

Traduzione a cura di:
D.D.S.I. MARIA CRISTINA ROBB
in collaborazione con D.D.S.I. Paolo Chiari
Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia

Tel. e Fax. 051 6363049
E-mail: servinf@aosp.bo.it
Web: <http://www.evidencebasednursing.it>

SVILUPPARE SISTEMI ORGANIZZATIVI E CULTURALI PER SUPPORTARE LA PRATICA BASATA SULLE EVIDENZE: L'ESPERIENZA DELL'EVIDENCE-BASED WARD PROJECT

Lo sviluppo della pratica basata sulla ricerca è stato uno degli scopi dell'assistenza infermieristica per molti anni. La pratica basata sulle evidenze (EBP) fornisce uno schema ed un processo per l'inserimento sistematico delle evidenze della ricerca e delle preferenze del paziente nelle decisioni cliniche, a livello del singolo professionista e dell'organizzazione sanitaria. Sono pochi gli studi ben disegnati che hanno esaminato l'efficacia delle strategie organizzative, per incoraggiare l'uso sistematico della ricerca nella pratica infermieristica, ed è necessaria una ricerca maggiore sulla realtà e le conseguenze dell'adozione della EBP.

Nel 1996, un ente ospedaliero del National Health Service (NHS) ed un dipartimento universitario a Londra, UK, hanno iniziato insieme un progetto per aumentare l'uso sistematico della ricerca nella pratica clinica, da parte degli infermieri. La EBP è stata selezionata come approccio ed il progetto, allargato a tutto l'ospedale, è partito successivamente, nello stesso anno. Il progetto è stato coadiuvato dall'impiego di un professore senior, nominato dalle due organizzazioni insieme, che dedicava metà del suo tempo a questo ruolo. Inizialmente è stata fatta una valutazione diagnostica del progetto, identificando i bisogni di sviluppo dell'organizzazione e delle capacità individuali, per supportare ed utilizzare l'EBP. L'Evidence-Based Ward Project ha utilizzato la ricerca per esplorare le modalità con le quali l'organizzazione e la cultura sulla pratica potrebbero essere sviluppate, all'interno di un reparto per acuti molto impegnato, per rendere l'EBP una parte del "normale" approccio alla pratica. Il progetto è proseguito per 10 mesi ed è stato coordinato dal nuovo dirigente del reparto e dal professore senior.

LA SEDE DEL PROGETTO

Quando il progetto è iniziato, l'ospedale era un ospedale generale di distretto dell'NHS in UK

abbastanza tipico, con approssimativamente 520 letti. Durante il progetto, l'ospedale è stato incorporato con un ente dell'NHS vicino, di dimensioni simili. L'ospedale possedeva una tradizione di formazione infermieristica, ma solo recentemente era diventato sede clinica per gli studenti di medicina. Il reparto è stato selezionato come tipico esempio tra altri reparti dell'ospedale, con 25 letti e una degenza media di 4,5 giorni. La dotazione del personale comprendeva 15 infermieri diplomati e 5 infermieri non qualificati. Lo staff del reparto ha partecipato volontariamente.

IL DISEGNO DEL PROGETTO

Il disegno si è basato sul fatto che le evidenze della ricerca suggeriscono che interventi multifaccettati e specifici, creati per rispondere alle differenti barriere per il cambiamento, sono decisamente i più efficaci, per facilitare i cambiamenti organizzativi e pratici. L'introduzione dei sistemi di supporto per l'EBP è un importante processo di cambiamento, che richiede la ristrutturazione dell'ambiente clinico locale ed una modificazione della cultura prevalente sulla pratica. Il progetto ha utilizzato la ricerca e la ridisegnazione del lavoro. Lo staff del reparto ha selezionato le aree che desiderava affrontare e le ha suddivise per priorità. Per assicurare che il progetto fosse realistico, sono state rese disponibili una minima quantità di risorse aggiuntive.

Il team di cambiamento, il cui ruolo era quello di identificare i problemi e trovare le soluzioni, comprendeva un membro nominato da ciascuna categoria dello staff infermieristico, il farmacista, la terapeuta occupazionale e l'infermiere di collegamento per la dimissione, che collaborava con il team del reparto. Il compito di sviluppare la cultura ed i sistemi organizzativi per supportare l'EBP era inserito nei lavori affidati al team. I facilitatori hanno supportato il team incoraggiandolo ad utilizzare il modello della riprogettazione del lavoro e la pianificazione delle azioni, come un processo di

cambiamento.

Il concetto di “infermiere di collegamento” esisteva già, nel reparto e nell'intero ospedale. Il ruolo era stato concettualizzato in modo tradizionale come uno sviluppo della pratica, ma non esisteva una definizione operativa chiara. La definizione del ruolo dell'infermiere di collegamento, come una figura che risponde ai quesiti di EBP generati dal gruppo del reparto, è stata inserita come elemento del progetto. I 5 stadi del processo di EBP che sono stati utilizzati sono i seguenti:

- formulare un quesito di EBP;
- ricercare in modo sistematico le evidenze;
- fare una valutazione critica delle evidenze;
- cambiare la pratica dove sia indicato;
- valutare gli effetti del cambiamento.

Una parte degli infermieri ha assunto la responsabilità di rispondere a quesiti specifici e, se era indicata l'attuazione di un cambiamento della pratica, doveva guidare il processo di cambiamento. Il professore senior ha fornito 1,5 giorni di formazione aggiuntiva per questo ruolo; dei piccoli gruppi all'interno del reparto hanno generato dei quesiti di EBP, sulla base dei pazienti presenti. Agli infermieri erano stati forniti degli strumenti per aiutarli nel processo di ricerca e di valutazione critica delle evidenze. Sono state fornite delle risorse aggiuntive per fotocopiare e conservare gli articoli di ricerca.

La supervisione clinica (i colleghi aiutano gli altri a riflettere sulla loro pratica ed a imparare) non era operativa nel contesto, quando il progetto è iniziato, e non c'erano supervisor clinici preparati nell'ente ospedaliero. Il nuovo dirigente del reparto aveva un'esperienza nella supervisione clinica ed inizialmente ha assunto tale ruolo per lo staff del reparto. Allo staff infermieristico è stato distribuito un diario di riflessioni, che includeva l'intestazione utilizzata nel modello di Johns sulla riflessione strutturata. Di conseguenza, sono state portate avanti diverse sessioni individuali ed alcuni componenti dello staff più anziani hanno cominciato a fornire un po' di supervisione clinica ai membri del loro gruppo. Mentre il progetto progrediva, un programma di formazione allargato a tutto l'ente, ha fornito dei supervisor aggiuntivi esterni per alcuni membri del team del reparto.

LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è stato completato, coinvolgendo differenti livelli di intervento, con molti partecipanti. È stato un progetto di tipo esplorativo, nel senso che il compito è stato quello di sviluppare i sistemi organizzativi e culturali per supportare l'EBP, senza conoscere come questi sarebbero potuti essere in questo particolare contesto. In queste circostanze, è stato difficile definire quali esiti misurare. Così, la valutazione è stata guidata dal bisogno di riconciliare la rilevanza ed il rigore all'interno del contesto di una relazione socioterapeutica, il cui scopo era di facilitare il cambiamento desiderato.

Sono stati selezionati gli indicatori sulla cultura e sulla qualità dell'assistenza nel reparto e sull'applicazione del processo di EBP ed è stata effettuata, precedentemente, anche una raccolta dati. Gli indicatori di processo includevano il malessere dello staff, le lamentele dei clienti e il numero di quesiti e di risposte di EBP generate. Gli indicatori indiretti includevano la percezione degli infermieri partecipanti sull'impatto del progetto e la qualità della documentazione del paziente, utilizzando una versione modificata di MONITOR 2000, prima e dopo l'intervento.

I RISULTATI

Diversi sviluppi sono stati apportati nell'organizzazione e nella cultura della pratica durante il progetto. Essi includevano:

- l'introduzione dell'assistenza infermieristica di team e nominale (per ogni paziente viene nominato l'infermiere di riferimento);
- l'introduzione della valutazione del paziente e della pianificazione dell'assistenza utilizzando il modello delle attività giornaliere di vita come attività chiave per tutto lo staff qualificato, il risultato è stato un miglioramento della documentazione del paziente;
- l'introduzione di un formato standardizzato per il passaggio delle consegne del paziente, inclusi i quesiti di EBP identificati;
- il miglioramento dell'ambiente del reparto (per esempio, i ripiani dove erano collegati i tubi ed il gorgogliatore dell'ossigeno);
- l'introduzione di un'organizzazione dei turni personalizzata, basata sul team;
- l'introduzione ed il rafforzamento delle politiche di gestione del personale (per esempio, la revisione della performance individuale).

Gli sviluppi selezionati ed i metodi di implementazione organizzativi sono stati fortemente influenzati dalle priorità del dirigente del reparto e dalle precedenti esperienze.

Durante il corso del progetto, lo staff del reparto ha identificato 22 quesiti di EBP. Un infermiere ha completato un sommario degli argomenti valutati in modo critico, generando raccomandazioni pratiche per il suo quesito di EBP sulla cura del punto di inserzione della gastrostomia percutanea endoscopica. Questo ha rappresentato una parte sostanziale del lavoro ed ha comportato una ricerca abbastanza completa su Medline, CINAHL e la Cochrane Library, il contatto con esperti sull'argomento e l'approccio critico ed il riassunto delle evidenze. Molto di tutto ciò è stato fatto fuori dall'orario di lavoro.

Gli infermieri che hanno partecipato al progetto hanno riferito un aumento della sicurezza nelle loro abilità ed in quelle dei loro colleghi. Hanno detto che hanno sviluppato e migliorato la loro comunicazione, l'organizzazione e la gestione, la leadership e le abilità di lavoro di gruppo. Anche la documentazione dell'assistenza del paziente, valutata con il punteggio

di MONITOR, è migliorata (la differenza media nel punteggio di pre-test e di post-test è di 7,6 % con un CI al 95% da 2,8 a 12,4). Il punteggio di malessere medio tra gli infermieri è stato più basso durante il progetto, rispetto ad un periodo equivalente nell'anno precedente (differenza media 10 d/mo, CI al 95% da 5,3 a 14,3).

I cambiamenti organizzativi, che sono avvenuti durante il progetto, sono stati sporadici e molti non sono stati mantenuti. I sistemi, che sono stati messi in opera per incoraggiare gli infermieri a farsi delle domande in modo sistematico sulla loro pratica ed a trovare delle risposte evidence-based ai loro quesiti (in primo luogo lo schema dell'infermiere di collegamento), non è diventato pienamente operativo. L'entusiasmo e la partecipazione attiva al progetto è rimasta confinata ai membri del gruppo di cambiamento, con poche eccezioni. In qualche modo, tutti gli infermieri hanno mostrato una resistenza al cambiamento, differiva l'argomento sul quale erano più resistenti. Un piccolo gruppo di infermieri (in primo luogo quelli che facevano il turno di notte, il part-time o chi lavorava nel reparto da molti anni) ha opposto resistenza, in modo attivo, a quasi tutti i cambiamenti che avevano trovato d'accordo i loro colleghi. Questo gruppo sembrava essere poco interessato a qualsiasi elemento riguardante il progetto, nonostante gli sforzi dei facilitatori di coinvolgerli. Gli sviluppi del reparto, dal completamento del progetto, suggeriscono che i cambiamenti avvenuti sono fragili e facilmente reversibili.

LA LEZIONE APPRESA DAL PROGETTO

I cambiamenti non raggiungono lo stadio che Lewin descrive come ricongelamento. Perché i cambiamenti sono così difficili e perché quelli attuati non si mantengono? Diversi fattori importanti, che restringono la trasposizione dell'EBP, nella pratica sembrano nascere nei contesti strutturali attuali (per esempio istituzionali e professionali).

Le risorse ed il controllo dei carichi di lavoro

Durante i periodi in cui il reparto era in carenza di personale, tutti gli infermieri si lamentavano di essere "troppo impegnati" e le attività per il progetto, durante questi periodi, si riducevano al minimo. Per esempio, se troppi pochi infermieri del reparto stavano lavorando su un particolare cambiamento, i nuovi sistemi di pratica potevano non funzionare. I membri del gruppo di cambiamento erano spesso troppo impegnati per partecipare alle riunioni del gruppo. Le sessioni formative per gli infermieri di collegamento erano difficili da organizzare, perché lo staff poteva non essere libero per parteciparvi. Questi fattori esterni, tuttavia, non agivano su tutti allo stesso modo. C'erano delle variazioni, all'interno e tra gli infermieri, nella loro risposta ai carichi di lavoro percepiti.

La selezione tra le priorità

Durante il progetto, l'EBP ha dovuto competere con altre priorità all'interno dell'ente, come la riduzione delle liste di attesa ed il miglioramento delle risposte alle lamentele del paziente. I dirigenti regionali non monitoravano gli aspetti specifici dell'EBP dell'ente con lo stesso grado di analisi con cui controllavano l'aderenza alla lista di attesa, posta come obiettivo. Questo può aver influito sulla capacità dell'istituzione di supportare e promuovere i cambiamenti nel reparto partecipante e sulla selezione delle priorità da parte dello staff. Gli esempi di "mal pratica", quando venivano segnalati allo staff da qualcuno che veniva percepito come essere una figura autorevole, spesso produceva un'immediata risposta del gruppo infermieristico. Per esempio, il feedback proveniente dal direttore infermieristico di tutti i reparti sul numero di somministrazione errate di farmaci, ne aveva evidenziate 2 (nessun danno al paziente) in 1 mese, nel reparto partecipante. In risposta, il dirigente del reparto aveva cambiato il sistema di somministrazione dei farmaci nel reparto. Questo cambiamento ha comportato l'utilizzo di molto tempo ed energie ed il nuovo sistema ha aumentato l'uso di risorse infermieristiche. Per contro, gli infermieri non avevano una risposta altrettanto urgente ai quesiti di EBP che provenivano dalle riflessioni sulla loro pratica, anche quando non potevano giustificare una particolare prassi.

Le abilità e le conoscenze per l'EBP

Inaspettatamente, gli infermieri sono giunti al progetto con poche conoscenze di base di EBP. Tutti i partecipanti hanno avuto grandi difficoltà ad identificare e formulare un quesito clinico. Tutti avevano scarse abilità di ricerca e di approccio critico. La formazione ed il supporto crescente non erano adeguati a rispondere a tali deficit. I partecipanti hanno fatto numerosi progressi sulla loro comprensione dei principi dell'EBP. Gli infermieri diplomati di recente sono sembrati fare i progressi maggiori. La ragione non è stata chiarita, ma era probabile fosse in parte dovuta alla loro voglia e capacità di lavorare sui loro quesiti, al di fuori dell'orario di lavoro. Il tempo disponibile durante le ore di lavoro era spesso gravato da priorità in antagonismo.

Il dirigente del reparto come un modello di ruolo

Il dirigente di reparto è apparso essere una figura chiave nel cambiamento raggiunto. Le sue abilità cliniche e gestionali erano strumentalmente importanti, ma fungeva anche come un modello di ruolo. Sebbene fosse un modello di ruolo positivo in molte aree della pratica, è sembrato essere un modello di ruolo negativo per l'EBP ed inoltre attribuiva al suo ruolo di infermiere di collegamento una priorità più bassa rispetto ad altri aspetti del suo ruolo. Questo può aver avuto un effetto negativo, legato al ruolo, nella percezione degli altri infermieri

dell'importanza dell'EBP.

I FUTURI LAVORI SULL'IMPLEMENTAZIONE DELL'EBP

I risultati del progetto corrispondono ai risultati di altri studi sul cambiamento della pratica infermieristica nelle organizzazioni, i quali suggeriscono che i fattori strutturali ed organizzativi sono le chiavi di svolta per l'implementazione efficace dei cambiamenti di successo. Questo è probabilmente il caso se il cambiamento riguarda un piccolo aspetto specifico della pratica o, come in questo caso, un cambiamento culturale notevole. Il progetto ha dimostrato che è necessario un cambiamento sostanziale nel pensiero organizzativo e culturale, per far in modo che gli infermieri rendano le evidenze della ricerca parte della loro pratica routinaria. I risultati suggeriscono anche che i singoli individui nelle unità cliniche avranno difficoltà a rendere operativo l'EBP in assenza di un cambiamento nei contesti professionali ed organizzativi in atto. I fattori locali che appaiono importanti comprendono l'esistenza di un gruppo clinico funzionale, con dei ruoli e delle responsabilità chiaramente definiti. I problemi che originariamente sono strutturali, piuttosto che locali, includono:

- la priorità data all'EBP dall'organizzazione (cioè il controllo ed il feedback efficaci

sull'EBP all'interno dei singoli enti, da parte dei clinici e di coloro che rivestono ruoli di autorità);

- la ricerca delle risorse per i carichi di lavoro (cioè l'inclusione dello sviluppo della pratica clinica, quando vengono considerati i carichi di lavoro delle singole unità e dei clinici);
- l'adeguata preparazione dei leader clinici e degli infermieri sull'acquisizione delle abilità e delle conoscenze dell'EBP, incluso il tempo di praticarle;
- lo sviluppo crescente degli infermieri generici qualificati, del problem solving, dell'informazione tecnologica e delle abilità di pensiero critico.

MARK NEWMAN, RGN, MA, PGCHE
*Research Centre for Transcultural Studies in
Healthcare*

*Middlesex University and Barnet & Chase Farm
Hospitals NHS Trust, UK*

IRENA PAPADOPULOS, RN, RM, MA(Ed), PhD
*Research Centre for Transcultural Studies in
Healthcare*

Middlesex University, UK

RITA MELINFONWU, RGN, MSc
Barnet & Chase Farm Hospitals NHS Trust, UK



Luglio 2004