



Formazione e Aggiornamento

Corso Teorico-Pratico di Formazione alla RICERCA PSICOSOCIALE nelle professioni sanitarie - consolidamento resrch network -

M. Bianconcini*, L. Caricati****, C. Guidi**, C. Prandi***,
R. Silvano****, A. Sollami****, C. Taffurelli****, G. Artioli****, T. Mancini *****,

*Azienda USL di Bologna, **Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara,

***Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova Reggio Emilia,

****Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, ***** Università degli Studi di Parma.

Progetto di Ricerca:

“La pratica collaborativa nei contesti sanitari”

Parole chiave:

**Collaborazione Interprofessionale, relazione
medico/infermiere**



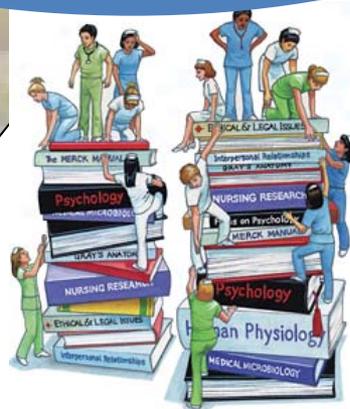
PREMESSA

IDENTITA' PROFESSIONALE



PREMESSA

Profilo prof.le
Codice Deontologico
Ordinamento Didattico
Formazione Post-base



IDENTITA'
PROFESSIONALE

IMMAGINE SOCIALE

MODELLI ORGANIZZATIVI/
ASSISTENZIALI

PREMESSA

IDENTITA'
PROFESSIONALE

RELAZIONE
INTERPROFESSIONALE

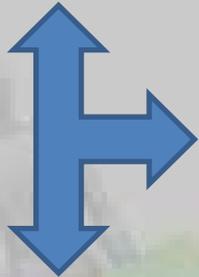
RELAZIONE PERSONE
ASSISTITE



PREMESSA

MEDICO

?



PRATICA COLLABORATIVA

INFERMIERE



PREMESSA

Quesiti

Oggi nei diversi contesti sanitari quali sono gli atteggiamenti, gli ostacoli, i pregiudizi alla base della pratica collaborativa tra infermieri e medici?

Quanto è accettato e condiviso il modello complementare?

La collaborazione è davvero un obiettivo condiviso ed esplicito per medici e infermieri?

Quanto è stato elaborato il concetto di fondo di una responsabilità condivisa verso i pazienti?

Quanto siamo ancora distanti da una pratica collaborativa centrata sull'assistito piuttosto che su una figura professionale (medico) e/o sull'organizzazione?

Qual è la relazione tra alcuni fattori psicosociali collegati all'identità professionale e la pratica collaborativa.



RAZIONALE TEORICO 1

- ✓ Vi è una quantità significativa di diversità nel modo in cui diversi autori concettualizzano la collaborazione ed i fattori che la influenzano
 - ✓ Gli autori di tre studi hanno individuato i concetti alla base del costrutto di collaborazione: interdipendenza, fiducia, rispetto reciproco, comunicazione aperta, la condivisione della responsabilità e poter (Bleakley, 2006; D'Amour, 2005; Flin, 2006)
- ✓ La collaborazione può essere definita come il processo decisionale congiunto tra parti indipendenti dal quale deriva una responsabilità collettiva sui risultati (Disch et al. 2001)

RAZIONALE TEORICO 2

✓ La pratica collaborativa che considera medici e infermieri è stata definita come: “ le interazioni tra medico ed infermiere che permettono alla competenza di entrambi i professionisti di influenzare sinergicamente la cura del paziente. L'interazione fa riferimento alla comunicazione aperta e la sinergia implica lavorare insieme per risolvere i problemi (Weiss e Davis, 1985)

✓ Il riconoscimento e il rispetto della particolare competenza di ciascun professionista sanitario. Medici e infermieri lavorano insieme con modalità non gerarchiche nel contribuire alle decisioni prese insieme sui pazienti. Il rapporto è caratterizzato da fiducia reciproca e comunicazione” (Taylor, 1996)

RAZIONALE TEORICO 3

Diversi studi hanno valutato l'impatto che la collaborazione tra operatori sanitari può avere sulla qualità delle cure in termini positivi (Gittel et al. 2002, Hamric e Blackhall 2007) Mancanza di una adeguata collaborazione può determinare risultati negativi (Levy 2001, Azoulaye Sprung 2004, Espinosa et al. 2008)

La collaborazione medico/infermiere è complessa. Gli infermieri lamentano uno scarso interesse dei medici alla relazione interprofessionale. I medici preferirebbero evitare coinvolgimenti di gruppo ed hanno scarsa concezione dell'autonomia infermieristica.

I gruppi professionali con maggiori competenze/capacità percepiscono meno il bisogno di collaborare (Hojat et al., 2003)

RAZIONALE TEORICO 4

La letteratura ha dimostrato differenze nella comprensione tra infermieri e medici di che cosa significa in realtà collaborazione. Gli infermieri spesso definiscono una buona collaborazione “quando viene rispettato il loro contributo”), mentre i medici descrivono una buona collaborazione con le infermiere “quando anticipano i loro bisogni e seguono bene le istruzioni” (Sexton, Makary et al., 2006)

RAZIONALE TEORICO 5

La collaborazione reale non è un risultato della struttura dell'organizzazione ma deve invece provenire dalla mente di colui che è chiamato a collaborare. Le percezioni sono importanti nel tentativo di capire e migliorare la collaborazione (Liedtka e Whitten 1998)

Dal punto di vista psicosociale si è dimostrato il forte potenziale motivazione di due fattori (Le Blanc et. al. 2010):

Percezione di autoefficacia
come fattore
individuale o risorsa personale

Team Commitment
come fattore di gruppo
o risorsa sociale

RAZIONALE TEORICO 6

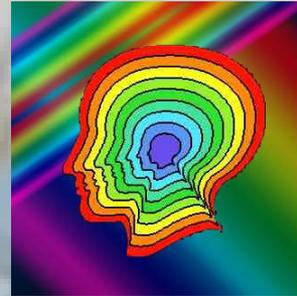
PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA

**E' LA PERCEZIONE DA PARTE
DELL'INDIVIDUO DELLA
PROPRIA CAPACITA' A
RAGGIUNGERE SPECIFICI
RISULTATI o AD ATTUARE
UN COMPORTAMENTO
PRESTABILITO**



RAZIONALE TEORICO 7

TEAM COMMITMENT



**E' L'ATTACAMENTO EMOTIVO
CHE I MEMBRI SENTONO NEI
CONFRONTI DELLA LORO
SQUADRA DI LAVORO**



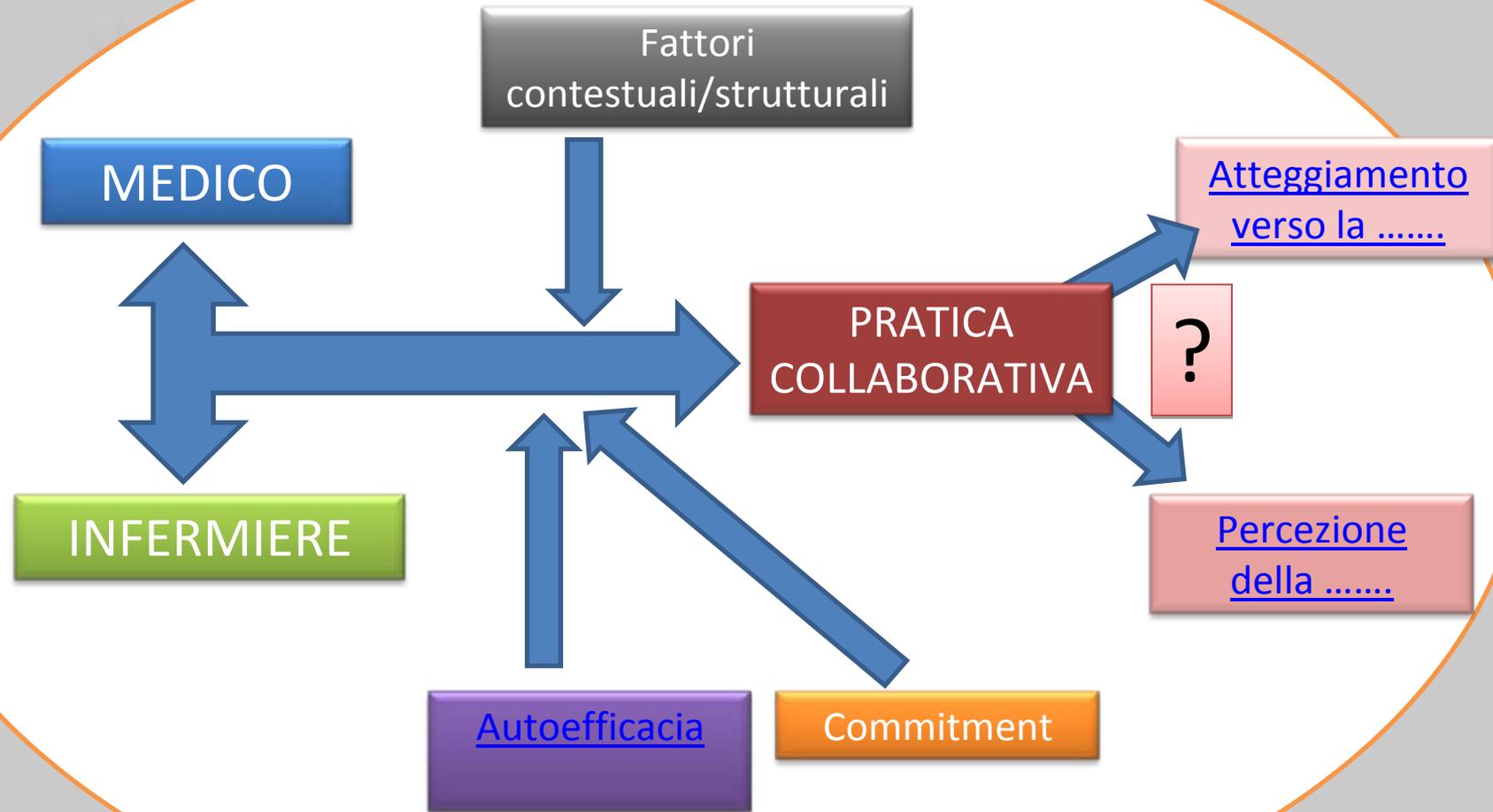
OBIETTIVI RICERCA

- Esplorare l'atteggiamento verso la pratica collaborativa in un campione di infermieri e medici e la percezione del loro agito professionale.

- Valutare l'impatto che alcuni fattori psicosociali possono avere sull'atteggiamento e la percezione dell'agito professionale, nonché sulla loro congruenza e discrepanza.



DISEGNO DI RICERCA



METODI E STRUMENTI

Indagine che ha
coinvolto Professionisti:
Infermieri e Medici di
5 Aziende:

Ausl di Bologna
Aosp. di Parma
Aosp di Reggio Emilia
Aosp. di Ferrara

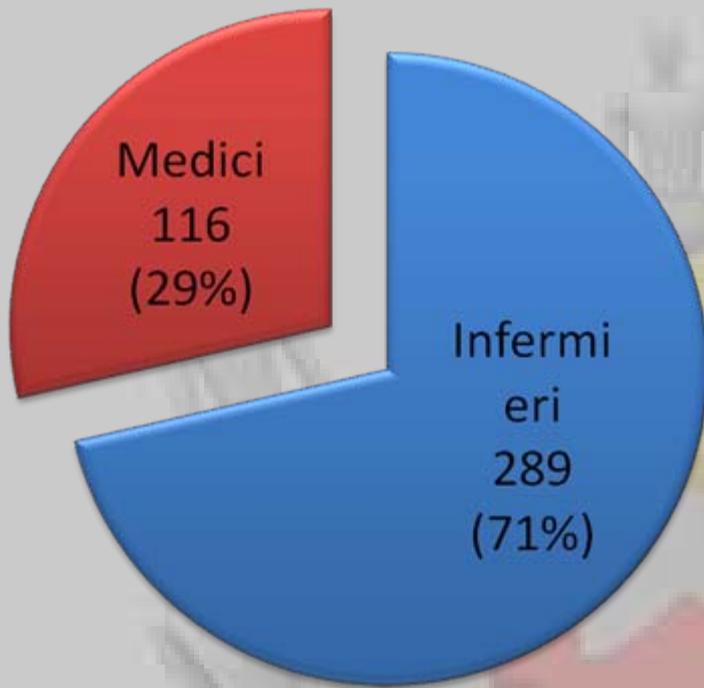


Unità di campionamento: Unità Operativa afferente
alle Aree Degenza Comune - Lungodegenza- Area
Critica selezionate con metodo casuale in ragione
del 25% per ogni Macro-Area

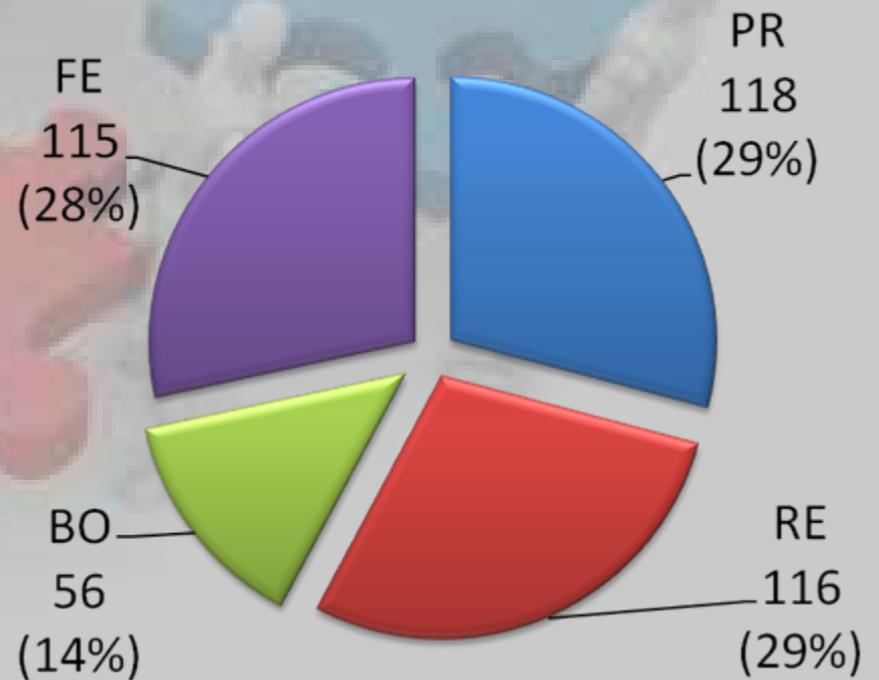


**I
DATI**

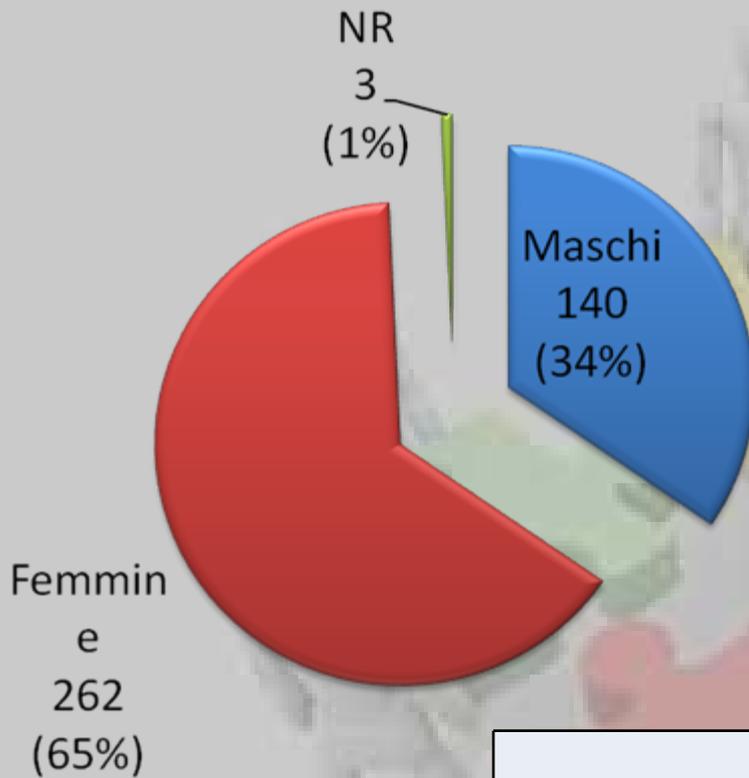
PROFESSIONE



AZIENDE



GENERE



	Maschio	Femmina	Totale
Infermiere	71	215	286
Medico	69	47	116
Totale	140	262	402
χ^2 p<.000			

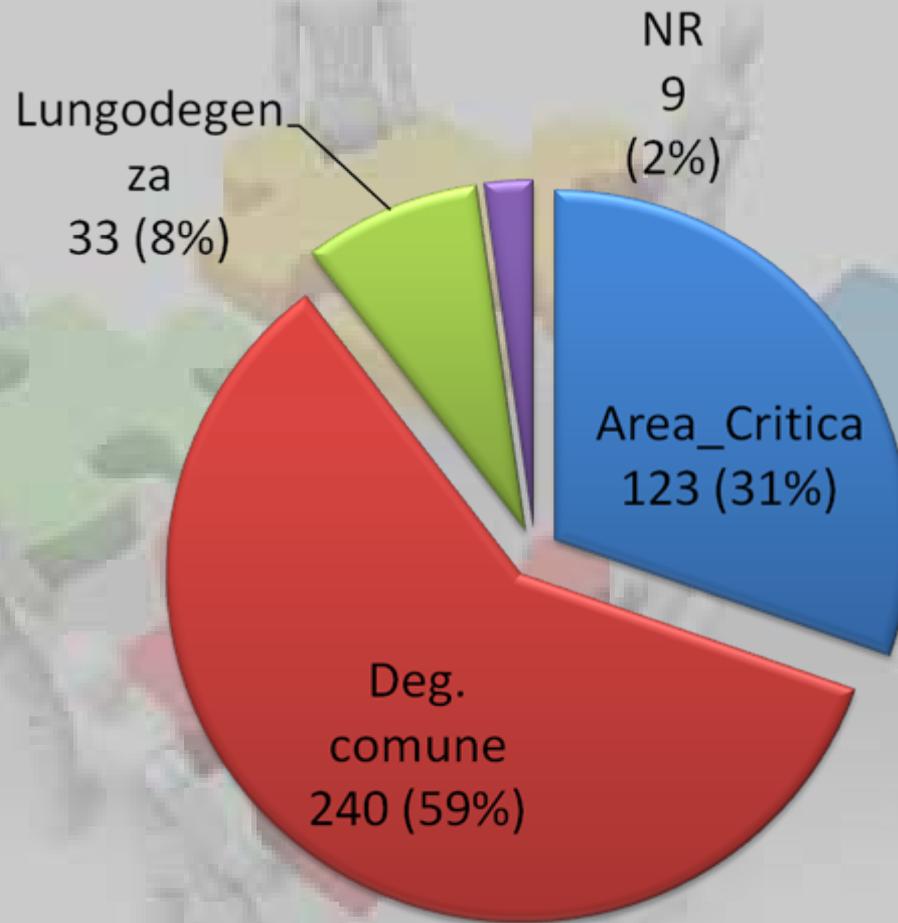
ETA'

Età media: 40.69 (DS = 8.91)

ANZIANITA' DI SERVIZIO

- Anni professione: media = 15.97 (DS = 9.21)
- Anzianità di servizio c/o UO:
media = 118.37 (DS = 99.18) in mesi
media = 9.86 (DS = 8.26) in anni

REPARTO



- Profilo prof.le
- L. 42/99
- Cod. Deontologico



Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration –

15 item

Scala Likert: 1 - 5 (completamente in disaccordo – completamente d'accordo)

Fattori della scala Jefferson (α)	Infermieri		Medici	
	Media	Dev Stan.	Media	Dev Stan.
Formazione condivisa * (.77)	4,20	,69	3,68	,78
Autonomia * (.60)	4,38	,69	4,19	,71
Cure vs Care * (.72)	4,42	,69	3,82	,74
Autorità medico * (.59)	2,26	,95	3,01	,83
<i>Jefferson Totale* (.84)</i>	<i>4,19</i>	<i>,58</i>	<i>3,67</i>	<i>,58</i>

* Differenza $p < 0.001$



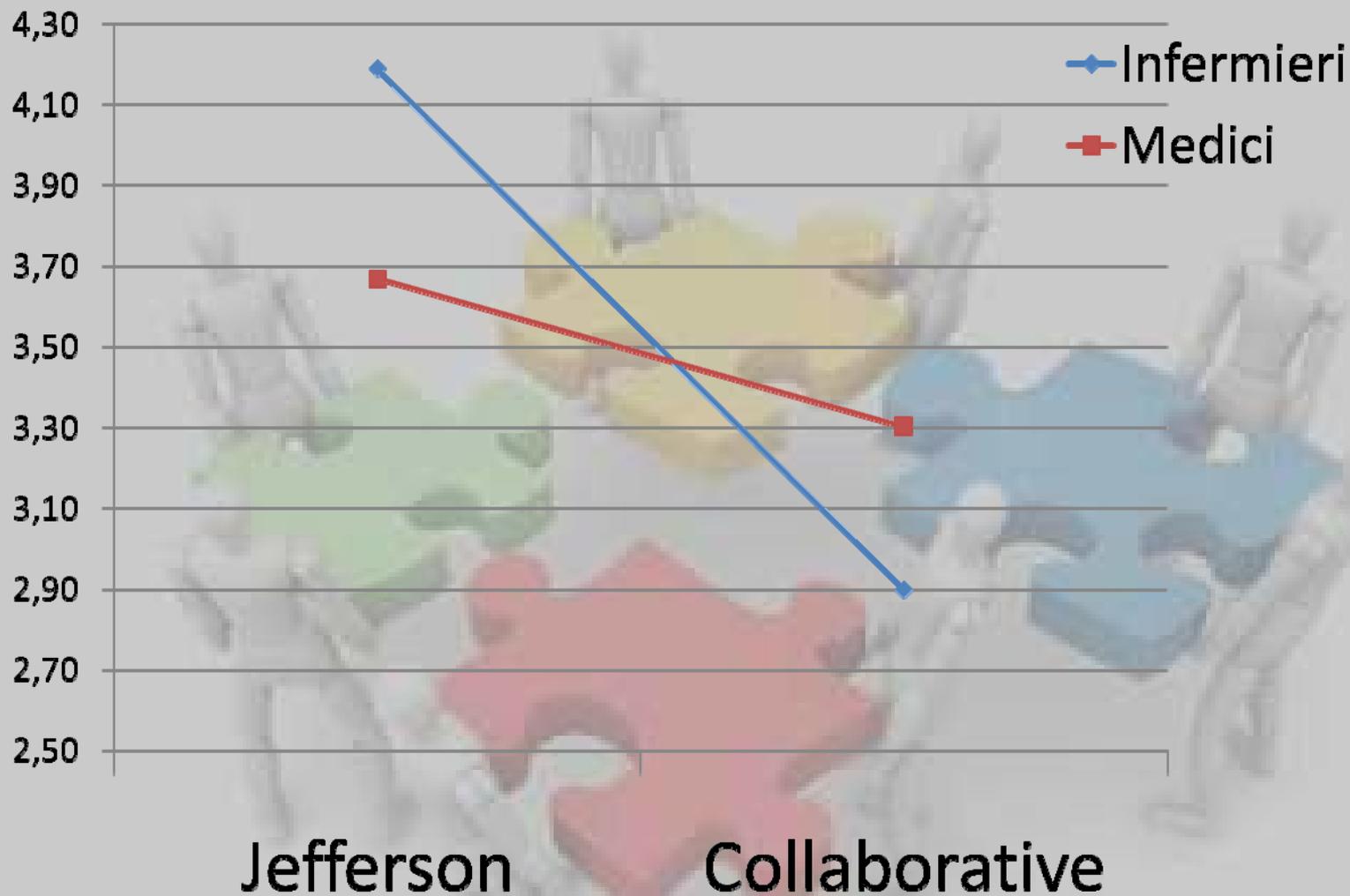
Nurse Physician Collaboration - Percezione -

20 item

Scala Likert: 1 - 5 (completamente in disaccordo – completamente d'accordo)

Fattori della N.P.C. (α)	Infermieri		Medici	
	Media	Dev Stan.	Media	Dev Stan.
Partecipazione congiunta nel processo decisionale alla cura * (.90)	2,78	,85	3,08	,69
Condivisione dei dati del paziente * (.79)	2,91	,80	3,33	,73
Collaborazione * (.75)	3,12	,76	3,73	,59
<i>Collaborative Totale* (.94)</i>	2,90	,76	3,30	,61

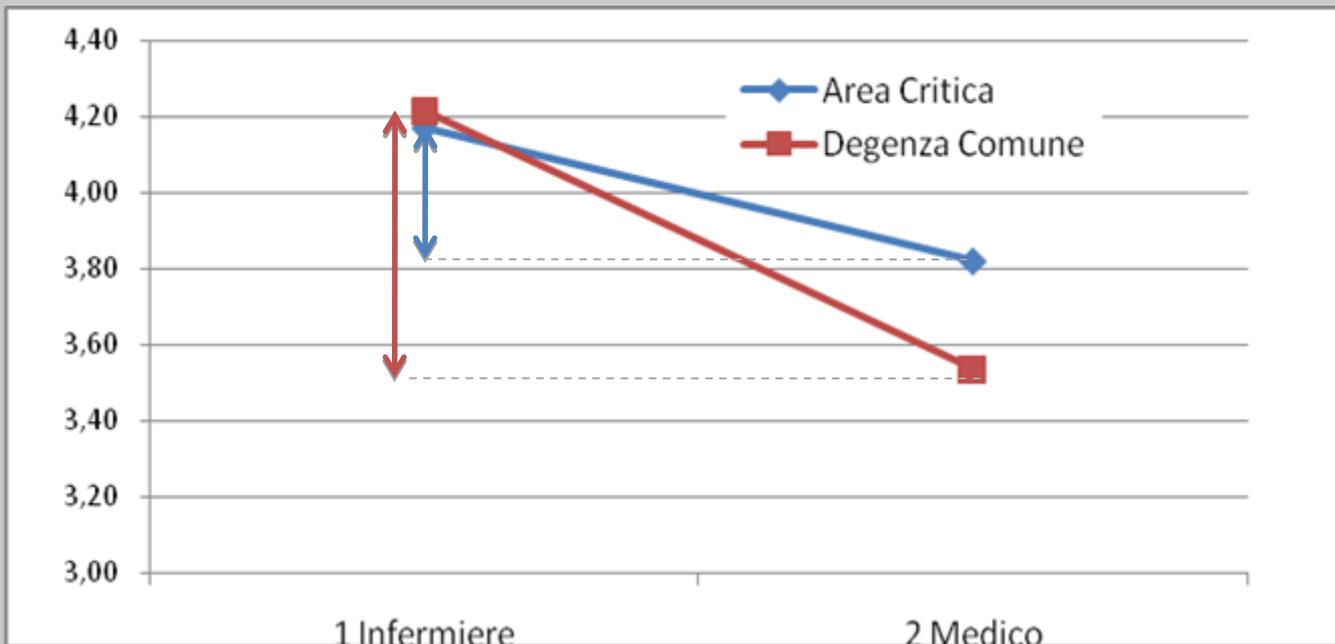
* Differenza $p < 0.001$



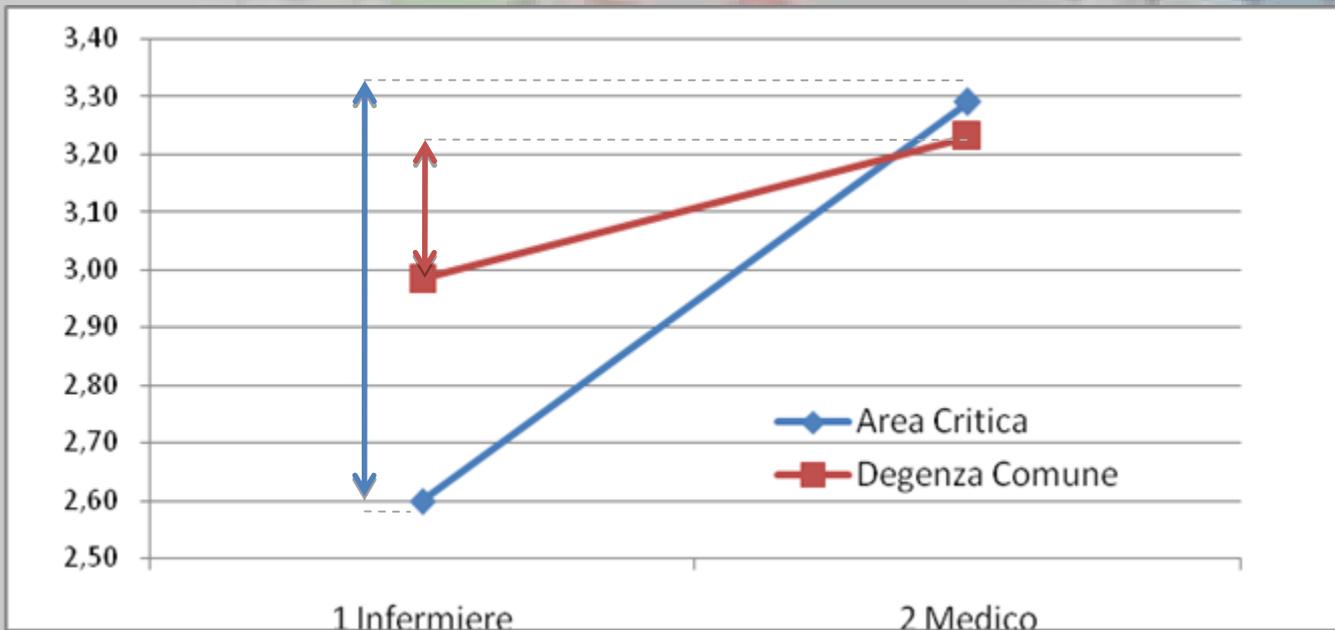
Professione: $F(1,403) = 1.74, p = .28$

Jefferson vs. Collaborative: $F(1,403) = 304.10, p < .001$

Interazione: $F(1,403) = 94.25, p < .001$



Atteggiamento



Percezione



Autoefficacia

Sensazione relativa alla propria competenza ed al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri

Da Maslach Burnout Inventory (5 item)
Scala tipo Likert a 5 punti (1 = ogni giorno a 5 = mai)

	Infermieri		Medici	
	Media	Dev Stan.	Media	Dev Stan.
Autoefficacia*	3,66	,74	3,68	,61

* $\alpha = .83$



Team Commitment (1)

L'attaccamento psicologico che i membri sentono nei confronti della loro squadra (di lavoro) piuttosto che dell'azienda in senso più generale.

Group commitment (5 item - da Cadinu e Reggiori, 2002; Ellemers, 1993) a cui sono stato aggiunti 3 item tratti dallo studio di Le Blanc et al. (2009). Gli item utilizzano una scala likert da 1 (per niente) a 5 (completamente)

	Infermieri		Medici	
	Media	Dev Stan.	Media	Dev Stan.
Commitment Prof (.88)	4,19	,89	4,15	,67
Commitment UO (.73)	3,47	1,05	3,64	1,01

Team Commitment (2)

2) **Inclusione del Sé nella professione**, (Shubert e Otten, 2002).

Lo strumento utilizza una scala grafica a 7

(1 lontananza di se dal gruppo - 7 sovrapposizione completa)

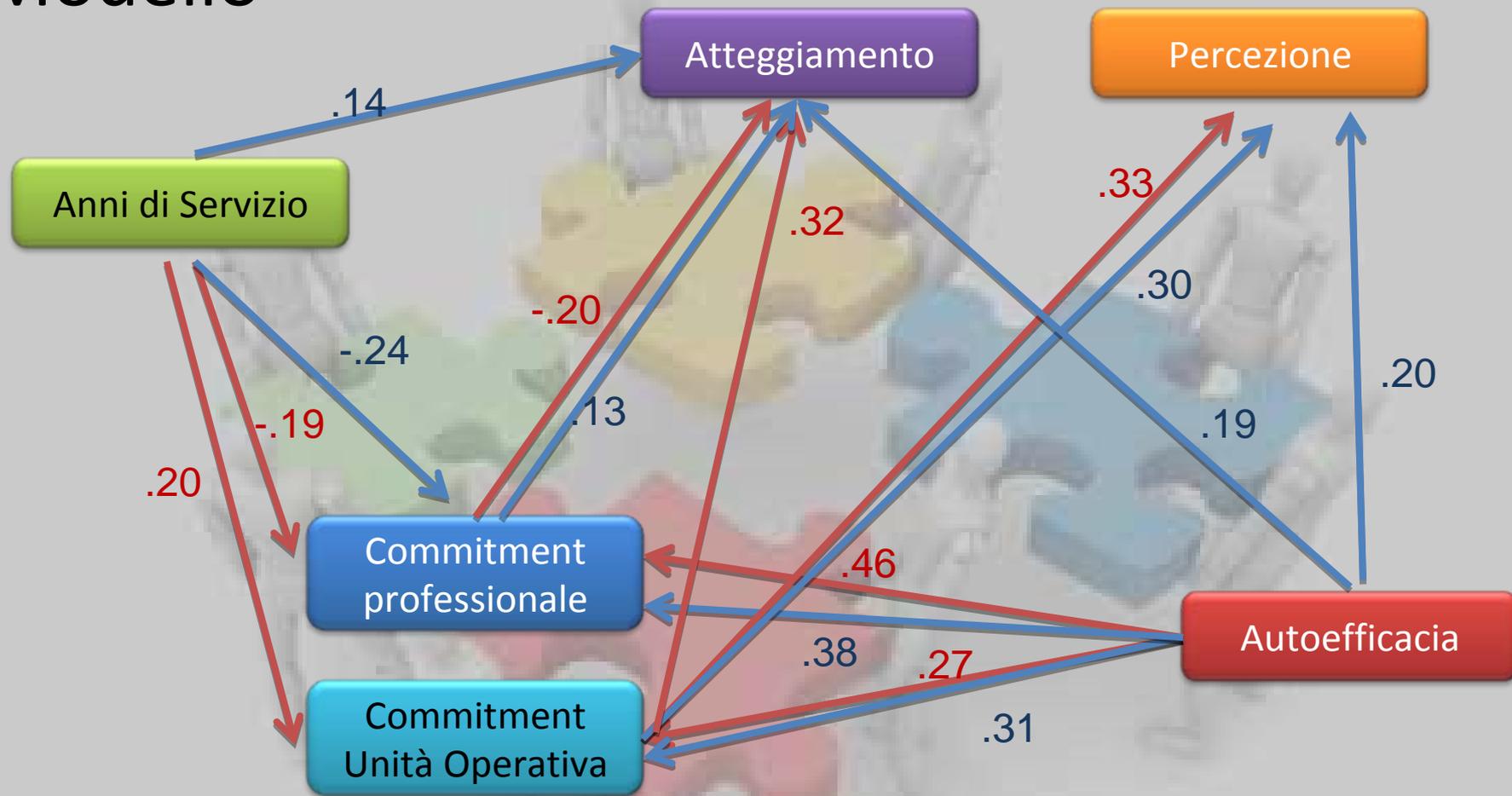
9) Se dovesse rappresentare con dei cerchi il rapporto che sente esistere fra l'essere Infermiere /medico (cerchio grande) e la Sua persona (cerchio piccolo) quale delle seguenti configurazioni sceglierebbe?

	Infermiere/ Medico	IO	IDENTITA'
1			Lontane
2			Vicine ma separate
3			Sovrapposizione molto piccola
4			Sovrapposizione piccola
5			Sovrapposizione moderata
6			Sovrapposizione Abbondante
7			Sovrapposizione Completa

	Infermieri		Medici	
	Media	Dev Stan.	Media	Dev Stan.
Cerchio identità *	4.58	1.82	5.40	1.41

* differenza $p < .001$

Modello



← Medici

← Infermieri

Fit Complessivo Modello: $\chi^2(80) = 148.77, p < .001$; CFI = .956; TLI = .940, RMSEA = .048 CI = .035-.058, $p = .62$

Riassumendo

Autoefficacia

Più i professionisti si sentono artefici dei risultati ottenuti più si sentono legati alla professione e all'UO.

Commitment professionale

Commitment Unità Operativa

Commitment Unità Operativa

Più il professionista si sente legato all'UO più percepisce il grado di collaborazione tra professionisti all'interno della UO.

Percezione

Commitment professionale

Per i Medici maggiore è il legame con la Professione minore è l'atteggiamento collaborativo.

Atteggiamento

Per gli Infermieri maggiore è il legame con la Professione maggiore è l'atteggiamento collaborativo.

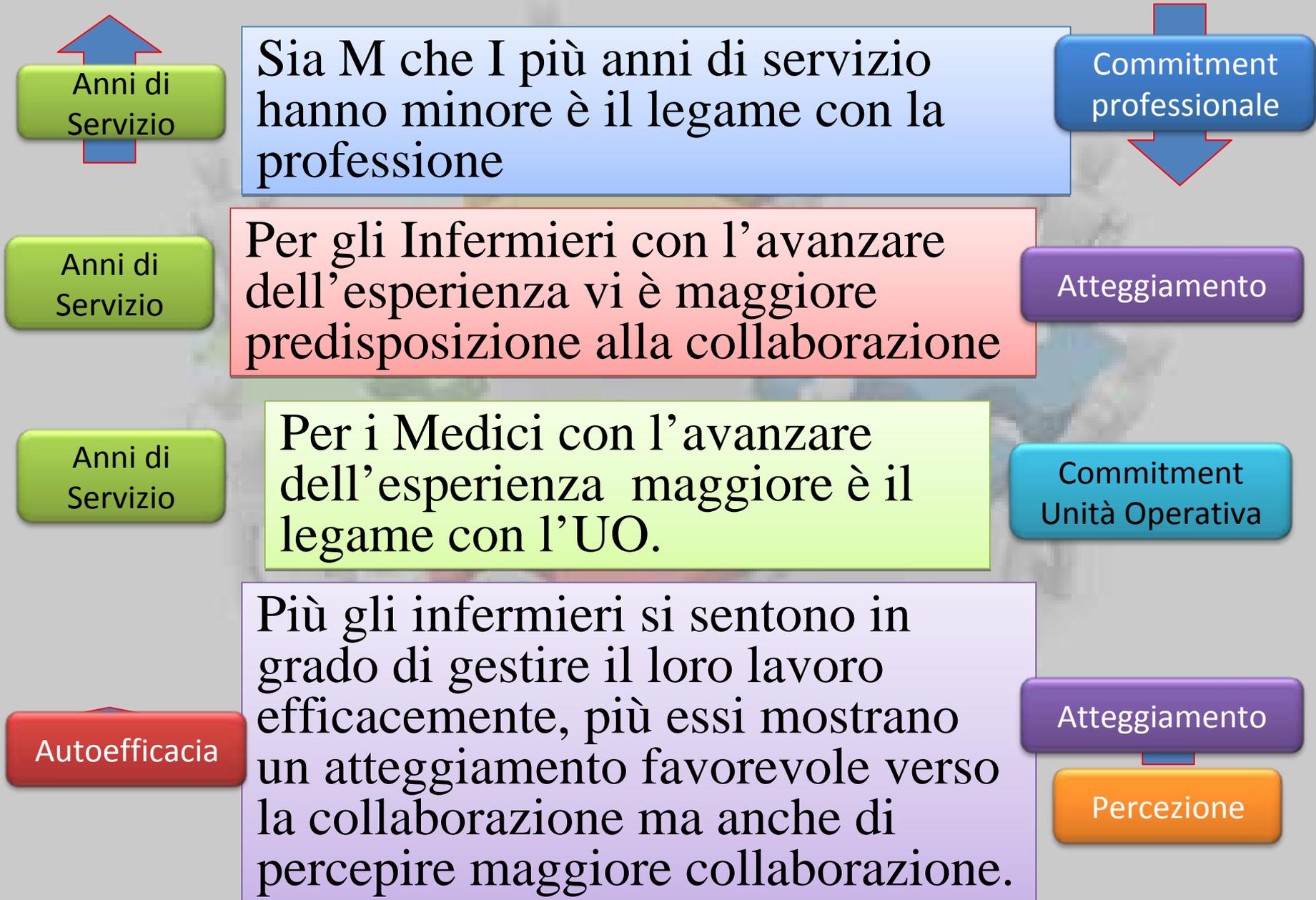
Atteggiamento

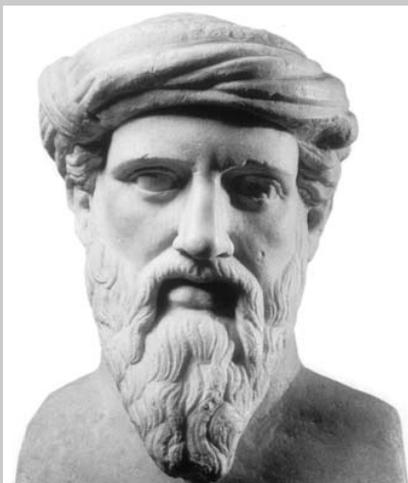
Commitment Unità Operativa

Più i Medici si sentono legati all'UO maggiore è il loro atteggiamento collaborativo.

Atteggiamento

Riassumendo





Tutto è numero

Il numero è il linguaggio che coniuga
scienza e umanesimo



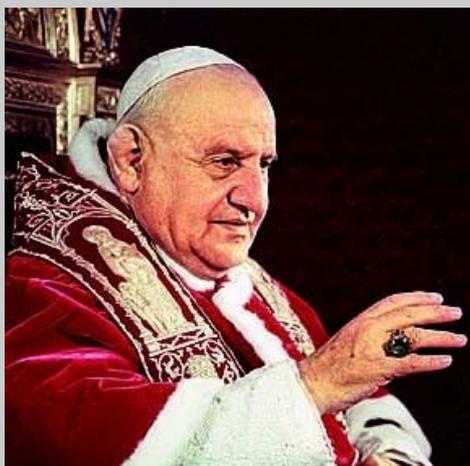


Riflessioni

Formazione condivisa

Occorre rivedere "insieme" alcuni processi che identificano la condivisione dei dati, i processi decisionali, occorre prendere coscienza che non esiste cure senza care e viceversa

Ambienti altamente proceduralizzati, altamente tecnologici non escludono il bisogno di collaborazione

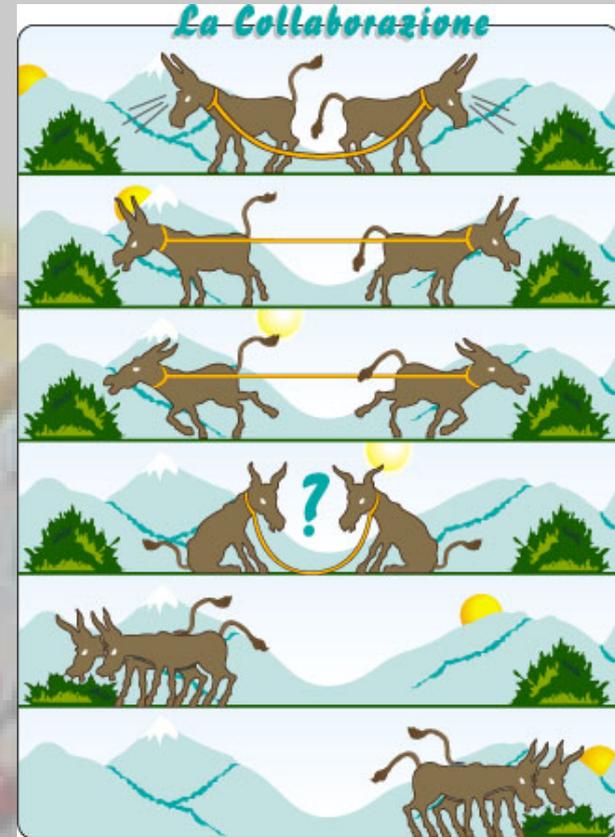


Cogliamo ciò che unisce!!!



GRAZIE A:

Carmen
Chiara
Cinzia
Luca
Monica
Rosa



PER L'ESEMPIO DI UNA
PRATICA COLLABORATIVA AGITA