LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE
UNA CHIAVE PER IL CAMBIAMENTO DEL SISTEMA SALUTE

Accoglimento Condiviso: Implementazione delle competenze infermieristiche in medicina

Grado 14 novembre 2013

Dott.ssa Daniela De Matteis

ACCOGLIMENTO CONDIVISO

Obiettivi

Lavorare insieme per le stesse finalità (tutti)

Garantire dignità al paziente- parenti

Rispettare privacy

Soddisfare in tempo reale i bisogni essenziali, i bisogni di sicurezza e informazione / educazione

Uniformare le procedure di lavoro

Introdurre nuove scale di valutazione

Formare

Iniziato il 18 marzo 2013,
dapprima solo la notte
20.00 – 06.30

e dopo circa 10 giorni
anche al pomeriggio
12.30 – 20.00

Partecipanti al Progetto:

Dal 18.03.2013 al 31.10.2013
hanno operato nel Servizio

50 Infermieri

42 OSS

39 Medici

Di cui :

Coordinatori del DAI

Infermieri del DAI

OSS del DAI

Medici del DAI

Studenti facoltà di Medicina

Studenti Infermieristica

Studenti di Medicina di Università Estere

Studenti Corso Compensativo OSS

Dal 18.03.2013 al 31.10.2013

sono stati accolti

3677

persone

Giunte dal Pronto Soccorso e destinate alle S.C. del DAI di Medicina

(escluse Nefrologia e Dialisi)

STRUMENTI DI LAVORO

- Tabella Rilevazione posti letto
- Scheda informatizzata passaggio di consegne:

Raccolta dati clinici (Diagnosi, TRI-co, Brass)
Raccolta prestazioni infermieristiche eseguite

↓

Valutazione statistica mensile

Rilevazione posti letto Liberi o Liberabili

Distribuzione equilibrata nel DAI

con valutazione

PL libero / fuori reparto

Dal 18.03.2013

Gli operatori (medici e infermieri)

compilano cartelle Infermieristiche e Mediche

effettuano procedure diagnostiche / terapeutiche di ingresso o " urgenti "

NOME_____ COGNOME_____ DATA DI NASCITA_____ N° RICOVERO_____

LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE - IDA

ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
NPT / NET	1	INCONTINENZA URINARIE E DELL'ALVO PERMANENTE	1	INTERA IGIENE CORPOREA A LETTO SENZA L'AIUTO DEL PAZIENTE	1	ALLETTATO	1
DEVE ESSERE IMBOCCATO	2	INCONTINENZA URINARIA E/O E DELL'ALVO OCCASIONALE	2	INTERA IGIENE CORPOREA A LETTO CON L'AIUTO DEL PAZIENTE	2	MOBILIZZAZIONE SU POLTRONA	2
NECESSITA DI AIUTO PER ALIMENTARSI	3	CATETERE VESCICALE A PERMANENZA	3	IGIENE INTIMA A LETTO, INDIPENDENTE NELL'USO DEI SERVIZI	3	CAMMINA CON L'AIUTO DI UNA O PIU' PERSONE	3
AUTONOMO	4	AUTONOMO	4	AUTOSUFFICIENTE	4	AUTONOMO	4

PROCEDURE DIAGNOSTICHE		PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI CONTINUO	1	CATETERE VENOSO CENTRALE PER INFUSIONE CONTINUA NELLE 24 h	1	STATO SOPOROSO /COMA	1
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI RIPETUTO PER PERIODI INFERIORI A 1 h	2	CVC O PERIFERICO PER INFUSIONE NON CONTINUA	2	DISORIENTAMENTO TEMPOROSPAZIALE CONTINUO, USO DI SEDATIVI GIORNO E NOTTE	2
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI RIPETUTO PER PERIODI SUPERIORI A 1 h	3	TERAPIA PER OS, I.M, E.V. (comprese le fleboclisi)	3	DISORIENTAMENTO TEMPOROSPAZIALE OCCASIONALE, DORME DINOTTE CON O SENZA SEDATIVI	3
ESAMI DIAGNOSTICI DI ROUTINE ED ALTRI ACCERTAMENTI	4	TERAPIA SOLO PER OS O NESSUNA TERAPIA	4	PAZIENTE VIGILE E ORIENTATO, NON NECESSITA DI ALCUN SEDATIVO LA NOTTE	4

TOTALE PUNTEGGIO IDA: _____ **Complessità assistenziale:_____**

Punteggio da 7 a 11: **ALTA** dipendenza assistenziale

Punteggio da 12 a 19: **MEDIA** dipendenza assistenziale

Punteggio da 20 a 28: **BASSA** dipendenza assistenziale

- Semplicità di utilizzo
- Tempo impiegato per la compilazione
- Non necessita di supporto informatico
- Applicabilità nel contesto
- Strumento validato[1]

[1] (Italian Journal of Medicine 2007; (1)2:31-39)

- Determina l’intensità di cure
(MEWS + IDA)

- Favorisce l’integrazione Infermiere medico
(rilevazione parametri vitali , anamnesi, piano di cure …)

Lavorare insieme con lo stesso fine

Infermiere:	Medico:
Complessità assistenziale	Integrazione anamnesi medica
Track and Trigger : prioritaria / rapida attivazione del Medico	Definizione clinica in ottica integrata medico/infermiere
Piano di cure personalizzato ed umanizzato	Piano di cure personalizzato ed umanizzato

- La multidisciplinarità si realizza quando le competenze di discipline diverse vengono utilizzate in un’impresa conoscitiva o pratica comune

(Agazzi 1994)

Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index	**ETICHETTA DEL PAZIENTE**
Età (una sola opzione) 0= 55 anni o meno 1= 56 – 64 anni 2= 65 – 79anni 3= 80 anni e più	**Mobilità** (una sola opzione) 0= Deambula 1= Deambula con aiuto di ausili 2= Deambula con assistenza 3= Non deambula
Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0= Vive col coniuge	**Deficit sensoriali** (una sola opzione) 0= Nessuno

L'indice di *BRASS :*

- *è* uno strumento di valutazione
- adottato già dal momento dell`ammissione in reparto
- consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

Scala di Brass

(Blaylock Risk Assessment Screening Score)

Punteggio	Indice di rischio
0-10 Rischio basso	**Soggetti a basso rischio** di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione,la disabilità è molto limitata.
11-19 Rischio medio	**Soggetti a medio rischio** di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione,ma,probabilmente,senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 Alto rischio	**Soggetti ad alto rischio** perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

Qualità percepita dagli Infermieri

La totalità degli intervistati è d'accordo che, nell'accoglimento condiviso, ci sia la possibilità di garantire una maggiore attenzione ai bisogni assistenziali del malato

Intervista effettuata da una laureanda in infermieristica su un campione rappresentativo di Infermieri

- il **70** % degli intervistati sottolinea che l'attenzione ai bisogni assistenziali è maggiore in quanto è **previsto organizzativamente** più tempo per l'identificazione degli stessi

- il **30** % dichiara che le attenzioni sono maggiori perché **l'attività è dedicata** esclusivamente all'accoglimento della singola persona

- il **100%** rileva che i **parenti**, se presenti, vengono coinvolti nella presa in carico

- il **60** %, sottolinea che il coinvolgimento dei parenti è favorito dall'organizzazione propria del servizio.

L’APERTURA DELL’ACCOGLIMENTO CONDIVISO

HA ANCHE L’OBIETTIVO DI DIMINUIRE IL RISCHIO CLINICO

NELLE STRUTTURE DI DEGENZA

LA SPERIMENTAZIONE HA DIMOSTRATO

quanto la fase dell'accoglimento
sia un'attività irrinunciabile che sta alla base di tutta la pianificazione infermieristica e quindi sono tutti d'accordo nell'ammettere che deve essere gestita al meglio con competenze sempre maggiori.