



Strokovni članek/Professional article

NOVE MOŽNOSTI STROKOVNEGA RAZVOJA ZA MEDICINSKE SESTRE V ANESTEZIJI

NEW POSSIBILITIES FOR PROFESSIONAL ROLE DEVELOPMENT IN NURSE ANAESTHESIA

Polona Selič

Ključne besede: medicinska sestra v anesteziji, strokovnost, zdravstvena nega

IZVLEČEK

Predstavljeni so klinična praksa in izvajalci anestezije v svetu ter njihove vloge in kompetence, povezane tudi z izidi zdravljenja. Reorganizacija sistemov zdravstvenega varstva prinaša spremembo delitve odgovornosti med zdravstvenimi delavci in pred medicinske sestre postavlja nove zahteve. Vprašanja delitve dela med anestezijskimi medicinskimi sestrami in anesteziologi so povezana s kompetencami, samooceno ter fluktuacijo. Različna prizadevanja medicinskih sester v zgodovini so postavljena v kontekst strokovnosti, predanosti, patriarhalnih praks, podrejenosti poklicne vloge ter prestrukturiranja zdravstvene nege. Poseben poudarek raziskovanju v zdravstveni negi prinaša potrebno podlago za preoblikovanje strokovne identitete, karijerne strukture in poti ter tudi podlago za spremembo poklicne vloge. Za vse to sta nujni »kultura raziskovanja« v zdravstveni negi in promocija na dokazih temelječe prakse. V številnih državah težave zaradi pomanjkanja anesteziologov rešujejo s spremembami delitve dela med zdravniki in anestezijskimi medicinskimi sestrami. Stroka anestezijskih medicinskih sester bi se na takšne razmere morala odzvati s krepitvijo strokovnih kompetenc.

Key words: nurse anesthetist, professionalism, nursing care

ABSTRACT

Presented in the article are the clinical practice and the roles and competences of anaesthesia providers, two paths in anaesthesia practice worldwide, and the impact of anaesthesia provider credentials on patient outcomes. The requirements for anaesthetic nurses, and a restructuring of the areas of responsibility between healthcare professionals are to be expected, due to the reorganization of healthcare services in many countries; therefore the issues of professional conflict between nurse anesthetists and anaesthesiologists, nurses' aspirations and self-assessment, and the possibilities of turnover in nurses are raised.

A reflection is made on nurse militancy with reference to professionalism, and the commitment to service, patriarchal practices and gendered subordination, and the confrontation with healthcare restructuring. Special emphasis on research in nursing profession, as the most needed basis for professional identity, career structure and pathways, as well as professional role modification, is offered as a contribution to establishing an active nursing research culture and evidence-based practice promotion.

The countries anticipating a shortfall in the supply of anaesthesiologists are to examine working models from other countries that currently work with fewer physicians and more nurse anaesthetists. The nurse anaesthesia professionals should be well prepared and competent to respond to new challenges in the future.

doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino

Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: polona.selic@siol.net

Prilagojeno po *Anesthetists nurses: stepping towards a new professional development*. In: Stjepanović Vračar A, ed. Book of proceedings. 10th World congress for nurse anesthetists, May 26-29, 2012, Ljubljana, Slovenia. Ljubljana: Nurses and Midwives Association of Slovenia, Professional Group of Nurses and Health Technicians in Anesthesiology, Intensive Therapy Units and Transfusiology; 2012: 10–6.

Prispelo/Received: 30. 8. 2012 Sprejeto/Accepted: 28. 11. 2012

Uvod

V nekaterih evropskih državah anestezijo izvajajo le zdravniki, v nekaterih drugih ter v Združenih državah Amerike (ZDA) pa anestezijo izvajajo in spremljajo tudi ostali zdravstveni delavci. V svetu izhaja večina izvajalcev anestezije, ki niso zdravniki, iz zdravstvene nege (Kane, Smith, Milne, 2005). Zlasti v Evropi pri izvajanju anestezije pod nadzorom specialista anesteziologa sodelujejo anestezijske medicinske sestre. Pogosto delujejo v timu, ki ga pri obravnavi enega bolnika sestavljata medicinska sestra in anesteziolog. Druge anestezijske medicinske sestre anestezijo izvajajo pod nadzorom kirurga, kardiologa ali radiologa, ki hkrati izvaja poseg. V nekaterih državah je anestezijskim medicinskim sestram izvajanje anestezije dovoljeno tudi brez nadzora zdravnika (Kane, Smith, Milne, 2005). Meeusen in sodelavci (2010) so analizirali razpoložljivost, vloge in funkcije ostalih zdravstvenih delavcev pri izvajanju anestezije v evropskih državah ter ugotovili, da ima vsaka evropska država svojstveno organizacijo anestezijske dejavnosti ter da se vloge posameznih profilov znatno razlikujejo glede na različne nivoje organizacije. V celinski Evropi imajo anestezijske medicinske sestre pretežno omejena pooblastila, medtem ko so v Veliki Britaniji že predlagali večjo avtonomijo delovanja anestezijskih medicinskih sester (Vickers, 2002).

V ZDA je razvoj anestezijske prakse ubral dve poti. Sprva je ameriška tehnika anestezije z uporabo etra medicinskim sestram, ki so že do takrat sodelovale s kirurgi, omogočala, da prevzamejo skrb za anestezijo (Bacon, Lema, 2002). Anestezija se je v ZDA v nadaljevanju razvijala kot specialnost zdravstvene nege, dokler tega dela po drugi svetovni vojni niso prevzeli zdravniki, najverjetneje zaradi finančnih ugodnosti. Med šestdesetimi in devetdesetimi leti 20. stoletja je bila anestezija dobičkonosna poklicna odločitev za diplomante medicine, kar je privedlo do občutnega porasta števila anesteziologov. To je izzvalo anestezijske medicinske sestre in okrepilo njihovo odločenost, da ohranijo svoj obseg dela in strokovni položaj. Spremembe plačilnih predpisov v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja so ogrozile dohodke anesteziologov v ZDA in prispevale k ponovnemu tehtanju dokazov o strokovni neoporečnosti in varnosti anestezije glede na različne izvajalce (zdravnike/anestezijske medicinske sestre). V zadnjem času se je težišče prizadevanj premaknilo na politično lobiranje v zvezi s statusom posameznih izvajalcev anestezije (Kane, Smith, 2004).

Tudi v Kanadi so v začetku dvajsetega stoletja anestezijo izvajale medicinske sestre. Pomanjkanje zdravnikov te specialnosti ter slaba pokritost sta sprožila udejstvovanje medicinskih sester pri izvajanju anestezije, kar je trajalo do zgodnjih petdesetih let dvajsetega stoletja. Medtem ko se je avtonomna

vloga anestezijskih medicinskih sester v ZDA dobro vzpostavila, se v Kanadi ni ohranila. Različna sodna praksa iz tistega časa in bistveno različni izidi sodnih procesov v Kanadi in ZDA ponujajo razlago in razloge za izključitev medicinskih sester iz anestezijske prakse v Kanadi. Zdravstvena nega se tudi v Kanadi spreminja in ob naraščanju potreb po anesteziji se odpirajo tudi vprašanja o spremenjeni vlogi kanadskih anestezijskih medicinskih sester v sodobni praksi anestezije (Dunlop, Boschma, Jefferson, 2009).

Vpliv usposobljenosti izvajalcev anestezije na izid in varnost bolnika je predmet raziskovanja in političnih debat že več kot štirideset let (Kane, Smith, 2004). Čeprav nekatere študije kažejo na to, da usposobljenost anesteziologa v primerjavi s CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetist/medicinska sestra s specializacijo iz anesteziologije) vpliva na nekatere izide, so Smith, Kane, in Milne (2004) po obsežnem pregledu literature prišli do zaključka, da izida ni mogoče povezovati z izvajalcem anestezije. Poleg različnih modelov zmanjševanja tveganja v bolnišnicah na izide vplivajo tudi organizacijski dejavniki ter drugi procesi dela, ki presegajo model izvajalcev anestezije (Needleman, Minnick, 2009).

Kompetence anestezijskih medicinskih sester

V evropski strategiji Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization – WHO) o stalnem izobraževanju medicinskih sester in babic iz leta 2003 je zapisano, da anestezijske medicinske sestre potrebujejo tako temeljna kot posebna znanja o postopkih in zdravstveni negi pri anesteziji, da se lahko ustrezno odzivajo na potrebe bolnikov (WHO, 2003). Anestezijske medicinske sestre morajo imeti znanje, da se lahko preišljeno in hitro odločajo znotraj kliničnega okolja ter prepoznajo in rešujejo strokovna in etična vprašanja, ki se pojavljajo. V strategiji je navedeno tudi, da lahko anestezijske medicinske sestre delujejo v operacijskem okolju med indukcijo, vzdrževanjem anestezije in prebujanjem bolnika, kar je precej omejena vloga. Običajno anestezijska medicinska sestra deluje celoviteje – ob sodelovanju z anesteziologom pri skrbi za bolnika med anestezijo tudi skrbi za bolnika od priprave na poseg, med posegom ter vse do akutne faze procesa okrevanja oziroma dokler bolnik ni odpuščen na oddelek (American, 2002).

Staranje prebivalstva je povezano tudi z naraščanjem potreb po anestezijskih storitvah. Pomanjkanje dostopnih storitev je najbolj dramatično v majhnih podeželskih bolnišnicah, kar bi lahko vplivalo na nadaljnji razvoj poklicne vloge anestezijske medicinske sestre (Dunlop, Boschma, Jefferson, 2009). Standardizacija izobraževanja in prakse evropskih anestezijskih medicinskih sester bi bila koristna za varnost bolnikov in kakovost oskrbe ter za medicinske

sestre, ki iščejo delo v Evropski uniji (Meeusen et al., 2010). V ZDA se kot alternativa anestezijski medicinski sestri razvija koncept anestezijskega asistenta. Tudi v Evropi je mogoče pričakovati oblikovanje nove poklicne vloge anestezijskega asistenta, ki jo bodo najbrž prevzemale pretežno diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, morda pa tudi diplomanti naravoslovja po dodatnem, dvoletnem specializiranem usposabljanju. Da bi pritegnili kadre s takšnimi znanji, bi jim morali ponuditi poklicno vlogo z določeno stopnjo klinične avtonomije pri vodenju splošne anestezije. Pomisleki o varnosti bolnikov bi lahko posegli v to avtonomijo, po drugi strani pa bi lahko uporaba sodobnih računalniških sistemov za nadzor globine anestezije in drugih sodobnih informacijskih tehnologij odvrnila takšne bojazni (Vickers, 2002). Ko sta Needleman in Minnick (2009) raziskovala varnost anestezije v porodništvu, sta ugotovila, da varnost ni povezana s poklicem izvajalca. Tako bi lahko vključevanje diplomiranih anestezijskih medicinskih sester vsaj na področju porodništva zagotovilo potrebne anestezijske storitve, kadar anesteziologi niso na voljo zaradi stroškov ali drugih dejavnikov, povezanih s predpisi in finančnimi viri.

Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci se vse bolj vključujejo v inovacije in razvoj storitev v sodobnih modelih in potrebah zdravstvene oskrbe, kar prinaša spremenjene poklicne vloge in večjo avtonomijo v kliničnem okolju. Temu mora slediti tudi izobraževanje, ki naj študente oskrbi s potrebnimi znanji, veščinami in spretnostmi, kar bi lahko omogočilo večjo avtonomijo (Williamson et al., 2006). Razširjene vloge vključujejo tako potrebna klinična znanja in spretnosti kot tudi odgovornost za preprečevanje bolezni in promocijo zdravja, izobraževanje, nadzor kakovosti, vodenje ter raziskovanje in razvoj. Reorganizacija zdravstvene oskrbe v številnih državah izhaja iz spremenjenih zakonskih podlag in uveljavljanja modelov pozitivne prakse (Fagerström, 2009). V tem kontekstu bi bilo mogoče pričakovati tudi prestrukturiranje poklicnih vlog v anesteziologiji.

Možnost konflikta med anestezijskimi medicinskimi sestrami in anesteziologi zaradi tradicionalnih poklicnih vlog in hierarhije

Različni modeli anestezije v bolnišnicah (model tima zdravnik in medicinska sestra/samo zdravnik) so povezani tako z razpoložljivimi viri kot tudi s predpisi. Meeusen s sodelavci (2010) je ugotovil, da anesteziolog, ki samostojno izvaja anestezijo, povzroči več smrti, povezanih z anestezijo, kot tim. Anesteziologi povečini skrbijo za bolnike, ki so bili operirani in so prejeli splošno ali lokalno anestezijo ali so bili sedirani. Širok spekter znanja in veščin je potreben, da lahko ocenijo,

zdravijo in nudijo priporočila za izboljšanje okrevanja po anesteziji, da zmanjšajo neželene pooperativne dogodke in zagotavljajo optimalno varnost bolnikov (American, 2002).

Medicinske sestre z različnih področij dela so razširile svojo poklicno vlogo, da bi zadovoljile spreminjajoče se potrebe bolnikov ter svoje stroke. Tudi anestezijske medicinske sestre ponekod prevzemajo takšno »razširjeno« vlogo med medicinsko stroko in zdravstvene nege, kar lahko povzroča nejasnosti in prinaša potrebo po ponovnem ocenjevanju njihovih odgovornosti in vsebine dela. Objavljene raziskave kažejo, da so v teh razširjenih vlogah medicinske sestre enako učinkovite kot zdravniki. Opozorjajo na nevarnost, da bi vprašanje spolnega stereotipiziranja zameglilo razpravo o kompetencah zaradi splošno razširjene predpostavke, da so medicinske sestre pretežno ženskega, zdravniki pa moškega spola. Vloge zdravnikov in medicinskih sester bi se morale dopolnjevati, vsi zdravstveni delavci naj bi sodelovali v skrbi za blagostanje bolnikov ter kakovost njihove oskrbe, namesto da branijo svoje tradicionalne poklicne vloge in hierarhijo (Birch, 2001). Kljub vsemu se v anesteziologiji ni mogoče izogniti vtisu, da obstaja konflikt med obema poklicnima skupinama (anesteziologi in anestezijskimi medicinskimi sestrami).

Samoocenjevanje kakovosti lastnega dela

Samoocenjevanje kakovosti lastnega dela se je pokazalo minimalno povezano s povratnimi informacijami drugih, z rezultati testov, z ocenami usposobljenosti ali s presojo mentorjev. Zato je veljavnost samoocene kakovosti lastnega dela in znanja le nizka do zmerne ter se skozi čas in razvoj zdravstvenozobraževalnih strokovnih programov ni izboljšala. Seveda pa je veljavna samoocena ključnega pomena za odnos posameznika do lastne strokovne usposobljenosti, čeprav kritično samoocenjevanje običajno ni del učnega procesa pri usposabljanju zdravstvenih delavcev (Gordon, 1991).

(Samo)ocenjevanje strokovnih kompetenc je nemogoče brez ustreznih kriterijev oz. meritev. Profesionalizem in humanizem zdravnikov sta stopila v ospredje ter postala pomembna cilja medicinskih pedagogov zaradi opozoril strokovne in laične javnosti, da zdravniki nimajo potrebnih kompetenc s tega polja medicine, ki ga nekateri avtorji bolj povezujejo z umetnostjo kot z znanostjo – gre za kakovost odnosa do bolnika in večine v medosebnih odnosih (Arnold, 2002). Raziskovanje stresa in izgorelosti pri medicinskih sestrah ter zdravnikih družinske medicine v Sloveniji je pokazalo, da je mogoče razlike med obema poklicnima skupinama pojasniti ravno s konceptom poklicne vloge, s pričakovanji, povezanimi s to vlogo, ter kompetencami s področja

veščin v medosebnih odnosih. Medicinske sestre so se pokazale kot pomembno bolj kompetentne na področju medosebnih odnosov, povezanih z delom (Selič, 2010). Med mnogimi ovirami za krepitev tovrstnih kompetenc je tudi težavnost ocenjevanja humanosti, ki ima več skupnega z vrednotenjem umetniških del kot s kvantitativnimi orodji, ki ustrezajo znanstvenim metodam in biomedicinskemu modelu. Orodja, ki so učinkovita pri pojasnjevanju etiologije, patofiziologije in pri spremljanju procesa zdravljenja, pri »merjenju« humanizma odpovedo, je poudaril Misch že pred desetimi leti (Misch, 2002).

Profesionalizem in humanizem se že več kot desetletje redno pojavljata kot pomembni temi v mnogih akademskih medicinskih in drugih zdravstvenih publikacijah ter programih znanstvenih in strokovnih konferenc. Vse več avtorjev je izrazilo resne pomisleke do biomedicinskega diskurza ter načina opredeljevanja, organiziranja in razporejanja navidezno nespremenljive skupine stališč, vrednot in vedenj, v specializiranem jeziku akademske medicine zajetih pod oznako »profesionalizem in humanizem« (Wear, Kuczewski, 2004). Morda je ravno razvijanje in uveljavljanje koncepta humanizma priložnost za zdravstveno stroko nasproti biomedicinskemu modelu akademske medicine, kjer je humanizem v učnih načrtih še vedno zapostavljen (Kafel - Jere, Švab, 2011).

Potrebe po medicinskih sestrah

Vodilni analitiki trga delovne sile predvidevajo, da se bo pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester povečalo, kar je sicer zabrisala trenutna globalna gospodarska kriza, zaradi katere v nekaterih državah medicinske sestre odlašajo z upokojevanjem ali se ponovno vračajo na trg dela, pogosto zaradi nezaposlenosti drugih družinskih članov. Sprememba gospodarskih gibanj, krepitev gospodarstva in staranje delovne sile diplomiranih medicinskih sester bo prineslo potrebo po novih zaposlitvah v zdravstveni negi, kar bo resen izziv za zdravstvene organizacije, saj generacija »baby-boom« oziroma staranje pripadnikov te generacije veča potrebe po ustrezno usposobljenih medicinskih sestrah (Rondeau, Wagar, 2006; Stone et al., 2006).

Značilnosti delovnega okolja, posebej bolnišničnega, pomembno vplivajo na fluktuacijo in kakovost dela medicinskih sester, izide zdravljenja ter na varnost zdravstvene oskrbe (Aiken et al., 2008, Spence Laschinger, Leiter, 2006). Predlogi za izboljšanje kakovosti delovnega okolja medicinskih sester se vrstijo tako s strani zakonodajalcev kot tudi strokovnih združenj in organizacij zdravstvene nege, nekatere fundacije so zagotovile tudi potrebna sredstva za raziskave o možnostih in dejavnikih, povezanih z izboljšanjem delovnega okolja (Ulrich et al., 2005).

Lake in Friese (2006) sta opredelila dve razsežnosti

organizacije zdravstvene nege – zaposlovanje medicinskih sester in delovno okolje. Avtorja sta poudarila, da ustrezno število dobro usposobljenih medicinskih sester in delovno okolje, ki omogoča strokovno avtonomijo, posledično pomenita boljše izide za bolnike in medicinske sestre (zadovoljstvo, stres, izgorelost ter fluktuacija). Raziskave so pokazale, da so nezadovoljne medicinske sestre bolj izgorele ter v večji meri zapuščajo delo v zdravstveni negi (Vahey et al., 2004; Aiken et al., 2002; Aiken et al., 2001). Sindrom izgorelosti je povezan s stresom na delovnem mestu in delovanjem stalnih delovnih stresorjev ter dobro napoveduje namero menjave službe, ne pa tudi zadovoljstva na delovnem mestu (Aiken et al., 2002). Vrste in stopnje delovnih stresorjev, ki vodijo k izgorelosti, še vedno niso do konca pojasnjene, vendar kaže, da se pretežno vežejo na značilnosti delovnega okolja (Coomber, Barriball, 2007; Spence Laschinger, Leiter, 2006). Vzroki za fluktuacijo pri medicinskih sestrah so izgorelost, stres na delovnem mestu, pomanjkanje sodelovanja med zdravstvenimi delavci, neučinkovito upravljanje, nezadovoljstvo z delom ter demografski dejavniki, kot so nižja starost, višja izobrazba ter otroci. Predvsem stres in vodenje vplivajo na nezadovoljstvo in fluktuacijo medicinskih sester. Boljše delovno okolje pa se je pokazalo povezano z manjšo izgorelostjo ter boljšimi izidi za bolnike, vključno z manjšo smrtnostjo in večjim zadovoljstvom (Aiken et al., 2008). Do podobnih ugotovitev so prišli v vojaških organizacijah na vzorcih vojaških medicinskih sester, kjer so ugotovili, da je neugodno ali manj ugodno delovno okolje povezano s slabšimi delovnimi izidi ter nižjo kakovostjo zdravstvene nege (Patrician, Shang, Lake, 2010).

Primerjava med zdravniki in medicinskimi sestrami, ki delujejo v timu v slovenski družinski medicini, je pokazala pomembno višjo izgorelost pri zdravnikih. 28 % medicinskih sester je doseglo visoko čustveno izčrpanost, 16 % visoko depersonalizacijo (cinizem) in slabih 13 % nizko osebno izpolnitev, v primerjavi z zdravniki, od katerih je približno 51 % izkazalo visoko stopnjo čustvene izčrpanosti, 24 % visoko depersonalizacijo ter slabih 23 % šibko osebno izpolnitev. Kot ustrezen ukrep za zmanjševanje izgorelosti v timih v družinski medicini v Sloveniji je bila predlagana krepitev zaščitnih dejavnikov tako na osebni kot na organizacijski ravni, zlasti kohezija znotraj delovnega tima (Selič, 2010).

Medtem ko pozitivne ocene avtonomije, nadzora nad lastnim delom ter odnosa medicinska sestra – zdravnik kažejo na pozitivno delovno okolje, ocena strokovnega znanja odraža želeno raven usposobljenosti. Obe oceni se združujeta v oceno kakovosti delovnega okolja. Izboljšanje klinične prakse in širitev pristojnosti medicinskih sester v delovnem okolju ter tudi ustrezno uvajanje novega osebja lahko zmanjšajo fluktuacijo in pomagajo zagotoviti stabilno in usposobljeno

delovno silo. Zadovoljstvo na delovnem mestu se pri medicinskih sestrah povezuje z izobrazbo in plačilom, čeprav rezultati raziskav pri teh dejavnikih niso dosledni. Iskanje možnih izvorov nezadovoljstva skozi čas je pokazalo, da so prej kot individualne ali demografske značilnosti glavni vzrok fluktuacije medicinskih sester dejavniki, povezani z delovnim okoljem (Stone et al., 2006).

Ena od značilnosti delovnega okolja je tudi pojav trpinčenja na delovnem mestu. Zaposleni v zdravstvenem sektorju se s trpinčenjem na delovnem mestu pogosto srečujejo, saj delovne naloge in pričakovanja niso vedno jasno opredeljeni, k pojavu pa prispeva tudi hierarhična struktura (Selič, Nassib, Makivič, 2012). V eni redkih slovenskih študij o razširjenosti trpinčenja na delovnem mestu, izvedeni v eni od splošnih bolnišnic, je anonimno in prostovoljno sodelovalo 84 (52,2 %) sistematično izbranih zdravnikov (vsak drugi) in 77 (47,8 %) medicinskih sester (vsaka osma), ki so bili v bolnišnici zaposleni več kot pol leta. Izpostavljenost trpinčenju na delovnem mestu je bila visoka (60,1 %), vendar primerljiva s pojavnostjo izpostavljenosti trpinčenju na delovnem mestu v drugih študijah. Medicinske sestre so bile dejanjem trpinčenja na delovnem mestu izpostavljene v večjem deležu (71,4 %) kot zdravniki (51,2 %; $p = 0,009$). V obeh primerih so bili povzročitelji večinoma nadrejeni, za razliko od zdravnikov so medicinske sestre o trpinčenju poročale, vendar ukrepov ni bilo (Selič, Nassib, Makivič, 2012). Opisano potrjuje številne prepričljive dokaze o pomenu delovnega okolja z več sodelovanja, k čemur nedvomno prispeva vodenje (Foley et al., 2006).

Prizadevanja medicinskih sester za doseganje pravic

Vsaka zdravstvena stroka prispeva k promociji zdravja, oskrbi bolnikov in delovanju zdravstvenega sistema kot celote s svojim edinstvenim znanjem, veščinami in spretnostmi. Ob tem se pojavlja potreba po bolj multidisciplinarnemu delu ob medsebojnem priznavanju in spoštovanju avtoritete, odgovornosti, sposobnosti ter participacije. Zato je za medicinske sestre nadvse pomembna kakovost izobraževalnih sistemov in modelov, da bi lahko še naprej kompetentno sodelovale pri sprejemanju odločitev v timu in v določenih primerih prevzemale tudi odgovornost za vodenje tima ter s tem povezane izide (WHO, 2003).

V poznih osemdesetih letih prejšnjega stoletja so bili nezadovoljstvo s stopnjo avtonomije, višino dohodka in možnostmi napredovanja poglavni dejavniki, povezani s stawkami, nemirom in bojevitostjo medicinskih sester. V tisti čas segajo spremembe in ukrepi, kot so profesionalizacija in prestrukturiranje plačnih sistemov, ki naj bi bili popravili krivice in nesorazmerja, vendar se niso dotaknili drugih pomembnih izvorov nezadovoljstva medicinskih sester (Arch, Graetz,

1989). Stavke medicinskih sester v mnogih državah so spodbudile razprave o strokovnosti in predanosti, o prestrukturiranju v zdravstveni negi ter o patriarhalnih praksah v zdravstvu. Gre za pojave, značilne za sestrski poklic, ki so sooblikovali vzorec poklicne solidarnosti in zavezništva v poskusih prestrukturiranja zdravstvene nege, kar je podprlo oziroma spodbudilo bojevitost pri medicinskih sestrah kljub mnogim proti njim naperjenim silam (Briskin, 2012). Strokovna predanost skrbi za bolnike pri medicinskih sestrah je trčila v prestrukturiranje modelov zdravstvenega varstva, pomanjkanje medicinskih sester, negotovost zaposlitve v nekaterih državah ter marsikje prisotno spolno hierarhijo, kar je Briskin (2012) poimenoval politizacija predanosti oziroma skrbnosti. Pokazalo se bo, ali bo ta »predanost« s konca prejšnjega in začetka tega stoletja (anestezijske) medicinske sestre spodbudila k bojevitosti in ne od nje odvrnila.

Zaključek

Študije kažejo, da se medicinske sestre premalo zavedajo možnosti raziskovanja, da raziskovanje le redko vključujejo v klinično prakso oziroma da klinične prakse svojih strokovnih kompetenc in vedenja praviloma ne raziskujejo. Kot sta poudarila Bonner in Sando (2008) bi medicinske sestre za raziskovanje potrebovale dodatno izobraževanje, vodenje in predvsem delovno okolje, ki bi temeljilo na postopkih oziroma odločitvah, temelječih na dokazih. Spodbudna naravnost k raziskovanju in pozitiven odnos do izobraževanja s strani vodstvenih delavcev bi lahko prispevala k oblikovanju »raziskovalne kulture« med medicinskimi sestrami ter promovirala na dokazih temelječo prakso.

Karierni razvoj anestezijskih sester bo najbrž vključeval strokovne in vodstvene kompetence, stalno izobraževanje oziroma kakovostni izobraževalni sistem ter raziskovanje. Izobraževanje, »raziskovalna kultura« anestezijskih sester in na dokazih temelječa praksa bi lahko vplivali na preoblikovanje njihove poklicne vloge, izboljšali kakovost oskrbe bolnikov ter vodenje nekaterih delovnih procesov, anestezijskim sestram pa pomenili novo možnost napredovanja. Za kakovostno delovanje zdravstvene nege in varnost bolnikov je potrebno zadovoljivo število ustrezno izobraženih medicinskih sester. V Sloveniji tako že nekaj časa deluje visokošolski strokovni in magistrski (ne pa še doktorski) študij zdravstvene nege, ki naj bi kandidate opremil za bolj odgovorne in avtonomne poklicne vloge. Žal pa opredelitev in udejanjanje različnih poklicnih vlog v praksi trenutno krepi polarizacijo in krni moč največje poklicne skupine v državi. Aktualni konflikt med srednješolsko in visokošolsko izobraženimi za delo v zdravstveni negi kliče po ukrepanju vodstva strokovnih združenj, oziroma zdravstvene nege kot celote, saj lahko sicer pride do delitve poklicne skupine

in posledično do razvrednotenja zdravstvene nege. Šibka strokovna identiteta in neustrezna podpora za preoblikovanje poklicnih vlog medicinskih sester bi takšno stanje lahko le še okrepili.

Medicinske sestre so zavezane skrbi za zdravje. Smiselno bi bilo, da ob predani skrbi za druge združijo sile in prizadevanja ter se osredotočijo na stalno krepitev lastnih strokovnih kompetenc. Potrebno preoblikovanje poklicnih vlog in strokovni napredek terjata več raziskovanja na področju zdravstvene nege. Tovrstno dogajanje in izidi bi lahko spremenili delovanje zdravstvenih organizacij in odločevalcev v zdravstveni politiki ter ustrezno usposobljenim medicinskim sestram odprli vrata tudi na področje vodenja in upravljanja.

Zahvala

Delo je bilo izvedeno v okviru Raziskovalnega programa P3-0339, ki ga financira Agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Literatura

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm.* 2008;38(5):223–9.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
 PMid:18469615; PMCid:2586978
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288(16):1987–93.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
 PMid:12387650
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(3):43–53.
<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
 PMid:11585181
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Practice guidelines for postanesthetic care: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology.* 2002;96(3):742–52.
<http://dx.doi.org/10.1097/0000542-200203000-00033>
 PMid:11873052
- Arch M, Graetz B. Work satisfaction, unionism and militancy amongst nurses. *Community Health Stud.* 1989;13(2):177–85.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.1989.tb00195.x>
 PMid:2776413
- Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med.* 2002;77(6):502–15.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200206000-00006>
 PMid:12063194
- Bacon DR, Lema MJ. Anaesthetic team and the role of nurses—North American perspective. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2002;16(3):401–8.
<http://dx.doi.org/10.1053/bean.2002.0222>
 PMid:12491741
- Birch H. The extended role of the nurse—opportunity or threat? *Hum Fertil (Camb).* 2001;4(3):138–44.
<http://dx.doi.org/10.1080/1464727012000199202>
 PMid:11591270
- Bonner A, Sando J. Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *J Nurs Manag.* 2008;16(3):334–43.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00808.x>
 PMid:18324993
- Briskin L. Resistance, mobilization and militancy: nurses on strike. *Nurs Inq.* 2012;19(4):285–96.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00585.x>
 PMid:22059465
- Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(2):297–314.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004>
 PMid:16631760
- Dunlop J, Boschma G, Jefferson R. Nursing and anaesthesia: historical developments in Canada. *Can Oper Room Nurs J.* 2009;27(2):16–20, 23–7.
 PMid:19626757
- Fagerström L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *Int Nurs Rev.* 2009;56(2):269–72.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00673.x>
 PMid:19646179
- Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm.* 2002;32(5):273–82.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200205000-00007>
 PMid:12021568
- Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Acad Med.* 1991;66(12):762–9.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199112000-00012>
 PMid:1750956
- Kafel - Jere N, Švab I. Profesionalizem v družinski medicini. In: Zelko E, ed. *Zdravje zdravnikov: zbornik predavanj. IV. Zdravčevi dnevi, Moravske Toplice*, 16. in 17. 9. 2011. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2011: 19–24. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/833-4.czadravcevicdn-2011.pdf (5. 12. 2012).
- Kane M, Smith A, Milne R. Exploring professional boundaries in anaesthetics. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. NCCSDO 2005. Dostopno na: www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1204-028_V01.pdf (12. 3. 2012).
- Kane M, Smith AF. An American tale - professional conflicts in anaesthesia in the United States: implications for the United Kingdom. *Anaesthesia.* 2004;59(8):793–802.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03801.x>
 PMid:15270972
- Lake ET, Friese CR. Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nurs Res.* 2006;55(1):1–9.
<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>
 PMid:16439923

- Meeusen V, van Zundert A, Hoekman J, Kumar C, Rawal N, Knappe H. Composition of the anaesthesia team: a European survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2010;27(9):773-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e32833d925b>
PMid:20671555
- Misch DA. Evaluating physicians' professionalism and humanism: the case for humanism 'connoisseurs'. *Acad Med.* 2002;77(6):489-95.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200206000-00004>
PMid:12063192
- Needleman J, Minnick AF. Anesthesia provider model, hospital resources, and maternal outcomes. *Health Serv Res.* 2009;44(2 Pt 1):464-82.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00919.x>
PMid:19178582; PMCid:2677049
- Patrician PA, Shang J, Lake ET. Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Res Nurs Health.* 2010;33(2):99-110.
<http://dx.doi.org/10.1002/nur.20370>
PMid:20151409; PMCid:2969846
- Rondeau KV, Wagar TH. Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *J Nurs Manag.* 2006;14(3):244-50.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00594.x>
PMid:16600014
- Selič P, Nassib A, Makivić I. Trpinčenje na delovnem mestu: študija primera. *Obzor Zdrav Neg.* 2012;46(2):113-26.
- Selič P. Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Bregar B, Peterka - Novak J, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 7-18.
- Smith AF, Kane M, Milne R. Comparative effectiveness and safety of physician and nurse anaesthetists: a narrative systematic review. *Br J Anaesth.* 2004;93(4):540-5.
<http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeh240>
PMid:15298878
- Spence Laschinger HK, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm.* 2006;36(5):259-67.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200605000-00019>
PMid:16705307
- Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin SX, Dick AW. Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Crit Care Med.* 2006;34(7):1907-12.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000218411.53557.29>
PMid:16625126
- Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses. *J Nurs Adm.* 2005;35(9):389-96.
PMid:16200006
- Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004;42(2 Suppl):II57-66.
PMid:14734943; PMCid:2904602
- Vickers MD. Anaesthetic team and the role of nurses--European perspective. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2002;16(3):409-21.
<http://dx.doi.org/10.1053/bean.2001.0223>
PMid:12491742
- Wear D, Kuczewski MG. The professionalism movement: can we pause? *Am J Bioeth.* 2004;4(2):1-10.
<http://dx.doi.org/10.1162/152651604323097600>
PMid:15186664
- WHO Europe anaesthetic nursing curriculum: WHO European strategy for continuing education for nurses and midwives 2003. Dostopano na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102258/E81550.pdf (5. 3. 2012).
- Williamson GR, Webb C, Abelson-Mitchell N, Cooper S. Change on the horizon: issues and concerns of neophyte advanced healthcare practitioners. *J Clin Nurs.* 2006;15(9):1091-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01462.x>
PMid:16911049

Citirajte kot/Cite as:

Selič P. Nove možnosti strokovnega razvoja za medicinske sestre v anesteziji. *Obzor Zdrav Neg.* 46(4):303-9.