

IMPACTE ECONÒMIC I EN LA SALUT DE L'ACCÉS DIRECTE A FISIOTERÀPIA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: PROTOCOL PER UN ESTUDI PILOT

Ferran González Prat

ferran.gonzalez@uvic.cat

4rt curs Grau de Fisioteràpia

Tutor: Javier Jerez Roig

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar –

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Vic , maig 2022

Índex

1. Resum	4
1.1 Català.....	4
1.2 English	5
2. Antecedents i estat actual del tema	6
2.1 Fisioteràpia i Atenció Primària (AP)	6
2.2 Fisioteràpia en Atenció Primària a Catalunya	6
2.3 Derivació tradicional i accés directe a fisioteràpia (ADF)	8
2.4 Accés directe a fisioteràpia arreu del món	9
2.5 Evidència de l'ADF	11
2.6 Justificació del projecte	13
3. Objectius i hipòtesi	15
4. Metodologia	16
4.1 Àmbit i disseny d'estudi.....	16
4.2 Població i mostra. Criteris d'inclusió i exclusió	17
4.3 Intervenció	17
4.4 Variables i mètode de mesura.....	18
4.4.1 Variables sociodemogràfiques.....	18
4.4.2 Variables relacionades amb l'economia de la salut	19
4.4.3 Variables relacionades amb la salut	21
4.5 Anàlisi de registres.....	24
4.6 Limitacions de l'estudi	25
4.7 Aspectes ètics	27
5. Utilitat pràctica dels resultats	28
6. Bibliografia	29
7. Annexos	40

7.1 Cronograma	40
7.2 Recursos	42
7.3 Impacte econòmic	43
7.4 Tests / Qüestionaris	44
7.4.1 EQ-5D-5L	44
7.4.2 HADS	46
7.4.3 WHODAS 2.0	49
7.4.4 Escala Visual Anàloga del Dolor (EVA)	54
7.4.5 Autoeficàcia en el dolor crònic	55
7.4.6 Catastrofisme davant el dolor	58
7.4.7 Escala PGI-I	61
7.4.8 Qüestionari PSQ-E	61
7.5 Full informatiu del projecte	63
7.6 Consentiment informat	65
8. Agraïments	67
9. Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge	68

1. Resum

1.1 Català

Objectius

Avaluar el cost-efectivitat i el cost-benefici d'un circuit d'accés directe a fisioteràpia en Atenció Primària respecte a la derivació tradicional i avaluar també els seus resultats en els pacients amb afectacions múscul-esquelètiques en referència a la millora de dolor, funcionalitat, qualitat de vida i satisfacció del pacient amb el tracte rebut.

Metodologia

Estudi pilot no aleatoritzat i pragmàtic que es realitzarà en dos centres d'Atenció Primària. Els participants seran adults entre 18-64 anys amb dolor múscul-esquelètic no específic en regions lumbar, cervical, espatlla o genoll. Es realitzarà una comparació entre grup control (derivació tradicional) i grup intervenció (accés directe al fisioterapeuta en Atenció Primària). La mostra per grup serà de mínim 40 participants, avaluant diferents variables relacionades amb l'economia de la salut, dades sociodemogràfiques i de la salut.

Limitacions de l'estudi

Les principals limitacions poden provenir de la falta d'adherència al tractament en les tasques dels pacients. També poden sorgir problemes segons la situació de la pandèmia de COVID-19 que limitaria la intervenció.

Paraules clau

Fisioteràpia, Atenció Primària, accés directe, Catalunya.

1.2 English

Objectives

To evaluate the cost-effectiveness and the cost-benefit of a physiotherapy direct access circuit in Primary Health Care compared to traditional derivation and to assess the results in patients with musculoskeletal pain concerning pain improvement, functionality, quality of life and satisfaction with treatment.

Methodology

Non-randomised and pragmatic pilot study to be conducted in two Primary Health Centres. Participants will be adults between 18 to 64 years old suffering non-specific musculoskeletal pain in the lower back, cervical, shoulder or knee region. The control group (traditional derivation) will be compared to the intervention group (direct access to Primary Health Centres' physiotherapist). The group's sample will be at least 40 participants, evaluating different variables related to health economics, sociodemographic and health data.

Study limitations

The main limitations may come from lack of adherence to treatment in patients' tasks. Problems may also arise depending on the COVID-19 pandemic situation that would limit the sessions.

Key words

Physiotherapy, Primary Health Care, direct access, Catalonia.

2. Antecedents i estat actual del tema

2.1 Fisioteràpia i Atenció Primària (AP)

El Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya defineix la fisioteràpia com una professió específica, autònoma i amb identitat pròpia dins de la sanitat que té com a objectiu preservar, restablir o augmentar el nivell de salut de la població, millorant les seves condicions de vida, millorant la funcionalitat mitjançant qualsevol dels mitjans manuals, físics i químics tant com la prevenció i la promoció de la salut (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, s.d).

La fisioteràpia és la cinquena professió sanitària establerta, i la professió per excel·lència no farmacològica i no invasiva. Com a tal, pot tractar amb qualitat i lideratge les malalties relacionades amb l'estil de vida actual (Dean et al., 2011). Els fisioterapeutes tenen capacitat per a prescriure exercici, promoure la salut i l'activitat física regular (Verghanen & Enbers, 2009).

L'Atenció Primària és el primer punt d'accés presencial al sistema sanitari públic, i s'encarrega de donar resposta a les necessitats i els problemes de salut de la comunitat a la que cobreix, desenvolupant activitats de promoció i prevenció de la salut, assistència i rehabilitació (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, s.d).

Donat l'envelliment progressiu de la població i l'alta prevalença de malalties cròniques que comporta, cada vegada és més necessari invertir i remodelar els sistemes d'assistència sanitària per satisfer aquestes necessitats (McMahon et al., 2016). Això suposa millorar la prestació de serveis d'Atenció Primària amb l'objectiu de fer-los més eficients.

2.2 Fisioteràpia en Atenció Primària a Catalunya

A Espanya, la fisioteràpia no està igualment implementada a totes les zones. A Catalunya, està present en una minoria de Centres d'AP (CAPs) i estructurada dins de les unitats de recolzament, on els professionals tenen com a funció complementar el treball dels equips bàsics d'AP (metges de capçalera, pediatres, infermers i assistents socials) (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, s.d).

Catalunya té una de les ràtios més baixes de l'Estat en quant a nombre de fisioterapeutes en la sanitat pública, 0'07 per 1.000 habitants, molt per sota de l'1 recomanat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS). El sindicat SATSE, sindicat d'Assistents Tècnics-Sanitaris d'Espanya, fa anys que reclama l'augment de les plantilles de fisioterapeutes a tots els serveis sanitaris, especialment als d'Atenció Primària. Argumenta que elevar el nombre de professionals de fisioteràpia suposaria una rendibilitat econòmica i social immediata, perquè aporta benestar als pacients i, la seva intervenció primerenca, reduiria el temps de baixa laboral i comportaria la recuperació total, de la funcionalitat, en moltes ocasions, reduint els costos socio-sanitaris (Redacció mèdica, 2019).

A Catalunya, la prestació de serveis de rehabilitació l'ofereix l'Institut Català de la Salut (ICS), empreses públiques i centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), que poden ser o no de l'ICS (Instituto de Información Sanitaria, 2010). En els pocs CAPs on està implementada la fisioteràpia, les lesions més freqüents són: lumbàlgies, cervicàlgies, omàlgies i gonàlgies (Maya, 2018). Es tracta de trastorns múscul-esquelètics (ME) altament prevalents, que ocasionalment tendeixen a cronificar-se si el tractament no és l'adequat i on el fisioterapeuta pot tenir un paper important (Woolf, 2011).

En l'actual model assistencial de fisioteràpia en AP, el temps dedicat al tractament dels pacients es distribueix en: un 70% del temps en rehabilitació al gimnàs, mitjançant el model clínic establert. El 30% està dedicat a activitats comunitàries tals com serveis domiciliaris, la prevenció o la promoció de la salut, a més de la investigació i la formació (Redacció mèdica, 2019).

Cal invertir aquest percentatge dedicant més temps a la rehabilitació basada en la comunitat i altres models de servei, com el d'auto-maneg, realitzant més serveis domiciliaris, intervencions grupals i projectes comunitaris, etc. Aquest canvi de model assistencial pot facilitar l'aplicació de totes les competències pròpies del fisioterapeuta, el que afavoriria el desenvolupament professional i la millora de la salut poblacional, a part, també, disminuint la utilització del sistema sanitari (Galán-Martin et al., 2020). D'aquesta manera es permetria als pacients controlar i cuidar la seva pròpia salut (McColl et al., 2009).

2.3 Derivació tradicional i accés directe a fisioteràpia (ADF)

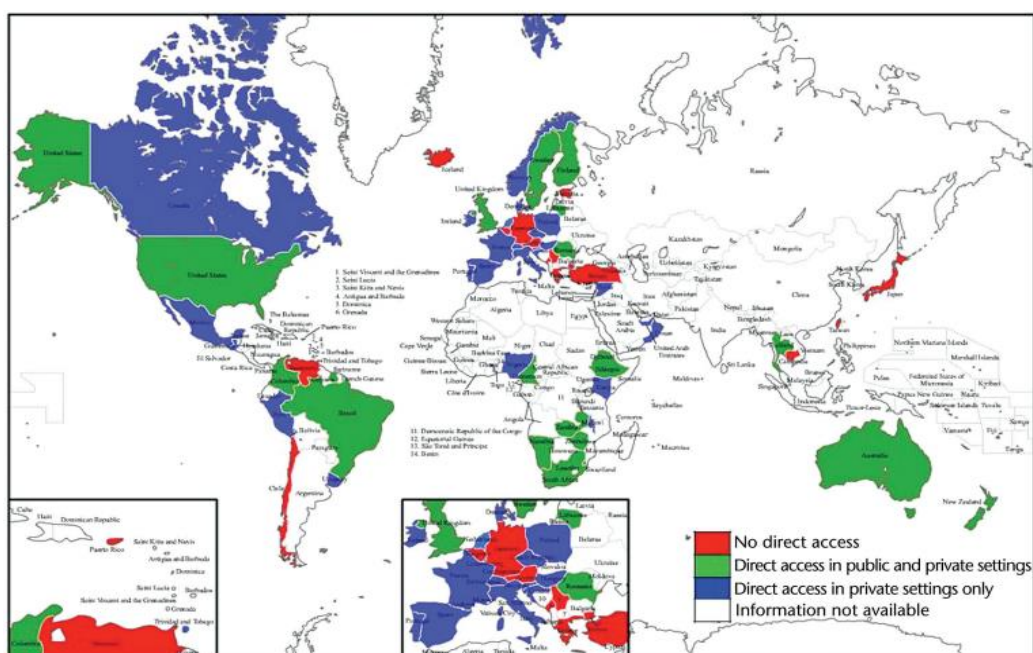
Existeixen estudis que assenyalen que les intervencions no invasives, com les que es plantegen en aquest projecte, són efectives i tenen un baix cost en comparació amb altres teràpies invasives, per tractar, gestionar i revertir diferents problemes de salut relacionats amb l'estil de vida. Tot i que la fisioteràpia pot augmentar els costos sanitaris, també pot reduir la pèrdua de productivitat, el consum de medicaments i els tractaments d'altres professionals sanitaris. Per aquest motiu, aquesta proposta es considera una estratègia cost-efectiva (Bürge et al., 2016; Dean et al., 2011).

Actualment el metge de família i els fisioterapeutes poden atendre de forma coordinada als pacients. És el metge el que deriva el pacient al servei de fisioteràpia en el cas que ho consideri adient. Aquesta tasca coordinada ja suposa un avanç respecte el model anterior en el que els pacients eren derivats al servei de fisioteràpia hospitalària de referència. Això suposava una demora important en l'inici del tractament i la rehabilitació (Martínez-Lentisco, 2020).

Existeix certa evidència que recolza la seguretat, efectivitat i la rendibilitat dels serveis de fisioteràpia mitjançant l'accés directe en comparació amb el circuit de derivació a través d'un metge. En aquest sentit, l'accés directe al fisioterapeuta pot reduir el cost i el nombre de visites i millorar la satisfacció i la salut dels pacients amb afeccions ME (Ojha et al., 2014). Aquest model pot evitar que patologies agudes cronifiquin (Nordeman et al., 2006) a més de suposar un ús més eficient dels serveis sanitaris, estalviar en els costos d'atenció generals en salut i millorar l'estatus dels professionals de fisioteràpia (Alnaqbi et al., 2021).

2.4 Accés directe a fisioteràpia arreu del món

Segons una enquesta realitzada per la World Confederation for Physical Therapy l'any 2012, l'accés directe a fisioteràpia estava present a 40 països, incloent països com Austràlia, Suècia, Finlàndia o Brasil. Una altra enquesta, al 2009, realitzada a nivell europeu, mostra que l'accés directe és possible al 50% de països: un 80% en el sector privat mentre que només un 20% al sector públic (Tracy J. Bury & Stokes, 2013).



Imatge 1. Mapa global d'accés directe a fisioteràpia segons enquesta de l'any 2012 realitzada per la World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Font: Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. *Phys Ther.* 2013; 93:449–459

A Espanya l'ADF només està establert en el sector privat, com en altres països propers, en són exemples França, Itàlia o Portugal (Tracy J. Bury & Stokes, 2013). D'altra banda, consta un estudi realitzat a Andalusia, on es compara la derivació al servei de fisioteràpia a través del metge de capçalera amb la derivació a través del metge especialista; obtenint el resultat que el circuit d'Atenció Primària va ser més ràpid (Martínez-Lentisco, M, 2020).

En comunitats com Galícia i Andalusia la fisioteràpia està considerablement més estesa que a Catalunya. La conselleria de sanitat de la junta de Galícia treballa per a que Galícia es converteixi en una comunitat autònoma pionera en incorporar la fisioteràpia a l'equip de gestió integral de la consulta a la carta en AP, sense necessitat d'intermediació d'altres professionals sanitaris, amb l'objectiu de garantir una atenció ordenada i homogènia als serveis d'AP (Quincemil, 2022). A Andalusia, per part del col·lectiu de fisioteràpia, s'estan esforçant per tal d'implementar l'accés directe a fisioteràpia al Servei Andalus de Salut (SAS) (Il·lustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, 2021).

En altres països, ja hi ha experiències de derivació directa a fisioteràpia en el sistema sanitari públic, que suggereixen que aquest tipus de model podria ser més eficient (Martínez-Lentisco, 2020). L'accés directe a fisioteràpia en Atenció Primària ha estat avaluat i recomanat per l'Institut Nacional per l'Excel·lència en la Salut i l'Atenció (NICE), al Regne Unit, demostrant que: redueix els temps d'espera, posa als pacients en control i millora els problemes de salut aguts evitant la seva cronificació. A més, en la pràctica clínica general, les afeccions ME representen el 30% del nombre de visites al metge de capçalera, augmentant al 50% en pacients majors de 75 anys. Malgrat tot, s'estima que el 85% d'aquests no necessita un metge de capçalera i un fisioterapeuta els pot gestionar de manera eficaç, el que allibera milions de cites amb metges de família per a altres pacients cada any (Europe Region WorldPhysio, 2021).

En el cas dels Països Baixos, es va realitzar un estudi en el qual els pacients van rebre menys sessions i es van mostrar resultats positius, tot i que, no hi ha resultats efectius sobre la rendibilitat. Per tant, actualment no existeix evidència científica robusta sobre la eficiència de la derivació directa, sent necessaris més estudis (Leemrijse et al., 2008).

També a Anglaterra s'ha estudiat aquest model, obtenint resultats favorables en un estudi on es va aconseguir alliberar hores de treball a metges de capçalera, auto-manegant dels problemes de salut per part dels pacients aconseguint millor salut múscul-esquelètica, menys absentisme laboral i satisfacció dels pacients amb el tractament rebut (Stynes et al., 2021). A Estats Units, l'accés directe a fisioteràpia s'aplica a diversos estats del país; resultant un model cost-efectiu

que redueix el nombre de visites a professionals sanitaris i millorant la funcionalitat dels pacients (Tracy J. Bury & Stokes., 2013; Hon et al., 2021).

2.5 Evidència de l'ADF

Repassant la literatura trobem múltiples revisions bibliogràfiques d'alta qualitat que reforcen la idea de que l'accés directe a fisioteràpia pot ser efectiu i eficient, tant econòmicament com satisfactòriament per als pacients. Aquestes indiquen un nivell d'evidència moderat sobre la cost-efectivitat del model en trastorns múscul-esquelètics i refermen la necessitat de més estudis (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2021; Hon et al., 2021; Ojha et al., 2014; Piscitelli et al., 2018)

Els resultats que podem trobar de les diferents revisions bibliogràfiques són similars: l'accés directe redueix els costos i millora els resultats clínics sense la necessitat de prescriure medicaments, reduint també el nombre de proves complementàries (Ojha et al., 2014).

L'accés directe a fisioteràpia és factible des del punt de vista clínic i econòmic, degut a menor nombre de sessions de fisioteràpia i de visites al metge, reducció dels costos per pacient, de proves complementàries, menor utilització de medicació i d'atenció secundària, també proporcionant major satisfacció per als pacients respecte els usuaris referits pel metge (Piscitelli et al., 2018).

També trobem resultats clínics similars als models tradicionals de derivació a través del metge de capçalera però els costos generals d'atenció, ús del sistema sanitari i l'absentisme laboral dona millor resultats en el cas de l'accés directe. Per tant, podríem concloure que els pacients que busquen atenció primerenca per a un problema múscul-esquelètic poden ser adequadament avaluats i tractats per fisioterapeutes amb un ús més eficient dels recursos de sanitat. (Demont et al., 2021).

A continuació es detalla l'evidència de l'accés directe a fisioteràpia en patologies múscul-esquelètiques, relacionant diferents variables amb les referències d'estudis amb resultats favorables que es poden trobar actualment.

En relació a **costos sanitaris i ús de serveis socio-sanitaris**, es poden dividir en:

- **Reducció dels costos generals d'atenció**; 10 estudis (Badke et al., 2014; Denninger et al., 2018; Frogner et al., 2018; Garrity et al., 2020; Goodwin & Hendrick, 2016; Hackett et al., 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Mallett et al., 2014; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Pendergast et al., 2012).
- **Reducció de l'ús i prescripció de medicació**; 8 estudis (Bornhöft et al., 2015; Frogner et al., 2018; Gagnon et al., 2021; Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; McGill, 2013; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Overman et al., 1988).
- **Reducció de proves complementàries**; 7 estudis (Badke et al., 2014; Frogner et al., 2018; Garrity et al., 2020; Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; McGill, 2013; Mitchell & De Lissovoy, 1997).
- **Reducció de visites al fisioterapeuta**; 6 estudis (Hackett et al., 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Pendergast et al., 2012; Swinkels et al., 2014).
- **Reducció de visites al metge de capçalera o especialistes**; 10 estudis (Badke et al., 2014; Bornhöft et al., 2015; Frogner et al., 2018; Gagnon et al., 2021; Garrity et al., 2020; Gentle et al., 1984; Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Holdsworth & Webster, 2004; Stynes et al., 2021)
- **Reducció d'admissions hospitalàries**; 1 estudi (Mitchell & De Lissovoy, 1997).

Pel que fa a l'**augment d'adherència al tractament de fisioteràpia**; 2 estudis (Holdsworth & Webster, 2004; Mallett et al., 2014).

En referència a la **reducció d'absentisme laboral i/o menor impacte de la lesió en el rendiment laboral**; 6 estudis (Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Holdsworth & Webster, 2004; Stynes et al., 2021; McGill, 2013; Webster et al., 2008).

D'altra banda, referint-nos al **període d'espera i recuperació**, es poden destacar els següents aspectes:

- **Menor període d'espera fins a iniciar fisioteràpia**; 3 estudis (Gentle et al., 1984; Hackett et al., 1993; Mallett et al., 2014).
- **Recuperació més ràpida**; 1 estudi (Gentle et al., 1984)

Segons els **resultats** que s'obtenen amb l'accés directe a fisioteràpia:

- **Millora en la funció i/o dolor**; 4 estudis (Brooks et al., 2008; Gagnon et al., 2021; Holdsworth & Webster, 2004; Nordeman et al., 2006).
- **Millora en la salut múscul-esquelètica**; 1 estudi (Stynes et al., 2021).
- **Millor assoliment de les metes clíniques**; 2 estudis (Holdsworth & Webster, 2004; Leemrijse et al., 2008).
- **Absència de danys (efectes adversos)**; 5 estudis (Bornhöft et al., 2019; Denninger et al., 2018; Goodwin & Hendrick, 2016; Mintken et al., 2015; Moore et al., 2005)

Finalment, **l'augment de la satisfacció dels pacients**; 8 estudis (Goodwin & Hendrick, 2016; Hackett et al., 1993; Holdsworth & Webster, 2004; Ludvigsson & Enthoven, 2012; Mallett et al., 2014; Overman et al., 1988; Stynes et al., 2021; Webster et al., 2008).

2.6 Justificació del projecte

Aquest projecte es dissenya creient en la hipòtesi que un circuit d'accés directe a fisioteràpia en Atenció Primària pot millorar indicadors socioeconòmics i pot tractar satisfactòriament les patologies múscul-esquelètiques dels pacients, realitzant el procés d'atenció de manera més ràpida i alliberant càrrega de feina a altres professionals de la salut, és a dir, estalviant temps i recursos econòmics.

Tenint en compte les dades exposades: a Catalunya, la ràtio de fisioterapeutes és de 0,07 per cada mil habitants, quan es recomana un 1 per cada mil, que en els Centres d'Atenció Primària on hi ha servei de fisioteràpia, el 70% del temps es dedica a rehabilitació de gimnàs i només un 30% a promoció de la salut i, que

en l'atenció al pacient hi ha implicats mínim dos professionals: metge de capçalera que fa la derivació al servei de fisioteràpia i més tard el fisioterapeuta.

A més, ressaltar la falta d'evidència científica sobre l'accés directe a l'estat espanyol i, sobretot la falta d'estudis a nivell de Catalunya. Per tant, es fa evident la importància de realitzar estudis que avaluin l'efectivitat de la fisioteràpia en AP en referència a variables rellevants per la població, tant relacionades amb la salut, com el cost benefici des del punt de vista de la salut pública, que demostris que la inversió en fisioteràpia en aquests centres de primer punt de contacte pot al final implicar una reducció de costos sanitaris a mig i llarg termini, a més de bons resultats a nivell de salut pels pacients.

Refermen aquesta necessitat, les paraules d'en Ramón Aiguadé, degà del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya (CFC): "incorporar fisioterapeutes a Atenció Primària estalviaria temps i diners a l'administració". En les seves declaracions manifesta la necessitat d'implementar l'accés directe a fisioteràpia en Atenció Primària de certes patologies considerades d'alta prevalença i baixa complexitat i, tenint en compte que els fisioterapeutes també tenen la capacitat de detectar la simptomatologia dels pacients i saben decidir quan derivar a altres especialistes en cas de ser necessari (González, 2021).

3. Objectius i hipòtesi

L'**objectiu general** del projecte és avaluar el cost-benefici i el cost-utilitat d'un circuit d'accés directe al fisioterapeuta, en comparació amb el circuit de derivació de l'especialista, en l'àmbit de l'Atenció Primària a Catalunya.

Els **objectius secundaris** o **específics** són:

- Avaluar l'efectivitat del circuit respecte a la millora de la qualitat de vida.
- Avaluar l'efectivitat del circuit en quant a la disminució del dolor.
- Avaluar l'efectivitat del circuit respecte a la millora de funcionalitat del pacient.
- Avaluar l'efectivitat del circuit respecte a la satisfacció dels pacients amb el tractament rebut.

La **hipòtesi general** de l'estudi és que l'accés directe a fisioteràpia en Atenció Primària és factible i beneficiós tant clínicament com econòmicament. Aquesta hipòtesi es genera en base als següents aspectes:

- **Hipòtesi 1:** l'accés directe a fisioteràpia redueix els costos en assistència sanitària.
- **Hipòtesi 2:** l'accés directe al fisioterapeuta disminueix el temps d'accés al tractament i el temps de tractament.
- **Hipòtesi 3:** l'accés directe a fisioteràpia millora tant la qualitat de vida, el dolor i la funcionalitat dels pacients de manera efectiva i de manera més àgil que en la derivació tradicional.
- **Hipòtesi 4:** l'accés directe a fisioteràpia produeix més satisfacció dels pacients en relació al tractament rebut i els seus problemes músculo-esquelètics en comparació amb el circuit actual de derivació.
- **Hipòtesi 5:** l'accés directe al fisioterapeuta reduirà el nombre de visites sanitàries i de proves complementàries.

4. Metodologia

Aquest Treball de Fi de Grau va lligat al projecte ECOFISAP (Impacto Económico y en la Salud de la derivación directa a Fisioterapia: estudio piloto en el ámbito de la atención primaria en Cataluña) promogut pel Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

La realització de l'estudi es basa en la guia TREND sobre assajos clínics no estandarditzats (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

El cronograma ([Annex 7.1](#)), els recursos necessaris ([Annex 7.2](#)) i l' impacte econòmic ([Annex 7.3](#)) del projecte/intervenció es poden trobar en els annexos.

4.1 Àmbit i disseny d'estudi

Per a la realització del projecte, es triaran dues institucions sanitàries que estiguin disposades a realitzar la intervenció plantejada.

El projecte consisteix en un estudi pilot controlat no aleatoritzat; els participants són assignats en dos grups diferenciats: el grup control que es realitzarà en un dels centres i el grup intervenció que es trobarà en l'altre; i pragmàtic, és a dir, que té la finalitat de valorar l'efecte real d'una estratègia de tractament en la població.

El tipus de cegament serà de tipus simple. L'avaluador no coneixerà a quin grup pertanyen els participants a l'hora de realitzar les avaluacions. D'altra banda, el cegament del fisioterapeuta que realitza les intervencions i dels participants no és possible en aquest tipus d'estudi.

4.2 Població i mostra. Criteris d'inclusió i exclusió

L'estudi es divideix en dos grups diferenciats: grup control i grup intervenció. La mostra és de mínim 40 participants per cada un d'ells. La bibliografia suggereix que entre trenta i quaranta participants per grup poden ser suficients per un estudi pilot (Hertzog, 2008).

Els criteris d'inclusió són:

- Persones adultes entre 18 i 64 anys amb dolor múscul- esquelètic no específic a zona lumbar (lumbàlgia), cervical (cervicàlgia), espatlla (omàlgia) o genoll (gonàlgia).
- Usuaris disposats a realitzar la intervenció d'estudi.
- Usuaris que signin el consentiment informat.

Com a criteris d'exclusió:

- Pacients amb dolències greus de l'aparell locomotor que requereixin atenció urgent.
- Trastorns neurològics progressius o símptomes infecciosos.
- Condicions clíniques inestables concomitants (cardíaques, pulmonars, digestives i/o psiquiàtriques).
- Pacients hospitalitzats o en centres de llarga estada.
- Pacients amb problemes idiomàtics, on poden sorgir dificultats per a contestar els qüestionaris.

4.3 Intervenció

La intervenció consta de dos grups de participants mencionats anteriorment, grup intervenció i grup control. Cadascun d'ells rep una intervenció diferent per a l'obtenció dels resultats i assolir l'objectiu general d'estudi.

Grup intervenció: els pacients reben accés directe al fisioterapeuta d'Atenció Primària, sense haver tingut una visita prèvia a cap especialista (només visita abans pel metge de capçalera). El fisioterapeuta realitzarà una primera valoració i determinarà l'abordatge adequat per cada usuari, entre diferents opcions:

- a) Consells d'auto-maneg i posteriors sessions de seguiment.
- b) Derivació a fisioteràpia individual o grupal en el propi CAP.
- c) Derivació a especialistes en el cas d'existir alguna "red flag" i posterior exclusió de les seves dades.

Grup control: circuit habitual de derivació a l'especialista, en el qual el pacient generalment passa per una llista d'espera fins que el visita l'especialista i si aquest ho creu adequat, el deriva a fisioteràpia, on també generalment s'inclou en una llista d'espera.

4.4 Variables i mètode de mesura

Les variables que es recullen en aquest estudi es divideixen en: variables sociodemogràfiques, variables relacionades amb l'economia de la salut i en variables relacionades amb la salut.

4.4.1 Variables sociodemogràfiques

Es valorarà: edat, gènere, estat civil, nivell educatiu, sector econòmic (parat, agricultura/pesca, indústria, construcció, serveis).

Taula 1. Variables sociodemogràfiques

Variables sociodemogràfiques		
Variable	Categories	Tipus
Edat	Nombre d'anys del pacient	Quantitativa discreta
Gènere	<ul style="list-style-type: none"> - Masculí - Femení - No binari 	Qualitativa nominal
Estat Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Solter/a - Casat/da - Separat/da - Divorciat/da - Vidu/a 	Qualitativa nominal
Nivell educatiu	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabet 	Qualitativa ordinal

	<ul style="list-style-type: none"> - Educació primària - Secundària - Superior 	
Sector econòmic	<ul style="list-style-type: none"> - Parat - Agricultura/pesca - Indústria - Serveis 	Qualitativa nominal

4.4.2 Variables relacionades amb l'economia de la salut

La **qualitat de vida** s'avaluarà mitjançant la versió espanyola de 5 nivells del qüestionari autoadministrat Euro Quality of Life (QoL) Score (EQ-5D-5L) ([Annex 7.4.1](#)) (Conner-Spady et al., 2015). Aquest qüestionari consta de dues pàgines; el sistema descriptiu de EQ-5D-5L (pàgina 1) i l'escala visual analògica (EVA) de qualitat de vida (pàgina 2).

En el sistema descriptiu, el pacient valora el seu estat de salut dividit en 5 dimensions: mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió. Cada dimensió s'avalua mitjançant una escala Likert de 5 nivells, indicant els diferents nivells de gravetat (sense problemes, problemes lleus, problemes moderats, problemes greus i problemes extrems) codificats amb puntuacions d'1 a 5 respectivament. Amb aquest mètode descriptiu es genera una puntuació de 5 dígit que cataloga l'estat de salut del pacient. Hi ha 3.125 estats de salut possibles definits combinant un nivell de cada dimensió, que van des de 11111 (salut total) fins a 55555 (pitjor salut).

L'EVA de qualitat de vida registra l'estat de salut percebut pel pacient en una escala analògica de 20 cm, amb valors que van del 0 (pitjor estat de salut imaginable) fins al 100 (millor estat de salut imaginable). Aquesta informació pot utilitzar-se de forma quantitativa (Herdman et al., 2011).

A més s'estudien **dades clíniques i d'utilització dels serveis sanitaris** com:

- Temps i cost de baixa laboral (nombre de dies i €).
- Nombre de visites/sessions de fisioteràpia i tipus (individuals o grupals).
- Nombre de visites a professionals no fisioterapeutes (metge, infermers, etc.)

- Cost brut derivat de medicació i productes farmacèutics/ortopèdics (€ bruts).
- Adherència al tractament de fisioteràpia.
- Període d'espera a la visita (nombre de dies).
- Admissions hospitalàries i dies d'hospitalització (nombre d'admissions i dies).
- Nombre de proves complementàries (Rx, RNM, etc.).
- I costos generals d'atenció en salut, que resulta d'una suma de costos de les visites a professionals de la salut, proves complementàries, cost brut derivat de medicació i productes farmacèutics/ortopèdics.

Taula 2. Variables relacionades amb l'economia de la salut

Variables relacionades amb economia de la salut			
Variable	Categories / Qüestionari		Tipus
Qualitat de vida	EQ-5D		Quantitativa discreta
Temps de baixa laboral	Dies d'absència laboral en els darrers 6 mesos (nombre de dies)		Quantitativa discreta
Cost de baixa laboral	Impacte econòmic dels dies d'absència laboral (€ bruts)		Quantitativa continua
Visites de fisioteràpia	Nombre de sessions realitzades		Quantitativa discreta
Tipus de visita de fisioteràpia	Grupals o individuals		Qualitativa nominal
Visites a altres professionals sanitaris	Públics	Nombre de sessions a professionals sanitaris no fisioterapeutes	Quantitativa discreta
	Privats		
Costos de medicació	Impacte econòmic derivats de la medicació (€ bruts)		Quantitativa contínua
Adherència a fisioteràpia	Nombre de sessions realitzades / Nombre de sessions pautades		Quantitativa discreta
Període d'espera a la visita	Dies d'espera entre demanda i visita		Quantitativa discreta
Admissions hospitalàries	Públics	Nombre d'admissions hospitalàries	Quantitativa discreta
	Privats		

Dies d'hospitalització	Nombre de dies d'hospitalització els darrers 6 mesos	Quantitativa discreta
Proves complementàries	Nombre i tipus de proves complementàries realitzades	Quantitativa discreta
Costos generals d'atenció	Es calcularà en base a altres variables recollides (per exemple: visites, hospitalització, etc)	Quantitativa continua

4.4.3 Variables relacionades amb la salut

La primera variable a tenir en compte és el **motiu de la consulta** pel qual els pacients visiten el fisioterapeuta. Aquestes 4 patologies poden ser lumbàlgia, cervicàlgia, omàlgia o gonàlgia.

Els **síntomes depressius i d'ansietat** s'avaluaran mitjançant el qüestionari auto-administrat validat al Castellà, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Herrero et al., 2003) ([Annex 7.4.2](#)). Es tracta d'un qüestionari de 14 ítems (7 en referència a l'ansietat i 7 en referència a la depressió) dissenyat per avaluar la presència dels estats de depressió i d'ansietat en pacients que es troben en un centre sanitari ambulatori no psiquiàtric. Cada ítem és avaluat segons una escala Likert de quatre punts que va des del 0 al 3 (p.e. com sempre [0], menys del que m'agradaria [1], només una mica [2], mai [3]). En cada apartat les puntuacions majors de 10 es consideren indicatives de morbiditat.

La **funcionalitat** s'avaluarà segons l'escala WHODAS 2.0 ([Annex 7.4.3](#)) (Servicio Nacional de Rehabilitación y Organización Mundial de la Salud, 2015). És una escala validada al castellà, que consta de 36 ítems (20 minuts d'aplicació), i que mesura 6 dominis relacionats amb la mesura de la salut i la discapacitat (cognició, mobilitat, cures personals, relacions, activitats quotidianes i participació en les activitats quotidianes i en la societat). Cada ítem utilitza una escala Likert de 5 nivells (1-Cap, 2-Lleu, 3-Moderada, 4-Severa, 5-Extrema) i per cada resposta positiva, es realitza una pregunta de seguiment per indagar sobre el número de dies (en els últims 30) en els que el pacient hagi experimentat la dificultat específica.

La puntuació mitja del domini es calcula dividint la puntuació bruta del mateix pel nombre d'ítems del domini. D'altra banda, la puntuació mitjana de la discapacitat general es calcula dividint la puntuació global bruta pel nombre d'elements de la mitjana (36).

El **dolor** s'enregistrarà utilitzant una Escala Visual Anàloga del Dolor (EVA) (Vicente Herrero et al., 2018) ([Annex 7.4.4](#)) de 10 cm, amb un rang que va des del 0 indicant "cap dolor" al 10 indicant "el pitjor dolor imaginable", demanant el dolor mitjà que han patit les últimes dues setmanes.

La **percepció d'autoeficàcia en el dolor crònic** s'avaluarà mitjançant la versió validada a l'Espanyol de la Chronic Pain Self Efficacy Scale (Martín-Aragón et al., 1999) ([Annex 7.4.5](#)). El qüestionari consta de 19 ítems que avaluen la capacitat que el pacient creu tenir per a realitzar una tasca o activitat determinada. Cada ítem s'avalua mitjançant una escala Likert de 10 punts, amb un rang de 0 a 10, sent 0 "em crec totalment incapaç" i 10 "em crec totalment capaç". La puntuació total oscil·la entre 0 i 190 punts, indicant una major autoeficàcia quan major és la puntuació. Aquest qüestionari es divideix en tres dominis o subescales: afrontament dels símptomes, funcionament físic i maneig del dolor.

El **catastrofisme davant el dolor** serà avaluat amb la versió validada al Castellà de la Pain Catastrophizing Scale (García Campayo et al., 2008) ([Annex 7.4.6](#)). Es tracta d'un qüestionari auto-administrat de 13 ítems que avalua els pensaments i sentiments que poden estar associats al dolor. Aquest es divideix en 3 subescales o dimensions: rumiació, magnificació i desesperança. Cada ítem s'avalua mitjançant una escala Likert de 5 nivells des de 0 (en absolut) fins a 4 (tota l'estona). La puntuació total de l'escala comprèn valors que van des de 0 a 52, indicant un major grau de catastrofisme quan més gran és la puntuació.

Escala d'impressió de milloria global del pacient (PGI-I) (Sociedad Española del Dolor, 2021) ([Annex 7.4.7](#)). Consisteix en una sola pregunta que sol·licita al pacient que classifiqui l'alleujament obtingut amb el tractament que segueix una resposta en una escala de Likert de 7 punts des d'1 moltíssim millor a 7 moltíssim pitjor.

La **satisfacció del pacient amb el tractament rebut** es coneixerà mitjançant l'instrument PSQ-E (Patient Satisfaction Questionnaire-Espanyol) (Escatllar, M., 2017) ([Annex 7.4.8](#)). Aquest qüestionari de satisfacció dels pacients mesura aspectes relacionats amb l'admissió al centre, l'elecció del centre, el tractament i les instal·lacions on es rep el tractament. Consta de 14 preguntes: 1 d'elecció del centre, 2 sobre el procediment d'admissió, 5 sobre el tractament de fisioteràpia, 4 sobre les instal·lacions i 2 preguntes globals de fidelitat. A més inclou 3 preguntes opcionals obertes en relació als punts forts i febles del servei i com es podria millorar. Les opcions de resposta es construeixen en una escala de Likert de 5 punts (1- malament, 2- regular, 3- bé, 4- molt bé i 5- excel·lent) per a 12 dels ítems, excepte les opcions de resposta sobre l'elecció del centre, sense puntuació (jo, el meu metge, m'ho van recomanar, o era la única opció) i la pregunta de recomanació amb puntuació (1-no, en cap cas, 2-no crec, 3-potser, 4-segurament si, 5-sense dubte). La major satisfacció possible és de 65 punts en l'escala, mentre que una puntuació de 13 la pitjor. Per tant, les respostes positives superiors al 90% es consideren àrea d'excel·lència, les respostes positives inferiors al 75% àrea de millora i, les respostes estàndard són entre aquest dos percentatges (75%-90% de respostes positives).

Per últim s'avaluaran les **metes clíniques** assolides per part del pacient (Leemrijse et al., 2008). El pacient haurà d'escollir entre 5 opcions el nivell d'assoliment de les seves metes clíniques. Aquests nivells són: no assolides, assolides un 25%, assolides un 50%, assolides un 75% o assolides totalment. També hi ha opció en cas de que siguin desconegudes.

Taula 3. Variables relacionades amb la salut

Variables relacionades amb la salut			
Variable	Categories / Qüestionari	Tipus	Puntuació
Motiu de la consulta	Lumbàlgia, cervicàlgia, omàlgia, gonàlgia	Qualitativa nominal	-
Síntomes depressius	Escala HADS	Quantitativa discreta	0-42
Síntomes d'ansietat			
Funcionalitat	WHODAS 2.0	Quantitativa discreta	36-180

Dolor	EVA	Quantitativa discreta	0-10
Autoeficàcia en el dolor	Versió validada al castellà de la <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i>	Quantitativa discreta	0-190
Catastrofisme davant el dolor	Versió validada al castellà de la <i>Pain Catastrophizing Scale</i>	Quantitativa discreta	0-52
Milloria del pacient	Escala PGI-I	Quantitativa discreta	1-7
Satisfacció del pacient	Escala PSQ-E	Quantitativa discreta	13-65
Metes clíniques	<ul style="list-style-type: none"> - No assolides - Assolides 25% - Assolides 50% - Assolides 75% - Totalment assolides - Desconegut 	Qualitativa ordinal	-

4.5 Anàlisi de registres

L'investigador principal i l'empresa IDIBELL seran els únics encarregats de l'anàlisi de dades per assegurar la confidencialitat de les dades dels participants.

Com bé podem trobar al cronograma, en els annexos, l'anàlisi de dades es realitzarà en el mesos 10 i 11 del projecte. S'analitzaran les avaluacions inicials del mes 4, les avaluacions al cap de tres mesos (mes 6) i les avaluacions finals de la intervenció (mes 9).

L'anàlisi de variables es dividirà en:

Anàlisi descriptiu per les variables sociodemogràfiques i les variables relacionades amb la salut dels participants. L'estadística descriptiva permet descriure i sintetitzar les dades. Es calcularan els nivells dels resultats en les diferents avaluacions (inicials, intermèdies i finals) per a veure l'evolució. Els resultats seran qualificats segons sexe i edat per ser més significatius.

Anàlisi d'inferències amb l'objectiu d'analitzar les diferències en el grup control i en el grup intervenció en referència a les variables relacionades amb la salut.

L'estadística inferencial permet estimar de quina manera es poden fer prediccions i generalitzar els resultats.

L'**avaluació econòmica** mitjançant l'anàlisi de cost-benefici i cost-utilitat. Per als costos es consideraran totes les mesures d'atenció sanitària derivades de la patologia d'estudi així com el nombre de duració de sessions de fisioteràpia i d'altres professionals sanitaris. D'altra banda, per al càlcul dels beneficis, es tindran en compte la reducció dels costos derivats de dies de baixa laboral, l'educació en salut, els productes ortopèdics o farmacèutics i els dies d'hospitalització, entre d'altres.

En l'anàlisi de cost-utilitat es calcularan els anys ajustats per qualitat de vida (Quality-Adjusted Life Year – QALYs) per ambdós grups.

4.6 Limitacions de l'estudi

Les principals limitacions que podem trobar en aquest estudi poden ser derivades de problemes amb els participants del projecte; en són exemples:

- La no realització de les propostes d'auto-maneg, consells terapèutics o altres indicacions que el fisioterapeuta ha donat al pacient.
- L'abandonament de les sessions de fisioteràpia.
- Altres patologies que pugui tenir el pacient que afectin a la patologia d'estudi i tractament.
- Altres tractaments externs als del projecte que el pacient pugui estar realitzant paral·lelament.

Tots aquests aspectes poden afectar als resultats de l'estudi pilot. La manera més efectiva d'evitar-los és l'educació al pacient i donant la màxima informació per a què siguin conscients de la importància de la bona realització de les tasques.

També poden sorgir dificultats amb el plantejament de l'estudi, els centres col·laboradors o els investigadors implicats, alguns exemples són:

- Dificultats amb recursos materials i d'espai.
- Pèrdues de contacte amb els participants durant el període d'intervenció i observació.
- Mitjans econòmics i humans insuficients.

La manera de mitigar aquests problemes serà cercar Centres d'Atenció Primària amb un grau d'implicació i col·laboració màxim, que tinguin tots els recursos materials necessaris i disposats a compartir-los, tenir feedback amb els participants mitjançant trucades telefòniques a part de les consultes, si es necessari i, aclarir amb els col·laboradors que financen el projecte que el pressupost està obert a petits canvis que sorgeixin durant la intervenció. Remarcar, però, la dificultat en trobar un centre que li sigui viable fer l'ADF.

D'altra banda, poden sorgir problemes derivats de la situació actual de pandèmia del COVID-19. En l'àmbit d'estudi, els CAPs es poden veure afectats en algun moment segons la incidència del virus i haver de parar el projecte de manera presencial. Per tant aquesta possible limitació podria ser esmenada plantejant estratègies digitals tant per als tractaments com per la recollida d'informació dels pacients per tal de poder fer el seguiment correcte.

Cal ressaltar també que segons el format de la sanitat pública a Catalunya, l'actuació a nivell d'aquest estudi no seria 100% accés directe a fisioteràpia. De moment, no existeix la possibilitat en AP d'obtenir visita sense passar abans pel metge de capçalera.

Per últim cal tenir en compte que, segons la literatura, els estudis pilot no solen tenir el suficient poder estadístic per a mostrar diferències significatives. Per tant, aquest estudi servirà com a base per a poder calcular la mostra mínima adequada per a un futur assaig clínic (Feeley et al., 2009)

4.7 Aspectes ètics

El projecte serà enviat al Comitè d'Ètica del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2022) per a la corresponent aprovació. Es respectarà la Llei Orgànica 3/2018, del 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals (LOPD) i garantia dels drets digitals (Boletín Oficial del Estado, 2021), així com la declaració de Helsinki (World Medical Association, 2018).

En primer lloc, es buscarà l'acceptació formal de la participació en l'estudi per part dels centres/institucions sanitàries. Una vegada obtinguda l'acceptació de les institucions i abans de la recollida de dades, a cada participant se li assignarà un codi d'estudi que servirà també per identificar els qüestionaris i les dades recollides, de manera que en cap qüestionari s'identificarà el nom dels participants i tampoc a la base de dades, és a dir, les dades seran confidencials.

La participació de l'estudi serà voluntària; després d'informar els pacients sobre l'estudi ([Annex 7.5](#)) estaran obligats a signar el document de consentiment informat ([Annex 7.6](#)) per part de tots ells. Ambdós documents, full d'informació del projecte i consentiment informat, estan redactats seguint els exemples del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

Ressaltar que les avaluacions realitzades pels professionals sanitaris, personal qualificat i entrenat, no suposen risc per als participants i no es preveu l'aplicació de tècniques invasives de cap tipus; totes les dades es recolliran mitjançant qüestionaris o proves no invasives.

D'altra banda, tampoc es preveuen efectes secundaris o no desitjables adversos, ja que no es realitzaran tècniques considerades d'elevat risc per als participants.

5. Utilitat pràctica dels resultats

Com bé apareix en l'apartat de limitacions, cal tenir en compte que segons la literatura els estudis pilot no solen tenir el suficient poder estadístic per a mostrar diferències significatives.

En aquest treball només hi consta el disseny de l'estudi pilot i no s'ha pogut realitzar encara la intervenció (degut a un retard en el reclutament de CAPs participants per diversos factors contextuais), per tant, no hi ha resultats, només podem imaginar els beneficis que s'obtindran.

Una vegada es realitzi la intervenció, els resultats d'aquest estudi pilot poden servir per:

- Saber si l'accés directe a fisioteràpia sembla ser una estratègia efectiva reduint costos sanitaris i millorant la salut dels pacients.
- Saber les mancances i les fortaleses de la gestió, les variables d'estudi i/o l'organització del servei de fisioteràpia plantejat en l'estudi pilot.
- Conèixer més sobre la incidència de malalties múscul-esquelètiques i la seva recuperació al servei de fisioteràpia de primera mà.

En el cas d'obtenir resultats favorables en aquest estudi pilot, la divulgació d'aquests pot mostrar als gestors de salut i als polítics la importància de l'aplicació de l'ADF i els beneficis que pot comportar a nivell de Salut Pública, considerant la professió com una estratègia efectiva de primera línia.

Finalment, la utilitat pràctica d'aquest estudi pilot és poder plantejar en un futur un assaig clínic amb una mostra més adequada per a tenir una evidència més forta sobre el tema i començar a establir l'ADF finalment.

6. Bibliografía

- Alnaqbi, A., Shousha, T., AlKetbi, H., & Hegazy, F. A. (2021). Physiotherapists' perspectives on barriers to implementation of direct access of physiotherapy services in the United Arab Emirates: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(6), e0253155. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0253155>
- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PloS One*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0235364>
- Badke, M., Sherry, J., Sherry M., Jindrich, S., Schick, K., Wang, S., Boissonaut, W. (2014) Physical Therapy Direct Patient Access Versus Physician Patient-Referred Episodes of Care: Comparisons of Cost, Resource Utilization & Outcomes. *HPA Resources*, 14(3), 1-13. <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19316313&AN=97381433&h=96RzUSHkIVN7oltk101AmMhaN2e4Uw7wYrdFpoiCUQqVlcntcbq00bPw3Lnvch50WzjBPxodLKVufT3WiXw13A%3D%3D&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26profile%3Dehost%26scope%3Dsite%26authtype%3Dcrawler%26jrnl%3D19316313%26AN%3D97381433>
- Boletín Oficial del Estado. (2021). *Legislación consolidada. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Recuperat 1 maig de 2022, de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

- Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., & Thorn, J. (2015). Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 45–52. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>
- Bürge, E., Monnin, D., Berchtold, A., & Allet, L. (2016). Cost-Effectiveness of Physical Therapy Only and of Usual Care for Various Health Conditions: Systematic Review. *Physical Therapy*, 96(6), 774–786. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20140333>
- Bury, Tracy J., & Stokes, E. K. (2013). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy*, 93(4), 449–459. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20120060>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND)*. Recuperat 12 abril 2022, de <https://www.cdc.gov/trendstatement/index.html>
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. (2022). CER. Recuperat 11 maig 2022, https://www.fisioterapeutes.cat/es/colegiados/sol/investigacion_fisioterapia/cer
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. (s.d). *Informe sobre les Competències de Fisioterapeutes d'AP*. Recuperat 21 octubre 2021, de <https://www.fisioterapeutes.cat/ca/colegiats/comissions/atencio-primaria/documents/competencies>
- Conner-Spady, B. L., Marshall, D. A., Bohm, E., Dunbar, M. J., Loucks, L., Khudairy, A. Al, & Noseworthy, T. W. (2015). Reliability and validity of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L in patients with osteoarthritis referred for hip and knee replacement. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(7), 1775–1784. <https://doi.org/10.1007/S11136-014-0910-6>

- Dean, E., Al-Obaidi, S., De Andrade, A. D., Gosselink, R., Umerah, G., Al-Abdelwahab, S., Anthony, J., Bhise, A. R., Bruno, S., Butcher, S., Olsén, M. F., Frownfelter, D., Gappmaier, E., Gylfadttir, S., Habibi, M., Hanekom, S., Hasson, S., Jones, A., Lapier, T., ... Wong, A. W. P. (2011). The First Physical Therapy Summit on Global Health: Implications and Recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory and Practice*, 27(8), 531–547. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.544052>
- Demont, Anthony, Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1637–1648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- Denninger, T. R., Cook, C. E., Chapman, C. G., McHenry, T., & Thigpen, C. A. (2018). The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 48(2), 63–71. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2018.7423/ASSET/IMAGES/LARGE/JOSPT-63-FIG001.JPEG>
- Europe Region WorldPhysio. (2021). *Europe Region World Physiotherapy Statement on Physiotherapy in Primary Care*. Recuperat 21 octubre 2021, de https://www.erwcpt.eu/physiotherapy_and_practice/physiotherapy_in_primary_care
- Escatllar, M. (2017). *Adaptación y validación de un cuestionario para medir la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria*. (Tesi doctoral, Universitat Rovira i Virgili). <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/450864/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Feeley, N., Cossette, S., Côté, J., Héon, M., Stremler, R., Martorella, G., & Purden, M. (2009). The Importance of Piloting an RCT Intervention. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 41, 84–99. <https://cjnr.archive.mcgill.ca/article/view/2194>
- Frogner, B. K., Harwood, K., Andrilla, C. H. A., Schwartz, M., & Pines, J. M. (2018). Physical Therapy as the First Point of Care to Treat Low Back Pain: An Instrumental Variables Approach to Estimate Impact on Opioid Prescription, Health Care Utilization, and Costs. *Health Services Research*, 53(6), 4629–4646. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12984>
- Gagnon, R., Perreault, K., Berthelot, S., Matifat, E., Desmeules, F., Achou, B., Laroche, M. C., Van Neste, C., Tremblay, S., Leblond, J., & Hébert, L. J. (2021). Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 28(8), 848–858. <https://doi.org/10.1111/ACEM.14237>
- Galan-Martin, M. A., Montero-Cuadrado, F., Lluch-Girbes, E., Coca-López, M. C., Mayo-Iscar, A., & Cuesta-Vargas, A. (2020). Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1201. <https://doi.org/10.3390/JCM9041201>
- García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). [Validation of the Spanish version of the Pain Catastrophizing Scale in fibromyalgia]. *Medicina Clinica*, 131(13), 487–492. <https://doi.org/10.1157/13127277>

- Garrity, B. M., McDonough, C. M., Ameli, O., Rothendler, J. A., Carey, K. M., Cabral, H. J., Stein, M. D., Saper, R. B., & Kazis, L. E. (2020). Unrestricted Direct Access to Physical Therapist Services Is Associated With Lower Health Care Utilization and Costs in Patients With New-Onset Low Back Pain. *Physical Therapy*, *100*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZZ152>
- Gentle, P. H., Herlihy, P. J., & Roxburgh, I. O. (1984). Controlled trial of an open-access physiotherapy service. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *34*(264), 371. [/pmc/articles/PMC1959749/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1959749/)
- González, B. (2021, diciembre 12). Ramón Aiguadé: "Incorporar fisioterapeutas a la atención primaria ahorraría tiempo y dinero a la Administración". *El periódico*. Recuperat 20 diciembre 2021, de <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20211212/ramon-aiguade-incorporar-fisioterapeutas-atencion-12969990>
- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. A. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development*, *17*(5), 489–502. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>
- Hackett, G. I., Bundred, P., Hutton, J. L., O'Brien, J., & Stanley, I. M. (1993). Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy. *The British Journal of General Practice*, *43*(367), 61. [/pmc/articles/PMC1372300/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1372300/)
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonse, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *20*(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/S11136-011-9903-X>

- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry, 25*(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health, 31*(2), 180–191. <https://doi.org/10.1002/NUR.20247>
- Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: Now? - And into the future? *Physiotherapy, 90*(2), 64–72. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2004.01.005>
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy, 93*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2006.05.005>
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy, 101*(1). <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAA201>
- Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. (2021). *El SAS incluirá la derivación directa a Fisioterapia en los "Protocolos de consulta de acogida", que contarán con la revisión y aportación de los fisioterapeutas.* Recuperat 18 abril 2022, de https://api-colfisio.vfges.com/comunicacion_y_prensa/noticias/1150_EI_SAS_incluir_la_derivaci_n_directa_a_Fisioterapia_en_los_Protocolos_de_consulta_de_acogida_que_contar_n_con_la_revisi_n_y_aportaci_n_de_los_fisioterapeutas

Instituto de Información Sanitaria (s.d). *Organización funcional servicios de apoyo o próximos a la atención primaria. Sistema de Información Atención Primaria. Sistema nacional de salud (SIAP)*. Recuperat de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/orgFuncionalServicios.pdf>

Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936–946. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20070308>

Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, 98(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2011.04.354>

Mallett, R., Bakker, E., & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, 12(4), 251–260. <https://doi.org/10.1002/MSC.1075>

Martín-Aragón, M. Pastor, J. Rodríguez, M.J. March, A. Lledó, S. López-Roig, M. T. (1999). Self-Efficacy Perception in Chronic Pain. Adaptation y validation of the Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Journal of Health Psychology*, 11(1–2), 53–75. <https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2019/03/martc3adn-aragon-m-1999.pdf>

Martínez-Lentisco, M. (2020). Derivación directa al servicio de fisioterapia en atención primaria: beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación. *Cuestiones de Fisioterapia*, 49(2), 89-98. https://www.researchgate.net/publication/341270881_Derivacion_directa_al_servicio_de_fisioterapia_en_atencion_primaria_beneficios_en_la_demora_Estudio_transversal_tras_siete_anos_de_implementacion

- Maya, A.M. .(2018).Patologías más frecuentes tratadas en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Centro de Atención Primaria Sant Pere de Reus durante el año 2017 - *Scientific Big Data*.. Retrieved October 18, 2021, from <https://www.scientificbigdata.com/article.php?oK9PsDuE9jdKKOOz4WsQjZtgMtoi5SpQAfdT6TVg6oc=>
- McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., & Donnelly, C. (2009). Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(9), 1523–1531. <https://doi.org/10.1016/J.APMR.2009.03.017>
- McGill, T. (2013). Effectiveness of physical therapists serving as primary care musculoskeletal providers as compared to family practice providers in a deployed combat location: a retrospective medical chart review. *Military Medicine*, 178(10), 1115–1120. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00066>
- McMahon, S., O'Donoghue, G., Doody, C., O'Neill, G., Barrett, T., & Cusack, T. (2016). Standing on the Precipice: Evaluating Final-Year Physiotherapy Students' Perspectives of Their Curriculum as Preparation for Primary Health Care Practice. *Physiotherapy Canada*, 68(2), 188. <https://doi.org/10.3138/PTC.2015-11E>
- Mintken, P., Pascoe, S. C., Barsch, A. K., & Cleland, J. (2015). Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. Undefined.
- Mitchell, J. M., & De Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*, 77(1), 10–18. <https://doi.org/10.1093/PTJ/77.1.10>

- Moore, J. H., McMillian, D. J., Rosenthal, M. D., & Weishaar, M. D. (2005). Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 35(10), 674–678. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2005.35.10.674>
- Nordeman, L., Nilsson, B., Möller, M., & Gunnarsson, R. (2006). Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: A prospective randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*, 22(6), 505–511. <https://doi.org/10.1097/01.AJP.0000210696.46250.0D>
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94(1), 14–30. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20130096>
- Overman, S. S., Larson, J. W., Dickstein, D. A., & Rockey, P. H. (1988). Physical therapy care for low back pain. Monitored program of first-contact nonphysician care. *Physical Therapy*, 68(2), 199–207. <https://doi.org/10.1093/PTJ/68.2.199>
- Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K., & Duffy, P. A. (2012). A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Services Research*, 47(2), 633–654. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6773.2011.01324.X>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy: a systematic review. *La Clinica Terapeutica*, 169(5), e249–e260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>
- Quincemil. (2022, abril 6). Galicia incorporará la fisioterapia al servicio de consulta de atención primaria: hasta la fecha, los fisioterapeutas solo atendían a los pacientes que derivaban los médicos de familia a los de rehabilitación. *El Español*. Recuperat 18 abril 2022, de <https://www.elespanol.com/quincemil/articulos/vivir/galicia-incorporara-la-fisioterapia-al-servicio-de-consulta-de-atencion-primaria>

- Redacció Mèdica (2019, gener 29). Espanya està a "anys llum" del ratio de fisioterapeutes/pacient de la OMS: Satse afirma que les plantilles de fisioterapeutes en els serveis autonòmics de salut són pràcticament inexistents. *Redacció Mèdica*. Recuperat 21 octubre 2021, de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/espana-a-anos-luz-del-ratio-de-fisioterapeuta-pacientes-que-dicta-la-oms-7350>
- Servicio Nacional de Rehabilitación y Organización Mundial de la Salud. (2015). Medición de la Salud y la Discapacidad: manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS WHODAS 2.0. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperat 22 de febrer 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sociedad Española del Dolor. (s.d). Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático. *DOCPLAYER*. Recuperat el 22 de febrer 2022, de <https://docplayer.es/23875521-Recomendaciones-de-la-sociedad-espanola-del-dolor-para-el-dolor-neuropatico.html>
- Stynes, S., Jordan, K. P., Hill, J. C., Wynne-Jones, G., Cottrell, E., Foster, N. E., Goodwin, R., & Bishop, A. (2021). Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: patient characteristics and outcomes. *Physiotherapy*, 113, 199–208. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2021.08.002>
- Swinkels, I. C. S., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E., Verheij, R., de Bakker, D. H., & Veenhof, C. (2014). An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Physical Therapy*, 94(12), 1785–1795. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20130309>
- Verhagen, E., Engbers, L. (2009). The physical therapist's role in physical activity promotion. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 99–101. <https://doi.org/10.1136/BJSM.2008.053801>

- Vicente Herrero, M.T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F. Ramírez Íñiguez de la Torre, M.V., Capdevila García, L. (2018) Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. <http://10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2007.11.003>
- Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S2. <https://doi.org/10.1016/J.PAIN.2010.09.030>
- World Medical Association. (2018). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Recuperat 1 maig de 2022, de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

7. Annexos

7.1 Cronograma

El projecte es divideix en 3 blocs diferenciats: en primer lloc la coordinació i gestió del projecte, etapa en la que es duu a terme la preparació de la documentació, les reunions entre l'equip de treball i la preparació dels professionals encarregats de realitzar la intervenció principal de fisioteràpia. Seguidament el propi estudi pilot, que es podrà realitzar després d'obtenir l'aprovació del Comitè d'Ètica del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. En aquesta etapa es realitza el reclutament i les primeres avaluacions o avaluacions inicials, les avaluacions de seguiment als 3 mesos de l'inici de la intervenció de fisioteràpia, les avaluacions finals als 6 mesos d'haver realitzat la intervenció i el posterior anàlisi de dades. Per acabar tenim la tercera etapa que consisteix en la divulgació i comunicació del projecte i els seus resultats a la comunitat científica i la societat en general. A continuació podem observar un cronograma amb les diferents etapes i les seves taules corresponents on consten les tasques a realitzar (T), els entregables (E) i les metes o punts de control (M) de les diferents fases del procés.

	Mesos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Coordinació / gestió												
Entregables (E)						E 1.1						E 1.2
Metes (M)	M 1.1					M 1.2						M 1.3
2. Estudi Pilot	PREPARACIÓ									ANÀLISI DE DADES		
Avaluació inicial												
Avaluació intermèdia												
Avaluació final												
Entregables (E)	E 2.1										E 2.2	
Metes (M)		M 2.1	M 2.2	M 2.3		M 2.4			M 2.5	M 2.6		
3. Divulgació												
Entregables (E)	E 3.1										E 3.2	E 3.3
Metes (M)			M 3.1									M 3.2

Imatge 2. Cronograma del projecte

Etapa 1. Coordinació i gestió del projecte
<u>Tasques (T) i Mesos (Me) destinats:</u> T 1.1 Reunions mensuals de coordinació amb l'equip de treball: M1-M12. T 1.2 Preparació de la documentació i/o informes per als centres finançadors. i participants: Me6 (intermedi) i Me12 (final).
<u>Entregables (E):</u> E 1.1 Informe intermedi (progressió, correcció de variables i revisions de riscos, etc.). E 1.2 Informe final de l'estudi.
<u>Metes (M):</u> M 1.1 Signatura del conveni de col·laboració amb la institució finançadora. M 1.2 Revisió a mitjans del projecte de control finalitzada. M 1.3 Revisió final realitzada.

Etapa 2. Estudi pilot
<u>Tasques (T) i Mesos (Me) destinats:</u> T 2.1 Preparació de la documentació per presentar al Comitè d'Ètica: Me1-Me2. T 2.2 Reunions i preparació del personal encarregat de la intervenció i les avaluacions: Me3. T 2.3 Reclutament i avaluacions inicials: Me4. T 2.4 Follow-up 3 mesos (segones avaluacions): Me6. T 2.5 Follow-up 6 mesos (últimes avaluacions): Me9. T 2.6 Anàlisi de dades: Me10-Me11.
<u>Entregables (E):</u> E 2.1 Projecte complet en referència qüestionaris, consentiment informat i documentació per poder iniciar l'estudi. E 2.2 Informe final dels resultats de l'estudi.
<u>Metes (M):</u> M 2.1 Projecte acceptat pel Comitè d'Ètica del CFC. M 2.2 Personal entrenat per realització de la intervenció. M 2.3 Mostra realitzada i avaluada inicialment. M 2.4 Mostra avaluada 3 mesos.

M 2.5 Mostra avaluada 6 mesos.

M 2.6 Base de dades final completa revisada.

Etapa 3. Divulgació del projecte

Tasques (T) i Mesos (Me) destinats:

T 3.1 Divulgació del projecte a la comunitat: Me1-Me6.

T 3.2 Comunicació i divulgació dels resultats obtinguts: Me6-Me12.

Entregables (E):

E 3.1 Pla de divulgació de resultats del projecte.

E 3.2 Article publicat a revista científica indexada a Journal Citation Reports.

E 3.3 Article divulgatiu amb els resultats principals del projecte publicat en mitjans de comunicació per a la comunitat general.

Metes (M):

M 3.1 Projecte extensament comunicat i divulgat a la comunitat.

M 3.2 Resultats principals del projecte comunicats i divulgats a la comunitat.

7.2 Recursos

Els recursos necessaris per a la realització de l'estudi es divideixen en: recursos humans, recursos materials i recursos econòmics.

Recursos humans: Els professionals que dirigeixen la investigació són: Javier Jerez, investigador principal del projecte i encarregat de supervisar totes les seves parts. Ramón Aiguadé, degà del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya i Marc Terradas, Doctor en Medicina i Investigació Translacional, com a investigadors col·laboradors donant suport de gestió al projecte.

També hi participen dos estudiants d'últim curs del grau de fisioteràpia relacionant el seu Treball de Fi de Grau amb el projecte. Ferran González, Universitat de Vic, realitzant la redacció del protocol d'investigació i Gemma Franco, Universitat de Lleida, amb la realització d'una revisió de literatura.

Per a dirigir la intervenció, les avaluacions i el tractament de fisioteràpia, com també l'educació a la resta de professionals de fisioteràpia que participaran en

el projecte, es contractarà, a mitja jornada, del mes 1 al mes 10, a un únic fisioterapeuta amb experiència en fisioteràpia en Atenció Primària i trastorns múscul-esquelètics.

La resta de fisioterapeutes que participen en el projecte són personal dels centres col·laboradors.

La recollida de dades, d'altra banda, serà realitzada per l'empresa IDIBELL.

Recursos materials: el reclutament, les avaluacions i les intervencions es realitzaran amb el material i les infraestructures dels propis centres (CAPs) participants. No es preveu la necessitat de material complementari.

Les avaluacions es realitzaran mitjançant la recollida de dades de manera digital amb l'empresa IDIBELL. Per tant, s'utilitzaran els ordinadors disponibles en els centres participants o dels propis fisioterapeutes investigadors del projecte.

D'altra banda, sí que es preveuen despeses en transport de l'investigador principal als CAP's participants, per la realització de reunions de preparació i entrenaments dels altres professionals investigadors i el reclutament i avaluacions dels participants. En aquest cas, s'intentarà utilitzar al màxim el transport públic.

A continuació es mostra els recursos financers necessaris per a la realització de l'estudi.

7.3 Impacte econòmic

Els recursos econòmics del projecte deriven de: costos de personal, material, contractes de serveis i de transport i dietes.

Costos de personal: el fisioterapeuta encarregat de les avaluacions, coordinació dels tractaments i entrenaments dels altres professionals de fisioteràpia tindrà un sou de 977,52 cada mes, per mitja jornada (18 hores setmanals) del mes 1 al mes 10, abans de començar l'anàlisi de dades. Salari calculat segons el conveni salarial de l'Institut Català de la Salut de l'any 2020.

Material: utilització de material dels centres col·laboradors.

Contractes de Serveis: contracte de l'empresa IDIBELL per a l'anàlisi de dades

Transport i dietes del fisioterapeuta principal (pressupostos aproximats segons centres col·laboradors encara a definir, i la distància a recórrer): es calculen sis reunions, tres al primer trimestre per l'entrenament dels professionals i coordinació del projecte i una cada trimestre següents, per supervisar avaluacions i resultats finals.

Taula 4. Pressupost del projecte

Pressupost del projecte					
Variables	1r trimestre	2n trimestre	3r trimestre	4t trimestre	Total
Costos de personal	2.932,56	2.932,56	2.932,56	977,52	9775,2
Material fungible	0	0	0	0	0
Material inventariable	0	0	0	0	0
Contractes de servei	500	500	500	500	2000
Transport i dietes	225	75	75	75	450
Total	3.157,56	3.007,56	3.007,56	1.052,52	10.225,2

7.4 Tests / Qüestionaris

Tots els qüestionaris es troben en la seva versió validada al castellà.

7.4.1 EQ-5D-5L

Marque con una cruz la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algún problema para caminar

- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas extremos para caminar

Cuidados personales

- No tengo problemas para lavarme o vestirme solo
- Tengo algún problema para lavarme o vestirme solo
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme solo
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme solo
- Tengo problemas extremos para lavarme o vestirme solo

Actividades de todos los días

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algún problema para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo problemas extremos para realizar mis actividades de todos los días

Dolor / Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo algunos dolores
- Tengo dolores o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar grave
- Tengo dolor o malestar extremo

Ansiedad / Depresión

- No estoy ansioso o deprimido
- Estoy un poco ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Hemos dibujado una escala parecida a un termómetro que marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy”, hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

SU ESTADO ACTUAL DE SALUD=

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

7.4.2 HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a conocer cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que se ajuste a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió realmente.

1. Me siento tenso o nervioso
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo fuera a suceder
 - Definitivamente y es muy fuerte
 - Si, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado
- Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento
- Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estomago
- Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal
- Totalmente
 - No me preocupo tanto como debería
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
- Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

7.4.3 WHODAS 2.0

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule solo una respuesta.

En los últimos 30 días ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Comprensión y Comunicación						
D1.1	Concentrarse en hacer algo durante diez minutos	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

D1.2	Recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	Entender en general lo que dice la gente	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	Iniciar o mantener una conversación	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Capacidad para moverse en su entorno

D2.1	Estar de pie durante largos periodos (p.e.30 min)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	Ponerse de pie cuando estaba sentado (a)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	Moverse dentro de su casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	Salir de su casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	Andar largas distancias, como 1 km (o equivalente)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Cuidado personal						
D3.1	Lavarse todo el cuerpo	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	Vestirse	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	Comer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	Estar solo (a) durante unos días	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Relacionarse con otras personas						
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	Mantener una amistad	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	Hacer nuevos amigos	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	Tener relaciones sexuales	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	Realizar bien sus quehaceres	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

	de la casa más importantes					
D5.3	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como sea necesario	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en la sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuántas dificultades ha tenido para participar al mismo nivel que las otras personas en	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

D6.1	Cuántas dificultades ha tenido para participar al mismo nivel que las otras personas en	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
------	---	---------	------	----------	--------	----------------------------

	actividades comunitarias					
D6.2	Cuanta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	Cuanta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a actitudes y acciones de otros	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	Cuanto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de esta	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	Cuanto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	Que impacto económico ha tenido usted o su familia su "condición de salud"	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuanta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su "condición de salud"	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

D6.8	Cuanta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
------	---	---------	------	----------	--------	----------------------------

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades	Anote el número de días _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud	Anote el número de días _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud	Anote el número de días _____

7.4.4 Escala Visual Análoga del Dolor (EVA)

La escala a continuación permite medir la intensidad del dolor que siente. Marque en la línea a continuación el punto que indique la intensidad de dolor que siente.

Ejemplo:

- Dolor leve suele ser menor a 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor intenso si la valoración es igual o superior a 8.

Marque su intensidad de dolor a continuación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7.4.5 Autoeficàcia en el dolor crònic

Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **capacidad que usted cree que tiene para realizar una serie de actividades o tareas**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de hacerlo, tendrá que marcar la casilla 0.

Si usted cree que es **moderadamente capaz** debe marcar la casilla 5.

Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de hacerlo tendrá que marcar la casilla 10 de la respuesta.

Recuerde: que no nos interesa saber si lo hace o no lo hace sólo nos interesa saber si usted cree que es capaz de hacerlo o no.

Ponga una X en el número que corresponda a la capacidad que cree que tiene para realizar en este momento las siguientes actividades o tareas

1. ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo, pero sin empeorar sus síntomas físicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si esta triste o bajo de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos ¿Se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de sus problemas físicos crónicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ponga una X en el número que corresponda a la capacidad que cree que tiene para realizar las siguientes actividades sin ayuda de otra persona. Considere lo que normalmente puede hacer, no aquello que suponga un esfuerzo extraordinario.

1. ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 kilos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ponga una X en el número que corresponda a la capacidad que cree que tiene en este momento para realizar las siguientes actividades

1. ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Se cree capaz de reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7.4.6 Catastrofisme davant el dolor

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación, se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá

0: nada en absoluto

1: un poco

2: moderadamente

3: mucho

4: todo el tiempo

2. Siento que ya no puedo más

0: nada en absoluto

1: un poco

2: moderadamente

3: mucho

4: todo el tiempo

3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar
 - 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo

4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo
 - 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo

5. Siento que no puedo soportarlo más
 - 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo

6. Temo que el dolor empeore
 - 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo

7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor
- 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
- 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo
9. No puedo apartar el dolor de mi mente
- 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
- 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
- 0: nada en absoluto
 - 1: un poco
 - 2: moderadamente
 - 3: mucho
 - 4: todo el tiempo

12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor

0: nada en absoluto

1: un poco

2: moderadamente

3: mucho

4: todo el tiempo

13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

0: nada en absoluto

1: un poco

2: moderadamente

3: mucho

4: todo el tiempo

7.4.7 Escala PGI-I

Clasifique el alivio obtenido con el tratamiento que sigue:

Muchísimo mejor	1
Mucho mejor	2
Un poco mejor	3
Ningún cambio	4
Un poco peor	5
Mucho peor	6
Muchísimo peor	7

7.4.8 Questionari PSQ-E

Marque en las casillas su opinión sobre las siguientes cuestiones/preguntas que se le plantea a continuación:

Indique quien escogió el centro médico donde ha realizado su tratamiento de fisioterapia

Yo Mi medico Me lo recomendó un amigo o familiar No disponía de más opciones

--	--	--	--

Procedimiento de admisión

· Valore la facilidad de los trámites y el tiempo de espera hasta la primera cita

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore la amabilidad y la diligencia del personal para resolver sus dudas y cumplir con sus expectativas

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

Su tratamiento

· Valore la capacidad de su fisioterapeuta para hacerle sentir cómodo/a o, al menos, para tranquilizarle

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore las explicaciones recibidas sobre los procedimientos a los que se le iba a someter y lo que se esperaba de usted

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore la calidad de la información recibida sobre su evolución futura al finalizar el tratamiento de fisioterapia

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore su nivel de seguridad durante la realización del tratamiento

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore el nivel de adaptación del tratamiento a su problema concreto

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

Instalaciones

· Valore la facilidad de acceso al servicio de fisioterapia

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore la facilidad para orientarse dentro de las instalaciones y en los alrededores

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore el nivel de comodidad, limpieza, iluminación y temperatura de la sala en la que recibió tratamiento

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore el nivel de tranquilidad e intimidad y el ambiente de las salas de rehabilitación

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

· Valore globalmente su tratamiento de fisioterapia

Excelente Muy bien Bien Normal Mal Indiferente

5	4	3	2	1	-
---	---	---	---	---	---

¿Le recomendaría nuestro Servicio a un amigo o familiar?

Sí, sin duda

Sí, probablemente

Quizás

No, no creo

Nunca

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

7.5 Full informatiu del projecte

Els membres de l'equip de recerca M₃O, dirigit per Javier Jerez Roig, portem a terme el projecte de recerca ECOFISAP.

El projecte té l'objectiu d'avaluar l'efectivitat d'un circuit d'accés directe en fisioteràpia en atenció primària en comparació amb un circuit de derivació tradicional (el metge deriva al servei de fisioteràpia). Diferents usuaris seran escollits per al grup d'accés directe o el grup de derivació tradicional, on rebran el tractament indicat per la seva patologia i s'avaluaran diferents dades tant econòmiques com relacionades amb la salut durant 6 mesos. El projecte es

realitza en dos centres d'atenció primària encara a definir. En el context d'aquesta investigació li demanem la seva col·laboració, ja que vostè compleix els criteris següents: persona adulta entre 18 i 64 anys amb dolor músculo-esquelètic no específic a zona lumbar (lumbàlgia), cervical (cervicàlgia), espatlla (omàlgia) o genoll (gonàlgia).

Aquesta col·laboració implica participar en una intervenció de fisioteràpia i tres avaluacions del seu estat: a l'inici del tractament, als 3 mesos i 6 mesos després de començar la intervenció.

Tots els participants tindran assignat un codi pel qual és impossible identificar el participant amb les respostes donades, la qual cosa garanteix la confidencialitat. Les dades que s'obtidran de la seva participació no s'utilitzaran amb un altre fi diferent del que s'explicita en aquesta investigació i passaran a formar part d'un fitxer de dades del qual serà màxim responsable l'investigador principal. Aquestes dades quedaran protegides en el programa informàtic i únicament l'investigador principal i l'encarregat de l'anàlisi de dades hi tindran accés.

El fitxer de dades de l'estudi estarà sota la responsabilitat de l'investigador principal, davant del qual podrà exercir en tot moment els drets que estableix la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals i el Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades i la normativa complementària.

Ens posem a la seva disposició per resoldre qualsevol dubte que pugui tenir.

Pot contactar amb nosaltres a través de: (CONTACTE DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL).

7.6 Consentiment informat

Jo, _____ (NOM / COGNOMS), major d'edat, amb DNI/NIE_____

(NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ), actuant en nom i interès propi

DECLARO QUE:

He rebut informació sobre el projecte ECOFISAP. Se m'ha lliurat el full informatiu annex a aquest consentiment, he entès el seu significat, m'han aclarit els dubtes i m'han estat exposades les accions que deriven d'aquest projecte. Se m'ha informat dels aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades pel que fa a la gestió de dades personals que compta el projecte i les garanties donades en compliment amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals i de Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades i la normativa complementària.

La meva col·laboració a l'estudi és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me'n en qualsevol moment i revocar aquest consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meva persona. En cas de retirada, tinc dret a què les meves dades no siguin incloses a l'estudi.

Així mateix, renuncio a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol altra naturalesa que pugui derivar-se del projecte o dels seus resultats.

Per tot això

DONO EL MEU CONSENTIMENT A:

1. Participar en el projecte ECOFISAP
2. Que l'equip de recerca pugui gestionar les meves dades personals i difondre la informació que el projecte generi. Tindrè garanties que es preservarà en tot moment la meva identitat i intimitat, tal com estableixen la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia de drets digitals i de Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades i la normativa complementària.

3. Que l'equip de recerca conservi tots els registres efectuats sobre la meva persona en suport electrònic, amb les garanties i els terminis legalment previstos, si estan establerts, i a falta de previsió legal, pel temps que sigui necessari per complir les funcions del projecte per les quals les dades són recaptades

_____ (LLOC), A _____
(DIA/MES/ANY)

(SIGNATURA DEL PARTICIPANT)

(SIGNATURA DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL)

8. Agraïments

En primer lloc, vull agrair al meu tutor Javier Jerez Roig, que m'ha donat la possibilitat de treballar de manera conjunta en el seu projecte ECOFISAP, i m'ha guiat i aconsellat durant tota aquesta etapa per aconseguir els resultats que buscava.

Seguidament agrair a tres persones que han participat en la realització del projecte i m'han assessorat, en Marc Terradas, professor de la Universitat de Vic, Gemma Franco, estudiant de la Universitat de Lleida i Ramón Aiguadé, degà del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.

També agrair a la universitat de Vic com a institució, per oferir-me totes les eines i recursos necessaris per poder realitzar aquest treball i pel bon tracte i ensenyament rebut durant la meva estada en el grau de fisioteràpia.

Finalment, a familiars i companys que m'han acompanyat, no només en l'etapa del Treball de Fi de Grau, també en tota la meva estada a la UVIC, agrair tots els moments viscuts i els consells rebuts. Especialment als meus pares i la meva germana, que han estat els clars acompanyants durant tot el període.

Moltes gràcies.

9. Nota final de l'autor. El TFG com experiència d'aprenentatge

A l'escollir el tema pel Treball de Fi de Grau volia participar en un projecte que no només fos interessant per al meu desenvolupament personal, sinó per poder ajudar a un tema social i de gran importància per a la meva futura professió.

La realització d'aquest treball m'ha permès conèixer l'estat de la fisioteràpia actual arreu del món i sobretot a Catalunya.

M'ha fet pensar en la necessitat de treballar en la introducció de la fisioteràpia en el sistema sanitari públic i prendre consciència de la lluita que hem de fer les noves generacions de fisioterapeutes per a què sigui una ciència ben considerada i coneguda, així com, que pugui estar a l'abast de tothom.

Després de graduar-me, m'agradaria poder seguir participant en projectes destinats a aquesta finalitat; introduir la fisioteràpia en Atenció Primària.

Tot i que no és fàcil, la realització d'aquest estudi pilot i el treball del grup de recerca podria suposar la primera pedra per a poder construir un millor futur de la professió.

Ha estat un procés dur en alguns moments però enriquidor sobretot. Aquest treball serveix per a tancar una etapa d'estudiant a la universitat, amb ganes d'afrontar la nova etapa com a professional de la salut, com a fisioterapeuta.