

Una experiència de treball en equip

Basada en visita d'infermera i visita de metge, història clínica única i sessió conjunta

Pilar Arevalillo*, Josefina Cirach*, Jordi Gol i Gurina** i Carme Solé*

A TEAM WORK: AN EXPERIENCE.
AN EXPERIENCE BASED ON NURSE AND PHISICIAN
CLINICAL VISITS, UNIQUE CLINICAL HISTORY AND
GENERAL MEETING

The following paper reports the results of an experience in a Primary Care Center. It was noticed that the physician-nurse team promoted a positive attitude towards the inclusion of social, biological and psychological aspects. This results are also assessed through the number and the time expended on the visits, the prescription and the lenght of disability. An integrated and personalized primary care of the social security is stated.

UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO. BASADA
EN VISITA DE ENFERMERA Y VISITA DE MÉDICO,
HISTORIA CLÍNICA ÚNICA Y SESIÓN CONJUNTA

Se exponen los resultados de una experiencia en un centro de asistencia primaria de la Seguridad Social (CAP). El paso del trabajo individual a la formación del equipo médico-enfermera. La superación de la respuesta medicalizada, mediante la incorporación de los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales en una asistencia integral e integrada. Los resultados, positivos, se cuantifican en el número de consultas, el tiempo de dedicación, la prescripción farmacéutica y la duración de las bajas de trabajo. Se postula una reforma integradora y personalizadora en la asistencia primaria de la Seguridad Social.

Paraules clau: Assistència primària. Assistència integral i integrada. Equip metge-infermera. Centre d'assistència primària.

Ann Med (Barc) 1986; 116-120

Introducció

L'experiència que presentem ha nascut i s'ha anat desenvolupant un centre d'Assistència Primària «normal», es a dir, estructurat amb la reglamentació, disposant dels recursos i participant de les actituds i rutines generals heretades del vell INSALUD, i que persisteixen quasi totalment¹.

No pretenem pas descriure ara aquesta situació, ben coneguda per tothom. Per a situar l'experiència, però, és indispensable assenyalar les interaccions principals que al nostre parer s'estableixen entre la demanda de la població i algunes de les respostes que els professionals de l'assistència primària hi donen o hi poden donar. Creiem que queden prou paelles en els esquemes següents, que ens estalviaran un comentari extens (figs. 1, 2 i 3)².

Hi veiem com la resposta sanitària modifica la demanda d'una manera diferent quan atén només els problemes aparents o visibles i quan intenta aproximar-se a la seva arrel des d'una perspectiva globalitzadora. Hi veiem també els factors que ajuden a mantenir el cercle viciós degradador i com pot trencar-se aquest cercle.

Els esquemes precedents reflecteixen una situació que, malhauradament, no és pas atípica ni insòlita, sinó ben generalitzada i, en un grau major o menor, comuna a la majoria dels sanitaris i usuaris de l'atenció primària del nostre

país. El fet de poder-la constatar cada dia no la fa pas, però, menys punyent.

És una situació en la qual no hi guanya ningú i que, si es vol modificar, les iniciatives només poden sortir, ara com ara, dels mateixos professionals sanitaris, no del marc existent ni dels recursos que les estructures actuals poden donar.

Material i mètodes

El CAP Bonaplata està situat a Sarrià, ex-vila que forma part del Districte Cinquè de Barcelona, a l'oest de la ciutat, entre la Diagonal i les estribacions de Collcerola. Atén la població corresponent a 14.118 cartilles, la qual es pot classificar, en línies generals, en tres grups diferenciats:

1. Una majoria popular i menestral, de teixit social molt ric, que sent el barri com a propi i que participa en allò que ara anomenen societat civil.

2. Un grup menys nombrós de famílies immigrades, moltes d'elles d'abans de la guerra civil, part del qual habita el sector de quasi barraques de Can Caralleu. La seva integració amb el grup anterior és generalment alta o molt alta.

3. Els nouvinguts, habitants a les zones recentment urbanitzades: Pedralbes i la zona propera a la Diagonal. El seu nivell econòmic és aparentment superior i la seva integració al barri més petita.

Aquesta població disposa al CAP de deu metges de zona, tres pediatres, cinc ATS de zona, vuit infermeres, dues auxiliars administratives i dos zeladors.

*Infermera. **Metge. CAP Bonaplata. Barcelona.

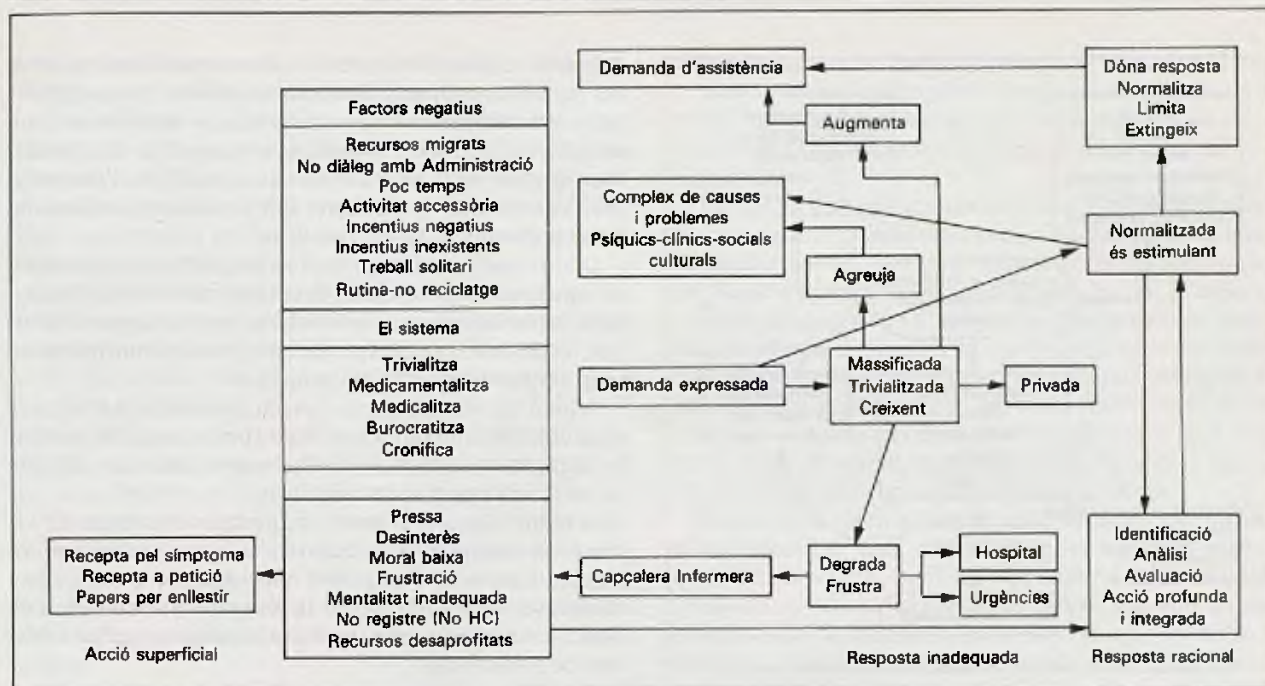


Fig. 1. Desgarell entre la demanda de la població i les respostes que els professionals de l'assistència primària hi donen o hi poden donar.

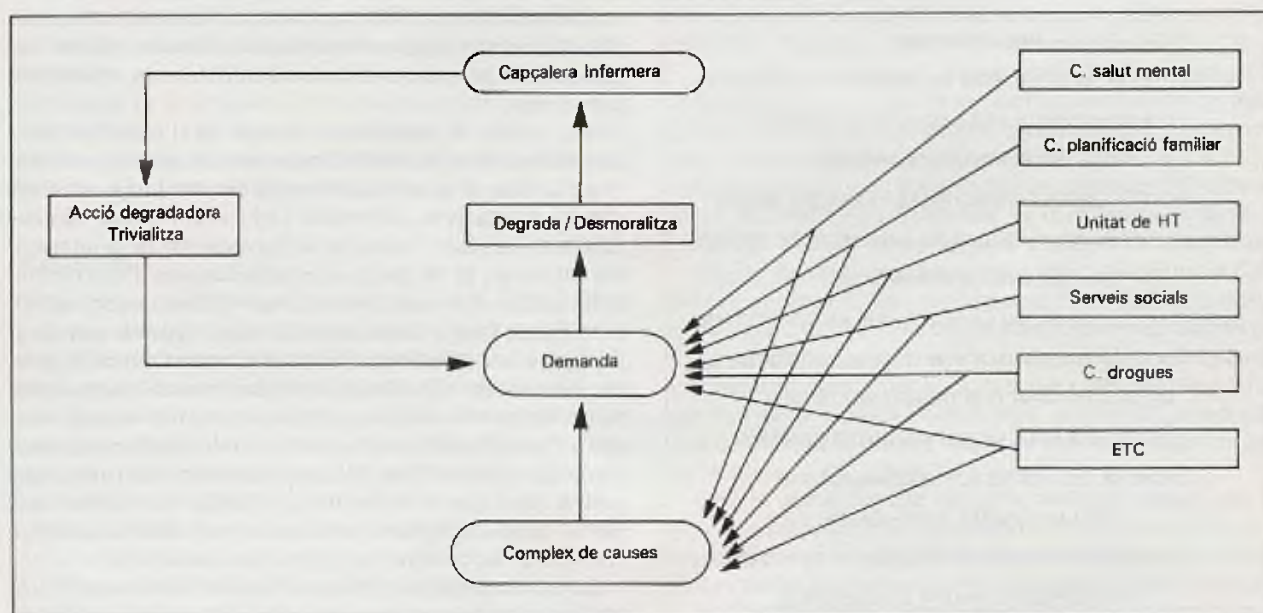


Fig. 2. Pedaç: acció que vol ser profunda, es parcial, desintegradora, repetitiva.

Encara que no disposem de dades numèriques, creiem que l'índex d'utilització del CAP és elevat i creixent, i més en la nostra experiència, fins i tot pel tercer dels grups de població enumerats. Aquest és el que genera més problemes relacionals i malentesos, pràcticament sempre de bon superar. No en produeixen, en canvi, els elements més significats del món cultural.

L'estabilitat dels contingents d'assegurats és relativament elevada. En la nostra experiència ho és encara molt més pel fet de tenir-lo blocat, excepte pels membres d'una família ja atesa o pels que retornen. Intermitentment obrim el contingent a un grup de la llista d'espera.

L'experiència que exposem no ha estat ni és el resultat d'un programa completament estructurat i desenvolupat.

Més aviat és fruit de fer-se càrrec i d'aconduir paulatinament una realitat canviant, i per tant distinta en cada una de les fases successives.

De fet, ja des del principi hem tractat sempre d'acollir la demanda que rebíem.

També hem contemplat les necessitats i aspiracions dels professionals sanitaris quant a gratificació i realització en el treball quotidià.

No hem forçat mai el creixement de l'experiència. Més aviat hem aprofitat aquelles circumstàncies favorables que es produïen. La primera d'aquestes circumstàncies favorables es va donar quan un de nosaltres, el metge, pel fet de deixar el treball hospitalari que efectuava simultàniament amb el de metge de capçalera, no sols va disposar de més

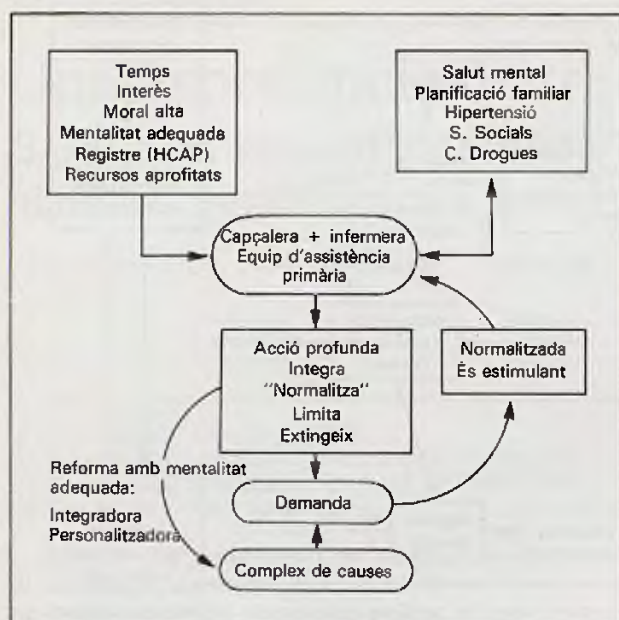


Fig. 3. Reforma de l'assistència primària amb mentalitat adequada.

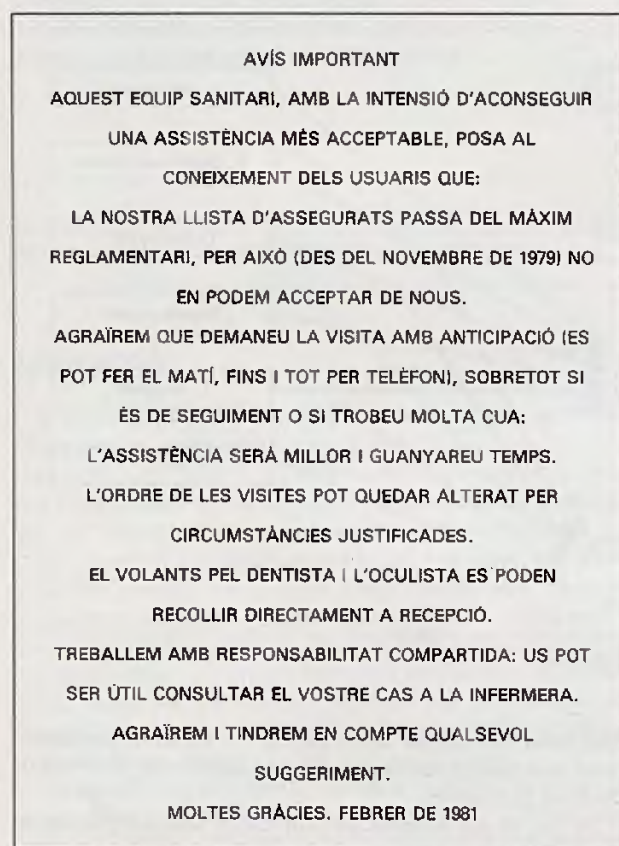


Fig. 4. Rètol informatiu penjat a la porta de la consulta.

temps, sinó que va poder centrar el seu interès en el treball en el CAP, on no va tenir problemes si s'allargava la consulta, i on comptaria amb el suport d'una infermera titulada com a possible col·laboradora (finals de 1975).

Un pas endavant significatiu va ser el començar a historiar tots els usuaris (1976) molt humilment: una bossa amb les dades d'afiliació i una quartilla en blanc com a full de curs.

Ben aviat va posar-se de manifest una resposta molt positiva per part de la població. S'adonava que rebia una assistència adreçada a la persona, que hi havia una intenció de comprendre i d'interpretar i explicar la naturalesa dels problemes, que la recepta no era automàtica, sinó fruit d'una reflexió. Va començar a considerar que la visita era un acte important que no és bo de trivialitzar.

D'altra banda, de seguida es va fer evident que una sèrie de seguiments de medicació, de controls de baixa, de demanda d'exploracions complementàries, no era imprescindible que fossin resolts pel metge. La infermera va començar a assolir un paper específic individualitzat.

Aquest fet va introduir la novetat que també la infermera emprés la història clínica, per llegir i per anotar, i va afavorir la intercomunicació metge-infermera en comentar allò que cadascú feia i perquè ho feia.

A partir d'aquest moment la infermera va deixar de ser una mera espectadora per convertir-se en una col·laboradora que participava en l'anamnesi, que valorava, que pensava i analitzava, i que podia donar la seva opinió des del punt de vista d'un professional amb una preparació específica i diferent de la del metge.

S'havia constituït un equip, i s'ha de tenir present, i això és molt important, que cadascú feia el seu paper propi, i que no es tractava pas d'esgarrapar en la parcel·la de l'altre.

En aquest punt (1980) vam redactar un rètol informatiu (fig. 4) que es va penjar a la porta de la consulta. Alhora van començar a programar-se les visites, oferint la concertació per telèfon.

Poc a poc el creixement natural de l'equip va anar consolidant-se. Així, el 1982 va començar, amb tota naturalitat, la visita de la infermera; en un despatx propi on també acollia, aconsellava, informava i educava, resolent allò que estava al seu abast i valorava la conveniència de la intervenció del metge. El fet que la infermera disposés d'una consulta on acollir els usuaris, en un començament, només significava formalitzar i donar serietat a una activitat que ja es feia, però una mica forçadament. Per aquest motiu la novetat, si va sobtar la població, va fer-ho favorablement. Sense forçar-ho gens va establir-se, poc a poc, una relació entre ella i l'usuari que permetia donar i rebre informació amb completa espontaneïtat. D'aquesta manera, una tasca que podria dir-se que és burocràtica, esdevé el vehicle idoni tant per al coneixement del malalt amb una visió integradora com per a dur a terme una tasca educadora.

La infermera, doncs, a més d'atendre els aspectes burocràtics (obrir, buscar i preparar històries, comprovar si l'afiliació és vigent, complimentar P-10, receptes de seguiment, confirmacions de baixa, etc.), des del punt de vista de l'assistència de capçalera, fa el control i el seguiment dels malalts crònics, sense limitar-se mai a la malaltia concreta que se segueix. Pel que fa als malalts aguts, a més de recollir i atendre la demanda manifestada, s'ocupa a detectar els possibles motius subjacents per tal d'adequar-hi les mesures a prendre. En tot cas la seva feina queda sempre anotada en la història.

En acabar la seva visita, la infermera passa a la consulta del metge i col·labora amb ell a atendre els pacients que li queden per visitar. Aquesta porció de treball feta conjuntament assegura la homogeneïtat dels criteris assistencials, manté el coneixement directe de les respectives pràctiques professionals i evita contraposicions que produïrien, almenys, desconcert i una reducció de l'eficàcia dels serveis prestats. Finalment, en acabar la visita conjunta, cada dia es

comenta amb les anotacions de la història clínica al davant, allò que cada professional ha vist i resolt per separat.

El treball individual del metge i de la infermera, ben travat gràcies a la història única, a la sessió clínica i la part de visita que es fa conjuntament, ens permet oferir a la població quasi el doble, tant pel que fa a rebre com a donar, ja que conté dues perspectives professionals diferents. Aquest enriquiment en temps i en profunditat ha permès^{3,4}:

La redifinició dels diferents rols professionals.

L'assistència integrada del pacient, contemplant millor els aspectes biològics, els psicològics i els socio-culturals.

La introducció de pautes d'actuació per a alguns grups homogenis de malalts.

La sistematització de les anotacions en la primera visita.

Una tasca educadora individual, basada en el problema tal com el pacient el presenta i el viu.

La recollida de dades per a estadístiques de freqüentació, temps per visita, consum de medicació, utilització de l'hospital, nombre i durada de les baixes, etc.

La preparació i la utilització d'un fitxer de recursos, tant mèdics com socials, per tal d'adequar i optimitzar la nostra oferta.

La utilització del full de curs i de la llista de problemes de la HCAP (història clínica de la assistència primària).

De fet pot dir-se que, paulatinament i sense trencaments, hem anat passant del treball individual al treball en equip i de la resposta medicalitzada a la resposta integrada. Tanmateix veiem molt clar que tenim davant encara un llarg camí en el camp de la promoció i prevenció, i encara més en el de la investigació. Fins ara ens hem dedicat, sobretot, a millorar l'assistència, a procurar respondre el més racionalment possible a la demanda expressada.

Resultats

Volem puntualitzar que la visita de metge i d'infermera per separat és només un dels elements, encara que potser el més vistent, d'una experiència molt més àmplia i complexa, el procés de la qual acabem de relatar. Els resultats que exposarem es refereixen a la seva globalitat, i no creiem que es puguin desglossar en resultats parcials atribuïbles a cada un dels seus diferents aspectes, que s'influeixen i potencien molt els uns als altres.

Els contemplem pel que fa a la població, als professionals i al sistema sanitari.

Pel que fa a la població, el primer fet que trobem és que, en poder disposar de molt més temps per a l'anamnesi, exploracions, reflexió diagnòstica, examen de les proves complementàries, diàleg amb el malalt i relació amb les altres instàncies assistencials, aconseguim millorar notablement l'atenció prestada a la malaltia. Aquest resultat, que es pot comptabilitzar igualment de cara als professionals i al sistema sanitari, creiem que pot ésser tingut en consideració fins i tot des de les perspectives més tradicionals, «mèdiques» i estamentalistes.

Un altre resultat significatiu és el canvi d'actituds en la població. D'actitud envers la mateixa visita, que deixa de ser un acte trivial. Envers la infermera, que apareix com autèntic professional sanitari, amb paper propi i amb autoritat. També tot el col·lectiu sanitari és vist d'una manera diferent, ja que volen resoldre i ensenyar a resoldre els problemes, escolten i respecten.

Canvia també l'actitud envers la pròpia malaltia, augmenta la comprensió de la seva naturalesa i de les seves causes i

en conseqüència la responsabilitat i la capacitat d'auto-control. Minva el consumisme, disminueixen els avisos a domicili, varien qualitativament (es «normalitzen») els motius de la visita i la freqüentació, creix el percentatge de visita concertada.

Pel que fa als professionals sanitaris, el resultat és significatiu, a part de la satisfacció personal pel progrés, és també un canvi d'actitud, que ajuda a eliminar els tics corporativistes, i que afavoreix la consolidació de l'equip, la capacitat creixent d'autocrítica i d'acceptació d'heterocrítica. Així va assolint-se una ampliació i un enriquiment de la perspectiva tant professional com humana. Els resultats obtinguts fan aparèixer noves motivacions, les quals alhora posen de manifest noves necessitats de creixement. Es pot dir que el vell cercle viciós, frustrant, degradant i desmotivador, s'ha trencat per donar pas a una dinàmica engrescadora.

Pel que fa al sistema sanitari, és de remarcar que influïm, ni que sigui ben poc, en les instàncies sanitàries amb les quals tenim relació, com els especialistes de la piràmide, l'hospital, les xarxes paral·leles i les institucions concertades. Això es posa de manifest a través de la correspondència, de converses telefòniques i alguna vegada d'entrevistes personals. A part d'influir-les, podem avaluar la seva activitat.

També afecta el sistema sanitari la racionalització, en general de sentit reduccionista, del consum de receptes, de les baixes, de la visita hospitalària, del circuit i dels tràmits burocràtics. Tot això incideix en la desmassificació⁵.

Les dades que figuren a continuació han estat recollides diàriament durant el darrer any de l'experiència per les infermeres, i per una administrativa, excepte les dels contingents, que corresponen al setembre de 1984, xifres de l'ICS. No hem tingut accés a les xifres de baixes generades pels especialistes, no hem pogut desglossar les confirmacions de baixa per llarga malaltia de les degudes a incapacitat transitòria.

No ens ha estat possible tabular les dades de tot el CAP per a contrastar la seva mitjana amb el resultat de la nostra experiència. Com a punt de referència «normal» només podíem escollir una de les altres consultes. Hem triat aquella que pel contingent i per l'horari resulta més semblant i que, per les característiques internes prou acceptables, es pot considerar clarament situada una mica per sobre de la mitjana presumible.

Creiem que el resultat estadístic obtingut, encara que no pot ser extrapolable en xifres absolutes per fora del seu àmbit, sí que pot ser-ho en la tendència i en les proporcions.

Les dades que reflecteix el nostre treball són les següents:

1. La freqüentació dels assegurats és significativament diferent en l'experiència (E) (1.305 cartilles: 1.031 treballadors + 274 pensionistes) i en la consulta (N) (1.484 cartilles: 1.179 treballadors + 305 pensionistes), triada com a mostra (4,25 i 5,57 visites anuals per cartilla, respectivament). En pot ésser causa la dinàmica nova que l'experiència ha creat.

2. En l'experiència, la mitjana de temps que dura l'assistència directa de cada malalt visitat pel metge és de 20 min 48 seg (12 min 39 seg de metge i 8 min 9 seg d'infermera), mentre que l'atès només per infermera és de 8 min 9 seg. En la consulta de referència la mitjana de visita és de 4 min 22 seg, es a dir que en l'experiència el temps ofert en un cas és de més de cinc vegades, i en l'altre de quasi el doble. El temps de dedicació del metge ha estat de N = 1 h 57 min E = 2 h 48 min.

3. Un 31% de les visites de l'experiència ha estat concertat prèviament.

4. La taxa d'avisos a domicili per nombre de cartilles és sensiblement inferior en l'experiència (per cent cartilles/any, 19,67 i 13,94 respectivament). Tot i això, només una tercera part dels avisos requereix desplaçament, perquè els altres són resolts telefònicament pel metge. La visita domiciliària referida al nombre de cartilles no arriba a la quarta part de la del contingent de referència (19,67 i 4,67 visites anuals per cent cartilles respectivament).

5. La diferència en la proporció de receptes anuals per cartilla en els dos casos és significativa ($N = 12,01$, $E = 9,05$), malgrat que en l'experiència els assegurats utilitzen molt poc la piràmide d'especialistes per a seguiments, i que per tant el metge de capçalera assumeix la immensa majoria de les receptes que els malalts necessiten.

6. La diferència en les receptes es produeix sobretot en les de pensionista (receptes anuals per cartilla de pensionista, $N = 36,20$, $E = 23,58$), cosa que fa pensar que el control de receptes, es a dir la recepta no a demanda sinó com a resultat de la visita, pot evitar usos injustificats de la cartilla de pensionista.

7. També és important la diferent duració de les baixes en un i altre sistema: en l'experiència és poc més de la quarta part (aproximadament 42 i 12 dies per baixa). Quant al nombre ($N = 145$, $E = 177$) —lleugerament superior—, cal tenir en compte que en l'experiència aquest correspon a la quasi totalitat de les que es produeixen, perquè en el nostre cas és completament excepcional que els especialistes n'estenguin.

8. El volum total de la «burocràcia» (altes, baixes, confirmacions de baixes, peticions a especialistes, hospitals) és una mica més alt en l'experiència ($N = 2.826$, $E = 2.435$). El total per consulta és $N = 0,34$ i $E = 0,44$, perquè en aquesta una gran part consisteix en correspondència amb especialistes, hospitals, CAP mental, treballador social, etc., destinada a presentar, seguir i discutir casos.

Aquests són els resultats que hem pogut quantificar. Els altres han estat descrits en els capítols precedents d'aquest treball. Tot plegat s'ha aconseguit sense cap suport administratiu especial, i comptant amb ben pocs elements materials específics: tan sols una hora més aproximadament de dedicació mèdica diària i dos llocs de consulta disponibles unes quatre hores cada dia.

Discussió

És ben cert que aquests recursos, sense el treball en equip i sense el disseny d'unes pautes de treball acceptades per tots, sense la presència d'unes actituds adequades, no haurien pogut produir tot això. Sembla doncs ben clar que, amb una mica de temps i d'espai i amb un molt d'entusiasme, el desenvolupament d'un treball coordinat de metge i d'infermera pot donar beneficis significatius. Beneficis pel malalt, beneficis en estalvi econòmic i beneficis en satisfacció professional, que conviden a la reflexió.

No cal dir que cada problema resolt deixa un buit que de seguida és omplert per l'aparició d'una nova necessitat a atendre. En aquest moment contemplem com a prioritats millorar el sistema de citacions de visita, establir protocols per a l'atenció racional de grups determinats, elaborar una estadística de les morbiditats prevalents i ampliar les de freqüentació i de consum de medicació i de proves diagnòstiques. Més endavant mirarem d'ampliar el camp d'actuació de la infermera en les visites domiciliàries. La possibilitat d'atenció no individual sinó a grups queda, per ara, massa per damunt dels nostres recursos.

Els membres d'aquest equip ens preguntem si això és tan car o tan difícil com per a no intentar-ho en forma generalitzada al nostre país.

Volem acabar amb dues consideracions que es refereixen al millorament de l'assistència primària.

La primera és que la nostra experiència mostra com pot ser un equip bàsic d'atenció primària. A partir d'un equip ben integrat, tots els recursos estructurals i tècnics que s'hi puguin afegir o amb els que es pugui establir un treball coordinat, per exemple amb interconsulta, representen una multiplicació de l'eficàcia. En canvi, si aquests recursos s'organitzessin al marge de l'equip bàsic, ignorant-lo, o bé sense fer possible o sense potenciar l'existència mateixa d'aquest equip, podria succeir que ens trobéssim amb uns resultats lamentables, com sempre que es comença una casa pel terrat.

La segona és que en la nostra experiència les propostes estructurals sempre han estat fruit de l'actitud, alhora engrescada i possibilista, amb què era contemplada la realitat. Estem convençuts que el nostre èxit és fruit d'aquesta dinàmica, en la que els resultats que els canvis estructurals han anat donant realment les actituds prèvies. Algú podria pensar que aquesta constatació fa difícil la generalització del nostre procés. Nosaltres creiem que no. Creiem però que per a modificar les actituds professionals no n'hi ha prou amb establir noves reglamentacions rutinàries. Cal fer ús, a més a més, de recursos d'una altra naturalesa, molt més subtils. Volem remarcar que no hem pas explicat la història de dos professionals: al llarg del temps són varies les infermeres que hi han treballat, i el metge ha estat substituït. Malgrat que cada sanitari hagi aportat les seves peculiaritats i també les seves limitacions personals, cap problema no ens ha impedit d'anar endavant, i tots sabem que hi hem guanyat, tant els autors d'aquest text com els altres companys que han participat en l'experiència, els metges Assumpta Massagué i Jordi Oltra, i la infermera Mercè Roca.

Volem acabar fent constar la inestimable ajuda que l'equip ha rebut de Concha Monteagudo, auxiliar administrativa, i de Francisco Peñaranda, zelador. Han recollit multitud de dades estadístiques i han donat cada dia un esperançat suport a l'experiència.

Resum

S'exposen els resultats d'una experiència en un centre d'assistència primària de la Seguretat Social (CAP). El pas del treball individual a la formació de l'equip metge-infermera. La superació de la resposta medicalitzada mitjançant la incorporació dels aspectes biològics, psicològics i socio-culturals en una assistència integral i integrada. Els resultats, positius, també es quantifiquen en el nombre de consultes, el temps que s'hi dedica, la prescripció farmacèutica, la duració de les baixes de treball. Es postula una reforma integradora i personalitzadora en l'assistència primària de la Seguretat Social.

Bibliografia

1. Acarín N. L'Assistència externa. Ann Med (Barc) 1977; 63:1.125-1.135.
2. Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. II Ponència: Funció Social de la Medicina. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques, 1976.
3. Gol J. Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt. Qüestions de Vida Cristiana, 1974; 74:26-44.
4. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
5. De Miguel JM. La relación sociedad-médico-enfermo. Tauta, Medicina y Sociedad, 1974; 11:38-46.