

WINTER EDITORIAL

Changes in Acute Care: Questions in Need of Answers

While the field of acute care is diverse, it can be conceptualized by a number of shared characteristics. Generally speaking, acute care deals with the assessment and treatment of sudden and unexpected illnesses or injuries. These events tend to be life-threatening and accompanied by severe pain. They may be characterized either as discrete or episodic events. Not surprisingly, the primary health objective is to save the patient's life. Consequently the field of acute care has depended on the advanced technologies and clinical expertise of tertiary care settings.

Dramatic changes in the health care system underscore the fact that acute care as we have known it is being revolutionized. Two trends in particular have the potential of threatening the health of families and communities; namely, early hospital discharge and reliance on families and local community clinics for the convalescence period. We use the word "potential" because of the paucity of research into their effects on the patient, family, and health care system.

The shifts from hospital to home care, from professional caregiving to family caregiving, have occurred at an unprecedented rate and have caught both the family and the community off-guard and ill-equipped to handle the demands of caring for the acutely ill patient at home. Patients are often discharged home in unstable conditions and require complex treatments. Most families lack the experience, knowledge, and specialized skills to care for their family member with confidence. What we often fail to appreciate is that many families have themselves been traumatized by the acute care episode and are in need of help.

Many of today's families lack the structure to support a caregiving role. Prior to the industrial revolution, the care of the ill fell to families. With the industrial revolution hospitals gradually assumed more responsibility for the care of the acutely ill. However, the family continued to play a major role. In fact, the traditional family structure enabled families to assume the responsibility of the care of its ill members. Even with the two-adult nuclear family with its clearly delineated roles that ascribed to women the roles of homemakers and care providers along with an extended family who often lived in close proximity, the emo-

tional and financial burdens of caring for an ill member were enormous. Medicare was created to ease these burdens.

Unlike the family of yesteryear, today's family is at a great disadvantage. Many family structures are not resilient enough to absorb the strain of caring for an ill member. Mobility has weakened families' support network and many families find themselves bereft of a social network that can be counted upon to provide sustained help. Moreover, many women are unprepared to assume the role of care provider given their many other roles and responsibilities. In addition, this generation has come to expect that care for the ill is primarily the responsibility of professionals and institutions and find themselves inadequately prepared to assume the role of caregiver. They have also come to expect miracles from medical science and feel entitled to the very best and the very latest treatments and care. Furthermore, many communities lack the needed type of services, the appropriate personnel, and the financial resources to deal with the increased demands for service.

In order for nurses to meet the new clinical challenges brought about by shifts in health care, we need to reorient our research. Up until now, the major focus of our research of acute care has centred on the patient in hospital. Yet this orientation, although still important, is no longer sufficient to guide practice decisions, shape health care services, and influence policy. We need to ask ourselves such questions as: "What type of knowledge and clinical skills are required to nurse patients with higher acuity levels in hospital and at home?" "What is the impact of the acute event and the patient's illness on caregiver's health, psychological well-being, coping processes, and level of functioning in the short and long-terms?" "What are the indicators of a family's readiness to assume the caregiving role?" "What happens to patients and families during the transition phase from tertiary care to home care?" "What type of services do families need and from whom?" "What nursing strategies are most effective in supporting patients and families to cope with different phases of the acute event?" "What is the profile of families who can best benefit from nursing care?" "What type of health services do patients and families require during different points in the convalescent trajectory?" "What is the role of nursing within a collaborative framework of multidisciplinary practice?" "What are the indicators that nursing has made a difference to patient and family outcomes?"

The profession that has knowledge of patients' and families' needs will not only find itself in a strong position to meet the many challenges of the new health care system but will also be in a unique position to influence its direction. The right type of knowledge is dependent on asking the right set of questions. We believe that nursing has been asking the right questions. Now what we need to do is to find the answers.

**Mary Grossman
and Laurie N. Gottlieb
Editors**

ÉDITORIAL D'HIVER

Les changements dans les soins aigus : Des questions en mal de réponses

Le domaine des soins aigus est diversifié, pourtant, un certain nombre de caractéristiques communes permet leur conceptualisation. D'une manière générale, les soins aigus signifient l'évaluation et le traitement de maladies ou de blessures soudaines et inattendues. Celles-ci mettent souvent la vie de la personne en danger et sont assorties de douleurs intenses. On peut les décrire comme des événements discrets ou épisodiques. Bien évidemment, le principal objectif est de sauver la vie du malade. En conséquence, le domaine des soins aigus s'est mis à dépendre des technologies de pointe et des compétences cliniques des établissements de soins tertiaires.

Les changements radicaux au sein de l'infrastructure sanitaire mettent en évidence le fait que les soins aigus tels que nous les avons connus sont en pleine révolution. Deux tendances en particulier peuvent éventuellement menacer la santé des familles et des collectivités, à savoir, les sorties précoces de l'hôpital et la façon dont on se fie aux familles et aux centres locaux de services communautaires pour les périodes de convalescence. Nous mentionnons «l'éventualité» car les études concernant leurs effets sur le malade, sa famille et l'infrastructure sanitaire sont quasiment inexistantes.

La transition des soins en hôpital en soins à domicile, et des soins prodigués par des professionnels en soins prodigués par la famille s'est faite très rapidement; elle a pris au dépourvu autant les familles que la collectivité et les a laissées désarmées face aux exigences des personnes souffrant d'affections aiguës. On donne souvent congé aux malades alors qu'ils sont encore fragiles et ont besoin de traitements complexes. La plupart des familles manque d'expérience, de connaissances et de compétences spéciales pour prendre soin de leur proche en toute confiance. Bien souvent, nous ne remarquons pas que de nombreuses familles ont été traumatisées par une période de soins aigus et qu'elles ont besoin d'aide.

De nos jours, bien des familles n'ont pas la structure qui leur permettrait de tenir leur rôle de soignantes. Avant la révolution indus-

truelle, il incombait aux familles de prendre soin de leurs malades. Grâce à celle-ci, les hôpitaux se sont mis à assumer la responsabilité des soins aux personnes gravement malades. Cependant, la famille ne cessait de jouer un rôle important. En effet, la structure traditionnelle de celle-ci lui permettait d'assumer la responsabilité des soins à tous ses membres. Malgré la famille nucléaire composée de deux adultes dont les rôles clairement définis attribuaient aux femmes celui de maîtresse de maison et de soignante, souvent avec la famille étendue vivant à proximité, la charge affective et financière des soins aux malades était énorme. *Medicare* a été créé pour alléger ce fardeau.

Contrairement à la famille d'antan, celle d'aujourd'hui est en position de faiblesse. De nombreuses structures familiales ne sont pas assez résistantes pour supporter les tensions qu'entraînent les soins à un malade. La mobilité a affaibli les réseaux de soutien familial et nombreuses sont les familles qui se trouvent privées d'un réseau social sur lequel elles peuvent compter pour leur apporter un soutien prolongé. De plus, bien des femmes ne sont pas prêtes à assumer un rôle de soignantes, étant donné leurs nombreux autres rôles et responsabilités. D'autre part, la génération actuelle s'attend à ce que les soins aux malades soient la responsabilité surtout des professionnels et des établissements, et elle se trouve mal préparée pour assumer le rôle de soignant. On s'attend également à ce que les sciences médicales fassent des miracles et on estime avoir droit aux meilleurs traitements et aux soins les plus modernes. Beaucoup de collectivités n'ont ni les services nécessaires, ni le personnel adéquat, ni les ressources financières pour gérer les demandes de services en hausse.

Pour que les infirmières puissent relever les nouveaux défis cliniques qu'entraînent les changements dans les soins sanitaires, nous devons réorienter notre recherche. Jusqu'à maintenant, nous avons concentré celle-ci sur les soins aigus offerts au malade à l'hôpital. Cependant, cette orientation, bien qu'elle ait son importance, n'est plus suffisante pour guider les décisions pratiques, façonner les services de soins sanitaires et influencer les politiques. Nous devons nous poser les questions suivantes : *Quelles connaissances et compétences cliniques nous faut-il pour prendre soin de malades dont le niveau d'acuité est plus élevé, en hôpital et à domicile ? Quel est l'effet de l'accident grave ou de la maladie sur la santé du soignant, son bien-être psychologique, ses mécanismes d'adaptation et sa manière de fonctionner, à court et à long terme ? Qu'est-ce qui indique qu'une famille est prête à assumer un rôle de soignant ? Qu'arrive-t-il aux malades et aux familles durant la période de transition des soins tertiaires aux soins à domicile ? De quel genre de services ont besoin les familles, et qui peut les leur offrir ? Quelles stratégies de soins infirmiers sont les plus efficaces pour*

soutenir les malades et leur famille, et les aider à faire face aux diverses phases de l'accident ? Quel est le profil de la famille qui peut tirer le meilleur profit de soins infirmiers ? De quels services sanitaires ont besoin les malades et les familles au cours des différentes périodes de la convalescence ? Quel est le rôle des sciences infirmières dans un cadre de collaboration d'une pratique pluridisciplinaire ? Qu'est-ce qui indique que les soins infirmiers ont modifié les résultats sur le malade et la famille ?

La profession qui est consciente des besoins des malades et de leur famille ne se trouvera pas seulement dans une position de force pour relever les nombreux défis de la nouvelle infrastructure sanitaire mais sera également dans une position unique pour influencer son orientation. La connaissance appropriée dépend du fait que l'on pose les bonnes questions. Nous croyons que les sciences infirmières posent les bonnes questions. Ce qu'il faut maintenant, c'est obtenir les bonnes réponses.

Mary Grossman
et Laurie N. Gottlieb
Rédactrices