

Traduzione a cura di:
Infermiera 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.med.evidencebasednursing.it>

GLI INFERMIERI, L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI E LE DECISIONI CLINICHE, IL POTENZIALE MONDO REALE PER LE DECISIONI BASATE SULLE EVIDENZE IN INFERMIERISTICA

Probabilmente gli infermieri hanno sempre saputo che le loro decisioni hanno delle implicazioni importanti per gli esiti dei pazienti. Tuttavia, sempre di più, sono stati coinvolti nel ruolo di decisori attivi nell'assistenza sanitaria da coloro che elaborano le politiche sanitarie e dagli altri membri dei team sanitari. Nel Regno Unito, per esempio, il Chief Nursing Officer ha recentemente identificato 10 compiti chiave per gli infermieri, che fanno parte delle strategie da intraprendere per la modernizzazione del servizio sanitario nazionale e per la rottura dei confini artificiali tra la medicina e le scienze infermieristiche. Allo stesso modo, ci si aspetta che gli infermieri accedano, valutino ed inseriscano le evidenze della ricerca nei loro giudizi professionali e nelle loro decisioni cliniche. Questo impegno attivo con le evidenze della ricerca è l'argomento di questo articolo. Esploreremo perché sia necessario considerare il contesto delle decisioni cliniche, quando esaminiamo i modi con i quali gli infermieri si rapportano con le informazioni basate sulla ricerca. Considereremo anche la relazione tra l'accessibilità e l'utilità delle informazioni provenienti da fonti differenti e a quali decisioni applicare ciascuna informazione. Infine, sosteneremo che se dobbiamo incoraggiare gli infermieri a impegnarsi attivamente con le evidenze della ricerca, quando prendono decisioni cliniche, abbiamo bisogno di capire meglio la relazione tra le decisioni che gli infermieri prendono e le conoscenze che gli forniscono le informazioni.

I METODI CHE SOSTENGONO QUESTO LAVORO

In questo articolo ci siamo basati sui risultati di 2 studi importanti condotti all'Università di York tra il 1997 e il 2002. I 2 studi di casi sono stati condotti in 3 aree geografiche con differenti tipologie di ospedali, caratteristiche della popolazione e livelli di fornitura del servizio sanitario. Abbiamo

intenzionalmente raccolto un campione di partecipanti basandoci su uno schema di campionamento costruito intorno a delle variabili, che hanno dimostrato di essere teoricamente significative per le decisioni cliniche. La raccolta dei dati ha riguardato 200 interviste in profondità con infermieri e dirigenti, 400 ore di osservazioni non partecipanti su "l'utilizzo delle informazioni e il processo decisionale in azione", l'esame di 4000 documenti, basati sulla pratica, analizzati rispetto a caratteristiche quali l'età, le basi di ricerca, le fonti ecc. ed il punto di vista di 242 infermieri, modellato su base statistica (utilizzando l'approccio metodologico Q), sull'accessibilità, l'utilità e le barriere all'utilizzo delle fonti di informazioni.

LE DECISIONI BASATE SULLE EVIDENZE, ATTUATE ATTIVAMENTE UTILIZZANDO LE INFORMAZIONI

Le decisioni basate sulle evidenze, ai attuano combinando le conoscenze emerse dall'esperienza clinica, le preferenze dei pazienti e le evidenze della ricerca, all'interno del contesto delle risorse disponibili. Le decisioni basate sulle evidenze, come tutte le decisioni, riguardano la scelta tra una serie di opzioni, le quali possono includere il non fare nulla o una strategia "aspetta e guarda". Ciascuna scelta è guidata da una valutazione delle informazioni disponibili: il processo di utilizzo del giudizio clinico.

Nel prendere decisioni basate sulle evidenze, i risultati della ricerca non dovrebbero essere considerati in modo superficiale ed acritico, ma dovrebbero avere un peso appropriato in una decisione, a seconda della loro validità interna ed esterna. Integrare le evidenze della ricerca nel processo decisionale comporta la costruzione di un quesito clinico focalizzato, in risposta al riconoscimento di un bisogno di informazione, la ricerca delle evidenze più appropriate per rispondere

a tale bisogno, la valutazione critica delle evidenze reperite, l'inserimento delle evidenze all'interno di una strategia per l'azione e la valutazione degli effetti di ciascuna decisione ed azione intrapresa. Questi passaggi sono componenti importanti del processo decisionale attivo.

Le decisioni basate sulle evidenze rappresentano un approccio obbligatorio per effettuare delle scelte basate sul modo in cui può essere utilizzata la teoria per migliorare le decisioni nella realtà della pratica. Tuttavia, prima di pianificare una strategia per raggiungere questo ideale, è importante identificare il nostro punto di partenza: come gli infermieri attualmente utilizzano (e considerano) le informazioni basate sulla ricerca nel processo decisionale? Sorprendentemente, sono stati eseguiti pochi lavori di ricerca sull'argomento, eccetto quegli studi che utilizzano come fonte di evidenze dei dati autoreferenziali provenienti da infermieri. Rifiutiamo l'autoreferenzialità come fonte principale di evidenze per rispondere ai nostri quesiti, in favore di un'osservazione clinica in "tempo reale" e di interviste in profondità, le quali appaiono riflettere meglio le tipologie e la frequenza reale delle differenti decisioni e l'utilizzo oculato delle informazioni.

IL BISOGNO DI INFORMAZIONE, "IL COMPORTAMENTO INFORMATO" E IL PROCESSO DECISIONALE CLINICO

Una delle problematiche legate alla ricerca su come le persone rispondono ai deficit di informazione è che questi deficit, o bisogni informativi, non sono osservabili. "I bisogni di informazione" sono delle costruzioni che esistono solo nella mente della persona "bisognosa". I ricercatori possono solo ipotizzare i probabili bisogni degli infermieri, sulla base di ciò che dicono, o che possono dedurre guardando i loro comportamenti, o preferibilmente entrambi. "Il bisogno" non può essere separato dalle motivazioni che portano ai comportamenti di ricerca di informazione. Perché un bisogno di informazione sia convertito in azione (per esempio leggere EBN o accedere alla Cochrane Library), è necessario che ogni individuo abbia un motivo per farlo. Nello sviluppo delle motivazioni, gli individui si formano uno schema personale di credenze e valori, il quale contiene gli oggetti che hanno soddisfatto i bisogni di informazione nel passato. Alcuni oggetti (per

esempio MEDLINE) possono essere valutati meno di altri (per esempio i colleghi esperti) perché precedentemente hanno fallito nel soddisfare il bisogno di informazione. Per i sostenitori delle decisioni basate sulle evidenze, il motivo principale per occuparsi delle informazioni tratte dalla ricerca è quello di ridurre l'incertezza clinica, cioè i risultati della ricerca aumentano la certezza che un particolare corso delle azioni abbia maggiori probabilità di condurre agli esiti desiderati. Tuttavia, le nuove informazioni possono anche spiegare e/o confermare le informazioni esistenti, le credenze ed i valori. Gli infermieri spesso riferiscono che la ragione per cui indagano sulle evidenze della ricerca è quella di supportare la loro pratica attuale. Il processo di ricerca, valutazione ed integrazione delle informazioni, provenienti dalla ricerca, con le conoscenze esistenti, è stato definito "comportamento informato" da alcuni ricercatori nel campo delle scienze dell'informazione.

Le tipologie di decisioni cliniche, che gli infermieri prendono attualmente, forniscono degli indizi su come (e quale tipo) di informazioni provenienti dalla ricerca potrebbero fornire un supporto per prendere le decisioni. Altri autori hanno esaminato le decisioni cliniche dei professionisti sanitari (e i quesiti clinici nati da tali decisioni) come espressione di un potenziale bisogno di informazione. Quindi, le decisioni sono un contesto importante per l'utilizzo delle informazioni. Mostriamo come è importante comprendere la struttura e le caratteristiche delle decisioni che gli infermieri incontrano, per capire i modi con i quali gli infermieri accedono alle informazioni e le usano.

LE DECISIONI CLINICHE DEGLI INFERMIERI: UNA CLASSIFICAZIONE

La tabella fornisce una classificazione delle decisioni cliniche, con degli esempi che derivano dalle interviste e dall'osservazione di infermieri addetti all'assistenza di base e di quella per acuti. Queste decisioni rappresentano scelte fondamentali, che sono solo una parte dell'architettura del contesto decisionale per l'applicazione delle conoscenze derivate dalla ricerca. Gli infermieri descrivono diversi altri elementi delle loro decisioni cliniche e dei processi decisionali.

Tipologie di decisioni e scelta dei quesiti clinici espressi da infermieri di assistenza di base e per acuti.

Tipologie di decisioni	Esempi di quesiti/scelte cliniche
Intervento/efficacia: le decisioni che riguardano la scelta tra gli interventi.	Scegliere un materasso per un uomo anziano fragile che è stato ricoverato con un'occlusione intestinale acuta.
Finalizzazione: una sottocategoria delle decisioni intervento/efficacia definita sopra, cioè "scegliere quali pazienti beneficerebbero di più dell'intervento".	Decidere se un paziente dovrebbe portare le calze antitrombo.
Prevenzione: decidere quali interventi hanno maggiori probabilità di prevenire l'evenienza di un particolare	Scegliere quale strategia di gestione ha maggiori probabilità di prevenire la ricomparsa di un'ulcera

<p>stato di salute o un esito. Tempistica: scegliere il momento migliore per attuare l'intervento.</p> <p>Competenza: scegliere a chi debba essere affidata la diagnosi o la gestione del paziente</p>	<p>dell'arto inferiore guarita. Scegliere il momento per incominciare l'educazione sanitaria per l'asma per i pazienti a cui è stata diagnosticata per la prima volta. Decidere che l'ulcera dell'arto inferiore di un paziente sia di tipo arterioso, piuttosto che venosa, e si meriti una terapia medica piuttosto che una gestione infermieristica ambulatoriale.</p>
<p>Comunicazione: scegliere il modo in cui diffondere delle informazioni e riceverne dal paziente, i familiari o i colleghi. Qualche volta queste decisioni sono specificatamente collegate alla comunicazione del rischio e dei benefici di differenti interventi o di categorie prognostiche.</p>	<p>Scegliere come occuparsi della riabilitazione cardiaca di un paziente anziano che abbia avuto un infarto acuto del miocardio e viva solo, con la famiglia nelle vicinanze.</p>
<p>Organizzazione, erogazione e gestione del servizio: queste tipologie di decisioni riguardano la configurazione o il processo di erogazione del servizio.</p>	<p>Scegliere come organizzare il passaggio delle consegne in modo che la comunicazione sia più efficace.</p>
<p>Valutazione: decidere se sia necessaria una valutazione e/o quale modo di valutazione utilizzare.</p>	<p>Decidere di utilizzare lo strumento di screening Edinburgh Postnatal Depression.</p>
<p>Diagnosi: classificare i segni ed i sintomi come base per le strategie di gestione o di trattamento.</p>	<p>Decidere se la causa delle ulcere e ragadi del capezzolo di una donna sia una candidosi o altro.</p>
<p>Ricerca delle informazioni: la scelta di cercare (o di non cercare) ulteriori informazioni, prima di prendere un'eventuale decisione clinica.</p>	<p>Decidere che possa essere utilizzata una linea guida per il monitoraggio del paziente che abbia modificato il dosaggio del suo ACE inibitore, ma scegliere di non utilizzarla prima di chiedere ad un collega.</p>
<p>Esperienziale, comprensione o ermeneutica: collegata all'interpretazione degli indizi nel processo assistenziale.</p>	<p>Scegliere come rassicurare un paziente che sia preoccupato sull'eventualità di un arresto cardiaco, dopo essere stato testimone di un arresto di un altro paziente.</p>

La frequenza delle decisioni

Il numero e la tipologia di decisioni incontrate dagli infermieri sono collegate al loro contesto lavorativo, alla percezione del loro ruolo clinico, alla loro autonomia operativa e al grado con il quale essi guardano a loro stessi come decisori attivi ed influenti. Gli infermieri lavorano in unità di degenza cliniche impegnative, che ricoverano 50 pazienti al giorno, ed incontrano una gamma differente di sfide decisionali, rispetto ai visitatori sanitari e agli infermieri di sanità pubblica, che possono vedere 10 pazienti al giorno. Considerate l'estensione con la quale il giudizio e la scelta di un visitatore sanitario sono protagoniste in questa consulenza.

“la signora sta allattando al seno, ma ha molte ragadi e sanguina dal capezzolo del seno sinistro e non sa cosa fare [Che cosa ne pensa il visitatore sanitario? Domanda la madre]. Il visitatore sanitario ha pensato e risposto che non aveva ancora incontrato questo problema, ma chiede se è doloroso. La madre dice che lo è ed ha provato ad alimentare il bambino al seno, ma è così doloroso che non ha potuto farlo. Lo ha alimentato solo dal seno destro per le tre sere passate, il bambino ha succhiato continuamente per 6 ore e quindi ha dormito tutta la notte. Qualcuno le ha suggerito di usare la crema Camillosan per i suoi capezzoli feriti, ma non l'ha aiutata per niente. Tuttavia essa sa che la camomilla è un rilassante e potrebbe essere per quello che il bambino ha dormito così a lungo le ultime tre notti. Il visitatore sanitario menziona una protezione per il capezzolo, ma dice

che non ha esperienza nel suo utilizzo. La mamma riferisce che si domanda se dovrebbe smettere di allattare del tutto da quel seno, fino a quando non sia guarito, ed il visitatore sanitario è d'accordo. Il visitatore sanitario, quindi, dice che se ha dolore al seno potrebbe significare che vi sia un'infezione da candida. Le chiede se ha visto qualche chiazza bianca sulla lingua del bambino o nella bocca e la madre risponde che non l'ha vista. Nient'altro viene detto su questo argomento. Essi concordano sul fatto che la mamma non dovrebbe allattare dal seno sinistro ed usare solo il destro finché l'altro non sia guarito. Il visitatore sanitario dice che se il bambino si alimenta bene dal seno destro è fattibile” (Note sul campo, visitatore sanitario).

Questa citazione illustra almeno 5 elementi di giudizio o di decisione per il visitatore sanitario, che generano tutti dei bisogni potenziali di informazione: 1) accertarsi delle probabile causa del capezzolo piagato; 2) scegliere una strategia di gestione in un contesto privo o con scarse conoscenze derivate dall'esperienza; 3) giudicare se il bambino riceve latte a sufficienza; 4) scegliere tra i benefici del Camillosan, della camomilla o di una protezione per il capezzolo e 5) identificare la causa del dolore (possibile candidosi).

La complessità decisionale

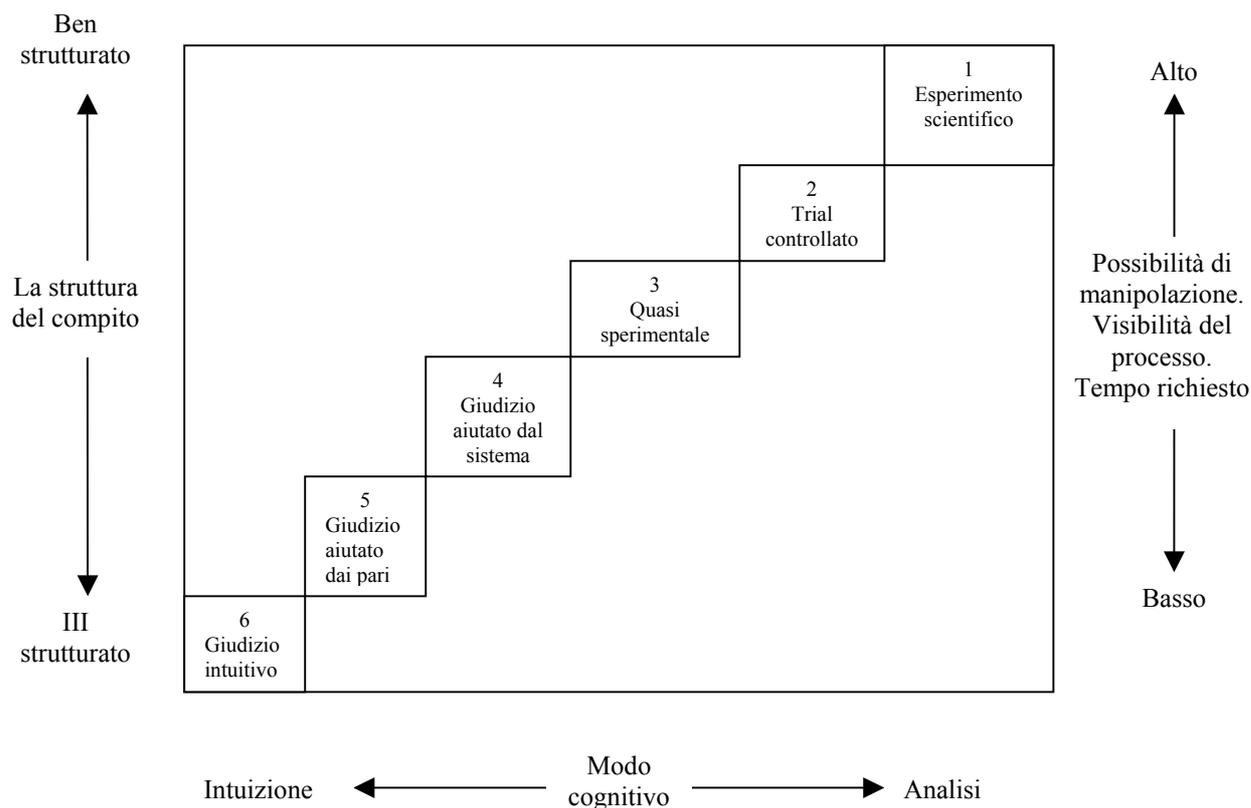
Qui sotto vengono descritti tre elementi della complessità decisionale, che permeano le ragioni che spingono gli infermieri a prendere le loro decisioni.

Il tempo limitato per le attività decisionali. Gli infermieri descrivono delle situazioni nelle quali ci si attendono decisioni rapide (un fenomeno conosciuto come “tempo impiegato per rispondere). Di conseguenza, le opportunità per cercare informazioni, che siano prontamente disponibili, sono percepite come fortemente ristrette. Il tempo limitato è stata una delle ragioni primarie per la “separazione” delle decisioni quotidiane, dalla ricerca e valutazione delle informazioni. Nonostante questi vincoli sull'utilizzo delle informazioni, alcuni infermieri sentono che, mentre la loro esperienza cresce, essi si muovono per ridurre il tempo di contatto con i pazienti, in virtù del fatto che debbano spendere meno tempo a cercare le informazioni, per ridurre le incertezze nelle decisioni. Le decisioni correlate alla ricerca di informazioni sono associate con le attività dei novizi piuttosto che degli esperti. Gli scopi molteplici e diversi delle decisioni. La natura graduale delle informazioni acquisite e delle decisioni prese per i pazienti incontrati, così come il bisogno di favorire la fiducia dei pazienti e la credibilità dell'infermiere, significa che le decisioni hanno spesso scopi diversi e conflittuali. Per esempio, un visitatore sanitario descrive il bisogno di costruire la fiducia in una giovane madre, per portarla ad evitare lo svezzamento a 12 settimane piuttosto che alle più ottimali (per lei) 16 settimane (le attuali migliori evidenze suggeriscono che il tempo ottimale per lo svezzamento è di 24 settimane). Gli elementi conflittuali delle decisioni. Allo stesso modo in cui i conflitti rendono le decisioni più

complesse, questi possono anche semplificarle. L'esempio seguente di conflitto in una relazione di potere infermiere-dottore dimostra questo punto: “Quando S tornò indietro, lavò la gamba sinistra del paziente con garze imbevute di soluzione salina e quindi applicò una medicazione (Jelonet). Disse che sentiva che il Jelonet non era l'ideale, ma il medico del paziente la preferiva, nonostante il fatto che 'quando la toglievi, rimuovevi anche il tessuto buono'. Anche se cambio la medicazione, quando il paziente va nell'ambulatorio territoriale e vede il medico, tornerà indietro con il Jelonet e chiare istruzioni sul fatto che dobbiamo usare il Jelonet” (note sul campo, infermiere di distretto).

IL CONTINUUM COGNITIVO: LA DECISIONE COME GUIDA PER I COMPORTAMENTI INFORMATI

Sin dal 1960 gli psicologi cognitivi e i teorici delle decisioni hanno sviluppato l'idea del continuum cognitivo. Questo modello suggerisce che le probabilità che una persona prenda delle decisioni intuitive (quindi, meno basate sulle evidenze), rispetto al fatto che prenda decisioni razionali (quindi, maggiormente basate sulle evidenze), dipende dalla posizione che tali decisioni, come la scelta di un intervento infermieristico, si collocano all'interno di un continuum (cognitivo) (vedi figura).



Il continuum cognitivo

Riprodotta con il permesso da Hamm RM, *Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum*. In Dowie J, Elstein A, editors, *Professional judgement: a reader in clinical decision making*. Cambridge: Cambridge University Press 1988:87

Questo continuum cognitivo ha tre dimensioni che verranno descritte di seguito.

Complessità del compito: il numero di informazioni ricordate (maggiore il numero di suggerimenti necessari per prendere una decisione, più probabile sarà la ricaduta su un ragionamento intuitivo da parte degli infermieri); il numero di passaggi di giudizio richiesti per fare una scelta (per esempio, selezionare gli interventi per i pazienti con condizioni croniche o concomitanti e la mancanza di informazioni complete prontamente disponibili).

Ambiguità del compito: le caratteristiche del compito che inducono ad un utilizzo razionale delle informazioni includono la presenza di principi organizzati (cognitivamente), facilmente reperibili, per raccogliere ed utilizzare le informazioni e semplificare le decisioni (conosciute come “nutrirsi in anticipo”); un compito decisionale conosciuto, con un contenuto familiare; la presenza di un esito del compito osservabile ed un grado di feedback sul probabile successo del compito. Un esempio di un compito, che probabilmente induce dei processi razionali (e si basa su conoscenze derivate dalla ricerca), è la valutazione ed il trattamento delle ulcere venose degli arti inferiori. Gli infermieri che valutano e trattano le ulcere delle gambe identificano il ruolo

di supporto delle linee guida del RCN del Regno Unito, della raccolta delle informazioni richieste per una buona valutazione e decisione e del progetto per la formazione, l’audit ed il feedback rispetto alle linee guida ed alle decisioni per la cura dell’ulcera dell’arto inferiore.

Modalità di presentazione del compito: schemi temporali molto brevi per esercitare il giudizio inducono con maggior probabilità ad utilizzare le informazioni in modo intuitivo. In alternativa, suddividere il compito in componenti (scomposizione), induce razionalità nell’utilizzo delle informazioni cliniche, come fanno le informazioni ricordate che sono dicotomiche o discrete (per esempio “la lettura Doppler indica un’eziologia sia arteriosa che venosa”); allo stesso modo, maggiore è il bisogno di prendere decisioni “visibili” agli altri, maggiore è l’utilizzo di ragionamenti analitici.

Il relativo bilanciamento dell’insieme degli elementi di intuizione e razionalità che costituiscono il compito, fornisce una previsione sulla fine del continuum sul quale è disegnata la cognizione. “Confrontare” le informazioni correttamente e i modi con i quali sono utilizzate (per esempio utilizzando più metodi razionali e sistematici, rispetto a quelli intuitivi), in relazione alla natura dei compiti

decisionali porta a delle performance decisionali migliori.

Le conoscenze relative ad un solo compito decisionale, tuttavia, non sono una base sufficiente per prevedere se una persona utilizzerà il ragionamento analitico od intuitivo o invece se si procurerà anche le informazioni necessarie per intraprendere dei ragionamenti analitici. Considerate, per esempio, un infermiere di assistenza di base che ignora la presenza fisica di una linea guida durante una consulenza ed utilizza le conoscenze di più facile accesso (cognitivamente) derivanti dalla propria memoria e dai consigli di un collega.

LA REALTÀ DEL COMPORTAMENTO INFORMATO

Negli studi sono rappresentati due modelli principali di relazione tra gli infermieri, le informazioni basate sulla ricerca e i compiti di giudizio e decisioni cliniche.

La preferenza verso una fonte di informazione umana Sia gli infermieri di assistenza primaria che per acuti sono stati caratterizzati dal fatto di affidarsi a fonti umane di informazioni come primo metodo per ottenere in situazioni che si presentano incerte. Abbiamo identificato 7 punti di vista diversi sull'accessibilità, i quali mettono in luce la relativa accessibilità di fonti esperienziali di informazione, come un infermiere clinico specialista (CNS), i colleghi esperti ed altri colleghi del gruppo primario e secondario di cura. Un'importante eccezione è rappresentata dai protocolli locali e dalle linee guida nell'assistenza per acuti (in particolare nelle aree come l'assistenza coronarica) e dalle fonti di informazioni relative ai farmaci, come il prontuario farmaceutico nazionale, i foglietti informativi dei farmaci e i farmacisti, nell'assistenza di base. Anche quando le informazioni testuali sono state identificate come accessibili, le fonti di informazione umana sono state giudicate importanti in termini della loro accessibilità. Abbiamo trovato anche che semplici variabili demografiche o biografiche, come l'esperienza clinica, i risultati scolastici conseguiti o il ruolo ricoperto nel team di assistenza di base, sono deboli indicatori sulle prospettive delle fonti di informazioni accessibili.

La scala della relativa mancanza di approccio alle fonti di informazione può essere costruita sui nostri dati osservazionali. Durante le 90 ore di osservazione degli infermieri di distretto nella pratica, è capitato solo una volta che sia stata utilizzata una fonte di informazione mentre dovevano effettivamente prendere una decisione in presenza di un paziente, nella forma di una telefonata ad un altro clinico. Allo stesso modo, nell'assistenza per acuti, 180 ore di osservazione (circa 1080 decisioni) hanno rivelato solo 2 tipologie di informazioni, basate sul testo, utilizzate in "azione", i protocolli locali o linee guida (usati 4 volte) e il prontuario farmaceutico nazionale (usato 50 volte).

Sarebbe errato dedurre, tuttavia, che le conoscenze basate sulla ricerca non siano parte delle decisioni infermieristiche. Piuttosto, gli infermieri scelgono di non utilizzare il ciclo sistematico di ricerca-valutazione-implementazione delle decisioni basate sulle evidenze in tempo reale, per decisioni cliniche con tempi di risposta rapidi. Gli infermieri accedono alle fonti di informazione basate sulle evidenze, se vi accedono, in contesti diversi rispetto alle situazioni di decisioni immediate. Gli infermieri descrivono il contatto con le fonti di informazione basate sulla ricerca nel contesto dello sviluppo professionale continuo, della formazione e del tirocinio formale. Altre fonti di influenza includono l'essere coinvolti nella produzione di protocolli locali e di linee guida e dover dare un senso alla ricerca come un clinical trial o utilizzando le evidenze della ricerca per risolvere conflitti tra colleghi. Le percezioni sulla relativa accessibilità delle fonti di informazione umana sono state ritrovate quando abbiamo fatto domande agli infermieri sull'utilità delle differenti fonti di informazioni per le decisioni cliniche.

Le fonti di informazioni utili sono collocate nella realtà clinica

Come con l'accessibilità, abbiamo identificato diverse prospettive importanti sulla relativa utilità di diverse fonti di informazione per le decisioni cliniche. Ognuna di queste prospettive sottolinea l'utilità delle fonti basate sull'esperienza, piuttosto che di quelle basate sulla ricerca. I colleghi, altri membri del team di cure primarie o i membri anziani del team clinico sono visti come la fonte di informazione più utile (ed accessibile). Nell'assistenza per acuti, la fonte di informazione più utile, comune a tutte le prospettive, è risultato l'infermiere clinico specializzato, che sembra incarnare le caratteristiche delle fonti di informazione utili: risponde direttamente alle domande poste, appare essere autorevole e degno di fiducia, fornisce (o potrebbe potenzialmente fornire) un insieme di conoscenze di base (basate sui fatti), e avanzate (gestionali), fornisce informazioni di supporto e di cui non si può dubitare e non ha bisogno, o ne ha bisogno in minima parte, di una valutazione critica.

Date queste caratteristiche è facile comprendere l'interesse dell'infermiere clinico specializzato (o altre fonti ricche di esperienza) come fonte di informazioni. Un infermiere del distretto descrive un collega infermiere di collegamento (un infermiere responsabile di una particolare area di conoscenze e di pratica, come il diabete o la cura delle ferite, che è spesso collegato al lavoro di un infermiere clinico specialista):

“Sono (gli infermieri di collegamento) specialisti nell'area che ricoprono, a che scopo reinventare la ruota? Io vado in biblioteca a prendere tutte le informazioni e penso ‘oh! Ho fatto un buon lavoro’ Posso andare da loro e lo avevano già fatto....Anche tornare indietro in aree dove io non sono specialista. ...Non è come prendere una scorciatoia, è che loro sono ben informati. Loro hanno le informazioni”

(Infermiere di distretto).

Come con i punti di vista sull'accessibilità, abbiamo trovato che le variabili demografiche e biografiche, come l'età, l'esperienza clinica e i livelli di preparazione, sono scarsi indicatori rispetto a come potrebbe essere utile ad un infermiere una fonte di informazione.

IL PROCESSO DECISIONALE E I MODELLI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE CONOSCENZE DERIVATE DALLA RICERCA

Molti modelli teorici sull'utilizzo della ricerca riconoscono implicitamente l'importanza del processo decisionale come passo vitale nel processo di conversione delle conoscenze in azione. Nonostante questo riconoscimento implicito, la maggior parte dei modelli non tengono conto della relazione tra le caratteristiche della decisione, l'uso delle informazioni e la loro elaborazione. Per esempio, Lomas ha proposto un modello coordinato di implementazione della ricerca che propone come uno degli scopi della diffusione delle conoscenze la negoziazione dell'applicazione dei risultati della ricerca con i pazienti durante la pratica clinica. In un altro lavoro, Lomas richiama anche i ricercatori e coloro che prendono decisioni ad avere dei livelli di comprensione sempre più alti dei mondi uno dell'altro, se la ricerca e la politica (o la pratica) devono essere collegate meglio. Noi potremmo sostenere che, sebbene i clinici stiano facendo sforzi per comprendere la ricerca (mediante iniziative quali la formazione sull'approccio critico o, proprio, leggere riviste come Evidence Based Nursing), i ricercatori e coloro che disseminano le informazioni spesso non comprendono completamente le decisioni alle quali i loro prodotti vengono applicate. In relazione alle decisioni di politica organizzativa, Lomas suggerisce che i ricercatori dovrebbero sforzarsi di comprendere le strutture istituzionali per la presa di decisione, i valori (espressi come ideologie, credenze ed interessi) e il fatto che spesso esistono molteplici produttori di evidenze (per esempio le informazioni che attualmente vengono usate per il processo decisionale) all'interno di un'organizzazione. Altri teorici, che hanno tentato di costruire un "contesto" all'interno dei modelli di utilizzazione della ricerca, trascurano anche i "micro" contesti delle decisioni reali: la loro tipologia, il tempo disponibile, la complessità percepita, la quantità di informazioni di supporto (o di stimolo) disponibili e la presenza (o l'assenza) di principi organizzativi per queste informazioni.

Alcuni ricercatori hanno usato i quesiti generati dalle decisioni cliniche come espressione del (potenziale) bisogno di informazione. Potremmo dimostrare che i ricercatori hanno bisogno di scavare a fondo ed iniziare a sviluppare la ricerca esplorando la relazione tra il bisogno di informazione, come i quesiti descritti, e i comportamenti informati degli infermieri. Inoltre, abbiamo bisogno di riconoscere

che semplicemente applicare la scelta fondamentale al cuore di una decisione (come quelle che nascono dall'incertezza su una diagnosi, un trattamento o una prognosi) è una condizione necessaria, ma insufficiente, per determinare se l'informazione sia da ritenersi rilevante o sia da rigettare come irrilevante.

Finora, ci siamo concentrati sui collegamenti tra il comportamento informato e le decisioni cliniche dalla prospettiva del ricercatore. È importante riconoscere che le strategie disponibili per coloro che devono prendere le decisioni possono anche alterare la loro relazione con l'informazione. Utilizzando i principi del continuum cognitivo, è possibile semplificare le decisioni rimuovendo alcune delle loro complessità, nello sforzo di indurre gli individui ad applicare i comportamenti di "ricerca e valutazione". Per esempio, diversi infermieri descrivono l'utilità di un approccio strutturato per reperire informazioni semplicemente come un mezzo per recuperare i fatti "importanti", quando si avvicinano al complesso compito di valutare se un'ulcera cronica dell'arto inferiore di un paziente abbia un'eziologia arteriosa o venosa. Questo insieme strutturato di fatti (per esempio la lettura del Doppler, le dimensioni e la storia) formano la base delle decisioni sulla gestione, che a volte sono supportate da linee guida nazionali basate sulle appropriate evidenze (benché spesso interiorizzate). Allo stesso modo l'unica area decisionale nella quale si è osservato l'utilizzo comune (relativamente) delle informazioni basate sul testo è stata senza dubbio nella somministrazione dei farmaci. I racconti degli infermieri mostrano chiaramente che le fonti di informazioni utilizzate si adattano ai quesiti che sorgono dalle loro decisioni, decisioni che spesso sono state focalizzate e ben strutturate (per esempio, potrei dare a questo paziente il farmaco X o il farmaco Y per raggiungere l'esito Z?).

Questa semplificazione induce lo spostamento verso la fine razionale del continuum. Da questa prospettiva è facile immaginare che pensare alle decisioni che gli infermieri incontrano nella pratica clinica, potrebbe avere un impatto sui loro comportamenti informati. In verità, alcuni elementi di base del processo dell'evidence-based nursing potrebbero servire a semplificare le decisioni. In specifico, lo sviluppo di quesiti clinici focalizzati può essere concettualizzato come un meccanismo per rimuovere alcuni dei "rumori" che circondano le scelte ed aiutare a focalizzare l'attenzione sulle popolazioni, gli esiti e gli interventi rilevanti e sulle incertezze più importanti (diagnostiche, interventive o prognostiche). Croskery propone altre tecniche, sottilmente più sofisticate, sotto il vessillo di "spinte cognitive". Queste tecniche coinvolgono la riqualificazione dei clinici a pensare differenzialmente ai problemi, tenendo conto degli effetti dei limiti della memoria, delle errate prospettive (per esempio ignorando elementi di base della malattia quando si fa diagnosi), delle limitate capacità di auto critica e di

scarsa selezione di strategie. Il risultato finale è un crescente senso di meta-conoscenza o di “pensare al pensiero”. La ricerca che esamina i potenziali di queste tipologie di approccio, per riflettere, sull’azione in infermieristica è scomparsa.

CONCLUSIONI

Gli infermieri sono sempre più considerati come elementi chiave per le decisioni all’interno del team sanitario. Ci si attende anche da loro che utilizzino le migliori evidenze disponibili per i loro giudizi e le loro decisioni. Il modello prescrittivo delle decisioni basate sulle evidenze - ed il processo ricerca-valutazione-implementazione che lo accompagna - è un processo attivo. I clinici che desiderano implementare la ricerca nell’ambiente clinico, qualche volta dimenticano che la ricerca attiva delle informazioni è solamente una delle varie risposte possibili all’irriducibile incertezza della pratica clinica. Infatti, l’osservazione degli infermieri nella pratica suggerisce che, quando il comportamento informato “ricerca e valutazione” viene applicato a tutto, gli infermieri sono probabilmente più distanti dal considerare i colleghi (fonti “umane” di informazione) come fonti utili ed accessibili di informazione, rispetto alla ricerca in ogni sua forma. I colleghi sono percepiti come divulgatori dello specifico contesto, informazioni clinicamente rilevanti che prendono in considerazione il bisogno di giudizio o dei momenti di decisione e richiedono il minimo approccio critico, e sono efficienti dal punto di vista del tempo. Vorremmo dimostrare che questo implica un certo grado di adattamento tra i compiti decisionali e le informazioni fornite, sebbene non necessariamente informazioni di alta qualità (valide o affidabili). Inoltre, gli schemi teorici di lunga durata

spiegano questa mancanza di adeguamento tra le fonti tradizionali di ricerca delle informazioni basate sulle evidenze e le decisioni che gli infermieri incontrano.

Il modello del continuum cognitivo offre una base teorica per stilare una lista di argomenti, che stanno emergendo nelle scienze infermieristiche, da trattare nella ricerca. Sottolineare le tipologie di decisioni cliniche è solo un punto di partenza per questo elenco. I lavori futuri dovrebbero tentare di esplorare e spiegare i modelli di utilizzo delle informazioni nelle decisioni, per i quali esiste una mappa molto più dettagliata. Inoltre, vi è una necessità di sviluppo e di valutazione degli interventi di elevata qualità, che indirizzi la fornitura di informazioni basate sulle evidenze a quegli individui che più probabilmente influenzano le scelte professionali (per esempio i CNS). Sentiamo che alcune conoscenze aggiungeranno una dimensione di valore, finora dimenticata, all’utilizzo dei modelli di ricerca esistenti e al trasferimento delle conoscenze.

In altre parole La decisione di Nightingale su come usare meglio il suo tempo e la sua energia era basata sulla migliore evidenza disponibile.

CARL THOMPSON, RN, PhD
NICKY CULLUM, RN, PhD
DOROTHY MCCAUGHAN, RN, MSc
TREVOR SHELDON, DSc, FMedSci
PAULINE RAYNOR, RN, HV(cert), PhD
*University of York
York UK*



Febbraio 2005