Ćwiczenie: Historia Sophie

Cel i typ zadania: Jest to praca grupowa mająca na celu wspieranie uczestników w stosowaniu Charakterystyki Pacjentów, Oddziałów Klinicznych i Systemów Troski przy użyciu Modelu Synergii AACN dla Opieki nad Pacjentami

Czas trwania: 60-90 min

Materiały: 1 kopia dla każdego uczestnika scenariusza (patrz Załącznik 1), 1 kopia dla każdego zespołu Charakterystyki Pacjentów, Oddziałów Klinicznych i Systemów Troski o Pielęgniarki w Modelu Synergii AACN dla Opieki nad Pacjentami (patrz Załącznik 2)

Instrukcja:

Poniższe ćwiczenie jest oparte na artykule: Hardin, S., Hussey, L. (2003) AACN Synergy Model for Patient Care Case Study of a CHF Patient, Critical Care Nurse, tom. 23, nr 1, dostępny pod adresem: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.615.7398&rep=rep1&type=pdf, pobrane 28 czerwca 2020 r.

Podziel uczestników na 4-5 osobowe zespoły. Przedstaw każdemu zespołowi historię Sophie (patrz Załącznik 1). Poinstruuj zespoły, aby wyobrazili sobie, że nadzorują personel na oddziale intensywnej opieki medycznej. Sophie jest pacjentką zgłaszającą się na SOR i musi zostać przyjęta. Do tej pacjentki powinna zostać przydzielona odpowiednia pielęgniarka. Każdy zespół musi przeanalizować przypadek Sophie, a następnie zdecydować o cechach pacjenta i kompetencjach pielęgniarki, które powinny odpowiadać tym cechom. Poinstruuj zespoły, że mogą przyjąć dowolne założenia, które uznają za konieczne, jeśli są w stanie wyjaśnić uzasadnienie tych założeń. Rozdaj każdemu zespołowi markery i flipchart oraz karteczki samoprzylepne.

Daj zespołom 30 minut na analizę scenariusza i podjęcie decyzji o charakterystyce pacjenta i kompetencjach pielęgniarki.

Po upływie czasu poproś każdy zespół o przedstawienie swojego podejścia do danego scenariusza.

Omów odpowiedzi w grupie.

Literatura:

Hardin, S., Hussey, L. (2003) AACN Synergy Model for Patient Care Case Study of a CHF Patient, Critical Care Nurse, Vol. 23, No. 1, dostępne na: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.615.7398&rep=rep1&type=pdf, pobrano 28 czerwca 2020

Kessinger, S., The AACN Synergy Model for Patient Care, dostępne na: http://stephaniekessinger.weebly.com/uploads/4/8/4/5/48452649/synergymodelforpatientcare.pdf dostęp 20 stycznia 2020

Załącznik 1:

Historia Sophie

Sophie, 82-letnia Afroamerykanka. Wdowa, mieszka sama, jej jedynym wsparciem finansowym jest zasiłek społeczny. Sophia cierpi na niewydolność serca w III stopniu klasy NYHA, przeszła udar, który spowodował konieczność poruszania się przy pomocy laski, dodatkowo pacjentka choruje na nadciśnienie, osteoporozę, migotanie przedsionków i cukrzycę typu II - kontrolowana dietą i doustnymi lekami hipoglikemizującymi. Pacjentka w ciągu ostatnich 18 miesięcy była hospitalizowana dwa razy ze względu na zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca (CHF).

Sophie miała córkę, która się nie opiekowała, jednak nie była w stanie zapewnić jej wsparcia finansowego. Sophie przyjmowała następujące leki: ACEI (fosinopril sodium), digoksynę, potas, warfarynę oraz furosemid. Wszystkie jej leki kosztują ok. $350 miesięcznie. Ze względu na to, że jej jedynym ubezpieczeniem było Medicare, za wszystkie leki musiała płacić sama. Sophie poruszała się transportem publicznym, dojeżdżała nim na wizyty lekarskie, do sklepu spożywczego czy do kościoła.

Sophie przyjeżdżała na wizyty do kliniki kardiologicznej co 2 tygodnie. Rano, w dniu wizyty Sophie skarżyła się na lekką duszność. Od ostatniej wizyty przytyła ok. 1,5 kg, ciśnienie krwi miała podwyższone - wynosiło 176/94 mmHg (zwykle wynosiło ok. 130/80 mmHg). Częstość pracy serca wynosiła 106 uderzeń na minutę, rytm serca był nieregularny. Pacjentka zgłosiła również, że nie mogła ubrać butów, które zazwyczaj nosi, dlatego przyjechała w kapciach. Przygodni pomiar glukozy wykazał 245 mg/dL (13,6 mmol/L). Po rozmowie z Sophie pielęgniarka odkryła, że Pacjentka nie przyjmuje leków od 3 dni. Pacjentka niechętnie odpowiadała na pytania, ponieważ nie chciała mieć kłopotów, gdy dowie o nieprzestrzeganiu zaleceń dowie się lekarz. Jednak podczas dalszej rozmowy Sophie przyznała, że nie przyjmowała leków, ponieważ jej się skończyły, a nie ma pieniędzy na zakup następnych. Ponadto przyznała, że z powodów finansowych nie je też zbyt dobrze i do końca miesiąca zostało jej 3 ziemniaki. Natomiast za 3 dni otrzyma czek od Ubezpieczyciela i będzie mogła wykupić leki.

Pytania:

1. Odnosząc się do charakterystyki pacjentów i pielęgniarek według modelu synergii AACN dotyczącego opieki nad pacjentem (S4_L2_HO2), jak opisałbyś Sophie jako pacjentkę? Proszę uargumentować swoje wybory dla poziomów wybranych dla każdej cechy.

2. Odnosząc się do tego samego dokumentu (S4_L2_HO2), jakie cechy byłyby najwłaściwszymi kompetencjami (proszę wybrać 1-3 kompetencje)które powinna mieć pielęgniarka,aby jak najlepiej poradzić sobie z takim pacjentem jak Sophie?

Źródło: Omawiany przypadek pochodzi z: Hardin, S., Hussey, L. (2003), AACN Synergy Model for Patient Care Case Study of a CHF Patient, Critical Care Nurse, Vol. 23, No. 1, dostępny na: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.615.7398&rep=rep1&type=pdf, pobrano: 28 stycznia 2020

Załącznik 2:

Charakterystyka pacjentów, jednostek klinicznych i systemów wsparcia pielęgniarek

Każdy pacjent, jego rodzina, oddział oraz system są unikatowe. Pacjenci są w różnej kondycji zdrowotnej i mają różną podatność na choroby. Każda z wyżej wymienionych jednostek wnosi unikatowy zestaw cech do sytuacji zdrowotnej. Cechy te obejmują kontinuum zdrowie-choroba.

Odporność	**Zdolność do regeneracji i powrotu zadowalającego poziomu funkcjonowania za pomocą mechanizmów kompensacyjnych/zdolność do szybkiego poradzenia sobie w sytuacji doświadczenia znieważenia**
Poziom 1 – Minimalnie odporny	Nie można sformułować odpowiedzi; brak działających mechanizmów kompensacyjnych/brak zrewanżowanie się
Poziom 2 – Umiarkowanie odporny	Potrafi sformułować umiarkowaną odpowiedź; jest w stanie zainicjować pewien stopień kompensacji/zrewanżowania się; umiarkowane rezerwy
Poziom 3 – Wysoce odporny	Potrafi sformułować odpowiedź; nienaruszone mechanizmy kompensacyjne/radzenia sobie; wytrzymałość
Podatność	**Podatność na rzeczywiste lub potencjalne stresory, które mogą niekorzystnie wpływać na wyniki pacjentów.**
Poziom 1 – Wysoce podatny	Podatny; niechroniony, wrażliwy/delikatny
Poziom 3 – Umiarkowanie podatny	Nieco podatny; nieco chroniony
Poziom 5 – Minimalnie podatny	Bezpieczna; chroniony, odporny
Stabilność	**Zdolność do utrzymania stabilnego nastroju w określonych sytuacjach**
Poziom 1 – Stabilny w minimalnym stopniu	Niestabilny; nie reaguje na terapię; wysokie ryzyko śmierci
Poziom 3 – Umiarkowanie stabilny	Zdolność do utrzymania ustalonego stanu przez ograniczony czas; pewna reakcja na terapię
Poziom 5 – Wysoce stabilny	Stabilny; reagujący na terapię; niskie ryzyko śmierci
Złożoność	**Skomplikowane splątanie dwóch lub więcej problemów (np. ciała, rodziny, terapii).**
Poziom 1 – Wysoce złożony	Zawiły; złożona dynamika pacjent/rodzina; niejednoznaczny/niejasny; nietypowa prezentacja
Poziom 3 – Umiarkowanie złożony	Umiarkowanie zaangażowana dynamika pacjenta/rodziny
Poziom 5 – Minimalnie złożony	Prosty; rutynowa dynamika pacjenta/rodziny; typowa prezentacja

Dostępność zasobów	**Zakres zasobów (np. technicznych, fiskalnych, osobistych, psychologicznych i społecznych), jakie pacjent/rodzina/społeczność wnosi do sytuacji.**
Poziom 1 – niewielka ilość zasobów	Brak niezbędnej wiedzy i umiejętności; brak niezbędnego wsparcia finansowego; minimalne osobiste/psychologiczne zasoby wspierające; niewiele zasobów systemów społecznościowych
Poziom 3 – Umiarkowana ilość zasobów	Dostępna ograniczona wiedza i umiejętności; dostępne ograniczone wsparcie finansowe; ograniczone zasoby wsparcia osobistego/psychologicznego; ograniczone zasoby wsparcia systemów społecznych
Poziom 5 – Duża ilość zasobów	Dostępna obszerna wiedza i umiejętności; łatwo dostępne zasoby finansowe; silne osobiste/psychologiczne zasoby wspierające; silne zasoby systemów społecznych
Udział w opiece	**Stopień, w jakim pacjent/rodzina angażuje się w aspekty opieki.**
Poziom 1 – Brak udziału	Pacjent i rodzina nie mogą lub nie chcą uczestniczyć w opiece
Poziom 3 – Umiarkowany poziom uczestnictwa	Pacjent i rodzina potrzebują pomocy w opiece
Poziom 5 – Pełne zaangażowanie	Pacjent i rodzina w pełni zdolni do pełnienia opieki
Udział w podejmowaniu decyzji	**Stopień, w jakim pacjent/rodzina angażuje się w podejmowanie decyzji.**
Poziom 1 – Brak udziału	Pacjent i rodzina nie mają możliwości podejmowania decyzji; potrzebna osoba decyzyjna
Poziom 3 – Umiarkowany poziom uczestnictwa	Pacjent i rodzina mają ograniczone możliwości; szukają rady od innych przy podejmowaniu decyzji
Poziom 5 – Pełne zaangażowanie	Pacjent i rodzina podejmują decyzje za siebie
Przewidywalność	**Cecha, która pozwala oczekiwać określony przebieg wydarzeń lub przebiegu choroby.**
Poziom 1 – Nie do przewidzenia	Niepewny; rzadka populacja pacjentów/choroba; nietypowy lub nieoczekiwany przebieg; nie podąża typową ścieżką lub typowy przebieg nie jest znany
Poziom 3 – Umiarkowanie przewidywalne	Chwiejny; sporadycznie odnotowywana populacja pacjentów/choroba
Poziom 5 – Wysoce przewidywalny	Pewny; powszechna populacja pacjentów/choroba; zwykły i oczekiwany przebieg; podąża kluczową ścieżką

Przykład:

Zdrowa, nieubezpieczona, 40-letnia kobieta, poddawana badaniom przed zatrudnieniem, prawdopodobnie jest: a) stabilna b) nieskomplikowana c) bardzo przewidywalna d) odporna f) niezdolna do zaangażowania się w podejmowanie decyzji i opiekę, ale g) ma niewystarczającą dostępność zasobów.

Niemowlę w stanie krytycznym z niewydolnością wielonarządową jest prawdopodobnie: a) niestabilne b) bardzo złożone c) nieprzewidywalne d) wysoce odporne e) wrażliwe f) niezdolne do zaangażowania się w podejmowanie decyzji i opiekę, ale g) ma odpowiednią dostępność zasobów.

Źródło: Kessinger, S., The AACN Synergy Model for Patient Care, dostępne na: http://stephaniekessinger.weebly.com/uploads/4/8/4/5/48452649/synergymodelforpatientcare.pdf dostęp 20 stycznia 2020

Kompetencje pielęgniarek dotyczące pacjentów, jednostek klinicznych i systemów

Opieka pielęgniarska odzwierciedla integrację umiejętności wiedzy, doświadczenia i postaw potrzebnych do zaspokojenia potrzeb pacjentów i ich rodzin. Tak więc kontinua cech pielęgniarki wywodzą się z potrzeb pacjenta. Następujące poziomy wiedzy wahają się od kompetentnego (1) do eksperta (5).

Ocena kliniczna	Rozumowanie kliniczne, które obejmuje podejmowanie decyzji klinicznych, krytyczne myślenie i globalne zrozumienie sytuacji, w połączeniu z umiejętnościami pielęgniarskimi nabytymi w procesie integracji formalnej i nieformalnej wiedzy empirycznej oraz wytycznych opartych na dowodach.
Poziom 1	Zbiera informacje o pacjencie na poziomie podstawowym; podąża za algorytmami, drzewami decyzyjnymi i protokołami ze wszystkimi populacjami i nieprzyjemnie odbiega od nich; łączy wiedzę formalną ze zdarzeniami klinicznymi w celu podejmowania decyzji; kwestionuje granice własnej zdolności do podejmowania decyzji klinicznych i deleguje podejmowanie decyzji na innych klinicystów; skupia się na nieistotnych szczegółach
Poziom 3	Zbiera i interpretuje złożone dane pacjenta; stawia diagnozy klinicznych w oparciu o natychmiastowe zrozumienie całego obrazu powszechnych lub rutynowych populacji pacjentów; rozpoznaje wzorce i trendy, które mogą przewidywać kierunek choroby; rozpoznaje granice i szuka odpowiedniej pomocy; skupia się na kluczowych elementach sprawy, unikając nieistotnych szczegółów
Poziom 5	Łączy i interpretuje wiele, czasem sprzecznych informacji; dokonuje oceny w oparciu o natychmiastowe zrozumienie całokształtu; wykorzystuje przeszłe doświadczenia do przewidywania problemów; pomaga pacjentowi i rodzinie zobaczyć “ogólny obraz”; uznaje granice oceny klinicznej i poszukuje interdyscyplinarnej współpracy i konsultacji z wygodą; rozpoznaje i reaguje na dynamiczną sytuację
Rzecznictwo i agencja moralna	Praca w imieniu innej osoby i reprezentowanie spraw pacjenta/rodziny i personelu pielęgniarskiego; służąc jako etyk zawodowy w identyfikowaniu i pomaganiu w rozwiązywaniu problemów etycznych i klinicznych w środowisku klinicznym i poza nim.
Poziom 1	Działa w imieniu pacjenta; świadomy konfliktów/kwestii etycznych, które mogą pojawić się w warunkach klinicznych; podejmuje decyzje etyczne/moralne w oparciu o zasady; reprezentuje pacjenta, gdy pacjent nie może reprezentować siebie; świadomy praw pacjenta
Poziom 3	Działa na rzecz pacjenta i rodziny; uwzględnia wartości pacjenta i włącza się w opiekę, nawet jeśli różni się od wartości osobistych; wspiera kolegów w kwestiach etycznych i klinicznych; pozwala, aby rodzina pacjenta w miarę możliwości, reprezentowała się sama; świadomy praw pacjenta i rodziny
Poziom 5	Działa na rzecz pacjenta, rodziny i społeczności; opowiada się z perspektywy pacjenta/rodziny, podobnie jak wartości osobiste lub odmienne od nich; opowiada się za konfliktami i problemami etycznymi z perspektywy pacjenta/rodziny; zawiesza zasady – pacjent i rodzina kierują podejmowaniem moralnych decyzji; umożliwia pacjentowi i

	rodzinie wypowiadanie się w imieniu/reprezentowanie siebie; osiąga wzajemność w relacjach pacjent/zawodowiec
Praktyki opiekuńcze	Czynności pielęgniarskie, które stwarzają środowisko współczujące, wspierające oraz terapeutyczne dla pacjentów i personelu, celem promowania komfortu i leczenia oraz zapobiegania niepotrzebnemu cierpieniu. Czynności te obejmują, ale nie ograniczają się do czujności, zaangażowania i reakcji na opiekunów pacjenta, w tym personelu medycznego i rodziny.
Poziom 1	Koncentruje się na zwykłych potrzebach pacjenta; brak przewidywania przyszłych potrzeb; opiera opiekę na standardach i protokołach; utrzymuje bezpieczne środowisko fizyczne; uznaje śmierć jako nieunikniony i normalny proces
Poziom 3	Reaguje na subtelne zmiany zachodzące w pacjencie i rodzinie; angażuje się w relację z pacjentem; rozpoznaje i dopasowuje praktyki opiekuńcze do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny; oswaja pacjenta i jego najbliższych, uznaje, że śmierć może być akceptowalnym wynikiem
Poziom 5	Ma wnikliwą świadomość i przewiduje zmiany i potrzeby pacjenta i rodziny; w pełni zaangażowany i wczuwający się w sytuację; czynności pielęgniarskie dopasowywuje do potrzeb pacjentem i rodziny; przewiduje zagrożenia i ich unika; koordynuje proces, który zapewnia komfort pacjenta/rodziny oraz odpowiada na obawy pacjenta i jego rodziny związane ze śmiercią i procesem umierania.
Współpraca	Współpraca z innymi (np. pacjentami, rodzinami, świadczeniodawcami) w sposób promujący/zachęcający do wkładu każdej osoby w osiąganie optymalnych korzyści dla pacjenta/jego rodziny. Obejmuje pracę wewnątrz- i interdyscyplinarną ze współpracownikami i całą społecznością.
Poziom 1	Chęć do nauki, coachingu i/lub mentoringu; uczestniczy w spotkaniach zespołu i dyskusjach dotyczących opieki nad pacjentem i/lub zagadnień związanych z praktyką; otwarty na współpracę różnych członków zespołu
Poziom 3	Poszukuje możliwości uczenia się, coachingu i/lub mentoringu; pozyskuje porady i perspektywy innych; inicjuje i uczestniczy w spotkaniach zespołu i dyskusjach dotyczących opieki nad pacjentem i/lub zagadnień związanych z praktyką; rozpoznaje i sugeruje udział różnych członków zespołu
Poziom 5	Poszukuje możliwości nauczania, coachingu i mentoringu; ułatwia aktywne zaangażowanie i uzupełniający wkład innych osób w spotkania zespołu i dyskusje dotyczące opieki nad pacjentem i/lub zagadnień związanych z praktyką; angażuje/rekrutuje różnorodne zasoby, gdy jest to właściwe, aby zoptymalizować wyniki pacjentów
Systemy myślenia	Zasób wiedzy i narzędzi, które pozwalają pielęgniarce zarządzać wszelkimi zasobami środowiskowymi i systemowymi dostępnymi dla pacjenta/rodziny i personelu, w ramach lub pomiędzy systemami opieki zdrowotnej i poza opieką zdrowotną
Poziom 1	Używa ograniczonego zestawu strategii; ograniczony wygląd - widzi elementy lub komponenty; nie uznaje negocjacji jako alternatywy; widzi

	pacjenta i rodzinę w odizolowanym środowisku oddziału; postrzega siebie jako kluczowy zasób
Poziom 3	Opracowuje strategie w oparciu o potrzeby i mocne strony pacjenta/jego rodziny; jest w stanie wykonać połączenia w obrębie komponentów; widzi możliwość negocjacji, ale może nie mieć strategii;
Poziom 5	Rozwija, integruje i stosuje różnorodne strategie, które są napędzane potrzebami i mocnymi stronami pacjenta/rodziny; perspektywa globalna lub holistyczna - widzi raczej całość niż kawałki; wie, kiedy i jak negocjować i poruszać się po systemie w imieniu pacjentów i rodzin; przewiduje potrzeby pacjentów i rodzin w miarę przemieszczania się przez system opieki zdrowotnej; w razie potrzeby wykorzystuje niewykorzystane i alternatywne zasoby
Odpowiedź na różnorodność	Wrażliwość na rozpoznawanie, docenianie i włączanie różnic w świadczenie opieki. Różnice mogą obejmować między innymi różnice kulturowe, przekonania duchowe, płeć, rasę, pochodzenie etniczne, styl życia, status społeczno-ekonomiczny, wiek i wartości.
Poziom 1	Ocenia różnorodność kulturową; zapewnia opiekę w oparciu o własny system wierzeń; poznaje kulturę środowiska opieki zdrowotnej
Poziom 3	Pyta o różnice kulturowe i rozważa ich wpływ na opiekę; uwzględnia osobiste i zawodowe różnice w planie opieki; pomaga pacjentowi/rodzinie zrozumieć kulturę systemu opieki zdrowotnej
Poziom 5	Reaguje, przewiduje i integruje różnice kulturowe w opiece nad pacjentem/rodziną; docenia i uwzględnia w opiece różnice, w tym alternatywne terapie; dostosowuje kulturę opieki zdrowotnej, w miarę możliwości, do zróżnicowanych potrzeb i mocnych stron pacjenta/rodziny
Ułatwienie nauki	Możliwość ułatwienia nauki pacjentom/rodzinom, personelowi pielęgniarskiemu, innym członkom zespołu opieki zdrowotnej i społeczności. Obejmuje zarówno formalne, jak i nieformalne ułatwienia w nauce
Poziom 1	Podąża za planowanymi programami edukacyjnymi; postrzega edukację pacjenta/rodziny jako zadanie odrębne od świadczenia opieki; dostarcza dane bez starania się o ocenę gotowości lub zrozumienia pacjenta; ma ograniczoną wiedzę o całokształcie potrzeb edukacyjnych; skupia się na perspektywie pielęgniarki; postrzega pacjenta jako biernego odbiorcę
Poziom 3	Adaptuje zaplanowane programy edukacyjne; zaczyna rozpoznawać i integrować różne sposoby nauczania w świadczeniu opieki; włącza zrozumienie pacjenta do praktyki; dostrzega nakładanie się planów edukacyjnych z punktu widzenia różnych świadczeniodawców; zaczyna widzieć, że pacjent ma wkład w cele; zaczyna dostrzegać indywidualizm
Poziom 5	Kreatywnie modyfikuje lub rozwija programy edukacji pacjenta/rodziny; integruje edukację pacjenta/rodziny podczas świadczenia opieki; ocenia zrozumienie przez pacjenta poprzez obserwację zmian zachowania związanych z uczeniem się; potrafi współpracować i włączać plany wszystkich świadczeniodawców i planów edukacyjnych do programu edukacyjnego pacjenta/rodziny; wyznacza zorientowane na pacjenta

	cele edukacyjne; postrzega pacjenta/rodzinę jako osoby mające wybory i konsekwencje, które są negocjowane w związku z edukacją
Dochodzenie kliniczne (innowator/ewaluator)	Ciągły proces kwestionowania i oceny praktyki oraz zapewniania świadomej opieki. Tworzenie zmian w praktyce poprzez wykorzystanie badań i uczenie się przez doświadczenie.
Poziom 1	Przestrzega norm i wytycznych; wdraża zmiany kliniczne i praktyki oparte na badaniach opracowane przez innych; uznaje potrzebę dalszego uczenia się w celu poprawy opieki nad pacjentem; rozpoznaje oczywiste zmieniające się sytuacje pacjenta (np. pogorszenie, kryzys); potrzebuje i szuka pomocy w identyfikacji problemu pacjenta
Poziom 3	kwestionuje stosowność polityk i wytycznych; kwestionuje obecną praktykę; szuka porad, zasobów lub informacji w celu poprawy opieki nad pacjentem; zaczyna porównywać i kontrastować możliwe alternatywy
Poziom 5	Poprawia, odbiega od lub indywidualizuje standardy i wytyczne dla konkretnych sytuacji pacjentów lub populacji; kwestionuje i/lub ocenia obecną praktykę na podstawie odpowiedzi pacjentów, przeglądu literatury, badań i edukacji/nauki; zdobywa wiedzę i umiejętności potrzebne do rozwiązywania problemów pojawiających się w praktyce i poprawy opieki nad pacjentem; (Dziedziny oceny klinicznej i badania klinicznego zbiegają się na poziomie eksperckim; nie można ich rozdzielić)

Przykład:

Gdyby postać pacjenta była stabilny, ale nieprzewidywalna, minimalnie odporna i wrażliwa, podstawowe kompetencje pielęgniarki koncentrowałyby się na ocenie klinicznej i praktykach opiekuńczych (w tym czujność).

Gdyby postać pacjenta była podatna na zranienie, niezdolna do udziału w podejmowaniu decyzji i opiece, podstawowe kompetencje pielęgniarki skupiałyby się na rzecznictwie i moralności, współpracy i myśleniu systemowym.

Źródło: Kessinger, S., The AACN Synergy Model for Patient Care,dostępne nat: http://stephaniekessinger.weebly.com/uploads/4/8/4/5/48452649/synergymodelforpatientcare.pdf, dostęp 20 stycznia 2020