

Proposta para a mellora dos Coidados Enfermeiros na Atención Primaria

DOCUMENTO DE POSICIONAMENTO



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermería
Familiar e Comunitaria



O presente documento foi aprobado pola Xunta Directiva da Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria o 15 de Setembro do 2015.



Contido

Xustificación	3
I. Sobre o desenvolvemento da especialidade de Enfermería Familiar e Comunitaria	4
II. Sobre a Enfermería Familiar e Comunitaria como garante da calidade e líder da xestión do coidado.....	5
III. Sobre a libre elección e asignación da poboación por Enfermeiro/a de Familia e Comunitaria	6
IV. Sobre o fomento da investigación en coidados e a integración da evidencia na práctica	7
V. Sobre a Enfermería Familiar e Comunitaria como porta de entrada ao sistema de saúde.....	8
VI. Sobre a Enfermería Familiar e Comunitaria como especialista nas intervencións de educación en saúde, así como na promoción e prevención	9
VII. Sobre o desenvolvemento da prescrición enfermeira e a desburocratización das consultas de Enfermería Familiar e Comunitaria	10
VIII. Sobre a mellora da continuidade dos coidados entre a Atención Hospitalaria, a Atención Primaria e os Servizos Sociais.....	11
IX. Sobre o desenvolvemento de sistemas informáticos que recollan os plans de coidados e aseguren a continuidade asistencial.....	12
X. Sobre a Enfermería Familiar e Comunitaria e a atención á cronicidade	13



Xustificación.

Ao longo da historia, a relación do usuario co sistema e os profesionais da saúde foise configurando de distintas maneiras, dependendo en cada momento de diferentes circunstancias, tanto ideolóxicas como socioeconómicas.

Hoxe en día, os avances no campo da saúde deron lugar a unha gran diversificación técnica, a multiplicidade das funcións e cometidos e, por conseguinte, a unha abordaxe multidisciplinar da saúde da poboación.

Por outra parte, as actuais demandas de saúde, consecuencia directa dos cambios sociais (ancianidade, cronicidade, aumento das desigualdades, cambios nas estruturas familiares,...), requiren respostas que superen o tradicional modelo biomédico, hospitalcéntrico e fragmentado da atención sanitaria.

Os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria apostamos por un modelo integral de cuidados que cunha visión holística inclúe conceptos como o benestar, autocoidado, autonomía e dereito das persoas a participar no proceso de toma de decisións sobre a súa saúde. Neste novo modelo a Enfermaría Familiar e Comunitaria asumirá un papel relevante como axente promotor da saúde e do fomento do autocoidado.

A nosa máxima aspiración é a mellora continua da calidade dos cuidados enfermeiros e o benestar da poboación, nun modelo de saúde que optimice todo o noso potencial, coñecementos e profesionalidade. Para facer efectiva esta aspiración, propoñemos a implantación dunha serie de cambios estratéxicos, que en primeiro lugar teñen que levar a Consellería de Sanidade ao desenrolo da nosa Carteira de Servizos, como garante para a cobertura legal das competencias da Enfermaría Familiar e Comunitaria.



I. Sobre o desenvolvemento da especialidade de Enfermería Familiar e Comunitaria.

A Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC), é consciente de que os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria teñen que ter a mellor formación posible para ofrecer aos cidadáns uns cuidados de alta calidade, tanto na prevención, na promoción e educación para a saúde, coma nos procesos agudos e no seguimento das patoloxías crónicas do individuo ao longo de todo o seu ciclo vital. Por outra banda, ninguén debería por en dúbida que é precisamente no nivel asistencial da atención primaria onde esta labor deba ser máis atinxible pola proximidade dos cidadáns aos profesionais, e onde estes necesitan dunha competencia que soamente se acadará cunha formación específica e continua para intervir no seguimento do neno san, na educación para a prevención de riscos en tódalas idades, na atención á cronicidade, para facer o seguimento dos pacientes no seu domicilio cando sexa preciso e para coidar e acompañar ao individuo e aos seus cuidadores na etapa final do seu ciclo vital.

Conscientes disto, dende AGEFEC defendemos o desenvolvemento das Unidades Docentes Multiprofesionais de Atención Familiar e Comunitaria así como o sistema de formación de residentes, de tal forma que se asegure unha formación de calidade e un incremento progresivo na oferta de prazas para a formación de especialistas en Enfermería Familiar e Comunitaria. As Unidades Docentes acreditadas para a formación especializada deben contar cunha comisión de docencia, xefe de estudos, coordinador docente e titores que resulten axeitados á capacidade docente e actividades a desenvolver. Necesariamente ten que existir a figura da coordinación dos EIRs nas Unidades Docentes, cunha dedicación a tempo completo, sendo ocupado este posto por un profesional especialista en Enfermería Familiar e Comunitaria.

Apostamos dende a nosa fundación pola creación da categoría profesional de Enfermeira Especialista en Enfermería Familiar e Comunitaria, e consecuentemente coa conversión paulatina de tódalas prazas da Enfermería de Atención Primaria en prazas desta categoría, coma garantía de que no primeiro nivel asistencial traballen os profesionais coa competencia específica para este ámbito profesional, realizando tódalas funcións que veñen recollidas no programa formativo da especialidade.



II. Sobre a Enfermaría Familiar e Comunitaria como garante da calidade e líder da xestión do coidado.

Esiximos apoio institucional para o fortalecemento das estruturas directivas de Enfermaría como garante da calidade dos servizos enfermeiros e con competencias plenas en planificación, desenvolvemento e avaliación dos recursos necesarios para a axeitada prestación dos coidados que os cidadáns necesiten.

Entendemos tamén que as funcións de xestión e organización deben de desenvolverse en equipo dado que as actividades duns profesionais inflúen e condicionan as do outro. Desta forma, defendemos que se deben potenciar o establecemento de relacións máis horizontais non soamente entre profesionais senón entre os diferentes "niveis" de responsabilidade.

Nos distintos plans integrais deseñados pola Consellaría de Sanidade deberán participar Enfermeiros de Familia, tanto no deseño coma na execución destes, sendo necesaria a consolidación dun referente enfermeiro naqueles que para o cumprimento dos seus obxectivos esixa da actuación da Enfermaría Familiar e Comunitaria.

Consideramos imprescindible que os órganos de planificación e xestión contén con enfermeiras en cada nivel para evitar que se siga producindo un sesgo cara á medicalización do sistema, sen ter en conta as aportacións do saber enfermeiro. É por isto que resulta esencial potenciar a figura do Coordinador de Enfermaría en cada Servizo de Atención Primaria como figura que dinamiza e estimula o avance profesional, detecta as necesidades formativas do equipo de traballo para a posterior implementación da formación continuada necesaria, facilitando a avaliación compartida da calidade dos coidados prestados na atención sanitaria sendo o referente enfermeiro na súa prestación e no seguimento e implementación dos Procesos Asistenciais Integrados (PAI). Tamén outorgaráselle a estes Coordinadores unha xestión directa e sen intermediarios dos Recursos Humanos, de tal xeito que as coberturas de ausencias, baixas, días libres,... sexan xestionados directamente por estes Coordinadores. Nos centros que teñan cadros de persoal extensos, os Coordinadores de Enfermaría deberán quedar libres de parte das súas funcións asistenciais que poidan comprometer a súa correcta xestión. Polo tanto resulta necesario e imprescindible implementar os cambios normativos necesarios para que tódalas Unidades de Atención Primaria contén con un Coordinador/a de Enfermaría ou no seu defecto, que poidan acceder aos postos de xestión das Unidades e Servizos nas mesmas condicións que os demais profesionais do equipo de Atención Primaria.

Consideramos que a avaliación das diferentes estratexias, non debe centrarse soamente no resultado final, senón en facer tamén fincapé na avaliación do proceso así como dos resultados a longo prazo. Para iso indubidablemente teñen que estar presentes tódolos protagonistas incluídos os usuarios do sistema, pero tamén resultará clave avanzar na avaliación da



actividade enfermeira como actor individual na poboación asignada, en función de criterios de calidade, evidencia e impacto en saúde da poboación.

III. Sobre a libre elección e asignación da poboación por Enfermeiro/a de Familia e Comunitaria.

Entendemos que se debe seguir avanzando cara á adscrición da poboación por Enfermeiro/a de Familia e Comunitaria, normalizando a súa libre elección mediante o continuo desenrolo do artigo 11 da Lei 12/2013 sobre garantías de prestacións sanitarias do Servizo Galego de Saúde.

É por iso que defendemos o desenvolvemento da asignación directa da Enfermeira de Familia e Comunitaria o que posibilita a personalización dos coidados e ao mesmo tempo, unha mellora significativa nos indicadores sobre a actividade da Enfermería Familiar e Comunitaria en Atención Primaria.

Reivindicamos a modificación do sistema de repartición dos cupos enfermeiros, de tal xeito que número de usuarios asignados a cada profesional non so se estipule por número de TIS, se non que tamén se introduzan mais variables como a atención domiciliaria, a estratificación por complexidade ou a dependencia.

Non é posible ofrecer calidade na asistencia, continuidade e personalización nos coidados se ao mesmo tempo non se afronta a necesidade de adaptación dos recursos enfermeiros. Para iso tamén resultará clave un traballo multidisciplinar dende a colaboración con outros profesionais, como médicos de familia ou traballadores sociais entre outros.

A libre elección de enfermeira debe levar aparellado unha contraprestación económica ao profesional que se distingue pola súa excelencia (carteira de servizos, poboación, etc.) a determinar si en forma de parte variable (obxectivos acadados) ou fixa.



IV. Sobre o fomento da investigación en coidados e a integración da evidencia na práctica.

Avanzar na investigación dos coidados, redeseñando para iso as funcións e os tempos nas consultas de Atención Primaria (proposta de novo modelo de axendas) e potenciando a formación en estratexias que achegan rigor e calidade ao coidado, permitirán progresar cara á excelencia nos coidados da Enfermaría Familiar e Comunitaria.

Para iso vemos necesario o recoñecemento da capacidade e responsabilidade dos Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria en todo o proceso de investigación, con especial atención á avaliación dos resultados. Baixo un marco de investigación multidisciplinar e colaboradora o colectivo da Enfermaría Familiar e Comunitaria debe estar representado en todas aquelas institucións e órganos con competencia en investigación, especialmente no ámbito dos coidados. Ademais do anterior, a evidencia científica dispoñible débese achegar e incluír na carteira servizos e nas guías clínicas e protocolos enfermeiros da Atención Primaria.

A súa práctica require dun pensamento interdisciplinario, dunha actuación multiprofesional e en equipo, e dunha participación activa das persoas as que atende, con visión holística do ser humano na súa relación co contexto familiar, social e ambiental. As súas prácticas deben estar baseadas na maior evidencia científica dispoñible en cada momento, garantindo a seguridade e a eficiencia.



V. Sobre a Enfermaría Familiar e Comunitaria como porta de entrada ao sistema de saúde.

Propoñemos asignar maiores responsabilidades aos Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria dado que lles corresponde a participación profesional no coidado compartido da saúde das persoas, as familias e as comunidades no "contínuum" do seu ciclo vital e nos diferentes aspectos de promoción da saúde, prevención da enfermidade, recuperación e rehabilitación, no seu ámbito e contexto sociocultural.

Deberá seguir potenciándose a consulta telefónica enfermeira e a posibilidade do telecontrol a través das novas tecnoloxías da información e comunicación para pacientes inmobilizados nos seus domicilios ou para outros dos problemas identificados na revisión do Plan de Prioridades Sanitarias Sergas 2014-2016.

A oferta da consulta enfermeira "a demanda" como un servizo para tódolos Centros de Saúde con horarios suficientemente amplos e coñecidos e unha axenda centralizada dende os servizos de atención ao usuario, permitiría despregar un modelo de demanda espontánea onde se faría efectiva a capacidade resolutiva das consultas da Enfermaría de Familia, que se debe incrementar en función das necesidades e demandas da poboación. O proceso de atención enfermeiro debe ser o máis finalista posible, satisfacendo na consulta enfermeira tódalas necesidades de coidados. Facilitaría tal obxectivo a estandarización da atención enfermeira a través de guías de atención, protocolos, uso de escalas de valoración validadas, sistemas de rexistro que inclúsen a taxonomía diagnóstica enfermeira, así como a estandarización de intervencións e resultados.

En definitiva, hai determinados procesos susceptibles de ser atendidos por Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria que contribúen a desmedicalizar a sociedade, a intentar outras abordaxes máis naturais e a mellorar a satisfacción dos usuarios facendo máis eficiente o Sistema Sanitario.



VI. Sobre a Enfermaría Familiar e Comunitaria como especialista nas intervencións de educación en saúde, así como na promoción e prevención.

Consideramos clave o desenvolvemento de programas para educación da saúde en todo o ciclo da vida dirixido a nenos, adolescentes, pais, anciáns e cuidadores, onde se poñan en marcha as estratexias para o empoderamento e capacitación dos colectivos en saúde. Programas que xa demostraron a súa eficacia e que inciden no autocoidado e a responsabilización sobre este, como o Paciente Activo, consideramos que deben estenderse e potenciarse.

No contexto de cambio actual, as actividades de promoción e prevención centradas no empoderamento da persoa e a comunidade emerxen como claves do sistema, dado que son garantes dunha mellor saúde e calidade de vida das comunidades actuais e futuras. Por iso, investir no desenvolvemento de intervencións comunitarias centradas non só nos niveis medios e altos de complexidade (Modelo da pirámide de Kaiser), senón tamén na base da pirámide representa un dos eixes do cambio.

Consideramos áreas prioritarias:

- Intervención en procesos de cambio e abandono de hábitos de risco e non saudables: alimentación, exercicio físico, drogas (tabaco, alcohol..), sexualidade e accidentes.
- Fomento da independencia e autonomía no ancián.
- Cuidados ao cuidador informal.
- Autocoidados derivados de procesos crónicos específicos. Paciente experto.
- Fomento de estilos de vida saudables en etapas "vulnerables" da vida; nenez, adolescencia, maternidade/paternidade, menopausa, xubilación, vellez, morte.

Especial fincapé débense realizar sobre a promoción de estilos de vida saudables. Tanto a OMS coma o Consello de Europa definiron a necesidade de fomentar no ámbito escolar a adquisición de coñecementos que potencien o desenvolvemento e a elección de estilos de vida sa, así como o necesario control sanitario. Podemos concluír que os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria son os idóneos para fomentar a adquisición de actitudes e condutas saudables. Estas actividades comunitarias de educación para a saúde non poden desenvolverse se non se contempla a participación cidadá e doutras institucións da zona básica de saúde, así coma se non se encontran normalizadas como parte da actividade dos centros, para o cal deben asignarse tempos nas axendas dos Enfermeiros/as de Familia específicos.



VII. Sobre o desenvolvemento da prescrición enfermeira e a desborucratización das consultas de Enfermería Familiar e Comunitaria.

Reivindicamos a prescrición enfermeira como parte do proceso independente na prestación dos coidados, necesaria para a súa resolución eficiente, como dereito de cobertura legal a unha tarefa que os Enfermeiros/as de Familia hai tempo que veñen realizando. Se da valoración enfermeira se deriva a prescrición dun determinado produto (tiras reactivas, axustes dose de insulina, analxésicos, absorbentes, apósitos, etc.) debe ser a Enfermeira/o de Familia e Comunitaria quen o facilite, sen implicar a outros profesionais e outros procedementos que incomoden ao usuario.

Tamén deberase incluír aquelas actividades non asistenciais que realiza o Enfermeiro/a de Familia e Comunitaria dentro dos tempos de traballo na axenda do profesional responsable dunha forma codificada para que se poida computar o tempo dedicado xunto cos correspondentes indicadores de avaliación:

- Xestión de almacén (control de stock, pedidos, recepción e contaxe).
- Lavado e esterilización de material propio e de outros.
- Control de equipos de SVA e medicación.
- Control e petición de gases licuados.
- Xestión de vacinas.
- Avarías.
- Mantemento da rede de frío e xestión do punto de vacinación.
- Reclamacións de análise.



VIII. Sobre a mellora da continuidade dos cuidados entre a Atención Hospitalaria, a Atención Primaria e os Servizos Sociais.

Mellorar a calidade asistencial dos pacientes a través da continuidade dos cuidados entre os profesionais de distintos niveis asistenciais é un dos nosos obxectivos. Por este motivo, queremos transmitir a necesidade de seguir potenciando o plan “conecta 72” no Servizo Galego de Saúde, polo que se debe asegurar a continuidade con mecanismos de coordinación, circuitos de comunicación e coa unificación de criterios na redacción e elaboración de informes á alta para a continuidade de cuidados, potenciando esta comunicación especialmente dentro dos Procesos Asistenciais Integrados e facendo que tódolos usuarios recoñezan a figura da súa Enfermeira de Familia.

Poder ofrecer aos nosos pacientes dende a Atención Primaria un modelo de seguimento proactivo, significa actuar segundo o modelo de integridade e continuidade de cuidados que tanto demanda unha sociedade en continuo cambio demográfico e sociolóxico.

Propoñemos por un lado potenciar a continuidade da coordinación de cuidados entre a Atención Primaria e a Atención Hospitalaria, onde entendemos que o verdadeiro rol de continuidade asistencial téñeno que asumir os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria. Por outro, propoñemos a realización multidisciplinar médico, enfermeira e traballador social dos informes necesarios para a aplicación de Lei de dependencia puntos 21 e 22, ingreso en residencias e solicitude de axudas sociais, tendo carácter vinculante os informes de cuidados e valoracións funcionais que emite o Enfermeiro/a de Familia e Comunitaria.



IX. Sobre o desenvolvemento de sistemas informáticos que recollan os plans de coidados e aseguren a continuidade asistencial.

A Lei 41/2002 determina os documentos obrigatorios que deben estar presentes na historia clínica, entre eles encóntranse as follas de planificación dos coidados, o rexistro das aplicacións terapéuticas e o rexistro das constantes. Todos eles deben estar presentes en cada un dos episodios coa correspondente identificación da persoa que o realiza, pois implica responsabilidade xurídica, en tanto en canto hai que garantir o cumprimento da lei.

O Real Decreto 1093/2010 do 3 de Setembro aprobou o conxunto mínimo de datos que debían incluír os informes clínicos no Sistema Nacional de Saúde. No seu anexo VII determínase que para denominar os diagnósticos de enfermaría utilizarase a taxonomía NANDA, os resultados con Taxonomía NOC e para as Intervencións a Taxonomía NIC. Así mesmo, o Goberno Galego pública a Lei 3/2001, do 28 de Maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. Onde faise referencia a folla de evolución e de planificación dos coidados de enfermaría, as cales non están incluídas como tal na historia clínica electrónica que ten po Servizo Galego de Saúde a disposición dos Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria na Atención Primaria.

A existencia no nivel primario de saúde, dunha Enfermeira de Familia de referencia cunhas cotas axustadas de poboación (en función de idade, grao de dependencia, institucionalización e grao de privación social entre outros) xunto coas ferramentas informáticas de coidados axeitadas, resultan elementos clave para asegurar e dar calidade ao continuo asistencial.



X. Sobre a Enfermería Familiar e Comunitaria e a atención á cronicidade.

Os especialistas en Enfermería Familiar e Comunitaria son os profesionais máis capacitados para fomentar o autocoidado, garantir a continuidade asistencial e coordinar os recursos nas situacións de cronicidade, é por iso que deben tomar parte activa e liderar políticas e programas orientados á reorientación do sistema. É necesario desenrolar as competencias enfermeiras avanzadas en beneficio da nosa poboación e da sostibilidade do sistema, pero é necesario un compromiso institucional para asignar a poboación que lle compete en función do grao de complexidade e dependencia (carga de coidados). A Enfermeira de Familia e Comunitaria ten que establecer obxectivos de saúde na poboación máis fráxil e definir os indicadores de proceso e resultado para poder medir, analizar e avaliar a súa práctica.

O envellecemento poboacional, a cronicidade complexa, o incremento da dependencia, a diminución da rede de apoio informal, a utilización inadecuada de servizos de saúde, son factores que están a xerar novos retos na atención sanitaria. A misión da Enfermeira de Familia e Comunitaria é a participación profesional no coidado compartido da saúde das persoas, as familias e as comunidades, no «contínuum» do seu ciclo vital e nos diferentes aspectos de promoción da saúde, prevención da enfermidade, recuperación e rehabilitación, no seu ámbito e contexto sociocultural. A acción da Enfermeira de Familia e Comunitaria está orientada por principios e fundamentos científicos, humanísticos e éticos de respecto á vida e á dignidade humana. Destacar que a atención domiciliaria ten que ser un dos eixos centrais sobre os que traballen os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria, sendo indispensable para garantir a continuidade no proceso de coidados dando resposta as múltiples necesidades socio-sanitarias que presentan os pacientes. A sociedade ten que ser consciente de que os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria xogan un papel determinante nos coidados domiciliarios das persoas con patoloxías crónicas e dependentes.

Intimamente relacionado coa atención á cronicidade está a ATENCIÓN DOMICILIARIA E PALIATIVA, as cales deben ser un dos eixos sobre o que se debe vertebrar o traballo enfermeiro en atención primaria, mudando dun modelo de traballo “a demanda” cara un traballo proactivo baseado na educación, prevención e acompañamento.

Por todo o exposto anteriormente e ante este novo horizonte da asistencia sanitaria, reclamamos que o Servizo Galego de Saúde poña en marcha da Estratexia Galega de Atención Integral á Cronicidade, na que os Enfermeiros/as de Familia e Comunitaria teñen que asumir o protagonismo no seguimento dos pacientes con patoloxías crónicas e na atención domiciliaria e paliativa.

