

ЕФЕКТЪТ ОТ ВЪЗДЕЙСТВИЕТО НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВНО ОТДЕЛЕНИЕ

Иванка Стоянова¹, Силвия Димитрова¹, Мария Негрева²

¹Катедра по здравни грижи, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна

²Първа катедра по вътрешни болести, Факултет по медицина, Медицински университет – Варна

THE IMPACT OF NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Ivanka Stoyanova¹, Silviya Dimitrova¹, Mariya Negreva²

¹Department of Nursing Care, Faculty of Public Health, Medical University of Varna

²First Department of Internal Diseases, Faculty of Medicine, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Със застаряването на населението се увеличават случаите на пациенти с повече от едно хронично заболяване, като това води до по-голяма нужда от медицински грижи. Като резултат през последните години спешната и интензивната помощ стават все по-критични и търсени. Именно медицинските сестри в напреднала практика играят ключова роля в грижите за пациентите и стремежа към иновации за укрепване на работната сила налага нарастване на тяхното участие. Интерес предизвиква независимостта на медицинските сестри с напреднала практика и тяхното въздействие върху резултатите на пациентите след положените критични грижи.

Важната роля на медицинските сестри в предоставянето на здравни грижи беше призната наскоро. Интензивните грижи се нуждаят от междупрофесионални екипи, които предоставят съвместни здравни грижи, които включват необходимостта от подготвени медицински сестри. Експертните и специализираните грижи за най-тежко болните или ранените пациенти в интензивните отделения и в болниците се осигуряват от медицинските сестри за интензивни грижи. Работещи като част от мултидисциплинарен екип, те са опитни професионалисти, висококвалифицирани и критични за безопасността.

Най-голямата отговорност за полагането на грижи и лечението на пациенти с критична или

ABSTRACT

As the population ages, the number of patients with more than one chronic disease increases, leading to a greater need for medical care. As a result, the demand for emergency and intensive care in recent years has become increasingly critical. It is advanced practice nurses who play a key role in patient care, and the drive to strengthen the workforce necessitates an increase in their involvement. The independence of advanced practice nurses and their impact on patient outcomes after critical care are of interest.

The important role of nurses in the provision of health care has recently been recognized. Critical care needs inter-professional teams that provide collaborative health care, which includes the need for trained nurses. Expert and specialized care for the most seriously ill or injured patients in intensive care units (ICUs) and hospitals is provided by intensive care nurses. Working as part of a multidisciplinary team, they are experienced professionals who are highly skilled and safety-critical.

The greatest responsibility for the care and treatment of patients in a critical or unstable clinical situation in the intensive care unit rests with the nurse. Her primary activities are the management and coordination of nursing care through assessments, therapies, and critical interventions. Based on the best available scientific evidence, clinical experience, and patient preferences, the nurse makes important clinical decisions in the intensive care unit.

Keywords: nursing care, intensive care unit (ICU), impact, nurse, critical care services

нестабилна клинична ситуация в интензивното отделение поема медицинската сестра. Нейните основни дейности са управление и координиране на сестринските грижи чрез оценки, терапии и интервенции от изключителна важност. Въз основа на най-добрите налични научни доказателства, клиничен опит и предпочитания на пациента медицинската сестра взема важни клинични решения в отделението за интензивно лечение.

Ключови думи: *сестринска грижа, интензивно отделение, влияние, медицинска сестра, услуги за критични грижи*

ВЪВЕДЕНИЕ

Медицинските сестри са все по-предизвиквани да се ориентират в непрекъснато променящия се пейзаж на здравеопазването, където фокусът на грижата за пациентите е деликатно балансиран между базиран на стойност модел, който осигурява висококачествена грижа и в същото време е достъпен и постижим (1). За да бъде успешен този модел, усилията трябва да се съгласуват между множество професии, за да се оптимизират резултатите и да се подобри напредъкът на пациента по време на непрекъснатата грижа. Всеки член на екипа на интензивното отделение носи много добавена стойност, клиничен опит и прозрение в грижата за пациентите, а специалистът по клинична медицинска грижа е важен участник, който предоставя уникален и координиран подход за подобряване на предоставяните грижи за критично болни пациенти. Сестринската грижа предлага както индивидуализирани, така и цялостни перспективи за цялата система, които може да не са достъпни от други членове на екипа в интензивното отделение. Тя рутинно взаимодейства с клиницисти и лидери в целия екип, ръководейки инициативи в цялата система и използвайки научни изследвания и клиничен опит, за да ръководи бързото внедряване и приемане на най-добрите практики в болничното отделение (2–4). Този всеобхватен подход осигурява уникален и ценен принос чрез ефикасно и ефективно посрещане на нуждите на пациенти, клиницисти и организации. Тези усилия спомагат за подобряване на резултатите за пациентите и оптимизират стратегиите за избягване на разходите, което ще намали икономическите изисквания към здравната система (5–7).

Целта на тази статия е да характеризира ефекта от въздействието на ролята на сестринската грижа в екипите на интензивните отделения и пациентите, които обслужват (7–10).

МЕТОДОЛОГИЯ

Докладът представлява обзор на научни изследвания в областта на сестринските грижи, прилагани в интензивни отделения. Проведен е систематичен преглед на статии, публикувани през последните години, които обсъждат критичната роля на специализираната медицинска сестра в условията на интензивни и критични грижи, като са разгледани конкретно случаите на висока ефективност от влиянието на сестринските грижи върху качеството на услуги, предоставяни в интензивни отделения. Направен е сравнителен анализ между резултатите от посочените научни изследвания, цитирани в следващите няколко точки, и така е постигната основната цел на научния обзор.

Образование и сертификация

Обучението на медицинските сестри е от голямо значение за тяхното развитие и реализиране на професионално ниво. Образованието би могло да бъде на ниво бакалавър, магистър или следдипломна квалификация (доктор) от акредитирана програма за медицински сестри, за да се развият основните компетенции от здраве до спешни грижи (11). Медицинската сестра е директен доставчик на грижи и следователно изисква клинична практика, състояща се от минимум 500 часа, за да се осигури адекватен опит за постигане на необходимите основни компетенции (12,13).

Образованието, акредитацията и сертифицирането са необходими компоненти за подготовка по сестринска практика. Въпреки това държавните лицензионни съвети, ръководени от разпоредбите и уставите на всяка държава, определят компонентите на практиката в рамките на дадена държава. Всяка страна самостоятелно определя правния обхват на сестринската практика, ролите, които се признават, критериите за практика на начално ниво и приетите сертификационни изпити.

През последното десетилетие ролите на медицинските сестри се развиха и обхватът им на практика се увеличи значително. Инициативи като немедицинско предписване и клиници, ръководени от медицински сестри, се оказаха ефективни и проправиха пътя за ново измерение в предоставянето на здравни грижи и образователната позиция на съвременната медицинска сестра. Това е от особено значение, като се има предвид, че 2020 г. беше Годината на медицинската сестра и Световната здравна организация е засилила своя ангажимент за обучение на медицински сестри. Критични фактори при предоставянето на безопасни и ефективни грижи са съотношението между медицински сестри и пациенти и нивото на образование на медицинската сестра, предоставяща грижи - с директни последици за смъртността (41). Проучването RN4CAST сравнява образователните квалификации на медицинските сестри и съотношенията между сестри и пациенти с болничната смъртност след често срещани хирургични процедури в девет европейски страни (41). В сравнение с Норвегия и Испания болници, където всички медицински сестри са били обучени до бакалавърска степен, в Англия и Швейцария само 29% и съответно 10% са постигнали това ниво на образование. Проучването заключава, че има 7% увеличение на 30-дневната смъртност за всяко увеличение на натоварването на сестрата с един пациент, но тази смъртност намалява, когато в болницата има по-голям дял медицински сестри, подготвени за бакалавър. Всъщност в болниците, където 60% от медицинските сестри са обучени в бакалавърска степен и където сестрите се грижат средно за не повече от шестима пациенти, има 30% намаление на смъртността в сравнение с болници, където само 30% от медицинските сестри имат бакалавърска степен и се грижат за средно осем пациенти.

Роля на медицинската сестра и обхват на практиката

Популацията на специализираните медицински сестри е нараснала както в броя, така и в обхвата на практика през последните 30 години. Специализираните медицински сестри се считат за много ценни и основна част от здравната система (11). Четирите роли, които те изпълняват, включват сертифицирани регистрирани медицински сестри анестезиолози, сертифицирани медицински сестри акушерки, сертифицирани практикуващи медицински сестри и клинична специализирана медицинска сестра. Всеки има уникална история и роля в грижата за настоящите и бъдещите здравни нужди на пациентите.

Медицинската сестра интегрира грижата чрез три сфери на въздействие: пациент/семејство, медицинска сестра/сестринска практика и организация/система (13). Във всяка сфера на въздействие основната цел на практиката на сестрата е непрекъснатото подобряване на резултатите за пациентите и клиничните грижи, включително и сестрински грижи. Въз основа на правилата и разпоредбите на отделните държави медицинските сестри могат да диагностицират, предписват лекарства и други стратегии за лечение, да предлагат основани на доказателства интервенции чрез иновации (4), да координират планове за грижи и да организират текущо индивидуално и програмно управление на сложни пациенти (14). Ключови елементи на практиката на специализираната медицинската сестра са създаване на среди и екипи чрез наставничество и овластяване на медицински сестри и други лица за прилагане на грижовни, основани на доказателства практики за облекчаване на страданието на пациентите, улесняване на етичното вземане на решения и насърчаване на ефективна комуникация (11,13,15).

Медицинските сестри също така подобряват финансовите резултати на организациите чрез генериране на приходи и стратегии за избягване на разходи. Те подобряват генерирането на приходи чрез фактуриране на болници за услуги, включително грижи за пациенти, консултации и поръчка на дълготрайно медицинско оборудване (16). Избягването на разходи също се случва в резултат на подобрени практики като намаляване на болничните инфекции и болничните наранявания при натиск, които намаляват потенциала за финансови санкции от страна на платците поради състояния, придобити по време на здравни грижи и реадмисии (7,17-21).

Основни компетенции на медицинската сестра и прилагането им в интензивно отделение

Основните компетенции на медицинската сестра са в основата на практиката ѝ и очертават основните умения и поведения, които тя използва за постигане на желани резултати, някои от които могат да бъдат намерени в табл. 1 (13). Клиничните познания и опит в областта на тяхната специалност са в основата на практиката на медицинската сестра. Допълнителни области на фокус включват партньорство с пациенти, семейства, други медицински сестри и други членове на здравния екип за водене на промяна на системно ниво, която подобрява практиката и

поддържа организационните цели (13,24,25). Сестрите използват тези компетенции, за да подобрят грижите за пациентите, да усъвършенстват сестринската практика и да ръководят качествени инициативи с междупрофесионалния екип (12,13,24–26). Компетенциите се развиват въз основа на нуждите в рамките на здравната среда (25). Например някои компетенции за преки грижи могат да включват фокусиране върху управлението на сложни пациенти, превенция на заболявания, възстановяване на здравето и грижи в края на живота (5,12,25,26).

В рамките на интензивното отделение медицинските сестри използват своите основни компетенции, за да ангажират и да си сътрудничат

Табл. 1. Основни компетенции на специализираната медицинска сестра (13)

Свързани с пациента грижи или събития	Препратки	Влияние/Констатации
Здравеопазване придобити <ul style="list-style-type: none"> • ИКПСЦЛ • ИППСК • НПБ 	Cox и Roche (28)	Употребата както на норепинефрин, така и на вазопресин може да повиши риска от нараняване при натиск при пациента
	Fabbruzzo-Cota и други (7)	Осемдесет процента намаление на НПБ за период от 1 година; Намаляване на честотата на НПБ от 0,24% до 0,08% през първите 3 месеца
	Richardson и Tjoelker (17)	Осем предотвратени ИКПСЦЛ свързани със спестяване на 200 000 долара разходи и 1,4 спасени живота
	Colwill и други (19)	Намаляване на нивата на ИППСК с 0,93 на месец от проучването ($p = 0,042$)
Най-добри практики изпълнение <ul style="list-style-type: none"> • Механична вентилация • Седация • Мобилност 	Henneman и други (29)	Намаляване на дните на механична вентилация с 4,9 дни ($p = 0,02$); Намаляване на средната продължителност на престоя в интензивно отделение с 4,5 дни ($p = 0,004$); Намаляване на медицинските разходи за престой в интензивното отделение от 50 462 на 37 330 долара
	Sole и други (30)	Най-добрият клиничен индикатор за ендотрахеална аспирация е наличието на груби пукнатини над трахеята
	Soltis (31)	33,6% подобрене при пациенти, екстубирани в рамките на 6 часа след кардиоторакална операция; Намаляване на продължителността на престоя с 2,2 дни с прогнозиран икономии от 2 милиона долара; Намаляване на реадмисиите в интензивно отделение с 4,2%
	Curley и други (32)	По-малко стадий ≥ 2 язви под налягане, свързани с неподвижност ($< 1\%$ срещу 2% ; $p = 0,001$); По-малко средни дни на приложение на опиоид (9 срещу 10 дни; $p = 0,01$); Повече пациенти са будни и спокойни, докато са интубирани (86% срещу 75%; $p = 0,004$)
	Curley и други (18)	Прогноза за неподвижност и наранявания от натиск, свързани с устройството, с площ под кривата 0,72 (95% CI, 0,67–0,78)

с различни членове на екипа, включително лекари, асистенти на лекари, други медицински сестри, респираторни терапевти, фармацевти, диетолози, физически и трудови терапевти, мениджъри на случаи и болнични администратори (табл. 1 за примери от практиката). Тези съвместни усилия подобряват опита на пациентите и подобряват използването на ресурсите и резултатите. Сертифицираните практикуващи медицински сестри и специализираните медицински сестри често си сътрудничат в интензивното отделение.

Въпреки че има прилики между тези две роли в напреднала практика, практикуващата медицинска сестра се фокусира основно върху медицинското управление и процедурния аспект на грижите. Специализираната медицинска сестра използва предварително знание, клинични проучвания, управление на промяната и критично мислене, за да подобри сестринската практика и работата в екип, като по този начин въздейства върху клиничното управление на критично болен пациент.

Практика на специализираната медицинска сестра и принос към резултатите

Специализираните медицински сестри представляват организационни връзки, използващи доказателства и взаимовръзки, за да придвижат проектите напред, за да повлияят на резултатите на пациента и системата. По-долу е направен преглед на публикувани статии, направени от специализирани медицински сестри, и са избрани да демонстрират изследвания и инициативи за подобряване на качеството в интензивното отделение.

В систематичен обзор Newhouse и Stanik-Hutt (27) идентифицират три категории резултати, при които участието на медицинската сестра в грижите се дължи директно на подобрени резултати - намаляване на продължителността на престоя, разходите и усложненията. В прегледа участието на специализираната медицинска сестра в грижите е довело до по-ниска обща продължителност на престоя сред редица пациенти, които са се нуждаели от посткоронарен байпас, радикална простатектомия и тотална смяна на колянна става. Прегледът съобщава за умерени до високи нива на доказателства, които показват, че участието на специализираната медицинска сестра в грижите е свързано както с общите по-ниски разходи за грижи, така и с по-малко усложнения.

Доказателствата показват, че ръководените от специализирани медицински сестри изследва-

ния в интензивно отделение за възрастни оказват положително въздействие върху резултатите на пациентите (табл. 2). Henneman и други (29) оценяват ефекта от съвместния протокол за отбиване на вентилатора върху продължителността на механичната вентилация сред пациенти, които се нуждаят от тази терапия за 7 дни или повече. Резултатите показват, че планът за съвместно отбиване е допринесъл за следните резултати: намаляване на продължителността на механичната вентилация с 4,9 дни ($p = 0,02$), намаляване на средната продължителност на престоя в интензивно отделение с 4,5 дни ($p = 0,004$) и намаляване на медицински разходи за престой в интензивното отделение от 50,462 долара до 37,330 долара. Cox и Roche (28) изследват връзката между употребата на вазопресори и развитието на язви под налягане. Констатациите показват, че употребата както на норепинефрин, така и на вазопресин може да увеличи риска от нараняване при натиск на пациента, което сигнализира за необходимостта от прилагане на стратегии за предотвратяване на наранявания при натиск.

Като подобрение на практиката Sole и Bennett (30) се стремят да идентифицират клинични индикатори за ендотрахеална сукция. Резултатите от проучването показват, че най-добрият клиничен индикатор за ендотрахеална аспирация е наличието на груби пукания над трахеята. Понастоящем резултатите от тези проучвания се считат за най-добра практика и са публикувани практически стандарти (33). През 2015 г. Soltis (31) демонстрира, че участието на специализираната медицинска сестра заедно с разработването на инструмент за оценка на екстубацията и алгоритъм за оценка след трансфера са довели до 33,6% подобрение в броя на пациентите, екстубирани в рамките на 6 часа след кардиоторакална операция, постигайки намаление от 2,2 дни в продължителност на престоя, което се равнява на прогнозираните 2 милиона долара спестени разходи и намаляване на реадмисиите в интензивно отделение с 4,2%.

В условия на детско интензивно отделение Curley и Watson (32) провеждат рандомизирано контролирано проучване, изследващо ефекта, управляван от медицинска сестра, протокол за целенасочена седация върху дните на механична вентилация в отделението. Общо 31 детски интензивни отделения са участвали в четиригодишното изпитване. Въпреки че първичният резултат от проучването, продължителността на механичната вентилация, не се различава между интервенционната и контролната гру-

Табл. 2. Обзор на практиката на специализираната медицинска сестра, проучване на резултатите и подобряване на качеството

Пример за основни компетенции на специализираната медицинска сестра в интензивни грижи		
Сфера на въздействие	Основни компетенции на медицинската сестра	Пример от практиката на медицинската сестра
Пациент/ семейство	Осигурява експертни консултации въз основа на широк набор от теории и доказателства за пациенти с комплексни здравни нужди	Осигуряване на консултация на пациенти в легнало положение, инвазивен и неинвазивен хемодинамичен мониторинг, механична вентилация, болнични състояния
	Внедрява персонализирани базирани на доказателства напреднали сестрински интервенции	Включване на национални насоки в протоколите и практиката на интензивното отделение (напр. Делириум при възбуда при болка, неподвижност и насоки за прекъсване на съня и хранителна подкрепа; Кампания за оцеляване на сепсис; Стандарти за здравословна работна среда) (9,10,22,23)
	Осигурява обучение на пациенти с комплексни нужди от изучаване и нетипични реакции	Координиране на обучението на пациент/ семейството, свързано с болест/заболяване, план за лечение, лекарства
	Оценява въздействието на сестринските интервенции върху общите резултати на пациентите, като използва научен подход	Разработване, прилагане и оценка на стандартни интервенции за превенция на състояния, придобити в болница (напр. Инфекции на кръвния поток, свързани с централната линия; Инфекции на пикочните пътища, свързани с катетър; Събитие, свързано с вентилация; Нараняване, причинено от натиск в болница)
Медицинска сестра/ сестринска практика	Осигурява експертни специализирани консултации на медицински сестри, свързани с комплексни нужди от грижи за пациентите	Обучение на регистрирана медицинска сестра до болнично легло за интерпретация и прилагане на хемодинамични стойности или процедура за извършване на сложна смяна на превръзката
	Оценява средата на сестринската практика и процесите за възможности към подобрене	Проектиране и надзор на обучение за компетентност, подготовка за сертифициране, преподаване на управление на вентилатор или курс по 12-канална електрокардиограма
	Наставлява медицинските сестри и медицинския персонал в използването на практически принципи основани на доказателства	Насърчаване на сертифициране, наставничество, кариерно развитие и/или участие в професионални организации
	Води медицинските сестри в процеса по планиране, прилагане и оценка на промяната, като взема предвид предвидените и непредвидените последици.	Водене/или участие в междупрофесионални кръгове и гарантиране, че препоръките са включени в грижите за пациентите.

ИКПСЦЛ = инфекции на кръвния поток, свързани с централната линия, ИППСК = инфекции на пикочните пътища, свързани с катетър, НПБ = наранявания придобити в болницата

па, са идентифицирани важни вторични резултати. Например интервенционната група е имала по-малко нежелани реакции, свързани със седация, по-малко дни на приложение на опиоиди и са били по-често будни и спокойни, докато са

били интубирани. През 2018 г. Curley и Hasbani (18) провеждат друго многоцентрово, проспективно кохортно проучване, за да разработят и тестват специфичен за педиатрията инструмент за оценка, който прогнозира свързания с непод-

вижността и свързания с устройството риск от нараняване при натиск - Braden QD. Осем педиатрични центъра участваха и включиха 625 пациенти. Braden QD прогнозира както неподвижност, така и наранявания от натиск, свързани с устройството, с площ под кривата от 0,72 (95% CI, 0,67–0,78), чувствителност от 0,86 (95% CI, 0,76–0,92) и специфичност от 0,59 (95 % CI, 0,55–0,63).

Много специализирани медицински сестри, които работят в болнични заведения, водят усилия за предотвратяване на болнични усложнения като инфекции на кръвния поток, свързани с централната линия (ИКПСЦЛ), инфекции на пикочните пътища, свързани с катетър (ИППСК), и наранявания придобити в болницата (НПБ). В допълнение към увеличаването на болката или дискомфорта за пациентите е известно, че болничните усложнения добавят допълнителни разходи към стационарния престой и в много случаи грижите, свързани с тях, вече не се възстановяват. Многобройни проучвания документират въздействието на централната нервна система върху предотвратяването на болнични усложнения в условията на спешна грижа. Например Fabbruzzo-Cota и други (7) съобщават, че усилията за намаляване на НПБ, водени от специализирани медицински сестри, са свързани с 80% намаление на НПБ за период от 1 година с намаление на скоростта от 0,24% до 0,08% през първите 3 месеца. През 2012 г. Richardson и Tjoelker (17) съобщават за 2,5-годишна инициатива за намаляване на ИКПСЦЛ, ръководена от медицинска сестра, която е предотвратила осем ИКПСЦЛ, което е довело до спестяване на 200 000 долара разходи и е спасило 1,4 живота. По подобен начин Colwill и други (19) идентифицира връзка с участието на специализираната медицинска сестра в грижите и намаляване на нивата на ИППСК в интензивната грижа. Тези примери демонстрират стойността на ролята на специализираната медицинска сестра като експертен клиницист, консултант и агент на промяната в превенцията на болнични усложнения и свързаните с това спестявания на разходи за здравните организации.

ОБОБЩЕНИЕ

В интензивното отделение, сред пациенти на всякаква възраст, специализираната медицинска сестра осигурява ценен принос, който оказва влияние върху грижите за критично болни пациенти, използвайки специфични за сестринските грижи основополагащи компетенции. Специализираната медицинска сестра, използвайки ос-

новните компетенции, улеснява предоставянето на грижа, ориентирана към пациента, води междупрофесионални кръгове, застъпва се за семейна ангажираност и насърчава здравословна работна среда, която набляга на вежливостта и уважението (2,11). Сестринската грижа влияе пряко на изследванията и основаната на доказателства практика по различни начини. Все още авторите признават, че трябва да се проведат по-съществени изследвания върху резултатите, свързани със сестринските грижи, за да се опише по-добре прякото въздействие, което те имат както върху пациентите, така и върху здравните екипи.

Влиянието на сестринската грижа беше засилено по време на пандемията от корона вирусната болест през 2019 г. Като лидери, клинични експерти, консултанти и сътрудници, специализираните медицински сестри са проектирали и внедрили протоколи за проучване, стратегии за запазване на личните предпазни средства, обучение за интензивни грижи и кръстосано обучение на медицински сестри, които не са в интензивно отделение, за да подкрепят сестрите в интензивното отделение в екипен персонал, стратегии за самообслужване и партньорска подкрепа.

Работата на специализираната медицинска сестра допринася за оптимални резултати, които обосновават компонентите, необходими за постигане или поддържане на високи нива на качество като клиничен опит и умения за лидерство в системата (34). Тези високи нива на качество на услугите в интензивните отделения са в голяма степен благодарение на медицински сестри, които демонстрират отлични постижения в сестринските грижи и резултатите чрез техните действия и начин на работа. Сестринските грижи са неразделна част от прилагането на основани на доказателства практики, изследвания и инициативи за качество (4,17,35,36). Успешното определяне изисква достъп до клинични експерти и ресурси за улесняване на тези дейности. Изследване на Walker сочи, че от 208 главни медицински сестри на болници, които са разпознати като най-добрите в сферата и са получили отличие за предоставяне на услуги от най-високо ниво, 92% съобщават, че сестринските грижи са важни за постигането и поддържането на тези резултати и се възприема, че успехите са най-силно повлияни от присъствието и внедряването на сестринските грижи във водещата системна практика (37).

Жизненоважният принос, осигурен от специализираните медицински сестри, показва, че тези членове на екипа подобряват индивидуал-

ните и насочените към населението резултати и намаляват общите разходи и усложнения. Има налични ресурси за доставчиците на здравни услуги за разработване на бизнес план за включване на тази важна роля в междупрофесионалния екип на интензивното отделение (20,35,38). Приносът и въздействието от наличието на качествени сестрински грижи в интензивните отделения са важна част от здравната система и неотложна част от качеството на услуги, които се предоставят на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ИЗВОДИ

Тъй като здравеопазването продължава да се развива и финансовите ресурси се оценяват внимателно, включването на ролята на медицинската сестра осигурява необходимите средства за оценка на резултатите, предотвратяване на усложнения и въвеждане на практики, които постигат устойчиви цели за качество и безопасност на организацията (3,4). Този всеобхватен подход на използване на клинично обоснован лидер, който има експертен опит, фокусиран върху населението, съчетан с основни лидерски умения, е това, на което здравните организации могат да разчитат, за да стимулират подобряването на качеството. Този двойствен набор от умения за клиничен опит и превъзходство на системата в застъпничеството отличава специализираната медицинска сестра като уникален участник в изключителни резултати за пациенти, семейства и медицински сестри (4,39). Липсата на специализирани сестрински грижи е голямо предизвикателство за организациите, които се стремят да бъдат първи и най-добри в здравеопазването. През 2015 г. Дружеството по медицина за интензивни грижи публикува специална статия, одобрена от работната група на Американския колеж по медицина за интензивни грижи, относно моделите на интензивни грижи за значението на стандартизиран процес на грижа и структура в интензивното отделение за подобряване на резултатите за пациентите (40). Работната група стигна до заключението, че формализиран модел за подобряване на процесите, използващ стандартизирани протоколи, пакети грижи и набори от поръчки, като същевременно непрекъснато измерва резултатите и ги променя, ако е необходимо, е наложителен за постигане на висококачествени резултати. Тези препоръки са в пълно съответствие с компетенциите на специализираните медицински сестри, които допринасят значително за безопасността на пациентите, стандартизацията на процесите, подобрените резул-

тати и намаляването на разходите и използването на ресурсите на големите организации (35).

ЛИТЕРАТУРА

1. Kumar A, Gabbard E, Smith H, et al: ICU Liberation: Optimizing Quality and Efficiency of Critical Care Delivery. Becker's Healthcare 2017. Available at: <https://www.beckershospitalreview.com/quality/icu-liberation-optimizing-quality-and-efficiency-of-critical-care-delivery.html>. Accessed April 5, 2020
2. Duffy JR: The clinical leadership role of the CNS in the identification of nursing-sensitive and multidisciplinary quality indicator sets. *Clin Nurse Spec* 2002; 16:70–76
3. Scruth EA: Post-intensive care syndrome: Preventing complications and improving long-term outcomes. *Clin Nurse Spec* 2014; 28:9–11
4. Beiler J, Opper K, Weiss M: Integrating research and quality improvement using TeamSTEPPS: A health team communication project to improve hospital discharge. *Clin Nurse Spec* 2019; 33:22–32
5. Lewandowski W, Adamle K: Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spec* 2009; 23:73–90; quiz 91
6. McClelland M, McCoy MA, Burson R: Clinical nurse specialists: Then, now, and the future of the profession. *Clin Nurse Spec* 2013; 27:96–102
7. Fabbruzzo-Cota C, Frecea M, Kozell K, et al: A clinical nurse specialist-led interprofessional quality improvement project to reduce hospital-acquired pressure ulcers. *Clin Nurse Spec* 2016; 30:110–116
8. Kleinpell RM: APNs: Invisible champions? *Nurs Manage* 2007; 38:18–22
9. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al: Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* 2018; 46:e825–e873
10. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al: Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Crit Care Med* 2017; 45:486–552
11. APRN Consensus Work Group, National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee: Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education. Chicago, IL, National Council of State Boards of Nursing, 2008
12. American Association of Critical-Care Nurses: AACN Scope and Standards for Acute Care Clinical Nurse Specialist Practice. Aliso Viejo,

- CA, American Association of Critical-Care Nurses, 2014
13. National Association of Clinical Nurse Specialists: NACNS Statement on Clinical Nurse Specialist Practice and Education. Harrisburg, National Association of Clinical Nurse Specialists, 2019
 14. Tracy MF, Oerther S, Arslanian-Engoren C, et al: Improving the care and health of populations through optimal use of clinical nurse specialists. *Nurs Outlook* 2020; 68:523–527
 15. National Association of Clinical Nurse Specialists: NACNS Statement on the APRN Consensus Model Implementation. Harrisburg, National Association of Clinical Nurse Specialists, 2010
 16. Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS Internet Only Manual (IOM), Publication 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15, Section 210. Baltimore, MD, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020
 17. Richardson J, Tjoelker R: Beyond the central line-associated bloodstream infection bundle: The value of the clinical nurse specialist in continuing evidence-based practice changes. *Clin Nurse Spec* 2012; 26:205–211
 18. Curley MAQ, Hasbani NR, Quigley SM, et al: Predicting pressure injury risk in pediatric patients: The Braden QD scale. *J Pediatr* 2018; 192:189–195.e2
 19. Colwill JP, O'Rourke C, Booher L, et al: Capture of knowledge work of clinical nurse specialists using a role tracking tool. *Clin Nurse Spec* 2014; 28:323–331
 20. National Association of Clinical Nurse Specialists: Cost Analysis Toolkit: A Business Guide for the Clinical Nurse Specialist, 2017. Available at: <https://nacns.org/professional-resources/toolkits-and-reports/cost-analysis-toolkit/>. Accessed October 15, 2019
 21. Bartlett Ellis RJ, Embree JL, Ellis KG: A business case framework for planning clinical nurse specialist-led interventions. *Clin Nurse Spec* 2015; 29:338–347
 22. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, et al; Society of Critical Care Medicine; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016; 40:159–211
 23. American Association of Critical-Care Nurses: AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence. Second Edition. Aliso Viejo, CA, American Association of Critical-Care Nurses, 2016
 24. NACNS Research and Practice Committee: Statement on Clinical Nurse Specialist Practice and Education. Second Edition. Harrisburg PA, National Association of Clinical Nurse Specialists, 2004
 25. National CNS Competency Task Force: Clinical Nurse Specialist Core Competencies: Executive Summary 2006-2008. Harrisburg PA, National Association of Clinical Nurse Specialists, 2010
 26. American Association of Colleges of Nursing: Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Competencies. Washington, DC, American Association of Colleges of Nursing, 2010
 27. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al: Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review. *Nurs Econ* 2011; 29:230–250
 28. Cox J, Roche S: Vasopressors and development of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care* 2015; 24:501–510
 29. Henneman E, Dracup K, Ganz T, et al: Using a collaborative weaning plan to decrease duration of mechanical ventilation and length of stay in the intensive care unit for patients receiving long-term ventilation. *Am J Crit Care* 2002; 11:132–140
 30. Sole ML, Bennett M, Ashworth S: Clinical indicators for endotracheal suctioning in adult patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care* 2015; 24:318–324
 31. Soltis LM: Role of the clinical nurse specialist in improving patient outcomes after cardiac surgery. *AACN Adv Crit Care* 2015; 26:35–42
 32. Curley MA, Wypij D, Watson RS, et al; RESTORE Study Investigators and the Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators Network: Protocolized sedation vs usual care in pediatric patients mechanically ventilated for acute respiratory failure: A randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 313:379–389
 33. Weigand DL (Ed): AACN Procedure Manual for High Acuity, Progressive and Critical Care. Seventh Edition. St. Louis, MO, Elsevier, 2016
 34. American Nurses Credentialing Center: 2019 Magnet® Application Manual. Silver Spring MD, American Nurses Credentialing Center, 2018
 35. National Association of Clinical Nurse Specialists: Impact of the Clinical Nurse Specialist Role on the Costs and Quality of Health Care, 2013. Available at: <http://nacns.org/wpcontent/uploads/2016/12/CNSOutcomes131204.pdf>. Accessed October 4, 2018
 36. Babine RL, Honess C, Wierman HR, et al: The role of clinical nurse specialists in the implementation and sustainability of a practice change. *J Nurs Manag* 2016; 24:39–49
 37. Walker JA, Urden LD, Moody R: The role of the CNS in achieving and maintaining Magnet status. *J Nurs Adm* 2009; 39:515–523

38. Carter H: How to write a robust business case for service development. *Nursing Times* (online) 2017; 113:25–28
39. Buhagiar TM, Schoenlein MH, Smith DS: Ethical decision making in critical care: Communication, coordination of care, and the practice of the clinical nurse specialist. *Clin Nurse Spec* 2020; 34:93–95
40. Weled BJ, Adzhigirey LA, Hodgman TM, et al; Task Force on Models for Critical Care: Critical care delivery: the importance of process of care and icu structure to improved outcomes: An update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on models of critical care. *Crit Care Med* 2015; 43:1520–1525
41. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Ko'zka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824–1830.

Адрес за кореспонденция:

Иванка Стоянова
Факултет по обществено здравеопазване
бул. „Цар Освободител“ 84
Варна, 9000
e-mail: vani.stoynova@gmail.com