

Λήψη Κλινικών Αποφάσεων από Νοσηλευτές: Παρόν και Μέλλον

Βασιλική Καρρά

Clinical Decision-Making by Nurses

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, MHCM, PhD,
Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο
«Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ»,
Αθήνα

Η λήψη κλινικών αποφάσεων θεωρείται σημαντική ικανότητα του κλινικού επιστήμονα, αφού συνιστά τον ειδικό τρόπο διαχείρισης και σύνθεσης των προσφερόμενων κλινικών πληροφοριών, ώστε να προσδιορίσει την προσέγγισή του σε δεδομένο κλινικό πρόβλημα.¹ Ιστορικά, ενώ η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελούσε τον πυρήνα του ιατρικού επαγγέλματος, απείχε πολύ από το να αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής πρακτικής, αφού για πολλά χρόνια οι νοσηλευτές εκπαιδεύονταν και εργάζονταν εκτελώντας εντολές. Η αναβαθμισμένη εκπαίδευση, η ανάπτυξη της έρευνας, η υιοθέτηση της νοσηλευτικής πρακτικής που βασίζεται σε επιστημονικές ενδείξεις και η ρύθμιση του επαγγέλματος στη βάση της νοσηλευτικής ευθύνης συνθέτουν την εικόνα της παγκόσμιας επιδίωξης ενός καλύτερου και αποτελεσματικότερου νοσηλευτή.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο θα περιμένε κάποιος η λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές να αποτελεί βασική κατάκτησή τους, συνεισφέροντας σημαντικά στην κλινική πληροφόρηση, την ασφάλεια και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, αλλά και εδραιώνοντας το επιστημονικό τους κύρος, την επαγγελματική αυτονομία και την αυτορρύθμιση της εργασιακής τους καθημερινότητας. Εντούτοις, κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα. Αν και το εν λόγω ζήτημα έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της διεθνούς νοσηλευτικής έρευνας, τα 30 τελευταία χρόνια περίπου, αυτή δεν έχει καταφέρει να αποδώσει ένα ενιαίο περίγραμμα νοσηλευτικών αποφάσεων ή ένα κοινό θεωρητικό πλαίσιο που να προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται αυτές. Σε επαγγελματικό επίπεδο δε, αφενός ο αποκλεισμός των νοσηλευτών από πολλές καθημερινές, λειτουργικές αποφάσεις παραμένει εμφανής, αφετέρου «ορατές» γίνονται οι νοσηλευτικές αποφάσεις εκ των υστέρων, όταν η έκβαση του ασθενούς δεν είναι η προσδοκώμενη και αυτό αποδίδεται σε εσφαλμένη νοσηλευτική αξιολόγηση.²

Λιγότες είναι οι αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τον τύπο των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές. Στη μεγαλύτερη από τις εν λόγω μελέτες, ελήφθησαν συνεντεύξεις από 240 νοσηλευτές τμημάτων βραχείας νοσηλείας στη Μεγάλη Βρετανία.³ Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της πρόσφερε μια αναλυτική ταξινόμηση σε αποφάσεις: (α) παρέμβασης/ αποτελεσματικότητας, (β) παρέμβασης/κλινικού οφέλους, (γ) πρόληψης, (δ) χρονικής προτεραιότητας, (ε) παραπομπής, (στ) επικοινωνίας, (ζ) οργάνωσης/ παροχής/διαχείρισης υπηρεσιών, (η) εκτίμησης, (θ) διάγνωσης, (ι) αναζήτησης πληροφοριών και (ια) επεξηγήσης ή διαχείρισης βιωμάτων. Στην Ελλάδα, υπάρχει μια πρώτη αναφορά σε διακριτές κατηγορίες νοσηλευτικών αποφάσεων στη

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Βασιλική Καρρά
Σισμανογλείου 1
151 26 Μαρούσι
Τηλ.: 2132 058 664
e-mail: vassilikikarra@yahoo.com

μελέτη των Parathanassoglou et al, όπου περιγράφηκαν 10 διαφορετικές κατηγορίες κλινικών αποφάσεων σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας, προκειμένου να αποτιμηθεί η αυτονομία των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας.⁴ Ωστόσο, η πρώτη ειδική αναφορά στους τύπους κλινικών αποφάσεων σε νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα γίνεται στην ποιοτική μελέτη των Karra et al, με την αναγνώριση 8 κατηγοριών αποφάσεων: (α) αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή, (β) αξιολόγησης, (γ) καθορισμού προτεραιοτήτων, (δ) διάγνωσης, (ε) πρόληψης, (στ) παρέμβασης, (ζ) επικοινωνίας με το προσωπικό, (η) επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του.⁵ Πάντως, η απουσία του ερευνητικού ενδιαφέροντος γι' αυτή τη θεματική φαίνεται να έχει διαφορετική αιτία σε διεθνές και σε ελληνικό επίπεδο. Οι Manias και Street υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτικές αποφάσεις θεωρούνται πως είναι καθοδηγούμενες από τα εφαρμοζόμενα κλινικά πρωτόκολλα,⁶ ενώ στην Ελλάδα η λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές αμφισβητείται, κυρίως γιατί δεν καταγράφονται και δεν τεκμηριώνονται επαρκώς σε επίσημα νοσηλευτικά διαγράμματα.⁵

Επιπρόσθετα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει αδυναμία των ερευνών να αποσαφηνίσουν την έννοια της λήψης αποφάσεων για τη Νοσηλευτική. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι στηρίχθηκαν σε θεωρητικά μοντέλα που προέρχονται από άλλα γνωστικά πεδία. Οι πρώτες μελέτες λήψης κλινικών αποφάσεων είχαν σαφείς επιρροές από τις αντίστοιχες που πραγματοποιήθηκαν για τις ιατρικές αποφάσεις. Γι' αυτόν το λόγο, προτιμήθηκαν οι δεοντολογικές προσεγγίσεις της διαδικασίας, ώστε το τελικό αποτέλεσμα – η απόφαση – να προκύπτει μέσα από αλγόριθμους ή δένδρα αποφάσεων.⁷ Πολλοί, όμως, απορρίπτουν τον πιθανολογικό συλλογισμό ως πλαίσιο περιγραφής του κλινικού συλλογισμού των νοσηλευτών, με βασικά επιχειρήματα ότι δεν υπάρχουν ούτε αρκετά στατιστικά δεδομένα για την αποτίμηση της πιθανότητας ή της χρησιμότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, αλλά ακόμη και οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν έχουν επαρκή γνώση για τέτοιου είδους προσεγγίσεις.⁸ Επιμένοντας στην υιοθέτηση ορθολογικών και συστηματικών τρόπων λήψης αποφάσεων, το κυρίαρχο μοντέλο με το οποίο περιγράφεται ο νοσηλευτικός κλινικός συλλογισμός είναι το υποθετικο-επαγωγικό. Η ομοιότητα της υποθετικο-επαγωγικής προσέγγισης με το μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας οδήγησε μάλιστα αρκετούς ερευνητές στον ισχυρισμό ότι η τελευταία αποτελεί εφαρμογή του πρώτου για την επίλυση των νοσηλευτικών προβλημάτων.⁹ Ωστόσο, η αναγνώριση γνωστικών μεροληψιών κατά την επεξεργασία των κλινικών πληροφοριών οδήγησε

στη μελέτη της διαίσθησης των νοσηλευτών, ιδιαίτερα όταν αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος έγιναν οι μεταβολές της κλινικής σκέψης τους κατά τη μετάβαση από το στάδιο του αρχάριου στο στάδιο του έμπειρου.¹⁰ Σήμερα, κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος η άποψη ότι ο τρόπος λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών δεν μπορεί να είναι απόλυτα συστηματικός-αναλυτικός ή απόλυτα διαισθητικός, αλλά αυτοί μάλλον αποτελούν τους πόλους μιας γνωστικής διαδικασίας.¹¹ Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγήθηκε εκτεταμένη έρευνα που διεξήχθη στον ελληνικό χώρο σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, η οποία αναφέρει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στην Ελλάδα προσεγγίζουν τα κλινικά προβλήματα με συνδυασμό αναλυτικής λογικής και διαίσθησης.¹²

Αναφορικά με την προσέγγιση του τρόπου λήψης αποφάσεων από νοσηλευτές, οι μέθοδοι ποικίλλουν. Οι ποιοτικές μέθοδοι (συνεντεύξεις, παρατήρηση και αναλύσεις σημειώσεων) έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της γνωστικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Οι ποσοτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν κυρίως οιωνεί πειραματικές μελέτες με προσομοιώσεις ασθενών και κλινικών προβλημάτων και σκοπό την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων στη νοσηλευτική πρακτική.³ Η πολυμεθοδολογική προσέγγιση που υιοθέτησε η παραπάνω αναφερόμενη μελέτη για να διερευνήσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα στην κατανόηση του φαινομένου και αυξάνει την εγκυρότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων σε σχέση με άλλες συναφείς έρευνες.¹²

Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μια δεξιότητα που πρέπει να αναπτύξουν οι νοσηλευτές και αυτό μπορούν να το επιτύχουν μέσω της εκπαίδευσης. Η σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση δίνει μεγάλη έμφαση στην καλλιέργεια της κριτικής σκέψης των φοιτητών και των νέων νοσηλευτών, ώστε να έχουν την ικανότητα να αναλύουν κριτικά τις επιστημονικές ενδείξεις, προκειμένου να τις εφαρμόσουν στην καθημερινή πρακτική. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει την αύξηση των γνώσεων τους σχετικά με το γνωστικό τους αντικείμενο, την ανάπτυξη των γνωστικών τους ικανοτήτων ώστε να εφαρμόζουν τις γνώσεις τους αποτελεσματικά και την κατανόηση του τι συνιστά ορθή πρακτική στη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, δεν έχει επιτευχθεί η αναδιαμόρφωση των νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε βαθμό που να προσεγγίζουν πλήρως τους παραπάνω στόχους. Ένας αριθμός προτάσεων μπορεί να συνεισφέρει προς αυτή την κατεύθυνση. Πρώτον, δεδομένου ότι η επαύξηση ή η ανανέωση των κλινικών

γνώσεων αποτελεί σε μεγάλο βαθμό προσωπική υπόθεση που απαιτεί χρόνο και προσπάθεια, η εκπαιδευτική διαδικασία είναι ανάγκη να καταστεί περισσότερο ελκυστική και να επικεντρωθεί στο κλινικό πρόβλημα. Προτείνεται να εμπλουτιστεί με νέες τεχνικές, όπως η επεξεργασία κλινικών περιστατικών ατομικά και σε ομάδες, τα παιχνίδια ρόλων και η διαχείριση κλινικών περιπτώσεων με τεχνικές προσομοίωσης. Δεύτερον, η γνώση του πού, πότε και με ποιον τρόπο θα χρησιμοποιηθεί η στρατηγική της ανάλυσης ή της διαίσθησης κατά τη λήψη μιας απόφασης μπορεί να αποκτηθεί με την εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών. Οι δεξιότητες που χρειάζεται να αναπτύξουν είναι αυτές της αναζήτησης, της αξιολόγησης, της οργάνωσης, της χρήσης και της ενσωμάτωσης των νέων πληροφοριών στην ήδη υπάρχουσα γνώση. Το πλαίσιο για την επίτευξη του εν λόγω σκοπού προσφέρεται αφενός από το παράδειγμα της «Νοσηλευτικής που βασίζεται στις ενδείξεις» (evidence-based nursing), στη μεθοδολογία του οποίου πρέπει να εκπαιδευτούν όλοι οι νοσηλευτές και αφετέρου πρέπει να δημιουργηθούν προϋποθέσεις που να επιτρέπουν την εφαρμογή των κλινικών οδηγιών και των πρωτοκόλλων στην καθημερινή πράξη. Στον αντίποδα, η διαίσθηση πυροδοτείται από το έντονο συναίσθημα που προκαλείται μπροστά σε ένα κλινικό πρόβλημα. Επομένως, η κατανόηση της φύσης, της πηγής και των αιτιών πρόκλησης των συναισθημάτων είναι καθοριστική για την επικοινωνία του αποφασίζοντα με τη διαίσθησή του. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει η αναστοχαστική πρακτική, στην οποία πρέπει να εκπαιδευτούν πρώτα οι νοσηλευτές. Η λήψη αποφάσεων διευκολύνεται με την τοποθέτηση, σε μια λογική σειρά, ενεργειών που πρέπει να πραγματοποιηθούν μέχρι την τελική λήψη της κάθε απόφασης, σε συνδυασμό με την επιλεκτική κατανομή της προσοχής και του νοσηλευτικού χρόνου που απαιτείται. Για την απόκτηση όμως των εν λόγω ικανοτήτων, η εστιασμένη εκπαίδευση είναι απαραίτητη. Για την περίπτωση της αναλυτικής σκέψης, οι ως άνω δραστηριότητες ταυτίζονται με την ίδια τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Στη δε περίπτωση του διαισθητικού συλλογισμού, οι ως άνω δραστηριότητες επιτελούνται μετά το πέρας της νοσηλευτικής απόφασης. Έτσι, η διαίσθηση μπορεί να καλλιεργηθεί με τη συνεχή, ενεργητική επικοινωνία των κλινικών εμπειριών από την παρατήρηση της συμπεριφοράς των ασθενών και των εμπειριών συνεργατών, την παρακολούθηση και τη συμμετοχή στην κλινική επίσκεψη, όπου παρουσιάζονται συνοπτικά οι σκέψεις και οι αποφάσεις της κλινικής ομάδας, καθώς και με την οργάνωση ομάδων συζήτησης σχετικά με τα αποτελέσματα των αποφάσεων κατά την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς. Τρίτον, η εκπαί-

δευση πρέπει να προετοιμάσει το νοσηλευτή να ελέγχει τις αποφάσεις του ως εξωτερικός αξιολογητής. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με αναστοχασμό της πρακτικής του σε κατάσταση ηρεμίας, ώστε στην περίπτωση του αναλυτικού συλλογισμού να εντοπίσει τυχόν λάθη στις αποφάσεις του και στην περίπτωση της διαισθητικής σκέψης να διατυπώσει λεκτικά την πορεία του συλλογισμού μέχρι την τελική απόφαση ή να τηρήσει ημερολόγιο περιστατικών-σκέψεων και συναισθημάτων, ώστε αυτός (ο συλλογισμός) να συνειδητοποιηθεί βήμα-βήμα.¹²

Η σύγχρονη έρευνα και η εκπαίδευση σχετικά με τη λήψη κλινικών αποφάσεων οφείλουν να βαδίσουν παράλληλα σε διεθνές και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να βοηθήσουν στη βαθιά κατανόηση και ανάπτυξη της συγκεκριμένης σημαντικής κλινικής ικανότητας για τους νοσηλευτές. Οι εν λόγω προσπάθειες, βέβαια, πρέπει να ενταχθούν σε ένα γενικό πλαίσιο αναβάθμισης της νοσηλευτικής πρακτικής, που θα στοχεύει στην εφαρμογή της βέλτιστης παρέμβασης, στην αποφυγή των λανθασμένων πρακτικών και, τελικά, στην υπεύθυνη άσκηση της Νοσηλευτικής, γεγονός που δε διαφαίνεται αυτονόητο μέσα από τις υπάρχουσες συνθήκες και τα διαχρονικά ελλείμματα σε αυτούς τους τομείς.

Βιβλιογραφία

1. Traynor M, Boland M, Buus N. Autonomy, evidence and intuition: Nurses and decision-making. *J Adv Nurs* 2010, 66:1584–1591.
2. Lamb B, Sevdalis N. How do nurses make decisions? *Int J Nurs Stud* 2011, 48:281–284.
3. Thompson C, McCaughan DM, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *J Adv Nurs* 2001, 36:11–22.
4. Papathanassoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kasikou J, Lavdaniti M. Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *J Nurs Manag* 2005, 13:154–164.
5. Karra V, Papathanassoglou ED, Lemonidou C, Sourtzi P, Giannakopoulou M. Exploration and classification of intensive care nurses' clinical decisions: A Greek perspective. *Nurs Crit Care* 2014, 19:87–97.
6. Manias E, Street A. Legitimation of nurses' knowledge through policies and protocols in clinical practice. *J Adv Nurs* 2000, 32:1467–1475.
7. Cohen MS, Freeman JT. Thinking naturally about uncertainty. In: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society. 40th Annual Meeting, Santa Monica, CA, Human Factors and Ergonomics Society, 1996.*
8. Dowding D, Thompson C. Measuring the quality of judgment and decision-making in nursing. *J Adv Nurs* 2003, 44:49–57.
9. Björvell C. Nursing documentation in clinical practice: In-

- strument development and evaluation of a comprehensive intervention programme (Thesis). Department of Nursing, Karolinska Institute, Stockholm, 2002.
10. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA, Addison-Wesley Publishing Company, 1984.
 11. Han KJ, Kim HS, Kim MJ, Hong KJ, Park S, Yun SN et al. Thinking in clinical nursing practice: A study of critical care nurses' thinking applying the think-aloud, protocol analysis method. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2007, 1:68–82.
 12. Καρρά Β. Μελέτη της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Διδακτορική Διατριβή). Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2014.