



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DEJAVNIKI POVEZANI Z MEDPOKLICNIM
SODELOVANJEM NA PODROČJU DELA
INTENZIVNE TERAPIJE**

**FACTORS CONNECTED TO
INTERPROFESSIONAL COLLABORATION
IN INTENSIVE THERAPY**

Diplomsko delo

Mentorica: Katja Vrankar, pred.

Kandidat: David Kern

Jesenice, februar, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Katji Vrankar, pred. za strokovno pomoč in usmeritve pri pisanju diplomskega dela.

Najlepša hvala tudi lektorici Nini Klemenčič za vmesne popravke.

Recenzentki Zdenki Kramar, pred. bi se rad zahvalil za končne popravke in usmeritve pri diplomskemu delu.

Na koncu bi se rad zahvalil družini in vsem prijateljem, ki so me spodbujali in mi dajali motivacijo v času študija in izdelave diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Dobri odnosi med osebjem v Enoti intenzivne terapije so pomembni, saj z njimi povečamo zadovoljstvo in zdravstveno oskrbo pacientov. Namen diplomskega dela je ugotoviti vpliv posameznih dejavnikov na stopnjo kakovosti sodelovanja med člani zdravstvenega tima v Enoti intenzivne terapije, s poudarkom na zdravnikih in medicinskih sestrah.

Metoda: Izveden je bil sistematični pregled domače in tuje literature v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL in COBISS. Uporabili smo omejitvene kriterije, da literatura ni bila starejša od 10 let, pregledali smo strokovne in znanstvene članke dostopne s celotnim besedilom v angleškem in slovenskem jeziku. V bazi podatkov PubMed, CINAHL in COBISS smo pri kombiniranju ključnih besed uporabili Boolove operatorje: AND, OR. V Obzorniku zdravstvene nege pa teh Boolovih operatorjev nismo uporabili. Pregled zadetkov smo prikazali s PRIZMA diagramom. Prikazali smo, kako smo prišli do končnega števila zadetkov, glede na ključne besede in relevantnosti vsebine člankov, dobljenih v različnih podatkovnih bazah.

Rezultati: V končni pregled je bilo od 900 zadetkov vključenih 21 člankov. Po pregledani vsebini literature smo oblikovali dve kategoriji: Vloga dejavnikov, ki vplivajo na medpoklicno sodelovanje na področju dela intenzivne terapije (podkategorije: komunikacija, svojci, empatija, timsko delo in sodelovanje, stres in izgorelost ter konflikti) in učinkoviti pristopi za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja.

Razprava: Kvaliteta timskega sodelovanja je odvisna predvsem od dobre komunikacije v timu, saj je to eden glavnih dejavnikov sporazumevanja, posledično pa se s tem izboljša tudi zdravljenje in počutje pacientov. V nasprotnem primeru, kadar ni timskega dela, to lahko privede to nezadovoljstva med zdravstvenimi delavci, do povečanega stresa in izgorelosti. Zato so na tem področju zelo pomembna redna izobraževanja, ki se jih morajo udeleževati vsi zaposleni.

Ključne besede: intenzivna terapija, komunikacija, timsko delo, multidisciplinarnost

SUMMARY

Background: Positive staff relations in intensive care units are important because they increase patient satisfaction and the quality of health care provision. The purpose of this thesis was to investigate multidisciplinary collaboration in intensive care units and to make recommendations for high-quality evidence-based practice.

Methods: A systematic review of Slovenian and foreign literature was performed in PubMed, CINAHL, and COBISS databases. The following filtering search criteria were employed: sources written in 2009 or later, full-text articles, and articles written in English and Slovenian. We only searched for professional and scientific articles. The following Boolean operators were used in PubMed, CINAHL and COBISS databases: AND, OR; however, they were not used when searching the Slovenian Nursing Review database. An overview of the results was presented in a PRISMA diagram, showing how we obtained the final number of hits based on the keywords and content relevance of articles from different databases.

Results: Out of the total 900 hits, 21 articles were included in the final review. After a substantive review of retrieved literature, two categories were formed: 1) the role of factors influencing interprofessional collaboration in intensive care units (subcategories: communication, relatives, empathy, teamwork and collaboration, stress, burnout and conflict), and 2) effective approaches to improving interprofessional collaboration.

Discussion: The quality of collaboration between health team members depends primarily on good communication; this is also one of the main factors improving health outcomes and the wellbeing of patients. Lack of teamwork can lead to dissatisfaction among healthcare professionals, resulting in increased stress and burnout. Therefore, continuous education in this field is very important and should be mandatory for all health team members.

Key words: intensive care unit, communication, teamwork, interprofessional teams

KAZALO

1	UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA.....	1
2	EMPIRIČNI DEL	8
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	8
2.3.1	Metode pregleda literature.....	8
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	9
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature.....	10
2.4	REZULTATI.....	11
2.4.1.	PRIZMA diagram.....	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	11
2.5	RAZPRAVA.....	19
2.5.1	Omejitve raziskave.....	29
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	29
3	ZAKLJUČEK	31
4	LITERATURA.....	32

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram	11
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	9
Tabela 2: Ocena kakovosti dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	17

SEZNAM OKRAJŠAV

EIT - Enota intenzivne terapije

1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Enota intenzivne terapije je posebej organizirana in opremljena enota v bolnišnicah, specializirana posebej za oskrbo pacientov, ki so v kritičnem stanju. Na oddelku je omogočeno nepretrgano opazovanje pacienta, spremljanje življenjskih funkcij na monitorju in specifično zdravljenje (Hribar & Doberšek, 2009; Mavsar Najdenov, 2011). Van Aken in sodelavci (2011) navajajo, da je EIT edinstvena v tem, da obravnava najbolj resne bolezni in poškodbe pacientov na vseh področjih medicine. Hribar in Doberšek (2009) poudarjata, da je v enoti intenzivne terapije pomembna dobra organizacija in prostorska postavitve, zato naj bi bilo na oddelku vsaj 6 in ne več kot 20 postelj, zasedenost le-teh pa ne sme biti več kot 75 % zaradi nujnih sprejemov pacientov. V Sloveniji so enote intenzivne terapije razdeljene na dve kategoriji. Kategorija A obsega zdravljenje življenjsko ogroženih pacientov, ki imajo odpoved enega ali več organskih sistemov. Kategorija B pa obsega zdravljenje pacientov, ki niso življenjsko ogroženi, ampak potrebujejo stalen nadzor zdravstvenega osebja zaradi prenehanja delovanja organa oz. celotnega sistema (Robin, 2014).

Včasih je za pacienta skrbela ena sama oseba, danes pa ima to vlogo več zdravstvenih in drugih sodelavcev (Voga & Podsedenšek, 2010). Kokalj in Kokalj (2010) navajata, da zdravljenje pacientov v Enoti intenzivne terapije obsega sodelovanje osebja z različnimi sposobnostmi, znanjem in prakso iz določenega področja, kar zelo vpliva na izid zdravljenja življenjsko ogroženega pacienta. Zdravljenje, ki se zaključi uspešno in s čim manj zapleti, je glavni cilj zdravstvenega tima različnih strok, kjer ima vsak nalogo opraviti delo, za katerega ima ustrezne kompetence in formalno izobrazbo (Goričan, 2013). Karajić (2013) je mnenja, da mora biti vsak zdravstveni delavec brezhiben in učinkovit, če si želimo da bo zdravstveni tim deloval kakovostno. Medpoklicno sodelovanje je smiselno takrat, kadar en zdravstveni delavec ni zmožen samostojno opraviti naloge in je potrebna pomoč iz različnih strok. Uspešen zdravstveni tim sestavljajo specializirane osebe različnih področij, z namenom obravnavanja istega primera z različnih vidikov in stremjenja k skupnim ciljem. Vsi zdravstveni delavci pa se morajo zavedati, da brez sodelovanja, skupnih ciljev in potrpežljivosti, ni mogoče doseči vrhunskih rezultatov (Zaletel Kragelj & Pahor, 2011). Njihovo delovanje temelji

na psihoterapevtskem in medpoklicnem pristopu, ki pacientom omogoča vsestransko obravnavo (Voga & Podsedenšek, 2010).

V Enoti intenzivne terapije paciente vsak dan spremlja osebje različnih strok. Negovalni tim sestavljajo diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so poleg ostalih zdravstvenih strokovnjakov kot so zdravniki, dietetičar, socialni delavec in fizioterapevti del zdravstvenega tima. Poleg njih so vključeni tudi kurirji, bolniške strežnice, in tehnična služba, ki nudijo podporo v okviru svojih kompetenc (Cerović, 2009; Hribar & Doberšek, 2009; Ručigaj, 2017). Vsak član zdravstvenega tima ima svoje naloge, za katere je specializiran, da zadovolji potrebe pacientov (Karajić, 2013). Pri oskrbi pacienta se mora enakovredno upoštevati vsakega člana zdravstvenega tima, saj ima vsak raznolike izkušnje, moč in znanje, kljub temu pa imajo vsi enake vrednote za boljšo obravnavo kritično bolnega (Karajić, 2013). Zato je naloga timskega dela usklajevanje več različnih mnenj, za pridobitev najboljše rešitve. V timskem delu se je potrebno naučiti reševanja konfliktov, medsebojnega sodelovanja, zaupanja in vzdrževanja dobrih medsebojnih odnosov (Prebil, et al., 2009). Voga in Podsedenšek (2010, pp. 76–77) v svojem članku navajata prednosti in slabosti timskega dela. Pod prednosti spadajo: *»boljša kakovost in učinkovitost dela, boljši rezultati dela, manj napak pri delu, zmanjšani škodljivi vplivi preutrujenosti, večje zadovoljstvo pri delu, zadovoljstvo članov zdravstvenega tima, prispevek znanja posameznikov, demokratično vodenje in pripadnost timu«*. Na drugi strani pa navedeta kar nekaj slabosti, kot so: *»prevelika individualnost in tekmovalnost, kulturne in verske razlike, različni načini in načela zdravljenja in zdravstvene nege, prevlada člana v diskusiji, možni konflikti med člani in razpršena odgovornost«*.

Voga in Podsedenšek (2010) nadalje navajata, da je pomembno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima, ki skrbi za pacienta, in da delovanje zdravstvenega tima ni uspešno brez vodje. Naloga vodje je podpora vseh članov pri vključevanju v timsko delo in motivacija, da stremijo k skupnim ciljem. Spodbujanje dela v zdravstvenem timu je namreč ključnega pomena za Enoto intenzivne terapije, kjer je takšno delo zelo pomembno za izvedbo kakovostne in varne obravnave pacienta (Karajić, 2013). Poleg spodbujanja k samostojnemu delu v Enoti intenzivne terapije Stegnar in sodelavci (2016)

razlagajo, da mora imeti vodja veliko strokovnosti in znanja iz stroke zdravstvene nege. Odgovoren je za dodatna izobraževanja zaposlenih, s katerimi ti pridobijo dodatna znanja na tem področju in s tem povečajo kakovost dela.

Kramar (2011b) in Lipovšek (2009) menita, da zdravstveno osebje, ki se nenehno izobražuje, pridobi znanje na področju kritičnega razmišljanja, sposobnosti hitrega reševanja novonastalih sprememb in nevarnih stanj pri pacientih. Zato je po njunem mnenju tako pomembna izobrazba, saj delo medicinske sestre zahteva nenehno izobraževanje, ki vodi k izboljšanju kakovosti dela in večji profesionalnosti, prav tako pa s tem medicinska sestra dobi več odgovornosti. V zdravstvu so najbolj številčne medicinske sestre in zdravniki, ki morajo med seboj profesionalno sodelovati. Od njihovega sodelovanja je namreč odvisen uspeh zdravljenja pri pacientih. V Enoti intenzivne terapije je njihovo sodelovanje še toliko pomembnejše (Leban & Drev, 2011).

Med pogoje za dobro sodelovanje posameznika v EIT sodi tudi samozavestnost vsakega posameznika, zmožnost dobrega komuniciranja in poslušanja (Leban & Drev, 2011).

Zahtevnost zdravstvene nege, ki se zdravijo v EIT je izjemno visoka. Pacienti potrebujejo zahtevne negovalne in diagnostično terapevtske posege. Delo v EIT zahteva visoko raven znanja, izkušenj, spretnosti in pazljivosti, s tem pa ustvariti okolje, da je kritično bolnim zagotovljena ustrezna oskrba (Hribar in Doberšek, 2009).

Medicinske sestre pa na podlagi negovalnih diagnoz sistematično obravnavajo pacienta. Skrb ohranjanja optimalnih vitalnih funkcij je zagotovo ena najpomembnejših aktivnosti zdravstvene nege, kjer je potreben stalen nadzor pacienta, aplikacija zdravil, vzdrževanje prostih dihalnih poti in pomoč pri terapevtskih in diagnostičnih posegih (Simonič, 2016). Za približen čas, ki ga uporabimo za zdravstveno nego pacienta si pomagamo z vrednotenjem zahtevnosti zdravstvene nege, bolj natančno kategorizacijo pacientov. Tukaj paciente razvrščamo v štiri kategorije od najmanj zahtevnih do najzahtevnejših, ki potrebujejo neprestano pomoč (Luzar Hozjan & Svilar, 2016). V prvo kategorijo prištevamo paciente, ki so samostojni in potrebujejo nadzor in spodbudo ter zahtevajo minimalno zdravstveno nego. Druga kategorija obsega paciente, ki potrebujejo delno

pomoč medicinskih sester pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, v tretjo kategorijo uvrščamo popolnoma odvisne paciente pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in nenehno opazovanje vitalnih funkcij. Najzahtevnejši pacienti, uvrščeni v četrto kategorijo potrebujejo popolno oskrbo pri izvajanju osnovnih življenjskih funkcij, stalen nadzor, redne odvzeme vzorcev za preiskave, poleg tega pa se uporabljajo aparature za podporo ene ali več vitalnih funkcij (Robin, 2014).

Nurseslabs (2014) povzema mnenje Virginije Henderson, ki trdi, da je edinstvena vloga medicinske sestre pomoč posamezniku, bolnemu ali zdravemu pri izvajanju tistih aktivnosti, ki temeljno prispevajo k zdravju, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta izvajal brez pomoči, če bi imel dovolj moči, volje ali znanja.

V EIT je medicinska sestra zadolžena za zadovoljevanje temeljnih življenjskih aktivnosti in izdelavo načrta zdravstvene nege, ki obsega vse aktivnosti in potrebe za učinkovito zdravstveno obravnavo. Pri tem mora medicinska sestra upoštevati tiste negovalne diagnoze, ki opredeljujejo timsko delo in predhodno analizirane zbrane podatke (Indihar, 2015). Enako misli tudi Kramar (2011a, str. 4) v svoji raziskavi: »Vloga medicinske sestre in zdravstvene nege pri zdravstveni obravnavi življenjsko ogroženega pacienta je podpora načrtu zdravljenja, iz katerega je razvidno, da je vloga medicinske sestre v EIT odvisna in samostojna funkcija.«

Upoštevati moramo tudi pravočasno ugotovitev nepričakovanih dogodkov, pravilno reakcijo, informiranje zdravnika ter reševanje nastale situacije po njegovih navodilih (Ručigaj, 2017).

Empatičen odnos pri pogovoru s pacientom je zagotovo ena izmed najpomembnejših sposobnosti medicinske sestre. Le-ta se mora znati postaviti v pacientov položaj in se osredotočiti na pacienta samega. Zdravstvena nega v sodobnem času se namreč prepogosto osredotoča samo na zdravljenje, pri tem pa se pozablja na ustrezno komunikacijo. Pacient je v središču oskrbe, zato mora medicinska sestra poskrbeti, da je slišan (Janežič & Kokalj, 2011). Raziskava Handberg in Voss (2017) navaja, da je pri pacientih s funkcionalno motnjo govora večje tveganje zdravljenja in rehabilitacije, prav

tako so izpostavljeni večjemu številu napak in slabšim rezultatom zdravljenja. Komunikacija z intubiranim pacientom je otežena, namreč pacienti niso sposobni izražati svojega mnenja, vplivati na lastno zdravljenje in komunicirati s svojci in člani zdravstvenega tima v EIT.

Mušič (2012) ugotavlja, da je v zdravstvenem timu komunikacija bistvenega pomena za izmenjavo pomembnih informacij. Prednosti kakovostne komunikacije so večje zadovoljstvo pacientov in zaposlenih, izboljša se kakovost dela, čas uresničevanja ciljev se skrajša in reševanje konfliktov je hitrejše. Spodbujanje medsebojne komunikacije in sodelovanje v posameznih enotah je pozitivna strategija, ki bo prinesla izboljšano kakovostno oskrbo, varnost pacientov in pozitivne izide zdravljenja. Zdravstvene organizacije se morajo osredotočiti na metode, ki ustvarjajo dobro medsebojno sodelovanje (Rose, 2011). Pri tem je zelo pomembna tudi kakovostna predaja pacientov (Voga & Podsedenshek, 2010), katere cilj je, posredovati natančne informacije o zdravljenju pacienta, njegovem trenutnem stanju ter pričakovanih in pred kratkim nastalih problemih (Kramar, 2009). Predaja mora zajemati vse informacije o pacientovem stanju ter nadaljnja opravila, ki jih mora zdravstveni tim izpolniti v naslednji izmeni. Tam, kjer je prvi tim končal, nadaljuje naslednji tim. Vsi skupaj morajo medsebojno sodelovati, navaja Voga & Podsedenshek (2010), kajti vsaka napaka je lahko vzrok za nepopravljive posledice pri zdravstveni oskrbi. Peče (2018) navaja, da poznamo več vrst predaj pacienta in sicer iz ene bolnišnice v drugo, iz oddelka na oddelku ter predaja informacij na enem oddelku med člani zdravstvenega tima. Informacije o stanju pacienta se prenašajo preko ustne komunikacije, računalniške tehnologije ali pisnih dokumentov. Najpogostejše so medpoklicne predaje v obliki kratkega posveta, ki jih največkrat zasledimo med zdravniki in medicinskimi sestrami. Predaja pacienta v EIT je zanesljiva in natančna predaja informacij o končanih intervencijah, ki so nastale v času ene izmene. Vodi k višji stopnji varnosti in je bistvenega pomena za kvalitetno zdravstveno oskrbo. Celovita predaja pacienta zavzema njegovo trenutno stanje, načrt zdravstvene nege, potek zdravljenja in zaporedje intervencij zdravstvenih delavcev. Posebno dokumentacijo, kot je klinična pot in odpustnica, uporabljamo pri predajah med bolnišnicami, domovih starejših občanov in drugimi zdravstvenimi zavodi (Kramar, 2009).

Zelo pomembno vlogo ima tudi zgodnja vključitev svojcev, da medicinska sestra tudi njih pripravi na pacientovo okrevanje na domu ter s tem olajša delo patronažni medicinski sestri (Kern, 2018). Skupaj s pacientom se učijo veščin za nadaljevanje zdravljenja, z namenom zmanjševanja fizične in čustvene obremenitve obojih (Roljič, 2012). Prav tako je pomembno, da imata tako zdravnik kot tudi medicinska sestra ustrezna znanja o empatičnem odnosu s svojci (Grošelj, et al., 2013). V teh trenutkih je ključnega pomena uporaba empatije, komunikacije na profesionalnem nivoju in pozitivno okolje. Pri uspešni pripravi svojcev imajo pomembno vlogo medicinske sestre, zaposlene v EIT, ki morajo znati prisluhniti in nuditi zanesljive informacije glede zdravstvene nege (Roljič, 2012). Pomanjkljivost, ki zmanjšuje zaupanje družinskih članov je, da dobivajo pacientove zdravstvene informacije od različnih zdravnikov, namesto samo od enega, saj le-to vodi k zmedenosti. Prav tako je neprijetno in hkrati neustrezno deljenje informacij ob pacientovi postelji, kjer so prisotni še ostali pacienti. Avtorji raziskave na Pojskem, Basinska in sodelavci (2011), poudarjajo, da bi morali zdravstveni delavci s svojci govoriti v posebej temu namenjenemu prostoru. Oliver in Kemp (2019) v svoji raziskavi ugotavlja manjšo stopnjo hrupa in večjo stopnjo zasebnosti v eno posteljnih sobah, kot pa v skupinski sobi, kjer je postelj več. Varnost pacientov se je povečala, posledično tudi zadovoljstvo medicinskih sester, oteženo pa je bilo sodelovanje med zdravstvenimi delavci. Huffines in sodelavci (2013) v raziskavi navajajo zelo velik vpliv sodelovanja med zdravstvenimi delavci in svojci pri zdravstvenih odločitvah in negovalnih intervencijah. Ustrezno informiran in poučen svojec pridobi zaupanje v zdravstveno osebje in izvedene intervencije, če pa pri tem lahko sodeluje in soodloča, se zaupanje in zadovoljstvo še povečata (Hasse, 2013).

Ručigaj (2017) navaja, da je ključnega pomena za uspešno obravnavo pacienta medsebojno sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev v zdravstvenem timu. Prav tako je pomembna dobra organizacija dela, ki vodi k izboljšanju zadovoljstva pacientov in njihovih družinskih članov.

Vse več se v EIT pojavlja nesorazmernost med številom zdravstvenih delavcev in njihovim obsegom dela, saj se le-to povečuje, kar pripomore k večjemu stresu in izgorelosti na delovnem mestu (Goričan, 2013), zato je v EIT potrebno sodelovanje

strokovnjakov različnih področij in je timsko delo ključnega pomena. V diplomski nalogi nas je zanimalo, kateri dejavniki vplivajo na kakovostno medpoklicno sodelovanje.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo uporabili sistematični pregled strokovne in znanstvene literature v angleškem in slovenskem jeziku.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti vpliv posameznih dejavnikov na stopnjo kakovosti sodelovanja med člani zdravstvenega tima v EIT, s poudarkom na zdravnike in medicinske sestre.

Cilji diplomskega dela:

- Ugotoviti pomen komunikacije na področju dela intenzivne terapije
- Ugotoviti dejavnike, ki so povezani z medpoklicnim sodelovanjem na področju dela intenzivne terapije

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je pomen komunikacije na področju dela intenzivne terapije?
- Kateri dejavniki so povezani z medpoklicnim sodelovanjem na področju dela intenzivne terapije

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izvedli smo sistematičen pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Pregledali smo strokovno in znanstveno literaturo domačega in tujega strokovnega ter znanstvenega področja. Ustrezne članke smo analizirali. Za iskanje tuje literature smo

uporabili podatkovne baze kot so: PubMed, CINAHL. Slovenske vire smo iskali v spletnemu bibliografskemu sistemu virtualne knjižnice Slovenije COBISS. V obeh primerih smo uporabili naslednje omejitvene kriterije, obdobje objave literature (2009-20019), literatura v angleškem ali slovenskem jeziku, strokovni in znanstveni recenzirani članki s prosto dostopnim polnim besedilom v PDF obliki.

Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju literature v angleškem jeziku so: intenzive care unit, communication, team work, interprofessional teams in v slovenskem jeziku: intenzivna terapija, komunikacija, timsko delo, multidisciplinarnost. V bazi podatkov PubMed, CINAHL in COBISS smo pri kombiniranju ključnih besed uporabili Boolove operatorje: AND, OR.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pri iskanju zadetkov smo v podatkovnih bazah dobili skupaj $n=900$ zadetkov. Po uporabi iskalnih meril v polnem besedilu je izpolnjevalo $n=235$ zadetkov. S podrobnejšim pregledom naslovov in izvlečkov se je število zmanjšalo na potencialnih $n=41$ zadetkov, za končni pregled pa smo vključili $n=21$ člankov, ki so ustrezali vsem kriterijem.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	team work AND critical care AND communication	529	13
CINAHL	team work AND critical care AND communication	359	7
COBISS	Timsko delo, intenzivna enota	12	1
SKUPAJ	/	900	21

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Za obdelavo podatkov pregleda literature smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij, ki nam je v pomoč pri nadaljnji analizi besedila, tako smo neustrezne članke izločili, ustrezne pa smo s pomočjo kodiranja združili v kategorije. S pomočjo kodiranja podatkov smo zmanjšali obseg podatkov in povezavo med razdrobljenim pomenom raziskovalne tematike v vsebinsko in pomensko zaključeno celoto (Vogrinc, 2008).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Po opisu kakovosti pregleda literature smo upoštevali hierarhijo dokazov v znanstveno raziskovalnem delu po avtorjih Polit & Beck (2008), ki razvrščata sedem nivojev hierarhije dokazov (tabela 2). Pri podrobni analizi literature smo prišli do zaključka, da večina zadetkov ustreza nivojem 4 in 6. Glede na slabo kakovost literature smo eno raziskavo uvrstili na nivo 2, kar pregled literature dvigne na višjo raven.

Tabela 2: Ocena kakovosti dokazov

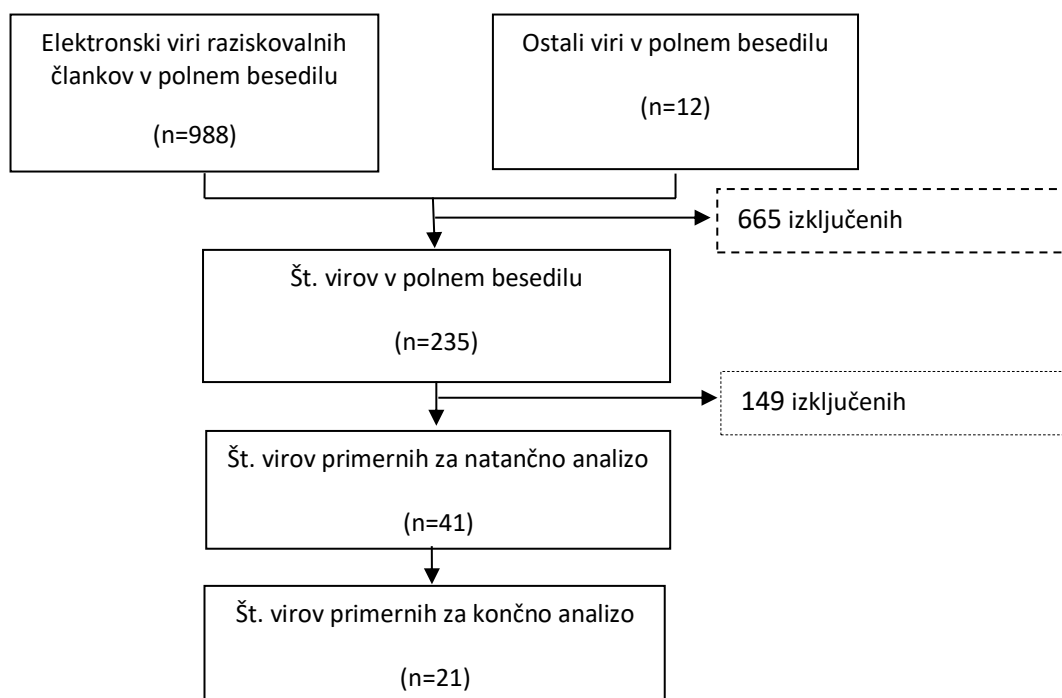
Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0 Sistematični pregled nerandomiziranih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije Število vključenih strokovnih besedil = 1
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 6 Mešane raziskave = 1
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij Število vključenih strokovnih besedil = 1
Nivo 6	Kvalitativno zasnovane študije Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju = 7 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 4 Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: opisna raziskava = 1
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih strokovnih besedil = 0

Vir: Polit & Beck (2008)

2.4 REZULTATI

2.4.1. PRIZMA diagram

Pregled zadetkov smo prikazali s PRIZMA diagramom. Z diagramom smo prikazali, kako smo prišli do končnega števila zadetkov, glede na ključne besede in relevantnosti vsebine člankov, dobljenih v različnih podatkovnih bazah. Iskanje v podatkovnih bazah brez omejitvenih kriterijev nam je ponudilo $n=900$ zadetkov, nato je bilo z omejitvenimi kriteriji izključenih $n=665$ zadetkov, ki smo jih podrobneje analizirali in na koncu dobili končno število $n=21$ ustreznih zadetkov za analizo (slika 1).



Slika 1: PRIZMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje ključne ugotovitve raziskane literature. Rezultate smo razčlenili na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, namen, vzorec in ključna spoznanja.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
Arnold, et al.	2015	Kvalitativna raziskava, pridobivanje podatkov s pomočjo delavnice	Namen študije je razviti delavnico za usposabljanje, ki temelji na izboljšanju komunikacijskih sposobnosti v zdravstvenem timu.	38 zdravstvenih sodelavcev razdeljenih v manjše skupine je sodelovalo v tri dnevnu programu.	Tri dnevni program je izboljšal komunikacijske veščine med zdravstvenimi delavci in svojci.
Ballangrud, et al.	2014	Kvalitativna opisna raziskava, individualni intervju	Opisati zaznavanje medicinskih sester v Enoti intenzivne terapije, kako usposabljanja vplivajo na grajenje pacientove varnosti.	18 medicinskih sester, zaposlenih na sedmih oddelkih intenzivne terapije.	Usposabljanja povečajo zavedanje klinične prakse in potrjujejo pomembnost dela v timu.
Bjurling-Sjöberg, et al.	2017	Fokusna skupina in študija primera	Opisati in pojasniti timsko delo in dejavnike, ki vplivajo na procese v vsakdanji praksi v Enoti intenzivne terapije z vidika zdravstvenega osebja.	Anketiranih 38 oseb, med katere spadajo diplomirane medicinske sestre, anesteziologi in en individualni intervju s fizioterapevtom.	Raziskava je pokazala, da je učinkovitost skupinskega dela nihala na podlagi nekaterih okoliščin, pod katere spada delovna obremenitev, odnosi med zaposlenimi in različen nivo izobrazbe zdravstvenih delavcev.
Carlson, et al.	2015	Kvantitativna opazovalna panelna raziskava	Raziskati čustven odziv na travmatični stres, povezave med stisko družine in zadovoljstvom z vidika oskrbe v Enoti intenzivne terapije.	29 družinskih članov travmatoloških pacientov, ki so ostali na oddelku.	Stiska svojcev ni imela nobenega vpliva na visoko zadovoljstvo družinskih članov. Večje razumevanje učinka travmatičnega stresa na družinske člane lahko pomaga zdravstvenemu osebju pri izboljšanju komunikacije in zadovoljstva družinskih članov, ki so v stiski.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
Coombs	2017	Kvalitativna opisna raziskava, fokusna skupina	Preučiti vzroke in posledice moralne stiske pri zaposlenih v Enoti intenzivne terapije.	Sodelovalo je 56 zaposlenih v Enoti intenzivne terapije.	Zaskrbljenost glede ponujene oskrbe, komunikacije glede zagotavljanja oskrbe in razpoložljivost podpore in virov osebju, so ključna vprašanja, ki povzročajo moralno stisko.
Dahlke, et al.	2018	Kvalitativna etnografska raziskava, strukturiran intervju	Cilj študije je preučiti naravo timskega dela in njegov vpliv na učinkovitost.	22 zaposlenih v zdravstvenem in negovalnem timu v dveh zdravstvenih enotah.	Udeleženci navajajo, da dobri medsebojni odnosi vplivajo na zagotavljanje zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu.
Dietz, et al.	2014	Kvalitativno zasnovane študije: fokusna skupina	Obravnavajo, kaj vemo o tiskem delu, nalogah skupine in strategijah za izboljšanje skupin v intenzivnih enotah.	Analiza in pregled literature.	Naloga skupine mora vključevati enotno oblikovanje strategij in ciljev. Usposabljanja in oblikovanje skupin so najkvalitetnejša orodja za izboljšave.
Doede, et al.	2017	Kvalitativna opisna raziskava	Študija prikazuje, kako vpliva delo na medicinske sestre v eni skupni sobi na intenzivnem oddelku novorojenčkov.	Analiza in pregled literature.	Delo v skupni sobi ima tako prednosti kot slabosti. Ugotovljeno je bilo, da se mora v teh sobah uvesti točno določena pravila za dobro sodelovanje med medicinskimi sestrami.
Evangelista, et al.	2016	Kvalitativna opisna raziskava, delno strukturiran intervju	Razumeti pomen zdravstvene oskrbe v Enoti intenzivne terapije glede na izkušnje multidisciplinarnega tima.	Izvedenih je 24 intervjujev s strokovnjaki zdravstvenega tima.	Za dobro zdravstveno oskrbo je potrebna učinkovita komunikacija, timsko delo, empatija, edinstvenost in celovitost.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
Flannery, et al.	2015	Kvalitativna in kvantitativna raziskava	Kritično preučiti odločanje ob koncu življenja pacienta med zdravniki in medicinskimi sestrami.	Analiza in kritični pregled literature.	Največji izzivi se pojavljajo pri dvoumnosti vlog, težavah v komunikaciji, neodločenosti glede neustreznega zdravljenja in začetku razprav ob koncu življenja.
Galletta, et al.	2014	Kvalitativna raziskava, krajši vprašalnik	Cilj te študije je analizirati, kako delovno okolje medicinskih sester vpliva na identifikacijo in predanost medicinskih sester.	222 medicinskih sester iz 12-ih oddelkov intenzivne terapije iz štirih italijanskih mestnih bolnišnic.	Rezultati kažejo, da so značilnosti dela v zdravstveni negi neposredno povezane z zavezanostjo ekipe, in da so značilnosti zdravstvenega varstva in odnos med člani tima pogojeni z zadovoljstvom pri delu.
Gohery & Meaney	2013	Fenomenološki raziskovalni pristop s pol strukturiranimi intervjuji	Raziskati izkušnje medicinskih sester, ki se iz različnih oddelkov premestijo v Enoto intenzivne terapije.	9 medicinskih sester.	Ugotovitve raziskave so pokazale, da medicinske sestre, doživljajo različne občutke in čustva, ki se zaradi nezadostnih znanj in spretnosti kažejo ob začetku dela v Enoti intenzivne terapije. Za izboljšanje tega procesa prehoda je potrebno več izobraževanja in podpore.
Guirardello	2017	Navzkrižna kvalitativna raziskava	Oceniti doživetje zdravstvenega tima glede prakse kritične oskrbe in odnosu do kakovosti oskrbe in izgorelosti.	114 zdravstvenih delavcev iz oddelka intenzivne terapije v učni bolnišnici.	Osebjem, ki je pokazalo večjo samostojnost, dobre medsebojne odnose in boljši nadzor, je izkazovalo nižji nivo izgorelosti.
Handberg & Voss	2017	Kvalitativna raziskava, skupinski	Namen raziskave je bil opisati perspektive zdravstvenih	10 skupinskih intervjujev na petih različnih oddelkih	Pomankanje sposobnosti komuniciranja postavlja paciente v

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
		intervju in študija primera	delavcev za skrb intubiranih pacientov.	intenzivne terapije.	večje tveganje za slabše zdravljenje.
Krpič, et al.	2012	Kvantitativna metoda zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika	Namen raziskave je ugotoviti pomen timskega dela med zaposlenimi v Enoti intenzivne terapije.	5 diplomiranih medicinskih sester, dva zdravnika in trije tehniki zdravstvene nege v Enoti intenzivne terapije Splošne bolnišnice Murska Sobota.	V raziskavi je bilo ugotovljeno, da so zaupanje med zaposlenimi, uspešno komuniciranje ter takojšnje reševanje nesoglasij in konfliktov, nujno za kvalitetno delo na oddelkih intenzivne terapije. Timsko delo pripomore k uspešnemu in hitremu reševanju nalog in zapletov.
Longhmani, et al.	2014	Kvalitativna raziskava, intervju	Pokazati posrednike in ovire, ki vplivajo na vlogo komunikacije med iranskimi medicinskimi sestrami in družinskimi člani.	8 medicinskih sester in 10 družin pacientov v Enoti intenzivne terapije v bolnišnici v Iranu.	Dejavniki za izboljšanje komunikacije so obsegali duhovno oskrbo, čustveno podporo, sodelovanje, obveščanje, posvetovanje in ovire, ki so bile v nesoglasju glede oskrbe, dela in pacientovih težav.
Reader, et al.	2009	Kvalitativna raziskava	Namen je raziskati timsko delo in njegove prednosti za paciente v Enoti intenzivne terapije in raziskati nova spoznanja o spretnostih za učinkovito delo.	Analiza in pregled literature.	Učinkovito timsko delo se kaže kot ključno za zagotavljanje optimalne oskrbe pacientov na oddelku. Zlasti ima vodstvo ekipe bistven pomen za vodenje zaposlenih v intenzivni enoti.
Shandal, et al.	2013	Opazovalna študija primera, intervju	Študija je namenjena opisu izvajanja usposabljanja medicinskih ekip in učinkovitosti tega programa na	152 zaposlenih v Enoti intenzivne terapije v univerzitetni	V intervjujih je bilo ugotovljeno, da je usposabljanje povečalo ozaveščenost glede pomembnosti učinkovite

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
			medprofesionalno delo v Enoti intenzivne terapije.	bolnišnici na Švedskem.	komunikacije za boljšo varnost pacienta.
Slatore, et al.	2012	Kvalitativna etnografska raziskava, polstrukturiran intervju	Analizirati vlogo in preference medicinskih sester pri komuniciranju v Enoti intenzivne terapije.	53 intervjujev z 33 medicinskimi sestrami v Enoti intenzivne terapije v bolnišnici za veterane v Portlandu.	Medicinske sestre so potrdile pomen sodelovanja, odgovornosti in terapevtskega sodelovanja. Potrebna pa bo še nadgradnja komunikacije za boljšo osredotočenost na pacienta.
Wujtewicz, et al.	2015	Kvantitativna opazovalna raziskava	Konflikti na oddelkih intenzivne terapije so skupni in zadevajo vse poklicne skupine, paciente in njihove družine. Namen je ugotoviti kateri so najpogostejši razlogi za nastanek konfliktov.	323 oddelkov intenzivne terapije iz 24 držav.	Glavni vzroki konfliktov so: nezadovoljivo, kakovost zagotovljenih informacij in neustrezen pristop k pacientu.
Yoo, et al.	2014	Retrospektivna kohortna raziskava	Raziskava se navezuje na preiskovanje povezav med oskrbo multidisciplinarnega tima in preživetjem pacientov v Enoti intenzivne terapije.	60.330 pacientov iz 181 bolnišnic.	Rezultati prikazujejo, da naj bi oskrba multidisciplinarnega tima izboljšala rezultate kritično bolnih pacientov. Prav tako ni bilo opaženih nobenih povezav med oskrbo multidisciplinarnega tima in umrljivostjo.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
Vloga dejavnikov, ki vplivajo na medpoklicno sodelovanje na področju dela intenzivne terapije	Komunikacija	Vsi zaposleni – primerna komunikacija – nebesedna komunikacija – vključevanje čustev – aktivno poslušanje – spoštovanje – hitro reševanje konfliktov – odprta in pozitivni pomen – vpliva na izid zdravljenja – komunikacija s sorodniki	Handberg & Voss, 2017; Krpič, et al., 2012; Reader, et al., 2009; Evangelista, et al., 2016; Dahlke, et al., 2018; Yoo, et al., 2014; Wujtewicz, et al., 2015
		Število kod = 10	
	Svojci	Posvetovanje z družino – preprečevanje posledic bolezni – zdravniki – vključitev svojcev vpliva na uspešnost zdravljenja	Longhmani, et al., 2014; Carlson, et al., 2015
		Število kod = 4	
	Empatija	Vključitev v občutke – uresničevanje potreb – ohranjanje upanja	Galletta, et al., 2014; Longhmani, et al., 2014; Evangelista, et al., 2016; Slatore, et al., 2012
		Število kod = 3	
	Timsko delo in sodelovanje	Sistematično reševanje problemov – manj stresa – skupno odločanje – nižja stopnja smrtnosti – deljenje odgovornosti – skupni cilji – varnost pacientov – nehierarhična struktura – zmanjšuje stopnjo izgorelosti	Krpič, et al., 2012; Reader, et al., 2009; Galletta, et al., 2014; Bjurling-Sjoberg, et al., 2017; Yoo, et al., 2014; Dahlke, et al., 2018; Dietz, et al., 2014; Sandahl, et al., 2013; Slatore, et al., 2012; Flannery, et al., 2015

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
		Število kod = 9	
	Stres in izgorelost	Kvaliteta dela – napake medicinskih sester - slaba komunikacija – mirno okolje – povečana odgovornost – določanje prednosti skrbi	Guirardello, 2017; Longhmani, et al., 2014; Ballangrud, et al., 2014; Coombs, 2017; Doede, et al., 2017; Gohery & Meaney, 2013
		Število kod = 6	
	Konflikti	Resne posledice – nesporazum – vzpostavitev novih odnosov – vzroki konfliktov	Wujtewicz, et al., 2015; Ballangrud, et al., 2014
		Število kod = 4	
Učinkoviti pristopi za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja	/	Komunikacijski tečaj – simulacijsko usposabljanje – vodstvo ekip – malo prostora za napake – povečana samoučinkovitost - izobraževanja – računalniško informacijski sistem – organizacijska klima – povečanje identifikacije – novi člani tima - tehnologija	Arnold, et al., 2015; Ballangrud, et al., 2014; Dietz, et al., 2014; Sandahl, et al., 2013; Gohery & Meaney, 2013; Galletta, et al., 2014; Krpič, et al., 2012; Dahlke, et al., 2018; Longhmani, et al., 2014
		Število kod = 11	

2.5 RAZPRAVA

S pomočjo pregleda literature v slovenskem in angleškem jeziku smo dosegli namen diplomske naloge.

Glede prvega raziskovalnega vprašanja smo ugotovili, da je stopnja kakovosti sodelovanja zaposlenih na področjih dela intenzivne terapije največkrat pogojena z različnimi dejavniki, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene nege in zadovoljstvo pacientov (Krpič, et al., 2012). Pregled literature je bil narejen z namenom ugotovitve vpliva posameznih dejavnikov na stopnjo kakovosti sodelovanja med člani zdravstvenega tima v EIT, s poudarkom na zdravnike in medicinske sestre.

Dejavnike, ki se navezujejo na medpoklicno sodelovanje, so v svoji raziskavi Krpič in sodelavci (2012) razvrstili v osem podkategorij: komunikacija, empatija, timsko delo, sodelovanje, svojci, stres, konflikti in izboljšave. Ob tem Guirardello (2017) dodaja šest glavnih standardov za vzpostavitev in ohranitev zdravega delovnega okolja: komunikacijske spretnosti, sodelovanje med člani skupine, učinkovite odločitve medicinskih sester, ustrezno število strokovnjakov, priznanje za prispevek medicinskih sester in učinkovito vodenje glavnih medicinskih sester.

Vodilne medicinske sestre so zadolžene za zadovoljstvo zaposlenih in za spodbujanje zaposlenih za nadaljnje šolanje ter boljšo zaposlitev (Dahlke, et al., 2018). Prav tako mora vodja poslušati in upoštevati podrejene glede sprejemanja pomembnejših odločitev, opravljati pasivno vlogo pri tistem delu, ki ga zaposleni radi opravljajo ter pomagati pri nalogah, ki so bolj zapletene. Poleg tega, da podrejenim določi jasne cilje glede nadaljnjega dela in odgovornosti ter jim nudi podporo pri opravljanju le tega, si mora vodja vzeti tudi čas za pogovor z zaposlenimi (Krpič, et al., 2012). Ena izmed ključnih nalog vodij medicinskih sester je prav spodbujanje odprte komunikacije in reševanje konfliktov med člani negovalnega tima (Dahlke, et al., 2018).

Včasih je bila ustrezna komunikacija na oddelku naloga logopeda, saj to spada pod njihovo poklicno področje. Danes sta funkcionalni govor in skrb za primerno

komunikacijo nalogi vseh zaposlenih v Enoti intenzivne terapije. Pri tem velja omeniti, da imajo medicinske sestre največ stika s pacientom, s tem pa tudi največ priložnosti za komunikacijo. Zdravniki s pacienti komunicirajo predvsem pri postavljanju diagnoz in izvedbi zdravljenja, terapevti pa ustrezen kontakt poiščejo med procesom rehabilitacije (Handberg & Voss, 2017). Evangelista in sodelavci (2016) navajajo, da morajo medicinske sestre po svojih najboljših močeh posvetiti dovolj časa komunikaciji s pacientom. Zdravstveni delavci velikokrat zaradi zdravstvenega procesa in papirjev, pozabijo na čas s pacientom, ki včasih bolj kot jutranjo nego in zdravila potrebujejo minuto za pogovor.

Krpič in sodelavci (2012) prav tako poudarjajo pomen nenehne komunikacije med zaposlenimi v EIT. Ob tem dodajajo, da je v komunikaciji izrednega pomena tudi neverbalna komunikacija, s katero »v govor vpletemo:

- samonadzor - sposobnost usmerjanja in nadzorovanja svojega čustvenega stanja,
- samozavedanje - poznavanje samega sebe in svojih čustev,
- motivacijo - usmerjanje svojih čustev za doseganje zastavljenih ciljev,
- empatijo - zaznavanje in branje čustev drugih,
- družabne veščine - odnosi z drugimi in vpliv na druge ljudi« (Krpič, et al., 2012, p. 274).

Reader in sodelavci (2009) navajajo, da veliko zdravnikov poroča o zelo pozitivnih zaznavah komunikacijske odprtosti med medicinskimi sestrami in zdravniki. Rezultati raziskave Evangelista in sodelavci (2016) poudarjajo, da zavzetost zdravstvenih delavcev za učinkovito komunikacijo in aktivno poslušanje, bistveno pripomore k doseganju ciljev, vključenih v komunikacijski proces.

Raziskavi Dahlke in sodelavci (2018) ter Evangelista in sodelavci (2016) opisujejo komunikacijo kot ključen element timskega dela. Ob tem dodajajo, da naj bi komunikacija delovala »kot lepilo, ki povezuje vse ostale procese timskega dela«. Prav uporaba ustrezne komunikacije, zaupanje med člani tima in takojšnje reševanje medsebojnih konfliktov pripomorejo h kakovostnejšemu in hitrejšemu delu v Enoti intenzivne terapije (Krpič, et al., 2012). Spoštljiv komunikacijski odnos in vzajemnost sta pomembna dejavnika, ki vplivata na zdravje zaposlenih v zdravstveni negi, kar

dopolnjuje ugotovitve, da sta za dobro timsko delo pomembni ne le ustrezna koordinacija in vodenje, ampak tudi pripravljenost na pogajanje in učinkovito reševanje težav (Dahlke, et al., 2018). Vseeno pa lahko opazimo napake v komunikaciji, ki se največkrat dogajajo med opravljanjem rutinskega dela, predajami pacientov in v konfliktnih situacijah. Dietz in sodelavci (2014) navajajo, pomembnost kakovostne predaje pacientov med zdravniki in medicinskimi sestrami. Obojestranska izmenjava informacij o stanju pacienta je ključna za varnost le-teh. Težave se pojavijo tudi, kadar je komuniciranja med zdravstvenim osebjem premalo ali pa je le to površno in pomanjkljivo, rezultat česar je lahko pomanjkljivo podajanje informacij o pacientih (Reader, et al., 2009). Za izboljšanje komunikacije znotraj tima je potrebna analiza zdravstvenega in negovalnega tima, kaj se lahko izboljša in kaj delajo dobro, saj se s tem preprečujejo napake v kliničnem okolju (Ballangrud, et al., 2014; Sandahl, et al., 2013). Po navedbi Dahlke in sodelavci (2018) naj bi se slaba komunikacija pojavila takrat, ko imajo zdravstveni delavci ozek pogled na svojo ekipo. V EIT na področju komunikacije prihaja tudi do drugih izzivov, kot so slaba komunikacija, hierarhični odnosi, težave z obremenitvijo, obrekovanje med sodelavci in občutek necenjenosti, ki odpirajo prostor za izboljšave.

Zanesljiva komunikacija je zelo odvisna od medsebojnega zaupanja sodelavcev. Da je učinkovita, mora biti obojestranska, odprta in pozitivna (Krpič, et al., 2012). Yoo in sodelavci (2014) menijo, da lahko takšna komunikacija spodbudi odprt in skupinski pristop vseh zaposlenih k zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe kritičnega pacienta, kar ima za rezultat oziroma posledico izboljššan izid končnega zdravljenja.

Zaposleni se morajo zavedati, kako pomembno je, da se pacienti lahko izražajo v tem občutljivem in kritičnem obdobju svoje življenjske dobe, ki ga preživijo na oddelku. V primeru, da so pacienti sposobni komunikacije in izražanja lastne volje in želja, imajo namreč moč vplivati na svoje lastno zdravljenje ali rehabilitacijo. Uporaba komunikacije je vsekakor pravica vsakega posameznika, zaradi česar je nujna obravnava tega področja v Enoti intenzivne terapije (Handberg & Voss, 2017).

Carlson in sodelavci (2015) navajajo pomembnost vključevanja družinskih članov kot enega izmed pristopov za izboljšanje komunikacije in čustvene podpore družinskih

članov. S tem, ko se svojci približajo pacientu pri zagotavljanju pomoči za izvajanje osebne nege, to koristi pacientu na področju čustvene podpore, družinskim članom pa zmanjša negotovost in strah pred pacientovim zdravstvenim stanjem.

Pomemben dejavnik za paciente je tudi navezovanje stika in sposobnost komunikacije s sorodniki, saj ti večinoma predstavljajo glavno oporo in motivacijo pacientu v procesu zdravljenja in s tem močno vplivajo na izid zdravljenja. Z vidika pacientov in njihovih družin je pravilna komunikacija ključnega pomena za zagotavljanje visoke kakovosti dela v Enoti intenzivne terapije, in je eden od dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo sorodnikov (Wujtewicz, et al., 2015). Prav tako je bila uporaba čustvene in duhovne podpore za zadovoljevanje družinskih potreb pomemben dejavnik, ki je podpiral pozitivne odnose družinskih članov s pacienti. Družine pacientov in medicinske sestre so poudarjale pomembnost uporabe duhovne podpore pri zmanjševanju zaskrbljenosti družinskih članov (Longhmani, et al., 2014).

V raziskavi Longhmani s sodelavci (2014) navaja, da je posvetovanje z družino pacienta o izboljšanju zdravja in preprečevanju posledic bolezni eden od sprejetih kazalnikov kakovosti. Ugotovitve kažejo, da ima prav posvetovanje s pacienti ter njihovimi svojci številne prednosti kot so: zmanjšanje stroškov zdravstvene oskrbe, dvig kakovosti zdravstvene oskrbe ter ustrežnejša pomoč pacientu pri doseganju večje samostojnosti.

Družinski člani pogosto niso zadovoljni glede komunikacije in podajanja informacij s strani zdravstvenih delavcev. Svojci bi morali dobiti informacije o pacientovem zdravstvenem stanju, morebitnem napredovanju oziroma poslabšanju bolezni in o samem poteku zdravljenja direktno od zdravnika; vendar to ni vedno možno, saj so zdravniki in medicinske sestre v EIT odgovorni za skrb številnih kritično bolnih pacientov. Dodatne težave pri vzpostavitvi osebnega stika svojcev z osebjem predstavljajo obiski svojcev pacientov v popoldanskih urah in ob vikendih zaradi lastnih obveznosti družinskih članov, takrat pa največkrat fizioterapevta in pacientovega osebnega zdravnika ni na voljo (Carlson, et al., 2015).

Poleg tega imajo družinski člani različne potrebe po obsegu in vrsti informacij glede na stopnjo zapletenosti, ki so lahko rezultat odnosa in povezanosti s pacientom. Sem prištevamo čustvene potrebe, preobremenjenost z zdravstvenim sistemom ter finančne težave zaradi izgube dohodka ali zdravstvenega zavarovanja (Carlson, et al., 2015).

Raziskava Galletta s sodelavci (2014) je pokazala, da imajo značilnosti dela, sama organizacija ter odnosi med sodelavci pomembno vlogo pri doživljanju občutka navezanosti družinskih članov na pacienta. Družine pacientov navajajo, da je uporaba in vnos empatije v opravljanje dela ter zagotavljanje dobrega počutja s strani zaposlenih, ena izmed njihovih glavnih nalog, saj se s tem ekipa v EIT vključi v občutke pacientov. Nekatere medicinske sestre so svojo empatijo razvile do stopnje, da so ravnale s pacienti kot s svojimi družinskimi člani, prav tako so se trudile razumeti pacientove stiske in skrbi v zvezi z boleznijo ter poskušale čim bolj ustreči njihovim potrebam (Longhmani, et al., 2014). Evangelista in sodelavci (2016) pri tem navajajo, da si morajo zdravstveni delavci predstavljati in čutiti, kako bi se oni počutili v dani situaciji, tako bi lahko na podlagi tega s pogovorom pomagali pacientu. Naloga vseh zaposlenih je, da vidijo pacienta v stanju popolnosti, ga spoštujejo, pokličejo po njegovem imenu, upoštevajo njegovo pravico zasebnosti, izpolnjujejo njegove potrebe in mu nudijo, kar potrebuje. Iz tega je razvidno, da je prav ohranjanje upanja glede pacientovega zdravstvenega stanja ne le pacientu, ampak tudi družinskim članom, ena izmed pomembnih nalog medicinskih sester (Slatore, et al., 2012).

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali glavne prednosti sodelovanja v timu, ki vodijo v hitrejše sistematično reševanje problemov, inovativnost, znanje in izkušnje. Posledično je zaradi sodelovanja med osebjem tudi delo manj stresno in tvegano (Krpič, et al., 2012). Zaposleni v EIT so navedli, da so za dobro in kvalitetno sodelovanje pomembni predvsem učinkovita komunikacija, zaupanje med sodelavci ter takojšnje reševanje problemov, kar je razvidno v pozitivnih rezultatih pri reševanju problemov in izvajanju intervencij (Krpič, et al., 2012; Longhmani, et al., 2014). Na komunikacijo med vodjo in člani tima vpliva ne le timsko delo in sodelovanje, ampak tudi odločanje v skupini. Posledično je višja stopnja sodelovanja povezana z nižjo stopnjo smrtnosti in višjo ravnjo zadovoljstva tako zdravstvenega tima kot pacientov (Reader, et al., 2009).

Dober odnos med člani tima v EIT, visoka samostojnost, nadzor pri opravljanju lastnega dela ter visoka kakovost opravljenega dela, vplivajo na medsebojne odnose v timu in na doseganje skupnih ciljev. Učinkovita ekipa, ki dela varno, kjer so v ospredje postavljene potrebe zdravstvenega tima, je temelj zadovoljstva pri delu in spodbuja kakovost delovnih odnosov (Galletta, et al., 2014).

Medsebojno timsko delo mora vključevati deljenje odgovornosti, vzajemno načrtovanje in kolektivne odločitve. Za doseženo optimalno timsko zmogljivost je pomembna tudi jasna vloga vsakega posameznika posebej, šele nato lahko skupaj sestavijo celoto, katere rezultat je učinkovit zdravstveni tim (Bjurling-Sjoberg, et al., 2017). Timsko delo v EIT pomaga zmanjšati zaplete na oddelku pod pogojem, da so spoštovani preventivni ukrepi (Yoo, et al., 2014). To lahko opazimo v raziskavi Reader in sodelavci (2009) ki navajajo, da k nastanku kritičnih neželenih dogodkov dokazano prispevajo slabe odločitve, kot sta izdelava neustreznih negovalnih načrtov ali uporaba neprimernih tehnik dela.

Občutek pripadnosti, dobra komunikacija in skupni cilji osebja so ključni elementi, ki podpirajo pozitivne rezultate za paciente in prispevajo k boljšemu počutju zaposlenih (Dahlke, et al., 2018). Poleg tega moramo doseganje napredka na področju negovalnega procesa za izboljšanje zdravja pacientov razumeti kot enega izmed pomembnih ciljev zaposlenih v Enoti intenzivne terapije (Bjurling-Sjoberg, et al., 2017). V primeru, da timskega dela ni, se lahko medicinske sestre počutijo preobremenjene in nezadovoljne tako s sodelavci, kot tudi z nivojem zdravstvene oskrbe, kar lahko vodi v zmanjšano učinkovitost kakovosti zdravstvene oskrbe (Galletta, et al., 2014).

Sodelovanje medicinskih sester v EIT lahko pomembno vpliva na zadovoljstvo in varnost pacientov. Redno sporočanje pacientovega stanja drugim zdravstvenim delavcem je eden izmed pomembnih dejavnikov (Yoo, et al., 2014).

Raziskava Dahlke in sodelavci (2018) je pokazala, da predvsem skrb za starejše paciente zahteva sodelovanje vseh članov tima pri fizični oskrbi in reševanju zdravstvenih težav, ki se pojavijo. Vsak član tima se kot posameznik razlikuje od drugih glede na svoje

sposobnosti, zato so različne tudi vrste nalog, ki jih dobijo posamezni člani tima. S tega vidika je zelo pomembno, da vsak razvija kompetence, ki niso značilne samo za določeno nalogo, ampak jih lahko prenese na različne naloge (Dietz, et al., 2014). Sodelovanje in timsko delo sta ključni kompetenci za vse zdravstvene delavce v EIT, zato sta vedno bolj vključeni v učni načrt strokovnega izobraževanja (Bjurling-Sjoberg, et al., 2017; Dietz, et al., 2014). Vedno večjega pomena je tudi spodbujanje medpoklicnega timskega dela in vzpostavitev nehierarhične strukture znotraj tima, ki poudarja prispevek ne le vseh kategorij osebja, ampak vključuje tudi paciente in njihove družinske člane v procesu zdravstvene oskrbe (Bjurling-Sjoberg, et al., 2017).

Zdravniki v EIT igrajo ključno vlogo pri organizaciji dela, vendar imajo zaradi pomanjkanja časa manj možnosti za sodelovanje pri dejavnostih, katerih namen je izboljšanje komunikacije in varnost pacientov (Sandahl, et al., 2013). Zdravniki in medicinske sestre imajo različne vloge pri odločitvah. Zdravniki običajno sodelujejo pri formalnih razpravah in pomembnih odločitvah glede zdravljenja, medtem ko medicinske sestre na podlagi načrta zdravljenja pripravijo tudi načrt zdravstvene nege skupaj z družinskimi člani pacienta (Slatore, et al., 2012). Raziskava Slatore in sodelavci (2012) opisuje medicinske sestre kot prevajalke med zdravnikom in pacientom, v primerih kadar ne razumeta drug drugega, z namenom bolj jasne razlage in razumevanja obeh strani. Včasih se po pogovoru zdravnika in pacienta medicinska sestra kljub temu vrne k pacientu, ga vpraša ali je zdravnik odgovoril na vsa njegova vprašanja, kajti delo »prevajalca« je ena izmed ključnih stvari sodelovanja v timu. Kljub temu pa se medicinske sestre vseeno počutijo omejene glede možnosti izražanja svojih mnenj oziroma odločitev.

Raziskava Reader in sodelavci (2009) prikazuje, da visoka stopnja sodelovanja med medicinskimi sestrami zmanjšuje stopnjo izgorelosti. Z drugega stališča se zaradi neustrezne priprave in izobrazbe manj usposobljeni zdravniki običajno izogibajo sprejemanju odločitev glede konca življenjske dobe in podaljšujejo življenje pacienta kljub dokazom, da zdravljenje ni več učinkovito. Vse to lahko privede do nesoglasij in zamer med zdravniki in medicinskimi sestrami, ki se zaradi tega soočijo z moralnimi tiskami, ki lahko posledično pripeljejo do izgorelosti (Flannery, et al., 2015).

Ugotovljeno je bilo, da so profesionalni odnosi, nadzor nad zadovoljstvom opravljenega dela in nižja raven izgorelosti nekateri izmed pogojev za kvalitetno delo v EIT (Guirardello, 2017). Poleg tega naj bi bila visoka delovna obremenitev in stres povezana s pojavom neželenih dogodkov v zdravstveni negi (Ballangrud, et al., 2014). Skrb za kakovostno in varno obravnavo ter komunikacijo glede oskrbe in razpoložljive pomoči ter sredstev, ki so na voljo zdravstvenemu timu, so bili ključni dejavniki, ki so povzročili moralno stisko osebja intenzivne terapije (Coombs, 2017).

Coombs (2017) je v svoji raziskavi opisal osem vzrokov moralne stiske: kakovost oskrbe, stopnjo zagotovljene oskrbe, nedosledni načrti oskrbe, slaba komunikacija, odločanje na koncu življenjske dobe pacienta, medsebojno vplivanje in konflikti z družinami, spregledana priporočila za nego pacienta in pomankanje podpore ter sredstev. Najpogosteje so se pojavljali pomisleki glede oskrbe drugih zdravstvenih delavcev, obsega oskrbe predvsem ob koncu življenja in slabe komunikacije. Medicinske sestre so izrecno govorile o neskladnosti pri načrtovanju zdravstvene oskrbe, drugi zdravstveni delavci so kot vzrok zaskrbljenosti navedli odločitev o koncu življenja (Coombs, 2017).

Za medicinske sestre v EIT je pomembno mirno okolje za medsebojno sodelovanje in zmanjševanje stresa (Doede, et al., 2017), saj prav stopnja stresa zdravstvenih delavcev vpliva na varnost pacientov (Guirardello, 2017). V raziskavi Gohery in Meaney (2013) je navedeno, da so medicinske sestre pri prehodu iz delovnega okolja navadnih bolniških oddelkov na delovno okolje EIT doživele različne občutke, kot so stres, tesnoba in strah. Skrb za kritično bolnega pacienta povzroča utrujenost, nespečnost in težave pri samoobvladovanju zaradi povečane odgovornosti. Posledično imajo medicinske sestre težave zaradi osebnih življenjskih težav, ki jih spremljajo še na delovnem mestu (Longhmani, et al., 2014). V raziskavi Gohery in Meaney (2013) je bilo ugotovljeno, da sta se raven samozavesti in kompetenc zaposlenih povečali, ko so se zaposleni počutili bolj opolnomočeni in navdušeni nad svojim delom. Zaposleni so razvili tudi veščine načrtovanja in določanja prednosti skrbi za pacienta.

V raziskavi Wujtewicz in sodelavci (2015) navajajo, da lahko največ konfliktov opazimo med zdravniki in medicinskimi sestrami, sledijo konflikti znotraj tima zdravstvene nege, najmanj pa jih je med zdravstvenim osebjem in družinskimi člani. Razlogi konfliktov med zdravnikom in medicinsko sestro se lahko razvrstijo v štiri kategorije: osebnostne lastnosti (pomankanje zaupanja), postopkovni vidiki timskega dela (pomankanje smernic, komunikacije in pomanjkljiva vloga vodje tima), organizacijski dejavniki ter politični, pravni, socialni in kulturni pogoji. Konflikti med zaposlenimi v EIT imajo lahko resne posledice za družine, pa tudi za paciente, zdravnike in medicinske sestre (Wujtewicz, et al., 2015).

Čas med nastankom konflikta in njegovo identifikacijo lahko traja tudi več mesecev, ni pa vedno mogoče razlikovati med stopnjami konfliktov. Konflikta se zaposleni sprva ne zavedajo, saj se stopnjuje, predno se ga končno prepozna. V začetku se vsi vpleteni počutijo užaljeni, ko pa se zavejo, da so posledice konflikta previsoke, nastopi faza vzpostavitve novih medsebojnih odnosov (Wujtewicz, et al., 2015).

Wujtewicz in sodelavci (2015) menijo, da so glavni vzroki konfliktov slab prenos informacij, neustrezna komunikacija in neprimerni pristopi k zdravljenju pacientov. Medicinske sestre so poudarile pomen sprotnega usposabljanja, da bi pacientom preprečile nepotrebno tveganje, kar bi jih lahko bolje pripravilo na obvladovanje težkih situacij v vsakodnevni praksi (Ballangrud, et al., 2014).

Arnold in sodelavci (2015) v svoji raziskavi opisujejo komunikacijski tečaj, ki temelji na znanju, namenjenemu izboljšavi komunikacijske spretnosti zaposlenih v EIT. Program temelji na izboljšanju spretnosti pri sporočanju slabih novic, vodenju družinskih sestankov, razpravi o ciljih zdravljenja in pogajanju o konfliktih glede oskrbe ob koncu življenja. Rezultati tečaja imajo zelo pozitiven učinek, saj se komunikacijske sposobnosti izboljšajo na vseh področjih. Ugotovljeno je tudi znatno povečanje samodejne pripravljenosti na specifične komunikacijske izzive. V študiji Ballangrud in sodelavci (2014) je viden pomen simulacijskega usposabljanja, v katerem se oblikujejo vodstvene ekipe. Vodstvo ekip se kaže kot ključni dejavnik pri razvoju novih načinov medsebojne interakcije in komunikacije med člani skupin. K boljši učinkovitosti pripomorejo

ocenjevanja celotnega tima, ki izvaja posamezne intervencije in se ga pri tem analizira, ter ugotovi izboljšave posamezne naloge (Dietz, et al., 2014).

Za uspešno usposabljanje je pomembno, da se izvaja v okolju, v katerem je mogoče napake obravnavati kor priložnost za učenje. Delo v EIT namreč zahteva hitro odločanje zdravstvenega osebja v življenjsko nevarnih situacijah, pri katerih obstaja malo prostora za napake (Ballangrud, et al., 2014). Krpič in sodelavci (2012) pri tem navajajo, da se napake najpogosteje pojavljajo zaradi slabega sodelovanja tima in so največkrat vzrok nenamerne škode, ki se pojavijo na vseh področjih zdravstvene nege. Poleg tega se je pokazalo, da je skupno usposabljanje celotnega tima povečalo samoučinkovitost medicinskih sester in zdravnikov (Ballangrud, et al., 2014), pri tem pa se je med usposabljanjem izboljšala tudi delovna klima ter zavedanje vpliva, ki ga ima učinkovita komunikacija na varnost pacientov (Sandahl, et al., 2013). Zato so pomembna obvezna izobraževanja in povišanje podpore za povečanje kompetenc pri uporabi računalniško informacijskega sistema in kombiniranje tehnologije za oskrbo pacienta (Gohery & Meaney, 2013 & Dietz, et al., 2014).

Skrb za počutje zdravstvenih delavcev izboljša njihovo delovno produktivnost in posledično tudi njihovo zdravje. Ko se zaposleni počutijo zadovoljni s svojo organizacijsko klimo, bodo bolj učinkoviti pri svojem delu in tako bo tveganje za napake manjše (Galletta, et al., 2014). Nivo motivacije med zaposlenimi se poviša s priznanji in pohvalami, kjer imajo materialne in denarne bonitete velik pomen tako za posameznika, kot tudi za vso osebje v EIT (Krpič, et al., 2012).

Skrb za dobro počutje zaposlenih z zadovoljevanjem njihovih potreb po samostojnosti, usposobljenost in povezanost ter obvladovanje smisla lahko rešimo s povečanjem identifikacije medicinskih sester kot strategijo za izboljšanje zadovoljstva z delom (Galletta, et al., 2014). Novi člani tima imajo v nekaterih primerih težavo pri vključevanju v skupino, zato bi določitev najhitrejših poti za razvoj sposobnosti za nadaljnje delo, lahko še bolj okrepila skupinske odnose (Dahlke, et al., 2018).

Izkušene medicinske sestre v EIT, da nove medicinske sestre lahko utrpijo osebne in poklicne posledice tudi zaradi tehnologije. Čeprav medicinske sestre skrbijo za kritično bolne paciente, porabijo kar nekaj časa za seznanjanje s tehnologijo (Gohery & Meaney, 2013).

Dobre zdravstvene zmogljivosti in ustrezna sredstva v smislu delovne sile, opreme, zalog in podpornih storitev ter čas za opravljanje ustrezne delovne naloge so za medicinske sestre pomembni pri zagotavljanju celovite zdravstvene nege (Longhmani, et al., 2014).

V EIT je potrebno upoštevati vse dejavnike, povezane z medpoklicnim sodelovanjem in uporabljati visoko kakovostno znanje, če želimo doseči zadovoljstvo vseh zaposlenih, pacientov in njihovih družinskih članov (Krpič, et al., 2012).

2.5.1 Omejitve raziskave

K omejitvam sistematičnega pregleda literature prištevamo premalo raziskano področje sodelovanja med člani zdravstvenega tima v EIT. Zaznali smo predvsem pomanjkanje literature, ki bi se osredotočala na fizioterapevte in delovne terapevte ter ostale zdravstvene sodelavce, kar kaže na možnost izboljšave medsebojnih odnosov medicinskih sester in zdravnikov. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu v Sloveniji je slabo raziskano, zato smo imeli pri iskanju slovenske literature težave.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Diplomsko delo obsega široko področje dejavnikov medpoklicnega sodelovanja v EIT, ki močno vplivajo na zdravljenje pacientov, zato je ta tematika ključnega pomena za naslednje generacije. Opisali smo kaj vse vpliva na medsebojno sodelovanje, kakšne so posledice medsebojnega sodelovanja, in nekaj učinkovitih tehnik, s katerimi se v nekaterih primerih ti problemi lahko rešujejo. Z nadaljnjim raziskovanjem izboljšanja sodelovanja članov tima, bi pripomogli k boljšemu zadovoljstvu vseh zaposlenih, pacientov in družinskih članov. Največji doprinos na tem področju imajo redna izobraževanja, ki se jih morajo udeleževati vsi zaposleni, poleg tega pa je priporočljivo

še samoizobraževanje vsakega posameznika, saj lahko le tako izboljšamo znanje na področju medpoklicnega sodelovanja.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo z razpravo ugotovili, da dobro sodelovanje zaposlenih v EIT prinaša korist tako za pacienta kot za vse zdravstvene delavce. Najprej je pomembno, da vodja tima korektno upravlja svojo funkcijo, s tem da skrbi za dobre odnose v timu, in skupaj s člani skrbi za zmanjšanje možnosti nastanka kritičnih incidentov na področju varnosti pacienta. Velik pomen na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti ima kakovostna predaja pacienta na vseh nivojih in redni družinski sestanki. Ugotovili smo tudi, da dobri odnosi in medsebojno spoštovanje med člani tima vplivajo na boljše sodelovanje, kar v EIT pripomore k lažjemu izvajanju intervencij. Skupaj z različnimi avtorji označujemo kakovostno, sistematično, povezano in enotno sodelovanje zdravstvenih delavcev, kot eno najpomembnejših orodij za doseganje željenih ciljev na področju zdravljenja in rehabilitacije pacientov ter zadovoljstva zaposlenih. Slabo sodelovanje, slaba komunikacija, pomanjkljivo znanje in nesamozavestnost lahko privedejo do neuspešnega sodelovanja v timu, do pojava neželenih dogodkov, povečanja stresa in v najslabšem primeru tudi do izgorelosti zaposlenih.

Za kakovostno in varno delo so pomembna usposabljanja ne samo na strokovnih področjih, temveč tudi na krepitvi komunikacije v timu in odnosov, saj se tem znatno poveča zadovoljstvo zaposlenih in zmanjša tveganje za napake. To se kaže tudi v povečanju zadovoljstva pacientov in njihovih družinskih članov. Kot posledico rednega usposabljanja lahko opazimo višjo stopnjo samoučinkovitosti zdravstvenih delavcev, katere še dodatno motivirajo pohvale in nagrade. Glede na rezultate smo ugotovili, da so dejavniki povezani z medpoklicnim sodelovanjem v Sloveniji slabo raziskani, zato bi morali v prihodnje izvajati več raziskav na tem področju, s katerimi bi ugotovili kje so največje pomanjkljivosti.

4 LITERATURA

Arnold, R.M., Back, A.L., Barnato, A.E., Prendergast, T.J., Emlet, L.L., Karpov, I., White, P.H. & Nelson, J.E., 2015. The Critical Care Communication project: improving fellows' communication skills. *Journal of Critical Care*, 30(2), pp. 250-254.

Ballangrud, R., Hall-Lord, M.L., Persenius, M. & Hedelin, B., 2014. Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), pp. 179-187.

Basinska, K., Owczuk, R., Suchorzewska, J. & Wujtewicz, M., 2011. The relationship between family members of intensive therapy unit patients and medical staff. *Anesteziology Intensive Therapy*, 43(2), pp. 85-9.

Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Jansson, I. & Nordgren, L., 2017. Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), pp. 233-244.

Carlson, E.B., Spain, D.A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L. & Macia, K.S., 2015. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, 30(3), pp. 557-561.

Cerović, O., 2009. Timsko delo na intenzivnem oddelku. In: G. Voga, & A. Pernat, eds. *18. mednarodni kongres intenzivne medicine in 15. seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege: zbornik predavanj*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno terapijo, pp. 170-173.

Coombs, M.A., 2017. Concerns about care and communication are key causes of moral distress in intensive care staff. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 30(2), pp. 107-108.

Dahlke, S., Stahlke, S. & Coatsworth-Puspoky, R., 2018. Influence of Teamwork on Health Care Workers' Perceptions About Care Delivery and Job Satisfaction. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(4), pp. 37-44.

Dietz, A.S., Pronovost, P.J., Mendez-Tellez, P.A., Wyskiel, R., Marsteller, J.A., Thompson, D.A. & Rosen, M.A., 2014. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), pp. 908-914.

Doede, M., Trinkoff, A.M. & Gurses, A.P., 2017. Neonatal Intensive Care Unit Layout and Nurses' Work. *HERD*, 11(1), pp. 101-118.

Evangelista, V.C., Domingos, T. da S., Siqueira, F.P.C. & Braga, E.M., 2016. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 69(6), pp. 1099-1107.

Flannery, L., Ramjan, L.M. & Peters, K., 2015. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(2), pp. 97-103.

Galletta, M., Portoghese, I., Coppola, R.C., Finco, G. & Campagna, M., 2014. Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. *Nursing in Critical Care*, 21(3), pp. 146-156.

Gohery, P. & Meaney, T., 2013. Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(6), pp. 321-328.

Goričan, B., 2013. *Naloge medicinske sestre v intenzivni terapiji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Grošelj, U., Oražem, M., Trontelj, J. & Grosek, Š., 2013. Etične dileme ob koncu življenja v intenzivni medicini. *Zdravstveni vestnik*, 82(9), pp. 589-601.

Guirardello, E. de B., 2017. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25, p. e2884.

Handberg, C. & Voss, A.K., 2017. Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), pp. 102-114.

Hasse, G.L., 2013. Patient-centered care in adult trauma intensive care unit. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(3), pp. 163-165.

Hribar, B. & Doberšek, O., 2009. Organizacija enote intenzivne terapije v majhnih bolnišnicah. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Huffines, M., Johnson, K.L., Smitz Naranjo, L.L., Lissauer, M.E., Fishel, M.A.-M., D'Angelo Howes, S.M., Pannullo, D., Ralls, M. & Smith, R., 2013. Improving family satisfaction and participation in decision making in an intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(5), pp. 56-69.

Indihar, M., 2015. *Zagotavljanje varnosti v enotah intenzivne terapije in nege: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Janežič, K. & Kokalj, N., 2011. Profesionalno delovanje medicinske sestre in ohranjanje

dostojanstva bolnikov v intenzivni terapiji. In: G. Voga, ed. *20. simpozij intenzivne medicine in 17. seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Zbornik predavanj. Bled, maj 2011.* Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 59-62.

Karajić, A., 2013. Medpoklicno sodelovanje. In: M., Blažič, ed. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso: zbornik prispevkov. Novo mesto, 24.oktober 2013.* Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 154-162.

Kern, A., 2018. *Spremenjene obremenitve medicinskih sester pri pacientih vodenih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Kokalj, M. & Kokalj, N., 2010. Timsko delo na odseku intenzivne interne medicine. In: M. Berkopec, ed. *Vrednote v zdravstveni negi: 2. dnevi Marije Tomšič. Novo Mesto, 21. in 22. januar 2010.* Novo Mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto, pp. 139-152.

Kramar, Z., 2009. Timska predaja pacienta in posvet po viziti sta pomembna elementa osredotočenja na pacienta. In: Z. Kramar, ed. *7 kongres zdravstvene in babiške nege »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«.* Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, 143C.

Kramar Z. 2011a. *Organiziranost dela v Enoti intenzivne terapije – EITOS v SB Jesenice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.* Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/pomen_timskega_modela_dela_v_negovalnih_timih_v_intenzivnih_enotah_nov_2011.pdf [Accessed 19 October 2019].

Kramar, Z., 2011b. Izkušnje pri izvajanju kliničnega izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J.

Zurc & K. Skinder Savić, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik prispevkov. Ljubljana 9.-10. junij 2011.* Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 592-600.

Krpič, E., Ilić, R. & Železnik, D., 2012. Pomen timskega dela v enoti intenzivne terapije. In: K. Babnik & M. Kocbek, eds. *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov. Izola, 25.maj 2012.* Koper: Založba Univerze na Prmorskem, pp. 269-278.

Leban, P. & Drev, D., 2011. *Medpoklicno sodelovanje. Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov. Maribor, 15. junij 2011.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 306-312.

Lipovšek, B., 2009. V znanju in timu je moč zdravstvene nege. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«.* Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Longhmani, L., Borhani, F. & Abbaszadeh, A., 2014. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), pp. 67-82.

Luzar Hozjan, K. & Svilar, V., 2016. Uporabnost točkovnih sistemov za vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v Enoti intenzivne terapije. In: D., Doberšek, R., Kočevar, A., Nunar Perko, & K., Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: zbornik predavanj z recenzijo. Rogaška Slatina, 1.-2. april 2016.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 174-82.

Mavsar Najdenov, B., 2011. Bolnik v enoti intenzivne terapije. *Farmacijski Vestnik*, 2011, 62, pp. 223-274.

Mušič, A., 2012. Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In: A. Ježovnik, ed. *Zbornik 9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa. Koper, 29.–31. marec 2012.* Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 32-36.

Nurseslabs, 2014. *Virginia Henderson - Nursing Need Theory.* [pdf] Nurseslabs. Available at: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/> [Accessed 3 September 2018].

Oliver, K. & Kemp, V., 2019. A comparison of nurses' work satisfaction between single-room and multioccupancy adult intensive care units: A mixed-methods integrative review. *Australian Critical Care*, [https://doi: 10.1016/j.aucc.2019.06.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.003).

Peče, D., 2018. *Strukturirana predaja službe zdravstvene nege kot dejavnik varne zdravstvene obravnave: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu.* Celje: Društvo Mohorjeva družba in Celjska Mohorjeva družba.

Reader, T.W., Flin, R., Mearns, K. & Cuthbertson, B.H., 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 37(5), pp. 1787-1793.

Robin, T., 2014. *Optimizacija razporeda dela z vidika kategorij pacienta: magistrsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Roljič, S., 2012. Pričakovanja svojcev in odgovornost medicinske sestre. In: M. Berkopec, ed. *4.dnevi Marije Tomšič – Odgovornost v zdravstveni negi. Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012.* Novo Mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp. 13-17.

Rose, L., 2011. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), pp. 5-10.

Ručigaj, B., 2017. *Medprofesionalno sodelovanje v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo.* Jesenice. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Sandahl, C., Gustafsson, H., Wallin, C.-J., Meurling, L., Øvretveit, J., Brommels, M. & Hansson, J., 2013. Simulation team training for improved teamwork in an intensive care unit. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), pp. 174-188.

Simonič, S. 2016. Majhni koraki – veliki prihranki: Vloga medicinske sestre za preventivo razjede zaradi pritiska na oddelku intenzivne terapije. In: D., Doberšek, R., Kočevar, A., Nunar Perko, & K., Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: zbornik predavanj z recenzijo. Rogaška Slatina, 1.-2. april 2016.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 35-39.

Slatore, C.G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M.L., Chesnutt, M.S. & Mularski, R.A., 2012. Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(6), pp. 410-418.

Stegnar, H., Milojević, N. & Matjašec, N., 2016. Vloga medicinske sestre pri znotraj žilnem zdravljenju možganske anevrizme na oddelku intenzivne nevrološke terapije. In:

D., Doberšek, R., Kočevar, A., Nunar Perko, & K., Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: zbornik predavanj z recenzijo. Rogaška Slatina, 1.-2. april 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 262-268.

Van Aken, H., Mellin-Olsen, J. & Pelosi, P., 2011. Intensive care medicine: a multidisciplinary approach! *European Journal of Anaesthesiology*, 28(5), pp. 313-315.

Voga, G. & Podsedenšek, D., 2010. Pomen timskega dela na intenzivnem oddelku. In: D. Plank & K. Esih, eds. *Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika. Celje, 20. maj 2010*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 73-86.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Wujtewicz, M., Wujtewicz, M.A. & Owczuk, R., 2015. Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 47(4), pp. 360-362.

Yoo, E.J., Edwards, J.D., Dean, M.L. & Dudley, R.A., 2014. Multidisciplinary Critical Care and Intensivist Staffing: Results of a Statewide Survey and Association With Mortality. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(5), pp. 325-332.

Zaletel Kragelj, L. & Pahor., M., 2011. *Zdravnik in medpoklicno sodelovanje: seminar*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.