

SUMMER EDITORIAL

Family Nursing in Tertiary Care: History or the Promise of Things to Come?

In the past decade, nursing has been developing the necessary knowledge and expertise to move from nursing the patient-within-a family context to nursing the family. Just as family nursing is coming of age for the second time in this century (the turn of the century being the first), a revolutionary approach to health care services is sweeping the country, resulting in a radical restructuring of health services. In the imminent future, the tertiary care settings will house only the acutely ill, community health clinics, and extended care facilities. Whereas primary health care holds considerable promise for family nursing in the community, the same cannot be said with respect to tertiary care settings.

Despite the discipline's hard-won advances in establishing university education as the basis for nursing practice and family as the focus of care, there is clinical evidence of widespread reluctance to practise family nursing in tertiary care settings. It is argued that a family-oriented approach is more in keeping with the hospital's main mandate of treating acutely ill patients. Cost-cutting initiatives and a trend toward shorter lengths of stay in hospital appear to justify this line of reasoning. The question of who will truly benefit — the family or the administrative system — impels us to examine practice and administrative issues related to these two clinical perspectives.

Family nursing is embedded in a nursing legacy of community work, illness prevention, and health promotion. It is based on a premise that the "patient" is the family. Conversely, the community is thought to help shape the family's values and sense of connectedness with the "outside" world. Both family and community offer members a safe haven, and, sometimes, a stressful course. Although stressful situations may actually promote family development, they may result in family dysfunction and compromised levels of well-being, if improperly managed. In the past decade, the nursing profession has advanced its thinking about several family-related concepts through clinical research and clinical practice. And, unfettered by the constraints of traditional models of practice, yet consistent with government policies first articu-

lated by the Lalonde Report (1974), there is reason to believe that family nursing in the community will flourish.

Although family-oriented nursing acknowledges the family's need for "emotional support," medical information, and patient access, in practice there is very little nursing that involves any family perspective. This family-oriented approach has appeal precisely because it requires a minimal investment of the nurse's time, knowledge of family health, and clinical skills. Some nurse professionals argue that this is justifiable because the measurable benefits of family nursing *against cost* have yet to be determined. The intent to decrease the number of hospital beds and shorten length of stays also contributes to an impression that the nurse will have little time to develop family nursing. Rather than find alternative ways to realize our nursing obligation, which is to care for the patient and his or her family, we continue to yield to the powers that be. But what are the potential costs to family and their community?

There are at least two compelling reasons for supporting family nursing, rather than family-oriented nursing in tertiary care. First, there may be a greater need for family nursing due to the predicted increase in acuity levels of patients and the known stressful impact of hospitalization on the family as well as the patient. A hospitalization signifies, more and more, the human condition of suffering, pain, and potential loss for all family members. Shortened hospital stays do not reduce the meaning of the event for the patient and his or her family. An injury or illness may be of such consequence that sense of hope and purpose are altered forever. Consequently, a main goal of nursing in tertiary care is not just to facilitate the patient's physical recovery but to promote family strengths and coping skillfulness. Family nursing's unique contribution lies in its expert knowledge of the potential effects of transitional events on family functioning, learning, and, perhaps most essentially, the inner world of meanings, myths, and identity (Bruner, 1979). The potential benefits of family nursing may be discovered in families that have faced severe adversity yet are able to re-integrate successfully into the workplace and re-affirm their communal and familial relationships and responsibilities.

The second reason for supporting family nursing in tertiary care is based on knowledge that early detection and intervention facilitates the process of physical and psychological recovery. Expert theoretical and clinical knowledge of how families initially anticipate, respond to, and deal with stressful situations lies at the heart of helping families in crisis to make sense of traumatic events. A respectful clinical approach that does not include an exploration of patient and family feelings and

thoughts has little therapeutic value. More and more studies are demonstrating that physical recovery is a poor indicator of the individual's health status and that family health is a significant predictor of the patient's own recovery. What good is knowledge if we do not begin to use it to justify our clinical practice? In summary, a family-oriented approach not only perpetuates a traditional approach to health care but represents a failure of sorts to meet the expectations of the discipline for knowledge-driven practice.

The question then is how do we nurse families according to the expectations and requirements of our discipline in a medically driven setting. One possible response is to reconceptualize the *coordination and delivery* of family nursing, not the content of its clinical practice in these hospitals. One approach consistent with principles of prevention may be to integrate the nursing services of community and tertiary care. An obvious first step would be to strengthen family nursing expertise in the ambulatory services of hospitals. Ambulatory-based nurses could assess initial family concerns and help to identify those who would benefit from family nursing during a critical hospital stay. When the patient is ready for discharge, the ambulatory-based nurse could refer the family back to a community clinic or elect to follow the family who met a specific set of health-related criteria. Alternatively, family nurses from community clinics could follow their families throughout the hospitalization period. A strengthened professional collaboration between nurses from hospital units, ambulatory services, and community, around family assessment and clinical interventions, provides continuity of health service. Most importantly, we need to institute a family nursing service on hospital units that will ensure at a minimum that family concerns have been assessed and followed through in an appropriate manner. Perhaps we need to incorporate family support groups led by a clinical nurse specialist that are held at the families' convenience on the hospital unit.

In summary, exciting developments in health care pose several clinical challenges for the discipline — all of which, carefully considered, may provide just the impetus to fully realize family nursing on a broad scale. However, in the process of restructuring our tertiary care settings, we must be guided not only by the need to cut hospital costs but by the values and beliefs of our discipline. In addition, we must be faithful across all clinical situations to the principles of primary health care, alleged to be the principal force for change in Canadian health-care services.

Mary Grossman
Associate Editor

References

- Bruner, J. (1979). *On knowing*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pederson, A., O'Neill, M., & Rootman, I. (1994). *Health Promotion in Canada: Provincial, national, & international perspectives*. Toronto: Saunders.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux (1995). *The organization of health and social services on the island of Montreal*.

ÉDITORIAL DE L'ÉTÉ

Les Sciences infirmières de la famille entrent-elles dans l'histoire des soins tertiaires ou sont-elles la promesse de l'avenir ?

Dans la décennie passée, les sciences infirmières ont développé la connaissance et les compétences nécessaires pour passer des soins donnés au malade au sein de sa famille aux soins à la famille. Tout comme les sciences infirmières de la famille arrivent à maturité pour la deuxième fois dans ce siècle (la première fois étant au début du siècle), une méthode révolutionnaire appliquée aux services de santé conquiert le pays et entraîne une restructuration radicale des services de santé. Dans un futur proche, les établissements de soins tertiaires accueilleront seulement les malades pour de courts séjours; davantage d'argent sera alloué aux services ambulatoires, aux cliniques de services de santé communautaires et aux établissements de soins prolongés. Bien que les soins de santé primaires donnent de formidables espérances aux sciences infirmières de la famille dans la collectivité, on ne peut pas en dire autant des établissements de soins tertiaires.

En dépit des avancées durement acquises de la discipline dans l'élaboration d'un enseignement universitaires comme base pour la pratique des sciences infirmières et la famille comme point central des soins, il existe des preuves médicales d'une grande répugnance à pratiquer les sciences infirmières de la famille dans les établissements de soins tertiaires. On affirme qu'une méthode axée sur la famille s'accorde mieux avec la mission principale de l'hôpital concernant le traitement des personnes atteintes de maladies aiguës. Des initiatives pour la réduction des coûts et une tendance à des hospitalisations plus courtes semblent justifier ce type de raisonnement. La question de savoir qui bénéficiera vraiment, la famille ou le système administratif, nous oblige à examiner les questions de la pratique et de l'administration liées à ces deux perspectives médicales.

Les sciences infirmières de la famille font partie intégrante d'un héritage de sciences infirmières liées au travail communautaire, à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé. Elles sont

fondées sur le postulat que le « malade » est la famille. Réciproquement, on estime que la collectivité aide à modeler les valeurs de la famille et le sens de connexion avec le monde extérieur. La famille de même que la collectivité offrent à leurs membres un havre de sécurité et parfois un cours stressant. Même si les situations stressantes peuvent parfois aider au développement de la famille, elles peuvent, lorsqu'elles sont mal gérées, rendre la famille dysfonctionnelle et nuire à son bien-être. Durant la décennie passée, notre profession, grâce à la recherche et à la pratique médicales, a avancé dans sa réflexion sur différents concepts liés à la famille. Pourtant, libérées des contraintes des modèles de pratique traditionnels et cependant respectueuses des politiques gouvernementales d'abord exprimées par le rapport Lalonde (1974), il y a tout lieu de croire que les sciences infirmières de la famille dans la collectivité vont s'épanouir.

Bien que les sciences infirmières axées sur la famille reconnaissent que la famille a besoin de soutien affectif, de renseignements médicaux et d'accès au malade, dans la pratique, très peu de soins infirmiers impliquent une perspective familiale. Cette méthode axée sur la famille est intéressante précisément parce qu'elle exige peu d'investissement pour ce qui a trait au temps de l'infirmière, à la connaissance de l'état de santé de la famille et aux compétences médicales. Certains de nos professionnels estiment que cela se justifie, étant donnée que les bénéfices mesurables des sciences infirmières de la famille *par opposition aux coûts* restent à déterminer. Le projet de diminuer le nombre de lits d'hôpital et d'abrèger la durée des hospitalisations a également contribué à donner l'impression que les infirmières auront peu de temps à consacrer au développement des sciences infirmières de la famille. Au lieu de trouver des alternatives aux moyens de remplir nos obligations, à savoir prendre soin du malade *et* de sa famille, nous continuons de nous en remettre aux pouvoirs établis. Quels peuvent en être les coûts pour la famille et la collectivité ?

Deux raisons impérieuses au moins nous obligent à soutenir les sciences infirmières de la famille plutôt que les sciences infirmières axées sur la famille au niveau des soins tertiaires. D'abord, il se peut qu'il y ait un besoin plus grand de soins infirmiers à la famille à cause de l'augmentation prévue des maladies aiguës et de l'impact connu du stress de l'hospitalisation sur la famille autant que sur le malade. L'hospitalisation représente de plus en plus la condition humaine de la souffrance, de la douleur et de la perte éventuelle pour tous les membres de la famille. Les séjours plus brefs en hôpital ne réduisent pas la signification de l'événement pour le malade et sa famille. Une

blessure ou une maladie peuvent entraîner des conséquences telles que l'espérance et la résolution sont altérées à tout jamais. En conséquence, un des objectifs principaux des sciences infirmières en soins tertiaires ne consiste pas à seulement faciliter la guérison physique du malade mais à mettre en avant les forces de la famille et son aptitude à s'adapter. La contribution unique des sciences infirmières de la famille tient dans sa connaissance experte des effets éventuels d'événements de transition sur le fonctionnement de la famille, l'apprentissage et, peut-être plus fondamentalement, le monde intérieur des significations, des mythes et de l'identité (Bruner, 1979). On peut voir les bénéfices éventuels des soins infirmières à la famille dans des familles qui ont dû faire face à de graves malheurs et qui ont pu néanmoins réintégrer avec succès leur milieu de travail et réaffirmer leurs liens et leurs responsabilités au sein de la famille et de la collectivité.

La seconde bonne raison que l'on a de soutenir les sciences infirmières de la famille en soins tertiaires est fondée sur le fait que l'orsqu'on détecte précocement la maladie et que l'on intervient rapidement, cela facilite le processus de guérison physique et psychologique. Le véritable savoir, théorique et clinique, de la façon dont les familles prévoient les situations stressantes, y réagissent et les règlent, est au cœur de l'aide aux familles en crise afin de comprendre les événement traumatisants. La méthode clinique respectueuse mais qui ne tient pas compte des sentiments et des réflexions du malade et de sa famille n'a que peu de valeur thérapeutique. De plus en plus d'études montrent que la guérison physique est un piètre indicateur de l'état de santé de la personne et que la santé de la famille est un facteur de prédiction significatif de la guérison du malade. À quoi sert la connaissance si nous ne l'utilisons pas pour justifier notre pratique médicale ? En résumé, une méthode axée sur la famille ne perpétue pas seulement une approche traditionnelle aux soins de santé mais représente en quelque sorte un échec face aux attentes de la discipline pour une pratique guidée par la connaissance.

La question est alors de savoir comment s'occuper des familles selon les attentes et les exigences de notre discipline dans un environnement guidé par le fait médical. Une réponse possible est de conceptualiser de nouveau la *coordination* et la *prestation* de soins infirmiers à la famille et non pas le contenu des pratiques médicales dans ces hôpitaux. Une méthode, compatible avec les principes de la prévention, consisterait à intégrer les services de soins infirmiers de la collectivité aux soins tertiaires. La première étape évidente serait de renforcer les compétences des sciences infirmières de la famille dans les services ambu-

latoires des hôpitaux. Les infirmières en service ambulatoire pourraient procéder à l'évaluation des difficultés de la famille et aider à reconnaître les personnes qui bénéficieraient le plus de soins infirmiers à la famille au cours d'une hospitalisation particulièrement grave. Lorsqu'un malade est prêt à sortir de l'hôpital, l'infirmière en service ambulatoire pourrait aiguiller la famille vers une clinique communautaire ou bien choisir de faire le suivi de la famille qui a rempli une série de critères liés à la santé. Une autre alternative serait que les infirmières familiales des cliniques communautaires suivent leurs familles tout au long de l'hospitalisation. Une collaboration professionnelle renforcée entre les infirmières des hôpitaux, les services ambulatoires et la collectivité pour ce qui concerne l'évaluation de la famille et les interventions médicales offre une continuité dans les services de santé. Ce qui est le plus important, c'est que nous mettions en place des services de soins infirmiers à la famille dans les hôpitaux et que cela assure au moins que les difficultés de la famille seront évaluées et qu'on en fera le suivi de façon appropriée. Peut-être devrions-nous intégrer des groupes de soutien à la famille dirigés par une infirmière clinicienne spécialisée, groupes qui se réuniraient à l'hôpital lorsque cela convient à la famille.

En résumé, les formidables progrès en soins de santé mettent au défi sur le plan médical notre discipline. Tout bien considéré, cela pourrait donner son élan à la réalisation totale des soins infirmiers à la famille à grande échelle. Néanmoins, au cours du processus de restructuration de nos établissements de soins tertiaires, il nous faut être guidés non seulement par la nécessité de réduire les coûts dans les hôpitaux mais également par les valeurs et les convictions de notre discipline. Enfin, dans toutes les situations médicales, nous devons rester fidèles aux principes de soins de santé primaires qui sont considérés comme la principale force de changement dans les services de santé canadiens.

Mary Grossman
Redactrice adjointe

Références

- Bruner, J. (1979). *On knowing*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Pederson, A., O'Neill, M., & Rootman, I. (1994). *Health Promotion in Canada : Provincial, national, & international perspectives*. Toronto : Saunders.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux (1995). *The organization of health and social services on the island of Montreal*.