LE CONSEGNE INFERMIERISTICHE AL POSTO LETTO DEL PAZIENTE

ESPERIENZA DELLA TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA
UDINE

34° Congresso Aniarti 2015

Chiara Creatti

Perché parlare di consegne infermieristiche?

Problema rilevante: eventi avversi causati da scarsa/ errata comunicazione

L'obiettivo delle consegne infermieristiche è quello di garantire la sicurezza e la qualità della continuità assistenziale

(Caruso,2007)

Le consegne al posto letto: dove si possono attuare?

La modalità di consegne al posto letto è quella sviluppatasi nei reparti organizzati secondo il *Primary Nursing o Modular Nursing* ed è ampiamente supportata dalla letteratura.

La realtà della CCH TIPO di Udine

Il modello organizzativo adottato è il

↓

Modular Nursing

permette una trasmissione di consegne esclusiva tra gli infermieri che seguono lo stesso paziente e può essere effettuata direttamente al posto letto.

Come viene organizzato il momento delle consegne nella realtà della CCHTIPO

- Sovrapposizione di orario nel cambio turno tra infermieri (20 min)
- Medici e infermieri non si sovrappongono nel cambio turno
- Ogni infermiere si fa carico di 2 pazienti (divisione secondo principi di continuità assistenziale, carico assistenziale, vicinanza posti letto)
- Ogni infermiere riceve le consegne direttamente al posto letto del malato dal collega che lo precede.

Due modalità a confronto

Gli attori coinvolti

Il paziente è parte integrante del processo (Caruso,2007)

Chiara Creatti

Chi riceve le consegne

- Si focalizza solo sul paziente di cui riceve le informazioni (maggior attenzione e meno possibilità di distrazioni) → Migliora continuità delle cure (Kerr et al, 2014) e l'efficacia della consegna (Anderson & Mangino, 2006)
- Ha sotto controllo il paziente, si focalizza sulle problematiche principali, ha sotto controllo i parametri al monitor (supervisione, continuità assistenziale nei pazienti critici) e la documentazione;

Primo accertamento

- Interagire direttamente con il paziente (e altre figure di riferimento se presenti)
- Sicurezza (possibilità di individuare e correggere errori)(Jeffs et al.,2013)
- Occasione di apprendimento

Chi dà le consegne

- Ha la documentazione e il paziente sotto controllo
- Può completare le informazioni scritte e verbali attraverso l'osservazione diretta (Benaglio et al.,2006) (es. parametri al monitor, accessi vascolari, devices, pompe infusive, ventilatore…)
- *Debriefing* del lavoro svolto
- Migliora la responsabilizzazione (preoccupazione di lasciare l stanza in ordine) (Baker, 2010)
- sono più OGGETTIVE perché non lasciano spazio a commenti personali e stereotipati (Benaglio,2006)
- Non aumentano i tempi di consegne anche perché nel frattempo l'infermiere può aggiornare la grafica, sorvegliare il paziente…(Baker, 2010)
- Sicurezza (possibilità di individuare e correggere errori) (Jeffs et al.,2013)
- Occasione di apprendimento

E il paziente?

- Conosce la sua figura di riferimento (rassicurato, presa in carico)
- ridotta anche la percezione che "non ci sia nessuno nei dintorni" (Baker, 2010)
- Minor cadute e maggior sicurezza (Chaboyer et al., 2009) e Ridotto tempo di mancata sorveglianza (Bulfone et al.,2012)

Ma soprattutto…

- **Ascolta**
- **Partecipa**
- **Interagisce (ricorda, corregge, chiarimenti…)**

Pazienti più soddisfatti (Chaboyer et al., 2009)

Come sono strutturate le consegne in CCHTIPO?

Le consegne vengono effettuate attraverso il metodo **SBAR,**

strategia che permette una comunicazione efficace e completa, nei tempi previsti.

Si evitano informazioni irrilevanti o mancanti

(Riesenberg et al., 2010)

Raccomandata da Joint Commission

Può essere utilizzata in **tutti gli ambiti clinici**, soprattutto è di particolare efficacia, in **situazioni di reale o potenziale emergenza**

SBAR: standardizzare le consegne

PERCHÈ? → ADOTTARE UNA MODALITÀ STANDARDIZZATA E STRUTTURATA DI PASSAGGIO DI CONSEGNE NON SOLO MIGLIORA LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA MA FAVORISCE LA SODDISFAZIONE DEL TEAM

(NAGPAL ET AL., 2013)

SBAR: acronimo inglese per?

S situation (situazione)

Identificazione del paziente e rapido inquadramento della situazione

B background (contesto)

Rapida panoramica sull'anamnesi del paziente, le terapie, gli interventi e i dati clinici più rilevanti

A assessment (valutazione)

Parametri vitali, segni e sintomi, presidi usati, farmaci somministrati

R raccomandation (raccomandazione/richiesta)

Tutto ciò che deve essere fatto o che si richiede

Chiara Creatti

SBAR: un esempio

Situation:

Signor V.A.,79 anni. Estubato in 1° giornata. attualmente dispnoico, peggioramento PaO2.

Lieve agitazione e poco collaborante.

Background:

Intervento di CABG in 2° giornata postoperatoria. In anamnesi: forte fumatore, obesità.

In terapia con aerosol. Esegue esercizi respiratori con difficoltà.

Assesment:

Emodinamica stabile.

Apiretico. All'RX torace atelettasie, SpO2 95% (FiO2= 50%). RASS= +1

Raccomandation:

Terapia con NIV maschera da iniziare, rischio di peggioramento dello stato di agitazione/disorientamento → da sorvegliare

Chiara Creatti

Conclusioni

- In CCH TIPO l'esperienza delle consegne al posto letto è consolidata da anni.
- Da alcuni, sotto spinta JCI, si applica il modello SBAR.
- Soddisfazione condivisa del personale
- Soddisfazione dei pazienti
- Supportata dalla letteratura internazionale.
- Si suggerisce l'importanza di implementare, ove possibile, questa modalità di passaggio di consegne ed adottare gli strumenti esistenti al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente.

Bibliografia

- Anderson cd, Mangino rr. Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? Nursing administration quarterly. 2006; 30(2): 112-122
- Baker sj. Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. Journal of emergency nursing. 2010; 36(4): 355-358
- Benaglio c, piffer l, sperotto s, vezzoli m, albanese s, piv e. modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. Assistenza infermieristica e ricerca. 2006; 25(2): 105-108
- Bulfone g,sumathy m, grubissa s, palese a. trasferire effeicacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. Assistenza infermieristica e ricerca. 2012; 31(2): 91-101
- Caruso EM. The evolution of nurse-to-nurse bedside report on medical-surgical cardiology unit. Medsurg nursing. 2007; 16(1):17-22
- Chaboyer w, mcmurray a, johnson j, hardy l, wllis m, sylvia chu fy.. bedside handover: quality improvement strategy to "trasform care at the bedside". journal of nursing care quality. 2009; 24(22): 136-142
- Kerr d,lu s, mckinlay l. towards patient-centred care: perspectives of nurse and midwives regarding shift-to-shift bedside hndover. International journal of nursing practice. 2014; 20(3): 250-257
- Nagpal k, abboudi m, manchanda c, vats a, sevdalis n, bicknell c, vincent c, moorthy k. Improving postoperative handover: a prospective observational study. American journal of surgery. 2013; 206(4): 494-501
- Riesenberg la, letzsch j, cunningham jm. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. American journal of nursing. 2010; 110(4): 24-34
- Jeffs l, accott a, simpson e, campbell h, irwin t, lo j, beswick s, cardoso r. the value of bedside shift reporting: enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety. Journal of nursing care quality. 2013; 28(3): 226-232.