



ORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA

CRITERIOS DE CALIDAD

Atención Primaria Área 9
1998

MIEMBROS DE LA COMISIÓN

Por la Dirección del Área.-

José Rodríguez Escobar. Director de Enfermería.
M^a Luisa Illescas Sánchez. Directora Médica de Atención Primaria.
Juan José Jurado Balbuena. Subdirector de Atención Primaria.
Rosa Fernández García. Subdirectora de Atención Primaria.
María Girbés Fontana. Técnico de Enfermería.
Pilar Herrero Yuste. Subdirectora de Atención Primaria.

Por los Equipos.-

Pilar Contreras Ferrándiz.- Responsable de Enfermería de Panaderas I
Antonio Ruiz Hontangas.- Responsable de Enfermería de Panaderas II
Montserrat Jurado Sueiro.- Responsable de Enfermería de Castilla.
Rosendo Mateas Mateas.- Responsable de Enfermería de Pedroches.
José Luis Aréjula Torres.- Responsable de Enfermería de Alicante.
Antonio Carrasco Gifré.- Responsable de Enfermería M. J. Hereza I.
Luis Pascual Del Castillo.- Responsable de Enfermería Jaime Vera II.

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

A principio de 1997 vimos la necesidad de abordar la organización de enfermería en los equipos elaborando criterios de calidad y normas mínimas de mejora. Ello fue debido a varias causas.

Desde 1994 en que se inicia una línea de trabajo en enfermería en el área, se habían dado una serie de cambios tanto en enfermería como en el equipo y la institución que influían en la forma en que los enfermeros se coordinaban entre sí, con la población y el resto de profesionales.

Dentro de Enfermería podríamos señalar el desarrollo de la Consulta a Demanda, la priorización de actividades preventivas y la captación activa de usuarios de la consulta médica. Asimismo el deseo de normalizar la actividad grupal y comunitaria dentro de la programación habitual de enfermería.

Con respecto al equipo globalmente y a nuestra Institución se han producido en los últimos años el desarrollo de la cita previa, la informatización, el esquema de empresa de servicios con la medición en el contrato de gestión de indicadores de organización, la importancia creciente de las unidades administrativas (en adelante Unidad administrativa) como centro de una serie de circuitos y redes internas...

Por ello la Gerencia del Área 9 priorizó la formación de un grupo de Trabajo que estudiase las distintas formas organizativas existentes en los centros. Analizara los problemas y las distintas soluciones aportadas, buscara normas y criterios de calidad organizativos y diseñara estrategias de medición de la realidad organizativa de los centros.

El grupo, formado por siete responsables de enfermería de los dos distritos, de equipos que representan las posibles variaciones que pueden influir en una organización, y la casi totalidad de la Dirección Asistencial empezó su trabajo en el Verano del 97.

Este Documento recoge las dos primeras fases de trabajo. La categorización de las áreas que deben trabajarse en una organización, y la definición de criterios de calidad y Normas. Su función es la de orientar a los Responsables de Enfermería, los Directores de los Centros, profesionales y a toda la estructura a la hora de ofrecer un servicio de calidad a la población.

OBJETIVOS

GENERAL.-

Que la organización de Enfermería de los equipos sea la más adecuada para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de la población, en las mejores condiciones para los profesionales e integrados en los objetivos y organización de su equipo, del Área y de toda la Institución.

ESPECÍFICOS.-

Que la organización de Enfermería de los equipos:

- 1.- Sea **Accesible** al usuario, intentando “agrupar” actividades en el mínimo número de visitas.
- 2.- Esté **coordinada** con medicina, Unad, otros profesionales y entre distintos espacios de enfermería.
- 3.- Contemple actividades **Asistenciales** (Prevención, promoción, curación, rehabilitación), **Docentes, Investigadoras y Administrativas** (Planificación, Ejecución y Monitorización, y Evaluación. **(Completa)**)
- 4.- Tenga capacidad de **dar respuesta** a incidencias, imprevistos, errores, etc.**(Responsable)**
- 5.- Se **adapte** a la realidad de cada centro.**(Flexible)**
- 6.- Garantice la **continuidad** de cuidados. **(Personalizada)**

ESQUEMA DE TRABAJO

Fases del Trabajo.

1ª Fase.- Identificación de Problemas a Trabajar. En esta fase se exponen por el grupo los principales problemas con los que se encuentra la organización actual. Esta fase tiene, a su vez, dos sub-fases:

- 1-1.- Categorización de posibles Áreas problemáticas.
- 1-2.- Identificación de temas a tratar dentro de cada Área.

2ª Fase.- Diseño de un Instrumento de Medida.- De los problemas detectados se definen criterios de calidad de la situación real de los equipos, para posteriormente analizar cada una de las organizaciones existentes en el Área.

- 2-1.- Definir criterios e indicadores de cada tema a tratar.
- 2-2.- Definir la recogida de datos.

3ª Fase.-Recogida de Datos. Situación de partida.- Tratamos aquí de obtener los datos en base a los criterios fijados en la fase anterior, para su análisis posterior..

- 3-1.- De los Documentos de Organización remitidos por los equipos.
- 3-2.- Estudio de Campo.- Mediante entrevistas con responsables, directores, enfermeras y médicos; realizando, incluso, observaciones directas para intentar conocer tanto la organización formal como la informal.

4ª Fase.- Análisis y Conclusiones del Documento

5ª Fase.- Manual de Normas y Recomendaciones de Mejora.

6ª Fase.- Planificar la Implantación de Dichas Normas y Recomendaciones.

- 6-1.- Planificación de Puesta en Marcha y Monitorización.
- 6-2.- Planificar la Evaluación.

7ª Fase.- Puesta en Marcha y Seguimiento.

8ª Fase.- Evaluación.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS A TRABAJAR.

1.- Categorización de posibles Áreas problemáticas

- Continuidad de Cuidados (Actividades centralizadas)
- Coordinación: Con UNAD.
 - Con Medicina y Pediatría.
 - Entre Espacios y Turnos de Enfermería.
- Accesibilidad.
- Ausencias de Espacios Organizados.- (Visita Domiciliaria, grupos, Intervención Comunitaria, Sesiones Docentes, Reuniones de Equipo,....)
- Asignación de Recursos Humanos (n1 enfermeros/ n1 de médicos, Enfermería por Familias o por cupos...)

CRITERIOS DE CALIDAD

En Continuidad de Cuidados

El enfermero debe ser **identificado por su población a todos los niveles**, el que le pone un inyectable, le hace un cribaje o examen de salud, trabaja con él modificación de hábitos, etc.

Descentralizar.- Vincula con la población, favoreciendo la **captación** para actividades preventivas, da a la población la **imagen de una persona de referencia para sus cuidados** y favorece la **continuidad de cuidados**.

Se crean dos Niveles de descentralización, en función de la importancia para la continuidad de los cuidados enfermeros..

Nivel Mínimo.- Descentralización de Curas, Tapones, Domicilios programados, Electros y Mantoux*.

Nivel Óptimo.- Descentralización del nivel intermedio más los Inyectables, avisos domiciliarios y urgencias.

*Debido a problemas en la interpretación de esta técnica, para descentralizar hay que hacer un plan de formación y rotación que garantice que se realice con calidad y exactitud.

En Coordinación con UNAD

1.- Citación solo a través de UNAD, por SICAP y con volante normalizado.

2.- UNAD estará informada y dará información sobre bloques y servicios.

3.- La Unad al dar cita para Enfermería preguntará si el motivo de la cita es una pérdida de cita anterior o si se le facilitó volante de citación.

4 .- No se puede descitar la consulta a demanda. Las descitaciones de programada solo se establecen ante ausencias imprevistas, dando opción al usuario a mantener su cita con otro enfermero. La descitación la realizará la UNAD.

- El responsable de Enfermería notificará al responsable de UNAD cualquier ausencia, cuando tenga conocimiento de ella. En permisos normales, con diez días mínimo de antelación.

5.- Todo usuario será atendido con H° Clínica que será facilitada por la UNAD.

6.- Organizar con la UNAD la apertura de datos administrativos de las historias clínicas.

7.- La UNAD dará información de los servicios del centro a los nuevos usuarios y asignará enfermera.

En Coordinación con Medicina

1.- Derivaciones .-

En cada equipo existirá un documento donde se definan y prioricen las derivaciones médico-enfermería y viceversa, junto con los procedimientos. Se recogerán así mismo los criterios para considerar qué derivaciones deben ser atendidas en el momento. Estas derivaciones pueden ser también definidas al inicio de la consulta. Este documento estará aprobado por el Consejo de Dirección del Equipo tras recibir las aportaciones de los distintos estamentos y será difundido a cada uno de los miembros del equipo, sanitarios y no sanitarios.

La Derivación inmediata, tanto medicina-enfermería como al revés, se hará entregando la historia al profesional y con una demora de atención de no más de quince minutos. Siempre se realizará al menos la detección de factores de riesgo en aquellas que se hayan derivado para actividades preventivas.

La derivación que no sea en el momento, será siempre a través de la UNAD.

2.- Recetas de crónicos.-

La extensión y/o entrega de recetas nunca será motivo de consulta de enfermería.

Cuando un usuario citado para seguimiento por enfermería demande una receta, el médico y enfermero se coordinarán para que el usuario reciba el tratamiento prescrito sin duplicar cita siempre que:

El medicamento esté prescrito por el médico previamente y anotado en su Historia Clínica.

Está dentro del periodo de tratamiento.

3.- Contigüidad Témporo-Espacial.-

Las consultas de cada médico y enfermero que trabajen con una población común estarán contiguas. Si por problemas de infraestructura no fuera posible, se encontrarán lo más cerca que se pueda.

Las consultas de medicina y enfermería tendrán un tiempo común mínimo de 3 horas. (Excepto cuando exista actividad centralizada, dejando entonces una hora de coincidencia).

4.- Reuniones de Coordinación.-

Existirán reuniones formales de coordinación de cada enfermera con su médico o médicos de referencia. En ellas se trabajarán, principalmente, el

seguimiento de los pacientes y las fórmulas para captación activa.

Nivel Mínimo.- Una a la semana formal de aproximadamente una hora de duración.

Nivel óptimo.- Una diaria antes de la consulta.

5 Citaciones conjuntas.-

Según protocolos y programas vigentes se establecerán citas conjuntas y/o programadas de medicina y enfermería.

Entre espacios de enfermería.

1.- Ausencias imprevistas de profesionales.-

Si no se les sustituye.- En estos casos se reparten los citados entre el resto en función de las cargas de trabajo de cada uno.

2.- Coordinación con otras actividades.-

Cuando a un profesional le coincide su actividad asistencial con otras actividades tales como grupos, realización de programas o protocolos o evaluaciones, se considera **criterio de calidad** no descitar. Deben estar los espacios planificados previamente dentro de la jornada o haberse bloqueado con antelación determinadas citas.

3.- Turnos Contrarios.-

Excepto extracciones, le atenderá el enfermero que comparte consulta. En los Centros en que los recursos son distintos, habrá un enfermero de referencia de cada uno en el turno contrario

4.- Agrupación.-

No se considerará derivación entre enfermeros la realización puntual de técnicas. Se intentará, en lo posible, la agrupación en el menor número de consultas.

En accesibilidad.

1.-Pacientes fuera de hora.-

Se le atenderá en lo imprescindible para solventar el problema de salud sin que se produzcan retrasos en los demás. Se negociará cita para otro día si fuera necesario. Se le explicará el sistema de citación y se anotará en hoja de carga e Historia clínica como **sin cita** con el objeto de detectar reiteraciones, en cuyo caso, tendremos que explicarle que esta forma de acceso no garantiza una adecuada atención y distorsiona la atención a los demás.

Si un usuario no puede citarse por problemas personales en un bloque establecido, el profesional intentará facilitar la hora mas conveniente aunque ésta deba darse en modo Amanual en el sistema SICAP.

2.-Derivaciones.-

Cuando se derive desde el médico para una atención inmediata o realización de cribado de factores de riesgo o actividades preventivas. Se anotará en Hoja de Carga e Historia como derivado. Posteriormente, en SICAP se registrará como AC≡ en Tipo de consulta.

El tiempo de citación de bloques tendrá suficiente holgura como para permitir la derivación desde la consulta médica de los usuarios que lo necesiten y por ello la consulta de enfermería tendrá contigüidad espacio temporal con la de medicina y se habrán pactado en consejo de dirección los temas prioritarios de derivación que siempre incluirán actividades preventivas.

Se derivará con Historia y se entenderá en un espacio de tiempo inferior a quince minutos.

3.-Pérdida de cita programada no citado.-

Se le explicará que no se dispone de tiempo adecuado para la consulta, se le atenderá si hay algo urgente gestionándole cita para otro día.

Si ese día se dispusiera de tiempo suficiente, se le realizará la consulta completa explicándole que no puede garantizarle la atención si no utiliza los cauces establecidos y recordándole el sistema de cita. Se anotará en hoja de Carga e Historia como sin cita.

1-1.-Pérdida de cita programada y aparece citado en consulta a demanda.-

Es un problema del equipo a la hora de citar por lo que tenemos que asumirlo en su totalidad desde el personal de enfermería.

Medidas.-

- Desde UNAD.- Preguntar cuando piden cita para enfermería sin especificar más si es por pérdida de cita. Si es así, citar en bloque 2 ó 3 según acuerdo del equipo. Se puede preguntar por la existencia del volante de citación.
- Desde Enfermería.- Se le indicará a los programados que si pierden la cita deberán pedirla indicando el bloque que tenían.

21-2No aparecen como citados.-

Si se comprueba que es así (trae el papel de citación) tenemos que asumir la atención en su totalidad desde enfermería pues el usuario no es responsable del error del centro.

Si el usuario no aporta el papel se intentará confirmar por medio de la consulta en los históricos informáticos.

Si el problema se da con cierta frecuencia se debe trabajar en consejo de dirección para analizar donde está el problema y solventarlo.

31.-Sábados.-

Hay que facilitar estos días para aquellas personas que no pueden acudir el resto de días de la semana. No siendo un día de cita normal por haber menos recursos, debe cuidarse las cargas de trabajo para que nunca esta citación condicione la asistencia a los que vienen de urgencias. Cuando, excepcionalmente , se derive a sábado a un profesional distinto, se hará de forma documentada y pactada.

Se atenderá de forma sistemática las vacunas (excepto alergias) y se realizarán despitajes de tuberculosis.

Se atenderá con Historia Clínica y se anotará la atención en el SOAP, derivándole a otro día si es preciso.

Si el usuario que demanda atención es de la zona básica y no tiene historia, el profesional que le atiende se la abrirá, dejándola a la UNAD para que se le asigne número y codifique el Lunes.

Si faltan las actividades preventivas, se les realizará.

En Asignación de Recursos Humanos

Para planificar el número de enfermeros necesarios y la distribución de la población asignada a cada uno de ellos se tendrá en cuenta los siguientes criterios.

1.- Continuidad de la Atención.-

Cada enfermero tendrá una población asignada. El enfermero atenderá a su población en todo lo que requiera cuidados de enfermería. No se estructurará por tareas. Para actividades en turno contrario habrá enfermero de referencia.

2.- Coordinación Medicina-Enfermería.-

La población asignada a cada enfermero dependerá de la disparidad de recursos Medicina/Enfermería y de las Cargas de Trabajo de cada cupo.

Se asignarán idealmente : Cupos enteros de Medicina General o Pediatría.
Cupo de Medicina más los niños de su cupo.

Teniendo en cuenta que la Enfermería de Familia puede favorecer el trabajo integral, la continuidad de cuidados, la captación activa y la prevención, se tendrá siempre en cuenta para organizarse bajo este modelo, criterios de coordinación y de cargas de trabajo. Se debe garantizar los conocimientos pediátricos por parte de todas las enfermeras.

Cuando haya que repartir cupos se tendrá como **norma que cualquier profesional no debe tener que coordinarse con más de tres profesionales del otro estamento.** (excepto imposibilidad justificada)

3.- Cargas de Trabajo.-

El indicador es una fórmula de población ponderada por los siguientes grupos de edad y cargas de Trabajo que conlleva.

No se incluye:

* Técnicas.- Las cargas son equitativas por enfermero independiente de la pirámide de población. Se calcula aproximadamente una hora/enfermero/día.

* Educación Para la Salud Grupal y Comunitaria.- Por las mismas razones que la anterior. Se calcula que debe ocupar como media de dos a tres horas/enfermero/semana.

Para comparar turnos debe incluirse el Tiempo de extracciones, que no está contemplado en la fórmula.

Los datos salen en minutos. Puede calcularse en horas, horas/día, etc.

Población Diana	N1de Controles/año	Tiempo en minutos	Fórmula
A: De 0 a 3 años	Cuatro	Treinta	Ax4x30
B: de 3 a 14 años	0,30	Treinta	Bx0,3x30
C: Mayores de 14 años	0,33	Diez	Cx0,33x10
20%C: Crónicos	Cuatro	Veinte	20%Cx4x20
D: Mayores de 75 años	0,5	Treinta	Dx0,5x30
10%E*: V. Domicilio	Cuatro	Sesenta	10%Ex4x60

*(Siendo E población mayor de 65 años usado como estimador, independientemente de que la V. Domiciliaria se dirija a menores de 65 años, recién nacidos... etc)

Esta fórmula, cuando se aplica para comparar cargas de trabajo entre enfermeros se puede ampliar a otros ítems. En concreto la visita al recién nacido.