



ENFERMERA REFERENTE (ER), UN PROYECTO MOTIVADOR PARA EL PROFESIONAL Y DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE

Dirección de enfermería

ALTHAIA. XARXA ASSISTENCIAL DE MANRESA (BARCELONA)

RESUMEN

Objetivo: Crear una estructura de trabajo que permita al paciente reconocer a una enfermera como responsable de la gestión de su proceso asistencial y que garantice la continuidad de sus cuidados.

Método: Iniciar este proyecto implica un cambio organizativo en las unidades de hospitalización, por ello se realizó, durante el año 2007, una primera reunión de trabajo de la dirección de enfermería con las jefas de unidad para definir: funciones generales, perfil, unidades de implantación y plazos. Posteriormente se constituyó un grupo de trabajo compuesto por las jefas de unidad y una enfermera de cada servicio implicado, analizando: funciones, organización de cuidados, criterios de adjudicación enfermera-paciente y unidades piloto. Después de una prueba piloto se implantó a partir de marzo de 2008 y se evaluó pasados 7 meses.

Resultados: Los registros del proceso de cuidados han mejorado (74,65 %); la coordinación entre ER y colaboradora es satisfactoria (68%); la coordinación de profesionales de soporte/ ER es menor (35,5%). Las ER con turno estable se sienten reconocidas por el paciente y familia (80,4%) y no tanto las ER de turno no estable (55%). Las ER de turno estable se sienten satisfechas con el nuevo rol (69,4%) frente a solo el 44% de las ER de turno no estable.

Conclusiones: la ER coordina y garantiza la continuidad de cuidados, se siente reconocida por el paciente y familia y satisfecha con el nuevo método de trabajo.

Objective: Create a work structure that allows the patient to recognize a nurse as a management responsible of the welfare process and to guarantee the continuity cares.

Method: Begin this project means an organization change in the hospitalization sections, for that reason it was made, during the year 2007, one first meeting with the nursery director with the chiefs nurses, to define main functions, the profile of the referent nurse, sections where the project will be started and terms to do it. After that, it was create a work group where all the chiefs nurses participated with one nurse of every section in the hospital, working together to analyze the functions and the organization of cares, criteria of awarding nurse-patient ant the sections that started to work on it. A test pilot took place in welfare units of our hospital during the second fortnight of January of 2008, and once solved the incidences, we implanted to all of our welfare units in March.

JUSTIFICACIÓN

Existe sentimiento muy marcado entre los profesionales de enfermería de no poder llevar a término todos sus conocimientos en las organizaciones sanitarias donde trabajan.

Nuestros profesionales enfermeros sienten que su profesionalidad esta bien valorada por el equipo asistencial y por los pacientes individualmente cuando estos precisan de sus cuidados, pero insuficientemente valorada por las organizaciones y la sociedad en general. Este hecho refleja que la enfermera sigue teniendo una gran dificultad para hacerse visible e identificable como profesional con competencias propias dentro del equipo asistencial.

La falta de responsabilidad individual sobre el trabajo dentro del equipo (según los expertos) es un factor de invisibilidad y desmotivación muy importante. Cuando el trabajo es de todos, la aportación individual queda diluida. La motivación de los profesionales se mide por la participación, la autonomía i la responsabilización del trabajo que se realiza, la motivación i la satisfacción en el trabajo requiere de compromiso, de participación i de acción concentrada.

Si queremos que los profesionales de enfermería estén valorados, motivados i satisfechos de su trabajo es preciso que asuman más responsabilidades individuales y se atrevan a poner nombre a cada uno de los procesos de cuidados que lleven a termino, sobre todo en las unidades de hospitalización donde los diferentes turnos y la movilidad de los equipos, en muchas ocasiones, las responsabilidades quedan más diluidas.

Per todo lo nombrado anteriormente y con la finalidad de hacer más visible la actividad enfermera i siguiendo en el camino que hemos empezado en nuestro Centro, de profesionalizar los cuidados desde la dirección de enfermería se impulsa el proyecto "enfermera referente" que tiene como objetivo introducir los cambios precisos para permitir seguir creciendo profesionalmente.

INTRODUCCIÓN

La enfermera, en su trabajo diario va desarrollando actividades de cuidados, muchos de las cuales se interrelacionan con las actuaciones de otros profesionales que integran el equipo interdisciplinar y de otras que corresponden a su rol autónomo.

Para poder individualizar y organizar las actividades de cuidados que se ofrece a cada enfermo, es necesaria una valoración al ingreso y un plan de actuación que defina los problemas, los objetivos y las actividades a realizar, así como disponer de una herramienta que nos permita planificarlas y posteriormente evaluarlas.

Poner en marcha los planes de cuidados estandarizados fue uno de los objetivos de enfermería a partir del año 2006 y para ello previamente se inició la formación en metodología de cuidados de todas las jefas de unidades de enfermería primero y de 460 enfermeras posteriormente para elaborar conjuntamente los planes de cuidados, el registro de planificación de las actividades y el informe de enfermería al alta.

Una vez introducido y puesto en funcionamiento todo el proceso de cuidados, nuestro reto actual es seguir adelante en la profesionalización de la enfermería y establecer en nuestro hospital, la figura de enfermera referente de unidad.

Somos conscientes que implantar la figura de enfermera referente en las unidades de hospitalización implica cambiar el método de trabajo y para garantizar el éxito, es necesario conseguir que todos los profesionales enfermeros se crean el proyecto y por ello hemos querido que participen en el desde el inicio.

La enfermera debe asumir el reto de ser la enfermera de referencia para el enfermo y su familia de todo el proceso asistencial, así como de la gestión de la gran cantidad de información y cuidados que maneja sobre el estado del paciente y las actividades que realiza sobre ellos.

Estamos convencidos que este proyecto servirá para introducir unos cuidados más individualizados y reflexivos, al mismo tiempo que acabara con rutinas establecidas desde hace tiempo. Pero estamos seguras que con este proyecto no aumentamos el trabajo enfermero pero si, en cambio, la mejora de la atención que damos al paciente, el reconocimiento profesional y el crecimiento del equipo.

OBJETIVOS

Crear una estructura de trabajo que permita al paciente reconocer, no solo a un médico, sino también a una enfermera como responsable de la gestión de su proceso asistencial y que trabaje con él coordinadamente y, con objetivos comunes.

Garantizar la continuidad de cuidados, entre los diferentes profesionales, durante el ingreso hospitalario y a partir del momento del alta.

Mejorar la satisfacción de la enfermera implementando un cambio organizativo que potencie la profesionalización de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Iniciar este proyecto implica un cambio organizativo en las unidades de hospitalización y hace imprescindible establecer nuevas responsabilidades entre las enfermeras, tanto para la elaboración del plan de cuidados, como para la continua toma de decisiones que comporta su seguimiento, por ello se realizó en junio del año 2007, como **fase inicial del proyecto**, una primera reunión de trabajo de la dirección de enfermería con las jefas de unidad de hospitalización para definir las funciones generales, las unidades de implantación, el grupo de trabajo y el cronograma.

En Octubre de 2007 se **constituyó un grupo de trabajo** y se analizaron las funciones, la organización de los cuidados, los criterios de adjudicación enfermera-paciente y las unidades piloto.

Se inició una prueba piloto en tres unidades de hospitalización de nuestro hospital en enero de 2008 y una vez resueltas las incidencias, se **implantó** al resto de unidades a partir del mes de marzo de este mismo año.

Finalmente, en octubre de 2008, se **evaluó** el proyecto mediante una encuesta dirigida a las ER.

FASE INICIAL DEL PROYECTO

Se establecen las funciones generales:

1. Guiar el proceso de cuidados.
2. Garantizar la continuidad de cuidados y planificar el proceso de alta a partir del momento del ingreso coordinando, tanto la intervención de los profesionales de su unidad como la de los profesionales de soporte.
3. Comunicar los resultados finales a través del alta de enfermería. Ha de ser la referente para la comunicación entre la asistencia primaria y la hospitalaria.

Se decide que el ámbito de implantación del proyecto sea en las unidades de Cirugía, Traumatología, Convalecencia, Medicina interna, Salud Mental, Pediatría, Ginecología, UCI y Hemodiálisis, representando un total de 404 camas y que el grupo de trabajo esté formado por una enfermera y la responsable de cada una de las unidades donde quiere implantarse el proyecto, siendo coordinado por la responsable de área de metodología de cuidados de nuestro hospital.

Se elabora el cronograma de reuniones para el cuarto trimestre de 2007, se programa la prueba piloto para realizarla durante la segunda quincena de enero de 2008 y la implantación a principios de marzo de este mismo año.

SEGUNDA FASE DEL PROYECTO

A partir de octubre de 2007, una vez constituido el grupo de trabajo, se realizaron 5 reuniones de trabajo donde primeramente se analizaron los objetivos del proyecto y las funciones generales que debe desempeñar la enfermera referente y se definió la organización de los cuidados, los criterios de adjudicación enfermera-paciente y las unidades piloto.

Se considera imprescindible que en la historia clínica informatizada del hospital conste el nombre de la enfermera referente como sistema que facilite la comunicación entre esta enfermera y los profesionales colaboradores para así evitar la fragmentación de cuidados.

Se lista los profesionales de soporte de enfermería (auxiliares clínicas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, dietista, enfermeras clínicas, de enlace y gestoras de casos) y se consensúa el medio de comunicación a utilizar con cada uno de ellos.

Organización de cuidados:

En el momento del ingreso la ER inicia el proceso de cuidados o se revisa la documentación iniciada por la enfermera colaboradora.

Es fundamental que en el momento de la acogida se presente al paciente y a la familia como la enfermera que planificará y realizará el seguimiento de todos sus cuidados y por lo tanto como la persona a quien podrán dirigirse en caso de que surja alguna duda o necesiten asesoramiento.

Valorará toda la información recogida y, si es conveniente, determinará si se debe solicitar la colaboración de otros profesionales durante el proceso hospitalario o ayudas posteriores al alta.

Cuando el paciente ingrese en ausencia de la ER, la enfermera colaboradora se presentará y le informará de quien será la ER de su proceso. Iniciará todo el proceso e programará los cuidados hasta el momento que la ER asuma el paciente.

La decisión de las actividades relacionadas con el rol de colaboración dependen de otros profesionales, generalmente médicos..., estas actividades ya suelen estar recogidas en los planes de

cuidados y protocolos o pueden ser pautadas por el propio medico. Para estas actividades se mantiene la planificación que ha venido haciéndose hasta ahora.

En cuanto a las actividades relacionadas con el rol autónomo será la ER quien decidirá que actividades han de llevarse a cabo, como deben realizarse y la pauta diaria. Las programará en su turno de trabajo. Será también la responsable de su evaluación.

La enfermera colaboradora realizará todos los cuidados programados en su turno (tanto del rol autónomo como del rol de colaboración) y solo modificará la pauta de aquellos cuidados que no puedan esperar la llegada de la enfermera referente.

La auxiliar de enfermería (colaboradora), participa en la aplicación del plan definido por la ER, colabora con ella en la detección y la suplencia de los problemas de autonomía detectados y participa en el registro del nivel de autonomía diario del enfermo.

Por tanto, es necesaria una comunicación continuada de la ER con la auxiliar de enfermería que ha asistido al paciente durante cada turno de trabajo. Si no ha trabajado con ella aprovechará la hora del cambio de turno.

La ER inicia el informe de enfermera al alta tan pronto como sea posible. Lo finalizará en el momento del alta y dará las recomendaciones.

En caso de altas precipitadas o no esperadas en ausencia de la ER, será la enfermera colaboradora quien finalizara el alta de enfermería –que la ER ya habrá iniciado - y dará las recomendaciones, si la ER no lo ha podido hacer.

Criterios de adjudicación de pacientes

Los criterios para la adjudicación paciente/ER deben cumplir dos condiciones: han de ser sencillos y conocidos por todo el personal enfermero de la unidad y deben evitar desplazamientos excesivos para la enfermera.

Decidimos mantener la asignación actual paciente / enfermera por números correlativos de habitaciones. La organización de las unidades nos hace pensar que una enfermera pueda ser referente de 5/7 pacientes de los 11/14 que tiene asignados y que seguirá llevando como colaboradora.

La única condición para poder ser ER es la de realizar un turno de trabajo de mañana y tarde de forma continuada en hospitalización.

Por tanto, la enfermera de mañana y tarde desarrollara el doble rol: el de ER de la mitad de sus pacientes y el de enfermera colaboradora de la otra mitad.

La enfermera de noche, debido a su horario nocturno y alterno, será siempre enfermera colaboradora, por lo que se le ofrece participar y responsabilizarse de la recogida de datos de los diferentes indicadores de calidad de su unidad, trabajarlos i proponer mejoras, coordinada por la responsable de calidad.

Las ventajas:

1. En el momento del ingreso siempre se conoce quien será la ER de cada paciente.
2. Es equitativo: Las enfermeras siempre son referentes del mismo número de pacientes.
3. La ubicación consecutiva de pacientes por pasillos supone menos desplazamientos para la enfermera.

Los inconvenientes:

1. Los cambios de ubicación de pacientes puede comportar cambio de ER, por ello deben minimizarse.
2. Es incompatible con los cambios rotatorios frecuentes de pacientes entre enfermeras.

LAS UNIDADES PILOTO Y LA IMPLANTACIÓN

Se inicia una prueba piloto en tres unidades asistenciales de nuestro hospital, durante la segunda quincena de enero de 2008 y una vez resueltas las incidencias, se implanta al resto de unidades asistenciales a partir del mes de marzo.

RESULTADOS

Se realiza una encuesta a los 7 meses de la implantación con el objetivo de determinar el reconocimiento - del paciente y familia - percibido por las ER y su satisfacción con el nuevo método de trabajo.

La encuesta esta formada por 9 preguntas con respuestas cerrada y una abierta en la cual podían exponer aspectos de mejora del proyecto (las preguntas fueron seleccionadas teniendo en cuenta los objetivos y las funciones definidas en el proyecto "ER de unidad").

Las variables del estudio son: edad, turno estable/no estable, antigüedad en la profesión y unidad de trabajo.

Se repartieron 138 encuestas y se recogieron 126 contestadas (91,3 %).

Entre los profesionales estudiados podemos diferenciar: 72 enfermeras con jornada completa y turno estable -mañana o tarde- (57,1%) que les permitía mantener la referencia del paciente desde el ingreso hasta el alta y 54 enfermeras con turno no estable -mañana y tarde- (42,9%) que hacen la suplencia de la ER cuando esta no está.

De los resultados de la encuesta de satisfacción se desprende que entre un 70-79% (IR turno no estable/IR turno estable) piensa que los registros del proceso de cuidados han mejorado mucho o bastante desde la implantación del nuevo método de trabajo.

Cuando se pregunta sobre la coordinación entre la ER y la enfermera colaboradora de la misma unidad, tanto las respuestas de la ER de turno no estable, como de la ER de turno estable es similar. Opinan que es satisfactoria en un 68% y que no lo es mucho en un 30%.

En cuanto a la coordinación con los profesionales de soporte que intervienen en el proceso de cuidados durante el ingreso, entre el 58-65% de las ER manifiestan que poco o nunca estos profesionales se ponen en contacto con ellas para la coordinación del proceso.

Las unidades en que las enfermeras solicitan más los profesionales de soporte son Traumatología, Convalecencia y Cirugía y en menor medida en Medicina interna. Destacar que Salud Mental solicita básicamente la ayuda de trabajo social, dietista y la enfermera clínica de diabetología y UCI se coordina desde el momento del ingreso con la enfermera gestora de insuficiencia cardíaca en el paciente con Síndrome Coronario Agudo.

El cumplimiento del informe de alta de enfermería es del 100% en los pacientes con un ingreso superior a las 24h. Este informe se inicia poco en el momento del ingreso y se realiza básicamente durante el proceso o en el momento del alta. Retardar el inicio del informe de alta puede comportar que los profesionales colaboradores deban realizarlo en pacientes que no conocen, con las dificultades y la pérdida de información que esto comporta.

Por último destacar que el 80% de las ER con turno estable se siente mucho o bastante reconocida por el paciente y la familia. Este hecho no es compartido por la ER de turno no estable, ya que solo se siente reconocida en un 55% (cabe destacar que solo el 44% de las ER de turno no estable dice presentarse al paciente y familia como ER frente al 82% de las ER con turno estable que si lo hace).

En cuanto a si se ha mejorado su satisfacción, el 70% de ER de turno estable se sienten mucho o bastante satisfechas con el nuevo rol mientras que solo el 44% de las ER de turno no estable lo están.

En aspectos de mejora podemos destacar las aportaciones de algunas enfermeras:

- > En las unidades de corta estancia la enfermera no puede realizar algunas de las funciones del rol de ER debido al poco tiempo que el paciente esta ingresado.
- > La dificultad del turno de tarde para ponerse en contacto con los diferentes profesionales de soporte del hospital para coordinar el proceso.
- > En algunas ocasiones la enfermera colaboradora rectifica, sin motivo aparente, los cuidados planificados por la enfermera referente.
- > La dificultad que tienen las ER de turno no estable para guiar y coordinar el proceso de cuidados debido a que en la mayoría de días que trabajan deben cambiar de pacientes. Estas enfermeras manifiestan que habría de redefinir el su rol como ER.

CONCLUSIONES:

1. La enfermera referente de unidad ha asumido la responsabilidad de coordinar el proceso de atención, de gestionar, transmitir y registrar adecuadamente la gran cantidad de información que genera el proceso y la intervención de los diferentes profesionales implicados.
2. La enfermera referente de turno estable se siente reconocida por el paciente y satisfecha con el nuevo rol no siendo tan amplio el reconocimiento y la satisfacción en el caso de la ER de turno no estable.
3. Nuestros profesionales enfermeros sienten que su profesionalidad esta bien valorada por los pacientes y familia, pero aun insuficientemente valorada por algunos profesionales de la organización. Este hecho refleja que la enfermera sigue teniendo una gran dificultad para hacerse visible e identificable y acabar, definitivamente, con el anonimato en el que esta inmersa.

A partir de este estudio se especifica que *“turno continuado de trabajo de mañana o tarde”*, única condición para ser ER, significa un periodo superior a dos días en el mismo lugar de trabajo. La ER con un periodo inferior asumirá las funciones pero no se presentará como ER, no se adjudicará el enfermo en la Historia clínica informatizada i no se responsabilizará de dejar iniciado el informe de alta.

Como estudio de futuro proponemos determinar el grado de satisfacción y reconocimiento del papel de la enfermera referente -que tienen los pacientes y familias- para poder evaluar el impacto social de este nuevo proyecto.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ “Enfermera Primaria: problemas para su implantación.” M. V. Sanchón Macías. Enf. Científica, Num 164-165. Diciembre 1995
- ❖ “Hospitales con magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes.” Linda H. Airen. Enf. Clínica, Vol 5, Num 6
- ❖ “La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente” Joseph Antolí Sasot. Enf. Clínica, Vol 8, Num 2
- ❖ “Primary Nursing: amadoe of careor a philosophy of nursing? David Pontin PhDRSCN RHV. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29 (3), 584-591.
- ❖ “Propuestas para el desarrollo profesional I”. J. López Ruiz. Enf. Clínica. Vol.10.num. 3
- ❖ “Propuestas para el desarrollo profesional II”. J. López Ruiz. Enf. Clínica.
- ❖ “Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente”. Servicio Andaluz de Salud. Acuerdo de Gestión. 2002.
- ❖ “Guía para la protocolización de la enfermera referente en unidades de hospitalización”. Dirección de enfermería. Hospital regional universitario Carlos Haya. Servicio andaluz de salud. Marzo 2006.