

Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci?

Contributi ed esperienze

Le strategie per organizzare l'assistenza

Il dibattito sui modelli organizzativi di erogazione delle cure infermieristiche è molto vivace sia in letteratura che tra gli infermieri del nostro Paese. Tuttavia, la terminologia utilizzata, talvolta importata da sistemi infermieristici di altri paesi, come ad esempio il *Primary Nursing*, oppure da linguaggi manageriali, come ad esempio lo *Shared Governance*, ostacola una comprensione approfondita della tematica. Neisner et al¹ in una revisione della letteratura sull'efficacia dei diversi modelli organizzativi, propone una distinzione tra i sistemi tradizionali e i nuovi modelli.

I sistemi organizzativi per l'erogazione dell'assistenza infermieristica sono centrati sui pazienti e i più descritti in letteratura sono: il *team/functional nursing* (assistenza per compiti/per piccole équipe), il *primary nursing* (assistenza con infermiere referente/responsabile), ed il *patient-focused care* (assistenza centrata sul paziente). Oltre a questi modelli che hanno avuto una funzione storica rilevante, negli ultimi dieci anni si sono sviluppati sistemi organizzativi centrati sui professionisti e sui rapporti tra professionisti e organizzazione. Questi modelli si differenziano da quelli tradizionali per una o più delle seguenti variabili:

- il grado di autonomia/tipologia di attività di ciascun infermiere, correlato al livello di formazione acquisito o all'esperienza maturata;

- il livello di autogestione degli infermieri o l'autonomia gestionale del coordinatore;
- il grado con cui viene sviluppata la gestione dei casi (case management);
- il grado di coinvolgimento dell'équipe.

I nuovi modelli sono stati sviluppati con l'obiettivo di aumentare la soddisfazione degli infermieri, trattenerli e produrre una maggiore efficienza; questi comprendono il *modello professionale, l'assistenza infermieristica differenziata, la gestione condivisa, l'assistenza infermieristica specializzata/esperta (advanced practice)* ed il *case management*.

Esistono numerose varianti nei modelli descritti che dipendono dai costi, dalla disponibilità di personale per ciascun ruolo, dai bisogni di assistenza dei pazienti e dalle preferenze dei singoli e dell'organizzazione. Pochi studi tuttavia, ne hanno esaminato l'efficacia. Molta letteratura, infatti, si limita a descrivere le esperienze, talvolta con risultati contraddittori. In particolare, non sembra esistere alcuna relazione tra modelli e soddisfazione del paziente, degli operatori, e riduzione degli eventi avversi. Va tuttavia riconosciuto che probabilmente l'utilizzo di un unico modello nelle organizzazioni complesse è poco efficace. Nella [Tabella 1](#) vengono definiti i principali modelli organizzativi e nella [Tabella 2](#) ne vengono messe a confronto le principali caratteristiche.

Paolo Barelli¹
Gloria Pallaro²
Serena Perli³
Silvia Strimmer⁴
Maria Luisa Zattoni⁵

¹Dirigente Servizio Infermieristico

Ospedale di Trento

²Coordinatrice Cardiologia Ospedale di Rovereto (Trento)

³Tutor e Docente Corso di Laurea in Infermieristica Università di Verona, Polo di Trento

⁴Infermiere Rianimazione Ospedale di Trento

⁵Coordinatrice Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale di Trento

Tabella 1 - Modelli organizzativi dell'assistenza e modelli di pratica professionale.

Care Delivery Models (Modelli di erogazione delle cure infermieristiche) centrata sull'assistenza diretta al paziente	Nursing Practice Models (Modelli di assistenza infermieristica) centrata sui professionisti
• Team/functional (assistenza per équipe/per compiti)	• Professional Nursing Practice (Modello Professionale)
• Primary Nursing (Infermiere referente/responsabile)	• Differentiated nursing practice (Assistenza infermieristica differenziata)
• Patient Focused Care (assistenza centrata sul paziente)	• Shared Governance (governo condiviso)**
	• Advanced Nursing Practice (Assistenza infermieristica specializzata/esperta)

Case Management (gestione dei casi)

**si rimanda a separazione della linea assistenziale da quella clinica, pg. 212

Tabella 2 - Griglia di comparazione dei modelli di erogazione e di pratica professionale.

Modelli di Erogazione	Responsabile delle decisioni assistenziali	Lavoro in base ai compiti o ai pazienti	Gestione della comunicazione sui pazienti	Decisioni accentrate o decentrate	Separazione della responsabilità organizzativa e assistenziale	Esiti sui pazienti	Impatto sulla soddisfazione del personale
Team/functional Nursing	Infermiere responsabile dell'attività assistenziale erogata ad un gruppo di pazienti	Lavoro in base ai compiti per un gruppo di pazienti	Di coordinamento e delega delle attività è l'infermiere	Decisioni accentrate nel team leader che è l'infermiere	Unificate nel team leader; ogni operatore è responsabile della propria attività	Rapporto costo efficacia: risultati contrastanti e poca generalizzabilità per limiti metodologici	Maggiore soddisfazione del personale e miglior tasso di permanenza degli infermieri con il primary nursing;
Primary Nursing	Primary nurse unico responsabile	In base ai pazienti	Gestita dal primary nurse	Decisioni accentrate	Condivide la responsabilità assistenziale con altri infermieri durante la sua assenza. Assume la responsabilità organizzativa	Maggiore qualità dell'assistenza con il primary nursing	
Patient Focused Care	Condivisa nel gruppo	Per gruppi di pazienti con la stessa tipologia di problema	Non dichiarata	Decisioni decentrate della organizzazione	Gli infermieri sono responsabili di terapia; riduzione dell'assistenza; non chiara la responsabilità assistenziale, sembra suddivisa nel gruppo.	Riduzione degli errori, del tempo di ricovero lavorativa degli infermieri	Risultati contrastanti per la soddisfazione lavorativa degli infermieri
Case management	Infermiere CM coordina le decisioni dei singoli "specialisti"	Centrata sui pazienti, su tipologie di percorsi di cura (critical path per l'area ospedaliera)	Non emerge chiaramente la modalità di comunicazione. Enfasi generica sulla collaborazione interdisciplinare	Decisioni prese all'interno del gruppo, con ruolo di coordinamento da parte dell'infermiere case manager	È prevalente l'aspetto organizzativo rispetto a quello clinico ma sono presenti entrambi	Riduzione di: • durata della degenza; • numero di ricoveri; • giorni di degenza; • costi Aumento della soddisfazione dei pazienti	Aumento della soddisfazione degli infermieri e dei medici
Differentiated nursing practice	Non viene definito, ma sembra esserci una responsabilizzazione progressiva legata alle competenze individuali (formazione + esperienza)	Non emerge	Non precisata	Non precisato	Il modello è centrato sulla divisione del lavoro in base alle competenze individuali	Aumento della soddisfazione dei pazienti; Minor durata della degenza; Minori costi	Soddisfazione invariata o aumentata
Shared Governance	Non emerge chi decide sul paziente, l'infermiere partecipa alle decisioni su ambiente di lavoro, sviluppo professionale	Non emerge	Non precisata	Decisioni partecipate e decentrate	Sembra esistere una separazione ma non è dichiarata o affrontata	Non ci sono studi	Risultati contrastanti: sembra che il senso di autonomia percepita si riduca col tempo
Advanced Nursing Practice	L'infermiere con competenze specializzate/esperte decide sul paziente	Non emerge	Non precisata	Non precisato	Non precisata	Riduzione di: • costi; • durata della degenza; • numero di indagini diagnostiche e procedure non necessarie Prevenzione delle complicanze	Migliora la collaborazione con i medici

1) Modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza

Modello di assistenza funzionale (Functional Nursing)

Si è affermato soprattutto durante la seconda guerra mondiale, in un periodo in cui mancavano gli infermieri. Questo modello assistenziale è centrato sul compito, non sul paziente. I compiti sono divisi tra gli infermieri, ed ogni infermiere è incaricato di un compito specifico: ad esempio, l'igiene ed il cambio delle medicazioni. In genere, un infermiere capo turno (o il coordinatore) assegna i compiti da eseguire in base alle qualifiche ed abilità. Gli infermieri in questo modo diventano molto competenti in quello che fanno². Gli svantaggi maggiori sono la mancata continuità assistenziale, l'assenza di una visione globale del paziente e la possibilità che l'assistenza possa diventare meccanica. In altre parole, un approccio focalizzato sul compito non assicura risposte continue e globali tra i turni. L'approccio orientato al compito ed una comunicazione inappropriata portano ad un'assistenza frammentata ed all'insoddisfazione del paziente.³

Modello di assistenza per equipe (Team Nursing)

Si è sviluppato negli anni '70 per affrontare la grave carenza di infermieri. Un infermiere qualificato ed esperto guida un'equipe composta da altri infermieri ed operatori di supporto. I membri dell'equipe assistono gruppi di pazienti sotto la direzione dell'infermiere capo equipe. L'equipe è composta prevalentemente da operatori di supporto: a questi ultimi vengono assegnati pazienti più che compiti specifici. L'infermiere capo equipe (o team leader) elabora i piani di assistenza, coordina il gruppo ma lavora anche sul paziente, risolve i problemi in collaborazione con i medici e altri operatori ed assiste l'equipe nel valutare l'efficacia dell'assistenza.

Il limite principale di questo modello è il tempo limitato che il capo equipe trascorre a diretto contatto con i pazienti. In base alla composizione dell'equipe (*staff mix*), un paziente può essere seguito poco da un infermiere esperto e gran parte dell'assistenza è affidata agli ope-

ratori di supporto. Se un infermiere non può eseguire una valutazione o non è coinvolto in decisioni cliniche importanti, si possono correre dei rischi. Se gli infermieri non sono assegnati sempre allo stesso gruppo di pazienti si può verificare una mancanza di continuità nell'assistenza.

Un vantaggio del modello per equipe è la collaborazione tra componenti del gruppo. Questo modello, inoltre, comporta un elevato livello di autonomia dell'infermiere capo equipe ed è un esempio di processo decisionale applicato alla clinica.⁴

Infermiere referente/responsabile (Primary nursing)

Il Primary nursing si è sviluppato a partire dagli anni settanta, come alternativa all'assistenza infermieristica di equipe o funzionale (per compiti) e come un modo per migliorare la qualità dell'assistenza e il livello professionale degli infermieri. Il Primary nursing è orientato alla continuità dell'assistenza. Anche altri infermieri possono essere responsabili dell'assistenza quando la Primary Nurse è assente, ma gli operatori di supporto generalmente non sono coinvolti.

Nel Primary nursing (PN) l'infermiere si assume la responsabilità di un certo numero di pazienti: seleziona quelli da assistere, valuta le loro necessità, stende un piano di assistenza e prescrive gli interventi infermieristici. Il modello consente la continuità assistenziale tra turni e può essere applicato a qualsiasi servizio sanitario. Quando l'infermiere referente non è di turno, gli infermieri seguono le indicazioni del piano, che viene via via ridefinito in base alle modificazioni delle condizioni cliniche. Una critica al Primary nursing è che non garantisce un buon rapporto costo-efficacia/efficienza: dove è stato applicato gli infermieri erogano tutta l'assistenza anche quella di base, perché non sono previsti operatori di supporto. L'assistenza prestata da un solo infermiere può ridurre i ritardi terapeutici, migliorare la collaborazione con altre figure professionali ed esaltare il rapporto paziente-infermiere. In questo modello, l'infermiere ha un elevato livello di autonomia, e miglior e collaborazione con i medici.

Gli studi sulla relazione tra primary nursing e qualità dell'assistenza hanno dato risultati contrastanti. Uno studio longitudinale durato 5 an-

ni e condotto alla fine degli anni '80 ha confrontato reparti organizzati con il modello primary nursing e con il team nursing. L'assistenza nei reparti con primary nursing era di qualità più elevata, gli infermieri erano più soddisfatti del lavoro, c'era minore turnover e costi più bassi per giornata di degenza.⁵

Uno studio britannico del 1996, ha indagato se i pazienti assistiti secondo il primary nursing riuscivano ad identificare un infermiere come il loro referente e erano, per questo, più soddisfatti.⁶ Sono state osservate differenze molto piccole per la percezione degli infermieri e degli operatori di supporto nel sostegno nel lavoro, supervisione, autonomia e pressione del lavoro a favore del primary nursing rispetto al team-nursing⁷.

Kangas et al.⁸ hanno esaminato tre ospedali dove si attuavano rispettivamente modelli di team nursing, case management e primary nursing senza osservare differenze nella soddisfazione degli infermieri e dei pazienti.

Assistenza centrata sul paziente (patient focused nursing)

Il modello di Assistenza centrata sul paziente è diventato popolare negli anni 90, era della reingegnerizzazione degli ospedali.⁹ Coinvolge un gruppo di operatori di diverse professionalità: obiettivo è quello di raggruppare i pazienti per gruppi omogenei, strutturare servizi in grado di dare risposte efficaci, decentrare le cure, delegare agli operatori le scelte e garantire continuità nell'assistenza.

I quattro principi guida del modello sono: semplificazione dei processi, raggruppamento omogeneo di pazienti, avvicinamento dei servizi ai pazienti e allargamento delle competenze del personale attraverso la formazione degli operatori. Questo modello è stato disegnato per migliorare la qualità dell'assistenza, creare un ambiente di lavoro attraente e che favorisca la permanenza degli operatori, e ridurre i costi.

L'assistenza centrata sul paziente riconosce esplicitamente l'importanza dei sistemi di supporto che comprendono: la distribuzione delle terapie direttamente dalla farmacia ai pazienti, sistemi che garantiscono la biancheria dalla lavanderia direttamente nelle stanze di degenza; oppure sistemi centralizzati di trasporto dei pazienti. Purtroppo quando questi servizi sono ina-

deguali, le risorse infermieristiche vengono utilizzate in modo inappropriato.¹⁰⁻¹¹

Le prime valutazioni dell'assistenza centrata sul paziente hanno documentato un aumento della soddisfazione fra gli infermieri, i pazienti ed i medici. Si è ridotto significativamente il tempo di accettazione per il ricovero da una media di 448 a una di 23 minuti. Occorre meno personale (riduzione del 9%), ma aumenta il tempo dedicato dagli infermieri all'assistenza diretta e diminuisce la durata della degenza.¹²

Uno studio successivo¹³ ha osservato alcuni esiti prima e dopo l'introduzione del modello di assistenza centrato sui pazienti: sono diminuiti gli errori di terapia ma non c'è stata nessuna differenza per le cadute, le lesioni da decubito e la soddisfazione dei pazienti, né un aumento di ore dedicate all'assistenza. In contrasto con i precedenti, questo studio ha anche rilevato un aumento nella insoddisfazione del lavoro fra gli infermieri, scarsa collaborazione fra i medici e i manager e minore soddisfazione anche tra il personale di supporto, che percepiva minor discrezionalità nel lavoro.

2) Modelli professionali

La relativa scarsità di ricerche sull'efficacia dei diversi modelli organizzativi, rende difficile capire quale scegliere. La modifica di numeri, tipologie, ruoli e collocazione degli operatori che erogano assistenza non sembrerebbe dare risultati migliori per gli esiti sui pazienti e sul personale.¹⁴

Gli studi più attuali hanno spostato l'attenzione sulla cultura degli ospedali e dei reparti, sulla composizione quali-quantitativa del gruppo assistenziale, sul ruolo dei manager.

Alcuni ricercatori ritengono che il coordinatore infermieristico del reparto o servizio abbia il più grosso impatto sul turnover di infermieri e che il rapporto tra i coordinatori e la loro equipe dovrebbe essere studiato come una strategia per trattenere gli infermieri in servizio. Da questo filone di studi è derivato un nuovo orientamento sui modelli orientati al professionista (*modelli professionali*) che stanno ricevendo la maggiore attenzione perché vengono utilizzati negli ospedali *magnete* (si rimanda a pag. 186), e sono basati su una filosofia comune: coinvolgere e condividere le

scelte con gli infermieri. Gli ospedali nei quali gli infermieri partecipano formalmente alle decisioni hanno meno carenza di infermieri ed un minor tasso di turn-over.¹⁵

Nursing case management (NCM)

Il nursing case management viene proposto per controllare i costi dell'assistenza migliorando la qualità attraverso una collaborazione interdisciplinare. Il NCM si orienta su una specifica popolazione di pazienti, che segue durante l'intero percorso di cura. In letteratura si trovano due categorie di NCM: quelle centrate sugli ospedali e quelle sul territorio. In ambito ospedaliero, il NCM garantisce la fluidità e continuità del percorso di cura dall'ingresso alla dimissione. Il NCM centrato sulla comunità, è stato sviluppato in risposta alla frammentazione dei servizi, anche per ridurre l'ospedalizzazione e le riammissioni. In ospedale l'infermiere agisce come tutore del paziente, ne valuta quotidianamente i progressi, modifica l'assistenza in base alla valutazione e prepara il paziente alla dimissione. Gli obiettivi del case management infermieristico includono: la riduzione della frammentazione delle cure, il miglioramento dell'autocura del paziente e della qualità di vita, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse e la riduzione dei costi.¹⁶

Seago⁹ nella sua revisione per valutare l'efficacia del case management su esiti clinici ed economici sottolinea come aumenta la soddisfazione degli infermieri, dei pazienti, dei medici e migliora la qualità dell'assistenza, si riduce la degenza e, di conseguenza, i costi. Nella sua revisione, cita uno studio su pazienti sottoposti ad intervento di protesi d'anca e con patologie polmonari, che ha documentato una riduzione della degenza rispettivamente di 2.1 e 3.5 giorni. Un altro studio che ha comparato più di 700 pazienti assistiti con case management dimostra una riduzione dei ricoveri (53 in meno), delle giornate di ricovero (895 in meno) e della durata della degenza (1.73 giorni più bassa) rispetto ai pazienti seguiti di routine.

Assistenza infermieristica differenziata in base alle competenze

Questo modello si basa sulla divisione del lavoro impostata per soddisfare i bisogni del pa-

ziente, garantire il valore della formazione complementare e dell'esperienza clinica, della collaborazione interdisciplinare e assicurare una differenziazione stipendiale in base al contributo di ciascun infermiere. Gli obiettivi di questo modello sono:

- assistenza infermieristica pertinente ai bisogni dei pazienti, erogata da infermieri competenti;
- uso efficace ed efficiente delle limitate risorse infermieristiche disponibili;
- equo compenso;
- progressione di carriera degli infermieri;
- lealtà verso l'azienda (senso di appartenenza all'azienda);
- prestigio della professione infermieristica.

Gli studi pubblicati riportano una migliore soddisfazione dei pazienti, una riduzione della durata della degenza e dei costi. La maggior parte degli autori riportano effetti positivi o assenza di differenze sulla soddisfazione degli infermieri¹⁷.

Governo condiviso (Shared governance)

Il governo condiviso è una filosofia resa popolare da O'Grady¹⁸: è stata studiata per creare strutture organizzative orientate a ridurre l'elevato turnover e l'insoddisfazione del personale infermieristico. Utilizza un approccio partecipato e decentrato. Il personale infermieristico partecipa alle decisioni che hanno un impatto sul lavoro, sull'ambiente organizzativo e sullo sviluppo professionale. Questo contrasta con la tradizionale forma di gestione gerarchica e burocratica dove un caposala pianifica, organizza e controlla la gestione dell'unità operativa e del personale. Le ricerche sull'efficacia di questo approccio danno risultati contrastanti: molti studi hanno documentato una maggiore soddisfazione degli infermieri, ma non è stato ancora valutato l'effetto a lungo termine della maggiore autonomia decisionale né l'impatto di questo modello sugli esiti clinici.⁹

Modelli di assistenza infermieristica specializzata/esperta (Advanced Practice Nursing)

I modelli di Advanced Nursing Practice (APN) si basano su infermieri esperti e con competenze cliniche specifiche (con un master).

L'infermiere clinico specializzato (CNS) lavora sia con i pazienti ambulatoriali che ricoverati. Le sue competenze "core" si basano sull'esperienza clinica, la collaborazione, la consulenza, l'educazione, la ricerca e le attività di gestione. Gli infermieri clinici specializzati sono impegnati per particolari tipologie di pazienti, in condizioni complicate, gravi o croniche. Quando i pazienti sono seguiti da questi infermieri, aumenta la qualità delle cure, si riducono i costi, la durata della degenza, il ricorso ai test diagnostici e a procedure non necessarie, si prevencono le complicanze e migliora la collaborazione con i medici.¹⁹

Dibattito critico

Anche se non è ancora possibile capire quale modello dia i migliori risultati, la revisione della letteratura suggerisce che:

- la qualità dell'assistenza ai pazienti si raggiunge in ambienti in cui c'è un elevato grado di soddisfazione di pazienti, medici e infermieri.
- negli ambienti con modelli assistenziali orientati alla presa in carico del paziente si percepiscono maggiore autonomia, controllo sulla pratica, soddisfazione sul lavoro degli infermieri, c'è meno turnover e migliori risultati sui pazienti.
- modelli di professionali innovativi quali l'introduzione di infermieri specializzati/esperti, case manager hanno un effetto su costi, soddisfazione del paziente e coordinamento dell'assistenza.

È importante continuare ad esaminare le relazioni fra numero di infermieri e qualità dell'assistenza. L'assistenza è più efficace se erogata da un gruppo la cui composizione varia in relazione ai bisogni del paziente, all'acuzie, alla tipologia dei casi. Un maggior numero di infermieri non è sempre la soluzione, ma esiste un'ampia evidenza che un adeguato numero di personale e una più ricca presenza infermieristica nella composizione dell'equipe hanno un effetto positivo sugli esiti dei pazienti e sulla soddisfazione sia dei pazienti che degli infermieri. Gli infermieri dirigenti devono conoscere le soglie sotto le quali la qualità dell'assistenza è inaccettabile o sopra le quali il miglioramento è limitato.

L'assistenza infermieristica in Italia è organizzata secondo modelli classici che responsabilizzano gli infermieri su gruppi di pazienti. Questo orientamento va arricchito con modelli più articolati. È necessario lavorare su due piani: capire come erogare meglio l'assistenza, e come organizzare i processi di lavoro di un reparto. Gli esiti misurati sono la soddisfazione del paziente, le cadute, le lesioni da decubito; i costi, l'efficienza (riduzione del tempo dedicato a particolari attività, ad esempio accettazione dei pazienti); la riduzione delle riammissioni, la soddisfazione e stabilità dell'equipe infermieristica. Il filo conduttore che emerge dalla sperimentazione di questi modelli è orientato a restituire agli infermieri *clinici* l'autorità di influenzare le decisioni, di condividere le logiche e priorità gestionali e di partecipare a pieno titolo alle scelte organizzative. Il dibattito professionale ed organizzativo in Italia, invece, tende ad essere concentrato a delineare livelli di coordinamento e direzione, di potere e di decisione, richiamando continuamente ad una struttura verticale di produzione delle decisioni. In letteratura non emerge un modello organizzativo esemplare verso cui orientarsi, ma piuttosto la ricerca e l'integrazione di diverse soluzioni adatte a quel contesto, a quei pazienti e gruppo infermieristico.

Suggerimenti per approfondire

PAROLE CHIAVE

Care Delivery Models, Nursing Practice Models, Team/functional, Primary Nursing, Patient Focused Care, Professional Nursing Practice, Differentiated nursing practice, Shared Governance, Advanced Nursing Practice.

Bibliografia

- 1 Neisner J, Brian R. Nurse staffing and care delivery models: a review of the evidence. Kaiser Permanent Institute for Health Policy, 2002.
- 2 Krapohl, G.L, Larson, E. The Impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. Nurs Econ 1996; 14: 99.

- 3 Archibong, U. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a nigerian study. *Issues and Innovations in Nursing Practice* 1999; 29:680-9.
- 4 Shukla, RK, Turner WE. Patients perception of care under primary and team nursing. *Res Nurs Health* 1984; 7:93-9.
- 5 Gardner KG, Tilbury M. A longitudinal cost analysis of primary nursing and team nursing. *Nur Econ* 1991; 9:97-104.
- 6 Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. The impact of primary nursing on patient satisfaction. *Nurs Times* 1996; 92(22):36-8.
- 7 Potter P, Barr N. Identifying nurse staffing and patient outcome relationships: a guide for change in care delivery. *Nurs Econ* 2003; 21:158-66.
- 8 Kangas S, Kee C, McKee-Waddle, R. Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *J Nurs Adm* 1999; 29:32-42.
- 9 McManus SM, Pearson JV. Nursing at a crossroads: managing without facts. *Health Care Manage Rev* 2003;18(1): 79.
- 10 Seago JA. Nurse staffing, models of care delivery, and interventions in evidence report/technology assessment No. 43. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. USA: AHRQ Publication No. 01-E058, 2003.
- 11 Moffitt GK, Daly PB, Tracey L, Galloway M, Tinstman TC. Patient-Focused care: key principles to restructuring. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38(4): 4.
- 12 Seago JA. Evaluation of a hospital work redesign: patient-focused care. *J Nurs Adm* 1999; 29(11):31-8.
- 13 Havens DS, Aiken LH. Shaping systems to promote desired outcomes: the Magnet Hospital Model. *J Nurs Adm* 1999; 29:14-20.
- 14 Lynn MR, Kelley B. Effects of case management on the nursing context-perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice. *Image J Nurs Sch* 1997; 29:237-41.
- 15 Baker CM. Differentiated nursing practice: assessing the state-of-the-science. *Nur Econ* 1997; 15:253.
- 16 Stumpf LR. A comparison of governance types and patient satisfaction outcomes. *J Nurs Adm* 2001; 31:196-202.
- 17 U.S Department of Health and Human Services. Federal Support for the Preparation of the Clinical Nurse Specialist Workforce Through Title VIII. USA, 1999.
- 18 O'Grady TP. Shared Governance implementation manual. St. Louis MO: Mosby Year Book, 1992.
- 19 Lynn MM, Achtmeyer C, Chavez C, Zicafoose B, Therien J. The evolving role of advanced practice nursing within the new veteran's health administration. *Health Care Manage Rev* 1999; 24(4): 80-93.