

Potencjalne źródła konfliktów na oddziałach intensywnej terapii – badanie ankietowe

Potential sources of conflict in intensive care units – a questionnaire study

Anna Paprocka-Lipińska¹, Małgorzata Drozd-Garbacewicz², Janusz Erenc³, Maria Wujtewicz⁴, Janina Suchorzewska¹, Marek Olejniczak¹, Magdalena Wujtewicz⁴, Henryk Aszkiełowicz⁵, Astryda Dończyk⁶, Jacek Furmanik⁷, Andrzej Gadomski⁸, Tomasz Kołacki⁹, Ewa Lenkiewicz¹⁰, Andrzej Małek¹¹, Joanna Sawicka¹², Bartosz Suchanowski¹³, Jolanta Wawrzyniak¹⁴, Jerzy Węgielnik¹⁵, Radosław Owczuk⁴

¹Zakład Etyki, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

²Uniwersytet Gdański, Polska

³Zakład Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki, Uniwersytet Gdański, Polska

⁴Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

⁵Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital w Malborku, Polska

⁶Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny w Chojnicach, Polska

⁷Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpitale Tczewskie S.A., Polska

⁸Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Polska

⁹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital w Starogardzie Gdańskim, Polska

¹⁰Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego, Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, Polska

¹¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, Polska

¹²Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Dzieciątka w Gdańsku, Polska

¹³Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Powiatowy w Kartuzach, Polska

¹⁴Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku, Polska

¹⁵Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital w Gdańsku, Polska

Abstract

Background: Conflicts occur in intensive care units (ICUs), and an international multicentre study conducted in 2008, including 323 ICUs from 24 European countries, confirmed the occurrence of this phenomenon. There are no data in Poland. The aim of the study was to analyse the frequency of the occurrence of conflicts in ICUs in Polish hospitals, and their most frequent sources.

Methods: The study was based on an original questionnaire performed in 12 ICUs in the Pomeranian Voivodship. The respondents were asked questions regarding the frequency, type, and lines of conflicts between employees, as well as potential causes of conflicts.

Results: Completed surveys were received from 232 employees, including 79 doctors and 153 nurses. The phenomenon of occurrence of conflicts was confirmed by about 30% of the staff, providing answer that conflicts occur "often". About 43% of staff estimated that conflicts "sometimes" occur and 25% chose the answer "rarely". Analysis of the answers made it possible to identify the most common potential causes of conflict.

Conclusions: The main sources of conflicts in ICUs appear to be external factors such as financial issues and physical overload. The hospital policy and the health policy of the state are also important. The perceived conflicts require careful and constant monitoring. The frequency of hidden conflicts requires thorough assessment of their impact on the quality of work.

Słowa kluczowe: konflikty, praca zespołowa w medycynie, relacje międzyludzkie.

Key words: conflicts, teamwork in medicine, interpersonal relationships.

Anestezjologia Intensywna Terapija
2019; 51, 5: 363–367

Przyjęto: 08.09.2019,
zaakceptowano: 12.09.2019

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Anna Paprocka-Lipińska, Zakład Etyki, Gdański
Uniwersytet Medyczny, ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk,
Polska, e-mail: anpap@gumed.edu.pl

Konflikty, w ogólnym pojęciu, są powszechne, nieuchronne i związane z życiem społecznym. Dotyczą relacji międzyludzkich i mogą wynikać np. z różnic poglądów, postaw, wartości czy sprzeczności interesów. We współczesnej medycynie dominuje praca zespołowa i funkcjonują oddziały szpitalne, takie jak np. oddziały intensywnej terapii (OIT), w których zespół pracujących specjalistów, reprezentujących różne zawody medyczne, jest szczególnie rozbudowany, co może w konsekwencji powodować zwiększone ryzyko występowania sytuacji konfliktowych. Przeprowadzone w 2008 r. międzynarodowe, wieloosrodkowe badanie obejmujące 323 oddziały intensywnej terapii z 24 krajów Europy, także z Polski, potwierdziło występowanie tego zjawiska. Około 70% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie dotyczące zaistnienia konfliktu na OIT w tygodniu poprzedzającym badanie [1]. Za najczęstszą przyczynę uznano przeciążenie pracą, niedostatki w komunikacji oraz kontrowersje wokół terapii końca życia [1]. W polskim piśmiennictwie, poza jedną pracą poglądową [2], brakuje doniesień dotyczących występowania konfliktów na OIT. Autorzy postanowili więc przeanalizować, jak powszechne jest zjawisko pojawiania się sytuacji konfliktowych na tego typu oddziałach oraz jakie są najczęstsze przyczyny ich występowania.

W artykule zaprezentowano wyniki uzyskane za pomocą anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród zespołów lekarskich i pielęgniarskich, które stanowią fundament interdyscyplinarnego modelu pracy na OIT w Polsce.

METODY

Projekt badania uzyskał akceptację Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Badanie przeprowadzono na podstawie autorskiej ankiety na OIT na terenie województwa pomorskiego, w których kierujący tymi oddziałami wyrazili zgodę na udział w badaniu i zastosowali procedury zapewniające pracownikom pełną anonimowość i poufność udzielanych odpowiedzi. Respondentom zadano pytania dotyczące oceny trudności pracy na OIT, częstości, rodzaju i linii występowania konfliktów między pracownikami, jak również potencjalnych przyczyn konfliktów, wśród których wyszczególniono organizację pracy na oddziale, charakter wykonywanej pracy, kwestie finansowe i merytoryczne. Uwzględniono też komunikację interpersonalną, czynniki osobowościowe, wyznawane wartości i zewnętrzne uwarunkowania pracy.

Analizę statystyczną wyników przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 25. Uzyskane w badaniu dane poddano analizie obejmującej opis statystyczny oraz porównanie wyników w pod-

grupach za pomocą testu χ^2 (porównanie proporcji). Za istotne statystycznie przyjęto $P < 0,05$.

WYNIKI

Badanie przeprowadzono na 12 oddziałach intensywnej terapii województwa pomorskiego. Uzyskano wypełnione ankiety od 232 pracowników, w tym od 79 lekarek/lekarzy i 153 pielęgniarek/pielęgniarzy. Ponad jedną trzecią badanych stanowili pracownicy ze stażem pracy do 10 lat, przy czym aż 19% – osoby ze stażem do 3 lat pracy na OIT. Udział procentowy pracowników ze stażem 11–20 lat i powyżej 20 lat był porównywalny (w obu przypadkach ok. 30%). Niemal wszyscy uczestnicy badania ocenili pracę na OIT jako dość trudną lub bardzo trudną.

Zjawisko występowania konfliktów potwierdziło ok. 30% personelu, udzielając odpowiedzi, że „często” dochodzi do konfliktów między pracownikami na OIT. Około 43% pracowników oszacowało, że do konfliktów dochodzi czasami, a 25% wskazało odpowiedź „rzadko”. Strukturę odpowiedzi na pytania dotyczące częstości, rodzaju i linii występowania konfliktów między pracownikami przedstawiono w tabeli 1. Osoby uczestniczące w badaniu wskazywały na większą częstość występowania konfliktów ukrytych, które nie przybierają form publicznych konfrontacji. W ankiecie rozdzielono rodzaje konfliktów na jawne i ukryte, chociaż niektórzy autorzy wskazują na teorię dynamicznego rozwoju sześciu faz każdego konfliktu i wg tej koncepcji konflikt jawny jest kolejną fazą konfliktu ukrytego [3]. Najczęściej konflikty występowały na linii lekarz–pielęgniarka, pielęgniarka–pielęgniarka oraz pielęgniarka–pielęgniarka oddziałowa. Konflikty między samymi lekarzami, między lekarzem a kierownikiem lub ordynatorem oraz między lekarzem a pielęgniarką oddziałową były identyfikowane relatywnie rzadziej, natomiast zdecydowanie najrzadziej – konflikty na linii pielęgniarka oddziałowa–kierownik lub ordynator oraz w relacjach między zespołem intensywnej terapii a udzielającymi pomocy pacjentom fizjoterapeutami.

Analiza odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w ankiecie pozwoliła na zidentyfikowanie, przez personel OIT, najczęstszych przyczyn konfliktów. W tabeli 2 wyszczególniono 28 możliwych odpowiedzi dotyczących potencjalnych przyczyn konfliktów. Wyniki zostały uszeregowane wg malejącej odpowiedzi „często”. Na przyczyny występowania konfliktów znajdujące się na pierwszych 10 pozycjach tabeli wskazało ponad 50% respondentów.

Według danych uzyskanych w odpowiedzi na pytania o potencjalne źródła konfliktów najistotniejszym czynnikiem konfliktogennym okazały się kwestie finansowe. Na wynagrodzenie nieade-

TABELA 1. Częstość, rodzaj i linie występowania konfliktów między pracownikami

	Rzadko	Czasami	Często
Opierając się na własnych obserwacjach i doświadczeniach, proszę ocenić jak często Pani/Pana zdaniem dochodzi do konfliktów między pracownikami na oddziałach intensywnej terapii?	25,4%	43,1%	31,5%
Jak często Pani/Pana zdaniem w oddziałach intensywnej terapii występują konflikty jawne, a jak często ukryte?			
konflikty jawne	52,8%	30,7%	16,5%
konflikty ukryte	21,2%	33,8%	45,0%
Występowanie konfliktów na oddziałach intensywnej terapii na linii:			
lekarz ↔ lekarz	37,0%	48,1%	14,8%
lekarz ↔ pielęgniarka	32,6%	38,8%	28,6%
pielęgniarka ↔ pielęgniarka	25,7%	46,9%	27,4%
lekarz ↔ kierownik/ordynator	52,3%	34,6%	13,1%
pielęgniarka ↔ pielęgniarka oddziałowa	41,1%	34,8%	24,1%
lekarz ↔ pielęgniarka oddziałowa	57,7%	30,9%	11,4%
pielęgniarka oddziałowa ↔ kierownik/ordynator	66,2%	26,9%	6,8%
zespół intensywnej terapii ↔ fizjoterapeuci	80,8%	17,4%	1,8%

TABELA 2. Potencjalne przyczyny konfliktów

	Rzadko	Czasami	Często
Wynagrodzenie nieadekwatne do wykonywanej pracy	6,9%	16,4%	76,7%
Nadmierna biurokracja	10,8%	16,4%	72,8%
Zbyt duże przeciążenie pracą (obciążenie fizyczne)	8,7%	19,9%	71,4%
Frustracja związana z niskim wynagrodzeniem	11,6%	19,0%	69,4%
Polityka szpitalna i finansowa	11,6%	24,6%	63,8%
Różnice w wynagrodzeniach różnych pracowników	12,5%	24,1%	63,4%
Zbyt mała liczba pracowników (trudności w podziale zadań)	15,2%	23,4%	61,5%
Polityka zdrowotna państwa	17,7%	22,0%	60,3%
Stres związany z wykonywaną pracą (obciążenie psychiczne)	16,8%	23,7%	59,5%
Praca pod presją czasu	17,7%	28,9%	53,4%
Niewystarczający przepływ informacji	33,2%	28,4%	38,4%
Przekazywanie informacji w nieodpowiedni sposób (ton, słownictwo)	33,6%	30,2%	36,2%
„Trudny” charakter niektórych pracowników	28,0%	38,4%	33,6%
Konieczność podejmowania decyzji w krytycznych sytuacjach	32,9%	34,2%	32,9%
Brak zaangażowania w pracę niektórych pracowników	38,7%	33,5%	27,8%
Rotacja pracowników	46,1%	26,8%	27,2%
Niewystarczające kwalifikacje niektórych pracowników	39,7%	37,1%	23,3%
Brak szacunku dla współpracowników	51,9%	26,0%	22,1%
Osobiste antypatie	38,8%	39,2%	22,0%
Różnice zdań między pracownikami co do postępowania leczniczego	47,0%	31,7%	21,3%
Praca zmianowa	55,2%	25,9%	19,0%
Brak kultury osobistej niektórych pracowników	42,9%	38,5%	18,6%
Niewystarczające szkolenia wewnątrz oddziału	56,9%	25,9%	17,2%
Brak wzajemnego zaufania	60,8%	23,7%	15,5%
Konieczność współpracy w zespole	58,9%	28,1%	13,0%
Brak szacunku dla pacjentów i ich rodzin	65,9%	25,9%	8,2%
Nieprzestrzeganie zasad etyki zawodowej	73,6%	19,5%	6,9%
Różnice światopoglądowe	77,1%	18,6%	4,3%

kwatne do wykonywanej pracy jako częste źródło konfliktów wskazało ogółem 76,7% uczestników badania, w grupie pielęgniarek – 80,4%, a w grupie lekarzy – 69,6%.

Za drugie istotne źródło konfliktów uznano nadmierną biurokrację (72,8%): w grupie lekarzy – 75,9% (najczęściej wybierane potencjalne źródło konfliktów), wśród pielęgniarek 71,2%.

Kolejne czynniki identyfikowane jako częste źródło konfliktów są związane z charakterem pracy na OIT – nadmierne przeciążenie pracą (obciążenie fizyczne), zbyt mała liczba pracowników, praca pod presją czasu oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaną pracą. Za ważne czynniki konfliktogene uznano także frustrację związaną z niskim wynagrodzeniem (ten czynnik statystycznie istotnie częściej wskazywały pielęgniarki niż lekarze, $P < 0,05$) oraz uwarunkowania zewnętrzne (polityka szpitalna i finansowa oraz polityka zdrowotna państwa).

DYSKUSJA

Oddział intensywnej terapii jest szczególnym miejscem w szpitalu i wiąże się ze specyficznymi wyzwaniem codziennej pracy dla zatrudnionego personelu. Wyzwania, mimo postępu i zastosowania nowych technologii, wydają się podobne do tych, które pojawiały się od momentu powstawania w latach 50. XX wieku pierwszych tego typu oddziałów [4, 5]. Ze względu na dużą liczbę zatrudnionych osób zasadniczo częściej dochodzi do różnicy stanowisk czy zdań, określanych w potocznym rozumieniu jako konflikty. W literaturze można znaleźć wiele opracowań poglądowych dotyczących zjawiska konfliktów [6, 7] oraz nieliczne prace badawcze [1, 8]. W badaniu wykonanym w 2006 r. na OIT w USA zwrócono uwagę na nieco inne postrzeganie zjawiska konfliktów przez personel OIT oraz przedstawicieli rodzin pacjentów [8] – przedstawiciele rodzin pacjentów wskazywali na znacząco częstsze (42,3%) występowanie konfliktów niż klinicyści (27,8%). W naszym badaniu zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wskazywali, że konflikty z przedstawicielami rodzin pacjentów mogą występować tylko czasami – takiej odpowiedzi udzieliło ok. 40% lekarzy i pielęgniarek. Ograniczeniem omawianego badania jest przeprowadzenie ankiety wyłącznie wśród personelu OIT, w związku z czym nie ma możliwości porównania częstości postrzegania zjawiska konfliktów przez rodzinę pacjenta.

Szczegółowe analizy danych uzyskanych w przeprowadzonym badaniu potwierdziły, że zarówno pielęgniarki, jak i lekarze zatrudnieni na OIT zauważają zjawisko konfliktów, a skala ich występowania jest podobna do wyników podawanych w literaturze (ok. 30%). Konflikty na linii pielęgniarka–lekarz zostały zidentyfikowane w jednym z badań persone-

lu pielęgniarskiego jako istotny czynnik stresogenny w codziennej pracy zawodowej [9]. W naszej pracy nie uzyskaliśmy potwierdzenia danych dotyczących częstości występowania konfliktów pomiędzy innymi grupami zawodowymi zatrudnionymi na OIT ani pomiędzy członkami zespołu intensywnej terapii a rodziną pacjenta, które wielu autorów wskazuje jako istotny problem [7, 8].

Zjawisko przeciążenia pracą było wskazywane w badaniu wielośrodowym jako jedno z częstszych przyczyn konfliktów [1]. Czynnik ten był również identyfikowany w środowisku pielęgniarskim jako istotny powód stresu związanego z codzienną pracą zawodową [9–11]. W 2020 r. powinny wejść w życie niektóre zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których wskazano na rozwiązania dotyczące liczby osób zatrudnionych na konkretnych stanowiskach na OIT [12], co powinno w znaczący sposób zredukować zjawisko przeciążenia pracą wśród personelu tego typu oddziałów.

Analiza odpowiedzi uzyskanych w ankiecie nie wykazała znaczącej częstości konfliktów z członkami rodzin pacjentów dotyczących zaprzestania lub niewłączenia nowych metod intensywnego leczenia. Zagadnienia te stanowią jeden z poważniejszych problemów przedstawianych w wielu artykułach poglądowych w literaturze [13–15]. Jest to zgodne ze specyfiką polskich OIT, w których rodziny pacjentów raczej otrzymują informację o zaprzestaniu terapii daremnej, bez wcześniejszego naradzania się co do dalszych życzeń pacjenta odnośnie do terapii [16].

Blisko 40% odpowiedzi twierdzących uzyskano na pytanie o niewystarczający przepływ informacji jako częste źródło konfliktów. Zagadnienie niedostatku w przepływie informacji było identyfikowane w pracach poglądowych [6, 17, 18], jak i w wielośrodkowej pracy badawczej [1] jako jedna z ważniejszych przyczyn konfliktów.

Połowa badanych wskazywała na obciążenie psychiczne oraz pracę pod presją czasu jako czynniki będące częstą przyczyną konfliktów interpersonalnych. Czynniki te wielokrotnie były omawiane w literaturze [19, 20], są związane ze specyfiką pracy na OIT i raczej trudno spodziewać się zmian w tym zakresie.

WNIOSKI

Główne przyczyny sytuacji konfliktowych w badanych OIT, tj. nieadekwatne wynagrodzenie w stosunku do stopnia trudności wykonywanej pracy, przeciążenie fizyczne i zbyt mała liczba pracowników, wymagają dalszej wnikliwej analizy i badań ukierunkowanych m.in. na określenie możliwości

redukcji i przeciwdziałania zarówno na poziomie systemowym, jak i na poziomie oddziałów.

Postrzegane konflikty wymagają starannego i stałego monitorowania mającego na celu ich ograniczenie na drodze poprawy organizacji pracy, komunikacji między personelem, jak i umiejętności pracowników radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Częstość występowania konfliktów ukrytych, nieprzybierających formy publicznej konfrontacji, wymaga ich wnikliwej oceny dotyczącej wpływu na jakość pracy personelu.

PODZIĘKOWANIA

1. Źródła finansowania: brak.
2. Konflikt interesów: brak.

REFERENCES

1. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy conflicts: the conflictus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 853-860. doi: 10.1164/rccm.200810-1614OC.
2. Wujtewicz M, Wujtewicz MA, Owczuk R. Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2015; 47: 360-362. doi: 10.5603/AIT.20155.0055.
3. 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.
4. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2009; 25: 221-237. doi: 10.1016/j.ccc.2008.10.002.
5. Luce J. Conflicts over ethical principles in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1992; 20: 313-315.
6. 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.
7. Luce JM. A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States. *Crit Care Med* 2010; 38: 1623-1626.
8. Schuster RA, Hong SY, Arnold RM, et al. Investigating conflict in ICUs – Is the clinicians' perspective enough? *Crit Care Med* 2014; 42: 328-335. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a27598.
9. Kwiecień-Jaguś K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Małecka-Dubiela A. Źródła stresu zawodowego a sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresogennych pielęgniarek pracujących na wybranych oddziałach szpitalnych – doniesienia wstępne. *Pomeranian Life Sci* 2018; 64: 53-60.
10. Kelly J. An overview of conflict. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25: 22-28.
11. Condra JM. Nursing conflict: diagnosis and treatment. *Nurs Manag* 1988; 19: 78.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. *Dz.U.* 2016, poz. 2218. Available at: <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/2218>.
13. 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.0b013e3182a525b8.
14. Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, et al. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 283-289.
15. Norton SA, Tilden VP, Tolle SW, et al. Life support withdrawal: communication and conflict. *Am J Crit Care* 2003; 12: 548-555.
16. Kübler A, Siewiera J, Durek G, et al. Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 215-220. doi: 10.5603/AIT.a2014.0038.
17. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 2323-2328. doi: 10.1097/01.CCM.0000145950.57614.04.
18. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, et al. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologists* 2018; 73: 468-477. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000247>.
19. Piquette D, Reeves S, LeBlanc VR. Stressful intensive care unit medical crises: how individual responses impact on team performance. *Crit Care Med* 2009; 37: 1251-1255. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819c1496.
20. Mason V, Leslie G, Clarc K, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses. *Dimension of Crit Care Nursing* 2014; 33: 215-225. doi: 10.1097/DCC.000000000000056.