles primaria y especializada?. Análisis de la continuidad asistencial en un area de Salud". Calidad Asistencial, 16, pp.247-252
- Gasulla, M. Muñoz, E. Forné, D.(2008). "Continuidad asistencial en el paciente de vascular. Programa de preparación del alta". IMAS. Hospital del Mar.
- Gonzalez, MC (1996). "Referenciación entre los diferentes niveles de enfermería". Caso clínico. Rev Enf Cien; 172-173 .
- Grande, ML. Hernández, M (2004). "Como entienden los enfermeros el alta de enfermería" ; Enfermería Clínica. 6-3.

- Gutierrez, R. (2003) "La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad percibida" Curso de verano de la UCLM: Evaluación de la calidad, satisfacción del paciente y gasto sanitario.
- Henao D, Vázquez ML, Vargas I, Coderch J, Llopart JR. (2008) "Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña, España." Salud Pública.; 10(1). pp. 33-48.
- Institut Català de la Salut (2001) "Salut a Casa: implementació de l'atenció domiciliaria a la ciutat de Barcelona". Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (document tècnic).
- Institut Català de la Salut (2009). "Programa gestió de casos". Versió 1.0.
- Juvé, M.E. Carbonell, D. (1999) "Alta de enfermería hospitalaria; Implantación y validación de un formato estándar". Revista Rol de enfermería; 22 (2).
- Martín V. (1998,). "Informe de enfermería al alta hospitalaria" Enfermería Clínica, Septiembre, pp. 7-17.
- Rojo, C. Godoy, I. (2006). "Coordinació territorial a la Barceloneta" (Taller de Coordinació i Continuitat de la I Jornada d'intercanvi en l'àmbit de l'atenció primària de salut, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat).
- Rosario, R. Bonillo, J.(1999) Revista Rol de enfermería;22.
- Saldivar, C. Esteve, M. Rojo, CH. (1991) "Nivel Satisfacción de los usuarios en dos unidades de hospitalización, Hospital de la esperanza" Tesis presentada para Master Gestión i Administració de enfermería Santa Madrona. Pag.5.
- Salvadó, A. (2004)"Propostes per a l'abordatge i la intervenció sanitària i social de l'atenció domiciliària a la població fràgil". Atenció Primària de Salut. Institut Català de la Salut. IV Jornades Tècniques.
- Sancho, B. Coma, M. (2008) "La nostra assistència no finalitza a l'hospital" Prealt a l'Hospital de Campdevàrol - ABS Ripoll -St. Joan Abadesses , ABS.
- Santafé, L. Camps, M. Pérez, M. Masana, M. (2007)"Implantació del protocol PREALT". ABS la Roca del Vallès. Consorci Hospitalari de Catalunya
- Serrés, P. (2009) "Valors del tenir cura". La Vanguardia .
- Servei Català de la Salut (2004). "Memoria d'Activitat", Barelona Ciutat. Pla Estratègic . Generalitat de Catalunya.
- Servei Català de la Salut (2005). "Direcció de Planificació Compra i Avaluació. Protocol de preparació de l'alta- Prealt" .Generalitat de Catalunya.

- Servei Català de la Salut. (2005) “Pla operatiu d’implantació del PREALT a Barcelona”. Generalitat de Catalunya.
- Servei Català de la Salut. (2005) “Protocol de preparació de l’alta de C. SS., H.A., i A.P. Generalitat de Catalunya”. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Servicio Canario de Salud (2008). “La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria”.
- Suñol, R. Pacheco, M^aV. Delgado, R. Corbella, A. Baures, N. (1987) “El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad asistencial” Barcelona:2 (1):15-22.
- Teixidor Freixa M. (dir.) L’ exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura. Barcelona: Obra Social Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona; 2005.
- Teixidor, M (2006). “El rol de la infermera en la definició i activació de las trayectorias clínicas i la gestión de casos”. Todo hospital, 231, 591-596.
- Teixidor; M. (2007). “Els professionals de l’atenció a les persones” Barcelona: E.U. Sta. Madrona.
- Teixidor i Freixa M. La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer EN: Teixidor Freixa M (dir.) El Alzheimer, un reto para la enfermería. Barcelona: Obra Social Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona; 2005 : 63-86.
- Tejada, J.(1997) “El proceso de investigación científica”. Barcelona: Fundació “La Caixa”.
- Tejada, J.(1997) El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundació “La Caixa”.
- Terraza R, Vargas I, Vázquez ML.(2006) “La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas”. Gaceta Sanit. ; 20(6), pp.485-95.
- Torres, A. Lledó, R. (2001). “La coordinación entre niveles asistenciales” Calidad Asistencial, 17, pp. 232-233.
- Torres, M^aM. Cazorla, A.J (2000) “¿Que opinan los enfermeros de Atención Primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria?” Enfermeria Cientifica, pag. 222-223.

14. ANEXES

14.1 ENQUESTA SATISFACCIÓ USUARIS PREALT

Aquesta enquesta de satisfacció es va passar als usuaris d'hospital, d'AP i de centre Socio-Sanitari que havien passat pel programa Prealt.

Persona enquestada: **Usuari** **Cuidador**

1. Genere

- A) Home
- B) Dona

2. Edat

3. Nivell d'estudis

- A) Primaris
- B) Secundaris
- C) Tècnics
- D) Diplomat
- E) Llicenciat
- F) Altres

4. Centre provinent:

- A) H. del Mar
- B) Centre Socio Sanitàri L'Eixample

5. En quina unitat va estar ingressat?

- A) Oncologia
- B) Medicina interna
- C) Cirurgia
- D) Pneumologia
- E) Traumatologia
- F) Convalescència
- G) Unitat Psicogeriatría
- H) C. Vascular
- I) Urologia
- H) Altres Quina: _____

6. Quants dies va estar ingressat ?

- A) menys d'una setmana
- B) 1 setmana
- C) 2-3 setmanes
- D) més de 3 setmanes

7. Durant la seva estància en l'hospital el van informar en què consistia el programa PREALT (programa d'ALTA hospitalària)?

- A) Si B) No

8. En cas afirmatiu, la informació sobre el programa PREALT era fàcil d'entendre ?

- A) Si B) No

9. En informar-lo sobre el PREALT, li van donar documentació informativa escrita ?

- A) Si B) No

10. En cas afirmatiu, la documentació era clara i entenedora ?

- A) Si B) No

- En cas que no, especifiqui perquè:

11. Li van dir quines serien les seves persones de referència de A.P. si sorgís algun problema a l'alta hospitalària?

- A) Si B) No

12. Li van explicar quines serien les cures a seguir posteriors l'alta hospitalària ?

- A) Si B) No

13. Quin és el seu grau de satisfacció de l'atenció rebuda a l'alta hospitalària ?

- A) Molt satisfet
B) Satisfet
C) Insatisfet
D) Ns/Nc

- En cas d'estar insatisfet, expliqui'ns el motiu:

14. Quan temps va transcórrer entre l'ALTA hospitalària i el primer contacte amb algun professional del CAP ?

- A) El mateix dia
B) Al dia següent
C) Als 2 dies
D) Al 3er dia
E) Més de 3 dies.

15. El primer contacte amb l'A.P. després de l'alta, es va realitzar a:

- A) CAP
B) Telèfon
C) Domicili

16. La primera visita que se li va realitzar, la va fer:

- A) Infermera
B) Metge
C) Treballadora Social
D) Infermera-Metge
D) Altres

17. Al sortir de l'hospital precisava que se li realitzés alguna tècnica d'infermeria, com cura d'infermeria, administració de medicació...?

- A) Si B) No

18. Quin és el nivell de satisfacció sobre el Programa PREALT ?

- A) Molt satisfet

- B) Satisfet
- C) Insatisfet
- D) Ns/Nc

- En cas d'estar insatisfet, especifiqueu el perquè.

14.2 ENQUESTA SATISFACCIÓ PROFESSIONALS HOSPITAL / C. SOCIOCANITARI

Aquesta enquesta de satisfacció es va passar als professionals d'infermeria d'hospital i de Sociosanitari, de les unitats que utilitzen el programa prealt.

1. Gènere;

- A) Home B) Dona

2. Edat:

3. Lloc de treball:

- A) A.P. B) Hospital C) C. Sociosanitari D) Enllaç

4. Categoria professional

- A) Infermer/a B) Treballador/a social C) Metge/essa

5. Com avalua la continuïtat de les cures entre el centre hospitalari/sociosanitari i la A. Primària

- A) Nul·la B) Escassa C) Correcte D) Bona E) Molt Bona

6. Creu que durant l'ingrés dels pacients, se'ls informa correctament en que consisteix el programa PREALT

- A) Si B) A vegades C) No

7. Valoració programa PREALT

- A) Nul·la B) Escassa C) Mitja D) Alta E) Elevada

7.1) Efectivitat del PREALT

7.2) Necessitat de l'existència del PREALT

8. Com avaluaria vostè la idoneïtat de medis dels que disposa el programa PREALT

- A) Pobres B) Mitjos C) Bons D) Molt bons E) Excel·lents

- 8.1) Personal
- 8.2) Recursos Informàtics
- 8.3) Recursos materials
- 8.4) Formació

9. **Considera que hi ha una bona comunicació entre nivells assistencials**

- A) Si B) No

10. **En cas negatiu, perquè:**

- A) Manca DUE enllaç
- B) Manca programa informàtic unificat
- C) Manca informe PREALT Standard
- D) Manca de personal
- E) Problemes informàtics
- F) Manca informació a nivell social
- G) No seguiment del protocol PREALT
- H) Altres.....

11. **El PREALT inclou una valoració social, en cas que sigui necessària?**

- A) Si B) No

12. **Considereu necessària aquesta valoració social ?**

- A) Si B) No

13. **Creu necessària l'existència d'un registre de PREALT estandarditzat, comú per als diferents nivells i centres?**

- A) Si B) No

14. **Considera que el programa PREALT, té punts febles a millorar?**

- A) Si B) No

15. **En cas afirmatiu, en quins aspectes creu que ha de millorar el programa PREALT**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

16. **Quins son els punts forts, que vostè considera que presenta el programa PREALT:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

17. Si us plau, introdueixi els comentaris addicionals, sobre el PREALT, (si ho considera oportú)

18. Es realitzen reunions periòdiques entre els diferents nivells assistencial implicats en el PREALT

A) Si B) No

19. En cas afirmatiu creu que son productives:

A) Si B) No

20. Amb quina freqüència considera que s'haurien de realitzar

A) Setmanal B) Quinzenal C) Mensual D) Trimestral E) Semestral F) Altra
Quina: _____

21. En quin tipus d'unitat treballa

22. En el seu centre s'informa a l'usuari en què consisteix el programa PREALT?

A) Si B) No

23. A l'informar a l'usuari sobre el PREALT, se li dona documentació informativa ?

A) Si B) No

24. En cas afirmatiu, la documentació és clara i entenedora ?

A) Si B) No

25. En cas que no, especifiqui perquè:

14.3 ENQUESTA SATISFACCIÓ PROFESSIONALS A. PRIMARIA

Aquesta enquesta de satisfacció es va passar als professionals d'infermeria d'AP.

1. **Gènere:**

- A) Home B) Dona

2. **Edat:**

3. **Lloc de treball:**

- A) A.P. B) Hospital C) C. Sociosanitari D) Enllaç

4. **Categoria professional**

- A) Infermer/a B) Treballador/a social C) Metge/essa

5. **Com avalua la continuïtat de les cures entre el centre hospitalari/sociosanitari i la A. Primària**

- B) Nul·la B) Escassa C) Correcte D) Bona E) Molt Bona

6. **Creu que durant l'ingrés dels pacients, se'ls informa correctament en que consisteix el programa PREALT**

- A) Si B) A vegades C) No

7. **Valoració programa PREALT**

- A) Nul·la B) Escassa C) Mitja D) Alta E) Elevada

7.1) Efectivitat del PREALT

7.2) Necessitat de l'existència del PREALT

8. **Com avaluaria vostè la idoneïtat de medis dels que disposa el programa PREALT**

- A) Pobres B) Mitjos C) Bons D) Molt bons E) Excel·lents

- 8.1) Personal
- 8.2) Recursos Informàtics
- 8.3) Recursos materials
- 8.4) Formació

9. Considera que hi ha una bona comunicació entre nivells assistencials

- A) Si B) No

10. En cas negatiu, perquè:

- I) Manca DUE enllaç
- J) Manca programa informàtic unificat
- K) Manca informe PREALT Standard
- L) Manca de personal
- M) Problemes informàtics
- N) Manca informació a nivell social
- O) No seguiment del protocol PREALT
- P) Altres.....

11. El PREALT inclou una valoració social, en cas que sigui necessària?

- A) Si B) No

12. Considereu necessària aquesta valoració social ?

- A) Si B) No

13. Creu necessària l'existència d'un registre de PREALT estandarditzat, comú per als diferents nivells i centres?

- A) Si B) No

14. Considera que el programa PREALT, té punts febles a millorar?

- A) Si B) No

15. En cas afirmatiu, en quins aspectes creu que ha de millorar el programa PREALT

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

16. Quins son els punts forts, que vostè considera que presenta el programa PREALT:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

17. Si us plau, introdueixi els comentaris addicionals, sobre el PREALT, (si ho considera oportú)

18. Es realitzen reunions periòdiques entre els diferents nivells assistencial implicats en el PREALT

A) Si B) No

19. En cas afirmatiu creu que son productives:

A) Si B) No

20. Amb quina freqüència considera que s'haurien de realitzar

A) Setmanal B) Quinzenal C) Mensual D) Trimestral E) Semestral F) Altra
Quina: _____

21. Considera que des de l'hospital s'informa bé al pacient/famílies de quines serien les cures a seguir posteriors al ALTA hospitalària ?

A) Si B) No

