



Traduzione di Silvia Calanchi
Formatrice Centro Studi EBN – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
www.evidencebasednursing.it

July 2002

Nursing Best Practice Guideline
Shaping the future of Nursing

establishing therapeutic relationships

Stabilire relazioni terapeutiche.
Ora in ITALIANO!



BOZZA **in progress!**



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario



*Greetings from Doris Grinspun
Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario*

It is with great excitement that the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) disseminates this nursing best practice guideline to you. Evidence-based practice supports the excellence in service that nurses are committed to deliver in our day-to-day practice.

We offer our endless thanks to the many institutions and individuals that are making RNAO's vision for Nursing Best Practice Guidelines (NBPGs) a reality. The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care recognized RNAO's ability to lead this project and is providing multi-year funding. Tazim Virani --NBPG project director-- with her fearless determination and skills, is moving the project forward faster and stronger than ever imagined. The nursing community, with its commitment and passion for excellence in nursing care, is providing the knowledge and countless hours essential to the creation and evaluation of each guideline. Employers have responded enthusiastically to the request for proposals (RFP), and are opening their organizations to pilot test the NBPGs.

Now comes the true test in this phenomenal journey: will nurses utilize the guidelines in their day-to-day practice?

Successful uptake of these NBPGs requires a concerted effort of four groups: nurses themselves, other health-care colleagues, nurse educators in academic and practice settings, and employers. After lodging these guidelines into their minds and hearts, knowledgeable and skillful nurses and nursing students need healthy and supportive work environments to help bring these guidelines to life.

We ask that you share this NBPG, and others, with members of the interdisciplinary team. There is much to learn from one another. Together, we can ensure that Ontarians receive the best possible care every time they come in contact with us. Let's make them the real winners of this important effort!

RNAO will continue to work hard at developing and evaluating future guidelines. We wish you the best for a successful implementation!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

Executive Director
Registered Nurses Association of Ontario

COME USARE QUESTO DOCUMENTO

Questa linea-guida di migliore pratica infermieristica è un documento completo che fornisce le risorse necessarie per il supporto della pratica basata sull'evidenza (evidence-based nursing practice) nello stabilire relazioni terapeutiche. Il documento deve essere rivisto ed applicato, basandosi sui bisogni specifici della pratica o della organizzazione così come i bisogni ed i desideri del cliente. La guida di riferimento non dovrebbe essere applicata come seguendo la ricetta di un libro di cucina, bensì come struttura di base per fornire assistenza individualizzata al cliente, così come per accertarsi che le strutture ed i supporti sul posto siano adatti a fornire la cura migliore.

Infermieri, altri professionisti di sanità e coordinatori che conducono e facilitano i cambiamenti della pratica troveranno questo documento importante per lo sviluppo delle politiche, delle procedure, dei protocolli, dei programmi educativi, della valutazione e degli strumenti della documentazione, ecc. Si suggerisce che la linea-guida di riferimento di migliore pratica sia usata come strumento di risorsa. Le organizzazioni che desiderano usare la guida di riferimento possono decidere di applicarla in diversi modi:

- Assicurare l'assistenza infermieristica e le pratiche sanitarie in vigore usando le raccomandazioni nella guida di riferimento.
- Identificare le raccomandazioni per riconoscere i metodi o le lacune in merito ai bisogni pratici nei servizi.
- Sviluppare sistematicamente un programma per applicare le raccomandazioni usando gli attrezzi e le risorse collegati.

Le risorse di esecuzione saranno rese disponibili attraverso il sito web di RNAO per aiutare gli individui e le organizzazioni per applicare la linea-guida di riferimento di migliore pratica .

Guideline Development Panel Members

Ruth Gallop, RN, PhD

Team Leader

Professor and Associate Dean, Research,
Faculty of Nursing, University of Toronto
Senior Researcher,
Women's Mental Health Research Program,
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Jacqueline Choiniere, RN, MA

Director of Policy and Research
Registered Nurses Association of Ontario
Toronto, Ontario

Cheryl Forchuk, RN, PhD

Professor, *University of Western Ontario*
Scientist, *Lawson Health Research*
Institute/London Health Sciences Centre
London, Ontario

Gabriella Golea, RN, MN

Deputy Chief of Nursing Practice
Centre for Addictions and Mental Health
Toronto, Ontario

Nancy Johnston, RN, PhD(cand.)

Assistant Professor,
Atkinson Faculty of Liberal
& Professional Studies
School of Nursing, York University
Toronto, Ontario

Anne Marie Levac, RN, MN

Advanced Practice Nurse
Child Psychiatry Program, Centre for
Addiction and Mental Health, Clarke Site
Toronto, Ontario

Mary-Lou Martin, RN, PhD(cand.)

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph's Health Care, Hamilton Centre
for Mountain Health Services
Clinical Associate Professor,
McMaster University
Hamilton, Ontario

Trish Robinson, RN, BScN

Outreach Mental Health Coordinator
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Selinah Sogbein, RN, MHA, MEd

Assistant Chief Nursing
Officer/Coordinator Clinical Services
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay, Ontario

Heather Sutcliffe, RN, BScN

Public Health Nurse
Wellington Dufferin Guelph Health Unit
Guelph, Ontario

Francine Wynn, RN, PhD

Senior Lecturer, Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario



Establishing Therapeutic Relationships

Project team:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

Anne Tait, RN, BScN
Project Coordinator

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Coordinator

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Administrative Assistant



Registered Nurses Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4
Website: www.rnao.org



Acknowledgement

The Registered Nurses Association of Ontario wishes to acknowledge the following individuals and/or groups for their contribution in reviewing this nursing best practice guideline and providing valuable feedback.

Barbara Cadotte

Psychiatric Patient Advocate Office
Ontario Ministry of Health and
Long-Term Care
Toronto, Ontario

David Simpson

Psychiatric Patient Advocate
Regional Mental Health Centre
Ontario Ministry of Health and
Long-Term Care
St. Thomas, Ontario

Deborah Sherman

Executive Director
Mental Health Rights Coalition of
Hamilton/Wentworth
Hamilton, Ontario

Elizabeth Peter

Assistant Professor
Faculty of Nursing
University of Toronto
Toronto, Ontario

Jay Hammond

Psychiatric Patient Advocate
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Karen Sherry

Coordinator Nursing Resource Centre
and GRASP Work Load Measurement
Coordinator
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay, Ontario

Kelly Kay

Deputy Executive Director
Registered Practical Nurses Association
of Ontario
Mississauga, Ontario

Laurie Albertini

Psychiatric Patient Advocate
People Advocating for Change through
Empowerment
Thunder Bay, Ontario

Linda Carey

Psychiatric Patient Advocate
Hamilton Psychiatric Hospital
Hamilton, Ontario



RNAO wishes to acknowledge the following organizations in Toronto, Ontario for their role in pilot testing this guideline:

Saint Elizabeth Health Care
North York General Hospital
St. Joseph's Health Centre

RNAO sincerely acknowledges the leadership and dedication of the researchers who have directed the evaluation phase of the Nursing Best Practice Guidelines Project. The Evaluation Team is comprised of:

Principal Investigators:

Nancy Edwards, RN, PhD
Barbara Davies, RN, PhD
University of Ottawa

Evaluation Team Co-Investigators:

Maureen Dobbins, RN, PhD
Jenny Ploeg, RN, PhD
Jennifer Skelly, RN, PhD
McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD
University of Ottawa

Research Associates

Marilynn Kuhn, MHA
Cindy Hunt, RN, PhD
Mandy Fisher, BN, MSc(cand.)



Contact Information

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

**Registered Nurses Association
of Ontario**

Head Office
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8

Establishing Therapeutic Relationships

Disclaimer

These best practice guidelines are related only to nursing practice and not intended to take into account fiscal efficiencies. These guidelines are not binding for nurses and their use should be flexible to accommodate client/family wishes and local circumstances. They neither constitute a liability or discharge from liability. While every effort has been made to ensure the accuracy of the contents at the time of publication, neither the authors nor RNAO give any guarantee as to the accuracy of the information contained in them nor accept any liability, with respect to loss, damage, injury or expense arising from any such errors or omission in the contents of this work.

Copyright

With the exception of those portions of this document for which a specific prohibition or limitation against copying appears, the balance of this document may be produced, reproduced and published in its entirety only, in any form, including in electronic form, for educational or non-commercial purposes, without requiring the consent or permission of the Registered Nurses Association of Ontario, provided that an appropriate credit or citation appears in the copied work as follows:

Registered Nurses Association of Ontario (2002). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

TAVOLA DEI CONTENUTI

ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI	10
LA RESPONSABILITÀ DELLO SVILUPPO DELLA LINEA-GUIDA DI RIFERIMENTO	13
OBIETTIVO ED AMBITO	13
PROCESSO DI SVILUPPO DELLA LINEA-GUIDA	14
DEFINIZIONE DEI TERMINI	14
ANALISI DI SFONDO	16
INTERPRETAZIONE DELLE EVIDENZE	17
RACCOMANDAZIONI NELLA PRATICA	19
RACCOMANDAZIONI NELL'EDUCAZIONE	28
RACCOMANDAZIONI NELL'ORGANIZZAZIONE & POLITICA	29
VALUTAZIONE & MONITORAGGIO	35
PROCESSO DI REVISIONE/AGGIORNAMENTO DELLA LINEA – GUIDA	37
RIFERIMENTI	39
BIBLIOGRAFIA	42
APPENDICE A - FOGLIO DI LAVORO ORGANIZZATIVO	45
APPENDICE B - STRUMENTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE-GUIDA NELLA PRATICA CLINICA	52
APPENDICE C	53

ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI

La Commissione di Sviluppo delle linee-guida per la migliore pratica infermieristica volta a *Stabilire Relazioni Terapeutiche* sollecita fortemente le organizzazioni o gli ambiti pratici a porre maggiore attenzione alla raccomandazione titolata *Raccomandazioni nella politica & Organizzazione*. L'implementazione di strategie per supportare lo stabilirsi di relazioni terapeutiche tra gli infermieri ed i clienti necessita di forti supporti organizzativi. Senza questi supporti, il percorso verso il raggiungimento di relazioni terapeutiche come obiettivo sarà difficoltoso. La Commissione raccomanda la messa a punto organizzativo/pratica guidata da una attenta valutazione organizzativa, pianificare e cominciare implementando iniziative che potranno stabilire i supporti desiderati. Un attento strumento organizzativo è stato sviluppato basandosi sulle raccomandazioni di questa linea-guida. Vedi appendice A – foglio di lavoro organizzativo.

RACCOMANDAZIONE 1

L'infermiere deve acquisire il più possibile la conoscenza necessaria per partecipare efficacemente nella relazione terapeutica.

RACCOMANDAZIONE 2

Stabilire una relazione terapeutica richiede di riflettere sulla pratica. Questo concetto implica la capacità di: auto-consapevolezza, autoscienza, empatia, consapevolezza dei confini e limiti del proprio ruolo professionale.

RACCOMANDAZIONE 3

L'infermiere ha necessità di capire il processo della relazione terapeutica e di potere riconoscere la fase corrente del suo rapporto con il cliente.

RACCOMANDAZIONE 4

Tutti i programmi di formazione infermieristica nei vari livelli devono includere l'insegnamento approfondito circa il processo terapeutico, comprendendo sia il contenuto teorico che la supervisione nella pratica.

RACCOMANDAZIONE 5

Le organizzazioni considereranno la relazione terapeutica come la base della pratica del Nursing e, col tempo, integreranno varie opportunità di sviluppo professionale per sostenere efficacemente le infermiere nello sviluppare questo tipo di relazioni. Le opportunità devono includere la consultazione infermieristica, la supervisione clinica ed il supporto attivo (*coaching*).

RACCOMANDAZIONE 6

Le agenzie sanitarie implementeranno un modello di cura che promuove il valore dell'assegnazione del cliente all'infermiere, quale il modello di assistenza "Infermiere primario di riferimento" (Primary Nursing).

RACCOMANDAZIONE 7

Le agenzie sanitarie si accerteranno che almeno il 70% delle loro infermiere stanno lavorando con contratto stabile a tempo pieno.

RACCOMANDAZIONE 8

Le agenzie di si accerteranno che il carico di lavoro degli infermieri sia mantenuto a livelli tendenti a sviluppare relazioni terapeutiche.

RACCOMANDAZIONE 9

Le decisioni dello staff devono considerare la gravità del cliente, il livello di complessità assistenziale, la complessità dell'ambiente del lavoro e la disponibilità di risorse umane esperte.

RACCOMANDAZIONE 10

Le organizzazioni considereranno il benessere dell'infermiera vitale per lo sviluppo dei rapporti terapeutici infermiere-cliente e sosterranno l'infermiera come necessario.

RACCOMANDAZIONE 11

Le organizzazioni aiuteranno nel progredire delle conoscenze circa le relazioni terapeutiche diffondendo la ricerca infermieristica, sostenendo l'infermiera nell'applicazione di questi risultati e sostenendo la sua partecipazione nel processo di ricerca.

RACCOMANDAZIONE 12

Le agenzie avranno una direzione infermieristica altamente visibile, essa stabilisce ed effettua i meccanismi per promuovere la aperta comunicazione fra gli infermieri e tutti i livelli dell'amministrazione, compreso l'amministrazione maggiore.

RACCOMANDAZIONE 13

Le risorse devono essere stanziare per sostenere la supervisione clinica e stimolare processi per accertarsi che tutte le

infermiere abbiano supervisione clinica e stimoli partendo da regolari livelli di base.

RACCOMANDAZIONE 14

Le organizzazioni sono consigliate ad includere lo sviluppo della linea-guida per la migliore pratica infermieristica nella loro revisione annuale del miglioramento degli indicatori di qualità, si consiglia di incorporare le linee-guida per la migliore pratica infermieristica negli standard della struttura di accreditamento.

La linea-guida per la migliore pratica infermieristica può essere applicata con successo soltanto dove ci sono adeguata progettazione, risorse, supporti organizzativi ed amministrativi così come appropriate facilitazioni. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un programma per l'implementazione che include:

- Una completa valutazione organizzativa e degli ostacoli alla implementazione.
- La partecipazione di tutti i membri (sia con funzione di appoggio diretta che indiretta) che contribuiranno al processo di implementazione.
- L'assegnazione ad individui qualificati per provvedere al necessario supporto per l'educazione e l'implementazione del processo.
- Occasioni continue affinché la discussione e la formazione rinforzino la linea-guida per la migliore pratica infermieristica
- Occasioni per la riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa nel processo d'implementazione della linea-guida.

A questo proposito, RNAO (attraverso la commissione delle infermiere, dei ricercatori e dei coordinatori) ha sviluppato "il Foglio di Lavoro: implementazione delle linee-guida nella pratica clinica", basato sulle evidenze disponibili, prospettive teoriche e consensi. (vedi appendice B)

“Io ritrovo me stesso, forse, ascoltando più attentamente i miei clienti ora. Io ritrovo me stesso usando più domande aperte/chiose. Io ritrovo me stesso molto più facilmente e rapidamente guadagnando la loro fiducia ed il loro rapporto, attraverso loro comprendendo me stesso e da dove vengo... Così il risultato, per me, certamente era molto positivo e molto soddisfacente.”
(Progetto pilota d’implementazione)

LA RESPONSABILITÀ DELLO SVILUPPO DELLA LINEA-GUIDA DI RIFERIMENTO

L’associazione degli infermieri in Ontario (RNAO), con un fondo dal ministero della sanità e cura a lungo termine dell’ Ontario, ha intrapreso un progetto di alcuni anni per sviluppare, implementare, valutare e diffondere la linea-guida per la migliore pratica infermieristica. *“stabilire relazioni terapeutiche”* è una di sette linee-guida di riferimento sviluppate nel secondo ciclo del progetto. La guida di riferimento è stata emanata da una commissione convocata dal RNAO rappresentativa della pratica, della ricerca, della gestione e dei settori accademici.

OBIETTIVO ED AMBITO

Questa linea-guida per la migliore pratica infermieristica indirizzerà le relazioni terapeutiche e darà loro la relativa importanza centrale nella pratica assistenziale. L’efficacia della pratica assistenziale dipende da una efficace relazione terapeutica tra infermiera e cliente. La linea-guida di riferimento sottolinea la qualità e la efficacia della relazione terapeutica, lo stato del sapere e la conoscenza necessaria per essere efficace in una relazione terapeutica. Effettuare con successo una relazione terapeutica, le caratteristiche dell’organizzazione e del posto di lavoro ed i valori che devono essere di appoggio nel contesto lavorativo (si veda le raccomandazioni 5 - 14). Le raccomandazioni in questa linea-guida di riferimento, quindi, mettono a fuoco la pratica, la formazione, l’organizzazione e la politica.

La relazione terapeutica è centrale a tutta la pratica della professione infermieristica. Per esempio, nell’assistenza di salute mentale e di Comunità, la relazione terapeutica può essere l’intervento primario per promuovere la consapevolezza e lo sviluppo e/o assistere durante le difficoltà. In altre ambiti di

pratica professionale, per esempio ICU, la relazione terapeutica può essere più presente in precedenza, in seguito facilita interventi mirati al confort, al supporto e la somministrazione di cure. Indipendentemente dal posto e dalla situazione clinica, la relazione terapeutica deve sempre essere stabilita.

PROCESSO DI SVILUPPO DELLA LINEA-GUIDA

La Commissione scelta da RNAO per la loro perizia nella pratica, ricerca e settore accademico:

- Ha definito l'obiettivo e l'ambito della linea-guida di riferimento nello stabilire relazioni terapeutiche;
- Ha definito la terminologia;
- Ha condotto una vasta ricerca di letteratura;
- Ha fornito una analisi di sfondo;
- Sviluppato raccomandazioni; e
- Cercato risposte per i vari mandatari.

La linea-guida per la migliore pratica infermieristica fu preventivamente testata nell'arco di un periodo di otto mesi in numerose organizzazioni dell'Ontario che erano state identificate attraverso una "domanda di partecipazione" condotta dall'RNAO. Il documento della linea-guida di riferimento è stato raffinato ulteriormente prendendo in considerazione i risultati della valutazione delle risposte delle organizzazioni pilota così come l'analisi della letteratura corrente.

DEFINIZIONE DEI TERMINI

Linee-guida della pratica clinica o linee-guida di migliore pratica: "Dichiarazioni sistematicamente elaborate per aiutare i professionisti e le decisioni del paziente sulla assistenza appropriata per le circostanze cliniche (di pratica) specifiche " (Field & Lohr, 1990, p. 8). Le linee-guida della pratica clinica o linee-guida di migliore pratica sono sviluppate utilizzando le migliori evidenze disponibili.

Supervisione Clinica: "un processo di riflessione che consente ai supervisori di esplorare ed esaminare il loro operato nella complessità degli eventi all'interno della relazione terapeutica unitamente alla qualità della loro pratica" (Kelly, Long & McKenna, 2001, p.12). È un'occasione per lo sviluppo personale e professionale che non implica punizioni o giudizi.

Raccomandazioni Educative: Dichiarazione dei requisiti educativi e approcci/strategie educative per l'introduzione, l'esecuzione ed la sostenibilità della linee-guida di migliore pratica.

Evidenza/Prova: "un'osservazione, un fatto, o un corpo organizzato di informazioni fornito per supportare o giustificare le supposizioni o le convinzioni nella dimostrazione di una certa proposta o materia in argomento" (Madjar & Walton, 2001, p. 28).

Raccomandazioni Di Politica & Di Organizzazione: Dichiarazione dei requisiti richiesti nell'ambito della pratica, che permettono il successo dell'implementazione della linea-guida di migliore pratica. Le condizioni per il successo sono in gran parte responsabilità dell'organizzazione, anche se possono avere implicazioni la politica ad un più vasto livello di governo o ad un livello sociale.

Raccomandazioni Di Pratica: dichiarazioni di migliore pratica dirette al lavoro dei professionisti di sanità che sono idealmente basate su evidenze.

Pratica Riflessiva/autoconsapevole: La capacità di riflettere sulla propria pratica, pensieri, sentimenti, bisogni, timori, resistenze e debolezze e di capire come questi potrebbero interessare le proprie azioni ed la relazione assistenziale verso il cliente.

Mandatario: Un mandatario è un individuo, un gruppo o un'organizzazione con un interesse riconosciuto nelle decisioni e nelle azioni delle organizzazioni che possono tentare di influenzare (Baker ed altri, 1999). I mandatarî includono tutti gli individui o gruppi che saranno influenzati direttamente o indirettamente dal cambiamento o dalla soluzione al problema. I mandatarî possono essere di vari tipi e possono essere divisi in avversari, sostenitori e in neutrali (Associazione di sanità Pubblica dell'Ontario, 1996)

Relazione Terapeutica: La relazione terapeutica è legata ad un processo interpersonale che si verifica fra l'infermiere ed il cliente. La relazione terapeutica è una proposta utile, un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al migliore interesse e risultato per il cliente.

ANALISI DI SFONDO

Nella preparazione di questa linea-guida di riferimento di migliore pratica, è stata rivista una massa corposa di letteratura (vedere le sezioni della bibliografia ed i riferimenti) ed alcuni punti fondamentali sono presentati di seguito. Esiste una grande mole di letteratura sull'assistere il cliente e sulla relazione terapeutica. Nella professione infermieristica, la relazione terapeutica è denominata in molti modi: la relazione d'aiuto, la relazione utile e la relazione d'assistenza al cliente. Tutto il resto delle nozioni sull'efficacia delle cure infermieristiche dipendono dall'infermiera che conosce il suo cliente tramite la costruzione di una efficace relazione terapeutica.

Originariamente evidenziato nella letteratura infermieristica psichiatrica, la relazione terapeutica è stato riconosciuta come fondamento di tutta la professione infermieristica (Orlando, 1961; Peplau, 1952; Sundeen, Stuart, Rankin, & Cohen, 1989). Le organizzazioni professionali infermieristiche hanno inoltre identificato la relazione terapeutica, o la relazione d'aiuto, come parte centrale dell'assistenza infermieristica ed hanno incluso le qualità della relazione d'assistenza al cliente in molte delle dichiarazioni sulla pratica (associazione Infermieri Canadesi, 1980; Università degli in Ontario, 1999).

Le qualità essenziali della relazione terapeutica includono il rispetto, l'empatia e l'abilitazione. Molti articoli hanno messo a fuoco l'importanza centrale dell'empatia nella professione infermieristica (Gagin, 1983; Olsen, 1991) e la ricerca ha tentato di evidenziare le particolari qualità di empatia nella pratica infermieristica (Gallop, Lancee, & Garfinkel, 1990; Reynolds, 2000).

Gli autori quali Forchuk ed i colleghi hanno osservato più specificamente le fasi e le qualità della relazione terapeutica così come definiti da Peplau, tenendo conto sia della prospettiva dell'infermiera che del cliente nella loro esperienza della relazione. (Forchuk ed altri, 1994; Forchuk, Westwell, Martin, Azzopardi, Kostereva-Tolman & Hux, 2000).

La relazione terapeutica è stata identificata come componente essenziale della professione infermieristica a partire dalle prime segnalazioni originarie di Peplau (1952), di Tudor (1952) e di Orlando (1961).

Gran parte della letteratura ha messo a fuoco sugli elementi del processo della relazione: le qualità della relazione; le fasi del processo; gli impedimenti al processo; ed i risultati del processo. A causa della natura e della complessità di questo processo, fino ad oggi ci sono poche prove o studi clinici ottenuti usando campioni ripartiti con scelta casuale, (Olsen, 1991).

Qualità della relazione. Le qualità della relazione terapeutica includono: ascolto attivo, fiducia, rispetto, genuinità, empatia e risposta alle preoccupazioni

del cliente. La maggior parte della ricerca ha messo a fuoco la qualità di empatia (Gallop, Taerk, Lancee, Coates, Fanning, & Keatings, 1991; Olsen, 1995; Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, & Stevens, 2002). Gli studi sull'empatia infermieristica indicano che l'empatia è altamente stimato tra gli infermieri e clienti (Gallop ed altri, 1990; Reynolds, 2000).

Sequenza del processo. La recente ricerca infermieristica ha studiato il processo della relazione terapeutica. Forchuk (2000) ed altri hanno convalidato le fasi di Peplau (1952/1988) della relazione terapeutica (orientamento, svolgimento, risoluzione) e scoperto che alcune relazioni si svolgono con una serie di fasi che non sono terapeutiche (orientamento, aggancio e lotta, reciproco-ritiro). Gallop, Lancee e Garfinkel (1990) inoltre, hanno indicato che lo stile interpersonale del cliente può interessare la qualità della relazione.

Risultati del processo. La ricerca che ha valutato un approccio di relazione terapeutica ha trovato una riduzione dei costi e la qualità di vita migliorata per i clienti dimessi da un ospedale psichiatrico (Forchuk ed altri, 199abc). I risultati preliminari di un grande studio con campioni randomizzati (Forchuk, Hartford, Blomquist, Martin, Chan & Donner, in progresso) indicano che i ricoveri successivi psichiatrici possono essere ridotti di quasi metà nel primo mese dopo dimissione assistita dallo sviluppo e il mantenimento di una rete di relazioni terapeutiche. Si crede che questi risultati nella letteratura di salute mentale circa l'importanza della relazione terapeutica possano essere generalizzati al più vasto campo dell'assistenza infermieristica. La ristrutturazione organizzativa recente della sanità ha provocato la rimozione degli elementi contestuali o organizzativi significativi che sostengono la manifestazione della relazione terapeutica. La ristrutturazione ha avuto molti effetti quale il numero più basso di infermiere diplomate per paziente, sostituzione del professionista con figure non-regolari, aumento delle infermiere "casuali" e part-time e diminuzione dei meccanismi di sostegno come gli educatori e i responsabili infermieristici. Questi effetti hanno provocato la riduzione della soddisfazione dell'infermiera e del paziente, "esaurimento(burnout)" emotivo e l'aumento del tempo di ricovero (Aiken ed altri, 2001), fatto diminuire la qualità di cura come dimostrano indicatori di risultato quali indipendenza funzionale, dolore, abilità sociale e soddisfazione del paziente(McGillis, Hall ed altri, 2001).

INTERPRETAZIONE DELLE EVIDENZE

Nella raccolta ed analisi critica della letteratura, la commissione ha concluso che non c'erano revisioni sistematiche di studi controllati e randomizzati o altri disegni di ricerca, in relazione principalmente alla relazione terapeutica, a causa

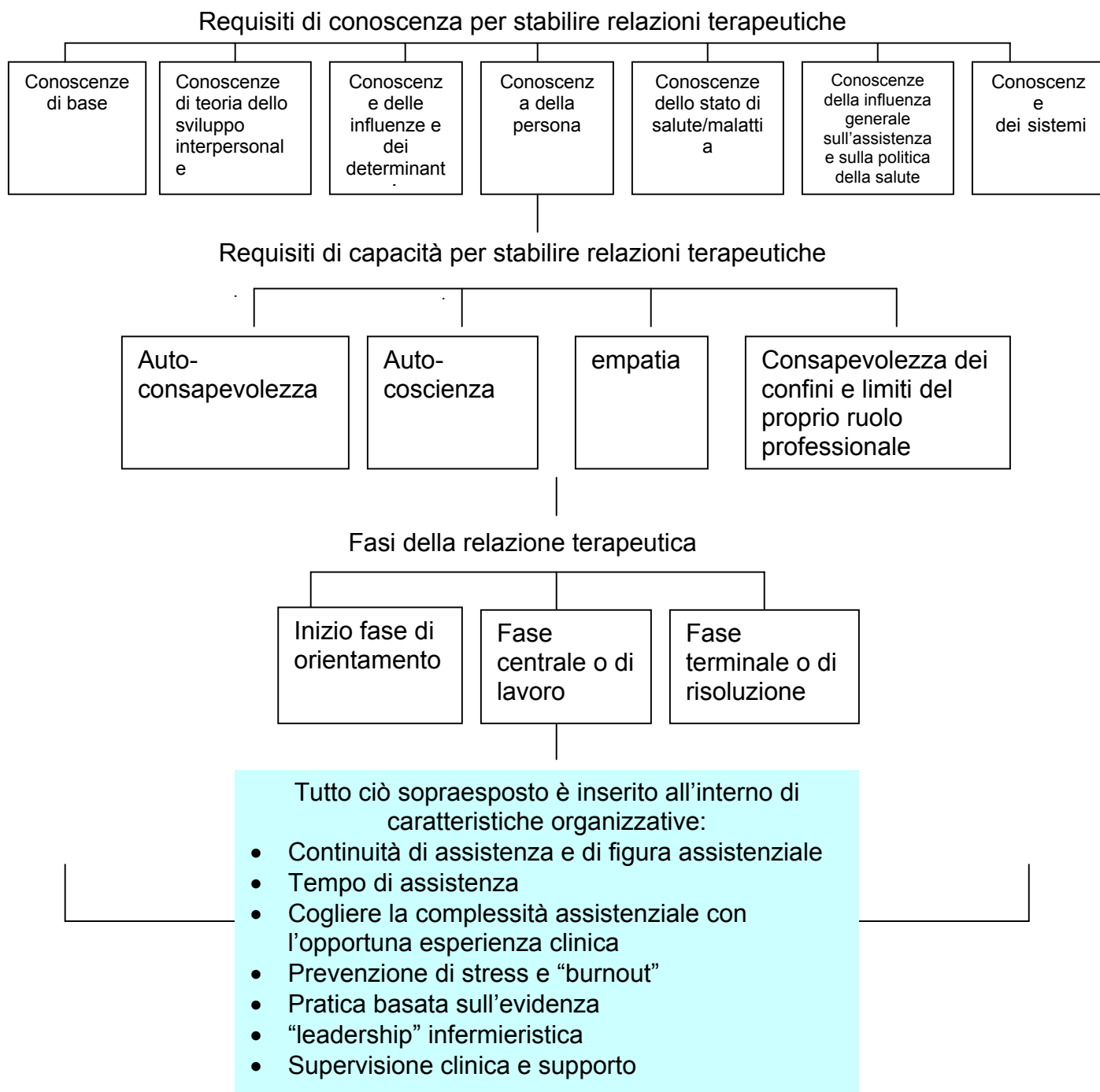
dei pochi studi che hanno valutato il processo ed i risultati della relazione terapeutica. Tuttavia, c'è un numero crescente di letteratura sull'effetto della relazione terapeutica sull'"outcome(risultato)" dei pazienti (Forchuk ed altri, 1998abc; Frank & Gunderson, 1990; Watt-Watson ed altri, 2002). Si spera che questa linea di ricerca consenta di mettere a fuoco lo specifico contributo della relazione terapeutica nell'assistenza al cliente sul sistema dei risultati, sulla pratica e sui risultati clinici. Nel frattempo, tuttavia, la forza della prova è basata sui concetti teorici, su alcuni studi qualitativi, inchieste, sui rapporti chiave, sulla perizia clinica e sulle risposte del cliente (si veda "l'analisi di sfondo" per la discussione sull'evidenza).

"inoltre [si riconosce] non potremmo sempre essere in grado di risolvere rapidamente un problema che si sta sviluppando. Penso che sia molto importante per noi infermiere imparare, molto, proprio perché desideriamo sempre dare una soluzione, una soluzione rapida. Io penso ci sentiamo colpevoli se non si può risolvere un problema subito." (luogo pilota d'implementazione)

RACCOMANDAZIONI NELLA PRATICA

Nell'elaborare le raccomandazioni, la commissione ha sviluppato una struttura per le relazioni terapeutiche (si veda figura 1). Questa struttura organizza e guida la discussione sulle raccomandazioni nella seguente sezione così come fornisce agli infermieri e alle organizzazioni di sanità un modello per capire la relazione terapeutica.

Figura 1: schema per le relazioni terapeutiche



REQUISITI DI CONOSCENZA

Raccomandazione 1

L'infermiera deve acquistare la conoscenza necessaria per partecipare efficacemente alle relazioni terapeutiche.

Differenti modi/campi di conoscenza sono necessari affinché gli infermieri siano efficaci in una relazione terapeutica. C'è un apprendimento che forma le basi di tutta la pratica relazionale ed un apprendimento necessario ai bisogni specifici del cliente.

1. Conoscenza di base.

Questa forma di apprendimento è acquisita dal/dalla infermiere/a prima di venire a contatto col cliente. Ciò include l'educazione, le letture acquisite e le esperienze di vita.

2. Conoscenza della teoria di sviluppo interpersonale.

Ciò include la conoscenza delle teorie, che forniscono una comprensione dello sviluppo del senso del sè (chi siamo) e di come il sè influenza il nostro senso di essere nel mondo con gli altri. Ci sono differenti approcci teorici come:

- Interpersonale (Orlando, 1961; Peplau, 1952)
- Teoria di rapporto con l'oggetto (Lego, 1980; Winnicott, 1965)
- Teoria dello sviluppo (Erickson, 1963; Freud, 1912; Stern, 1985)
- Teoria dello sviluppo inerente il genere (Gilligan, 1987; Miller, 1985; Stiver, 1985)

3. Conoscenza delle influenze e dei fattori determinanti la diversità.

La conoscenza circa il rapporto tra la giustizia sociale e società, la diversità culturale e razziale è essenziale. L'infermiera deve essere informata degli effetti "delle differenze" e come queste influenzano la relazione terapeutica.

4. Conoscenza della persona.

La conoscenza della persona è critica e spesso trascurata, ciò è dovuto alle pressioni del posto di lavoro. L'infermiera deve essere sostenuta nell'individuazione del momento di acquisire conoscenza/comprendimento del cliente nella relazione terapeutica. Questa conoscenza si riferisce alla descrizione particolare del cliente che include:

- Comprensione del mondo particolare del cliente;
- Identificando e confermando che cosa è significativo e concernente per quel cliente; e

- Sentire la storia della vita del cliente.

5. *Conoscenza di salute/malattia.*

L'infermiera necessita la conoscenza specifica dei problemi attuali del cliente in modo da potere formare efficacemente una relazione terapeutica. Per esempio, se un giovane si presentasse con una diagnosi di schizofrenia, l'infermiera dovrebbe sapere:

- Modelli esplicativi compreso i fattori multipli determinanti la Salute/malattia che potrebbero essere biologici, psicologici e/o sociali;
- Sintomi;
- Interventi standard e problemi di riabilitazione;
- Farmacologia in modo tale da somministrare, controllare ed insegnare a; e
- Conoscenza delle migliori pratiche.

6. *Conoscenza della influenza generale sull'assistenza e sulla politica della salute.*

L'infermiere ha necessità di avere conoscenza delle forze che possono influenzare il contesto dell'assistenza del cliente:

- Forze sociali e politiche;
- Le aspettative del cliente del sistema di sanità;
- Come funziona il professionista nella sanità; e
- Cambiamenti nel sistema sanitario quali accessibilità, le risorse, ecc.

7. *Conoscenza dei sistemi.*

L'infermiera ha bisogno della conoscenza del sistema e di come funziona in modo da potere fornire l'assistenza strumentale al cliente. Con la relazione terapeutica, l'infermiera può aiutare il cliente a fruire del sistema ed ad ottenere l'accesso ai servizi.

PRATICA RIFLESSIVA/DI AUTO-CONSAPEVOLEZZA

Raccomandazione • 2

L'istituzione di una relazione terapeutica necessita di riflettere sulla pratica. Questo concetto implica capacità di: auto-consapevolezza, autocoscienza, empatia, consapevolezza dei confini e dei limiti del ruolo professionale.

PREMESSE

- Per l'infermiere è possibile conoscere sé stesso, anche se in modo incompleto, con il processo della auto-riflessione.

- L'autocoscienza genera la possibilità che l'infermiere si comporti in modo finalizzato, piuttosto che automaticamente. Quindi, un'infermiera con autocoscienza può considerare numerosi modi di essere con il cliente.
- La consapevolezza delle sue opzioni potenziali di risposta permette all'infermiere di scegliere liberamente l'espressione dei pensieri e delle sensazioni che saranno più adeguate ai bisogni, agli obiettivi ed ai valori del cliente.
- La capacità dell'infermiera di allacciare una genuina e professionale relazione con il cliente contribuisce a generare le circostanze in cui i bisogni del cliente sono capiti, viene intrapresa una azione appropriata, significativa che produce guarigione.
- Il cliente è un "socio" nello sviluppo della relazione terapeutica.

REQUISITI DI CAPACITA'

1. Auto-consapevolezza.

La capacità di riflettere sui propri pensieri, sentimenti ed azioni. Quindi, l'infermiere può realizzare che sta supportando un atteggiamento che potrebbe impedire la relazione e prova a neutralizzare tutti gli effetti negativi potenziali sul cliente.

Scena: Un'infermiera sta aspettando ansiosamente una telefonata dal suo boyfriend, con il quale ha litigato. Nota che è preoccupata, irritabile ed agitata. È inoltre consapevole che la sua capacità di concentrarsi su che cosa gli altri hanno detto è notevolmente diminuita. Essa decide di concentrarsi sulla sua migliore abilità di conversazione con il cliente e si permette di pensare alle sue preoccupazioni soltanto quando la conversazione si è conclusa.

2. Autocoscienza.

Con lo sviluppo dell'autocoscienza, l'infermiera può riconoscere che la sua propria esperienza è modellata tramite la nazionalità, la razza, la cultura, la salute, le circostanze socio-economiche, il genere, la formazione, l'esperienza precoce infantile e nello sviluppo così come i rapporti, le realizzazioni, il credo, le motivazioni e le paure. Acquisendo l'autocoscienza, l'infermiera può differenziare fra la sua propria esperienza e valori e quelli del cliente. In questo modo, può apprezzare la prospettiva unica del cliente, può evitare di caricare il cliente con le sue motivazioni e può evitare di sovrapporre le proprie credenze e soluzioni a quelle preferite dal cliente.

Scena: L'infermiere riflette sulla tensione evidente nella sua relazione con un cliente. Il cliente è una donna giovane che si tinge di verde i capelli, ha numerosi piercings nel corpo, è la più giovane di tre bambini, viene da una

famiglia ricca ed occasionalmente usa un linguaggio ripugnante. L'infermiere riconosce che, come il più vecchio di sette bambini, cresciuto in una famiglia religiosa praticante con dei mezzi molto modesti, egli ha sviluppato un modello caratteristico "di essere responsabile" proponente "un esempio di buona morale". Inoltre, l'infermiere sospetta che ad un livello più profondo, può invidiare "la libertà di spirito non conformista" del cliente e si risente del fatto che il suo cliente non si preoccupi delle finanze e delle responsabilità della famiglia.

3. Empatia.

L'empatia è la capacità dell'infermiere di prendere parte al mondo relazionale del cliente, di vedere e ritenere il mondo come lo vede e lo sente il cliente, e di esplorarne il significato che ha per il cliente. L'empatia rende possibile all'infermiere di assistere all'esperienza soggettiva nel cliente e permette di capire attraverso la riflessione dell'esatta esperienza del cliente.

L'infermiere sviluppa empatia dall'accesso o dalla formazione dell'immagine di sé, determinando una sensibilità intuitiva che s'intreccia con l'esperienza del cliente. *Nota: L'infermiera non deve avere un'esperienza identica per intuire le sensazioni ed i pensieri del cliente, né deve essere in accordo con il comportamento del cliente per capire i sentimenti ed i desideri celati dal suo comportamento.* La qualità e la natura di questa sensibilità è espressa in seguito al cliente con l'obiettivo di sviluppare e favorire la comprensione profonda e non-giudicante dell'esperienza del cliente. In questo modo, l'infermiera usa empatia per guadagnare l'ingresso al mondo interiore del cliente ed ottenere chiarezza circa l'esperienza del cliente. Inoltre, l'empatia rinforza il legame umano fra l'infermiere ed il cliente così come il cliente riceve conforto dalla sensazione di essere capito.

Scena: Un'infermiera sta fornendo assistenza domiciliare ad un uomo d'affari di successo a causa di un incidente d'auto in seguito ad un severo infarto cardiaco. Tutti tentano di coinvolgerlo nel dialogo circa gli esercizi di riabilitazione, la dieta e lo stile di vita che è venuto a mancare. La moglie è sconvolta e dice all'infermiera che suo marito ha espresso il timore che non lavorerà mai più. L'infermiera riflette su quanto terribile potrebbe essere per lei se sperimentasse di non possedere più le precedenti attività di vita e di carriera. Considera come potrebbe essere importante per un uomo d'affari affermato la consapevolezza di sé stesso. Ella avverte, quando è con lui, un senso di desolazione e vuoto. L'infermiera dice, "io sto parlando con voi dello stile di vita e ciò non è molto interessante per voi, non è vero?" Egli annuisce col capo come d'accordo. "Io mi domando se siete preoccupato sul fatto se tornerete ancora a lavorare?" L'uomo annuisce col capo e comincia a piangere.

4. *Consapevolezza dei confini e dei limiti del ruolo professionale.* I confini definiscono i limiti del ruolo professionale. Un'infermiera è costretta ad anteporre i bisogni del cliente prima dei suoi propri bisogni. Con l'auto-consapevolezza, l'infermiera riflette sul se o no le sue azioni sono nell'interesse del cliente. A volte, i nostri propri desideri coscienti o inconsci rendono difficile riconoscere le violazioni del confine. Le indicazioni che i confini possono essere stati attraversati si scoprono quando ci sono clienti speciali, si passa tempo supplementare con i clienti, si mantengono i segreti con i clienti, si eseguono le attività con i clienti senza ripartirle con i colleghi. Gli infermieri dovrebbero cercare di capire le proprie resistenze e limitazioni quando ci si confronta con le "dinamiche" del cliente. Inoltre ciò comporta cercare l'assistenza professionale più adatta quando necessario ed appropriato.

Scena: Un'infermiere maschio di un'unità ortopedica sta occupandosi di una donna giovane che ha subito lesioni multiple in un incidente stradale. L'infermiere nota che ama fornire le cure infermieristiche a questa donna giovane e che è compiaciuto specialmente quando lei gli dice quanto lui possa renderla più comoda rispetto ad altri infermieri. Nota che ha cominciato "a spingere" per ricevere in assegnazione come cliente da assistere questa donna giovane e che gli dispiace quando è assegnata ad altri infermieri. Inoltre, ha cominciato a fantasticare su di lei, immaginando una situazione in cui lei rifiuta il suo fidanzato per lui. Nel fornire le cure infermieristiche, l'infermiere nota che il fidanzato della cliente è spesso "in giro tra i piedi" e lo manda nella sala d'attesa, un intervento che non ritiene così necessario con altri pazienti gravemente feriti.

Riflettendo sui suoi sentimenti e comportamenti verso la giovane donna ed il suo fidanzato, l'infermiere si rende conto che la cliente lo fa sentire forte, competente e misericordioso e che si ritiene competitivo rispetto al suo fidanzato. Con coraggio e integrità, l'infermiere affronta la verità, cioè che rischia di sfruttare la vulnerabilità del cliente antepoendo i suoi desideri e bisogni personali davanti alle indicazioni professionali ed agli interessi del cliente. Di conseguenza, chiede l'assegnazione ad un cliente differente ed si offre di mostrare ad un'altro infermiere come fornire l'assistenza più confortevole.

IL PROCESSO DI SVILUPPO DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Raccomandazione . 3

L'infermiere ha necessità di capire il processo della relazione terapeutica e di potere riconoscere la fase corrente del suo rapporto con il cliente.

Fasi della relazione terapeutica

Ogni relazione, anche se non lineare, ha un inizio, una metà e una fine. Tutte le fasi possono accadere in un singolo incontro infermiere/cliente o possono avvenire nell'ambito di un certo numero di incontri. La teorica infermieristica Peplau (1973bcd) si riferisce a queste fasi come l'orientamento, il funzionamento e la risoluzione.

Orientamento: Nell'inizio del rapporto terapeutico, l'infermiera ed il cliente sono l'un l'altro sconosciuti, tuttavia ogni individuo ha preconcetti su che cosa aspettarsi basati su precedenti relazioni, esperienze, attitudini e convinzioni. (Peplau, 1952). I parametri della relazione sono stabiliti (per esempio, posto del colloquio, durata del colloquio, frequenza, ruolo o servizio offerto, riservatezza, durata della relazione). Il cliente e l'infermiera cominciano ad imparare a fidarsi e conoscersi l'un l'altro allo stesso modo nella relazione. Fiducia, rispetto, onestà e la comunicazione efficace sono principi fondamentali nello stabilire la relazione.

Accettare il cliente è importante per l'evolversi della relazione infermiere/cliente (McKlindon & Barnsteiner, 1999; Thomas, 1970). Le aspettative che l'infermiera ed il cliente hanno a vicenda della loro relazione sono discusse e chiarite (Peplau, 1952). L'infermiera raccoglie le informazioni e si accerta che gli argomenti prioritari siano adeguatamente sviluppati.

La validità e l'ascolto sono considerati dai clienti come critiche all'inizio del rapporto (Forchuk ed altri, 1998bcd; Sundeen ed altri, 1989). L'infermiera aiuta nel fare sentire a suo agio il cliente il che può includere la riduzione dell'ansia o delle tensioni.

Scena: Una ragazza di 13 anni arriva all'ufficio dell'infermiera nella scuola pubblica. L'infermiera non è mai venuta in contatto con l'allieva prima d'ora. L'allieva è calma, timida e sembra sul punto di piangere. Dice all'infermiera che desidera alcune informazioni su come non rimanere incinta. L'infermiera risponde con:

- *Trasporto e atteggiamento aperto e non giudicante;*
- *Presentandosi con nome e qualifica;*
- *La spiegazione del suo ruolo e dei servizi che può offrire;*
- *Richiamo al tema di riservatezza;*
- *Incoraggiando la cliente a parlare e fare domande;*
- *Ascoltando attentamente in modo da potere offrirle comodità e supporto, ridurre l'ansia ed la tensione del cliente;*
- *Aiutare il cliente ad identificare problemi/bisogni; e*

- *Facendo attenzione ai propri sentimenti, valori di riferimento della sessualità, esperienze sessuali iniziali e di come questo può influire sulla relazione.*

Fase di funzionamento: Il funzionamento o la fase centrale della relazione è dove avvengono principalmente gli interventi infermieristici. I problemi e gli argomenti sono identificati e messi in atto i piani. I cambiamenti positivi possono alternarsi a resistenze e/o mancanza di cambiamento (Sundeen ed altri, 1989).

Per l'infermiere è importante avvalorare i pensieri, i sentimenti ed i comportamenti (Orlando, 1961). L'infermiera aiuta il cliente ad esplorare i pensieri (per esempio visione di sé, degli altri, dell'ambiente e della soluzione dei problemi), le sensazioni (per esempio dolore, rabbia, sfiducia, tristezza) ed i comportamenti (per esempio vicinanza, aggressione, ritiro, iper-attività). Gli argomenti sono da esplorare dal cliente (Parse, 1981; Peplau, 1989) anche se l'infermiere facilita il processo. L'infermiere continua la sua valutazione durante tutte le fasi della relazione. Nuovi problemi e bisogni possono emergere mentre la relazione infermiere/cliente si sviluppa e mano a mano che gli argomenti iniziali menzionati vengono strutturati. L'infermiere si procura di assicurare che le prospettive e le priorità del cliente siano riflesse nel piano di cura.

Scena: Il responsabile infermieristico psichiatrico sta vedendo la storia di un cliente maschio di 32 anni nei due anni precedenti. Al cliente è stato diagnosticata la schizofrenia ed ha avvertito una riduzione della sintomatologia l'anno scorso. L'infermiere ed il cliente stanno lavorando per raggiungere l'obiettivo della migliore indipendenza. La priorità del cliente è quella di staccarsi da una convivenza domiciliare di gruppo verso un appartamento in autonomia. L'infermiere risponde con:

- *Sostegno nella soluzione dei problemi del cliente esaminando con il cliente, le alternative ed i criteri per la nuova sistemazione;*
- *Discutendo le abilità richieste per la vita indipendente e come queste abilità possono essere potenziate/sviluppate;*
- *Consigliando al cliente un lavoro a domicilio di ricerca di informazioni da discutere poi con l'infermiera;*
- *Vigilando sul suo proprio desiderio essere "di aiuto" ed il conflitto potenziale con la necessità del cliente di aiutarci.*

Fase risolutiva: La risoluzione o la fase finale che si svolge al termine della relazione di cura infermiere/cliente. Dopo che i problemi o le questioni del cliente sono sviluppati, la relazione deve essere completata prima che possa volgere al termine. La conclusione della relazione infermiere/cliente è basata su comprensione reciproca e su una rivisitazione degli obiettivi che sono stati

raggiunti (Corridoio, 1993; Corridoio, 1997). Sia l'infermiera che il cliente sviluppano esperienza (Peplau, 1989; Sundeen ed altri, 1989). Il termine può essere vissuto con ambivalenza. L'infermiera ed il cliente devono riconoscere che la sensazione di perdita può accompagnare la conclusione della relazione (Sundeen ed altri, 1989). Entrambi dovrebbero esplicitare i sentimenti relativi alla conclusione della relazione terapeutica. La rivisitazione dei programmi per il futuro può essere una strategia utile (Corridoio, 1997; Sundeen ed altri, 1989). Si osserva in questa fase un aumento dell'autonomia sia del cliente che dell'infermiera (Sundeen ed altri, 1989).

Scena: Un cliente maschio di 72 anni viene dimesso da un programma di riabilitazione dopo ricovero per ictus. L'infermiera ha lavorato con il cliente e la sua famiglia per i due mesi precedenti. C'è preoccupazione sui piani per il supporto domestico e si discute sulle nuove risorse di comunità che sono state ottenute. Si è prevista una riunione finale per discutere tra il cliente e l'infermiera i progressi fatti ed i progetti per il futuro. Entrambi usano questa occasione per salutarsi. Sono entrambi consapevoli dei sentimenti ambivalenti di felicità verso i progressi fatti e del ritorno a casa, così come anche di una certa tristezza che rende meno gradevole e la relazione già collaudata.

Rispondere alle difficoltà nella relazione

L'infermiera e il cliente hanno la necessità di potere rispondere alle preoccupazioni in qualsiasi fase della relazione. I confini sono stabiliti con la comprensione che lo scopo del rapporto è soddisfare le esigenze terapeutiche del cliente. Se il rapporto non si sviluppa dal punto di vista terapeutico, l'infermiera ha necessità di raccogliere le informazioni dal cliente o dalla consultazione con altri. Un cambiamento nell'assegnazione infermiere/cliente può essere necessario.

Interazioni

L'infermiera deve essere informata sui modelli in uso di interazione e di relazione che promuovono lo sviluppo e la salute del cliente. Le tecniche di comunicazione fra l'infermiera ed il cliente possono includere: ascoltare, il silenzio, le domande e le dichiarazioni a risposta chiusa o aperta, rispondere, riflettere, cercare chiarimenti e convalide, mettere a fuoco, ricapitolare, consapevolezza della comunicazione verbale e non-verbale e consapevolezza delle differenze culturali relative alla comunicazione.

RACCOMANDAZIONI NELL'EDUCAZIONE

Formazione infermieristica di base

Raccomandazione . 4

Tutti i programmi di base e di accesso alla professione infermieristica devono includere l'insegnamento approfondito del processo di relazione terapeutica, comprendendo sia l'aspetto teorico che la sorveglianza pratica.

La formazione infermieristica fornisce la conoscenza fondamentale richiesta per stabilire relazioni terapeutiche infermiere/cliente al livello del principiante. Lo sviluppo educativo nell'ambito della relazione terapeutica è necessario per gli infermieri in tutte le specializzazioni e contesti lavorativi per fornire conoscenza di base supplementare, perizia nell'approfondire la conoscenza del cliente e la conoscenza di sé stessi. L'allievo infermiere deve osservare i professionisti esperti lavorare con i clienti, così come i professionisti esperti lo devono osservare nella pratica clinica, ciò allora aiuterà a sviluppare le abilità interpersonali dell'allievo.

"... c'era una sensibilità reale che permetteva di potere guardare le cose dalla prospettiva degli altri, per potere onestamente esaminare sé stessi e le proprie azioni, guardare le azioni e riconoscere che, anche se... potreste avere determinate intenzioni... le intenzioni non necessariamente sono capite e che essere ben intenzionati non significa non potere causare danni... è importante guardare una situazione da ogni prospettiva." (luogo pilota d'implementazione)

Sviluppo professionale

Raccomandazione • 5

le organizzazioni professionali considereranno la relazione terapeutica come la base dell'assistenza infermieristica e, col tempo, integreranno varie occasioni professionali di sviluppo per sostenere efficacemente le infermiere nello sviluppare queste relazioni. Le occasioni devono includere la consultazione infermieristica, il controllo clinico ed il supporto attivo.

L'infermiera è responsabile del perseguire la formazione professionale. Specificamente, le organizzazioni devono offrire le occasioni professionali di sviluppo delle infermiere per l'apprendimento in gruppo e singolarmente.

Le strategie di apprendimento interpersonale chiave includono: supervisione clinica, supporto attivo, esercitazioni di gruppo, interviste dimostrative, giochi di

ruolo e consultazione di casi. Le strategie supplementari per sostenere lo sviluppo professionale possono includere: presentazioni didattiche, articoli giornalistici, partecipazione a congressi, gruppi di lavoro e seminari, programmi computerizzati e sviluppo di programmi personalizzati di apprendimento. Gli ambiti dei contenuti dovrebbero includere:

- Auto analisi;
- Descrizione delle teorie e dei modelli relativi alla comunicazione terapeutica ed alla relazione infermiere/cliente;
- Principi di contatto, sviluppo e conclusione dei rapporti;
- Concetti centrali delle relazioni terapeutiche come reciprocità, auto-consapevolezza, i confini, la fiducia, l'empatia e la riservatezza;
- La conoscenza della struttura delle aree sottolineate come esposto nella figura 1 per capire la relazione terapeutica.

La formazione permanente, riguardo alla relazione terapeutica, comincia dall'orientamento istituzione/dell'organizzazione e continua ad essere integrata regolarmente nella pratica infermieristica col tempo. Le istituzioni devono invitare le infermiere a partecipare alle occasioni di apprendimento.

STRATEGIE CHIAVE DELL' APPRENDIMENTO

- Supervisione clinica
- Supporto attivo
- Esercizi di gruppo
- Interviste dimostrative
- Modelli di ruolo
- Consultazione di casi

RACCOMANDAZIONI NELL'ORGANIZZAZIONE & POLITICA

Le caratteristiche delle organizzazioni e delle agenzie che forniscono la sanità influenzeranno lo sviluppo della relazione terapeutica fra l'infermiera ed il cliente. I clienti hanno diritto ad una relazione terapeutica e le organizzazioni hanno la responsabilità di permettere al cliente ed all'infermiera di effettuare e sviluppare la relazione. Queste caratteristiche organizzative sono meglio descritte come "necessarie, benché insufficienti" per lo sviluppo delle relazioni terapeutiche. Senza queste caratteristiche, è improbabile che una relazione terapeutica accada. Tuttavia, queste caratteristiche da sole non garantiranno una relazione terapeutica.

Nella sezione seguente, saranno descritte alcune caratteristiche importanti e saranno identificate le linee-guida di riferimento che permetteranno ad un'organizzazione di sostenere lo sviluppo delle relazioni terapeutiche.

"si cambia nel senso che provo a ascoltare di più e, con le varie culture, provare ad essere sensibile ai loro bisogni. Ciò non è sempre facile perché... si è dentro e fuori dalle stanze come farfalle." (luogo pilota di implementazione)

L'ORGANIZZAZIONE E LE CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE

Continuità delle cure e del personale d'assistenza

Raccomandazione . 6

Le Aziende sanitarie promuoveranno un modello di assistenza che promuove l'importanza dell'assegnazione infermiere/cliente, quale il modello "primary nursing".

L'infermiere ed il cliente hanno bisogno dell'occasione sviluppare consapevolezza e familiarità l'un l'altro. I modelli di assistenza che facilitano una continuità più grande di cura e di personale assistenziale offrono l'occasione formale di una relazione di fiducia.

Nell'ambito ospedaliero, l'assistenza globale del cliente e il "primary nursing" sono stati identificati come modelli che facilitano l'autonomia, la flessibilità e la coesione del personale (Massaro ed altri, 1996). Il "primary nursing", in particolare, è stata identificato come modello preferito per migliorare la qualità di cura del cliente, aumentarne la soddisfazione, l'aumento della soddisfazione professionale delle infermiere e dei medici e la diminuzione dell'assenteismo (Blenkham, D'Aico, & Virtue, 1988; Buchan, 1999; Mason, 2000; Sovie, 1983).

Raccomandazione • 7

Le Aziende sanitarie accerteranno che almeno il 70% dei loro infermieri lavorino in forma contrattuale permanente e a tempo pieno.

Avere personale infermieristico impiegato con contratto precario è un fattore chiave di malcontento degli infermieri. Per numerosi anni in passato, molte aziende si mossero "per aumentare la loro flessibilità" attraverso il rendere l'assistenza infermieristica più "casuale". Le posizioni contrattuali a tempo pieno sono state ridotte e le posizioni casuali e part-time sono state aumentate (Baumann ed altri, 2001; RNAO, 2000; RNAO, 2001). Di conseguenza,

l'assistenza del cliente è stata spezzettata ed è stata persa la soddisfazione degli infermieri in potere aiutare i clienti nell'intero processo di recupero, così, lasciando i clienti insoddisfatti e gli infermieri frustrati. Lo sviluppo ed il mantenimento di una relazione terapeutica è impedito quando l'infermiera sta lavorando in modo casuale. La commissione suggerisce alle organizzazioni l'obiettivo del 70% per cento del personale infermieristico a tempo pieno come nel periodo di pre-ristrutturazione nell'Ontario. Questa raccomandazione è stata firmata da un "gruppo di esperti di professione infermieristica" e dal comitato provinciale unito della professione infermieristica (due gruppi rappresentativi dell' Ontario) (J. Choiniere, comunicazione personale, 16 aprile 2002).

TEMPO DI ASSISTENZA

Raccomandazione . 8

L'azienda si accerterà che il carico di lavoro dell'infermiere sia dimensionato a livelli tendenti a sviluppare relazioni terapeutiche.

Con l'aumentata gravità che coinvolge tutti i settori, il carico di lavoro è aumentato significativamente. Un persistente e alto carico di lavoro non è sostenibile per l'infermiere, è altamente insoddisfacente per i clienti ed incompatibile con le relazioni terapeutiche. Il supporto è richiesto dall'amministrazione ai livelli direttivi per accertare che l'infermiere abbia tempo sufficiente di allacciare relazioni terapeutiche. Parecchi studi hanno indicato che quando l'infermiere è inadeguata alle relazioni con pazienti si associano risultati avversi come le complicazioni e l'uso aumentato delle risorse (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipsett, 2001; Pronovost ed altri, 2001), e la soddisfazione paziente è diminuita (McGillis Hall ed altri, 2001). Oltremodo, un grande studio retrospettivo di Tourangeau, Giovannetti, Tu e Wood (2002) ha confrontato la miscela di abilità professionali dell'infermiera (numero di infermiere qualificate in rapporto a personale infermieristico meno qualificato) e gli anni di esperienza assistenziale connessi con la mortalità aumentata per i pazienti ospedalizzati dopo 30 giorni. Cioè i risultati migliori di mortalità sono stati associati con una miscela di abilità che comprende una composizione più ricca d'infermieri diplomati, come pure le infermiere diplomate con più con esperienza.

"la zona che ho sentito essere più facilitata dal parlarne era l'intera area dell'infermiera che fa più auto-analisi e che è più auto-consapevole circa l'assistenza che stavano fornendo, come se realmente stessero "collegandosi" alla persona." (luogo pilota d'implementazione)

RICONOSCERE LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE CON APPROPRIATA ESPERIENZA CLINICA

Raccomandazione . 9

Le decisioni del gruppo devono considerare la gravità del cliente, il livello di complessità, la complessità dell'ambiente di lavoro e la disponibilità di risorse esperte.

Alla diffusa riduzione dell'abilità di assistere il cliente si è ricorso durante questi ultimi anni con il recupero delle infermiere diplomate e delle infermiere diplomate specializzate in cambio dei fornitori assistenziali non diplomati. Ciò sta accadendo nello stesso momento in cui la gravità del cliente è aumentata in tutti i settori. I bisogni di cura nel settore della Comunità sono aumentati drammaticamente (Price Waterhouse Coopers, 2000). Alcuni centri di accesso all'assistenza della Comunità, in particolare, hanno segnalato un aumento nella gravità del 20 – 30% (RNAO, 2000). Negli ospedali per acuti, pochi posti letto ed una diminuita lunghezza della media di soggiorno del cliente implica che coloro che rimangono in ospedale sono più ammalati e richiedono assistenza più complessa (Associazione Ospedaliera, 1999 dell' Ontario; RNAO, 2000).

I clienti nelle degenze di cura di lunga durata oggi sono più vecchi, più deboli ed hanno bisogni di sanità più complessi di prima (Price Waterhouse Coopers, 2001). È importante che il livello di conoscenza e di abilità di coloro che forniscono l'assistenza sia sufficiente ed adatto per la complessità del bisogno del cliente. Tuttavia, il livello di conoscenza e le abilità coloro che forniscono l'assistenza è più basso. Uno studio 1995 sul settore di degenza a lungo termine per il ministero della sanità di Ontario e cura a lungo termine, ha indicato che il 75% del personale ha segnalato di non avere tempo sufficiente per occuparsi dei bisogni di sanità dei clienti (O'Brien-Pallas ed altri, 1995). Questa realtà ha fatto sì che il lavoro di fornire la qualità e un'assistenza olistica fosse più difficile, se non un obiettivo impossibile.

PREVENZIONE DI STRESS ED ESAURIMENTO(BURNOUT)

Raccomandazione .10

L'organizzazione considererà il benessere dell'infermiere come vitale per lo sviluppo di relazioni terapeutiche supportando l'infermiere se necessario.

Il mantenimento di una efficace relazione terapeutica tra infermiere e cliente aumentando la gravità, la complessità e, occasionalmente in violenti accadimenti, richiedono all'infermiere risorse emotive e spesso fisiche.

Promuovere e controllare la salute emozionale degli infermieri è essenziale per allacciare e mantenere relazioni terapeutiche ottimali.

La letteratura sugli “*magnet hospitals*” negli Stati Uniti d’America dà risalto al fatto che preoccuparsi degli infermieri conduce per abbassare significativamente i tassi del burnout infermieristico (Scott, Sochalski, & Aiken, 1999). Gli “ospedali del magnete” sostengono il benessere dell’infermiere e quindi hanno i più alti tassi di ritenzione dei lavoratori, di soddisfazione e i risultati migliori del cliente. Le organizzazioni che sostengono il benessere dell’infermiera devono rendere le varie strategie disponibili per fare fronte allo stress relativo al lavoro.

"questi sono infermieri molto esperti e tendono a dimenticarsi del perché stanno soffrendo così tanto dalla sensazione di sottovalutazione. Così si è fatta una differenza enorme in quel aspetto. Ha dato loro una spinta reale." (luogo pilota d’implementazione)

PRATICA BASATA SULL’EVIDENZA

Raccomandazione . 11

Le organizzazioni assisteranno nel progredire delle conoscenze circa le relazioni terapeutiche diffondendo la ricerca infermieristica, sostenendo l’infermiera nell’uso di questi risultati e nel sostegno della sua partecipazione nel processo di ricerca.

Per sviluppare ed effettuare efficacemente le relazioni terapeutiche, l’infermiera deve essere informata delle conoscenze attuali in questo campo. La ricerca nell’ambito della relazione terapeutica deve essere generata e diffusa continuamente. La ricerca deve considerare le misure di risultato e di processo; prospettive del cliente e dell’infermiera; ed potrà essere di natura quantitativo o qualitativo. le pratiche basate sull’evidenza devono essere promosse e diffuse attraverso le organizzazioni con cadenza regolare.

ORGANIZZAZIONE INFERMIERSTICA

Raccomandazione . 12

Le Aziende avranno una direzione infermieristica altamente visibile che stabilisce ed effettua i meccanismi per promuovere la conversazione aperta fra gli infermieri e tutti i livelli dell’amministrazione, compreso l’amministrazione centrale.

La dirigenza infermieristica che è stabile, visibile, altamente accessibile e promuove frequenti e aperti scambi fra infermieri ed i responsabili maggiori,

genera un ambiente che sostiene la creatività, l'innovazione, l'assunzione dei rischi e la fiducia necessaria per sviluppare ed effettuare le relazioni terapeutiche.

SUPERVISIONE CLINICA E SUPPORTO

Raccomandazione . 13

Devono essere reperite risorse per sostenere la supervisione clinica ed il supporto dei processi che assicurano che tutti gli infermieri abbiano una base regolare di supervisione clinica e supporto.

Le abilità tra persone possono essere acquisite o sviluppate completamente soltanto per mezzo di processi interpersonali quali il controllo clinico, il supporto attivo, modelli di ruolo e supervisione dei pari. Per compiere questo, i dirigenti infermieristici devono stanziare risorse finanziarie all'interno del preventivo per coprire il costo del controllo e del supporto attivo. Un gruppo di personale assunto che considera attività di controllo clinico continuo supportate da un clinico esperto, aiuterebbero le infermiere ad identificare le loro proprie resistenze e debolezze professionali. Così come il clinico esperto deve avere l'esperienza, la formazione e la capacità di facilitare l'obiettivo di auto-valutazione. Questo processo è aumentato se il controllo clinico è fornito da un clinico senza autorità amministrativa sopra l'infermiere.

"durante questi anni di professione infermieristica, nella crisi professionale corrente ecc., realmente abbiamo bisogno di sostenerci insieme e sforzarci per mantenere alto il morale... Dobbiamo non soltanto ottenere il lavoro là all'esterno, ma dobbiamo sostenerci ed ascoltarci l'un l'altro ed gratificarci l'un l'altro e penso che questa sia stata un'occasione meravigliosa per farlo." (luogo pilota d'implementazione)

ACCREDITAMENTO

Raccomandazione .14

Le organizzazioni sono incoraggiate ad includere lo sviluppo di linee-guida di migliore pratica infermieristica nelle loro revisioni annuali di miglioramento dei livelli/indicatori di qualità, e gli organismi d'accreditamento sono incoraggiati ad includere nei loro standards le linee-guida infermieristiche di migliore pratica.

Col tempo, è previsto che tutte le Aziende sanitarie, corpi professionali e organismi di accreditamento lavorino verso l'incorporazione della relazione

terapeutica e di tutta le altre linee-guida di riferimento di migliore pratica nei loro standards.

La linea-guida di riferimento di migliore pratica assistenziale può essere effettuata con successo soltanto dove c'è l'infrastruttura organizzativa ed amministrativa sufficiente di progettazione, delle risorse, così come appropriate facilitazioni. Le organizzazioni possono desiderare di sviluppare un piano d'implementazione che include:

- Una valutazione di prontezza dell'organizzazione e delle barriere alla formazione.
- Partecipazione di tutti i membri (sia in una funzione di appoggio diretta o indiretta) che contribuiranno al processo di esecuzione.
- L'assegnazione di un individuo qualificato per fornire il supporto necessario al processo di esecuzione e d'implementazione.
- Occasioni continue affinché la discussione e la formazione rinforzino l'importanza delle pratiche migliori.
- Occasioni per la riflessione sull'esperienza personale ed organizzativa nell'implementazione della linea-guida di riferimento.

A questo proposito, RNAO (attraverso una commissione delle infermiere, dei ricercatori e dei coordinatori) ha sviluppato "L'elenco di strumenti per: Implementazione della linea-guida di riferimento di migliore pratica clinica ", basata su evidenze disponibili, prospettive e consenso teorici (si veda l'appendice B).

VALUTAZIONE & MONITORAGGIO

le organizzazioni che implementano le raccomandazioni in questa linea-guida di riferimento di migliore pratica clinica infermieristica sono consigliate di considerare come l'implementazione ed il relativo risultato saranno monitorati e valutati. La seguente tabella, basata sulla struttura descritta nell'elenco degli strumenti di RNAO per l'implementazione della linea-guida di riferimento di migliore pratica clinica infermieristica (2002), illustra alcuni indicatori per il controllo e la valutazione:

	Struttura	Processo	Risultato
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i supporti disponibili nell'organizzazione che permettono agli infermieri di avere relazioni terapeutiche con i propri clienti 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i cambiamenti della pratica che conducono a migliori relazioni terapeutiche tra infermiere 	Valutare l'impatto dell'implementazione delle raccomandazioni

		e cliente	
Organizzazione/re parto	<ul style="list-style-type: none"> • Il modello assistenziale scelto facilita la continuità assistenziale e del personale? • Disponibilità di esperti clinici • Disponibilità per supervisione clinica e supporto 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporti di auto-valutazione infermieristica sulla supervisione clinica ed il supporto. • Modifica di politica e procedure significative mediante la linea-guida. 	
Fornitore	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di professionisti versus personale infermieristico non regolare. • Percentuale di infermieri assunti a tempo pieno • Rapporto infermiere/cliente • Disponibilità di formazione. • Percentuale di infermieri che partecipano ad opportunità formative 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione degli infermieri delle sessioni di formazione. • Resoconto degli infermieri sul miglioramento della qualità dell'assistenza • Costi per la formazione ed altri interventi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione di dati conoscitivi sulle teorie della relazione terapeutica, e sul processo di relazione terapeutica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Valutazione della conoscenza di base. ○ Sessioni di conoscenza di secondo livello. ○ Mantenimento della conoscenza. • Rapporti di auto-valutazione infermieristica sullo svolgimento della relazione terapeutica. • Soddisfazione degli infermieri.
Cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di gravità del cliente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Misure di soddisfazione del cliente. • Numero di complimenti/reclami. • Durata della degenza. • Numero di ricoveri successivi.
Costi finanziari	<ul style="list-style-type: none"> • Costi nel turn-over degli infermieri. 		<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzazione di risorse aggiuntive.

METODOLOGIA PILOTA DI VALUTAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE:

Durante l'implementazione pilota della linea-guida di riferimento per stabilire relazioni terapeutiche, è stata usata una metodologia unica e promettente per valutare il processo del cambiamento della pratica (Edwards, Davies & Hunt, 2002; Gallop, Lancee & Garfunkel, 1989). Ciò che segue descrive la metodologia che i lettori possono considerare come un esempio per la valutazione del cambiamento nella relazione terapeutica infermiere/cliente.

Le misure hanno incluso la valutazione prima e dopo l'ascolto attivo, l'iniziare e l'assertività. La metodologia ha implicato di presentare agli infermieri contesti con scenari rilevanti che precedentemente erano stati convalidati con un comitato di esperti. È stato notato che era importante presentare i piani d'azione in tipologie di situazioni che erano il più vicino possibile ai contesti che gli infermieri affrontavano nella realtà. Sono state presentati i piani d'azione agli infermieri da un intervistatore ed è stato chiesto di rispondere a parecchie domande (si veda l'esempio dei piani d'azione nell'appendice C). Le risposte sono state codificate per mezzo di un attrezzo tratto da Gerrard, Boniface e Love (1980) per identificare i livelli per le tre variabili identificate (ascolto attivo, iniziare ed assertività). Questa metodologia ha indicato che è possibile valutare i cambiamenti nei comportamenti delle infermiere riguardo alle qualità di una relazione terapeutica.

"... [le sessioni di formazione] ha permesso che l'infermiere si auto-esaminasse... per vedere che cosa sbagliava, dove e come potesse realmente eliminare gli errori per promuovere una relazione terapeutica migliore in modo che potesse realmente assistere in modo sufficiente e competente. Poiché avete culture differenti nella società... a meno che conosciate una piccola porzione della loro cultura realmente non potrete interagire con qualcuno per dare loro assistenza." (processo del luogo pilota d'implementazione)

PROCESSO DI REVISIONE/AGGIORNAMENTO DELLA LINEA – GUIDA

L'associazione delle infermiere diplomate dell'Ontario propone di aggiornare la linea-guida di riferimento di migliore pratica infermieristica come segue:

1. in seguito alla disseminazione, ogni linea-guida di riferimento di migliore pratica infermieristica sarà rivista da una squadra di esperti (squadra di revisione) nella parte tematica nei successivi tre anni che seguono l'ultimo insieme delle revisioni.

2. Durante il periodo triennale fra lo sviluppo e la revisione, il personale di progetto della linea-guida di riferimento di migliore pratica infermieristica di RNAO, controlla regolarmente le nuove ricerche, le revisioni sistematiche e i trials randomizzati e controllati.
3. Sulla base dei risultati del controllo, il personale di progetto può suggerire un periodo più anticipato di revisione. L'appropriata consultazione con una squadra di membri che contengono i componenti del gruppo originali ed altri esperti nel campo, contribuirà prendere la decisione se rivedere e modificare la linea-guida di riferimento più in anticipo della cadenza triennale.
4. Tre mesi prima della scadenza triennale di revisione, il personale di progetto comincerà la progettazione del processo di revisione come segue:
 - a. Invito agli esperti nel campo a partecipare alla squadra di revisione. La squadra di revisione comprenderà i membri della commissione originale così come altri esperti suggeriti.
 - b. Compilazione delle risposte ricevute, le domande incontrate durante la fase di diffusione così come altre osservazioni e le esperienze nei luoghi di esecuzione.
 - c. Redigere le nuove linea-guida di riferimento di pratica clinica sul campo, revisioni sistematiche, rapporti da meta-analisi, revisioni sistematiche, studi randomizzati e controllati ed altra letteratura relativa.
 - d. Sviluppo del programma di lavoro dettagliato con le date stabilite e disponibilità.

La guida di riferimento modificata subirà la diffusione basata sulle strutture e sui processi stabiliti.

References

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' report on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20*(3), 43-53.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration, 29*(3), 11-20
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. A policy synthesis prepared for the Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation.* Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation.
- Blenkharn, H., D'Aico, M., & Virtue, E. (1988). Primary nursing and job satisfaction. *Nursing Management, 19*, 41-42.
- Buchan J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing, 30*(1), 100-108.
- Canadian Nurses Association. (June, 1980). *A definition of nursing practice and standards of nursing practice*, Ottawa: Canadian Nurses Association.
- College of Nurses of Ontario. (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario.* Ontario: College of Nurses of Ontario.
- Dirrick, J.B., Swoboda, S.M., Pronovost, P.J., & Lipsett, P.A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care, 10*(6), 376-82.
- Edwards, N., Davies, B., Dobbins, M., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., & Kuhn, M. (2001). *Evaluation of pilot sites implementation. Evaluation summary: Therapeutic relationships.* Ottawa, Canada: University of Ottawa.
- Edwards, N., Hunt, C., & Davies, B. (2002). *Evaluating nursing skills with therapeutic relationships.* Unpublished Manuscript.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (eds). (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program.* Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Forchuk, C., Chan, L., Schofield, R., Martin, M.L., Sircelj, M., Woodcox, V. et al. (1998a). Bridging the discharge process. *The Canadian Nurse, 94*(3), 22-26.
- Forchuk, C., Hartford, K., Blomqvist, A., Martin, M.L., Chan, Y.L., & Donner, A. (2002). *Therapeutic relationships from hospital to community.* (in progress)
- Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. (1998b). From hospital to community: Bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*(3), 197-202.
- Forchuk, C., Schofield, R., Martin, M., Sircelj, M., Woodcox, V., Jewell, J. et al. (1998c). Bridging the discharge process: Staff and consumer experiences over time. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 4*(4), 128-133.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B, Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998d). Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*(1), 36-44.

- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B, Kosterewa-Tolman, D. & Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship: Nurses' perspectives. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3-10.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Freud, S. (1912). *Remembering, repeating and working through*. Standard Edition, volume 12.
- Gagan, J. (1983). Methodological notes on empathy. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 65-72.
- Gallop, R., Lancee, W. & Garfinkel, P. (1989). How nurses respond to the label borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 815-819.
- Gallop, R., Lancee, W. & Garfinkel, P. (1990). The empathic process and its mediators: A heuristic model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(10), 649-654.
- Gallop, R., Taerk, G., Lancee, W., Coates, R., Fanning, M., & Keatings, M. (1991). Nurses attitudes towards persons with AIDS. *Canadian Nurse*, 87(1),29-31.
- Gerrard, B.A., Boniface, W.J., & Love, B.H. (1980). *Interpersonal skills for health professionals*. Reston, Virginia: Reston Publishing Company.
- Gilligan, C. (1987). Adolescent development reconsidered. In C. E. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health* (pp. 63-92). San Francisco: Jossey-Brass.
- Hall, E. (1993). The hidden dimension. In R. P. Rawlins, K.C. Williams (Eds), *Mental health nursing – psychiatric nursing: A holistic approach* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Hall, J. (1997). Packing for the journey: Safe closure of therapeutic relationships with abuse survivors. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(11), 7-13.
- Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or nursing novelty of the 1990s? In J. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds), *Clinical Supervision*. London: Routledge Publishing. 9-24.
- Lego, S. (1980). The one-to-one nurse-patient relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 18(2), 67-89.
- Madjar, I. & Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M. Morse, J.M. Swanson, & A.J. Kuzel. *The nature of qualitative evidence*. (pp. 28-45). Thousand Oaks: Sage.
- Mason, D.J. (2000). Nursing's best kept secret. Magnet hospitals can save health care. *American Journal of Nursing*, 100(3), 7.
- Massaro, T. D., Muro, L., Shisler, R., White, A., Stone, A., Gambill, N. et al. (1996). A professional practice model. *Nursing Management*, 27(9) 43-47.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L. et al. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models & organizational change strategies on patient, system & nurse outcomes*. Toronto, Ontario: Faculty of Nursing, University of Toronto and Canadian Health Services Research Foundation/Ontario Council of Teaching Hospitals.
- McKlinton, D., & Barnsteiner, J. (1999). Therapeutic relationships: Evolution of the Children's Hospital of Philadelphia model. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(5), 237-243.
- Miller, J. B. (1985). The development of women's sense of self. In A.G. Kaplan, J.B. Miller, I. P. Stiver, & J. L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 11-26). New York: The Guilford Press.
- O'Brien-Pallas, L., Charles, C., Blake, J., Luba, M., McGilton, K., Peereboom, E. et al. (1995). *The Nursing and Personal Care Provider Study*: Report prepared for Ontario Ministry of Health, Long-Term Care Division. (On-line). Available: www.fhs.mcmaster.ca/nru/publications/workingpapers/95-9.htm

- Olsen, D. (1991) Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 62-75.
- Olsen, J. (1995) Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy, and patient distress. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 317-322.
- Ontario Hospital Association (1999). *Key Facts and Figures*. October
- Ontario Public Health Association (OPHA) (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, ON: Government of Ontario.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: Putnam.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: Theory of nursing*. New York: John Wiley and Sons.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam & Sons.
- Peplau, H. E. (Speaker). (1973a). *The concept of psychotherapy*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.
- Peplau, H. E. (Speaker). (1973b). *The orientation phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.
- Peplau, H. E. (Speaker). (1973c). *The working phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.
- Peplau, H. E. (Speaker). (1973d). *The resolution phase*. San Antonio, Texas: P. S. F. Productions.
- Peplau, H. E. (Speaker). (1988). *Interpersonal relations in nursing*. London: MacMillan.
- Peplau, H. E. (1989). Therapeutic nurse-patient interaction. In A. W. O'Toole & S. R. Welt (Eds.), *Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau*. (pp. 192-204). New York: Springer Publishing Co.
- Price Waterhouse Coopers. (2000). *A review of community care access centres in Ontario*. Report Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Price Waterhouse Coopers. (2001). *Report of a study to review levels of service and responses to need in a sample of Ontario long-term care facilities and selected comparators*. Prepared for the Ontario Long-Term Care Association & The Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.
- Pronovost, P.J., Dang, D., Dorman, T., Lipsett, P.A., Garrett, E., Jenckes, M. et al. (2001). Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. *Effective Clinical Practice*, 4, 199-206.
- Registered Nurses Association of Ontario & Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Prepared for the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (On-line). Available: www.rnao.org
- Registered Nurses Association of Ontario. (2001). *Earning their return: When & why Ontario RNs left Canada and what will bring them back*. (On-line). Available: www.rnao.org.
- Reynolds, W. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot, England: Ashgate Publishing.
- Scott, J.G., Sochalski, J. & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital research findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1) 9-19.
- Sovie, M.D. (1983). The primary nursing system. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 4(1). 43-48.
- Stern, D. (1985). *The sense of a subjective self: Affective attunement*. In *The interpersonal world of the infant*. New York: NY Basic Books p. 138-161.
- Stiver, I.P. (1985). The meaning of care: Reframing treatment models. In J. Jordan, A. G. Kaplan, I. P. Stiver & J. L. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 250-267). New York: The Guilford Press.
- Sundeen, S.J., Stuart, G.W., Rankin, E.A., & Cohen, S.A. (1989). *Nurse-client interaction* (4th ed). Toronto, Ontario: C. V. Mosby.

Thomas, M. (1970). Trust in the nurse-patient relationship. In C. Carlson (Ed.), *Behavioural concepts and nursing intervention*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V. & Wood, M. (2001). Predictors of determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.

Tudor, G. E. (1952). A sociopsychiatric nursing approach to intervention in a problem of mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Perspectives in Psychiatric Care*, 8(1), 11-35.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., & Stevens, B. (2002) The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*. (in press)

Winnicott, D. (1965). The capacity to be alone. In *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

Bibliography

Aiken, L.H. (2001a). Evidence-based management: Key to hospital workforce stability. *The Journal of Health Administration Education*, (Special Issue), 116-124.

Aiken, L.H. (2001b). More nurses, better patient outcomes: Why isn't it obvious? *Effective Clinical Practice*, 4(5), 223-225.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2000). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.

Aiken, L.H., Havens, D.A., & Sloane, D.M. (2000a). Magnet nursing services recognition programme. *Nursing Standard*, 14(25), 41-46.

Aiken, L.H., Havens, D.A., & Sloane, D.M. (2000b). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), 26-35.

Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Alexander, J. (2001). How much do we know about the giving and receiving of information? *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 495-496.

Baldini, M., Williams, L., Bawlf, B., Kellet, A., Olsen-Mercer, I., Toews, B. et al. (1998). *Consumer involvement and initiatives*. British Columbia: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

Basch, M.F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 31(1), 101-126.

Beeber, L.S. (1995). In Anderson, C. A. The one-to-one relationship in psychiatric nursing: The next generation. *Psychiatric Nursing 1964 to 1994: A Report on the State of the Art*. St. Louis, Mo., Mosby Year Book Inc.

Benjamin, J. (1990). An outline of inter-subjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytical Psychology*, 7(Suppl.), 33-46.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Blatt, S.J. (2001). Commentary: The therapeutic process and professional boundary guidelines. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 290-293.

Campbell, J. (1980). The relationship of nursing and self-awareness. *Advances in Nursing Science*, 2(4), 15-25.

Chan, P. (1998a). Paternalistic intervention in mental health care. *Nursing Times*, 94(36), 52-53.

Chinn, L.P. (1995). Responding to threats to integrity of self. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 21-36.

- Chinn, L.P. (1997). Response to "The comforting interaction: Developing a model of nurse-patient relationship." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(4), 345-347.
- Chinn, L.P. & Jabobs, M.J. (1987). *Theory and nursing: A systematic approach* (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Colliton, M.A. (1971). Symposium on the use of self in clinical practice. *Nursing Clinics of North America*, 6(4), 691-694.
- Committee on Psychiatric Nursing, Group for Advancement of Psychiatry. (1982). Therapeutic use of the self: A concept for teaching patient care. In S. A. Smoyak and S. Rosuelin (Eds.), *A collection of classics in psychiatric nursing literature*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, Inc., pp. 68-81. (Reprinted from the Committee on Psychiatric Nursing of the Group for Advancement of Psychiatry, Report No. 33, 1955).
- Cooper, R.A. & Aiken, L.H. (2001). Human inputs: The health care workforce and medical markets. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 925-938.
- Crowe, M. (2000). The nurse-patient relationship: A consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-967.
- Davies, B. & Oberle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 87-93.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Edzard, E., Georgiou, A., & Kleijen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-897.
- Fairhurst, K. & May, C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultation? *Family Practice*, 18(5), 501-505.
- Forchuk, C. (1994). Preconceptions in the nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 1(3), 145-149.
- Forchuk, C. (1994). The orientation phase of the nurse-client relationship: Testing Paplau's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 532-537.
- Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34-39.
- Forchuk, C. & Brown, B. (1989). Establishing a nurse-client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 30-34.
- Gallop, R. (1997). Caring about the client: The role of gender, empathy and power in the therapeutic process. In C.J Titus (Ed.), *The mental health nurse: Views of practice and education* (pp. 28-42). Oxford: Blackwell Science.
- Geach, B., & White, J. (1974). Empathic resonance: A counter-transference phenomenon. *American Journal of Nursing*, 74(7), 1282-1285.
- Gendlin, E. (1996). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Gurman, A. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. Gurman, & A. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). Oxford: Pergamon Press.
- Jenny, J. & Logan, J. (1992). Knowing the patient: One aspect of clinical knowledge. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 254-258.
- King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behaviour*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing: System, concepts, process*. New York: John Wiley and Sons.
- Lancee, W., Gallop, R., McCay, E., & Toner, B. (1995). The relationship between nurses limit setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 46(6), 609-613.

- Liaschenko, J. (1994). Making a bridge: the moral work with patients we do not like. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 83-89.
- Levinson, W. & Cassel, C. (2000). Improving communication with patients. *Hospital Practice*, 35(4), 113-114, 117-120.
- Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match: Comments on Ahn and Warrpold (2001). *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 259-261.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Montgomery, A.A., Jarrres, H., & Fahey, T. (2001). Shared decision making in hypertension: The impact of patient preferences in treatment choice. *Family Practice*, 18(3), 309-313.
- Morse, J. (1997). Responding to threats of integrity and self. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 21-36.
- Patterson, G. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21(5), 431-438.
- Patterson, J., Jernell, J., Leonard, B., & Titus, C.J. (1994). Caring for medically fragile children at home: The parent-professional relationship. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(2), 98-106.
- Pearson, A., Borbasi, S., & Walsh, K. (1997). Practicing nursing therapeutically through acting as a skilled companion on the illness journey. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 46-52.
- Peplau, H. E. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today*, 7(5), 201-208.
- Platt-Koch, L.M. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses: Are misconceptions keeping you from a great learning opportunity? *Journal of Psychosocial Nursing*, 26(1), 7-15.
- Rafferty, A.M., Ball, J., & Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(Suppl 2), ii32-37.
- Schwartz, S.M. & Shockley, E. (1956). *The nurse and the mental patient: A study in interpersonal relations*. New York: Russell Sage Foundation.
- Snowball, J. (1996). Asking nurses about advocating for patients: Reactive and proactive accounts. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 67-75.
- Thorne, S. & Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 173-178.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Truax, C. & Carkhuff, R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Webster, C.D., Vaughn, K., Webb, M., & Playter, A. (1995). Modeling the client's world through brief solution-focused therapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(6), 505-518.
- Williams, L.C. & Tappen, M.R. (1999). Can we create a therapeutic relationship with nursing home residents in the later stages of Alzheimer's disease? *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(3), 28-35.

//

APPENDICE A - FOGLIO DI LAVORO ORGANIZZATIVO

Scopo

È suggerito che si valuti l'ambiente del lavoro per la sua prontezza nel sostenere l'implementazione della linea-guida di riferimento di migliore pratica della professione infermieristica sull'istituire relazioni terapeutiche. Senza supporto forte dell'ambiente del lavoro, i vostri sforzi per implementare la linea-guida di riferimento saranno notevolmente impediti. Questo foglio di lavoro è stato sviluppato per aiutare nel valutare per le resistenze nell'ambiente del lavoro così come il pianificare le migliori strategie per sfruttare al meglio il tempo e le risorse nell'implementazione della linea-guida di riferimento. Potete trovare il lavoro preventivo di identificare le barriere ed il richiamo di queste prima dell'implementazione della linea-guida di riferimento, molto vantaggioso. Alcune strategie possono essere lavorate in parallelo al processo d'implementazione.

Istruzioni:

- Rispondere alle domande relative a ciascuno degli elementi di raccomandazione nella tabella alla pagina (48). Usando un gruppo di persone per valutare l'ambiente del lavoro vi darà la prospettive più varia.
- Identificare azioni/strategie per richiamare gli elementi non incontrati o parzialmente incontrati.
- Identifichi i consegnatari che devono essere agganciati per aiutare nel fare fronte alle richieste di ogni elemento.
- Regolare gli obiettivi temporali per fare fronte alle richieste.

Foglio Di Lavoro Per L'accertamento Della Prontezza Organizzativa

Elemento di raccomandazione	Verificato (risposte affermative)
La missione, i valori e la filosofia della vostra organizzazione portano il cliente al centro dell'assistenza? (riferirsi alla linea-guida sull'assistenza centrata sul cliente del RNAO)	
Il vostro ambiente di lavoro si utilizza un modello di consegna dell'assistenza che promuove il significato dell'assegnazione infermiere/cliente nel periodo di coinvolgimento del cliente all'interno dell'organizzazione? Per es. Primary Nursing, assistenza globale del paziente, gestione assistenziale dei casi, ecc.	
Il vostro ambiente del lavoro ha personale infermieristico professionale a tempo pieno per il 70%?	
Il carico di lavoro degli infermieri è effettuato ai livelli favorevoli la relazione terapeutica? (si valuti il livello tramite regolari discussioni con il personale; l'osservazione; gli indici di soddisfazione del cliente; sistemi affidabili e validi di misura del carico di lavoro; tempo disponibile di consultazione all'interno del gruppo; tempo di consegna al cambio turno; tempo per la documentazione; tempo disponibile per gli infermieri per riflettere sulla relazione terapeutica con il cliente; e altri indicatori rilevanti per definire quanto il carico di lavoro sia ad un livello appropriato)	

Non verificato (nessuna o parziale risposta positiva)	Interventi (da parte di chi e come)	Tempistica (quando)

Foglio Di Lavoro Per L'accertamento Della Prontezza Organizzativa

Elemento di raccomandazione	Verificato (risposte affermative)
<p>Le decisioni dello staff sono basate sulla gravità del cliente, livelli di complessità delle condizioni lavorative e disponibilità di risorse esperte?</p> <p>(avete uno schema di riferimento per la valutazione della gravità? Schema di misurazione del carico di lavoro? Utilizzato nelle categorie di assegnazione giuste? Riferirsi alla guida di riferimento per la determinazione delle appropriate categorie di carico assistenziale del Collegio degli infermieri dell'Ontario)</p>	
<p>La vostra Organizzazione segue i programmi e le iniziative per comprendono lo stress ed i motivi di burnout, in particolare, per gli infermieri?</p> <p>(Quali supporti sono disponibili? Ad es. rivisitazioni degli incidenti critici di stress, counselling/psicoterapia, supporti educativi per il burnout, ecc..)</p>	
<p>Nel vostro ambiente di lavoro si utilizza una pratica basata sull'evidenza?</p> <p>(sono disponibili questi supporti per promuovere l'utilizzo della ricerca, le attività di ricerca e il coinvolgimento degli infermieri nella ricerca? Lo staff ha accesso ai giornali, accesso agli esperti clinici, ai ricercatori infermieristici?)</p>	

Non verificato (nessuna o parziale risposta positiva)	Interventi (da parte di chi e come)	Tempistica (quando)

Foglio Di Lavoro Per L'accertamento Della Prontezza Organizzativa

Elemento di raccomandazione	Verificato (risposte affermative)
<p>Nella tua organizzazione è altamente visibile la dirigenza infermieristica?</p> <p>(Vi è la presenza di infermieri tra nell'amministrazione maggiore? applica una politica di apertura tra i dirigenti? Momenti di discussione con nell'amministrazione maggiore? Coinvolgimento degli infermieri nei gruppi chiave?)</p>	
<p>La vostra organizzazione applica regolarmente la supervisione clinica ed il supporto attivo?</p> <p>(disponibilità dei maggiori clinici con esperienza, formazione e capacità di facilitare l'obiettivo di auto-valutazione degli infermieri? Supervisione clinica e supporto attivo in rapporto uno a uno? Presentazione/conferenze sui casi? Modelli di ruolo? Discussioni sui casi, in particolare riferiti a relazioni terapeutiche infermiere/cliente?)</p>	
<p>nella vostra organizzazione utilizzano indicatori di qualità di prestazioni che includano indicatori di migliore pratica assistenziale?</p> <p>(L'organizzazione ha principalmente implementato linee-guida cliniche? Quale è l'esperienze dell'organizzazione nell'utilizzazione della ricerca? Ecc.)</p>	

Non verificato (nessuna o parziale risposta positiva)	Interventi (da parte di chi e come)	Tempistica (quando)

APPENDICE B - STRUMENTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE-GUIDA NELLA PRATICA CLINICA

L'implementazione delle linee-guida di migliore pratica può essere fatta con successo se ci sono: adeguata pianificazione, risorse, supporti organizzativi e amministrativi, come pure adeguate facilitazioni. In questa prospettiva, RNAO, attraverso una commissione di infermieri, ricercatori e coordinatori, ha sviluppato il "foglio di lavoro: implementazione delle linee-guida di pratica clinica

ha basato sulle evidenze disponibili, sulle prospettive teoriche e sul consenso. "il foglio di lavoro" è suggerito per guidare l'implementazione di ogni pratica clinica nell'organizzazione sanitaria.

"Il foglio di lavoro" fornisce indicazioni passo dopo passo agli individui ed ai gruppi addetti alla progettazione, la coordinazione e l'implementazione della linea-guida. Specificamente, "il Foglio di lavoro" si richiama ai seguenti punti chiave:

1. Identificare una linea-guida di riferimento di pratica clinica ben sviluppata e basata sull'evidenza.
2. Identificazione, valutazione ed ingaggio dei consegnatari.
3. Valutazione di prontezza ambientale per l'implementazione della linea-guida di riferimento.
4. identificazione e pianificazione dell'implementazione delle strategie basate sull'evidenza.
5. Pianificazione e valutazione dell'implementazione.
6. Identificare ed assicurare le risorse necessarie per l'implementazione.

Implementare le linee-guida di riferimento di pratica che provocano successivi cambiamenti di pratica e positivi effetti clinici, è un'impresa complessa. Il "foglio di lavoro" è una risorsa chiave per il controllo del questo processo.

Il "foglio di lavoro" è disponibile tramite l'Associazione degli Infermiere diplomati dell'Ontario. Il documento è disponibile in una versione rilegata con una tassa nominale ed è inoltre disponibile gratuitamente nel sito Web di RNAO. Per maggiori informazioni, ordini o download del "Foglio di lavoro", visitate il sito di RNAO a www.rnao.org.

APPENDICE C

Esempi di scenari per la valutazione delle conoscenze dell'infermiere della relazione terapeutica (Edwards ed altri, 2002)

Una metodologia promettente è stata usata per valutare il processo del cambiamento di pratica, coinvolgendo "un lettore" che presenta gli scenari all'infermiere. Gli scenari riflettono le situazioni, quanto più rigorosamente possibile, a quelle incontrate dall'infermiere nella pratica quotidiana.

Istruzioni per il lettore degli scenari e dichiarazioni del cliente

Leggere lentamente le istruzioni all'infermiere che sta partecipando a questo studio. Ogni scenario comincia descrivendo una situazione ipotetica ed è seguito da parecchie dichiarazioni narrative. Il vostro lavoro consiste nel leggere lo scenario e le diverse dichiarazioni narrative tenendo conto delle risposte dell'infermiere che sta esaminando in questo studio. Dopo che ogni dichiarazione narrativa dello scenario voi dovete fare una pausa per consentire all'infermiere di rispondere nel registratore a nastro in modo naturale. Solo dopo che l'infermiera ha rifinito la sua risposta presentate la dichiarazione narrativa seguente. Lasciate che l'infermiere sappia quando state iniziando un nuovo scenario. Ci sono un totale di "x" scenari in questa esercitazione.

Istruzioni ai partecipanti

Immaginiamo che state lavorando al servizio maternità nella vostra Comunità. Descriverò parecchie situazioni ipotetiche del cliente. Tutti i pazienti sono madri dopo il parto. Dopo la descrizione di ogni situazione ipotetica, leggerò parecchie dichiarazioni rilasciate dal cliente nelle separate occasioni. Queste sono dichiarazioni che potreste tipicamente ascoltare da un cliente. Le dichiarazioni rilasciate da ogni cliente non sono collegate in nessun modo. Dopo ogni dichiarazione, vi chiederò di rispondere alla dichiarazione del cliente. Rispondete naturalmente e più rapidamente come potete. Vi sarà chiesto di parlare in un registratore su nastro. Parli ad alta voce come se stesse rispondendo al paziente. Non ci sono risposte giuste o errate.

Un esempio di scenario

Tracy è un primipara di 16 anni. Ha avuto un parto cesareo ed è stata dimessa dopo 4 giorni. Il suo fidanzato non l'ha visitata mentre era in ospedale.

Mentre è sotto la vostra cura, questa paziente dice:

- "Non so come farò a gestire questi bambini tutta da sola."
- "sono sicura che il mio fidanzato mi verrà a trovare domani. È stato troppo occupato per venire qui."
- "i miei amici pensano che avere gemelli sia una gran cosa. Penso sia così."
- "non posso occuparmi oggi dei bambini. Ho troppo male alla ferita."
- "non ho bisogno di un'infermiere che venga ad assistermi a casa."

July 2002

Nursing Best Practice Guideline establishing therapeutic relationships



Centro studi EBN

A cura di Paolo Chiari
Centro Studi EBN

Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna - Italia

www.evidencebasednursing.it - servinf@aosp.bo.it



*This project is funded by the
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

ISBN 0-920166-33-6



9 780920 166336



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario