



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Memòria del Treball de Fi de Grau

Pràctica col·laborativa i seguretat del pacient, què es fa i com es pot millorar.

Laura Aguilar Ros

Grau d' Infermeria

Any acadèmic 2016-17

DNI de l'alumna: 43188188F

Treball tutelat per Margalida Miró Bonet
Departament d'Infermeria

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball:

Grup d'atenció al pacient, seguretat del pacient, treball en equip, benestar professional.

Resum

La pràctica col·laborativa com a treball en equip repercuteix en la seguretat del pacient. En aquest treball s'intenta reconèixer la relació que hi ha entre aquests termes, tenint en compte com repercuteix al pacient, com repercuteix en el professional i què es pot fer per millorar la pràctica, tècniques efectives. Es va fer la recerca en les següents bases de dades, en l'interval d'anys de 2007 a 2017, de les que se n'obtingueren resultats: EBSCOhost, Pubmed i Cochrane, a més de dos articles amb recerca inversa. L'evidència trobada al respecte relaciona una major seguretat del pacient amb un bon treball en equip; s'associen també aquests termes al benestar professional, que influeix de manera notable tant a la seguretat del pacient com al treball en equip. Les intervencions aplicables més anomenades són l'entrenament en equip amb simulacions el més reals possibles, les rondes interprofessionals, i l'educació interprofessional com a terme més ampli que abarca les intervencions anteriors. Per tant, sembla ser que per garantir la seguretat del pacient és necessari un bon treball en equip que es fonamenti en intervencions per millorar-lo amb la comunicació com a factor indispensable, a més de tenir present la importància del benestar professional i laboral.

Paraules clau

Grup o equip d'atenció al pacient, seguretat del pacient, pràctica col·laborativa, treball en equip, benestar professional.

Patient care team, patient safety, collaborative practice, teamwork, clinician well-being.

Índex

Introducció.....	pàgina 4
Objectius del treball	pàgina 6
Estratègia de recerca bibliogràfica.....	pàgina 7
Resultats	pàgina 10
Discussió	pàgina 12
Conclusió.....	pàgina 20
Bibliografia.....	pàgina 22
Annexes	pàgina 26

Introducció

El procés d'atenció al pacient és inherentment interdisciplinari, requerint metges, infermeres, i altres professionals de la salut relacionats de diferents especialitats per treballar en equip (Manser, 2009). Un equip es defineix com un grup de dues o més persones que formen part d'un sistema organitzacional amb rols especialitzats que són interdependents i socialment interactuen un amb l'altre per tal d'assolir un objectiu comú (Kozlowski, 2006 a Welp & Manser, 2016). Molt similar, i recollint altres aspectes, es defineix col·laboració com un procés dinàmic, interpersonal que requereix valors compartits i compromís cap als altres i dels altres, amb el fi d'acomplir propòsits comuns (Hansson and Spross, 1996 a Papathanassoglou & Karanikola, 2013).

Per tant, col·laboració interprofessional s'entendria com el procés en el que diferents grups professionals treballen junts, en equip, per repercutir positivament en l'assistència sanitària. Aquesta pràctica inclou també les dificultats com problemes en la dinàmica de poder o deficiències en la comunicació i responsabilitats de cadascun (M Zwarenstein et al., 2009).

Es poden donar sentiments de por i inseguretats a l'hora de treballar amb altres professionals que s'entén que tenen unes expectatives sobre les infermeres, i es reflexen de la següent manera: "No vull estar als peus del metge, però vull el que és millor per al meu pacient. Em preocupa fer-ho malament i que el metge estigui descontent" (Allen et al., 2015). Per pensaments com aquest és que serien necessàries intervencions que facilitessin la pràctica col·laborativa, programes que beneficien les organitzacions, l'atenció al pacient i el rendiment professional (Bowie, Halley, Blamey, Gillies, & Houston, 2016).

La pràctica col·laborativa, com es dona a entendre anteriorment, repercuteix diferents factors. Té relació amb el benestar professional i amb la seguretat clínica del pacient (Welp & Manser, 2016). Un efectiu treball en equip es vincula a una millora dels resultats del pacient i a la seva seguretat (Brown & Freeman, 2009 a Ermete, 2012). Com a exemple, l'evidència demostra que les millores dels resultats en pacients crítics

es deuen a una comunicació i col·laboració efectiva més que a innovacions tecnològiques o farmacològiques (Papathanassoglou & Karanikola, 2013).

Al treball de Welp & Manser, 2016, citen a Vincent, 2010 que defineix seguretat del pacient com l'absència d'events adversos que es poden prevenir, events que són conseqüència d'intervencions en el procés de salut més que de la condició del pacient. El fet d'haver estat testimoni de la presència d'efectes adversos en l'evolució d'un pacient per una manca de comunicació a l'equip convida a reflexionar sobre la situació. Els efectes adversos allarguen l'estança hospitalària, o precisen d'una atenció continuada durant més temps per atenció primària, fet que es tradueix en una major utilització de recursos. A la pràctica hi ha hagut dificultats per trobar exemples clars de treball en equip, sobretot en àmbit hospitalari. Per tal de conèixer millor les dimensions d'aquest fenomen es proposa la recerca d'evidència que mostri els efectes d'aquesta pràctica sobre l'entorn i com millorar el treball diari.

Objectius del treball

L'objectiu general d'aquest treball és analitzar l'evidència sobre com la pràctica col·laborativa condiciona la seguretat clínica.

A més, es proposen tres objectius específics: explorar l'impacte que té aquest tipus de pràctica sobre el pacient; analitzar l'impacte que té sobre els professionals; i reconèixer intervencions aplicables a la clínica per facilitar aquest tipus de pràctica.

Estratègia de recerca bibliogràfica

Es van seleccionar bases de dades relacionades amb les àrees de coneixement de ciències de la salut, sociologia, infermeria, medicina i psicologia.

Es va fer una recerca al DeCS per establir els descriptors exactes de les paraules clau (equip d'atenció al pacient i seguretat del pacient) en castellà i anglès. Es va escriure al quadre de recerca amb l'opció de "Palabra o Término"; per a la primera paraula clau el resultat era un: "Grupo de Atención al Paciente" i en anglès "Patient Care Team", que s'adaptava al que s'estava cercant. Per a la segona paraula clau obtinguérem també un sol resultat que era "Seguridad del Paciente" i en anglès "Patient Safety" que encaixava amb la paraula clau. No es trobaren descriptors que s'ajustessin del tot amb les paraules clau pels objectius específics, per tant, es van plantejar combinacions amb paraules clau.

Per tant, la primera combinació de booleans amb els descriptors primaris era, en anglès: (Patient care team) AND (Patient safety). La segona combinació es va fer amb la primera i s'hi afegia "AND (Patient outcomes)". La tercera es feia amb la primera i "AND (Professional outcomes)". Una quarta es podia fer amb la primera i "AND (Quality improvements)". Així i tot, a les bases de dades es van fer diversos intents introduint diverses paraules clau sinònimes per intentar abordar el màxim de resultats útils, per la qual cosa, a cada base de dades es va acabar emprant una combinació diferent degut a la dificultat de trobar bons resultats.

Abans de començar la recerca es seleccionaren les bases de dades: un metabuscador, en aquest cas EBSCOhost; dues bases de dades específiques, PubMed i Ibecs; i una base de dades de revisions, Cochrane. L'accés a totes les bases de dades es va fer a partir de la pàgina web de la biblioteca de la Universitat. Els límits generals establerts abans de cercar eren: els anys de publicació, de 2007 a 2017; els idiomes anglès o espanyol; i l'accés lliure o gratuït a text complet. (Annexe I)

Al metabuscador es van seleccionar les següents bases de dades: Academic Search Premier, PsycINFO, CINAHL with Full Text, Historical Abstracts, MLA Directory of

Periodicals, MLA International Bibliography, PsycARTICLES, E-Journals, eBook Collection (EBSCOhost) i SocINDEX with Full text. Es va seleccionar “Búsqueda avanzada”; a l’opció “Modos y ampliadores de búsqueda”, “Modo de búsqueda” es va seleccionar “Booleano/Frase”; a l’opció “Limite sus resultados” es va seleccionar “Texto completo” i “Fecha de publicación” 2007-2017. En els límits a triar segons la base de dades es va afegir a la Academic Search Premier: “Texto completo en PDF”; a la PsycINFO: “Acceso abierto”; a CINHALL “Texto completo PDF”; a PsycART: “Año de publicación” 2007-2017; a SocINDEX: “Texto completo PDF”.

Al quadre de recerca d’EBSCOhost es van introduir els termes: Health care teams AND Patient safety i a les pestanyes de la dreta “seleccione un campo” per als dos termes. Quan van sortir els resultats a la vorera esquerra es va seleccionar “Tema: término del tesoro: health care teams + patients – safety measures”.

A la base de dades de PubMed es van cercar els documents a través del MeSH Database, a la dreta a la pàgina d’inici. Al quadre de recerca s’hi va introduir “patient care team” i es va seleccionar al cantó dret superior “Add to search Builder” per afegir-ho al quadre de búsqueda; i “patient safety” del qual en van sortir dues opcions i es va seleccionar la primera i es va afegir al quadre de búsqueda com el terme anterior amb AND i “Search on PubMed”. A l’esquerra es seleccionaren els filtres: “Free full text”, “10 years”, “English” i “Spanish”.

A Ibecs es cercà a través de “Formulario avanzado” on s’escrigué: “patient care team” AND “patient safety” com a “Palabras (en el campo)” i a “Buscar”.

A la base de dades de revisió de Cochrane es va cercar a través de “Búsqueda asistida”. Als requadres de recerca es varen introduir els termes “práctica colaborativa” AND “seguridad del paciente”. Al requadre de sobre s’hi va afegir 2007-2017 a “Período de fechas”.

A totes les bases de dades es va utilitzar només una sola combinació de dos termes, ja que a l’intentar filtrar amb més termes els resultats obtinguts disminuïen molt en nombre i qualitat.

Mentre es feia la revisió dels articles triats es van afegir dos articles pel títol mitjançant bibliografia inversa del treball de Ulrich & Crider, 2017. Un pic seleccionats es va fer la recerca amb el títol a través de la plana web de la biblioteca de la universitat, sent un d'accés lliure i l'altre d'accés restringit, però amb el que es va poder accedir amb la identificació de la universitat. (Annex II)

A més hem de tenir en compte el principal criteri d'inclusió dels treballs, amb els que s'hi afegeixen els que responen de manera més ajustada als meus objectius específics. Afegim també els que apareixen com a resultat de la recerca que respecten els límits introduïts.

Els criteris d'exclusió són per als que només parlen d'una sola disciplina, o treball en equip intradisciplinari, i els treballs que són notes o editorials de revistes relacionats amb el tema. També s'exclouen els que responen de manera parcial a algun dels objectius específics. Es descarten els treballs que no siguin produïts a Europa, Estats Units, Canadà; aquells d'altres països en el que es puguin produir diferències culturals suficients com perquè no es puguin aplicar aquí. (Annex I)

Resultats de la recerca bibliogràfica

Al metabuscador EBSCOhost el total de resultats va ser de 84, dels quals es va fer una primera selecció de 18, dels quals se n'han utilitzat 8. A PubMed aparegueren 98 resultats dels quals es va fer una primera selecció de 36, i d'aquests se n'utilitzaren 12. A Ibecs es varen produir 3 resultats, del qual cap va ser útil. A la base de dades de revisió Cochrane es van descobrir 2 resultats útils pel treball. Es van afegir dos articles més de recerca inversa. S'han utilitzat un total de 24 articles (Annex III).

Es van començar triant a cada base de dades pels títols que poguessin incloure alguna paraula clau o que semblés tractar el tema. D'aquests, se'n va fer una primera selecció a cada base de dades llegint el resum de tots els articles. Un cop fet el primer escolliment es van anar descartant fent una lectura en diagonal dels articles sencers, amb la qual es va fer l'elecció final. Alguns dels treballs es van descartar després de fer una lectura acurada per no complir del tot els requisits.

En la recerca d'aquest treball s'ha evidenciat que on més s'utilitza aquesta terminologia és en països europeus i Nord Amèrica i Canadà, excepte d'alguns resultats obtinguts d'alguns altres països excepcionalment, qüestió que es podria explicar per raons culturals. Per aquest motiu es van descartar els que no fossin produïts a aquests llocs, com s'esmenta en l'apartat anterior.

Del total d'articles seleccionats, dos d'aquests són els que millor contesten el primer objectiu específic. La temàtica de què tracten és la col·laboració interprofessional en la pràctica clínica: en un s'hi avaluen les intervencions realitzades i com afecten al pacient; i a l'altre el treball en equip per millorar la mobilitat dels pacients.

Complementaris a aquests dos es troben tres articles més que contesten tant el primer com el segon objectiu específics. Dos d'aquests, dels mateixos autors, relacionen la seguretat del pacient, el treball en equip, el benestar professional i la claudicació emocional. El tercer parla sobre l'ambient de seguretat en la pràctica i com s'estableix aquest.

Específics que contestin el segon objectiu se'n troben tres. Dos tracten dels ambients de treball, tenint en compte el tipus de relació interprofessional (un a una unitat de crítics i l'altre a atenció primària) i l'altre de les percepcions que tenen sobre el treball en equip els nous professionals.

En una fusió del segon i tercer objectiu es troben tres articles basats dos en l'entrenament en equip per millorar la seguretat del pacient i les respostes obtingudes dels professional respecte a aquesta intervenció. El tercer s'enfoca a models mentals i treball en equip a la sala d'operacions.

Vuit articles contesten en major o menor mesura al tercer objectiu. En quatre d'ells es comenta l'educació interprofessional com a mètode per millorar el treball en equip, amb diferents intervencions, un d'ells sobre alumnes. En cinc estudis es parla de l'entrenament en equip en simulacions, com a intervenció per millorar el treball en equip; un d'ells és un metaanàlisi en el que s'enfoca a qualsevol disciplina, no exclusivament de la salut. Dos d'ells es centren en mesures aplicables per tenir una retroalimentació del treball en equip i la seguretat. Un d'ells tracta d'unes conferències per millorar la seguretat del pacient a través del treball en equip.

Hi ha quatre articles que contesten als tres objectius en diferent mesura. En un s'analitza una eina per mesurar el treball en equip. En dos es fa una revisió de tots els temes relacionats amb el treball. En l'article restant explica la implementació de rondes interdisciplinàries a una UCI pediàtrica. (Annex III)

Discussió

L'equip i el pacient: en quines dimensions s'aprecia l'impacte?

En gairebé tots els estudis trobats que contesten en major o menor mesura a aquest apartat es troben coincidències en certs aspectes que afecten als pacients: events adversos, errors, estança hospitalària, reingressos i supervivència.

En la recerca s'han trobat treballs que expliciten que realitzar intervencions per dur a terme un bon treball en equip o millorar-lo té una repercussió positiva sobre aspectes de l'atenció al pacient com pugui ser la duració de l'estança hospitalària o els costos totals (Curley, 1998 i Cheater, 2005 a Zwarenstein et al., 2009). En el treball de Welp & Manser del 2016 explica que tots els autors de la revisió sistemàtica realitzada suposaven que el treball en equip influenciava positivament la seguretat del pacient, de fet, en els seus resultats comenten que la majoria d'estudis amb enquestes i observacionals declaraven associacions positives entre treball en equip i seguretat del pacient. Així i tot, n'hi va haver, en una proporció molt menor, que suggerien que un millor treball en equip aparentment s'associava a una menor seguretat del pacient. De totes maneres, ho justifiquen dient que podria ser casual, la majoria es podria explicar pel disseny d'estudi (Welp & Manser, 2016).

Es comenta en un treball que un augment de la satisfacció del pacient s'ha relacionat a l'educació interprofessional o al treball en equip. També es connecta aquesta pràctica a una millora en la supervivència del pacient, de la qualitat de les cures i disminució d'errors i events adversos (Ulrich & Crider, 2017). S'han trobat associacions positives entre el treball en equip i els resultats desfavorables del pacient com complicacions o el temps operatiu en estudis observacionals, que podria ser que només es mostrés la necessitat d'un increment en les actituds coordinatives en casos complicats (Welp & Manser, 2016).

L'anàlisi d'incidents o events adversos dels estudis observacionals i anàlisis retrospectius estudiats en un treball indiquen que molts dels factors contribuents s'originen en punts dèbils del treball en equip, més que per una manca d'habilitats

clínicas. Encara i així, freqüentment es sosté que molts dels events adversos es podrien haver previngut per una millor pràctica en equip (Manser, 2009). D'una manera similar s'estudia en un altre treball en què les infermeres participaven en rondes, intervenció a través de la qual es va millorar en l'avís d'events nocturns, i en discrepàncies d'ordres metges que afectaven el pacient (Licata et al., 2013).

Gairebé tots els treballs tracten de l'àmbit hospitalari, però és interessant veure com aquest tipus de pràctica s'analitza també en un centre de cures de transició. En aquest centre s'hi examina la prompta mobilitat física progressiva amb atenció al treball interdisciplinari. Aquest inclou planificació i educació per reconèixer les necessitats de l'equip i la seguretat dels residents del centre emprant objectius comuns i presa de decisions. D'aquesta manera s'aconsegueix donar d'alta exitosament i reduir els reingressos a l'hospital (Ecklund & Bloss, 2015).

Tots els termes que s'utilitzen per explicar com afecta el treball en equip al pacient s'engloben dins un de major: la seguretat del pacient. És així com, a través de l'evidència, es veu que hi ha una relació directa en el tipus de treball que es realitza i les respostes o els resultats que s'obtenen dels usuaris. Desenvolupar una cultura de seguretat del pacient és un element clau en els esforços dedicats a la millora d'aquesta seguretat. La cultura i l'ambient de seguretat es troben relacionats amb les actituds professionals de notificar incidències, reducció d'efectes adversos i reducció de la mortalitat. Aquesta cultura es pot fer real amb valors compartits, creences, normes, i procediments relacionats amb els membres de l'organització, la unitat i l'equip (Seys et al., 2013; Weaver et al., 2013).

Treball en equip: com es senten els professionals?

Els anàlisis retrospectius d'incidències i events adversos indiquen que la comunicació i els aspectes relacionats amb la pràctica col·laborativa són els factors que més hi contribueixen. Els resultats no són sorprenents ja que el procés de salut és inherentment comunicatiu i basat en el treball en equip. Estudis observacionals apunten a uns resultats similars: del 30% d'errors no comunicats, un 36% d'aquests tenen conseqüències com tensió entre els membres o errors de procés (Manser, 2009).

Els errors en l'equip ocorren degut a que els equips d'atenció al pacient treballen en un sistema complicat on la seguretat s'assumeix i no es garanteix. Molts d'equips de treball no tenen membres estables o lideratges constants. Aquest fet és el primer impediment per complir amb l'alta fiabilitat requerida per una bona seguretat en el procés de cura segons Miller, Riley, & Davis, 2009.

L'acord entre els membres de l'equip sobre les tasques a cada procediment, té una implicació important per la seguretat i eficiència del treball en equip. L'evidència suggereix que l'acord entre qui és responsable de què pot ser més important per l'equip que l'acord sobre la seqüència de quan s'han de fer. Sembla ser necessari que els membres de l'equip prenguin consciència de les diferències entre els models mentals individuals, per tal de reagrupar idees i compartir el mateix pensament i així tenir clara la distribució de tasques. (Nakarada-Kordic et al., 2016).

Les percepcions observades de metges i infermeres sobre els equips disten. Els metges ho perceben més organitzat que les infermeres en termes de treball en equip com a col·laboració i comunicació. Les diferències en comunicació es poden deure a factors jeràrquics de gènere, diferents responsabilitats en l'atenció al pacient i diferent percepció en els requisits de comunicació (Seys et al., 2013).

Hi ha diversos treballs on s'estudia les relacions entre professionals. En un d'ells explica que en les rondes, les infermeres rarament participen i són marginades i els seus coneixements devaluats, encara que algunes cerquen la manera d'alterar els patrons i interaccionar per participar en les discussions de cura i tractament. En aquest mateix article esmena un altre estudi en el que es fa referència a les relacions interprofessionals jerarquitzades, on el metge i els directius de l'hospital dicten els plans de cures a les infermeres per tal de prevenir que les infermeres investiguin millors pràctiques i implementin la medicina basada en l'evidència. Les infermeres encara no acaben d'entendre, teoritzar i actuar en els diferents factors que mantenen les tensions entre infermeres i metges, amb serioses implicacions cap a la seguretat del pacient (Paradis et al., 2014).

En contraposició al treball anterior, a un estudi en el que s'implementen rondes interprofessionals, les infermeres expressen sentir-se més valorades. La informació que elles poden proveir “representa l'autèntica col·laboració i comunicació entre els diferents membres de l'equip” (Licata et al., 2013).

En situacions crítiques que precisen resposta ràpida els professionals expressen que després d'haver-se preparat en equip i després d'haver realitzat una sèrie d'entrenaments interdisciplinars, hi ha una disminució d'ansietat (Zimmermann et al., 2015). Es mostra que la majoria de treballadors es senten inadecuadament entrenats per a un event clínic crític. D'aquest tipus de sentiments com la sensació de no estar preparat o sentir-se sobrepasat per la situació pot ser responsable la falta d'un adequat entrenament. Nova evidència indica que el lideratge afecta positivament en el triomf de nous mètodes d'entrenaments (Zimmermann et al., 2015).

Parlant de lideratge, es va estudiar aquest factor en entrenaments en equip a emergències a atenció primària. En contraposició a l'esmentat anteriorment, un interessant comentari fet pels participants: “No hi ha jerarquia a l'emergència clínic. Tots compartim el mutu respecte pels diferents grups de professions i ens adonem que totes elles són importants” (Brandstorp, Halvorsen, Sterud, Haugland, & Kirkengen, 2016).

El clima de seguretat percebut per un equip de salut d'atenció primària en un estudi és generalment positiu encara que s'identifiquen àrees de millora com la percepció de la causa d'errors i la notificació dels incidents, en la seguretat del pacient. Cal tenir també en compte que el treball d'atenció primària a Alemanya és diferent d'altres països en alguns aspectes. Els equips estan formats per dos grups professionals, i per tant, el tamany de l'equip és normalment més petit i tenen una relació més estreta (Hoffmann et al., 2013).

En quant als termes “cultura” i “clima” de seguretat la diferència que es troba a l'evidència és bàsicament metodològica. Les enquestes a professionals es cataloguen com a estudis de clima de seguretat; els estudis etnogràfics amb observacions longitudinals es defineixen amb cultura del pacient (Weaver et al., 2013).

En un estudi qualitatiu els resultats de què s'entenia per treball en equip a la sala d'operacions eren: coordinació, lideratge i el rol de garantir seguretat al pacient i benestar clínic. Així i tot, alguns estudis remarquen les diferències entre la qualitat percebuda del treball en equip entre diferents grups de professionals (les infermeres expressen un nivell menor de qualitat del treball en equip comparat amb els metges), intradisciplinari, i entre especialitats (Manser, 2009). És important destacar la rellevància d'incloure múltiples professions quan s'investiga el treball en equip. En aquest treball es confirma la diferència entre les percepcions de metge i infermera en relació al treball en equip, agotament emocional i percepció de seguretat del pacient (Ginsburg, Tregunno, & Norton, 2013; Welp, Meier, & Manser, 2016)

Estudis que empen mesures objectives de qualitat i seguretat del pacient també indiquen una associació amb (certs aspectes del) treball en equip. Diferents percepcions de treball en equip i actituds de lideratge es varen veure associades als resultats dels professionals com claudicació emocional, burnout, satisfacció laboral i propòsit organitzacional. Els símptomes de burnout, com dificultat en la concentració, fatiga i aversió als pacients, disminueixen l'habilitat de garantir la seguretat del pacient (Manser, 2009).

Diversos treballs parlen de que el benestar dels professionals i la seguretat del pacient es troben interrelacionats. Una reducció d'aquest benestar és relacionat amb indicadors objectius i subjectius de seguretat del pacient com ràtio de mortalitat, la seguretat percebuda pels professionals i els errors notificats (Merlani, 2011, Halbesleben, 2008 i West, 2009 a Welp & Manser, 2016). Els resultats d'un estudi suggereixen que els professionals emocionalment exhausts són menys capaços de contribuir a un treball en equip efectiu, que a la vegada és necessari per mantenir la seguretat del pacient (Welp et al., 2016). La reducció d'aquest benestar o un alt nivell d'estrès psicològic es pot donar com a resposta immediata o a llarg termini als estressors (Lazarus, 1984 a Welp & Manser, 2016), fet molt prevalent en els treballadors de la salut (Aiken, 2012 i Estry-Behar, 2011 a Welp & Manser, 2016).

A l'hora d'examinar el benestar clínic i la seguretat del pacient es troben dues línies de raonament: alguns assumeixen que cometre un error produeix estrès als professionals; mentre que la majoria teoritzen que un estrès crònic elevat fa patir els professionals, en

detriment de la seguretat del pacient (Welp & Manser, 2016). D'aquí els resultats que se n'obtenen són mixts.

El malestar pot decreïxer l'habilitat dels professionals per oferir unes cures segures, perquè els recursos físics i mentals es veuen minvats, es troben menys capacitats per fer un adequat treball en equip, que al seu torn és necessari per mantenir la seguretat del pacient. El funcionament cognitiu es pot veure afectat i no són capaços de dur a terme conductes de treball segures. Aquests fets també repercuteixen en l'equip, ja que els membres més afligits poden no ser capaços de dur a terme conductes efectives per a l'equip (Welp & Manser, 2016; Welp et al., 2016). Amb aquest mateixa premissa s'afegeix que no s'haurien de veure com a dos resultats independents, no van per separat (Welp & Manser, 2016).

En una revisió de la literatura sobre treball en equip es relacionava aquest amb una major satisfacció laboral, major qualitat de l'atenció, un increment de la seguretat del pacient i de la seva satisfacció, major productivitat i un descens dels nivells d'estrès segons Kalisch, Curley, and Stefanov, 2007 a Ulrich & Crider, 2017.

Treball en equip: què es pot fer per millorar?

En un metaanàlisi (multidisciplinar) enfocat exclusivament al treball en equip i al seu rendiment es suggereix que l'entrenament en equip funciona, i que aquest té un efecte moderat positiu sobre l'equip. Encara que sembla que funciona millor en equips "intactes". Així i tot, es suggereix que és necessària més investigació sobre l'estratègia d'entrenament (Salas et al., 2008).

Els equips efectius adapten les seves estratègies de coordinació en funció de les necessitats situacionals, per això si hi ha un alt nivell d'estandardització s'hi associa una major coordinació implícita i la manca d'actitud liderativa. També hi ha evidència emprírica que recolza l'argument que les millores del sistema, com pràctiques per reforçar la comunicació, coordinació, relacions entre els professionals i un equip específic d'entrenament en certes intervencions, té el potencial per aconseguir la conscienciació en aquests aspectes i millorar el treball en equip. L'entrenament en

comunicació, coordinació i presa de decisions incrementa la productivitat, ja que són determinants pel rendiment i efectivitat de l'equip. Així i tot, es comenta que el contingut de l'entrenament, l'estabilitat dels membres de l'equip i la mida d'aquest moderen l'efectivitat de la intervenció (Manser, 2009; Salas et al., 2008).

Aquesta informació és la que pot argumentar el fonament per poder implantar aquest tipus de pràctiques a les organitzacions sanitàries: “l'entrenament en equip funciona per millorar els resultats de l'equip” i la millora en el procés de salut i els resultats de la seguretat del pacient (Salas et al., 2008; Weaver et al., 2013).

Desafortunadament l'entrenament en equip no es du a terme tan com seria necessari, a pesar que les organitzacions sanitàries són conscients d'aquesta necessitat. “Un equip d'experts no fa un equip expert”. Millora els processos d'equip, tasques de coordinació qualitat, seguretat, i la percepció del pacient de coordinació. Aquells equips que tenen l'oportunitat de treballar amb d'altres en entrenaments d'equip es beneficien més de l'experiència (Salas et al., 2008; Ulrich & Crider, 2017).

Els entrenaments en equip es podrien aplicar com a suplement per millorar el treball en equip, sobretot en algunes àrees, i reforçar entrenaments en certes situacions com ressuscitació cardíaca on les actituds de treball en equip són molt específiques. Per aquest motiu és difícil l'aproximament a les diferents mesures del treball en equip. L'entrenament in situ és percebut com desafiant, atractiu i capacitant (Brandstorp et al., 2016; Rosen, Dietz, Yang, Priebe, & Pronovost, 2015; Zimmermann et al., 2015).

S'han utilitzat eines per tal d'avaluar l'activitat de l'equip en moment crítics, emprant l'entrenament. Sembla ser útil per orientar el desenvolupament de l'equip (Jones & Skinner, 2013; Stocker et al., 2013). En aquesta línia n'hi ha també que ho enfoquen millor a la seguretat del pacient, incloent elements típics del treball en equip mitjançant els quals demostren que poden ser útils per a la pràctica, encara que es considera que és necessària més investigació al respecte (Seys et al., 2013; Ulrich & Crider, 2017).

En el cas d'entrenaments interdisciplinars en estudiants, aquests expliquen estar d'acord en el fet que les simulacions els han fet entendre millor la importància del treball interprofessional a través de la comunicació, la comprensió dels altres rols dels

professionals de l'equip i l'habilitat de reconèixer i respondre millor als aspectes de seguretat del pacient. “Resulta més fàcil culpar a altres professionals quan no es troben presents”, “treballarem com a un equip durant la nostra carrera professional, però ens ensenyen individualment”: són expressions formulades per estudiants. Les millores en l'atenció al pacient no seran efectives sense la implicació de tot l'equip (Headrick & Khaleel, 2008; Vyas, McCulloh, Dyer, Gregory, & Higbee, 2012).

Una mica en contraposició als entrenaments, també a altres tècniques d'educació grupal, Reeves et al., 2008 expressa en el seu treball que els resultats obtinguts en aquest camp són, de moment, contradictoris. Explica que els estudis analitzats no eren d'alta qualitat, amb limitacions metodològiques, i això determina que resulti difícil discernir l'efecte de l'educació interprofessional. Precisa que s'hauria de millorar els dissenys d'investigació i abordar dades qualitatives i quantitatives.

A més d'entrenament s'han analitzat altres intervencions com les rondes interdisciplinars, on tots els treballs explicaven que els professionals referien percebre bona cultura de seguretat i tenia una repercussió positiva sobre la duració de l'estança hospitalària i els costos totals, a més d'identificar més events adversos nocturns i discrepàncies en ordres metges (Licata et al., 2013; Weaver et al., 2013).

Es fa referència també a eines com el CUSP (Comprehensive Unit-based Safety Program) que s'utilitzen per l'entrenament en equip i ofereixen eines per millorar aspectes de seguretat i bones pràctiques. Es notifiquen millores estadísticament significants en les percepcions de cultura de seguretat i treball en equip amb aquesta eina, alguns especifiquen que també en el canvi de torn d'infermeria, en la reducció del temps d'ingrés i en reducció de notificació d'infeccions (Weaver et al., 2013). A pesar d'això, sembla que en aquest estudi els resultats són inconsistents amb només un 56% d'estudis que referien resultats estadísticament positius.

Una altra intervenció avaluada són les conferències sobre morbiditat i mortalitat amb les que s'intenta una millora de la cultura de la seguretat. Així i tot, en el mateix estudi es comenta com a limitació que no és una mesura objectiva de millora (François et al., 2016).

Conclusió

Els estudis recollits en aquest treball mostren que la pràctica col·laborativa, treball en equip amb un objectiu comú com és el pacient, afecten a la seva seguretat. Es demostra en dades numèriques com és els reingressos, les incidències reportades, els costos totals, etc. Però també s'han recollit dades de major satisfacció i percepció d'equip des del punt de vista del pacient.

Des del punt de vista dels professionals hi ha diversitat de percepcions, fins al punt de relacionar-les amb el tipus de professió. S'expressa una major inseguretat des del punt de vista de la infermera que del metge cap a allò que és treball en equip i comunicació.

Un factor a tenir en compte és el benestar professional. Abarca àrees com l'estrès, la claudicació emocional o el sentiment d'equip. Els estudis centrats en la relació en el benestar clínic i la seguretat del pacient eren o bé centrats en infermeres o en metges, la porció amb mostra mixta era molt menor (Welp & Manser, 2016). Es suggereix que afecta de manera decisiva en la seguretat del pacient, encara que també en el treball en equip i ambient laboral. Són termes interrelacionats amb resultats dependents un de l'altre.

En diversos treballs expliquen tècniques per abordar la millora del treball en equip, centrat, sobretot, en el bon funcionament d'aquest. És cert que les unitats d'hospitalització i atenció primària funcionen diferent. D'aquí que les intervencions a realitzar per millorar la pràctica col·laborativa s'hagin d'adaptar. Una de les tècniques més utilitzada és l'entrenament en equip en situacions clau, en ocasions molt realistes. Aquest fet facilita la connexió entre els membres de l'equip i l'adquisició de certes habilitats que afavoreixen el treball en equip. A més de millorar la resposta en ocasions reals futures.

D'altra banda es trobaven les rondes interprofessionals, o reunions, en les que es tracta sobre el pacient des del punt de vista més holístic, contant amb l'opinió de diversos professionals.

Tots els articles estan d'acord en què més investigació és necessària, alguns treballs expliciten quin tipus d'estudi seria el més adequat, relacionat amb la diferent temàtica que es tracta. No s'han trobat contradiccions importants entre els treballs analitzats, fet que podria explicar que l'evidència creada fins el moment assenyala el camí correcte.

Les intervencions per a millorar el treball en equip semblen ser efectives en el camp de la recerca, per tant, seria interessant investigar més sobre el grau d'evidència d'aquestes pràctiques a fi de poder-les implementar en la feina diària.

Una de les premisses que més interessa en política sanitària que podria sustentar l'argument d'invertir en investigació cap a aquestes línies és la demostració de que la bona pràctica afecta al pacient traduït en reducció de costos. A més, es demostra que el benefici es mutu cap a tots els participants en la roda d'atenció al pacient: bon treball en equip, bon benestar professional, bons resultats en el procés de salut del pacient.

Bibliografia

- Allen, D., Weinhold, M., Miller, J., Joswiak, M. E., Bursiek, A., Rubin, A., ... Grubbs, P. (2015). Nurses as Champions for Patient Safety and Interdisciplinary Problem Solving. *MedSurg Nursing*, 24(2), 107–110.
- Bowie, P., Halley, L., Blamey, A., Gillies, J., & Houston, N. (2016). Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. *BMJ Open*, 6(1), e009526. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009526>
- Brandstorp, H., Halvorsen, P. A., Sterud, B., Haugland, B., & Kirkengen, A. L. (2016). Primary care emergency team training in situ means learning in real context. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(3), 295–303. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1207150>
- Ecklund, M. M., & Bloss, J. W. (2015). Progressive Mobility As a Team Effort in Transitional Care. *Critical Care Nurse*, 35(3), 62–68. <https://doi.org/10.4037/ccn2015622>
- Ermete, R. (2012). Clinical Trials and Communicating Safely. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 25–27.
- François, P., Prate, F., Vidal-Trecañ, G., Quaranta, J.-F., Labarere, J., & Sellier, E. (2016). Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives, an observational study. *BMC Health Services Research*, 16, 35. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1279-8>
- Ginsburg, L. R., Tregunno, D., & Norton, P. G. (2013). Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ Quality & Safety*, 22(2), 147–54. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001308>
- Headrick, L. A., & Khaleel, N. I. (2008). Getting it right: Educating professionals to work together in improving health and health care. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 364–374. <https://doi.org/10.1080/13561820802227871>
- Hoffmann, B., Miessner, C., Albay, Z., Schröber, J., Wepler, K., Gerlach, F. M., & Gütthlin, C. (2013). Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. *Annals of Family Medicine*, 11(4), 355–62. <https://doi.org/10.1370/afm.1500>
- Jones, K. J., & Skinner, A. M. (2013). A theory-driven, longitudinal evaluation of the

- impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf*, 22, 394–404.
- Licata, J., Aneja, R. K., Kyper, C., Spencer, T., Tharp, M., Scott, M., ... Pasek, T. A. (2013). A Foundation for Patient Safety: Phase I Implementation of Interdisciplinary Bedside Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 33(3), 89–91. <https://doi.org/10.4037/ccn2013280>
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247–255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x>
- Nakarada-Kordic, I., Weller, J. M., Webster, C. S., Cumin, D., Frampton, C., Boyd, M., & Merry, A. F. (2016). Assessing the similarity of mental models of operating room team members and implications for patient safety: a prospective, replicated study. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0752-8>
- Papathanassoglou, E. DE, & Karanikola, M. N. (2013). The corpus callosum of critical care: interprofessional education, collaboration and birth of a meta-paradigm. *Nursing in Critical Care*, 18(2), 57–60. <https://doi.org/10.1111/nicc.12015>
- Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S. (2014). Delivering interprofessional care in intensive care: a scoping review of ethnographic studies. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 23(3), 230–8. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014155>
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). In S. Reeves (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>
- Rosen, M. A., Dietz, A. S., Yang, T., Priebe, C. E., & Pronovost, P. J. (2015). An integrative framework for sensor-based measurement of teamwork in healthcare. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 22(1), 11–8. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002606>
- Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, C. S., Stagl, K. C., Goodwin, G. F., &

- Halpin, S. M. (2008). Does Team Training Improve Team Performance? A Meta-Analysis. *Human Factors*, *50*(6), 903–933.
<https://doi.org/10.1518/001872008X375009>
- Seys, D., Deneckere, S., Sermeus, W., Van Gerven, E., Panella, M., Bruyneel, L., ... Vanhaecht, K. (2013). The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. *BMC Health Services Research*, *13*, 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-325>
- Stocker, M., Menadue, L., Kakat, S., De Costa, K., Combes, J., Banya, W., ... Burmester, M. (2013). Reliability of team-based self-monitoring in critical events: a pilot study. *BMC Emergency Medicine*, *13*, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-22>
- Ulrich, B., & Crider, N. M. (2017). Using Teams to Improve and Performance. *Nephrology Nursing Journal*, *44*(2), 141–151.
- Vyas, D., McCulloh, R., Dyer, C., Gregory, G., & Higbee, D. (2012). An interprofessional course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, *76*(4), 71.
<https://doi.org/10.5688/ajpe76471>
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, *158*(5 Pt 2), 369–74.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Welp, A., & Manser, T. (2016). Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 281.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1535-y>
- Welp, A., Meier, L. L., & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinicians’ emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care (London, England)*, *20*(1), 110.
<https://doi.org/10.1186/s13054-016-1282-9>
- Zimmermann, K., Holzinger, I. B., Ganassi, L., Esslinger, P., Pilgrim, S., Allen, M., ... Stocker, M. (2015). Inter-professional in-situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach. *BMC Medical Education*, *15*, 189. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0472-5>
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J. (2009).

Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los resultados de salud (Revision Cochrane traducida). In M. Zwarenstein (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213>

Annexes

Annex I

Estratègia de recerca bibliogràfica									
Pregunta d'investigació	Què diu l'evidència sobre com la pràctica col·laborativa condiona la seguretat clínica?								
Objectius	<p>General: Analitzar l'evidència sobre com la pràctica col·laborativa condiona la seguretat clínica.</p> <p>Específic 1: Explorar l'impacte que té aquest tipus de pràctica sobre el pacient.</p> <p>Específic 2: Analitzar l'impacte que té sobre els professionals.</p> <p>Específic 3: Reconèixer intervencions aplicables a la clínica per facilitar aquest tipus de pràctica.</p>								
Paraules clau	Grup o equip d'atenció al pacient, seguretat del pacient, resultats del pacient, resultats del professional, millora de la qualitat.								
Descriptors	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Castellà</th> <th>Anglès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo de atención al paciente</td> <td>Patient care team</td> </tr> <tr> <td>Seguridad del paciente</td> <td>Patient safety</td> </tr> <tr> <td>Mejoras de la calidad</td> <td>Quality improvements</td> </tr> </tbody> </table>	Castellà	Anglès	Grupo de atención al paciente	Patient care team	Seguridad del paciente	Patient safety	Mejoras de la calidad	Quality improvements
Castellà	Anglès								
Grupo de atención al paciente	Patient care team								
Seguridad del paciente	Patient safety								
Mejoras de la calidad	Quality improvements								
Combinació booleana	<p>1r nivell: (Grupo de atención al paciente) AND (Seguridad del paciente) / (Patient care team) AND (Patient safety)</p> <p>2n nivell: (Grupo de atención al paciente) AND (Seguridad del paciente) AND (Resultados del paciente) / (Patient care team) AND (Patient safety) AND (Patient outcomes)</p> <p>(Grupo de atención al paciente) AND (Seguridad del paciente) AND (Resultados del profesional) / (Patient care team) AND (Patient safety) AND (Professional outcomes)</p> <p>(Grupo de atención al paciente) AND (Seguridad del paciente) AND (Mejoras de la calidad) / (Patient care team) AND (Patient safety) AND (Quality improvements)</p>								

Selecció de Bases de dades	Metabuscador: EBSCOhost Bases de dades específiques: PubMed i Ibecs Bases de dades de revisions: Cochrane
Límits	Anys de publicació: 2007 al 2017 Idiomes: Anglès i espanyol Accés: Lliure o gratuït a text complet.
Criteris inclusió	Responen de manera més explícita a un o varis dels objectius específics. Respecten els límits.
Criteris exclusió	Parlen d'una sola disciplina, o de treball en equip intradisciplinari. Notes d'editors o editorials de revistes. Responen de manera parcial a qualsevol dels objectius específics.

Annex II

Estratègia de recerca per base de dades	
EBSCOhost	Selecció de bases de dades: Academic Search Premier, PsycINFO, CINHALL with Full Text, Historical Abstracts, MLA Directory of Periodicals, MLA International Bibliography, PsycARTICLES, E-Journals, eBook Collection (EBSCOhost) i SocINDEX with Full text.
	Opció: Búsqueda avanzada: “Modos y ampliadores de búsqueda”: “Booleano/Frase”; “Limite sus resultados”: “Texto completo”, “Fecha de publicación: 2007-2017”.
	Límits segons base de dades: Academic Search Premier: “Texto completo en PDF”; PsycINFO: “Acceso abierto”; CINHALL “Texto completo PDF”; PsycART: “Año de publicación” 2007-2017; SocINDEX: “Texto completo PDF”.
	Termes introduïts: Health care teams AND Patient safety
	Camp: “seleccione un campo”
	Selecció a vorera esquerra: “Tema: término del tesoro: health care teams” i “Patient - safety measures”.

PubMed	MeSH Database: cercam “Patient care team” i al cantó dret superior “Add to search Builder”; “Patient safety”, seleccionam primera opció, AND i “Add to search Builder” i “Search on PubMed”.
	Filtres a l’esquerra: “Free full text”; “10 years”; “English” i “Spanish”.
Ibecs	“Formulario avanzado”: “patient care team” (Palabras (en el campo)) AND “patient safety” (Palabras (en el campo)).
Cochrane	“Búsqueda asistida”: “Practica colaborativa” AND “Seguridad del paciente”
	“Período de fechas”: 2007 - 2017
Recerca inversa	A través del títol per la plana web de la universitat.

Annex III

Autors	Títol. Any de publicació	Tema/ Objectiu	Tipus d’estudi	Objectiu que respon
Brandstorp, H., Halvorsen, P. A., Sterud, B., Haugland, B., & Kirkengen, A. L.	Primary care emergency team training in situ means learning in real context. 2016	Explorar els processos d’aprenentatge i millorar l’entrenament in situ de l’equip d’emergències d’atenció primària enfocat a la interacció.	Investigació-acció	2 i 3
Ecklund, M. M., & Bloss, J. W.	Progressive Mobility As a Team Effort in Transitional Care. 2015	Visió de conjunt de les cures de transició, revisió dels perills de la immobilitat, i descripció d’estratègies interdisciplinars d’equip	No s’explicita	1

		per proveir de mobilitat progressiva als residents de les instal·lacions de cures de transició.		
François, P., Prate, F., Vidal-Trecan, G., Quaranta, J.-F., Labarere, J., & Sellier, E.	Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives, an observational study. 2016	Identificar les característiques de conferències de morbiditat i mortalitat associades amb la implementació d'iniciatives de millora d'atenció en salut i seguretat	Estudi observacional	3
Ginsburg, L. R., Tregunno, D., & Norton, P. G.	Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. 2013	Examinar les competències sobre seguretat del pacient referides per noves graduades infermeres, farmacèutics i metges.	Estudi transversal	2
Headrick, L. A., & Khaleel, N. I.	Getting it right: Educating professionals to work together in	Treball basat en una conferència tribut a Dr John Horder.	No s'explicita	3

	improving health and health care. 2008			
Hoffmann, B., Miessner, C., Albay, Z., Schröber, J., Weppler, K., Gerlach, F. M., & Güthlin, C.	Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. 2013	Analitzar l'impacte al grup professional de percepcions de clima de seguretat en atenció primària a Alemanya	Estudi transversal	2
Jones, K. J., & Skinner, A. M.	A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. 2013	Avaluar l'impacte d'un programa d'entrenament d'un any de durada sobre seguretat del pacient emprant dos marcs teòrics.	Estudi transversal	3
Licata, J., Aneja, R. K., Kyper, C., Spencer, T., Tharp, M., Scott, M., ... Pasek, T. A.	A Foundation for Patient Safety: Phase I Implementation of Interdisciplinary and Bedside Rounds in the Pediatric Intensive Care	Aclarir-se la seguretat del pacient a través de la millora de la comunicació.	No s'explicita	1, 2 i 3

	Unit. 2013			
Manser, T.	Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literatura. 2009	Examinar investigació recent sobre dominis dinàmics d'atenció al pacient com sales d'operacions, unitats crítiques, emergències, o equips de ressuscitació o trauma centrats en aspectes rellevants de la qualitat i seguretat del cuidat del pacient.	Revisió de literatura	1, 2 i 3
Miller, K., Riley, W., & Davis, S.	Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. 2009	Mesurar marcadors d'actitud d'infermeria en equips interdisciplinaris en events crítics per garantir la fiabilitat.	No s'explicita	1 i 2
Nakarada-Kordic, I., Weller, J. M., Webster, C. S., Cumin, D., Frampton, C., Boyd, M., & Merry, A. F.	Assessing the similarity of mental models of operating room team members and implications for patient safety: a prospective, replicated study. 2016	Explorar la similitud dels models mentals sobre seqüència de tasques i sobre responsabilitat de tasques amb equips multidisciplinaris de quiròfan.	Estudi prospectiu replicat	2 i 3

Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S.	Delivering interprofession al care in intensive care: a scoping review of ethnographic studies. 2014	Examinar les perspicàcies dels estudis qualitius de treball interprofessional a les unitats de cuidats intensius.	Revisió	2
Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I.	Educación interprofesiona l: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). 2007	Avaluar l'efectivitat de les intervencions d'educació interprofessional en comparació amb les intervencions d'educació a les quals els mateixos professionals de la salut aprenen per separat, i també en comparació a no realitzar cap intervenció.	Revisió	2 i 3
Rosen, M. A., Dietz, A. S., Yang, T., Priebe, C. E., & Pronovost, P. J.	An integrative framework for sensor-based measurement of teamwork in healthcare. 2015	Descrui el valor potencial de la tecnologia basada en sensors com a metodologia per mesurar i avaluar el treball en equip en l'atenció al pacient.	Revisió de literatura	3
Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, C. S., Stagl, K. C.,	Does Team Training Improve Team Performance? A Meta-	Centrar-se en la ciència de l'entrenament per guiar una integració taxonòmica i sèries de metaanàlisi per comprovar l'efectivitat	Metaanàlisi i	2 i 3

Goodwin, G. F., & Halpin, S. M.	Analysis. 2008	d'intervencions d'entrenament en equip per millorar els resultats de l'equip.		
Seys, D., Deneckere, S., Sermeus, W., Van Gerven, E., Panella, M., Bruyneel, L., ... Vanhaecht, K.	The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. 2013	Avaluar les característiques psicomètriques de l'eina CPSET als nivells de l'equip i l'hospital i recollir-ho en una taula.	No s'explicita	1, 2 i 3
Stocker, M., Menadue, L., Kakat, S., De Costa, K., Combes, J., Banya, W., ... Burmester, M.	Reliability of team-based self-monitoring in critical events: a pilot study. 2013	Avaluar la factibilitat d'auto monitorització per gestió de recursos en moments de crisi i avaluar la fiabilitat d'ítems específics i validació de continguts per tal de desenvolupar una modificació optimitzada al context.	Estudi pilot	3
Ulrich, B., & Crider, N. M.	Using Teams to Improve and Performance. 2017	Descriure com utilitzar el poder dels equips exitosament al context de l'atenció al pacient, crear i desenvolupar equips, ser un líder d'equip o membre, crear condicions per	No s'explicita	1, 2 i 3

		efectivitat de l'equip.		
Vyas, D., McCulloh, R., Dyer, C., Gregory, G., & Higbee, D.	An interprofession al course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. 2012	Avaluar l'efectivitat de simulació d'un pacient humà per ensenyar seguretat del pacient, habilitats de construir equip i el valor de la col·laboració interprofessional als estudiants de farmàcia.	Estudi pilot	3
Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M.	Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. 2013	Identificar i avaluar intervencions emprades per promoure la cultura o el clima de seguretat en termes de cuidats aguts.	Revisió sistemàtic a	3
Welp, A., & Manser, T.	Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. 2016	Centrar-se en la revisió d'estudis que examinin el benestar professional com a resultat de la valoració d'un estressor o la falta d'aquest.	Revisio sistemàtic a	1 i 2
Welp, A.,	The interplay	Examinar els efectes	Estudi	1 i 2

Meier, L. L., & Manser, T.	between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. 2016	causals entre conductes cognitives i interpersonal de treball en equip, agotament emocional i seguretat del pacient a equips interprofessionals a unitats de cures intensives.	longitudinal	
Zimmermann, K., Holzinger, I. B., Ganassi, L., Esslinger, P., Pilgrim, S., Allen, M., ... Stocker, M.	Inter-professional in-situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach. 2015	Descriure i avaluar la implementació d'un entrenament in situ interprofessional.	Estudi transversal	2 i 3
Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J.	Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica	Avaluar la repercussió de les intervencions basades en la pràctica dissenyades per modificar la col·laboració interprofessional, comparades amb cap intervenció o un	Revisió sistemàtica	1 i 3

	profesional y los resultados de salud (Revision Cochrane traducida). 2009	d'alternativa.		
--	---	----------------	--	--

