



Journal Club

26 marzo 2010

Aspetti clinici e organizzativi delle cure e dell'assistenza agli anziani

La complessità assistenziale: quali indicatori?

Ermellina Zanetti

La complessità assistenziale: quali indicatori?

- 1. Complessità dell'assistenza o complessità dell'assistito?**
- 2. Quale relazione tra complessità e organizzazione?**
- 3. Valutazione della complessità: quali outcome?**

Complessità assistenziale...dalla parte di chi?



Equipe



Singolo infermiere



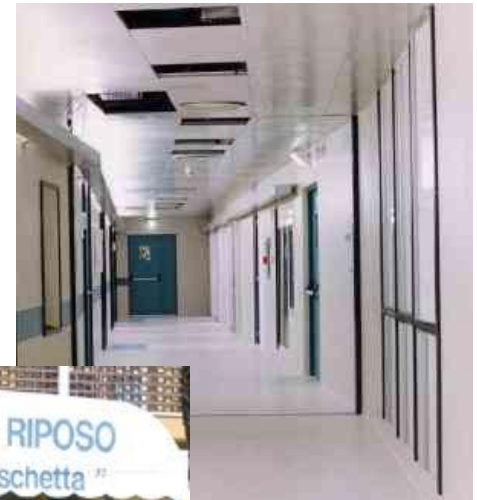
Paziente



Direzione

Modelli organizzativi

Paziente (anziano)
Infermiere
Organizzazione



Variabili da considerare

- **Caseload** - le caratteristiche dei singoli casi (o clienti) gestiti da un singolo infermiere.
- **Workload** - riepilogo di tutte le attività richieste agli infermieri, compresa la responsabilità dei singoli casi.
- **Context-load** - caratteristiche strutturali, organizzative.

Focus

Infermiere/equipe

- **Caseload** - le caratteristiche dei singoli casi (o clienti) gestiti da un singolo infermiere.

Organizzazione

- **Workload** - riepilogo di tutte le attività richieste agli infermieri, compresa la responsabilità e il n. dei singoli casi (caseload).
- **Context-load** - caratteristiche strutturali, organizzative.

Focus

Infermiere/equipe

- **Caseload** - le caratteristiche dei singoli casi (o clienti) gestiti da un singolo infermiere.

Organizzazione

- **Workload** - riepilogo di tutte le attività richieste agli infermieri, compresa la responsabilità e il n. dei singoli casi (caseload).
- **Context-load** - caratteristiche strutturali, organizzative.

Organizzazione



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

NURSE-STAFFING LEVELS AND THE QUALITY OF CARE IN HOSPITALS

JACK NEEDLEMAN et al

Una percentuale superiore di ore di assistenza erogata da infermieri si associa ad una migliore assistenza (riduzione significativa di outcome negativi) nei pazienti ospedalizzati (reparti medici e chirurgici).

N Engl J Med 2002;346:1715-22

Rapporto infermieri/pazienti

Variare il rapporto infermiere/pazienti da 1:4 a 1:8 determina 5 decessi in più ogni 1000 pazienti in ambito chirurgico

(Aiken et al. 2002)

Per ogni paziente in più affidato a ciascun infermiere aumenta di 1,07 il rischio di infezione polmonare in un ospedale per acuti.

(Flynn M, Mckeown M, 2009)

Rapporto infermieri/pazienti

La presenza nell'equipe di infermieri con elevati livelli di formazione clinica migliora i risultati (**efficienza**) delle cure:

Riduzione della durata del ricovero:

in terapia intensiva inferiore del 24% (*OR 0.76, 95% CI 0,62-0,94*)

nei reparti chirurgici inferiore del 31% (*OR 0.69, 95% CI 0,55-0,86*).

(Flynn M, Mckeown M, 2009)

Rapporto infermieri/pazienti

La presenza nell'equipe di infermieri con elevati livelli di formazione clinica migliora i risultati (efficacia) delle cure:

Riduzione della mortalità intraospedaliera:

in terapia intensiva (*OR 0,91 95%, CI 0,86-0,96*),
nei reparti chirurgici (*OR 0,84 95% CI 0,80-0,89*),
nei reparti medici (*OR 0.94 95% CI 0,94-0,95*).

Riduzione degli eventi avversi

in terapia intensiva:

della polmonite acquisita in ospedale (*OR 0.70 95% CI 0,56-0,88*),
di estubazioni impreviste (*OR 0,49 95% CI 0,36-0,67*),
di arresto cardiaco (*OR 0,72 95% CI 0,62-0,84*).



Fattori determinanti il carico di lavoro - work load -

- N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere
- Attività amministrative/burocratiche affidate agli infermieri
- N. di medici/infermiere
- N. e attribuzioni del personale di supporto

Fattori determinanti il carico di lavoro work-load

- N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere
- Attività amministrative/burocratiche affidate agli infermieri
- N di medici/infermiere
- N e attribuzioni del personale di supporto

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

È il numero massimo di pazienti che possono essere presi in carico da un infermiere.

Indicazioni normative sul *minimum nurse-to-patient ratio* sono state emanate in California (U.S.A.) e Stato di Victoria (Australia).

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

La necessità di ridefinire lo standard di assistenza infermieristica nelle degenze ospedaliere consegue a due importanti evoluzioni. **Evoluzione della normativa della professione infermieristica, che ora garantisce all'infermiere la diretta responsabilità e la gestione delle attività di assistenza e delle funzioni di supporto, ed evoluzione degli ospedali verso un modello per complessità/intensità di cura e di assistenza.**

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, la legislazione fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro. Nella realtà quello che tuttora prevale è la necessità di contenere i costi, e per questo, invece che la rilevazione dei carichi di lavoro, sono utilizzati indicatori ricavati da percorsi di negoziazione basati sulle vecchie norme.

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

Una diversa modalità per definire il fabbisogno assistenziale è mutuabile dalla letteratura, e in particolare dal rapporto "To Err is Human" dell'"Institute of Medicine" che ha documentato come errori e inefficienze dell'assistenza sanitaria siano la causa diretta del decesso negli ospedali Usa di 100.000 pazienti all'anno. A seguito di questo rapporto l'attenzione è stata rivolta anche all'attività infermieristica, essendo gli infermieri gli operatori di assistenza che più frequentemente i pazienti incontrano e con i quali i pazienti trascorrono la maggior parte del tempo di cura.

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

Si è avviato così il dibattito sul "nurse-to-patient ratio" ottimale, ovvero su quale debba essere il numero di pazienti per ciascun infermiere presente nelle degenze ospedaliere necessario per minimizzare il rischio che una situazione di "understaffing" sia causa diretta di mortalità e di eventi avversi.

N. di pazienti assegnati a ciascun infermiere

Nurse-to-patient ratio

Lo Stato della California ha per primo stabilito un rapporto "nurse-to-patient" di sicurezza verso il rischio clinico, e precisamente:

terapia intensiva 1:2

pediatria 1:4

pronto soccorso 1:4

terapia intensiva in ps 1:2

sala trauma in ps 1:1

terapia sub intensiva 1:4

medicina e chirurgia 1:5

degenza specialistica 1:4

psichiatria 1:6



Sistemi di classificazione dei pazienti - case load -

	1 generazione Pre 1980s	2 generazione 1980s	3 generazione 1990s	4 generazione 2000s
Healthcare Trends	Monitoraggio Staff	Centralizzazione servizi	Minimum Staff JCHA	High/minimum staff
Tecnologia	Schede Manuali	Computer	Palmare	Raccolta dati in tempo reale
Focus	Costi →	Fatica Soddisfazione →	Costi outcomes →	Costi outcomes
Finalità	Definizione annuale budget	Definizione mensile budget	Dotazione giornaliera di personale	Assegnazione del personale per turno

Fattori determinanti il carico di lavoro

- context load -

- Logistica dei materiali molto disorganizzata
- Difficoltà ad accedere alle risorse per continuare o per erogare le cure
- Percorsi e viaggi ripetuti
- Interruzioni
- Attendere processi o sistemi
- Sistema di comunicazione poco efficace

Focus

Infermiere/equipe

- **Caseload** - le caratteristiche dei singoli casi (o clienti) gestiti da un singolo infermiere.

Organizzazione

- **Workload** - riepilogo di tutte le attività richieste agli infermieri, compresa la responsabilità dei singoli casi.
- **Context-load** - caratteristiche strutturali, organizzative.

Infermiere/equipé

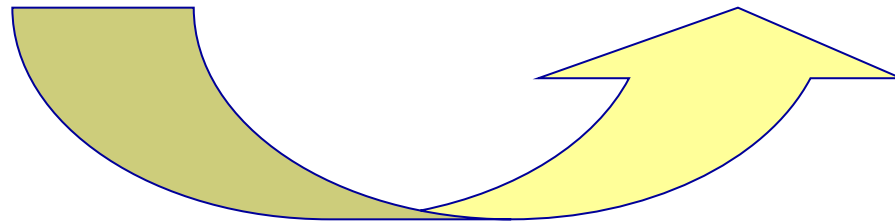
Sistemi di classificazione dei pazienti case - load

INFERMIERI

Complessità
assistenziale

PAZIENTE

Complessità
clinica



INFERMIERI

Complessità *assistenziale*

Oulu Patient Classification- OPC	A	B	C	D
pianificazione e coordinamento dell'assistenza				
respirazione, circolazione sanguigna e sintomi della patologia				
nutrizione e terapia				
igiene personale ed escrezioni				
attività, movimento, sonno e riposo				
educazione, riferimento per l'assistenza durante la degenza e nei follow-up, sostegno emotivo				
Totale				

Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45:351-9

INFERMIERI

Complessità *assistenziale*

Oulu Patient Classification- OPC	Punteggio
A = paziente per lo più autosufficiente	1
B = paziente che a volte necessita assistenza	2
C = paziente che ha ripetutamente bisogno di assistenza	3
D = paziente totalmente dipendente	4

Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45:351-9

INFERMIERI

Complessità *assistenziale*

Oulu Patient Classification- OPC	A	B	C	D
pianificazione e coordinamento dell'assistenza		2		
respirazione, circolazione sanguigna e sintomi della patologia			3	
nutrizione e terapia				4
igiene personale ed escrezioni				4
attività, movimento, sonno e riposo			3	
educazione, riferimento per l'assistenza durante la degenza e nei follow-up, sostegno emotivo			3	
Totale			19	

Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45:351-9

INFERMIERI

Complessità *assistenziale*

- Sulla base del punteggio totale raggiunto, i pazienti vengono classificati in 4 categorie:
- **la categoria I** comprende i pazienti con un punteggio da 6 a 8;
- **la categoria II** comprende i pazienti con un punteggio da 9 a 12;
- **la categoria III** comprende i pazienti con un punteggio da 13 a 15;
- **la categoria IV** comprende i pazienti con un punteggio da 16 a 24.

Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45:351-9

INFERMIERI

Complessità *assistenziale*

L'infermiere stabilisce la classificazione in base all'assistenza effettivamente fornita e non in base all'assistenza desiderabile

Rauhala A, Fagerstrom L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. J Adv Nurs. 2004;45:351-9

Ma

corrisponde all'assistenza necessaria?

PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Quali indicatori “valutare/misurare”?

- Età
- Disabilità fisica e cognitiva
- Prognosi
- Numero di farmaci in terapia
- Diagnosi mediche attive
- Caregiver

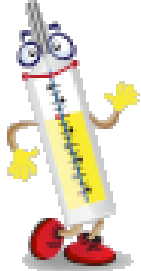
PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Disabilità fisica e cognitiva

Disabilità funzionale (*presenza di disabilità precedente l'evento acuto che ha determinato l'ospedalizzazione*) e **deficit cognitivo** si associano ad outcome negativi nel soggetto anziano ospedalizzato: aumento della durata della degenza, collocazione in casa di riposo alla dimissione, frequenti riammissioni, aumento della mortalità e dei costi.

(Narain, 1988; Rudberg, 1996; Satish, 1996; Covinsky, 1997b; Carlson, 1998; Alarcon, 1999; Fortinsky, 1999; Ingold, 2000).



PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Il Triage Risk Screening Tool

	SI	NO
Presenza di decadimento cognitivo	1	0
Vive solo o ha un <i>caregiver</i> non disponibile/incapace	1	0
Ha difficoltà a spostarsi, cadute recenti	1	0
Visita ad un pronto soccorso negli ultimi trenta giorni o ospedalizzazione negli ultimi trenta giorni	0	1
Cinque o più farmaci diversi	1	0
L'infermiere ritiene che necessiti di un follow-up a domicilio per uno dei seguenti motivi:	1	0
a) Sospetto di abuso, negligenza, autolesionismo		
b) Scarsa aderenza alle prescrizioni mediche		
c) Sospetto di alcolismo/tossicodipendenza		
d) Problemi con le attività strumentali della vita quotidiana		
Altro (specificare)		

TOTALE

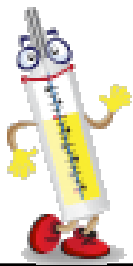
PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Il Triage Risk Screening Tool

Il TRST si considera positivo quando il paziente presenta decadimento cognitivo o almeno due dei fattori di rischio sopra indicati. Questo strumento di valutazione è utile per prevedere la probabilità di una nuova visita in Pronto Soccorso o una ospedalizzazione o ricovero in una casa di cura nel periodo che va da uno a quattro mesi dopo la visita in pronto soccorso.

Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. Acad Emerg Med 2003; 10(3):224-232.



PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Identification of Senior At Risk (ISAR)

SI **NO**

Prima di questa visita al PS, di regola, aveva bisogno di qualcuno che la aiutasse?

1 0

Da quando è insorto il motivo per cui è venuto al PS, ha avuto più bisogno di aiuto del solito?

1 0

E' stato ospedalizzato per una o più notti negli ultimi sei mesi (escluse visite al PS)?

1 0

Generalmente vede bene?

0 1

Generalmente ha grossi problemi di memoria?

1 0

Prende più di tre farmaci al giorno?

1 0

TOTALE

PAZIENTE ANZIANO

Complessità *clinica*

Identification of Senior At Risk (ISAR)

Dagli studi condotti sull'ISAR è stato dimostrato che più di due risposte positive implicano:

- Un aumentato rischio di mortalità, di ricovero in istituto e di declino delle capacità funzionali.
- Un'aumentata probabilità di nuova visita nel Pronto Soccorso o ospedalizzazione nei sei mesi successivi.

Sistemi di classificazione dei pazienti

- case load -

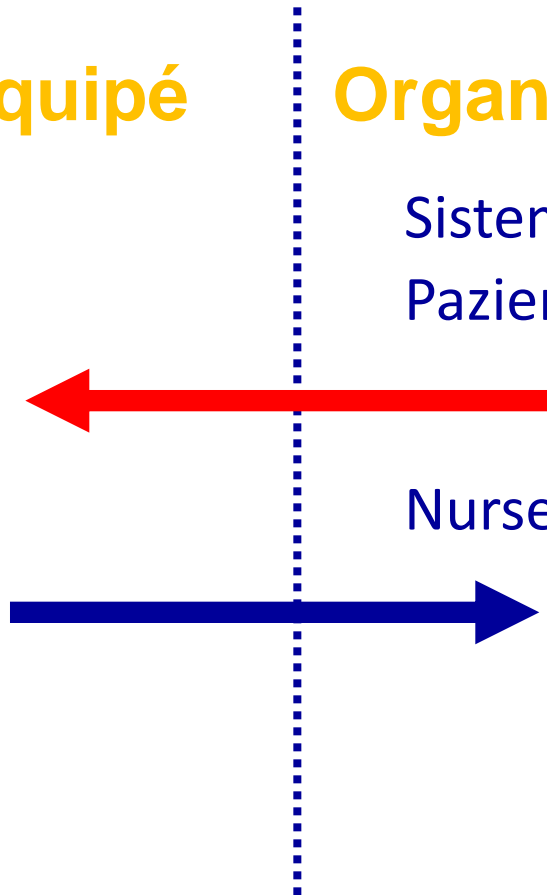
Infermiere–equipé

Valutazione della
complessità

Organizzazione--Direzione

Sistemi di Classificazione dei
Pazienti

Nurse to patient ratio



Complessità e organizzazione

Infermiere–equipé

Organizzazione--Direzione

Valutazione della
complessità

Nurse to patient
ratio

Complessità e organizzazione

Infermiere–equipé

Valutazione della
complessità



Dose di
Assistenza/aggregare
pazienti/spostare risorse

Sistemi di
documentazione

Organizzazione--Direzione

Nurse to patient ratio

Minimo

Massimo

Sostenibile



Nursing Outcomes

