



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ETIČNE IN MORALNE DILEME NA  
PODROČJU SPREJEMANJA ODLOČITEV  
MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN  
ZDRAVNIKI - SISTEMATIČNI PREGLED  
LITERATURE**

**ETHICAL AND MORAL DILEMMAS IN  
DECISION-MAKING PROCESSES AMONG  
NURSES AND PHYSICIANS - A SYSTEMATIC  
LITERATURE REVIEW**

Diplomsko delo

Mentorica:

Sedina Kalender Smajlović, viš. pred.

Kandidatka:

Darja Lasič

Jesenice, oktober, 2020

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Sedinii Kalender Smajlović, viš. pred., za strokovno usmeritev, nasvete in razumevanje pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi dr. Zdenki Tičar, pred., za recenzijo diplomskega dela.

Posebej se zahvaljujem svoji družini, predvsem ženi Daliborki, za vso vzpodbudo, oporo in potrpežljivost med celotnim študijem.

Lepo se zahvaljujem celotnemu timu Dispanzerja za žene v Zdravstvenem domu Kranj za nesebično pomoč in podporo takrat, ko sem to najbolj potrebovala.

Zahvaljujem se tudi Sameri Suljanović in Silviji Karlin za vso pomoč pri učenju na poti do mojega uspeha.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Na področju sprejemanja odločitev pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov se velikokrat pojavljajo etične in moralne dileme, zaradi katerih so potrebne skupne razprave medicinskih sester in zdravnikov. Namen diplomskega dela je bil raziskati in s pridobivanjem najnovejših dokazov utemeljiti uspešnost skupnih razprav in skupnega sprejemanja odločitev na področju etičnih in moralnih dilem.

**Metoda:** Diplomsko delo je temeljilo na sistematičnem pregledu literature. Uporabljena je bila kvalitativna metoda pregleda strokovne in znanstvene literature. Podatke smo iskali preko spletnega brskalnika Google Učenjak, bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - Cinahl/EBSCO Host, preko spletnih baz Pubmed, Wiley Online Library, ProQuest ter Springer Linka. Ključne kombinacije iskalnih besednih zvez so bile: medpoklicno sodelovanje, etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki, etične dileme v zdravstvenem timu, interprofessional collaboration, ethical discussions between nurses and physicians, ethical dilemmas in the healthcare team, ethical decision making between nurses and physicians, ethics nursing integrity, professional boundaries, ethics nursing. Uporabili smo zahtevno iskanje in Boolov logični operator »AND«. Potek obdelave podatkov je prikazan v PRIZMA diagramu. Za oceno kakovosti in vključene raziskave smo uporabili hierarhijo dokazov po Politu in Becku (2012). Z namenom oženja zadetkov smo uporabili omejitvene kriterije in sicer leto izdaje 2010-2020, slovenski in angleški jezik, recenzija, raziskovalni članek in celotno besedilo.

**Rezultati:** Glede na vključitvene in izključitvene kriterije smo v obdelavo vključili 19 zadetkov. Glede na analizo smo opredelili 69 kod, ki smo jih združili v 5 kategorij: soočanje z najbolj pogostimi etičnimi in moralnimi dilemami, prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev, pomen skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov, namen skupnega sprejemanja moralno etičnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki ter razvoj nove kulture.

**Razprava:** Ugotovili smo, da so etične in moralne dileme, ki se pojavljajo v kliničnem okolju pri sprejemanju skupnih odločitev najbolj prisotne pri zdravstveni oskrbi kritično bolnih pacientov. Pomembno je sodelovanje in skupno razpravljanje o etičnih in moralnih dilemah s ciljem zagotavljanja najboljše zdravstvene oskrbe pacientov.

**Ključne besede:** medpoklicno sodelovanje, etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki, etične dileme v zdravstvenem timu

## SUMMARY

**Background:** Ethical and moral dilemmas often arise in decision-making during the provision of health care to patients, creating discussions between nurses and physicians. The aim of this thesis was to examine and justify the success of discussions and joint decision-making in the field of ethical and moral dilemmas by obtaining the latest evidence.

**Methods:** A systematic literature review was performed. A qualitative research design of reviewing professional and scientific literature was used. We searched for data with Google Scholar, in COBISS, Cinahl/EBSCO Host, Pubmed, Wiley Online Library, ProQuest, and Springer Link. The key combinations of search phrases were, in Slovenian: “medpoklicno sodelovanje”, “etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki”, “etične dileme v zdravstvenem timu”, and in English: “interprofessional collaboration”, “ethical discussions between nurses and physicians”, “ethical dilemmas in the healthcare team”, “ethical decision-making between nurses and physicians”, “ethics nursing integrity”, “professional boundaries”, “ethics nursing”. We used a complex search and Boolean logical operator “AND”. The process of data processing is shown with the PRISMA diagram. A hierarchy of evidence according to Polit and Beck (2012) was used to assess the quality and the research involved. Restrictive search criteria were used to narrow down results, namely the period of publication 2010-2020, Slovenian and English languages, review, research articles, and full-text articles.

**Results:** Taking into account inclusion and exclusion criteria, 19 hits were processed. The analysis yielded 69 codes which were subsequently grouped into five categories: dealing with the most common ethical and moral dilemmas, the contribution of nurses in making moral and ethical decisions, the importance of joint moral and ethical discussions of nurses and physicians, the purpose of joint moral and ethical decisions between nurses and physicians, and development of a new culture.

**Discussion:** We found that the ethical and moral dilemmas that arise in the clinical setting when making joint decisions are most present in healthcare provision to critically ill patients. It is important to cooperate and jointly discuss ethical and moral dilemmas with the aim of ensuring the best health care for patients.

**Key words:** interprofessional collaboration, ethical discussions between nurses and physicians, ethical dilemmas in the healthcare team

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
1.1	KOMPETENCE ZDRAVSTVENE NEGE IN MEDICINSKA ETIKA.....	2
1.2	ETIČNE IN MORALNE DILEME V ZDRAVSTVU .....	4
1.3	RAZPRAVE, SKUPNO ODLOČANJE, MEDPOKLICNO SODELOVANJE	5
<b>2</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>8</b>
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 .....	11
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature .....	11
2.4	REZULTATI .....	12
2.4.1	PRIZMA diagram.....	13
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah .....	14
2.5	RAZPRAVA .....	25
2.5.1	Omejitve raziskave .....	33
2.5.2	Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo .....	34
<b>3</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>37</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: PRIZMA diagram (Welch, et al., 2016).....	13
----------------------------------------------------	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature .....	10
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu .....	12
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	14
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	24



## **SEZNAM KRAJŠAV**

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COBISS	Spletni bibliografski sistem virtualne knjižnice Slovenije
EBSCO	Elton B. Stephens Company
ZDA	Združene države Amerike
WHO (SZO)	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

## 1 UVOD

V literaturi zasledimo več raziskav (Epstein, 2010; Pavlish, et al., 2015; Rasoal, et al., 2017, Qian, et al., 2020) o etičnih in moralnih kompetencah odločanja v zdravstveni negi, vendar pa ostaja velika neznanka resnično pojavljanje etičnih in moralnih dilem pri sprejemanju odločitev in pri kompetencah soodločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v kliničnem okolju. Zasledimo argumente, ki podpirajo kompetence zdravnikov pri odločanju o etičnih in moralnih dilemah (Grönlund, et al., 2011; Playford, et al., 2014; SZD, 2016), kot tudi argumente, ki poudarjajo, da bi medicinske sestre morale imeti več kompetenc na področju etike (El Sayed & Sleem, 2011; Ovijač, 2012; Esfandnia, et al., Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS), 2015; SZIZBNS, 2017). Znano je, da je na strani zdravnikov značilen strogi racionalizem in na strani medicinskih sester etika skrbi, zato se od vseh pričakuje razvijanje lastne tolerance, sprejemljivost za nove ideje, poštenost, empatijo, predvsem pa medsebojno spoštovanje (Cerit & Dinç, 2013; Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije, 2017). Ovijač (2012) navaja, da je smiselno povezovanje medicinskih sester in zdravnikov v skupne razprave in nadaljnje skupno odločanje o izvrševanju kompetenc pri etičnih in moralnih dilemah v kliničnem okolju.

Medicinske sestre so odgovorne, da zagovarjajo svoja poklicna etična stališča v skladu z etiko skrbi, ki jo predstavljajo (Trontelj, 2012; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS), 2014). Dejavniki, ki so povezani s kompetencami zdravstvene nege, so sestavljeni iz sociodemografskih spremenljivk, npr. delovne izkušnje, status zaposlitve in starost; iz spremenljivk, povezanih s poklicno dejavnostjo, npr. samopodoba, kritično razmišljanje in uporaba izsledkov raziskav; ter spremenljivk, ki so v povezavi z delovnim okoljem, npr. organizacijska klima, etična klima, zadovoljstvo s trenutnim delom in učenjem (Takase & Teraoka, 2011).

Razpršena odgovornost medicinskih sester pomeni globoko vrzel v zdravstveni negi, ki jo je treba premostiti z odkrivanjem in razširjanjem kompetenc in s skupnimi razpravami v zdravstvenem timu. Nujno bi bilo potrebno, da medicinske sestre uidejo iz kroga razpršene odgovornosti in odgovornost za svoja dejanja in besede prevzamejo nase ter tako zares usklajeno delujejo v zdravstvenem timu. Prav je, da bi osebno izboljšale etiko klinične prakse z raziskovanjem in kritičnim razmišljanjem (Esfandnia, et al., 2015). Etične diskusijske skupine in etične skupine za razmislek podpirajo idejo, da razprave v zdravstvenem timu povečajo vpogled v etična vprašanja, ki se porajajo med zdravstveno obravnavo pacientov.

Skupno odločanje medicinskih sester in zdravnikov je v Sloveniji še vedno »tabu tema« in prav na tem področju se lahko pričakujejo spremembe (Ovijač, 2012). Podlaga za skupno odločanje morata biti znanje in kompetentnost posameznika ne glede na poklicno pripadnost. Prav je, da vsi člani zdravstvenega tima aktivno sodelujejo in usklajujejo svoja mnenja in možne rešitve problema oz. situacij, ki so sporne v etično-moralnem smislu. Hoeve in sodelavci (2013) se strinjajo, da so najbolj pomembni pogovori o posledicah določenih odločitev, pomembno pa je tudi, da vsi zdravstveni delavci poznajo vse možne razpoložljive izbire in postopke v danem trenutku. Zelo pomembni so pogovori, ki so usmerjeni v prihodnost, ki ob vsem drugem ponazarjajo tudi verjetna poslabšanja pacientovega zdravljenja ali zdravstvene oskrbe in odločitve ob tem, ko se ta začnejo pojavljati (Ovijač, 2012).

Da bi lahko imeli ustrezne medsebojne odnose in se znali pravilno odločati v zdravstvenem timu, morajo imeti vsi zdravstveni delavci lastnosti, kot so: družabnost, dobronamernost, odgovornost, etičnost, moralnost. Te lastnosti krepijo odnose, vzpostavljajo zaupnost in spoštovanje v timu. Za to je potrebna čustvena inteligenca, saj z njo postanemo odločni, pravični, razumevajoči in sočutni (Pejić & Zagorc, 2014).

## **1.1 KOMPETENCE ZDRAVSTVENE NEGE IN MEDICINSKA ETIKA**

Medicinska etika je veja moralne filozofije, ki obravnava konflikte med obveznostmi in dolžnostmi ter njihov potencialni izid (Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in

pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije, 2017). V etiki obstajata dve razmišljanji glede sprejemanja odločitev: deontološka in utilitarna. Pri deontološkem pristopu rezultati oziroma posledice ne opravičujejo načinov, kako to doseči. Ko uporabljamo utilitarni pristop, rezultati določajo sredstva in korist. Deontologija je osredotočena na pacienta, utilitarizem pa na družbo. Čeprav si ti pristopi med seboj nasprotujejo, ima vsak od njih svoje utemeljitvene prednosti in slabosti v medicinski praksi. Vendar pa deontološka praksa in utilitarističen pristop zadnja leta vodita v frustracije in nezadovoljstvo, zato bi moral zdravstveni sistem in zdravniki uravnotežiti obe etični skupini, da bi se dosegla skladnost v medicinski praksi (Mandal, et al., 2016).

Medicinske sestre so v zadnjih letih na področju izobraževanja dosegle veliko. Razvile so se v profesionalke z veliko mero znanja, o čemer priča tudi razvoj smernic zdravstvene nege (Skela-Savič, 2015). Kompetence medicinskih sester na področju sprejemanja odločitev opredeljujejo različni dokumenti (ZZBNS, 2015; Ažman, 2019; Prestor, et al., 2019), ki poudarjajo, da so »medicinske sestre usposobljene strokovnjakinje za celostno (holistično) obravnavo posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzemajo naloge in odgovornosti v sistemu zdravstvenega varstva, socialnega varstva in področja šolstva. So samostojne strokovnjakinje v negovalnem timu in članice zdravstvenega tima, v katerem si z drugimi strokovnjaki delijo vloge v zdravstveni obravnavi pacienta. Iščejo učinkovite poti za spoštljive, strpne, razumevajoče in dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, ki so temelj kakovostnega, uspešnega in učinkovitega dela in so bistvene za zadovoljstvo posameznika, skupine in institucije« (ZZBNS, 2015).

Chang in sodelavci (2011) so prišli do zaključka, da je s hitro spreminjajočim se sistemom zdravstvenega varstva in metodami zdravljenja treba posodobiti tudi kompetence medicinskih sester, saj so odgovorne za spoštovanje razlik, vrednot, preferenc in potreb pacientov v svetovni skupnosti. Tudi informacijska tehnologija, ki je v tem času zelo pomembna v kliničnih okoljih, se pogosto uporablja za olajšanje klinične prakse za usmerjanje zdravstvene oskrbe pacientov, zmanjšanje napak, zmanjšanje časa, porabljenega za dokumentacijo in zmanjšanje podvojenega dela.

## 1.2 ETIČNE IN MORALNE DILEME V ZDRAVSTVU

V zdravstvu se zdravstveni delavci konstantno srečujejo z etičnimi in moralnimi dilemami, z njimi se morajo soočati vsakodnevno in jasno je, da je pomembno, da so v zdravstvu zaželeni etično občutljivi ljudje, ki se bodo sposobni v kritičnih situacijah pogovoriti med seboj in se skupno tudi pravilno odločiti v dobro pacienta oziroma pacientove oskrbe (Kramar, 2011; Babnik & Karnjuš, 2014). Pri skrbi za pacienta v intenzivni negi se soočajo s potrebo po sprejemanju odločitev takrat, ko zares šteje vsaka sekunda. Dilema nastane, ko se je potrebno odločiti, ali je moralno-etično agresivno podaljšati življenje pacientu, kjer je upanja za ozdravitev zelo malo ali skoraj nič, ali pa odnehati z zdravljenjem in pacientu omogočiti dostojno smrt (Adolph, et al., 2011).

Z etičnimi dilemami se srečamo tudi pri obravnavi zarodkov novorojenčkov in dojenčkov. Odločitev je potrebno sprejeti pri pridobivanju človeških zarodkov za proizvodnjo embrionalnih matičnih celic, pri pridobivanju otrok – rešiteljev z zunajtelesno oploditvijo in izbiro zdravih, tkivno kompatibilnih zarodkov za presaditve v bolne sestre in brate; pri nadomestnem materinstvu, pri ugotavljanju spola zarodka zaradi selektivnega abortiranja deklic in podobno. Trontelj (2012) pravi, da gre pri večini od teh primerov za uporabo otroka (zarodka) kot sredstva za zadovoljitev interesov nekoga drugega, kar pa pomeni, da v večini nastanejo posledice, ki so pogubne za otroka (zarodek). Meni, da mora odločitev temeljiti na natančni oceni ravnovesja med pričakovano učinkovitostjo in koristmi na eni strani in bremenom na drugi strani. Če breme presega pričakovane koristi, je etično zanesljiva odločitev, da se takšno zdravljenje odpove.

Sposobnost medicinskih sester, da vzdržujejo življenje kritično bolnih pacientov, se lahko zaplete z nadaljevanjem življenjske podpore oziroma zdravljenjem s strani zdravnikov, ki upoštevajo medicinsko etiko. Težko je doseči ravnovesje med reševanjem ranljivih preživelih in zagotavljanjem udobja pacientom in njihovim svojcem, ko je smrt neizogibna. Zato je zelo pomembno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima, saj lahko le tako pridemo do zadovoljivih rezultatov. Načela biomedicinske etike sicer

predstavljajo koristen okvir za odločanje v etičnih dilemah, vendar ne morejo ponuditi dovolj jasnih smernic (Adolph, et al., 2011).

Skrb za varnost pacientov je temeljno vodilo pri zagotavljanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta. Dogajajo se napake pri zdravljenju in tudi pri izvajanju zdravstvene nege, ki se nanašajo na kompromis med medicinskimi sestrami in zdravniki. Dogaja se, da se nekateri na take poškodbe oziroma napake odzovejo s tožbami na zdravstvene storitve (Esfandnia, et al., 2015). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2016) ocenjuje, da na desetine milijonov ljudi trpi zaradi invalidnosti zaradi napak v zdravstvu in nevarnih postopkov v zdravstveni negi, kar pa ni dobro tako v finančnem kot tudi stroškovnem smislu (Esfandnia, et al., 2015). Nesoglasja se pokažejo zaradi nepravilnega vpogleda v etična vprašanja, ki se porajajo med zdravstveno obravnavo pacienta (Robida, 2011). Med svojim delom zdravstveni delavci včasih občutijo nelagodje oziroma negotovost glede pravičnega ali dobrega početja, problem pa nastane, ko se konflikt med medicinskimi sestrami in zdravniki ne reši oziroma takrat, ko z nesoglasji med zdravstvenim timom nastane škoda pacientu (Rasoal, et al., 2017). Kot temeljni vzrok napak v zdravstveni obravnavi pacienta se na zdravstvenem področju pogosto omenja slaba komunikacija v zdravstvenem timu (Qian, et al., 2020).

### **1.3 RAZPRAVE, SKUPNO ODLOČANJE, MEDPOKLICNO SODELOVANJE**

Zdravstveni delavci imajo moralno obvezo, da odločajo oziroma uporabijo lastno moč odločanja pri tem, da ne škodijo pacientom. Za vsak diagnostični postopek, preiskavo, negovalne procese ali terapevtske odločitve v zdravstveni negi je pomembno pretehtati vse postopke. Zdravstveni delavci se morajo vprašati o njihovi koristnosti za pacienta v skladu z ocenjeno verjetno napovedjo zdravljenja oziroma v skrajnih primerih tudi preživetja. Tudi za tiste postopke, ki imajo že načrtovan cilj zdravljenja, je potrebna presoja, če se je ustvarila nova situacija v postopkih zdravstvene obravnave (Hoeve, et al., 2013).

Odgovornost je tako na strani zdravnikov kot tudi medicinskih sester. Če pa se posameznik v zdravstvenem timu počuti izključenega ali manj odgovornega za svoja dejanja, je potrebno ukrepati na področju kompetenc odgovornosti. Medicinske sestre so se v preteklosti žal prevečkrat posluževale izrazov, kot so: »Jaz sem samo medicinska sestra,« ali »Nisem jaz kriva,« ali »Sledila sem ukazom.« S tem so se izogibale svojim dolžnostim. Splošno znano in uveljavljeno zastarelo mnenje je bilo, da mora medicinska sestra poslušati avtoriteto, izpolnjevati tisto, kar ji določijo nadrejeni (v tem primeru zdravniki kot nosilci zdravstvene dejavnosti) in tako delati usklajeno s celotnim zdravstvenim timom (Esfandnia, et al., 2015). Nesoglasja pri načrtih za zdravljenje in zdravstveno oskrbo kritičnega pacienta lahko med izvajalci zdravstvene nege povzročijo moralno stisko. Lahko povzročijo tudi nenadomestljivo škodo pri svojih pacienta, sploh če se njihova mnenja glede zdravljenja razlikujejo od zdravstvenega tima (Adolph, et al., 2011). V razmerju medicinske sestre - zdravniki je marsikdaj stresno, saj so razlike v moči zdravnikov in medicinskih sester različne. Predvsem se to opazi pri načrtovanju pacientove celotne oskrbe, saj velikokrat prihaja do nestrinjanja. Poklic medicine poudarja strokovnost, samostojnost in odgovornost, poklic zdravstvene nege pa soodvisnost, premislek in dialog med zdravstvenim timom in pacientom (El Sayed & Sleem, 2011).

Ker se v današnjem času promovira sodelovanje pacienta v postopkih odločanja pri izvajanju zdravljenja in zdravstvene obravnave, je zelo pomembno, da je osveščenost popolna tako s strani zdravstvenih delavcev kot tudi s strani pacienta in posledično tudi njegovih svojcev (Hoeve, et al., 2013). Sprejemanje odločitev je pogosto izziv za vse vpletene. V primeru kritičnih pacientov se družinski člani, medicinske sestre, zdravniki in drugi člani zdravstvenega tima pogosto spopadajo z odločitvijo o najustreznejšem kliničnem zdravljenju. Posvet s strokovnjaki za klinično etiko je zasnovan tako, da zagotavlja bolj objektivno "zunanje" mnenje in nudi nasvete pacientu, družini in celotnemu timu zdravstvene nege za podporo in usmerjanje odločitev (Cerit & Dinç, 2013).

Zdravstveni delavci, kot navajajo Moss in sodelavci (2020), morajo biti ustrezno strokovno in profesionalno pripravljeni, da sprožijo postopek za organizacijo pomoči

preko posvetovanj s službami za klinično etiko v podporo in zagovor pacienta in njegove družine, kadar je to potrebno.

Pri odločanju je potrebno kritično razmišljanje in spodbuda za boljši vpogled osebja v etična vprašanja, osredotočenje na odločitve v kateremkoli konkretnem primeru ni toliko pomembno. Vendar pa primanjkuje integrativnih pregledov razpoložljivih pristopov k etični podpori in k vprašanju, kako različni pristopi podpirajo zdravstvene delavce pri obravnavanju etičnih vprašanj (Rasoal, et al., 2017).

V razpravah bi lahko dognali, kako uporabiti skupinsko interakcijo in komunikacijo za izboljšanje rezultatov za vse vpletene. Če razmišljamo o pacientu, kaj je najbolje zanj, potem bi bilo smiselno, da najprej ugotovimo, kaj zdravljenje pomeni za pacienta (Adolph, et al., 2011).

Izboljšanje sodelovanja medicinskih sester pomeni izboljšanje skrbi za paciente in ustvarjanje zadovoljnih ljudi na delovnih mestih v zdravstvenem timu. V preteklosti so bile medicinske sestre navajene, da sledijo naročilu zdravnika in to brezkompromisno udejanijo pri pacientu, zdaj pa se počasi učijo prilagajati svoje pristope z zdravnikom. Vendar pa različni pristopi lahko vodijo v napetost odnosov v zdravstvenem timu, kar posledično vodi v slabe rezultate pri pacientih, zato je potrebno razvijati sodelovalne odnose. Potrebne so razprave v procesu združevanja, odločanja, da bi prišli do skupnih rešitev, ki so najboljše za pacienta. Vsi in vsak posebej morajo upoštevati mnenje drugega in ga spoštovati. Poudarek mora biti na potrebah pacienta, rezultat pogajanj oziroma razprav pa načrt celotne zdravstvene obravnave. Strokovnost se krepi takrat, ko vsi člani celotnega tima uživajo skupinski uspeh. Resnično sodelovanje zahteva medsebojno spoštovanje, odprto in pošteno komunikacijo in pravična ter deljena pooblastila za odločanje (El Sayed & Sleem, 2011).



## 2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu diplomskega dela smo opredelili namen, cilje in raziskovalna vprašanja. Opisali smo predvideno raziskovalno metodologijo.

### 2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature raziskati kompetence na področju sprejemanja odločitev medicinskih sester in zdravnikov v primerih etičnih in moralnih dilem v kliničnem okolju ter pripraviti predlog skupnega sprejemanja odločitev na osnovi skupnih razprav s področja etičnih in moralnih dilem, ki se pojavijo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov. Cilji raziskave so bili usmerjeni v pridobivanje najnovejših dokazov s področja sprejemanja odločitev medicinskih sester in zdravnikov v primerih etičnih in moralnih dilem.

### 2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Katere etične in moralne dileme se pojavljajo na področju sprejemanja odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov?
2. Zakaj so pomembne razprave v primerih etičnih in moralnih dilem medicinskih sester in zdravnikov?

### 2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na sistematičnem pregledu strokovne in znanstvene literature.

#### 2.3.1 Metode pregleda literature

Za diplomsko delo smo uporabili raziskovalni dizajn zbiranja in pregleda podatkov, celostni in sistematični pregled že obstoječe strokovne in znanstvene literature v

slovenskem in angleškem jeziku. Obdobje iskanja znanstvene literature je potekalo od januarja 2020 do julija 2020. Literaturo smo iskali preko spletnega brskalnika Google Učenjak, bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - Cinahl/EBSCO Host, preko spletnih baz Pubmed, Wiley Online Library, ProQuest ter Springer Linka. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje kombinacije besednih zvez: »medpoklicno sodelovanje«, »etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki«, »etične dileme v zdravstvenem timu«. Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili naslednje besedne zveze: »interprofessional collaboration«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »ethical dilemmas in the healthcare team«, kjer smo uporabili Boolov logični operater »AND«.

Med iskanjem literature smo se zaradi virov v angleškem jeziku, ki so bili precej razpršeni, odločili, da bomo vključili še dodatne iskalne besedne zveze: »ethical decision making between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »professional boundaries«, »ethics nursing«. S tem smo uspeli zmanjšati število zadetkov, obenem pa smo zbrali znanstvene članke, ki so bili bolj specifični in usmerjeni na raziskovalno temo.

Da bi pridobili ustrezno literaturo, smo se v iskalnih bazah omejili na kriterije iskanja, ki so se razlikovali glede na primernost raziskovalne teme:

- obdobje objave literature (2010 - 2020),
- prosto dostopni recenzirani strokovni in znanstveni članki s celotnim besedilom,
- recenzija in raziskovalni članek,
- literatura v angleškem ali slovenskem jeziku.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetki, ki so bili pridobljeni z uporabljenimi besednimi zvezami, smo prikazali v Tabeli 1.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zabetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«	2163	13
COBISS	»ethical decision making between nurses and physicians«, »etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki«, »interprofessional collaboration«, »medpoklicno sodelovanje«	424	15
ProQuest	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«	1421	16
Google scholar	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical dilemmas in the healthcare team«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »etične dileme v zdravstvenem timu«, »etične razprave med medicinskimi sestrami in zdravniki«, »medpoklicno sodelovanje«	228452	3272
Wiley Online Library	»ethical dilemmas in the healthcare team«, ethical discussions between nurses and physicians«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«, »professional boundaries«	836	29
PubMed	»ethical decision making between nurses and physicians«, »ethical discussions between nurses and physicians«, »ethical dilemmas in the healthcare team«, »ethics nursing«	582	19
Springer Link	»ethical decision making«, »ethics nursing integrity«, »interprofessional collaboration«, »professional boundaries«	1386	21

Strategija iskanja v podatkovnih bazah je dala skupaj  $n=3391$  zadetkov v polnem besedilu. Na osnovi vsebinskega pregleda in dodatnih dodanih besednih zvez smo izločili neprimerne članke in za natančno analizo je ostalo 71 primernih. Vseh 71 člankov smo podrobneje v celoti večkrat prebrali. V končno analizo smo vključili  $n=19$  zadetkov, ki so ustrezali vsem vključitvenim kriterijem.

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo iskanja s ključnimi besedami, smo obdelali s kvalitativno analizo. Uporabili smo tehniko kodiranja. Glede na vsebino smo oblikovali kategorije, potek obdelave podatkov pa smo prikazali s PRIZMA diagramom (Slika 1). Vsebinsko analizo smo določili po Vogrincu (2008). Glavni del raziskave je predstavljal proces odprtega kodiranja, v katerem smo določili kode, ki so bili vsebinsko povezani z raziskovalnim problemom. Posamezne kode smo nato združili v kategorije in interpretirali lastne ugotovitve.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Hierarhija dokazov (Tabela 2) se v raziskovanju uporablja kot kriterij vrednotenja zaupanja vrednih dokazov, ki razvršča znanstvena dela na podlagi uporabljenih raziskovalnih metod za pridobitev dokazov. Oceno kakovosti pregleda literature smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov po Politu in Becku (2012). Izbrano literaturo smo v končni pregled vključili glede na dostopnost, vsebinsko relevantnost in aktualnost. Na podlagi hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu smo v končno analizo vključili 19 raziskav.

**Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu**

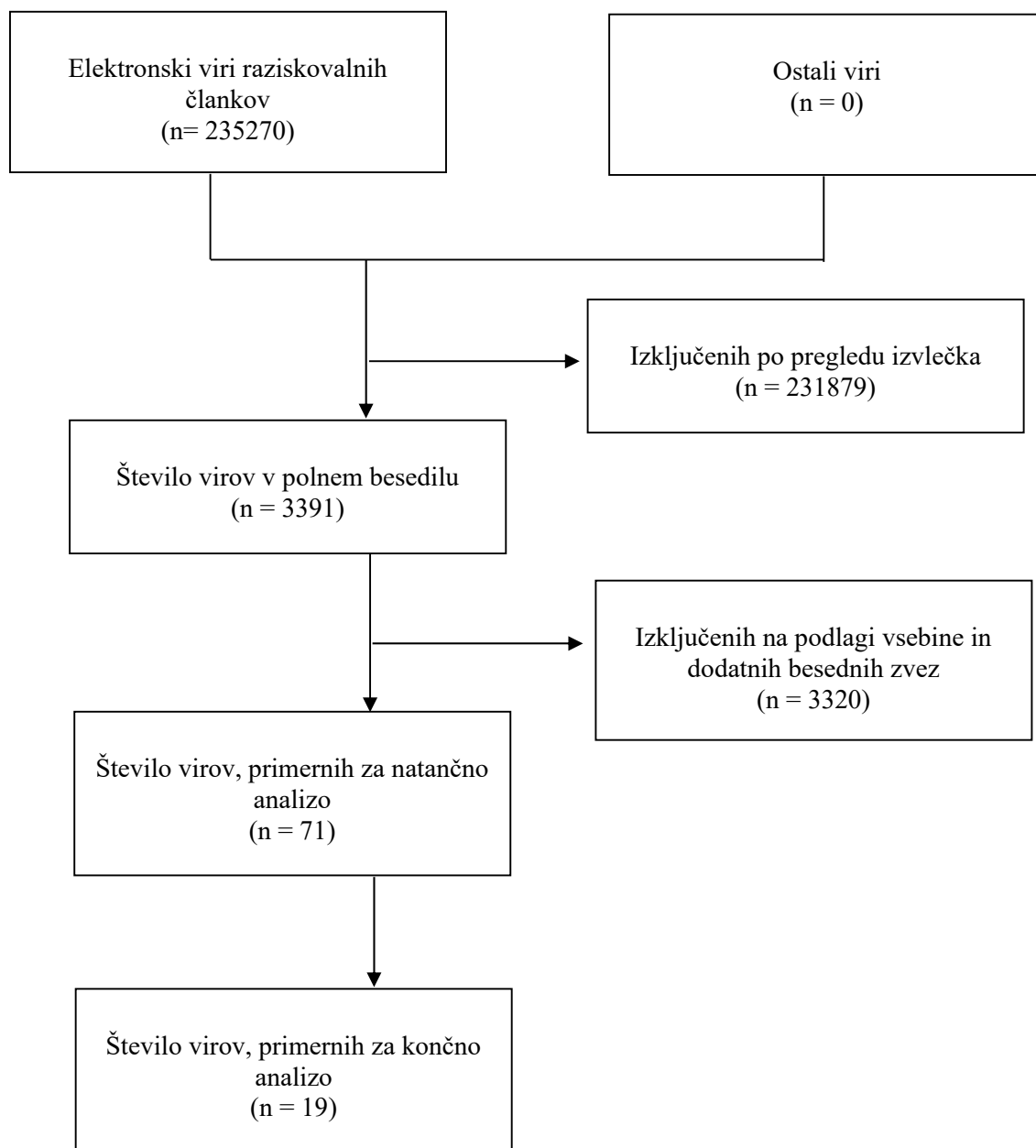
Hierarhija dokazov	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
<b>Nivo 1</b> Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav Sistematični pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav	4
<b>Nivo 2</b> Posamezne randomizirane klinične raziskave Posamezne nerandomizirane raziskave	3
<b>Nivo 3</b> Sistematični pregled raziskav s korelacijami/opazovanji	0
<b>Nivo 4</b> Posamezne raziskave s korelacijami/opazovanji	4
<b>Nivo 5</b> Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij	7
<b>Nivo 6</b> Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke študije	0
<b>Nivo 7</b> Mnenje avtorjev, ekspertnih komisij	1

Polit & Beck (2012)

## 2.4 REZULTATI

Rezultate smo predstavili v obliki zadetkov in ključnih spoznanj oziroma vsebinskih kod in zadetkov, vključenih v končno analizo. Potek reduciranja števila zadetkov oziroma oženja rezultatov je prikazan v diagramu PRIZMA.

## 2.4.1 PRIZMA diagram



Slika 1: PRIZMA diagram

Welch, et al. (2016)

Slika 1 prikazuje potek pridobivanja virov, primernih za končno obravnavo. S ključnimi besedami smo pridobili skupno  $n=235270$  elektronskih člankov v polnem besedilu. Na podlagi izvlečkov smo jih najprej izločili 231879 in za nadaljnjo obravnavo obdržali 3391

virov. Te vire smo vsebinsko pregledali in na podlagi vsebine ter dodatnih dodanih besednih zvez smo izključili še 3320 virov. Ostalo nam je 71 virov, primernih za natančno analizo. V končno analizo smo uvrstili 19 virov, ki so bili primerni za naš pregled.

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V Tabeli 3 smo predstavili ključna spoznanja analiziranih besedil glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn ter vzorec (velikost in državo) anketiranih.

**Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov**

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Berger-Höger, et al.	2017	Kvalitativna analiza	Medicinske sestre, zaposlene na onkološkem oddelku (n=12), študenti zdravstvenih ved (n=19). Nemčija.	Ugotovili so, da trenutno večina vrst usposabljanja, ki se tičejo informiranega skupnega odločanja, nagovarja le zdravnike. Usposabljanje medicinskih sester za odločanje je alternativni pristop k izvajanju informiranega skupnega odločanja. Preden pacientke sprejmejo svoje končne odločitve skupaj z zdravnikom, se morajo medicinske sestre strinjati s postopkom odločanja z zagotavljanjem in razpravljanjem o odločitvi pomoči z omenjenimi pacientkami. Medicinske sestre so odgovorne moralno in etično zagovarjati pacienta in njegovo celotno zdravstveno nego, zato morajo biti seznanjene z njihovimi odločitvami. S pomočjo programa ISDM (program za informirano skupno odločanje) bi bila medicinskim sestram podeljena osnovna pristojnost usposabljanja odločitev v kombinaciji z zdravnikom. Pilotna študija, ki so jo izvedli po testiranju, je pokazala, da tako pacientke kot njihove zdravnice zaupajo kompetencam medicinskih

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				sester, torej zagovarjajo skupno odločanje.
Bucher, et al.	2018	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=431), zdravniki (n=121). Švica.	Pojavljajo se pomembne razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki glede odločanja o končanju življenjske dobe pri izjemno ogroženih nedonošenčkih. Zdravniki in medicinske sestre se med seboj zelo razlikujejo glede tega, kako in kdo naj sprejme odločitve, saj so etične in moralne dileme na vsaki strani različne. Priznavanje teh razlik je pomembno, da se izognemo morebitnim konfliktom med medicinsko sestro in zdravnikom, morebitnim konfliktom s starši v procesu odločanja o koncu življenja pri nedonošenčkih, rojenih na meji sposobnosti preživetja. Poleg tega odločitve o koncu življenjske dobe ne temeljijo samo na statističnih rezultatih, ampak nanje močno vplivajo stališča, vrednote in dožemanje poročanja o postopku odločanja s strani zdravnikov in medicinskih sester.
Elsous, et al.	2017	Kvantitativna raziskava (presečna raziskava)	Medicinske sestre (n=313), zdravniki (n=101). Gaza.	Ugotovili so, da je odnos v sodelovanju zdravniki - medicinske sestre bistveno drugačen kot pri samih medicinskih sestrah. Le-te so pokazale ugodnejši odnos. To je zelo pomembno dejstvo pri ugotavljanju načina soočanja na etične dileme. V psihosocialnem vidiku oskrbe imajo medicinske sestre ugodnejši odnos med seboj, pokažejo zavračanje avtoritativne vloge zdravnika. Ugotovljeno je bilo, da nezadovoljivi medprofesionalni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami delno prispevajo k pomanjkanju medicinskih sester, saj se ne znajo same soočati s stresom, ki ga doživljajo zaradi nesodelovanja z zdravniki v procesu odločanja pri dilemah. Posledično pomeni to tudi škodo za pacienta. Velikokrat se



Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zgotovi, da so prisiljene zapustiti svoj poklic.
Fallahi, et al.	2018	Kvantitativna opisna raziskava	Medicinske sestre (n=152), zdravniki (n=152). Iran.	Ugotovitve so pokazale, da se zdravniki in medicinske sestre na nekaterih področjih postopka odločanja glede "neoživljanja" ne strinjajo. Obe skupini sta menili, da je zdravnik odgovoren za odredbo postopka, medtem ko sta izrazili nujnost, da mora to storiti po posvetovanju z drugimi zdravniki, etičnim odborom in medicinskimi sestrami. Glede na različna stališča medicinskih sester in zdravnikov o postopku odločanja "neoživljanja", je treba pregledati medicinske smernice in razjasniti postopek odločanja in izvajanja. Smernice morajo jasno navajati odgovornosti in vloge zdravnika, medicinske sestre, pacienta in drugih članov zdravstvenega tima. Medicinske sestre bi lahko izpolnjevale ključno vlogo pri odločanju v procesu "neoživljanja", ker so ključni del zdravstvenega sistema in zagotavljanja zdravstvenih storitev. Poleg tega medicinske sestre tesno sodelujejo s pacienti in njihovo družino, zato morajo biti obveščene o ključnih etičnih in pravnih vprašanjih.
Fong Yeong Woo, et al.	2017	Sistematični pregled literature	Elektronske baze podatkov (n=9), znanstvene revije (n=2). Avstralija, Kanada, Nova Zelandija, ZDA, Velika Britanija.	Vključevanje medicinskih sester v soodločanje v nujni in kritični oskrbi skrajša čas bivanja, čas do posvetovanja/zdravljenja, smrtnost, zadovoljstvo pacientov in prihrani stroške. Pomembne so razprave o moralnih in etičnih dilemah, ki se porajajo med obravnavo pacientov, o odločitvah, o sodelovanju med zdravniki in medicinskimi sestrami in posledično tudi med zdravstvenimi delavci in pacienti. Izvajanje napredne zdravstvene nege je nujno potrebno, saj izboljša izide pri pacientih.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Karanikola, et al.	2017	Kvantitativna raziskava (vsebinska analiza)	Zdravstveni delavci (n=8). Grčija.	Ugotovili so, da kljub napredku v klinični praksi udeleženci niso menili, da se je njihova poklicna vloga znatno okrepila, saj je sodelovanje pri odločanju in nadzor nad prakso še vedno omejeno. Zdravniki še vedno sami sprejemajo vse odločitve, naj bodo to odločitve o zdravljenju, ki jim pritičejo, ali pa odločitve pri etičnih in moralnih dilemah. Zaradi tega so medicinske sestre nezadovoljne, saj ne morejo zagotavljati ustrezne celotne oskrbe pacientov, če niti niso seznanjene z odločitvami niti ne sodelujejo pri njih. Priporočljivi so ukrepi za povečanje udeležbe medicinskih sester pri sprejemanju kliničnih odločitev in splošne poklicne samostojnosti.
Kenaszchuk, et al.	2011	Kvantitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=154). Kanada.	Rezultati kažejo, da lahko osredotočanje na medprofesionalno simulacijsko izobraževanje medicinskih sester in zdravnikov prispeva k izboljšanju medprofesionalne oskrbe, saj so razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki v mnogih pogledih različni, pomembna pa je tudi naravnost vsakega posebej. Priporočljivo je skupno simulacijsko učenje, kar pa bi kasneje verjetno tudi dobro vplivalo na razprave o dilemah, ki se porajajo med skupnim učenjem.
Martin, et al.	2010	Kvalitativna raziskava	Randomizirani kontrolirani preizkusi (n=14). ZDA, Evropa, Avstralija, Kanada.	Ugotovili so, da je za učinkovito sodelovanje potrebna skupna moč in avtoriteta, ki temelji na strokovnem znanju ter interakciji med zdravstvenim timom, ki ima zaupanje, medsebojno spoštovanje in skupni prispevek k cilju. Pomembne so razprave, sestanki, pogovori o etičnih dilemah, da bi razumeli širši pogled na pacientovo celotno zdravstveno oskrbo. Na tem področju so potrebne strožje raziskave kot tudi širitev

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				področij medprofesionalnega sodelovanja. Ovire za dobre medprofesionalne odnose, opisane v literaturi, vključujejo časovni pritisk, pomanjkanje eksplicitnih opisov ali razumevanje vlog in nalog drug drugega, slaba organizacijska podpora, odsotnost jasnega vodenja, različne tradicije in poklicne vrednote, različna razsodnost pri etičnih in moralnih dilemah, različni cilji in prioritete.
Matthys, et al.	2017	Sistematični pregled literature	Recenzirani članki (n=11). Belgija.	V večini pregledov je bilo ugotovljeno, da imajo medicinske sestre dodano vrednost pri skupnem sprejemanju odločitev. Skupinske prakse v primarni zdravstveni negi spodbujajo sodelovanje z drugimi izvajalci zdravstvene oskrbe, kar spodbuja usklajevanje oskrbe in vodi do višje kakovosti primarne zdravstvene nege. Vloge in odgovornosti zdravstvene nege so se s časom razširile. V zdravstvu sta pomembni etična naravnost in moralna vest, ki ju mora imeti vsak zdravstveni delavec. Ugotovljeno je bilo, da medicinske sestre pogosto nudijo enako ali še boljše kakovostno kronično oskrbo pacientov v primerjavi z zdravniki, tudi z večjim zadovoljstvom pacientov. Sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami lahko pozitivno vpliva na izboljšanje zdravstvenih izidov pri pacientih in na zmanjšanje kroničnih bolezni. Za soočanje s prihodnjimi izzivi primarne zdravstvene nege potrebujemo bolj integrirane modele medprofesionalne oskrbe z ustrezno usposobljenimi medicinskimi sestrami in zdravstvenim timom.
Mboineki, et al.	2019	Opisna kvalitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=12). Tanzanija.	Ugotovili so, da je treba medicinskim sestram omogočiti sodelovanje v kliničnih

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>odločitvah o zdravstveni oskrbi pacienta. To je v skladu z vodilnim načelom, ki medicinske sestre spodbuja k sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci. Medicinske sestre bolje razumejo napredek v zdravljenju pacienta kot drugi izvajalci zdravstvenih storitev. „Zagovorništvo“ je pomembna naloga medicinskih sester, da se zagotovi, da so pravice pacientov ustrezno zaščitene, zdravljenje pacientov pa varno in v skladu s strokovnimi smernicami. Zato kliničnih odločitev o zdravljenju ne smejo sprejemati le zdravniki; namesto tega bi morale biti vključene medicinske sestre, saj je multidisciplinarno timsko delo pomembno. Medicinske sestre so nezadovoljne, kadar zdravniki ignorirajo njihovo mnenje. Skupna moč klinične odločitve med medicinskimi sestrami in zdravniki bo izboljšala medprofesionalne odnose.</p>
Oerlemans, et al.	2015	Opisna kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (intervju, n=7, fokusne skupine, n=8); zdravniki (intervju, n=5, fokusne skupine, n=5). Nizozemska.	<p>Rezultati so pokazali, da kadar si zdravstveni delavci enotno prizadevajo za skupno reševanje težav, skupno odgovornost in za doseganje najboljše možne oskrbe za pacienta in upoštevajo različne poglede na probleme, pomagajo preprečiti ali ublažiti moralne stiske, saj se v okviru sprejema in odpuščanja v oddelku enote za intenzivno nego pojavljajo etične težave v različnih časovnih obdobjih: ko odločajo o sprejemu pacienta v oddelek za nujne primere iz urgentne ambulante, operacijske dvorane oziroma splošnega oddelka, med pacientovim bivanjem v enoti za intenzivno nego in pri odločanju ob odpuščanju pacienta iz enote za intenzivno nego. Različna vloga medicinskih sester in zdravnikov v pacientovi oskrbi vodi do razlik v njihovem</p>

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zaznavanju in obravnavanju etičnih težav. Zato so potrebne razprave, da se težave in dileme, ki se pojavljajo, lahko razrešijo in da se lahko poišče skupno rešitev.
Papathanassoglou, et al.	2012	Kvantitativna raziskava (opisna presečna raziskava)	Medicinske sestre (n=255). Italija, Grčija, Nemčija.	Ugotovili so, da imajo medicinske sestre večjo samostojnost pri odločitvah o zdravstveni negi, ne pa tudi pri odločitvah o delovanju in vodenju enote, kar kaže, da medicinske sestre mislijo, da imajo omejen nadzor nad svojo prakso. Učinkovito sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom je povezano z bistveno boljšimi kliničnimi rezultati. Predpogoj in rezultat avtonomije je zlasti strokovno sodelovanje in sodelovanje pri moralnih stiskah, ki jih doživljajo oboji, medicinske sestre in zdravniki. Poleg tega se avtonomnost, nadzor nad negovalno prakso in zadovoljivo medprofesionalno sodelovanje v skupnem odločanju štejejo za temeljne elemente zdravstvene nege v bolnišnicah in so povezani z izboljšanimi rezultati za paciente.
Pettersson, et al.	2018	Kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (n=15), zdravniki (n=16). Švedska.	Tako medicinske sestre kot zdravniki morajo premisliti o svoji etični usposobljenosti, preden sprejmejo kakršnokoli odločitev na področju neoživljanja. Morajo se vprašati, kaj naj bi vsebovala etična kompetenca. Le-ta je tesno povezana z delovnimi nalogami, zato se marsikdaj zdravniki in medicinske sestre razlikujejo v mnenjih o tem, kaj je etična kompetenca in kako se lahko razvija. Zdravniki so zdravstveno odgovorni za pacienta, medicinske sestre pa so odgovorne za zagotavljanje najboljših zdravstvenih nege pacienta. Etična kompetenca vključuje tudi zmožnost ravnanja po etičnih presoajah. Potrebno bi bilo več

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				izobraževanja o etiki med formalnim usposabljanjem in rednejše etične razprave z zdravniki in z medicinskimi sestrami o etičnih dilemah.
Roze des Ordons, et al.	2015	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=272), specializanti interne medicine (n=153), zdravniki (n=43). Kanada.	V zdravstvenem in negovalnem timu je bil poudarek na učinkovitosti skupnega, medprofesionalnega pristopa k razpravi in določanju ciljev oskrbe, ki naj bi vsebovali obravnavo moralno etičnih stisk pri odločitvah. Nekatere medicinske sestre so želele večjo vključenost v razpravo. Predlagale so razširitev vloge zdravstvene nege na področju moralno etičnih razprav in določanju ciljev zdravstvene oskrbe. Zdravniki in medicinske sestre so predlagali dokumentiranje ciljev zdravstvene oskrbe, ciljev razprav in odločitev o oskrbi zaradi ozaveščenosti bodočih izvajalcev zdravstvenih storitev o vsebini in utemeljitvi sprejetih odločitev.
Sakai, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	Študenti različnih zdravstvenih ved (n=16). Manoa.	Ugotovili so, da je sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov pomembno za ohranitev medsebojnega spoštovanja in skupnih vrednot. S sodelovanjem lažje obvladujejo etične dileme, ki so značilne za primere medprofesionalne oskrbe, ter ohranjajo integriteto v odnosih z drugimi člani skupine.
Sastrawan, et al.	2018	Sistematični pregled literature	Recenzirani članki (n=7). ZDA, Velika Britanija, Kanada, Avstralija, Švedska.	Namen tega pregleda je bil sintetizirati koncept integritete v zdravstveni negi in prepoznati grožnje in strategije obvladovanja v praksi. Zapletena in dinamična narava zdravstvene nege zahteva, da imajo medicinske sestre ne samo ustrezne klinične spretnosti, temveč tudi osebno integriteto, družbeno in moralno zavest. Delovno okolje medicinskih sester je pogosto izpostavljeno mnogim fizičnim, psihičnim in moralnim stresorjem. Delo v fizično in

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				duševno zahtevnem okolju medicinske sestre pogosto doživljajo kot psihične stiske.
Siedlecki & Hixson, 2015	2015	Kvantitativna raziskava	Medicinske sestre (n=822), zdravniki (n=542). Cleveland.	Zdravniki medsebojne odnose ocenjujejo bistveno bolje kot medicinske sestre. Različni pogledi so poučni, saj prav različno dojetje lahko privede do boljših rezultatov in posledično tudi do boljših in učinkovitejših rešitev za paciente. Priznavanje razlik v vrednotah, spodbudah in dojetanjih vodi do osredotočenosti v izboljšanje na področju sodelovanja in sprejemanja odločitev.
Toren, et al.	2014	Kvalitativna raziskava	Medicinske sestre (n=316), zdravniki (n=46). Izrael.	Ugotovili so, da so medicinske sestre, ki delajo na oddelkih z novorojenčki in dojenčki, v določenih situacijah primorane izvajati dejavnosti, za katere niso pooblašene, in odločati brez dovoljenja. Premalo so ozaveščene o dejavnostih, ki jih smejo izvajati, in tistih, ki jih ne smejo. Zato imajo etične in moralne dileme pri izvajanju zdravstvene nege pacienta, saj bi kakšno stvar naredile drugače, pa si ne upajo. Večina zdravnikov in medicinskih sester se strinja, da bi morale biti medicinske sestre opolnomočene za širša področja, kot je recimo samostojno izvajanje oživljanja ali poučevanje staršev. Po drugi strani pa obstaja soglasje zdravnikov, da morajo tradicionalne naloge zdravnikov, zlasti invazivni postopki, kot so npr. priklop/odklop pacienta z ventilatorja, odločanje o ukrepih pri rdečini, ki nastane pri intravenskem kanalu, ostati izključno odgovornost zdravnikov. Potrebno bi bilo preučiti dejansko delitev dela med medicinsko sestro in zdravnikom.
Zwarenstein, et al.	2013	Kvalitativna raziskava	Zdravstveni delavci (n=47). Kanada.	Ugotovili so, da so zdravniške odločitve potekale izolirano brez medprofesionalne

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				identifikacije problemov in razprav. Med drugim so odločitve pri pojavu etičnih in moralnih dilem prav tako sprejeli samo zdravniki brez sodelovanja medicinskih sester. Izobraževanje za izboljševanje medprofesionalnih razprav lahko izboljša učinkovitost, osredotočenost na pacienta in rezultate oskrbe v bolnišnicah. Tudi elektronska komunikacijska orodja, ki zmanjšujejo kognitivno breme in lajšajo deljenje kliničnih opazovanj in naročil, bi lahko zdravnikom pomagala, da se medicinske sestre bolj vključijo v razmišljanje.

V Tabeli 3 smo predstavili 69 kod, ki smo jih združili v pet kategorij. Kategorije smo glede na skupne lastnosti razvrstili:

- *Kategorija I:* Soočanje z najbolj pogostimi etičnimi in moralnimi dilemami
- *Kategorija II:* Prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev
- *Kategorija III:* Pomen skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov
- *Kategorija IV:* Namen skupnega sprejemanja moralno etičnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki in
- *Kategorija V:* Razvoj nove kulture

Razporeditev vsebinskih kod po kategorijah je prikazana v Tabeli 4:



Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija I: Soočanje z najbolj pogostimi etičnimi in moralnimi dilemami	kritično bolni pacienti - enota intenzivne terapije - občutek nemoči - nedonošenčki - neoživljanje - težka družinska dinamika - umirajoči pacienti - neupoštevanje pacientovih želja - etični konflikti - pacienti z duševno motnjo - prisilni ukrepi - zdravila po potrebi - hierarhična poklicna struktura - moralna stiska	De Villers, 2010; Hamric, 2010; Rys, et al., 2012; Birchley, 2013; Visser, et al., 2014; Lancaster, et al., 2015; Molewijk, et al., 2015; Fuller, 2018; Leuter, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; De Panfilis, et al., 2019; Arslan, et al., 2020; Haddad & Geiger, 2020; Huisman, et al., 2020; Rafiee, et al., 2020;
Kategorija II: Prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev	etična kompetenca - odgovornost - kompetence - etično znanje - usposobljenost - poklicna integriteta - vrednote - etična občutljivost - moralna načela - poznavanje lastnih prepričanj - vrline - psihosocialna in duhovna skrb - zagovornišvo - poklicna rast	Hamric, 2010; Gaudine, et al., 2011; Poikkeus, et al., 2013; Brown, et al., 2015; Lancaster, et al., 2015; Barlow, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; Koskenvuori, et al., 2019; Pariseau-Legault, et al., 2019; Haddad & Geiger, 2020; Huisman, et al., 2020;
Kategorija III: Pomen skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov	etična vprašanja - pomen učinkovite komunikacije - razumevanje perspektive vpletenih - različni vidiki poklicev - različne možnosti - večprofesionalno sodelovanje - medprofesionalne razprave - prepoznavanje razlik - obravnavanje etičnih izzivov - deljenje opažanj - prilagoditev načrta zdravstvene oskrbe - izboljšanje rezultatov zdravstvene oskrbe pacientov - etična refleksija	Hamric, 2010; Nair, et al., 2011; Jansky, et al., 2013; Poikkeus, et al., 2013; Matziou, et al., 2014; Visser, et al., 2014; Molewijk, et al., 2015; Hamel, et al., 2018; Leuter, et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; Huisman, et al., 2020;
Kategorija IV: Namen skupnega sprejemanja moralno etičnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki	varnost pacientov - koristi za družino - usklajevanje - skupno odločanje - optimizacija - integriteta - timsko delo - priporočila za nadaljnjo prakso - dostojanstvo pacienta - skupni cilji	Tang, et al., 2013; Visser, et al., 2014; Lancaster, et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015; Molewijk, et al., 2015; Galletta, et al., 2016; Prentice & Gillam, 2018;

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija V: Razvoj nove kulture	oblikovanje politike - konceptualni okvir - razvoj znanj - razvoj integritete - svetovalne službe - raziskave - nova kultura - vrednote - etično posvetovanje - zagotovljena podpora - skupno usposabljanje - izboljšanje kakovosti oskrbe - razvoj znanja o odločanju - poklicna vloga in odgovornost - reševanje težav	Jelenovec & Železnik, 2012; Jansky, et al., 2013; Poikkeus, et al., 2013; Tang, et al., 2013; Lancaster, et al., 2015; McAndrew & Leske, 2015; Molewijk, et al., 2015; Barlow, et al., 2018; Hamel, et al., 2018; Leuter, et al., 2018; Famuyide, et al., 2019; Huisman, et al., 2020;

## 2.5 RAZPRAVA

Z diplomskim delom smo želeli preučiti ključne etične in moralne dileme medicinskih sester in zdravnikov pri soočanju z odločitvami o pacientovem zdravljenju v kliničnem okolju, njihov pogled na različne situacije v zdravstveni oskrbi pacientov ter njihovo soočanje s problemi, težavami in stiskami, ki jih doživljajo med zdravljenjem pacientov. Zanimalo nas je tudi, na kakšen način komunicirajo med seboj in ali je prisotno skupno odločanje pri rešitvah določenih etičnih in moralnih dilem. S pomočjo raziskav smo želeli ugotoviti pomen skupnih razprav s področja etičnih in moralnih dilem, ki se pojavijo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov, pridobiti dokaze o njihovi uspešnosti ter pripraviti predlog skupnega sprejemanja odločitev.

Prvo raziskovalno vprašanje je bilo namenjeno najpogostejšim etičnim in moralnim dilemam, ki se pojavljajo na področju sprejemanja odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe, in kako se z njimi zdravstveni delavci soočajo. S pomočjo vsebin analize besedil smo ugotovili, da kljub napredku medicine etične in moralne dileme v zdravstvu še vedno obstajajo, zato so etične vrednote bistvenega pomena za zdravstvene delavce (Haddad & Geiger, 2020). Še vedno je največ etičnih dilem prisotnih pri zdravljenju kritično bolnih pacientov v enotah intenzivne terapije (Birchley, 2013), kjer se soočajo z izvajanjem nepotrebnih diagnostičnih postopkov, nepotrebnih negovalnih intervencij, z dajanjem lažnega upanja pacientu in družini, z neupoštevanjem pacientovih želja. Vse to je nepotrebno poseganje v pacientovo telo in s tem tudi skrunitev njegovega dostojanstva (De Villers, 2010). Isto velja za podaljševanje procesa umiranja in trpljenja pacientov, saj se etične in moralne dileme

pojavi pri tem, kdaj začeti in kdaj prenehati z zdravljenjem (Fuller, 2018). Rys in sodelavci (2012) so s pregledom publikacij ugotovili, da je nenehna sedacija do smrti pri pacientu, ki je neozdravljivo bolan, moralno upravičena. Zdravniki so negotovi glede pravnih podrobnosti vnaprejšnjih direktiv, saj ne vedo, kako se spoprijeti z občutjem nemoči (De Panfilis, et al., 2019). Kot uspeh ocenjujejo »življenje za vsako ceno«, saj ne morejo pacientov pustiti umreti. Pogosto poročajo, da nimajo zaupanja, da bi prevzeli odgovornost za umirajočega pacienta in zato odložijo odločanje o odvzemu ali prekinitvi zdravljenja, dokler niso izčrpane vse možnosti zdravljenja, s čimer nadaljujejo zdravljenje do pacientove smrti (Visser, et al., 2014). Molk ogroža moralno vest in poklicno integriteto medicinskih sester. Pri želji pacienta po zavrnitvi zdravljenja morajo vedno ukrepati, saj je v nasprotnem primeru to kršitev za medicinske sestre. V omenjenih primerih morajo medicinske sestre stremeti k interesom pacienta in spregovoriti, drugače se pojavijo moralne stiske, ki vodijo do jeze, krivde, samoobtoževanja in umika od pacientov, kar pa posledično lahko privede do zapustitve poklica (Hamric, 2010). Kombinacija medicinske hierarhije in intenzivnih medicinskih terapij je pogost vir stiske za medicinske sestre, ki želijo izpolniti svojo zaznano in poklicno dolžnost. Stiska je lahko še posebej huda, če je njihova zaznana dolžnost zagotavljati sočutje in omogočiti pacientom, da dostojno umrejo, medicinska odločitev pa je nadaljevanje intenzivnega zdravljenja ali nadaljnji poskusi ozdravitve (Prentice & Gillam, 2018). Delo pri pacientih z duševnimi motnjami vključuje značilne etične dileme, ki so povezane s posebnostmi na področju duševnega zdravja. Na tem področju ni veliko raziskanega, se pa etične dileme lahko pojavijo, ko nekateri pacienti nimajo sposobnosti odločanja. Prav tako dejstvo, da so nekateri pacienti sprejeti proti svoji volji in da imajo zdravstveni delavci zakonito dovoljeno uporabo prisilnih ukrepov, povzroča številne različne etične dileme (Molewijk, et al., 2015). Za učinkovito zdravljenje simptomov pacienta so pogosto ključnega pomena „zdravila po potrebi“ ali predvidena zdravila, ki pa pogosto niso točno definirana, zato se pojavijo moralno etične dileme pri komunikaciji in sodelovanju med zdravniki in medicinskimi sestrami. Narava razmerja med zdravniki in medicinskimi sestrami in obstoječimi hierarhijami ovira medicinske sestre pri aktivnem razpravljanju o njihovih predlogih glede zdravlil. Ovire na strani zdravnikov in interdisciplinarnost oskrbe ob koncu življenja sprožajo vprašanja o vlogi medicinskih sester pri ravnanju z zdravili. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri zdravstveni oskrbi in lajšanju simptomov,

končna odločitev in odgovornost za odločitve glede zdravlja pa je v rokah zdravnika (Huisman, et al., 2020). Zdravniki so preveč prepričani v pravilno odločitev in v odločanje o oskrbi in v soglasje ne vključujejo medicinskih sester in potreb pacientov. Svoje delo pogosto vidijo bolj kot reševanje pacientovega življenja in ne možnost, da pacienti umrejo na najbolj možen dostojen način (Visser, et al., 2014). Pri sprejemanju odločitev o zdravljenju ali nezdravljenju novorojenčkov in nedonošenčkov s slabimi zdravstvenimi napovedmi se pojavljajo dileme, koliko je vredno življenje in kako etično odločiti o ukinitvi oživljanja (Rafiee, et al., 2020). Medicinske sestre imajo boljšo presojo glede lastnega znanja kot zdravniki, vendar ima več zdravnikov globljo raven posebnega usposabljanja o vprašanjih etike. Ugotovljeno je bilo, da je nagnjenost k etičnim posvetovanjem za reševanje etičnih vprašanj znatno povezana s stopnjo poglobljanja etičnih vprašanj in stopnjo izkušenj, pridobljenih na tem področju (Leuter, et al., 2018). Medicinske sestre med odločanjem upoštevajo moralna načela, čeprav ne na zaželeni ravni, na njih pa relativno vplivajo okoljski dejavniki. In čeprav poznajo etične težave v scenarijih, vključno z etičnimi dilemami, med odločanjem za etične dileme ne znajo sprejemati odločitev v skladu s stopnjo svojega moralnega razvoja (Arslan, et al., 2020). Večino časa zdravniki in medicinske sestre delujejo kot ločeni izvajalci zdravstvenih storitev in med seboj komajda govorijo. Zdravniki sebe vidijo kot nosilce odločanja v osnovni oskrbi pacientov. Ker zdravniki, medicinske sestre in ostalo zdravstveno osebje zagotavljajo del oskrbe pacientov, je za preprečevanje napak in razdrobljenosti oskrbe ključnega pomena usklajevanje različnih opravljenih postopkov in posegov. Napetosti, nesporazumi in konflikti, ki jih povzročajo razlike v mnenjih in interesih, lahko ovirajo učinkovito interdisciplinarno komunikacijo in sodelovanje (Lancaster, et al., 2015). Lahko se zgodi, da moralne dileme zdravstvenim delavcem včasih povzročajo nespečnost, vendar ne bi smele ogrozati osebne integritete. V negotovih in težkih okoliščinah se marsikdo ne strinja o najprimernejših ukrepih in čeprav je odločitev še vedno težka, ima vsaka možnost moralno enakovredne vrednosti. Moralna stiska pa je občutek, da človek ni ravnal v skladu s svojim moralnim prepričanjem. Vpliva na integriteto in ogroža izpolnjevanje poklicnih obveznosti ter delovanje v najboljšem interesu pacienta (Prentice & Gillam, 2018).

Kategorija II poudarja prispevek medicinskih sester pri sprejemanju moralno etičnih odločitev, saj menimo, da je pomembno vedeti, da so medicinske sestre v zdravstvenem timu zelo pomembni člani, saj preživijo v kliničnem okolju s pacienti večino časa (Huisman, et al., 2020). Etična usposobljenost medicinskih sester je omejena, raziskovalno področje pa zelo aktualno. Etično moralna kompetenca velja za sestavino poklicne usposobljenosti, ki jo sestavljajo znanje, spretnosti in stališča, ki so potrebna za reševanje etičnih vprašanj. Je ključni dejavnik, ki zdravstvenim delavcem omogoča sprejemanje odločitev. Sestavljajo jo etično znanje, etična občutljivost, etična refleksija, etično delovanje in vedenje ter etično odločanje. Posledice etične kompetence so najboljše možne rešitve za pacienta, zmanjšanje moralne stiske zdravstvenih delavcev pri opravljanju svojih nalog in priložnost za usvajanje znanja s področja etičnih in moralnih dilem (Koskenvuori, et al., 2019). Osredotočenost na etiko je profesionalna vrednota vsake medicinske sestre, ki strokovno opravlja svoje poslanstvo. Nanaša se na pravilno in napačno ravnanje in vključuje postopek sprejemanja odločitev za določitev končne odločitve nadaljnjih dejanj. Vsak človek ima svoj nabor osebne etike in morale. Etika znotraj zdravstvenega varstva je pomembna, ker morajo zdravstveni delavci prepoznati dileme v zdravstvu, sprejemati dobre presoje in odločitve, ki temeljijo na njihovih vrednotah, hkrati pa upoštevati zakone, ki jih urejajo (Haddad & Geiger, 2020). V EFN smernicah (2015) zasledimo, da mora imeti medicinska sestra »sposobnost za kritično razmišljanje in sistemski pristop pri reševanju problemov in sprejemanju odločitev pri zdravstveni negi v kontekstu profesionalnosti pri nudenju le-te. Izvajati mora ukrepe, po predhodni identifikaciji in analizi problemov, ki olajšajo iskanje najboljših rešitev za pacienta, družino in skupnost, dosegati cilje, izboljševati rezultate in ohranjati kakovost dela«. Etična kompetenca je bistven element zdravstvene nege. Medicinske sestre vse bolj potrebujejo podporo pri kompetencah odgovornosti do svojih pacientov. Pri preučevanju etičnih kompetenc so Poikkeus in sodelavci (2013) preučevali različne vidike: etično odločanje, etično občutljivost, etično znanje in etično refleksijo. Najpogostejše strategije za podporo etičnih kompetenc so bile etično izobraževanje, etični krogi, etični odbor in razprave. V odnosih med zdravniki in medicinskimi sestrami se pojavijo tri teme: informirati, podpirati in predstavljati. V glavnem medicinske sestre spremljajo pacienta in zdravnika obveščajo o klinični situaciji in vseh vidikih pacienta. Poleg tega podpirajo in dopolnjujejo zdravnika (Gaudine, et al., 2011). Vloga medicinskih sester se prilagaja z

namenom boljšega obvladovanja simptomov in zmanjšanja človekovega trpljenja (Huisman, et al., 2020). Zdravniki so osredotočeni na »preživetje redkih«, medicinske sestre pa na »trpljenje mnogih«. Različni pogledi povzročajo napetost. Medtem, ko se veliko pogovarja o nujnosti skupnega dela in odločanja v zdravstvenem timu, v resnici številne ekipe vodijo zdravniki, ki menijo, da je odločanje samo njihova vloga in odgovornost. Tu bi bil potreben premik v pričakovanju, da medicinske sestre zagovarjajo paciente in ne le slepo in lojalno upoštevajo zdravnikova navodila navkljub moralnim stiskam (Hamric, 2010; Pariseau-Legault, et al., 2019). Za medicinske sestre velja, da imajo pomembno vlogo "oči in ušes" zdravnika in "tiskovnega predstavnika" za pacienta. Zdravniki niso pozorni na dodatne simptome v pogovorih s svojimi pacienti, saj se morajo spoprijeti s številnimi drugimi težavami. Medicinske sestre pa preživijo več časa s pacienti in so tako za paciente bolj dostopne in z njimi razpravljajo o njihovih simptomih (Brown, et al., 2015; Huisman, et al., 2020). Kombinacija medicinske hierarhije in intenzivnih medicinskih terapij je pogost vir stiske za medicinske sestre, ki želijo izpolniti svojo zaznano in poklicno dolžnost. Stiska je lahko še posebej huda, če je njihova zaznana dolžnost zagotavljati sočutje in omogočiti pacientom, da dostojno umrejo, medicinska odločitev pa je nadaljevanje intenzivnega zdravljenja v življenju ali nadaljevanje izvajanja poskusov ozdravitve (Prentice & Gillam, 2018). Zdravniki, medicinske sestre in ostalo osebje morajo priznati in spoštovati prispevek drug drugega k oskrbi pacientov in medicinske sestre vključiti v odločitve o oskrbi pacientov. Rešitev je v interdisciplinarni komunikaciji in sodelovalnem izobraževanju ter usposabljanju med zdravniki, medicinskimi sestrami in ostalim zdravstvenim osebjem, da bi podprli pozitivne rezultate oskrbe pacientov. Potrebno je prepoznati prispevke zdravnika in medicinske sestre, spodbujati izboljšano komunikacijo in sodelovanje in povečati varnost pacientov (Lancaster, et al., 2015). Kompleksne in drage možnosti zdravljenja so povečale pogostost in poudarek etičnega odločanja v zdravstvu, zato je pomembno prepoznavanje vrednot, prepričanj in kontekstualnih vplivov, ki nakazujejo različne možnosti v odločanju. Pomembno je prepoznati prispevek medicinskih sester pri reševanju etičnih dilem v praksi (Barlow, et al., 2018). V prihodnosti bi bilo nujno potrebno razširiti raziskave na področju etične usposobljenosti, da bi se lahko zagotavljalo visokokakovostno zdravstveno nego (Koskenvuori, et al., 2019).

Skupne moralno etične razprave medicinskih sester in zdravnikov so pomembne (Kategorija III), saj menimo, da različni pogledi in vidiki poklicev lahko povzročajo napetosti med medicinskimi sestrami in zdravniki (Hamric, 2010), zlasti zaradi tega, ker nimajo enakih stališč glede učinkovitosti njihove komunikacije in vloge medicinskih sester v postopku odločanja o oskrbi pacientov. Odsotnost medprofesionalnega sodelovanja lahko povzroči večjo možnost napak in opustitev v oskrbi pacientov, zato bi morale tako medicinske sestre kot zdravniki priznati pomen učinkovite komunikacije in razviti in izvajati medprofesionalne intervencije v tinskem delu za izboljšanje sodelovanja, kar pa lahko storijo z medprofesionalnimi razpravami (Matziou, et al., 2014). Vztrajna hierarhija vodi do močne razlike med zdravniki in medicinskimi sestrami. Zdravniki menijo, da je sprejemanje odločitev samo njihova vloga in odgovornost (Hamric, 2010). Strategije za spodbujanje sodelovanja med medicinsko sestro in zdravnikom so lahko pomembne za povečanje naklonjenosti medicinskih sester do celotnega zdravstvenega tima. Na individualni ravni sta zadovoljstvo pri delu in zavzetost v ekipi pomembna dejavnika za ohranitev osebja, na ravni skupine pa je dobro sodelovanje z zdravniki ključnega pomena za razvoj afektivne identifikacije medicinskih sester z ekipo (Nair, et al., 2011). Potrebno je deliti občutke, zaznavanja, opažanja pri pacientu, prepoznavati razlike (Huisman, et al, 2020), da se lahko izboljšajo rezultati zdravstvene oskrbe pacienta (Poikkeus, et al, 2013). Razprave bi morale vsebovati etične refleksije zdravnikov in medicinskih sester, saj bi s tem lažje razumeli perspektivo drug drugega (Jansky, et al, 2013). S tem bi lahko prilagodili načrt zdravljenja pacienta, ki bi nudil boljšo zdravstveno oskrbo ob osnovnem zdravljenju z zadovoljstvom pacienta, njegove družine in posledično tudi zdravstvenega tima (Molewijk, et al, 2015). Po drugi strani pa se brez razprav na področju etičnih in moralnih dilem ne obeta nič dobrega za medicinske sestre, saj jih njihov podrejen odnos in občutek nemoči lahko pripelje do tega, da pričnejo zapuščati svoj poklic. Skupne odločitve o zdravljenju lahko medicinskim sestram in zdravnikom pomagajo pri iskanju kakovostnih etičnih vprašanj in podpori skupnemu odločanju (Hamel, et al, 2018). Ko se pojavijo etična vprašanja, ki jih povzročijo etične in moralne dileme, je potrebno, da medicinske sestre spregovorijo, vodilne medicinske sestre, zdravniki in ostalo zdravstveno osebje pa to prepoznajo in nudijo oporo. Potrebno je ustvariti ozračje, v katerem lahko medicinska sestra izpolnjuje svoje poklicne obveznosti medicinske sestre, ne da bi pri tem ogrozile svojo integriteto

(Hamric, 2010). Pomanjkanje celostnega pogleda na pacientovo situacijo lahko zdravnik vodi v nerazumevanje pacientovega lastnega interesa (Visser, et al, 2014). S skupnimi razpravami, sodelovanjem in spoštovanjem pa lahko oba, tako medicinska sestra kot zdravnik, napredujeta v osebni in poklicni rasti (Leuter, et al, 2018). S tem smo odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje, ki je temeljilo na pomenu skupnih moralno etičnih razprav medicinskih sester in zdravnikov.

S pomočjo kategorije IV predstavljamo namen skupnega sprejemanja odločitev na področju etičnih in moralnih dilem med medicinskimi sestrami in zdravniki. Poklicna vloga medicinske sestre ali zdravnika izhaja iz dolžnosti, da se vede na določen način in ohranja nabor vrednot znotraj kulturnih in tradicionalnih norm, ob upoštevanju zaupanja, ki ga v teh vlogah daje javnosti. Tako so zdravstveni delavci moralno odgovorni tudi drugim, vključno pacientom, ustanovi, za katero delajo, svojim kolegom in širši javnosti (Prentice & Gillam, 2018). Ker zdravniki lažje nadaljujejo z zdravljenjem kot razpravljajo o alternativnih ciljih oskrbe, imajo pomanjkljivo poznavanje moralno etičnih vprašanj v zvezi z odločitvami, premalo izobrazbe o paliativni medicini in tudi primanjkljaj pri razpravah o moralno etičnih vprašanjih (Visser, et al., 2014). Zato je ustrezno obravnavanje moralno etičnih izzivov pomembno iz več razlogov. Pozornost nanje je usmerjena v določanje in izboljšanje kakovosti oskrbe. Neupoštevanje moralno etičnih izzivov pa je lahko škodljivo za paciente, svojce, zdravstvene delavce, vodstvo in posledično za celotno organizacijo. Lahko izzove njihovo sodelovanje in zmanjša kakovost postopkov odločanja. Nekatere raziskave poročajo, da neupoštevanje moralno etičnih izzivov lahko privede do večjih moralnih stisk, kar bi lahko spet prispevalo k pogostejšemu zapuščanju poklica in višji stopnji obolevnosti med zdravstvenimi delavci (Molewijk, et al., 2015). Večje razumevanje moralnih stisk pri zdravnikih lahko pomaga pri ustvarjanju moralnega ozračja, kjer se lahko med izvajalci zdravstvenih storitev izrazijo pomisleki in razpravlja o različnih mnenjih in stališčih. Moralna stiska morda ne odraža objektivne napake ali moralne kršitve znotraj enote oziroma zdravstvenega tima, vendar pogosto odraža okolje, kjer ni bilo dovolj etične razprave, ki bi vključevala stališča vseh vpletenih. Priznavanje moralne stiske zdravnikov in medicinskih sester in omejitve, ki jih čutijo, lahko pomagajo obnoviti enotnost ekipe. Moralna stiska bi morala biti merilo za sodelovanje v mnenjih in priložnost, da se razjasni, kje leži etična dopustnost



(Tang, et al., 2013). Obravnavanje etičnih dilem, ki temeljijo na nesoglasjih, je samo po sebi lahko koristno, če gre za strokovne razprave in dokler se zdravstveno osebje osredotoča na paciente. Ta posebna osredotočenost omogoča dobre razprave (Lancaster, et al., 2015). Ravnoesje pri etičnih dilemah v medpoklicnem sprejemanju odločitev v kliničnem okolju je ključnega pomena. Ustvarja timski pristop, skupne cilje, razumevanje perspektive vpletenih in poznavanje lastnih prepričanj (Galetta, et al., 2016). Nasprotno pa občutek nemoči, težka družinska dinamika in prepoznavanje trpljenja povzroča neravnovesje. Ko je pri sprejemanju odločitev doseženo ravnovesje pri pacientu, nastanejo pozitivne izkušnje, tudi ob smrti pacienta (McAndrew & Leske, 2015).

V raziskavi smo na osnovi kvalitativne vsebinske analize oblikovali tudi kategorijo V – razvoj nove kulture. V zdravstvu morajo medicinske sestre, zdravniki in ostali zdravstveni delavci ravnati skladno s smernicami medicinske etike in ostalimi predpisi. Odločanje mora temeljiti na moralno etičnih načelih, ki jih vsak posameznik lahko optimalno rešuje glede na njegov vidik interesov (Jelenovec & Železnik, 2012). S pomočjo zdravstvene oskrbe pacienta se izboljšujejo načelne vrednosti pacientov in zdravstvenega osebja. Etika skrbi je primerna kot okvir za etično usposabljanje, ki pa mora temeljiti na medpoklicnem sodelovanju, saj je pogled iz večih zornih kotov obširnejši in zato tudi boljši za reševanje medsebojnih konfliktov, nesporazumov, različnih mnenj (Jansky, et al., 2013). Trenutna hierarhična poklicna struktura, ki je značilna za izvajanje zdravstvenega varstva, zahteva obravnavo za izboljšanje varnosti pacientov v kliničnem okolju (Lancaster, et al., 2015). Raziskati bi bilo potrebno tudi dejavnike, ki izboljšujejo odnos zdravnikov do sodelovanja in učinkovite komunikacije (Huisman, et al., 2020). Potrebna je nova kultura, ki krepi sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, da združi edinstvene prednosti obeh poklicev v priložnosti za izboljšanje rezultatov pacientov. Za spopadanje s tem izzivom je bistvenega pomena razumevanje trenutnih načinov sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki (Barlow, et al., 2018). Za etično usposobljenost medicinskih sester je treba razviti podporo, ki temelji na dokazih na organizacijski in individualni ravni. Kot del razvoja organizacijske etične prakse je treba prepoznati ovire za večprofesionalno sodelovanje pri etičnih vprašanjih. Raziskave bi morale več pozornosti nameniti konceptualnim, teoretičnim in praktičnim vidikom etične usposobljenosti (Poikkeus, et al., 2013). Izobraževanje, ki bi poudarjalo koncepte etike in etičnih načel in ki bi vključevalo tudi

vpliv religije pri sprejemanju odločitev ter poznavanje najpomembnejših dilem, bi lahko privedlo do pozitivnih rezultatov pri pacientovem zdravljenju in celostni zdravstveni oskrbi v kliničnem okolju (Famuyide, et al., 2019). Prisotnost svetovalne službe na razpravah bi lahko privedlo do skupnih sprejemaj odločitev. Skupaj z osnovnim izobraževanjem in nadaljevanjem le-tega bi svetovalna služba predstavljala veljavno podporo za poklicno rast na etičnem področju tako za medicinske sestre kot tudi za zdravnike (Leuter, et al., 2018). Nadaljnje raziskovanje v tej smeri bi lahko pomagalo podpirati zdravstveno oskrbo, usmerjeno v pacienta, in optimiziralo skupne ukrepe odločanja (Hamel, et al, 2018). Odbor za klinično etiko mora upoštevati različne vidike poklicev in zagotoviti podporo (Jansky, et al., 2013). Potrebno je medpoklicno izobraževanje za opolnomočenje medicinskih sester pri sprejemanju odločitev in oblikovanju politike za reševanje težav na delovnem mestu (Tang, et al, 2013). Prihodnje raziskave bi se morale osredotočiti na to, kako lahko storitve etičnega podpiranja, kot so etične skupine za razmislek ali razpravljanje o moralnih primerih, pomagajo na konstruktiven način obravnavati etične dileme in ceniti nesoglasja (Molewijk, et al., 2015). Priporočila za prakso vključujejo razvoj podpornih intervencij za medicinske sestre in zdravnike, ki sodelujejo pri sprejemanju odločitev na področju etičnih dilem, ki se pojavijo pri prenehanju zdravljenja pacienta. Vključujejo tudi nadaljnje raziskave za preizkušanje intervencij za izboljšanje komunikacije in sodelovanja (McAndrew & Leske, 2015).

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Zaznali smo pomanjkanje strokovne literature pri prvotno uporabljenih ključnih besedah, zato smo morali obseg ključnih besed v nadaljnji raziskavi razširiti. Nekatere raziskave niso bile aktualne za našo raziskavo, ker so bile starejše od 10 let. Opažamo pa tudi zelo malo tovrstnih raziskav v slovenskem prostoru, kar preseneča, saj se že srečujemo s pomanjkanjem kadra v zdravstvu, zato bi bili takšni članki zelo zaželeni za premik na področju sprejemanja skupnih odločitev med medicinskimi sestrami in zdravniki.

### 2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pri pregledu literature smo spoznali, da bomo z diplomskim delom posegli v slovenski prostor z literaturo, ki delno prikazuje etiko medicinskih sester na eni strani in etiko zdravnikov na drugi strani. S tem bomo pokazali na različna stališča medicinskih sester in zdravnikov, njihove poglede na skupno sprejemanje odločitev v zdravstveni oskrbi pacientov in potencialno tudi iskanje rešitev v tej smeri. Naša tema je priložnost za začetek razmišljanja o sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki, saj bomo le z roko v roki lahko ustvarili novo kulturo sprejemanja odločitev pri etičnih in moralnih dilemah in posledično tudi izboljšali ravnovesje pri pacientovem zdravljenju in njegovi celostni zdravstveni oskrbi.

### 3 ZAKLJUČEK

Z diplomskim delom smo želeli izpostaviti nujnost skupnega sprejemanja odločitev na področju etičnih in moralnih dilem med medicinskimi sestrami in zdravniki. Med raziskovanjem smo odkrivali etične in moralne zadržke obeh poklicev, različna razmišljanja, vrednote, cilje in poglede iz različnih zornih kotov.

Čeprav se medicinske sestre in zdravniki pogosto srečujejo z etičnimi in moralnimi dilemami v kliničnem okolju, pa v praksi še vedno niso točno določene delitve dela na tem področju, ker se mnogi od strokovnjakov ne znajo uspešno spoprijeti z vsemi temi vprašanji in poiskati rešitve. Zdravniki so še vedno na visoki točki hierarhije, medicinske sestre pa še vedno poskušajo ugoditi naročilom zdravnika, čeprav jim to ne ustreza. Oboji bi se morali zavedati, da sta oba poklica samostojna in oba nosita določene kompetence in avtonomijo in tudi negativne posledice, ki jih prinaša netimsko delo. Tako medicinske sestre kot zdravniki bi morali predstavljati celotno podobo svojega poklica - vsak svojega - in na podlagi tega sprejemati odločitve, ki so v skladu z obema zornima kotoma. Obravnava pacienta mora temeljiti na timskem delu, ki zagotavlja zdravljenje s celovito zdravstveno oskrbo. Potrebno je skupno izobraževanje, skupni pogovori v obliki razprav, ki bi pokazale določene razlike v razmišljanju, pogledih in perspektivah glede ocene in načrta oskrbe pacientov. Tako bi se lahko tudi odločitve sprejemale na podlagi obeh razmišljanj in opažanj. Medicinske sestre so strokovnjakinje za celotno zdravstveno nego pacienta, zato morajo prevzeti odgovornost v skladu s svojim poslanstvom in avtonomno prevzeti naloge, za katere so usposobljene. Pri tem morajo ohranjati svojo moralno in etično držo, podprto z moralno etičnimi kompetencami. Z njihovim odgovornim ravnanjem razvijajo profesionalne in etične vrednote, prav tako pa dvigujejo ugled poklica in uživajo zaupanje in spoštovanje zdravstvenih delavcev in pacientov. Velikokrat so izpostavljene strokovni in laični presoji, zato je nujno potrebno, da imajo široko in trdno znanje, s katerim iščejo nove in še boljše temelje zdravstvene nege. Potrebna je skupna praksa, saj je pomembno dejstvo, da bi se pri skupni praksi začeli razvijati tudi medosebni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki so nujno potrebni za učinkovito komunikacijo. Namreč, zdravniki in medicinske sestre se morajo učiti skupaj, da bodo spoznali različne načine komuniciranja, sodelovanja, da bodo znali

govoriti in ceniti izjave drug drugega, razreševati nesoglasja, da se sestre ne bodo počutile manjvredne in da bodo zdravniki pridobili zaupanje in spoštovanje medicinskih sester. Za razvoj in doseganje skupnih ciljev so najbolj pomembni uspešni in dobri medsebojni odnosi, saj zagotavljajo osebni uspeh in srečo zaposlenih, kar pa posledično pomeni, da je osebje zadovoljno in z veseljem hodi v službo. Vez med medicinsko sestro in zdravnikom mora biti močna, trdna, zaupljiva in spoštljive narave, njuno sodelovanje mora širiti znanja in imeti skupno odgovornost za oskrbo pacientov. Na ravni kliničnega okolja bi bili nujno potrebni predpisi, smernice, protokoli, ki bi zagotovili načrtovanje in izvajanje razprav med medicinskimi sestrami in zdravniki. Potreben bi bil temeljit zasuk v sprejemanju različnih interesov, zato menimo, da bi bilo nujno umestiti in vključiti v učne načrte razprave, ki bi poudarjale medsebojno komunikacijo, reševanje nesoglasij v zdravstvenem timu in medsebojno reševanje etičnih in moralnih dilem.

Želimo poudariti, da je najbolj pomemben pacient in njegove potrebe. Nujno potrebno je vzpostaviti nov način, novo kulturo, nov pristop, da bomo lahko poskrbeli za paciente celostno. Za to je potrebno s strani medicinskih sester in zdravnikov pričeti z uvajanjem spoštovanja, odprte in poštene komunikacije, potrpežljivosti in sočutja. Tako se bodo lahko pooblastila za odločanje delila in posledično se bo ustvarjalo novo, boljše ozračje za celoten zdravstveni tim in, kar je najpomembnejše, za pacienta in njegovo družino. Pomembno je kakovostno, vestno in odgovorno izvajanje zdravstvene nege k pripadajočemu zdravljenju, ki temelji na strokovnem znanju, kar pa pomeni tudi najvišjo stopnjo zadovoljstva pacientov. Menimo, da je skupno izobraževanje in skupno klinično usposabljanje potrebno, saj se medicinske sestre in zdravniki že kot študenti naučijo uravnotežiti svoja socializirana stališča in sicer tako, da vidijo oziroma prepoznajo etične dileme drug od drugega.

## 4 LITERATURA

Adolph, M., Frier, K., Stawicki, S., Gerlach, A. & Papadimos, T., 2011. Palliative critical care in the intensive care unit: A 2011 perspective. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 1(2), pp. 147-153.

Arslan, S., Türer Öztik, S. & Kuzu Kurban, N., 2020. Do moral development levels of the nurses affect their ethical decision making? A descriptive correlational study. *Clinical Ethics*, 15.

Ažman, M., 2019. Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), pp. 264-268.

Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacientov: ugotovitve dveh uvodnih raziskav. *Informatica Medica Slovenica*, 19, pp. 1-2.

Barlow, N.A., Hargreaves, J. & Gillibrand, W., 2018. Nurses' Contributions to the Resolution of Ethical Dilemmas in Practice. *Nursing Ethics*, 25(2), pp. 230-242.

Berger-Höger, B., Liethmann, K. & Mühlhauser, I., 2017. Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17, p.160.

Birchley, G., 2013. Doctor? Who? Nurses, patient's best interests and treatment withdrawal: when no doctor is available, should nurses withdraw treatment from patients? *Nursing Philosophy*, 14, pp. 96-108.

Brown, S., Lindell, D.F., Dolansky, M.A. & Garber, J.S., 2015. Nurses' Professional Values and Attitudes Toward Collaboration With Physicians. *Nursing Ethics*, 22(2), pp. 205-16.

Bucher, H.U., Klein, S.D. & Hendriks, M.J., 2018. Decision-making at the limit of viability: differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatrics*, 18, p. 81.

Cerit, B. & Dinç, L., 2013. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: A correlational study. *Nursing Ethics*, 20(2), pp. 200-212.

Chang, J., Poynton, M.R., Gassert, C.A. & Staggers, N., 2011. Nursing informatics competencies required of nurses in Taiwan. *International Journal of Medical Informatics*, 80(5), pp. 332-340.

De Panfilis, L., Di Leo, S., Peruselli, C., Ghirotto, L. & Tanzi, S., 2019. "I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), p. 70.

De Villers, M.J., 2010. *Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and non-critical care units: doktorska disertacija*. Illinois: Loyola university Chicago, Department of Nursing.

El Sayed, K.A. & Sleem, W.F., 2011. Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2).

Elsous, A., Radwan, M. & Mohsen, S., 2017. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 2017, p. 7406278.

Epstein, E.G., 2010. Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nursing ethics*, 17(5), pp. 577-589.

Esfandnia, F., Mohammadi, E., Mohammadi, M., Cheraghi, R., Esfandnia, N. & Esfandnia, A., 2015. Relationship between patient safety and accountability of nurses in Al-Zahra Gilangharb Hospital in 2015. *Journal of Medicine and Life*, 8(3), pp. 141–145.

Fallahi, M., Mahdavi, S. & Abdi, A., 2018. Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13, p. 20.

Famuyide, M., Compretta, C. & Ellis, M., 2019. Neonatal nurse practitioner ethics knowledge and attitudes. *Nursing Ethics*, 26(7-8), pp. 2247-2258.

Fong Yeong Woo, B., Xin Yu Lee, Y. & Wai San Tam, W., 2017. The Impact of the Advanced Practice Nursing Role on Quality of Care, Clinical Outcomes, Patient Satisfaction, and Cost in the Emergency and Critical Care Settings: A Systematic Review. *Human Resources for Health*, 15(1), p. 63.

Fuller, D.M., 2018. *Critical care nurses' attitudes influencing care provided to patients at end-of-life: doktorska disertacija*. Arizona: University of Phoenix, School of advanced studies.

Galetta, M., Portoghese, I., Carta, M.G., D'Aloja, E. & Campagna, M., 2016. The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses. *Research in Nursing & Health*, 39(5), pp. 375-85.

Gaudine, A., LeFort, S., Lamb, M. & Thorne, L., 2011. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 9-19.

Grönlund, C.E.F., Dahlqvist, V. & Söderberg, A.I., 2011. Feeling trapped and being torn: Physicians' narratives about ethical dilemmas in hemodialysis care that evoke a troubled conscience. *BMC Medical Ethics*, 12, p. 8.



Haddad, L.M. & Geiger, R.A., 2020. Nursing Ethical Considerations. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Europe PMC*, 2020, p. 30252310.

Hamel, A., Gaugler, J., Porta, C. & Hadidi, N.N., 2018. Complex Decision-Making in Heart Failure: A Systematic Review and Thematic Analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(3), pp. 225-231.

Hamric, A.B., 2010. Moral Distress and Nurse-Physician Relationships. Clinical case. *American Medical Association Journal of Ethics*, 12(1), pp. 6-11.

Hoeve, Y., Jansen, G. & Roodbol, P., 2013. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2).

Huisman, B.A.A., Geijteman, E.C.T. & Dees, M.K., 2020. Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 19, p. 68.

Jansky, M., Marx, G., Nauck, F. & Alt-Epping, B., 2013. Physicians' and Nurses' Expectations and Objections Toward a Clinical Ethics Committee. *Nursing Ethics*, 7, pp. 771-83.

Jelenovec, S. & Železnik, D., 2012. Etične dileme pri oživljanju starostnikov v terminalnem stadiju bolezni. In: E. Kavaš, I. Šumak, Z. Lebar, S. Šemrl & D. Jošar, eds. *Zdravstvena nega – z dokazi v prakso: zbornik strokovnega seminarja 2012. Murska Sobota, 15. maj 2012*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 60-68.

Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Nicolaou, C., Tsiaousis, G., Vouzavali, F., Koutroubas, A. & Papathanassoglou, E., 2017. Perceptions of Critical and Emergency Department Nurses Regarding Changes in Their Professional Role. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, p. 3287.

Kenaszchuk, C., MacMillan, K., Van Soeren, M. & Reeves, S., 2011. Interprofessional Simulated Learning: Short-Term Associations Between Simulation and Interprofessional Collaboration. *BMC Medicine*, 9(29).

Koskenvuori, J., Stolt, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H., 2019. Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open*, 6(1), pp. 5-17.

Kramar, Z., 2011. Uvodnik: Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(3).

Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J. & Greer-Williams, N., 2015. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), pp. 275-284.

Leuter, C., La Cerra, C., Calisse, S., Dosa, D., Petrucci, C. & Lancia, L., 2018. Ethical difficulties in healthcare: A comparison between physicians and nurses. *Nursing Ethics*, 25(8), pp. 1064-1074.

Mandal, J., Korol Ponnambath, D. & Chandra Parija, S., 2016. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Tropical Parasitology*, 6(1), pp. 5-7.

Martin, J.S., Ummenhoferb, W., Manserc, T. & Spirig, R., 2010. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, p. 13062.

Matthys, E., Remmen, R. & Van Bogaert, P., 2017. An Overview of Systematic Reviews on the Collaboration Between Physicians and Nurses and the Impact on Patient Outcomes: What Can We Learn in Primary Care. *BMC Family Practice*, 18(1), p. 110.

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K., 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6).

Mboineki, J.F., Chen, C., Gerald, D.D. & Boateng, C.A., 2019. The current status of nurses–doctors collaboration in clinical decision and its outcome in Tanzania. *Nursing Open*, 6(4).

McAndrew, N. & Leske, J., 2015. A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clinical Nursing Research*, 4, pp. 357-374.

Molewijk, B., Hem, M.H. & Pedersen, R., 2015. Dealing with ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 16(4).

Moss, K., Guerin, R., Dwyer, O.M. & Wills, C.E., 2020. Daly B. On Best Interests: A Case for Clinical Ethics Consultation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(1), pp. 5-11.

Nair, D.M., Fitzpatrick, J.J, McNulty, R., Click, E.R. & Glembocki, M.M., 2011. Frequency of nurse–physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 26(2).

Oerlemans, A.J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E.S., Wollersheim, H., Dekkers, W. & Zegers, M., 2015. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 16(9).

Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(4), pp. 297-301.

Qian, X., Li, L.J., Zhuang, Y.Y., Hong, Y.C., Zhang, Z.H., Xing, L.F., Liu, N., Li, H.C., Zhang, R.J., Lai, F.C., Simone, C.B. & Chow, E., 2020. Analysis of daily goal sheets on physician-nurse collaboration attitude. *Annals of palliative medicine*, 9(1).

Papathanassoglou, E., Karanikola, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C. & Albarran, J., 2012. Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 21 (2), pp. 41-52.

Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Goulet, M.H. & Jacob, J.D., 2019. Nurses' perspectives on human rights when coercion is used in psychiatry: a systematic review protocol of qualitative evidence. *Systematic Reviews*, 8(1), p. 318.

Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Fine, A. & Jakel, P., 2015. A Culture of Avoidance: Voices From Inside Ethically Difficult Clinical Situations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(2), pp. 159-165.

Pejić, M. & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligenca v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. In: B. Nose, B. Jugovič, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, zbornik prispevkov. Novo Mesto, 23. januar 2014*. Novo Mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov novo mesto, p. 35.

Pettersson, M., Hedström, M. & Höglund, A.T., 2018. Ethical competence in DNR decisions –a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Medical Ethics*, 19, p. 63.

Playford, R., Roberts, T. & Playford, D., 2014. Deontological and utilitarian ethics: a brief introduction in the context of disorders of consciousness. *Disability and Rehabilitation*, 37(21).

Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H., 2013. A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2).

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 1-801.

*Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije, 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 4/17.*

Prentice, T.M. & Gillam, L., 2018. Can the Ethical Best Practice of Shared Decision-Making lead to Moral Distress? *Bioethical Inquiry*, 15, pp. 259-268.

Prestor, J., Ažman M., Prelec A., Buček Hajdarević I., Babič, D., Benkovič, R., Bregar, B., Kadivec, S., Karadžić, D., Kobal Straus, K., Kramar, Z., Langerholc, B., Možgan, B., Pirš, K., Stjepanović Vračar, A., Šumak, I., Valenčič, G. & Vrankar, K., 2019. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Rafiee, Z., Rabiee, M., Rafati, S., Rejeh, N., Borna, H. & Vaismoradi, M., 2020. Physicians' and nurses' decision making to encounter neonates with poor prognosis in the neonatal intensive care unit. *Clinical Ethics*, 15(4), pp. 187-196.

Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M. & Kihlgren, A., 2017. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29, pp. 313-346.

Robida, A., 2011. *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov. Sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.

Roze des Ordon, A.L., Sharma, N. & Heyland, D.K., 2015. Strategies for effective goals of care discussions and decision-making: perspectives from a multi-centre survey of Canadian hospital-based healthcare providers. *BMC Palliative Care*, 14, p. 38.

Rys, S., Mortier, F., Deliens, L., Deschepper, R., Pabst Battin, M. & Bilsen, J., 2012. Continuous sedation until death: moral justifications of physicians and nurses - a content analysis of opinion pieces. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, pp. 533-542.

Sakai, D.H., Marshall, S., Kasuya, R.T., Wong, L., Deutsch, M., Guerriero, M., Brooks, P., Fong, S. & Omori, J., 2012. Medical School Hotline, Interprofessional Education: Future Nurses and Physicians Learning Together. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 71(6), pp. 168-171.

Sastrawan, S., Newton, J.M. & Malik, G., 2018. Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6).

Siedlecki, S. & Hixson, E., 2015. Relationships Between Nurses and Physicians Matter. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).

Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320-333.

Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije (SZD), 2016. *Kodeks zdravniške etike*. [online] Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 27 May 2020].

Strokovno združenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije (SZIZBNS), 2017. *Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi*. [online] Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG4348> [Accessed 25 August 2020].

Takase, M. & Teraoka, S., 2011. Development of the holistic nursing competence scale. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), pp. 396-403.

Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y., 2013. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), pp. 291-302.

Toren, O., Nirel, N., Tsur, Y., Lipschuetz, M. & Toker, A., 2014. Examining professional boundaries between nurses and physicians in neonatal intensive care units. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(43).

Trontelj, J., 2012. O nekaterih etičnih zadregah sodobne medicine. In: J. Reberšek Gorišek, T. Ivanc, eds. *Simpozij Medicina in pravo 21 – Odsev medicine in prava v sodobni družbi. Univerza v Mariboru. 29.–31. marca 2012*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor. *Acta medico - Biotechnica*, 5(1), pp. 7–14.

Visser, M., Deliens, L. & Houttekier, D., 2014. Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*, 18(604).

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

Welch, V., Petticrew, M., Petkovic, J., Moher, D., Waters, E., White, H. & Tugwell, P., 2016. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 70, pp. 68-89.

World Health Organization (WHO), 2016. *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. [online] Available at : <https://www.who.int/gpsc/ssi-guidelines/en/> [Accessed 13 July 2020].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS), 2005. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in

zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG3430> [Accessed 25 August 2020].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS), 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije> [Accessed 27 May 2020].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS), 2015. *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/efn\\_smernice\\_za\\_objavo\\_na\\_spletni\\_strani\\_17\\_7\\_2015](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/efn_smernice_za_objavo_na_spletni_strani_17_7_2015) [Accessed 27 May 2020].

Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S., 2013. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, p. 494.