

Konflikty na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii

Conflicts in the intensive care unit

Maria Wujtewicz¹, Magdalena Anna Wujtewicz², Radosław Owczuk¹

¹Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Klinika Okulistyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Abstract

Conflicts in intensive care units (ICUs) are common and concern all professional groups, patients and their families. Both intra- and inter-team conflicts occur. The most common conflicts occur between nurses and physicians, followed by those within nursing teams and between ICU personnel and family members. The main causes of conflicts are considered to be unsatisfactory quality of the information provided, inappropriate ways of communication and improper approach towards treatment of patients. ICU conflicts can have serious consequences not only for families but also for patients, physicians, nurses and wider society. Lack of communication among ICU teams is likely to impair cooperation and ICU team-family contacts. From the point of view of patients and their families, communication skills, as one of the factors affecting the satisfaction of families with treatment, are essential to ensure high quality of ICU treatment. While conflicts are generally unfavourable, they can also have positive implications for the parties involved, depending on their prevalence and management, as well as the community they concern.

Key words: conflicts, ICU, communication, teamwork, family satisfaction

Słowa kluczowe: konflikty, intensywne terapia, komunikacja, praca zespołowa, satysfakcja rodziny

Anestezjologia Intensywna Terapia 2015, tom XLVII, nr 4, 374–376

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny [1]. Oznacza to, że w procesie leczenia chorego bierze udział więcej niż jedna grupa zawodowa. Każdą z nich charakteryzuje odmienny zakres wiedzy medycznej i zadań, ale wszystkie pracują ze sobą w sposób harmonijny. Nadmienia się jednak, że powszechnie istniejące zhierarchizowanie relacji między tymi grupami nie sprzyja skutecznej wymianie informacji i współpracy. Podstawowa wiedza dotycząca chorych jest wprawdzie przekazywana, ale w sposób powierzchowny, bez głębszej analizy [2, 3]. Stanowi to jedną z przyczyn powstawania konfliktów na

oddziale intensywnej terapii (OIT), a zgodnie z polskim uregulowaniami prawnymi — na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Nie pozostają one bez wpływu na wyniki leczenia chorych, stąd okresowo pojawiają się głosy o ewentualnych korzyściach płynących z wielodyscyplinarnego modelu leczenia chorych na OIT [2–4].

Oddział intensywnej terapii to miejsce, w którym stres dotyka każdego, stąd możliwość wystąpienia konfliktów jest duża. Do chwili obecnej nie ma jednak ogólnej przyjętej definicji konfliktu na OIT. W 2007 roku sekcja etyki Europejskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii (ESICM, *European Society of Intensive Care Medicine*) zasugerowała

Należy cytować anglojęzyczną wersję: Wujtewicz M, Wujtewicz MA, Owczuk R: Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2015; 47: 360–362. 10.5603/AIT.2015.0055.

następującą definicję: konflikt jest to spór, brak zgody lub różnica zdań odnośnie do postępowania z chorym na OIT, dotyczy więcej niż jednej osoby i wymaga decyzji lub działania [5]. W międzynarodowym wielośrodowym badaniu obejmującym 323 OIT z 24 krajów aż 71,6% respondentów zgłosiło obecność w ciągu tygodnia pracy, poprzedzającego dzień badania, co najmniej jednej spornej sytuacji. Najczęściej konflikty występowały pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami (32,6%), następnie wśród zespołu pielęgniarskiego (27,3%) oraz pomiędzy personelem oddziału i członkami rodzin (26,6%), a ich źródłem były czynniki behawioralne oraz sytuacje związane z leczeniem chorych w stanie krytycznym [6]. Stopień natężenia konfliktu jako „poważny” oceniło 53% badanych, 52% jako „niebezpieczny”, a 83% jako „szkodliwy” [6].

Konflikty na OIT dotyczą wszystkich grup zawodowych, chorych oraz ich rodzin lub osób bliskich i pojawiają się nie tylko w obrębie poszczególnych grup, ale także pomiędzy nimi [6, 7]. Częste występowanie konfliktów pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami potwierdził wynik niedawno przeprowadzonego w USA badania, w którym 43% z 912 ankietowanych chirurgów poświadczyło ich obecność, chociaż taki sam procent zadeklarował też brak porozumienia z lekarzami OIT [8]. Skuteczna współpraca pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami oraz wspólna odpowiedzialność za chorych uważane są za fundament wielodyscyplinarnego modelu pracy, uznawanego przez niektórych za nowoczesny sposób podejścia do leczenia chorych na OIT [9].

Według Hartog i Benbenishty [9] czynniki leżące u podłoża konfliktów pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami dają się pogrupować w cztery łączące się ze sobą kategorie. Do jednej z nich autorki zaliczyły cechy osobowości, na przykład osobiste urazy, brak zaufania. Do kolejnej — proceduralne aspekty dotyczące pracy zespołowej, jak na przykład brak wytycznych, mało transparentne procesy decyzyjne, luki w porozumiewaniu się czy brak lidera zespołu, którego zachowania przywódcze, w tym przede wszystkim umiejętność współpracy i porozumiewania się, powinny gwarantować wysoką jakość pracy zespołu [10, 11]. W następnej kategorii znalazły się czynniki organizacyjne mogące przyczynić się do powstania konfliktu na poziomie oddziału bądź szpitala, a w ostatniej uwarunkowania polityczne, prawne, socjalne i kulturowe wpływające na postrzeganie i oczekiwanie.

Od zaistnienia konfliktu do jego rozpoznania może upłynąć nawet wiele miesięcy. Konflikty charakteryzują się własną dynamiką, stąd nie zawsze można w nich wyróżnić sześć typowych etapów. Pierwszym jest „konflikt ukryty”, nieuświadomiony, który stopniowo narasta do czasu, gdy zaangażowane strony uprzytamniają sobie jego istnienie, stanowczo pozostają jednak przy swoim stanowisku (okres eskalacji konfliktu). Brak rozwiązania konfliktu na tym etapie

prowadzi do stagnacji, wszyscy czują się obrażeni. Dopiero zrozumienie, że koszt konfliktu jest zbyt duży, otwiera możliwość negocjacji (faza deeskalacji). Wreszcie ostatnim etapem jest żmudny proces budowania nowych relacji międzyludzkich [11].

Brak porozumienia pomiędzy zespołami OIT nie tylko grozi zakłóceniem współpracy, ale także wpływa niekorzystnie na kontakty pomiędzy zespołem i rodziną, z której część na ogół posiada ograniczoną wiedzę na temat procesów zachodzących na OIT i nie jest w stanie zrozumieć nawet podstawowych informacji dotyczących chorego, jego leczenia czy rokowania [12]. Informacje przekazywane rodzinom przez skonfliktowanych członków zespołu mogą nie odzwierciedlać aktualnego stanu zdrowia chorego. U rodzin prowadzi do dezorientacji, niepokoju, depresji oraz zaburzeń związanych ze stresem [13, 14].

Z punktu widzenia pacjentów i ich rodzin umiejętność porozumiewania się jest niezbędna dla zapewnienia wysokiej jakości leczenia na OIT [15] i stanowi jeden z czynników wpływających na satysfakcję rodzin z leczenia ich bliskich [16]. Rodziny podkreślają ważność przekazywania informacji w odpowiednim momencie, w sposób zrozumiały i z empatią [17].

Postrzeganie konfliktów przez lekarzy i osoby upoważnione do podejmowania decyzji w imieniu chorego może się różnić. Schuster i wsp. [18] wykazali, że lekarze rzadziej dostrzegają istnienie konfliktu niż członkowie rodzin czy decydenci.

Konflikty na OIT mogą mieć poważne konsekwencje nie tylko dla rodzin, ale także dla chorych, lekarzy, pielęgniarek i społeczeństwa [19]. W przypadku chorych może to być opóźnienie potencjalnie korzystnych decyzji leczniczych, utrzymywanie agresywnej terapii i w efekcie obniżenie jakości leczenia. Almoosa i wsp. [20] wykazali, że brak przejrzystej decyzji co do kontynuacji lub odstąpienia od leczenia, ale też i oczekiwanie na miejsce na innym oddziale istotnie wydłużały nieuzasadniony pobyt chorych na OIT i uniemożliwiały hospitalizację innych pacjentów. Negatywny wpływ konfliktu na zespół leczący przejawia się zanikiem spójności, obniżeniem wydajności i jakości pracy, nieracjonalnymi zachowaniami. Uświadomienie sobie nie stosowności leczenia okazało się powodem zamierzonego odejścia od zawodu, zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy [21] oraz główną przyczyną stresu moralnego (*moral distress*), którego występowanie na OIT budzi coraz większe zainteresowanie [22, 23]. Istotne są także skutki finansowe konfliktu, a wśród nich koszty rozpraw sądowych, wymiany zespołu czy leczenia powikłań [24].

Badania dotyczące konfliktów na OIT wykazują, że ich natężenie bywa postrzegane nawet jako zjawisko o charakterze epidemii [25]. Większość badaczy za główne przyczyny nieporozumień uważa złą jakość przekazywanych informacji

i nieodpowiedni sposób porozumiewania się [6, 26–28] oraz niewłaściwy stosunek do leczenia chorych [6, 8, 21, 29].

Konflikt z natury jest niekorzystny, ale może mieć też pozytywny wydźwięk dla zaangażowanych stron, w zależności od częstości występowania, sposobu zarządzania nim oraz środowiska, którego dotyczy [30]. Pożyteczną rolą konfliktu jest ujawnienie zaistniałych problemów, zwiększenie poczucia tożsamości i zaangażowania w pracę członków zespołu, poprawa kontaktów między stronami, lepszy przepływ informacji, a w konsekwencji gotowość do wprowadzania różnorodnych innowacji i ostatecznie zwiększenie satysfakcji rodziny.

PODZIĘKOWANIA

1. Praca nie była finansowana.
2. Konflikt interesów: Maria Wujtewicz jest członkiem Rady Programowej AIT, Magdalena A. Wujtewicz jest redaktorem AIT, Radosław Owczuk jest redaktorem naczelnym AIT.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2013/15>.
2. Kelly DM, Kahn JM: Improving multidisciplinary care in the ICU. In: Vincent J-L (ed.): Annual update in intensive care and emergency medicine. Cham 2014; 705–712.
3. Jessup RL: Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? Aust Health Rev 2007; 3: 330–331.
4. Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LF, Kahn JM: The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. Arch Intern Med 2010; 170: 369–376. doi: 10.1001/archinternmed.2009.521.
5. Fassier T, Azoulay E: Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. Curr Opin Crit Care 2010; 16: 654–665. doi: 10.1097/MCC.0b013e32834044f0.
6. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL et al.: Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflict study. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 853–860. doi: 10.1164/rccm.200810-1614OC.
7. Studdert DM, Mello MM, Burns JP et al.: Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. Intensive Care Med 2003; 29: 1489–1497.
8. Olson TJP, Brasel KJ, Redman AJ, Alexander GC, Schwarze ML: Surgeon-reported conflict with intensivists about postoperative goals of care. JAMA Surg 2013; 148: 29–35. doi: 10.1001/jamasurgery.2013.403.
9. Hartog CS, Benbenishty J: Understanding nurse-physician conflicts in the ICU. Intensive Care Med 2015; 41: 331–333. doi: 10.1007/s00134-014-3517-z.
10. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH: Team leadership in intensive care unit: The perspective of specialists. Crit Care Med 2011; 39: 1683–1691. doi: 10.1097/CCM.0b013e32818218a4c7.
11. Strack van Schijndel RJM, Burchardi H: Bench-to-bedside review: Leadership and conflict management in the intensive care unit. Crit Care 2007; 11: 234–240.
12. Azoulay E, Chevret S, Leleu G et al.: Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000; 28: 3044–3049.

13. Jeziarska N, Borkowski B, Gaszyński W: Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care unit. Anaesthesiol Intensive Ther 2014; 46: 42–45. doi: 10.5603/AIT.2014.0009.
14. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA: Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. Crit Care Med 2010; 38: 1078–1085. doi: 10.1097/CCM.0b013e328181cf6d94.
15. Heyland DK, Dodek P, Rocker G et al.: What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ 2006; 174: 627–633.
16. Rothen HU, Stricker KH, Heyland DK: Family satisfaction with critical care: measurements and messages. Curr Opin Crit Care 2010; 16: 623–631. doi: 10.1097/MCC.0b013e32833e9718.
17. Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ et al.: In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. Crit Care Med 2010; 38: 808–818.
18. Schuster RA, Hong SY, Arnold RA, White DB: Investigating conflict in ICUs — Is the clinicians' perspective enough? Crit Care Med 2014; 42: 328–335. doi: 10.1097/CCM.0b013e328182a27598.
19. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD: Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. Curr Opin Crit Care 2013; 16: 630–635. doi: 10.1097/MCC.0000000000000026.
20. Almoosa K, Luther K, Patel B: Identifying "Waste" in the ICU. Crit Care Med 2011; 39: 30. doi: 10.1097/01.ccm.0000408627.24229.88.
21. Piers RD, Azoulay E, Ricou B et al.: Perception of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA 2011; 306: 2694–2703. doi: 10.1001/jama.2011.1888.
22. Bruce CR, Weinzimmer S, Zimmerman JL: Moral distress in the ICU. In: Vincent J-L (ed.): Annual update in intensive care and emergency medicine. Cham 2014; 723–734.
23. Wiegand DL, Funk M: Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nurs Ethics 2012; 19: 479–487. doi: 10.1177/0969733011429342.
24. Brinkert R: A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. J Nurs Manag 2010; 18: 145–156. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x.
25. Long AC, Curtis JR: The epidemic of physician-family conflict in the ICU and what we should do about it. Crit Care Med 2014; 42: 461–462. doi: 10.1097/CCM.0b013e328182a525b8.
26. Aslakson RA, Wyskiel R, Shaeffer D et al.: Surgical intensive care unit clinician estimates of the adequacy of communication regarding patient prognosis. Crit Care 2010; 14: R218. doi: 10.1186/cc9346.
27. Chiarchiaro J, Buddadhumaruk P, Arnold RM, White DB: Quality of communication in the ICU and surrogate's understanding of prognosis. Crit Care Med 2014; 43: 542–548. doi: 10.1097/CCM.0000000000000719.
28. Van Cleave AC, Roosen-Runge MU, Miller AB, Milner LC, Karkazis KA, Magnus DC: Quality of communications in interpreted versus noninterpreted PICU family meetings. Crit Care Med. 2014; 42: 1507–1517. doi: 10.1097/CCM.0000000000000177.
29. Meth ND, Lawless B, Hawryluck L: Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. Intensive Care Med 2009; 35: 2068–2077.
30. Laursen B, Hafen C: Future directions in the study of close relationships: Conflict is bad (except when it's not). Soc Dev 2010; 19: 858–872.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Maria Wujtewicz
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne GUMed
ul. Smoluchowskiego 17, 80–214 Gdańsk
e-mail: klanest@gumed.edu.pl

Otrzymano: 2.03.2015 r.

Zaakceptowano: 19.05.2015 r.