



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SODELOVANJE MED ANESTEZIOLOGOM
IN ANESTEZIOLOŠKO MEDICINSKO
SESTRO V OPERATIVNI
DEJAVNOSTI – POGLED
ANESTEZIOLOGOV: KVALITATIVNA
RAZISKAVA**

**COOPERATION BETWEEN AN
ANESTHESIOLOGIST AND A NURSE
ANESTHETIST IN SURGICAL CARE –
ANESTHESIOLOGISTS' PERSPECTIVE:
QUALITATIVE RESEARCH**

Mentorica:
mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka:
Ivana Svetina

Ljubljana, avgust, 2026

ZAHVALA

Ob zaključku študija se iskreno zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za strokovno vodstvo, podporo in pomoč pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se izr. prof. dr. Ireni Grmek Košnik za strokovno recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem lektorici Jani Vaupotič, mag. prof. slov.

Posebna in največja zahvala gre mojemu možu Maticu, ki mi je ves čas študija stal ob strani, me spodbujal, razumel in verjel vame tudi takrat, ko je bilo težko. Iskreno se zahvaljujem tudi svoji družini za vso podporo, potrpežljivost in razumevanje.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Sodelovanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro je pomembno za varno, kakovostno in neprekinjeno obravnavo pacienta v operativni dejavnosti. Kakovost sodelovanja je povezana z jasno razdelitvijo vlog, strokovnimi kompetencami, komunikacijo, zaupanjem in organizacijskimi pogoji.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako anesteziologi dojemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre, katere njene kompetence in vedenja prepoznavajo kot ključna ter katere okoliščine zaznavajo kot spodbude ali ovire za kakovostno sodelovanje.

Metoda: Uporabljen je bil deskriptivni kvalitativni raziskovalni pristop. Podatki so bili zbrani s šestimi individualnimi polstrukturiranimi intervjuji, ki so potekali osebno in so trajali od 25 do 40 minut. V namenski vzorec, dopolnjen z metodo snežne kepe, je bilo vključenih šest specialistov anesteziologije, štiri ženske in dva moška, s 3 do 28 leti specialističnih izkušenj. Intervjujski vodnik je obsegal 15 odprtih vprašanj s podvprašanji. Prepisi intervjujev so bili analizirani z metodo kvalitativne vsebinske analize.

Rezultati: Oblikovane so bile štiri glavne kategorije: vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu, strokovne in vedenjske kompetence, odnosni temelji sodelovanja ter organizacijski pogoji in razvoj vloge. Udeleženci so anesteziološko medicinsko sestro opisali kot nepogrešljivo članico tima, pomembno za pripravo, spremljanje pacienta, preprečevanje napak in obvladovanje zapletov. Med ključnimi kompetencami so izpostavili strokovno znanje, tehnične spretnosti, situacijsko zavedanje, natančnost, odgovornost in mirnost. Kakovostno sodelovanje so povezovali z zaupanjem, jasno komunikacijo, medsebojnim preverjanjem in profesionalnim odnosom. Ovire so predstavljali predvsem delovne obremenitve, pomanjkanje časa in nejasne meje samostojnosti.

Razprava: Ugotovitve predstavljajo izhodišče za razmislek o jasnejši opredelitvi kompetenc, strukturiranem mentorstvu, skupnih izobraževanjih in formalnem specialističnem izobraževanju iz anesteziološke zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Nadaljnje raziskave bi morale vključiti tudi pogled anestezioloških medicinskih sester in več različnih kliničnih okolij.

Ključne besede: varnost pacienta, medpoklicna komunikacija, kompetence, timsko delo

SUMMARY

Theoretical Background: Cooperation between an anesthesiologist and an anesthesia nurse is important for ensuring safe, high-quality, and continuous patient care in the operative setting. The quality of cooperation is associated with clearly defined roles, professional competencies, communication, trust, and organizational conditions.

Goals: The aim of the study was to determine how anesthesiologists perceive the role of anesthesia nurses, which competencies and behaviors they consider essential, and which circumstances they perceive as facilitators or barriers to effective cooperation.

Methods: A descriptive qualitative research approach was used. Data were collected with six individual semi-structured interviews conducted in person and lasting between 25 and 40 minutes. The purposive sample, supplemented by snowball sampling, included six specialist anesthesiologists, four women and two men, with 3-28 years of specialist experience. The interview guide consisted of 15 open-ended questions with additional prompts. The interview transcripts were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Four main categories were identified: 1) the role of the anesthesia nurse in the anesthesia team; 2) professional and behavioral competencies; 3) relational foundations of cooperation; and 4) organizational environment and role development. Participants described the anesthesia nurse as an indispensable team member who contributes to patient preparation and monitoring, error prevention, and the management of complications. Essential competencies included their professional knowledge, technical skills, situational awareness, accuracy, responsibility, and calmness. Effective cooperation was associated with trust, clear communication, mutual checking, and a professional relationship. The main barriers included workload, lack of time, and unclear boundaries concerning autonomy.

Discussion: The findings provide a basis for considering a clearer definition of competencies, structured mentoring, joint education and formal specialist education in anesthesia nursing in the Slovenian clinical context. Further research should also include the perspective of anesthesia nurses and participants from a wider range of clinical settings.

Key words: patient safety, interprofessional communication, competencies, teamwork

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.1 VLOGA ANESTEZIOLOŠKE MEDICINSKE SESTRE	4
2.2 KOMPETENCE IN ODGOVORNOSTI	6
2.3 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ANESTEZIJI.....	9
2.3.1 Komunikacija in izmenjava informacij	9
2.3.2 Zaupanje in psihološka varnost	11
2.3.3 Vloge, odgovornost in hierarhija	12
2.4 MEDNARODNI MODELI MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA.....	13
3 EMPIRIČNI DEL.....	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca	17
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	19
3.4.1 Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	20
3.4.2 Strokovne in vedenjske kompetence	22
3.4.3 Odnosni temelji sodelovanja	25
3.4.4 Organizacijski pogoji in razvoj vloge.....	28
3.5 RAZPRAVA.....	31
3.5.1 Omejitve raziskave	36
3.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo.....	37
4 ZAKLJUČEK	39
5 LITERATURA	41
6 PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	
6.2 MATRIKA PODATKOV	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Kategorije, podkategorije in prepoznane kode	19
Tabela 2: Primeri oblikovanja kod, podkategorij in kategorij	

SEZNAM KRAJŠAV

ASA	American Society of Anesthesiologists
ICN	International Council of Nurses
RV	raziskovalno vprašanje

1 UVOD

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu je pomemben pogoj za varno, kakovostno in celostno obravnavo pacientov. Vključuje povezovanje znanja in kompetenc različnih poklicnih skupin, izmenjavo informacij, usklajevanje aktivnosti ter sodelovanje pri sprejemanju odločitev. Takšno sodelovanje presega zgolj sočasno prisotnost različnih strokovnjakov, saj temelji na skupnih ciljih, jasnih vlogah, medsebojni odvisnosti in odgovornosti za izvedbo zdravstvene obravnave. Za njegovo učinkovitost so pomembni pravočasna in razumljiva komunikacija, poznavanje lastnih pristojnosti in pristojnosti sodelavcev, medsebojno zaupanje ter možnost odprtega izražanja strokovnih pomislekov. Razlike v strokovnem jeziku, izobraževanju, razumevanju vlog in organizaciji dela lahko povzročijo napačno razumevanje informacij, podvajanje ali opustitev nalog ter zamude pri ukrepanju (Reeves, et al., 2018; Gleeson, et al., 2023).

Pomen sodelovanja je posebej izrazit v anesteziološkem okolju, kjer delo pogosto poteka v časovno omejenih, kompleksnih in hitro spreminjajočih se kliničnih okoliščinah. Pacientovo stanje se lahko nenadoma poslabša, zato morajo člani tima pravočasno prepoznati spremembe, določiti prednostne naloge in usklajeno izvesti potrebne ukrepe. V slovenskem okolju anesteziološka medicinska sestra deluje v tesnem sodelovanju z anesteziologom ter v okviru svoje izobrazbe, usposobljenosti in strokovno opredeljenih kompetenc. Njeno delo vključuje pripravo pacienta, zdravil, opreme in anesteziološkega delovišča, spremljanje pacientovega stanja, dokumentiranje ter sodelovanje pri obravnavi zapletov. Poklicne aktivnosti mora izvajati skladno s pridobljenimi kompetencami, strokovnimi standardi in dogovorjeno razdelitvijo odgovornosti (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2021a; Zbornica – Zveza, 2021b; Kristoffersen, et al., 2022).

Sodelovanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro ne temelji samo na tehničnem izvajanju naročenih postopkov. Anesteziološka medicinska sestra mora aktivno spremljati pacienta, razumeti potek anestezije, prepoznati odstopanja in pravočasno posredovati pomembne informacije. Poleg kliničnega znanja in tehničnih

spretnosti so zato pomembne tudi komunikacija, organiziranost, timsko delo, strokovna presoja, situacijsko zavedanje, prilagodljivost in profesionalna odgovornost. Kompetentnost vključuje sposobnost povezovanja podatkov o pacientu, predvidevanje nadaljnjih potreb ter mirno in odgovorno ukrepanje v nepredvidljivih situacijah. Razvoj takšnih kompetenc temelji na formalnem izobraževanju, kliničnih izkušnjah, mentorstvu in kontinuiranem strokovnem izpopolnjevanju (Sanclemente-Dalmau, et al., 2022; Dahlberg, et al., 2022; Reato, et al., 2025; Pann, et al., 2025).

Komunikacija omogoča skupno razumevanje pacientovega stanja in usklajevanje dela. Pred začetkom anestezije morata anesteziolog in anesteziološka medicinska sestra izmenjati podatke o pacientu, načrtovani anesteziji, potrebni opremi, zdravilih in možnih tveganjih. Med posegom mora biti komunikacija dvosmerna, pravočasna in prilagojena zahtevnosti situacije; pri rutinskem delu je lahko bolj pojasnjevalna, v urgentnih okoliščinah pa mora biti kratka, jasna in neposredna. S komunikacijo sta povezani tudi zaupanje in psihološka varnost. Član tima mora imeti možnost zastaviti vprašanje, izraziti dvom, priznati napako ali opozoriti na nevarnost brez strahu pred poniževanjem oziroma nesorazmernimi negativnimi posledicami. Prevelika hierarhična razdalja lahko omeji izmenjavo informacij in opozarjanje na tveganja, medtem ko spoštljiv odnos in primeren način vodenja spodbujata aktivno vključevanje vseh članov tima. Neustrezni medosebni odnosi in destruktivni vedenjski vzorci lahko dodatno poslabšajo delovno klimo in zmanjšajo kakovost sodelovanja (Alingh, et al., 2019; Pattni, et al., 2019; Ito, et al., 2022; Atalla, et al., 2025).

Jasna razdelitev vlog in odgovornosti je pomembna tudi pri določanju stopnje samostojnosti anesteziološke medicinske sestre. Partnersko sodelovanje ne pomeni izenačitve poklicnih vlog, temveč spoštovanje strokovnega prispevka posameznih članov in možnost sodelovanja pri vprašanjih, povezanih z njihovim področjem dela. Raziskave kažejo, da se pogledi zdravnikov na samostojnost medicinskih sester, širitev njihovih nalog in prenos odgovornosti razlikujejo. Pomisleki so povezani predvsem z izobraževanjem, varnostjo pacienta, pravno odgovornostjo in jasnostjo meja posamezne vloge. Mednarodne vloge medicinskih sester na področju anestezije se razlikujejo glede na izobraževalni sistem, zakonsko ureditev in organizacijo zdravstvene dejavnosti. V

nekaterih okoljih medicinske sestre predvsem sodelujejo z anesteziologom, v drugih pa po dodatnem podiplomskem izobraževanju izvajajo širši obseg dejavnosti. Mednarodnih modelov zato ni mogoče neposredno prenesti v slovensko okolje brez jasne opredelitve izobraževanja, kompetenc, nadzora ter strokovne in pravne odgovornosti (International Council of Nurses (ICN), 2021; Omejec, 2023; Naderi, et al., 2023; Tamai, et al., 2024; Pann, et al., 2025).

Formalno izobraževanje in klinične izkušnje se pri razvoju anesteziološke zdravstvene nege dopolnjujejo. Izkušnje omogočajo prepoznavanje kliničnih vzorcev in prilagajanje nepredvidljivim situacijam, strukturirano izobraževanje pa zagotavlja teoretično osnovo in preverjanje usposobljenosti. Različni izobraževalni pristopi, vključno s praktičnim usposabljanjem in strukturiranim ponavljanjem, lahko podpirajo razvoj ter ohranjanje strokovnega znanja na področju anestezije. Zaradi razlik med zdravstvenimi sistemi, vlogami in stopnjo samostojnosti je pomembno sodelovanje preučevati v konkretnem slovenskem kliničnem okolju. Raziskovalni problem predstavlja potreba po poglobljenem razumevanju, kako anesteziologi dojemajo vlogo, kompetence in samostojnost anestezioloških medicinskih sester ter katere odnosne in organizacijske okoliščine prepoznavajo kot pomembne za kakovostno sodelovanje in varno obravnavo pacienta (Kristoffersen, et al., 2022; Chin, et al., 2023; Aanderud-Larsen, et al., 2024; Khalafi, et al., 2024; Tamai, et al., 2024).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VLOGA ANESTEZIOLOŠKE MEDICINSKE SESTRE

Anesteziološka medicinska sestra je pomembna članica anesteziološkega in širšega operacijskega tima. Njeno delo je usmerjeno v zagotavljanje varne, kakovostne in celostne obravnave pacienta pred anestezijo, med operativnim posegom in neposredno po njem. V operativni dejavnosti tesno sodeluje z anesteziologom, kirurgom, operacijskimi medicinskimi sestrami in drugimi člani tima. Njena vloga povezuje strokovno znanje, klinične in tehnične spretnosti, neprekinjeno opazovanje pacienta, dokumentiranje ter učinkovito komunikacijo. ICN (2021) anesteziološko zdravstveno nego opredeljuje kot specializirano področje, ki vključuje pripravo na anestezijo, sodelovanje pri njeni izvedbi, spremljanje pacienta in zagotavljanje kontinuitete obravnave.

Delo anesteziološke medicinske sestre se začne že pred prihodom pacienta v operacijsko dvorano. Pripraviti mora anesteziološko delovišče, preveriti delovanje anestezijskega aparata, monitorjev, aspiracijskega sistema in druge potrebne opreme ter poskrbeti za razpoložljivost materiala za vzpostavitev žilnega dostopa, oskrbo dihalne poti in ukrepanje ob morebitnih zapletih. Pomemben del priprave je tudi pravilna priprava in označevanje zdravil. Ob sprejemu pacienta sodeluje pri preverjanju njegove identitete, zdravstvene dokumentacije, alergij, težčosti, premedikacije in drugih podatkov, pomembnih za varno izvedbo anestezije. S primerno komunikacijo pacientu pojasni postopke v okviru svojih pristojnosti, ga pomiri in prispeva k občutku varnosti. Strukturirana predoperativna obravnava omogoča boljšo pripravo pacienta, izmenjavo informacij in pravočasno prepoznavanje okoliščin, ki bi lahko otežile izvedbo anestezije (ICN, 2021; Kristoffersen, et al., 2022).

Med uvodom v anestezijo anesteziološka medicinska sestra sodeluje pri namestitvi monitoringa, vzpostavljanju žilnih pristopov, pripravi in aplikaciji zdravil po naročilu anesteziologa ter zagotavljanju pripomočkov za oskrbo dihalne poti. Pri regionalnih in drugih anestezioloških postopkih pacienta pomaga namestiti v pravilen položaj, pripravi potreben material in asistira pri izvedbi. Med operativnim posegom sodeluje pri

spremljanju pacientovih vitalnih funkcij in globine anestezije, opazuje odzive na zdravila, kirurško stimulacijo, spremembe položaja in izgubo krvi ter o pomembnih odstopanjih pravočasno obvesti anesteziologa. Pregleduje tudi infuzijske sisteme, črpalke, žilne pristope in drugo opremo ter sodeluje pri zagotavljanju varnega položaja pacienta, zaščiti oči in preprečevanju poškodb zaradi pritiska. Njeno delo zato ne temelji zgolj na izvrševanju navodil, temveč tudi na razumevanju postopka, klinične situacije in možnih zapletov (ICN, 2021; Sanclemente-Dalmau, et al., 2022; Reato, et al., 2024).

V nepredvidljivih in urgentnih situacijah mora anesteziološka medicinska sestra hitro prepoznati spremembo pacientovega stanja, ostati zbrana ter izvesti jasno dogovorjene naloge. Pripraviti mora potrebno opremo in zdravila, poklicati dodatno pomoč ter anesteziologu posredovati natančne informacije o že izvedenih ukrepih. Pomembno vlogo ima tudi pri medsebojnem preverjanju postopkov, saj lahko opozori na alergijo, neobičajen odmerek zdravila, neskladje v dokumentaciji ali spremembo pacientovega stanja, ki jo je drug član tima spregledal. Takšno opozarjanje predstavlja varnostni mehanizem skupnega dela. Člani tima morajo imeti možnost izraziti pomislek, zastaviti vprašanje ali priznati napako brez strahu pred poniževanjem, saj odprta izmenjava informacij omogoča pravočasno zaščito pacienta (Alingh, et al., 2019; Kristoffersen, et al., 2022; Ito, et al., 2022).

Vloga anesteziološke medicinske sestre vključuje tudi vodenje zdravstvene in druge predpisane dokumentacije ter sodelovanje pri predaji pacienta po končanem posegu. Ob predaji mora posredovati pomembne podatke o poteku anestezije, uporabljenih zdravilih, žilnih pristopih, posebnostih pacientovega stanja in nadaljnjih ukrepih. Natančna in strukturirana predaja omogoča kontinuiteto obravnave ter zmanjšuje možnost izgube klinično pomembnih informacij (ICN, 2021; Gleeson, et al., 2023).

Poklicne aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege morajo potekati skladno z njihovo izobrazbo, usposobljenostjo, pridobljenimi kompetencami in veljavnimi strokovnimi dokumenti. V slovenskem okolju anesteziološka medicinska sestra praviloma deluje v sodelovanju z anesteziologom in v okviru dogovorjene razdelitve odgovornosti. Njena stopnja samostojnosti se lahko razlikuje glede na klinično okolje, delovne izkušnje,

dodatna znanja in organizacijo dela. Strokovni dokumenti Zbornice – Zveze poudarjajo pomen varnega izvajanja zdravstvene nege, odgovornosti izvajalca in delovanja v okviru pridobljenih poklicnih kompetenc (Zbornica – Zveza, 2021a; Zbornica – Zveza, 2021b).

Mednarodna poimenovanja in vloge medicinskih sester na področju anestezije se med državami razlikujejo. V nekaterih zdravstvenih sistemih medicinske sestre predvsem asistirajo anesteziologu, v drugih pa po dodatnem formalnem izobraževanju in ustrezni regulaciji samostojno izvajajo širši obseg anestezioloških storitev. Omejec (2023) ugotavlja, da se evropski modeli razlikujejo predvsem glede izobraževanja, odgovornosti, nadzora in obsega nalog. ICN (2021) medicinsko sestro anestezistko opredeljuje kot medicinsko sestro z napredno prakso, ki je zaključila priznано podiplomsko izobraževanje s področja anestezije, praviloma najmanj na magistrski ravni. Takšne mednarodne vloge zato ni mogoče neposredno enačiti z vlogo anesteziološke medicinske sestre v Sloveniji.

Vloga anesteziološke medicinske sestre je večdimenzionalna in vključuje pripravo anesteziološkega delovišča, neposredno skrb za pacienta, tehnično podporo, spremljanje njegovega stanja, prepoznavanje tveganj, sodelovanje ob zapletih, dokumentiranje ter zagotavljanje kontinuitete obravnave. Kakovostno opravljanje teh nalog temelji na strokovnem znanju, izkušnjah, natančnosti, odgovornosti in tesnem sodelovanju z anesteziologom (ICN, 2021; Kristoffersen, et al., 2022; Reato, et al., 2024).

2.2 KOMPETENCE IN ODGOVORNOSTI

Kompetentno delovanje anesteziološke medicinske sestre temelji na povezovanju teoretičnega znanja, kliničnih in tehničnih spretnosti, strokovne presoje, komunikacijskih sposobnosti ter odgovornega ravnanja. Kompetenca ne pomeni le sposobnosti izvedbe posamezne naloge, temveč vključuje tudi razumevanje njenega namena, prepoznavanje tveganj, izbiro ustreznega ukrepa in prevzemanje odgovornosti za lastno delo. Ker splošno znanje zdravstvene nege ne zadošča za varno delo na specializiranem področju anestezije, mora anesteziološka medicinska sestra poznati fiziološke spremembe med anestezijo, delovanje zdravil, spremljanje vitalnih funkcij, anesteziološko opremo, oskrbo

dihalne poti, žilne pristope ter postopke ob nenadnem poslabšanju pacientovega stanja (Dahlberg, et al., 2022; Reato, et al., 2024).

Med ključne klinične in tehnične kompetence sodijo priprava in preverjanje anesteziološkega aparata ter druge opreme, varna priprava in označevanje zdravil, namestitvev monitoringa, vzpostavljanje in nadzor žilnih pristopov ter sodelovanje pri oskrbi dihalne poti in drugih anestezioloških postopkih. Medicinska sestra mora poznati pričakovane in odstopajoče vrednosti vitalnih funkcij, odzive pacienta na anestezijo ter znake morebitnih zapletov. Pri ravnanju z zdravili mora razumeti način priprave, koncentracije, pričakovane učinke in pomembne neželene odzive. Tehnična spretnost zato ni dovolj, če izvajalec ne razume kliničnega pomena postopka in možnih posledic nepravilne izvedbe. Strokovna kompetentnost povezuje praktične spretnosti, uporabo medicinske tehnologije, kritično mišljenje in odgovorno odločanje (Sanclemente-Dalmau, et al., 2022; Reato, et al., 2024).

Pomemben del kompetentnosti predstavljata klinična presoja in situacijsko zavedanje. Anesteziološka medicinska sestra mora spremljati celotno klinično sliko, povezovati podatke o pacientovem stanju, poteku operacije in uporabljenih zdravilih ter razlikovati med pričakovano spremembo in odstopanjem, ki zahteva ukrepanje. Situacijsko zavedanje vključuje pravočasno prepoznavanje sprememb in predvidevanje nadaljnjih potreb, na primer pripravo dodatnih pripomočkov pri oteženi oskrbi dihalne poti ali opreme za nadomeščanje krvi ob večji krvavitvi. Takšno delovanje temelji na strokovnem znanju, izkušnjah, prilagodljivosti in sposobnosti hitrega določanja prednostnih nalog (Dahlberg, et al., 2022; Pann, et al., 2025).

Poleg kliničnih in tehničnih so pomembne tudi netehnične oziroma splošne kompetence, kot so komunikacija, timsko delo, organiziranost, prilagodljivost, reševanje problemov in obvladovanje stresnih situacij. Komunikacijska kompetenca vključuje jasno in pravočasno posredovanje opažanj, potrjevanje prejetih navodil, opozarjanje na tveganja, aktivno poslušanje ter prilagajanje načina komunikacije zahtevnosti situacije. Med rutinskim delom je komunikacija lahko bolj pojasnjevalna, med urgentnim dogodkom pa mora biti kratka, natančna in usmerjena v nalogo. Pomembna je tudi mirnost, ki ne

pomeni pasivnosti, temveč sposobnost ohranjanja zbranosti, spremljanja pacienta in pravilnega določanja prednostnih nalog kljub obremenitvi (Sanclemente-Dalmau, et al., 2022; Reato, et al., 2025; Pann, et al., 2025).

Samostojnost pomeni sposobnost načrtovanja in izvajanja lastnega strokovnega dela, sprejemanja odločitev v okviru pridobljenih pristojnosti, prepoznavanja lastnih omejitev in pravočasnega iskanja pomoči. Ne pomeni izvajanja dejavnosti zunaj formalno opredeljenih kompetenc ali neodvisnosti od drugih članov tima. Obseg samostojnosti mora biti skladen z izobrazbo, dodatnim usposabljanjem, kliničnimi izkušnjami, strokovnimi dokumenti in organizacijo dela. Anesteziološka medicinska sestra je odgovorna za strokovno in varno izvedbo dejavnosti, spremljanje pacienta, pravočasno sporočanje pomembnih ugotovitev, ustrezno dokumentiranje ter priznanje nejasnosti ali napake. Zgodnje opozarjanje omogoča pravočasno ukrepanje, medtem ko zadrževanje pomembnih informacij lahko ogrozi varnost pacienta (Zbornica – Zveza, 2021b; ICN, 2021; Dahlberg, et al., 2022).

Kompetence se razvijajo s povezovanjem formalnega izobraževanja, kliničnega usposabljanja, mentorstva in izkušenj. Klinične izkušnje prispevajo k prepoznavanju vzorcev, predvidevanju nadaljnjega poteka in razlikovanju med pomembnimi ter manj pomembnimi informacijami, vendar samo trajanje zaposlitve še ne zagotavlja kompetentnosti. Pomembni so tudi motivacija, zanimanje za področje, kakovost mentorstva in pripravljenost na preverjanje lastnega znanja. Uvajanje nove medicinske sestre mora biti načrtovano in postopno ter mora vključevati seznanitev z opremo, zdravili, najpogostejšimi postopki, protokoli in ukrepanjem ob zapletih. Prevzemanje zahtevnejših nalog mora temeljiti na preverjeni usposobljenosti, ne zgolj na času, preživetem na delovišču (Aanderud-Larsen, et al., 2024; Reato, et al., 2024).

Poleg začetnega uvajanja je potrebno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje, saj se anesteziološka oprema, zdravila, priporočila in načini dela spreminjajo. Praktične delavnice, simulacije kritičnih dogodkov, skupna izobraževanja različnih poklicnih skupin in analiza zahtevnih dogodkov omogočajo preverjanje strokovnega znanja, komunikacije in razdelitve nalog v varnem učnem okolju. Formalna specializacija

oziroma drugo strukturirano podiplomsko izobraževanje bi omogočilo bolj enotno opredelitev pričakovanih kompetenc, izobraževalnih vsebin in načinov njihovega preverjanja. Mednarodni model napredne anesteziološke zdravstvene nege sicer ni neposredno prenosljiv v slovensko okolje, predstavlja pa izhodišče za razvoj ustrezno reguliranega specialističnega izobraževanja (ICN, 2021; Aanderud-Larsen, et al., 2024; Pann, et al., 2025).

2.3 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ANESTEZIJI

Medpoklicno sodelovanje vključuje povezovanje znanja, spretnosti in odgovornosti različnih poklicnih skupin z namenom zagotavljanja varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Timsko delo temelji na skupnih ciljih, jasnih vlogah, medsebojni odvisnosti in odgovornosti za izvedbo nalog, medtem ko sodelovanje vključuje tudi izmenjavo informacij, dogovarjanje in upoštevanje strokovnih prispevkov drugih članov tima (Reeves, et al., 2018).

V anesteziološkem timu se naloge anesteziologa in anesteziološke medicinske sestre tesno prepletajo. Anesteziolog je odgovoren za načrtovanje in vodenje anestezije ter sprejemanje medicinskih odločitev, anesteziološka medicinska sestra pa v okviru svojih kompetenc pripravlja pacienta, zdravila, opremo in delovišče, spremlja pacientovo stanje ter sodeluje pri izvedbi postopkov in obravnavi zapletov. Medsebojna odvisnost je posebej izrazita v časovno občutljivih in nepredvidljivih situacijah, v katerih morata oba člana razumeti klinično dogajanje, pravočasno izmenjati informacije in uskladiti aktivnosti. Sodelovanje je učinkovitejše, kadar člani poznajo način dela drug drugega, razumejo razdelitev nalog in imajo dostop do ustrezne strokovne podpore (Kristoffersen, et al., 2022).

2.3.1 Komunikacija in izmenjava informacij

Komunikacija omogoča oblikovanje skupnega razumevanja pacientovega stanja, načrtovanje postopkov in usklajevanje nalog. Vključuje posredovanje informacij, aktivno poslušanje, preverjanje razumevanja, zastavljanje vprašanj, podajanje povratnih

informacij in opozarjanje na tveganja. Medpoklicno komunikacijo lahko otežujejo razlike v izobraževanju, strokovnem jeziku, razumevanju vlog in organizaciji dela, zato samo posredovanje informacije še ne zagotavlja, da jo je prejemnik pravilno razumel (Gleeson, et al., 2023).

Pred začetkom anestezije morata anesteziolog in anesteziološka medicinska sestra izmenjati podatke o pacientu, načrtovani vrsti anestezije, posebnostih posega, alergijah, potrebni opremi, zdravilih, žilnih pristopih in možnih zapletih. Navodila morajo biti jasna in dovolj natančna, posebej kadar se nanašajo na zdravilo, koncentracijo, odmerke ali čas aplikacije. Medicinska sestra mora imeti možnost zahtevati pojasnilo, kadar je navodilo nejasno ali odstopa od pričakovanega postopka, s potrditvijo prejetega navodila pa se zmanjša možnost napačnega razumevanja. Komunikacija mora potekati dvosmerno, saj medicinska sestra poleg izvedenih ukrepov sporoča tudi opažanja o pacientovem stanju, delovanju opreme in morebitnih neskladjih (Kristoffersen, et al., 2022; Sanclemente-Dalmau, et al., 2022).

Način komunikacije je treba prilagoditi zahtevnosti situacije. Pri rutinskem delu je več možnosti za pojasnjevanje, sprotno učenje in povratne informacije, ob nenadnem zapletu pa mora biti komunikacija kratka, neposredna in usmerjena v prednostne naloge. Jasno mora biti, kdo vodi ukrepanje, člani pa morajo sporočati izvedene naloge in zaznane težave. Prilagajanje komunikacije ne pomeni spreminjanja strokovne vsebine, temveč izbiro načina, ki omogoča najboljše razumevanje glede na izkušnost in potrebe sodelavca. Tudi v urgentnih situacijah je treba ohraniti spoštljiv odnos, saj ponižujoča ali žaljiva komunikacija zmanjšuje pripravljenost članov, da zastavijo vprašanje ali opozorijo na tveganje (Pattni, et al., 2019; Gleeson, et al., 2023).

Pomembna je tudi strukturirana predaja pacienta, ki mora vključevati podatke o njegovem stanju, poteku anestezije, uporabljenih zdravilih, žilnih pristopih, tekočinskem zdravljenju, zapletih in nadaljnjem načrtu obravnave. Nepopolna ali prekinjena predaja povečuje možnost izgube klinično pomembnih informacij. Komunikacijske spretnosti se lahko razvijajo s skupnimi simulacijami, praktičnimi delavnicami in analizo zahtevnih dogodkov, pri katerih člani različnih poklicnih skupin vadijo podajanje navodil,

potrjevanje informacij, razdelitev nalog in opozarjanje na tveganja (Kristoffersen, et al., 2022; Gleeson, et al., 2023).

2.3.2 Zaupanje in psihološka varnost

Zaupanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro se razvija na podlagi strokovne usposobljenosti, zanesljivosti, odgovornega ravnanja in ponavljajočih se izkušenj skupnega dela. Pomeni pričakovanje, da bo sodelavec nalogo izvedel strokovno, sporočil pomembno spremembo in poiskal pomoč, kadar bo presegel meje svojega znanja ali pristojnosti. Zaupanje ne izključuje preverjanja; pri zdravlilih, identifikaciji pacienta, alergijah in drugih tveganih postopkih je medsebojna kontrola pomemben varnostni mehanizem, ne izraz osebnega nezaupanja (Kristoffersen, et al., 2022; Sanclemente-Dalmau, et al., 2022).

Poznavanje načina dela sodelavca omogoča lažje predvidevanje potreb, hitrejšo komunikacijo in zgodnejše prepoznavanje odstopanj. Varno delo pa ne sme biti odvisno samo od osebnega poznavanja, zato so pomembni tudi jasni postopki, standardizirana priprava in dogovorjeni načini komunikacije. S pojmom zaupanja je povezana psihološka varnost, ki pomeni, da lahko posameznik izrazi pomislek, zastavi vprašanje, prizna napako ali poda drugačno strokovno mnenje brez strahu pred ponižanjem oziroma nesorazmernimi negativnimi posledicami (Ito, et al., 2022).

Psihološka varnost je posebej pomembna pri opozarjanju na neobičajen odmerik, alergijo, spremembo vitalnih funkcij ali nepravilno delovanje opreme. Zdravstveni delavci lahko pomislek zadržijo zaradi strahu pred odzivom nadrejenega, dvoma o lastnem znanju ali prepričanja, da opozorilo ne bo upoštevano. S pripravljenostjo za opozarjanje so povezani način vodenja, odzivi nadrejenih in varnostna kultura organizacije (Alingh, et al., 2019; Pattni, et al., 2019).

Po zahtevnem ali neželenem dogodku je smiseln strokoven pogovor, usmerjen v razumevanje poteka, prepoznavanje uspešnih ukrepov in določitev izboljšav. Namen takšnega pogovora ni iskanje krivca, temveč učenje in preprečevanje ponovitve podobnih

težav. Odprt način obravnave napak spodbuja pravočasno poročanje in omogoča prepoznavanje sistemskih pomanjkljivosti, medtem ko kaznovalno okolje povečuje tveganje za prikrivanje pomembnih informacij (Alingh, et al., 2019; Ito, et al., 2022).

2.3.3 Vloge, odgovornost in hierarhija

Jasno razumevanje vlog je osnovni pogoj učinkovitega sodelovanja. Vsak član tima mora vedeti, za katere dejavnosti je usposobljen, katere odločitve lahko sprejema samostojno in kdaj mora vključiti drugega strokovnjaka. Nejasne ali različno razumljene meje odgovornosti lahko povzročijo podvajanje ali opustitev nalog. Anesteziolog nosi odgovornost za medicinsko presojo, izbiro in vodenje anestezije ter obravnavo zapletov, anesteziološka medicinska sestra pa za strokovno in varno izvajanje dejavnosti zdravstvene nege v okviru svojih kompetenc. Skupno delo ne izključuje individualne odgovornosti posameznega izvajalca (Zbornica – Zveza, 2021b; Tamai, et al., 2024).

Razdelitev nalog mora biti prilagojena zahtevnosti pacienta in posega ter usposobljenosti članov tima. Izkušena medicinska sestra lahko določene dejavnosti opravlja bolj samostojno, vendar mora biti obseg njenega dela skladen s formalnimi kompetencami in organizacijo dela. Pogledi anesteziologov na samostojnost in prenos nalog se razlikujejo; nekateri širšo vlogo medicinskih sester razumejo kot smiselno uporabo njihovega znanja, drugi pa opozarjajo na vprašanja izobraževanja, odgovornosti in varnosti. Razlike kažejo na potrebo po jasnih strokovnih standardih in skupnem razumevanju meja posamezne vloge (Tamai, et al., 2024).

Hierarhija ima lahko v anesteziološkem timu funkcionalen pomen. V urgentni situaciji mora biti jasno, kdo vodi ukrepanje, sprejema ključne medicinske odločitve in razporeja naloge. Težava nastane, kadar se formalna hierarhija spremeni v socialno razdaljo, zaradi katere člani ne upajo izraziti pomisleka ali opozoriti na nevarno odločitev. Partnerski odnos zato ne pomeni izenačitve vseh poklicnih vlog, temveč priznavanje formalne odgovornosti anesteziologa, spoštovanje kompetenc drugih članov in možnost odprtega strokovnega sodelovanja (Pattni, et al., 2019; Tamai, et al., 2024).

Različna strokovna mnenja sama po sebi niso znak slabega sodelovanja. Pomembno je, da se nesoglasja izražajo spoštljivo, z argumenti in usmerjeno v varnost pacienta. Osebni konflikti se ne smejo reševati med kritičnim postopkom, po dogodku pa je potreben pogovor, ki omogoči razjasnitev različnih pogledov in prepreči, da bi se nesoglasja odražala v nadaljnjem delu tima (Ito, et al., 2022; Gleeson, et al., 2023).

2.4 MEDNARODNI MODELI MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA

Organizacija anesteziološke zdravstvene nege in sodelovanje med anesteziologom ter medicinsko sestro se med državami razlikujeta glede na izobraževalni sistem, zakonsko ureditev, organizacijo zdravstvene dejavnosti in razpoložljivost kadra. V nekaterih okoljih anesteziološke medicinske sestre delujejo predvsem v podporni vlogi ob anesteziologu, v drugih pa po dodatnem podiplomskem izobraževanju prevzemajo širši obseg kliničnih nalog in večjo stopnjo samostojnosti. Mednarodna vloga medicinske sestre anesteziistke je opredeljena kot napredna poklicna vloga, ki zahteva formalno specialistično oziroma magistrsko izobraževanje, napredno klinično presojo in jasno zakonsko določene pristojnosti ter odgovornost (ICN, 2021; Omejec, 2023).

Ne glede na razlike v obsegu samostojnosti sodobni modeli poudarjajo pomen jasne razdelitve vlog, učinkovite komunikacije, medsebojnega zaupanja in sodelovanja pri kliničnem odločanju. Pann, et al. (2025) ugotavljajo, da kompetence medicinskih sester z napredno prakso na področju anestezije vključujejo klinično znanje, komunikacijo, sodelovanje, organizacijske sposobnosti, profesionalno odgovornost in sposobnost odločanja. Razvoj takšne vloge je povezan s strukturiranim izobraževanjem, kliničnim usposabljanjem, mentorstvom in preverjanjem kompetenc. Predhodne klinične izkušnje lahko predstavljajo pomembno osnovo za nadaljnje izobraževanje, vendar same po sebi ne nadomestijo formalno opredeljenega programa usposabljanja (Aanderud-Larsen, et al., 2024; Pann, et al., 2025).

Razlike med zdravstvenimi sistemi kažejo, da mednarodnih modelov ni mogoče neposredno prenesti v slovensko okolje. Širitev vloge anesteziološke medicinske sestre zahteva jasno opredeljene izobraževalne pogoje, meje samostojnosti, način strokovnega

nadzora ter strokovno in pravno odgovornost. Tudi pogledi anesteziologov na prenos nalog in širitev kompetenc niso enotni; podpora večji samostojnosti je praviloma povezana z dokazano usposobljenostjo, varnostjo pacienta in jasno razdelitvijo odgovornosti. Mednarodne izkušnje zato predstavljajo predvsem izhodišče za strokovni razmislek o razvoju anesteziološke zdravstvene nege v Sloveniji, ne pa modela za neposredno posnemanje (Naderi, et al., 2023; Omejec, 2023; Tamai, et al., 2024).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati, kako anesteziologi dojemajo vlogo, kompetence in sodelovanje anesteziološke medicinske sestre v operativni dejavnosti.

Cilji diplomskega dela so:

- opredeliti razumevanje vloge anesteziološke medicinske sestre z vidika anesteziologov,
- identificirati kompetence in vedenja, ki so po mnenju anesteziologov pomembna za učinkovito sodelovanje,
- prepoznati dejavnike, ki jih anesteziologi zaznavajo kot spodbude ali ovire za kakovostno sodelovanje v anesteziološkem timu.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi namena in ciljev diplomskega dela smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Kako anesteziologi dojemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre?

RV2: Katere kompetence in vedenja so po mnenju anesteziologov ključna za učinkovito sodelovanje?

RV3: Katere dejavnike anesteziologi zaznavajo kot spodbude ali ovire za kakovostno sodelovanje v anesteziološkem timu?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo deskriptivni kvalitativni raziskovalni pristop, ki omogoča poglobljeno raziskovanje izkušenj, stališč in zaznav udeležencev. Podatke smo pridobili z individualnimi polstrukturiranimi intervjuji z anesteziologi ter jih analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za pripravo teoretičnega dela smo pregledali domačo in tujo strokovno ter znanstveno literaturo v bibliografskih bazah, spletnih iskalnikih in strokovnih portalih PubMed, EBSCOhost, ScienceDirect, COBISS.SI, dLib.si in Obzornik zdravstvene nege. Uporabili smo slovenske ključne besede: anesteziološka medicinska sestra, medpoklicno sodelovanje, timsko delo v anesteziji, komunikacija v operativni dejavnosti, kompetence in varnost pacienta, ter njihove angleške ustreznice: anesthesia nurse, nurse anesthetist, interprofessional collaboration, anesthesia teamwork, operating room communication, competencies in patient safety. Iskalne izraze smo povezovali z Boolovimi operatorji AND in OR. Prednostno smo vključili novejšje vire v slovenskem ali angleškem jeziku, ki so bili vsebinsko povezani z vlogo, kompetencami in medpoklicnim sodelovanjem v anesteziološkem timu. Poleg znanstvenih člankov smo vključili tudi strokovne smernice, uradne dokumente in metodološko literaturo.

Empirične podatke smo zbrali s šestimi individualnimi polstrukturiranimi intervjuji, izvedenimi v obdobju od 22. 6. 2026 do 6. 7. 2026. Intervjuji so potekali osebno in so trajali od 25 do 40 minut.

Pred začetkom intervjuja smo udeležence seznanili z namenom raziskave, prostovoljnostjo sodelovanja, zagotavljanjem zaupnosti podatkov, anonimiziranim prikazom rezultatov, možnostjo odstopa od raziskave ter zvočnim snemanjem. Po pridobljenem soglasju smo intervju zvočno posneli.

Uporabili smo odprta vprašanja, med pogovorom pa smo po potrebi zastavili dodatna podvprašanja, prilagodili njihov vrstni red ali izpustili vprašanje, na katero je udeleženec že odgovoril. Takšen način je omogočil poglobljeno raziskovanje izkušenj in zaznav udeležencev, hkrati pa je ohranil primerljivost obravnavanih vsebin.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument je bil polstrukturirani intervju, oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja medpoklicnega sodelovanja, kompetenc anestezioloških medicinskih sester, komunikacije in timskega dela v anesteziologiji (Reeves, et al., 2018; Kristoffersen, et al., 2022; Sanclemente-Dalmau, et al., 2022; Tamai, et al., 2024).

Intervjujski vodnik je vseboval 15 odprtih vprašanj s podvprašanji in je bil razdeljen na pet vsebinskih sklopov. Uvodni sklop je obravnaval delovne izkušnje in vlogo anesteziologa v timu. Drugi sklop se je nanašal na dožemanje vloge anesteziološke medicinske sestre, tretji na njene kompetence, znanja, spretnosti in vedenja, četrti na izzive ter možnosti izboljšav sodelovanja, zadnji sklop pa je vseboval odprto zaključno vprašanje.

Odprta vprašanja so udeležencem omogočala, da so opisali lastne izkušnje, stališča in primere iz klinične prakse. Podvprašanja smo uporabili za dodatno pojasnitev ali poglobitev odgovorov. Primerljivost intervjujev smo zagotavljali z uporabo istega intervjujskega vodnika in enakih vsebinskih sklopov pri vseh udeležencih. Intervjujski vodnik je priložen v poglavju 6.1.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni namenski vzorec, dopolnjen z metodo snežne kepe. Namensko vzorčenje omogoča vključitev udeležencev, ki imajo izkušnje z raziskovanim pojavom in lahko podajo vsebinsko bogate podatke, metoda snežne kepe pa omogoča vključevanje dodatnih udeležencev na podlagi priporočil že vključenih oseb (Polit & Beck, 2017). Vključitveni kriteriji so bili opravljena specializacija iz anesteziologije, izkušnje z delom v operativni dejavnosti ter prostovoljno soglasje za sodelovanje v raziskavi.

V raziskavi je sodelovalo šest specialistov anesteziologije, štiri ženske in dva moška. Njihove specialistične delovne izkušnje so obsegale od 3 do 28 let. Udeleženci so imeli

izkušnje z delom v različnih kliničnih okoljih, med drugim v terciarnih in splošnih bolnišnicah, intenzivni terapiji, anestezioloških ambulantah in operativni dejavnosti.

Zbiranje podatkov smo zaključili po šestem intervjuju. V kvalitativni raziskavi se velikost vzorca ne določa glede na statistično reprezentativnost, temveč glede na vsebinsko bogastvo podatkov in doseganje nasičenosti, ko dodatni intervjuji ne prinašajo bistveno novih informacij ali novih kategorij (Kordeš & Smrdu, 2015; Polit & Beck, 2017). Pri zadnjih intervjujih se niso oblikovale nove glavne kategorije, temveč so se že prepoznane vsebine predvsem potrjevale in dopolnjevale, zato smo ocenili, da je bila dosežena zadostna vsebinska nasičenost za odgovor na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Zaradi varovanja zaupnosti posameznih značilnosti udeležencev nismo povezovali z njihovimi izjavami. Pri predstavitvi rezultatov smo jih označili z oznakami od A1 do A6.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po potrditvi dispozicije diplomskega dela. Udeležence smo pred začetkom intervjujev seznanili z namenom raziskave, prostovoljnostjo sodelovanja, zagotavljanjem zaupnosti podatkov, zvočnim snemanjem in možnostjo odstopa od raziskave. Po pridobljenem soglasju smo izvedli individualne polstrukturirane intervjuje. Zvočne posnetke smo najprej prepisali, nato pa prepise jezikovno očistili in anonimizirali. Odstranili smo mašila, nepotrebna ponavljanja in očitne napake v govoru, ne da bi spremenili pomen izjav. Osebna imena in druge podatke, ki bi lahko omogočili prepoznavo udeležencev ali tretjih oseb, smo odstranili oziroma nadomestili z nevtralnimi oznakami. Posnetke in prepise smo uporabljali izključno za namen raziskave ter jih ustrezno varovali.

Podatke smo analizirali z metodo kvalitativne vsebinske analize po Kordešu in Smrdu (2015). Prepise smo najprej večkrat prebrali in določili pomenske enote, povezane z raziskovalnimi vprašanji. Pomenske enote smo opremili z začetnimi kodami, vsebinsko sorodne kode pa združili v podkategorije in kategorije. Kategorije smo sproti primerjali

med intervjuji, preverjali njihovo vsebinsko ustreznost ter upoštevali tudi različna oziroma nasprotujoča si stališča udeležencev.

Rezultate smo uredili glede na raziskovalna vprašanja in jih predstavili s kategorijami, podkategorijami ter izbranimi značilnimi citati. Zaradi anonimiziranega prikaza rezultatov smo citate označili z oznakami A1–A6. Podrobnejši prikaz kodiranja ter primeri oblikovanja kod, podkategorij in kategorij so prikazani v tabeli 2 v prilogi.

Raziskava je bila izvedena v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in babic Slovenije (Zbornica – Zveza, 2025). Udeležencem smo zagotovili prostovoljnost sodelovanja, zaupnost podatkov in pravico do umika iz raziskave brez posledic.

3.4 REZULTATI

S kvalitativno vsebinsko analizo šestih intervjujev smo oblikovali 4 kategorije in 18 podkategorij. Kategorije zajemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu, strokovne in vedenjske kompetence, odnosne temelje sodelovanja ter organizacijske pogoje in razvoj vloge. V tabeli 1 so prikazane oblikovane kategorije, podkategorije in prepoznane kode.

Tabela 1: Kategorije, podkategorije in prepoznane kode

Kategorija	Podkategorije	Prepoznane kode
Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	ključna in povezovalna članica tima; varnostna in nadzorna vloga; obvladovanje zapletov; celostna skrb za pacienta	medsebojna odvisnost; priprava delovišča; spremljanje pacienta; preprečevanje napak; opozarjanje na odstopanja; pomirjanje pacienta
Strokovne in vedenjske kompetence	strokovno znanje; tehnične spretnosti; situacijsko zavedanje; profesionalne in osebnostne lastnosti; klinične izkušnje	poznavanje zdravil in postopkov; ročne spretnosti; predvidevanje potreb; natančnost; odgovornost; mirnost; iznajdljivost
Odnosni temelji sodelovanja	zaupanje in medsebojno preverjanje; komunikacija; partnerski odnos in funkcionalna hierarhija; timska naravnost; refleksija kritičnih dogodkov	dvojno preverjanje; neprikrivanje napak; jasna navodila; prilagajanje komunikacije; spoštovanje; jasno vodenje; debriefing
Organizacijski pogoji in razvoj vloge	samostojnost in njene meje; izobraževanje in mentorstvo; organizacijske spodbude in ovire; širitev kompetenc in odgovornost	individualna stopnja samostojnosti; dostopnost anesteziologa; specialistično izobraževanje; delovne obremenitve; širitev pristojnosti

3.4.1 Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu

V kategoriji vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu smo oblikovali štiri podkategorije: ključna in povezovalna članica tima, varnostna in nadzorna vloga, obvladovanje zapletov ter celostna skrb za pacienta.

Ključna in povezovalna članica tima

Udeleženci so anesteziološko medicinsko sestro opisovali kot nepogrešljivo članico tima. Njeno delo so povezovali s pripravo pacienta, zdravil, opreme in anesteziološkega delovišča ter z zagotavljanjem neprekinjenega poteka obravnave. Poudarjali so medsebojno odvisnost obeh poklicnih skupin, saj kakovostnega dela po njihovem mnenju nobeden od članov ne more opraviti sam.

A1: »/.../ Anestezija sama ne bo tako dobra, tudi če sem jaz optimalno pripravljena, če ne bom imela dobre sestre /.../.«

A6: »/.../ Tukaj je to ena takšna simbioza oziroma en takšen tim. Zdravnik razmišlja, kaj je treba narediti, sestra pa tudi razmišlja in mora večino stvari še izvesti /.../.«

Anesteziološka medicinska sestra je bila prepoznana tudi kot povezovalna članica, ki skrbi za pripravljenost delovišča in omogoča usklajen potek dela med različnimi fazami anestezije.

Varnostna in nadzorna vloga

Udeleženci so varnostno vlogo povezovali z aktivnim spremljanjem pacienta, preverjanjem zdravil, opreme, alergij in dokumentacije ter pravočasnim opozarjanjem na opažena odstopanja. Medicinske sestre niso razumeli kot pasivne izvajalke navodil, temveč kot članico, ki spremlja celoten potek obravnave.

A5: »/.../ Pomembno je, da aktivno spremlja, kaj se dogaja med posegom in s pacientom, ter da aktivno sodeluje v anesteziji /.../.«

Medsebojno preverjanje je bilo razumljeno kot običajen varnostni mehanizem, saj se lahko zmoti vsak član tima.

A3: »/.../ Če je odmerek malo drugačen, kot je običajno, me vpraša. Jaz preverim ali pa ona preveri. Vsak se lahko zmoti /.../.«

Udeleženci so poudarjali tudi pomen odprtega sporočanja napak. Prikrivanje napake zaradi strahu ali negotovosti lahko odloži ustrezno ukrepanje, medtem ko pravočasno poročanje omogoča zaščito pacienta.

A2: »/.../ Pomembno je, da se napak ne prikriva in da ni obsojanja, ker se potem za pacienta lahko poskrbi tako, da nima posledic /.../.«

Obvladovanje zapletov

Pri obvladovanju zapletov so udeleženci izpostavili zgodnje prepoznavanje sprememb pacientovega stanja, opozarjanje anesteziologa, pripravo zdravil in pripomočkov, klic dodatne pomoči ter sodelovanje pri nadaljnjih ukrepih. Kompetentnost medicinske sestre je bila posebno pomembna v nepredvidljivih in časovno kritičnih situacijah.

A4: »/.../ Lahko pomeni razliko med tem, da pacient preživi ali ne oziroma da preživi s hudimi posledicami. Lahko pomeni razliko med življenjem in smrtjo /.../.«

Udeleženci so njeno vlogo povezovali tudi s preventivnim razmišljanjem, saj mora članica tima predvideti možen razvoj dogodkov in pravočasno pripraviti potrebno opremo.

Celostna skrb za pacienta

Poleg strokovnih in tehničnih nalog so udeleženci poudarjali skrb za pacientovo počutje, udobje in dostojanstvo. Anesteziološka medicinska sestra pacienta sprejme, pomaga pri njegovi namestitvi, ga pomiri pred anestezijo in skrbi za spoštljiv odnos med prebujanjem. Ta vloga je bila posebej pomembna pri prestrašenih pacientih in otrocih.

A3: »/.../ Sestra skrbi za udobje, ga malo pomiri; to je strašno pomembno. Če pri otroku nežno pristopiš, bo lažje sprejel pripravo /.../.«

Rezultati kažejo, da anesteziologi vloge anesteziološke medicinske sestre ne omejujejo na tehnično asistiranje. Povezujejo jo z zagotavljanjem kontinuitete dela, aktivnim spremljanjem pacienta, preprečevanjem napak, obvladovanjem zapletov in celostno skrbjo za pacienta.

3.4.2 Strokovne in vedenjske kompetence

Udeleženci so kompetentnost anesteziološke medicinske sestre povezovali s strokovnim znanjem, tehničnimi spretnostmi, situacijskim zavedanjem, profesionalnimi in osebnostnimi lastnostmi ter kliničnimi izkušnjami. Znotraj kategorije smo prepoznali kode poznavanje zdravil in postopkov, ročne spretnosti, predvidevanje potreb, natančnost, odgovornost, mirnost, iznajdljivost in pomen kliničnih izkušenj.

Poznavanje zdravil in postopkov

Udeleženci so poudarjali, da tehnična izvedba naloge ni dovolj, če medicinska sestra ne razume njenega namena in možnih posledic. Pomembni so poznavanje zdravil, koncentracij in odmerkov, delovanje anesteziološke opreme, spremljanje vitalnih funkcij ter razumevanje posameznih faz anestezioloških postopkov. Razumevanje postopka medicinski sestri omogoča, da učinkoviteje sodeluje, prepozna odstopanje in pravočasno pripravi potrebne pripomočke.

A4: »/.../ Najprej mora sestra vedeti, kaj dela, da ne dela nečesa na pamet, samo zato, da je narejeno. Pomembna je tudi ročna spretnost /.../.«

Tehnične in ročne spretnosti

Med pomembnimi spretnostmi so udeleženci navedli pripravo in preverjanje anestezijskega aparata, uporabo monitorjev in črpalk, pripravo sistemov za invazivno spremljanje, vzpostavljanje žilnih pristopov ter varno ravnanje z zdravili. Tehnične spretnosti so razumeli kot povezane s strokovnim znanjem, saj mora medicinska sestra poleg pravilne izvedbe vedeti tudi, zakaj se posamezen postopek izvaja.

Posebej so izpostavili ročno spretnost, zanesljivost pri pripravi pripomočkov in sposobnost hitrega odziva v zahtevnih situacijah. Tehnično dobro usposobljena medicinska sestra anesteziologu omogoča nemoteno izvedbo postopka in zmanjša potrebo po dodatnem usmerjanju.

Predvidevanje potreb

Pomembna prepoznana koda je bilo predvidevanje potreb, ki se je izražalo kot aktivno spremljanje pacienta, razumevanje faze posega in pravočasna priprava zdravila, opreme ali drugega ukrepa. Udeleženci so razlikovali med medicinskimi sestrami, ki samo čakajo na navodilo, in tistimi, ki dejavno spremljajo celoten potek anestezije.

A5: »/.../ Vedo, kaj se dogaja in v katerem delu posega smo. Same predvidijo, kdaj dati relaksans ali kaj za tlak /.../.«

Predvidevanje je bilo posebej pomembno pri hitrih spremembah pacientovega stanja in kritičnih dogodkih. Temeljilo je na kombinaciji strokovnega znanja, kliničnih izkušenj in stalne osredotočenosti na dogajanje.

Natančnost, odgovornost in iznajdljivost

Med najpogostejše izpostavljene lastnosti so bile natančnost, zanesljivost, odgovornost, skrbnost in iznajdljivost. Udeleženci so pričakovali, da medicinska sestra pravilno pripravi zdravila in opremo, preveri svoje delo ter pravočasno opozori na nejasnost ali napako. Pomembna je bila tudi samoiniciativnost oziroma pripravljenost, da ob zaznanem problemu predlaga ukrep ali poišče pomoč.

Strokovno odgovornost so povezovali tudi s poznavanjem lastnih omejitev. Priznanje, da posameznik določene naloge ne more varno dokončati, so razumeli kot znak strokovne zrelosti, in ne kot pomanjkanje znanja.

A3: »/.../ Včasih moraš odnehati in poklicati pomoč. To ne pomeni, da ne znaš; pomeni, da znaš priznati, da trenutno ne gre /.../.«

Mirnost in čustvena samoregulacija

Mirnost so udeleženci razumeli kot sposobnost ohranjanja zbranosti, razumevanja navodil in pravilnega določanja prednostnih nalog v stresni situaciji. Ni pomenila pasivnosti, temveč nadzor nad lastnim strahom in odzivanjem, da lahko član tima še naprej učinkovito sodeluje.

Udeleženci so poudarjali tudi čustveno zrelost, sposobnost obvladovanja osebne užaljenosti in usmerjenost v varnost pacienta. Strah, nervoza ali osebne zamere lahko zmanjšajo učinkovitost člana tima, zato je sposobnost samoregulacije pomemben del strokovnega vedenja.

Klinične izkušnje in formalno izobraževanje

Udeleženci so klinične izkušnje in formalno izobraževanje večinoma razumeli kot dopolnjujoča se dejavnika. Formalno izobraževanje zagotavlja strokovno osnovo, klinične izkušnje pa omogočajo uporabo znanja, prepoznavanje vzorcev in odzivanje v dejanskih situacijah.

A5: »/.../ Eno brez drugega ne gre. Formalno izobraževanje je zelo pomembno, ampak samo na podlagi izkušenj ne moreš postati celovito usposobljen /.../.«

Druga udeleženka je večji poudarek namenila praktičnemu učenju, vendar je prav tako prepoznala pomen formalne osnove:

A6: »/.../ Formalno izobraževanje je osnova, da se potem sploh začneš učiti. Izkušnje so pa bistvene /.../.«

Izkušene anesteziološke medicinske sestre so bile prepoznane tudi kot pomemben vir znanja za nove medicinske sestre in mlajše zdravnike. Udeleženci so hkrati opozarjali, da učenje samo ob delu ni dovolj, če ni podprto s strukturiranim mentorstvom, preverjanjem znanja in formalnim specialističnim izobraževanjem.

Rezultati kažejo, da anesteziologi kompetentno anesteziološko medicinsko sestro razumejo kot strokovno usposobljeno, tehnično spretno, natančno in odgovorno članico tima, ki aktivno spremlja pacienta, predvideva potrebe, v zahtevnih situacijah ohranja mirnost ter pozna meje svojih sposobnosti.

3.4.3 Odnosni temelji sodelovanja

Udeleženci so kakovostno sodelovanje povezovali predvsem z medsebojnim zaupanjem, jasno in prilagojeno komunikacijo, profesionalnim odnosom, funkcionalnim vodenjem ter skupno usmerjenostjo v varnost pacienta. Znotraj kategorije smo prepoznali kode zaupanje na podlagi skupnih izkušenj, medsebojno preverjanje, odprta in dvosmerna komunikacija, prilagajanje komunikacije situaciji, profesionalnost, funkcionalno vodenje, medsebojna pomoč ter refleksija kritičnih dogodkov.

Zaupanje na podlagi skupnih izkušenj

Udeleženci so zaupanje razumeli kot prepričanje, da bo drugi član tima strokovno in pravočasno opravil svojo nalogo, opozoril na pomembno spremembo ter po potrebi poiskal pomoč. Zaupanje se po njihovem mnenju razvija skozi skupno delo, poznavanje strokovnih sposobnosti sodelavca in izkušnje z njegovim načinom odzivanja.

A4: »/.../ Kako pomembno je medsebojno zaupanje? Od ena do deset – deset /.../.«

Zaupanje je bilo povezano tudi z občutkom varnosti in manjšo obremenjenostjo med zahtevnimi kliničnimi dogodki. Poznavanje sodelavca je članom omogočalo lažje predvidevanje njegovih potreb in hitrejšo usklajevanje aktivnosti.

Medsebojno preverjanje

Zaupanje ni izključevalo preverjanja zdravil, odmerkov, alergij, opreme in drugih pomembnih podatkov. Udeleženci so dvojno preverjanje razumeli kot strokovno upravičen varnostni mehanizem, in ne kot izraz nezaupanja.

A3: »/.../ Če je odmerek malo drugačen, kot je običajno, me vpraša. Jaz preverim ali pa ona preveri. Vsak se lahko zmoti /.../.«

Pomembno je bilo tudi odprto in pravočasno sporočanje napak. Udeleženci so poudarili, da strah pred obsojanjem ne sme povzročiti prikrivanja informacije, saj lahko pravočasno poročanje prepreči ali zmanjša posledice za pacienta.

A2: »/.../ Pomembno je, da se napak ne prikriva in da ni obsojanja, ker se potem za pacienta lahko poskrbi tako, da nima posledic /.../.«

Odprta in dvosmerna komunikacija

Anesteziološka medicinska sestra mora anesteziologu sporočiti svoja opažanja o pacientovem stanju, zdravlilih, opremi in poteku postopka. Anesteziolog pa mora jasno razložiti navodila in po potrebi pojasniti klinični pomen posameznega ukrepa. Takšna izmenjava omogoča boljše razumevanje celotne situacije in zmanjšuje možnost nesporazumov.

A3: »/.../ Pomembno je, da je komunikacija obojestranska, da sestra pove, kaj ona vidi, jaz pa povem, zakaj je to sploh pomembno /.../.«

Udeleženci so kot pomembne prepoznali tudi aktivno poslušanje, potrjevanje prejetega navodila ter možnost zastavljanja vprašanj in izražanja strokovnega pomisleka.

Prilagajanje komunikacije situaciji

Način komunikacije se je razlikoval glede na izkušnost sodelavca in zahtevnost klinične situacije. Pri manj izkušenem članu je bilo potrebno več pojasnjevanja in usmerjanja, medtem ko je bilo v uigranem timu mogoče določene potrebe razumeti tudi brez daljšega dogovarjanja. V rutinskih okoliščinah je bila komunikacija lahko bolj sproščena, ob zapletu pa kratka, jasna in neposredna.

A3: »/.../ Takrat je treba paziti na mirnost, ker če je živčnost, je vse slabše. Treba je dati jasna, kratka navodila /.../.«

Glasnejša komunikacija v kritičnem trenutku po mnenju udeležencev ni bila nujno nespoštljiva, kadar je bila namenjena pridobitvi pozornosti in varnemu ukrepanju. Pri tem so razlikovali med funkcionalno glasnostjo in ponižujočim oziroma obtožujočim vpitjem.

Profesionalen odnos in funkcionalno vodenje

Partnerski odnos so udeleženci opisovali kot spoštljiv in profesionalen. Prijateljski odnos je lahko prispeval k prijetnejšemu sodelovanju, vendar mora biti v kritični situaciji jasno, kdo vodi ukrepanje in nosi odgovornost.

A4: »/.../ Načeloma smo bolj prijateljsko usmerjeni, ampak ko je situacija taka, se mora vedeti, kdo vodi /.../.«

Hierarhije zato niso razumeli samo kot oviro. Jasno vodenje je bilo prepoznano kot potrebno pri nestabilnem pacientu ali zapletu, problematična pa je hierarhija, ki medicinski sestri preprečuje opozarjanje na napako ali izražanje strokovnega pomisleka. Udeleženci so poudarili, da mora profesionalno sodelovanje ostati ohranjeno tudi takrat, ko si člani osebnostno niso blizu.

Medsebojna pomoč in skupni cilj

Timsko naravnost so povezovali z medsebojno pomočjo, poznavanjem lastnih nalog in usmerjenostjo v skupni cilj. Člani tima so si lahko pomagali tudi pri nalogah, ki niso bile strogo omejene na njihov običajni delokrog, kadar je bilo to potrebno za nemoten in varen potek obravnave.

Udeleženci so poudarjali, da morajo osebna nesoglasja, slabo razpoloženje in zasebne obremenitve ostati v ozadju, saj mora biti v središču sodelovanja varnost pacienta.

Refleksija kritičnih dogodkov

Po zahtevnih dogodkih so udeleženci predlagali skupni pogovor oziroma debriefing, pri katerem člani tima pregledajo potek dogodka, predstavijo različne poglede in prepoznajo možnosti za izboljšanje. Pomembno je, da pogovor ne temelji na iskanju krivca, temveč na razumevanju dogodka, učenju in psihološki razbremenitvi članov.

A6: »/.../ O teh stvareh se je treba pogovoriti. Velikokrat se izkaže, da ni nihče hotel nič narobe, ampak smo se narobe razumeli /.../.«

Rezultati kažejo, da sodelovanje ni temeljilo samo na strokovnih kompetencah posameznikov, temveč tudi na zaupanju, medsebojnem preverjanju, jasni komunikaciji, možnosti opozarjanja, profesionalnem odnosu in sposobnosti tima, da po zahtevnih dogodkih skupaj pregleda svoje delo.

3.4.4 Organizacijski pogoji in razvoj vloge

Udeleženci so razvoj vloge anesteziološke medicinske sestre povezovali s stopnjo samostojnosti, formalnim izobraževanjem, mentorstvom, preverjanjem usposobljenosti, organizacijo dela in jasno opredelitvijo odgovornosti. Znotraj kategorije smo prepoznali kode individualna stopnja samostojnosti, meje samostojnosti, izobraževanje in preverjanje kompetenc, delovne obremenitve, organizacijska podpora, širitev kompetenc ter strokovna in pravna odgovornost.

Individualna stopnja samostojnosti

Udeleženci stopnje samostojnosti niso ocenjevali enotno. Nekateri so menili, da so anesteziološke medicinske sestre v njihovem okolju že zelo samostojne, drugi pa so poudarjali velike razlike med posameznici. Samostojnost so povezovali predvsem s strokovnim znanjem, kliničnimi izkušnjami, osebnostnimi lastnostmi in poznavanjem načina dela posamezne medicinske sestre.

A1: »/.../ Pri nas so že zelo, zelo samostojne. Meni se zdi, da je to že zelo dobro izdelana stroka /.../.«

Udeleženec A4 je poudaril, da samostojnosti ni mogoče presojati enako pri vseh medicinskih sestrah:

A4: »/.../ Samostojnost je dobra stvar, ampak je odvisna od izkušenj in od tega, koliko jaz to sestro poznam /.../.«

Večjo samostojnost so anesteziologi praviloma zaupali medicinskim sestram, katerih znanje, odzivanje in način dela so poznali iz predhodnega sodelovanja.

Meje samostojnosti

Meje samostojnosti so udeleženci povezovali z zahtevnostjo pacientovega stanja, nepredvidljivostjo zapletov in dostopnostjo anesteziologa. Izkušena medicinska sestra lahko po njihovem mnenju samostojneje spremlja stabilnega pacienta, vendar mora biti anesteziolog dosegljiv in se ob poslabšanju pravočasno vključiti.

Pri zahtevnejših pacientih in v nepredvidljivih situacijah so bili udeleženci bolj zadržani. Posebej so opozorili, da tudi pri navidezno manj ogroženih pacientih ni mogoče povsem izključiti hudega zapleta.

A6: »/.../ Tudi pri pacientih z oceno ASA I in ASA II lahko pride do hudih zapletov, ki jih ne pričakujemo /.../.«

Samostojnost so zato razumeli kot postopno pridobljeno in individualno presojeno strokovno zmožnost, ne kot enako formalno lastnost vseh medicinskih sester.

Izobraževanje in preverjanje kompetenc

Formalno in klinično usmerjeno izobraževanje je bilo prepoznano kot pomemben pogoj za prevzem zahtevnejših nalog. Udeleženci so poudarjali potrebo po specialističnem izobraževanju, kliničnem usposabljanju, mentorstvu in preverjanju pridobljenih kompetenc.

A3: »/.../ Najprej izobraževanje, potem pa še kroženje, in ko si s strani okolice prepoznan kot kompetenten, lahko gre to naprej /.../.«

Poleg formalnega izobraževanja so izpostavljali praktične vaje, simulacije kritičnih dogodkov ter skupna izobraževanja anesteziologov in anestezioloških medicinskih sester. Izkušene medicinske sestre so bile prepoznane tudi kot pomemben vir znanja za nove zaposlene in mlajše zdravnike.

Delovne obremenitve in organizacijska podpora

Med organizacijskimi ovirami so udeleženci navajali pomanjkanje časa in kadra, velike delovne obremenitve, omejene možnosti kontinuiranega izobraževanja ter razlike v organizaciji dela med ustanovami. Večanje obremenitev lahko zmanjša možnosti za kakovostno pripravo, komunikacijo in medsebojno preverjanje ter povzroča napetosti v timu.

A6: »/.../ Obremenitve so velike. Ko se iz dneva v dan večajo, se začnejo tudi konflikti med nami, čeprav smo vsi v istem položaju /.../.«

Kot možnosti izboljšanja so udeleženci navedli boljšo kadrovsko zasedbo, dostopnejša izobraževanja, simulacije, psihološko podporo in organizacijsko prepoznavanje dobrega timskega dela. Razvoj vloge po njihovem mnenju ne sme biti posledica samo pomanjkanja kadra, temveč strokovno načrtovan proces.

Širitev kompetenc in odgovornost

Večina udeležencev je širitev posameznih kompetenc načeloma podpirala, vendar jo je pogojevala s formalnim izobraževanjem, preverjanjem znanja in jasno razmejitvijo odgovornosti.

A2: »/.../ Predvsem izobraževanje, formalno izobraževanje. Odgovornost zagotovo pride zraven, ampak mislim, da si večina želi širitve kompetenc ob formalnem izobraževanju oziroma specializaciji /.../.«

Udeleženci so opozarjali, da večje pristojnosti pomenijo tudi prevzem večjega strokovnega in pravnega tveganja.

A6: »/.../ Če imaš določena pooblastila, potem sprejmeš tudi vsa tveganja /.../.«

Stališča do povsem samostojnega vodenja anestezije so bila bolj zadržana. Udeleženci so poudarili, da mednarodnih modelov ni mogoče neposredno prenesti v slovensko okolje

brez ustreznega izobraževanja, strokovne regulacije, nadzora in jasno določene odgovornosti.

Rezultati kažejo, da so samostojnost, širitev kompetenc in razvoj vloge tesno povezani z znanjem, izkušnjami, preverjeno usposobljenostjo, dostopnostjo anesteziologa in organizacijsko podporo. Razvoj vloge so udeleženci večinoma podpirali, vendar kot postopno in strokovno urejeno spremembo, ki mora ohranjati varnost pacienta.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako anesteziologi dojemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre, katere njene kompetence in vedenja prepoznavaajo kot ključna ter katere okoliščine spodbujajo oziroma otežujejo kakovostno sodelovanje. Z analizo intervjujev smo oblikovali štiri medsebojno povezane kategorije: vlogo anesteziološke medicinske sestre v timu, strokovne in vedenjske kompetence, odnosne temelje sodelovanja ter organizacijske pogoje in razvoj vloge. Ugotovitve kažejo, da teh področij ni mogoče obravnavati ločeno. Stopnja samostojnosti je bila na primer povezana s strokovnim znanjem in izkušnjami, vendar tudi z zaupanjem anesteziologa, organizacijo dela in zahtevnostjo pacientovega stanja. Podobno komunikacija ni bila razumljena samo kot osebna spretnost, temveč kot varnostni mehanizem, ki ga oblikujejo hierarhija, delovne obremenitve in kultura organizacije.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju smo ugotovili, da anesteziologi anesteziološko medicinsko sestro dojemajo kot nepogrešljivo in aktivno članico tima. Njene vloge niso omejevali na pripravo opreme in izvajanje naročenih postopkov, temveč so jo povezovali z neprekinjenim spremljanjem pacienta, predvidevanjem potreb, preprečevanjem napak in sodelovanjem pri obvladovanju zapletov. Posebej so poudarili medsebojno odvisnost obeh poklicnih skupin, saj anesteziolog brez ustrezno usposobljene medicinske sestre težko zagotavlja nemoteno in varno izvedbo anestezije. Podobno Kristoffersen, et al. (2022) ugotavljajo, da anesteziologi in medicinske sestre na področju anestezije svoje delo razumejo kot tesno povezano ter odvisno od skupnega znanja, jasne razdelitve nalog

in medsebojne dostopnosti. Tudi Reeves, et al. (2018) timsko delo povezujejo s skupnimi cilji, medsebojno odvisnostjo članov in deljeno odgovornostjo za izvedbo nalog.

Pomembna ugotovitev je bila, da anesteziološka medicinska sestra predstavlja dodatno varnostno raven. Udeleženci so njeno vlogo povezovali s preverjanjem zdravil, odmerkov, alergij, opreme in dokumentacije ter z opozarjanjem na spremembe pacientovega stanja. Takšno ravnanje kaže na premik od pasivnega izvajanja navodil k aktivnemu strokovnemu sodelovanju. Vloga medicinske sestre je zato hkrati izvedbena, nadzorna in preventivna. Sanclemente-Dalmau, et al. (2022) podobno poudarjajo, da kompetence medicinskih sester na področju anestezije vključujejo klinično presojo, komunikacijo, sodelovanje, zagovorništvo pacienta in profesionalno odgovornost. Njena varnostna vloga torej ne zmanjšuje odgovornosti anesteziologa, temveč omogoča medsebojno preverjanje in zgodnejše prepoznavanje tveganj.

Udeleženci so poleg tehnične varnosti izpostavili tudi skrb za pacientovo počutje, udobje in dostojanstvo. Pomirjanje prestrašenega pacienta, primeren pristop do otroka, varen položaj in spoštljivo ravnanje med prebujanjem so razumeli kot pomemben del kakovostne obravnave. To kaže, da vloga anesteziološke medicinske sestre ni omejena na izvajanje postopkov, temveč vključuje tudi odzivanje na psihološke potrebe pacienta. Podobno Sanclemente-Dalmau, et al. (2022) med kompetencami medicinskih sester na področju anestezije poleg strokovnega znanja izpostavljajo komunikacijo, zagovorništvo pacienta in profesionalen odnos.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotovili, da anesteziologi kompetentnost razumejo večdimenzionalno. Med ključne kompetence so uvrščali strokovno znanje, tehnične in ročne spretnosti, situacijsko zavedanje, natančnost, odgovornost, iznajdljivost, mirnost in poznavanje lastnih omejitev. Pomembno se jim je zdelo, da medicinska sestra ne zna le tehnično izvesti postopka, ampak razume njegov namen, možne zaplete in klinični pomen opaženih sprememb. Pann, et al. (2025) kompetence napredne anesteziološke zdravstvene nege prav tako razvrščajo v klinične, komunikacijske, sodelovalne, organizacijske in profesionalne kompetence. Dahlberg, et

al. (2022) pa kompetentnost povezujejo s prilagodljivostjo, proaktivnim delovanjem, hitrim določanjem prednostnih nalog in sposobnostjo videti celotno klinično sliko.

Posebej pomembno je bilo situacijsko zavedanje, ki se je izražalo kot aktivno spremljanje pacienta, razumevanje faze posega in predvidevanje nadaljnjih potreb. Udeleženci so bolj cenili medicinske sestre, ki niso zgolj čakale na navodilo, temveč so na podlagi dogajanja vnaprej pripravile potrebno zdravilo ali pripomoček. Takšno predvidevanje je lahko pomembno predvsem v časovno kritičnih situacijah, saj skrajša čas do ukrepanja in omogoča bolj usklajeno delo. Situacijsko zavedanje se ni pokazalo kot samostojna lastnost, ampak kot rezultat povezovanja strokovnega znanja, kliničnih izkušenj, zbranosti in aktivne vključenosti v potek anestezije.

Zanimiva ugotovitev je bila povezanost med strokovnim znanjem, samozavestjo in vedenjem v stresnih situacijah. Udeleženci so mirnost razumeli kot sposobnost obvladovanja strahu in ohranjanja funkcionalnega delovanja, ne kot odsotnost občutka nujnosti. Več znanja in izkušenj je po njihovem mnenju omogočalo bolj zbrano delovanje in jasnejšo komunikacijo, vendar so hkrati opozorili, da lahko pretirana samozavest in nepriznavanje lastnih omejitev predstavljata varnostno tveganje. Kompetentnost se je zato kazala tudi v sposobnosti pravočasno odnehati, poklicati pomoč ali preveriti nejasen podatek. Dahlberg, et al. (2022) poznavanje lastnih omejitev povezujejo z odgovornim in varnim delovanjem medicinske sestre.

Formalno izobraževanje in klinične izkušnje so udeleženci večinoma razumeli kot dopolnjujoča se dejavnika. Formalno izobraževanje zagotavlja znanje s področja fiziologije, farmakologije in možnih zapletov, klinične izkušnje pa omogočajo uporabo tega znanja v dejanskih in nepredvidljivih situacijah. Izkušene anesteziološke medicinske sestre so bile prepoznane tudi kot pomemben vir znanja za nove medicinske sestre in mlajše zdravnike, kar kaže, da je prenos znanja v anesteziološkem timu lahko dvosmeren. Aanderud-Larsen, et al. (2024) ugotavljajo, da predhodne klinične izkušnje predstavljajo pomembno osnovo za nadaljnje izobraževanje na področju anesteziološke zdravstvene nege. Vendar niti izkušnje niti učenje ob delu ne morejo v celoti nadomestiti

strukturiranega izobraževanja, mentorstva in preverjanja usposobljenosti (ICN, 2021; Pann, et al., 2025).

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo kot osrednje pogoje kakovostnega sodelovanja prepoznali zaupanje, medsebojno preverjanje, odprto komunikacijo, profesionalen odnos in jasno vodenje. Zaupanje se je razvijalo skozi skupne izkušnje in poznavanje sodelavca, hkrati pa ni izključevalo preverjanja. To navidezno nasprotje je pomembna ugotovitev: udeleženci niso razumeli preverjanja kot izraza nezaupanja, ampak kot strokovni varnostni mehanizem. Zaupanje je pomenilo, da bo sodelavec nalogo izvedel odgovorno, sporočil pomembno spremembo in po potrebi poiskal pomoč. Kristoffersen, et al. (2022) podobno ugotavljajo, da skupne izkušnje, medsebojno poznavanje in jasna razdelitev nalog podpirajo sodelovanje in občutek varnosti v anesteziološkem timu.

Stopnja zaupanja je bila povezana tudi z dovoljeno samostojnostjo. Anesteziologi so več samostojnosti praviloma zaupali medicinskim sestram, katerih znanje, izkušnje in način odzivanja so poznali iz predhodnega skupnega dela. To pomeni, da samostojnost v praksi ni bila razumljena samo kot formalno določena pristojnost, temveč tudi kot odnosna in situacijska kategorija. Takšno individualno presojanje lahko omogoča prilagodljivo delovanje tima, vendar hkrati odpira vprašanje enotnosti meril. Če je obseg samostojnosti preveč odvisen od osebnega poznavanja in zaupanja posameznega anesteziologa, se lahko med delovišči in sodelavci pojavijo velike razlike. Tamai, et al. (2024) prav tako ugotavljajo, da se pogledi anesteziologov na prenos nalog, samostojnost medicinskih sester in meje odgovornosti razlikujejo.

Hierarhija je bila v raziskavi prepoznana dvojno. Prevelika hierarhična razdalja lahko omeji opozarjanje na tveganje, postavljanje vprašanj in izražanje strokovnih pomislekov, v kritični situaciji pa je jasno vodenje nujno za hitro razdelitev nalog in preprečevanje nasprotujočih si navodil. Udeleženci torej niso zagovarjali odsotnosti hierarhije, temveč funkcionalno vodenje, ki ohranja možnost strokovnega sodelovanja in opozarjanja. Pattni, et al. (2019) opozarjajo, da lahko strah pred avtoriteto in negativnim odzivom prepreči pravočasno izražanje varnostnega pomisleka. Tudi Alingh, et al. (2019)

poudarjajo povezanost med načinom vodenja, psihološko varnostjo in pripravljenostjo medicinskih sester, da spregovorijo o vprašanih varnosti pacientov.

Odperto poročanje o napakah in pogovor po zahtevnem dogodku sta bila pomembna dela odnosnih temeljev sodelovanja. Udeleženci so menili, da napaka ne sme biti prikrita zaradi strahu pred obsojanjem, saj pravočasno sporočanje omogoča preprečevanje ali zmanjšanje posledic za pacienta. Po kritičnem dogodku so predlagali neobsojajoč pogovor oziroma debriefing, pri katerem člani predstavijo različne poglede, razjasnijo nesporazume in prepoznajo možnosti za izboljšanje. Takšne ugotovitve so povezane s konceptom psihološke varnosti, ki posamezniku omogoča izražanje dvomov in priznanje napake brez strahu pred poniževanjem ali nesorazmernimi posledicami (Ito, et al., 2022). Pogovor po dogodku ima poleg strokovne učne funkcije tudi pomen za psihološko razbremenitev članov tima.

Organizacijske okoliščine so se pokazale kot pomembno ozadje medosebnega sodelovanja. Udeleženci so navajali velike delovne obremenitve, pomanjkanje časa in kadra, omejen dostop do izobraževanj ter razlike v organizaciji dela med ustanovami. Zanimiva je ugotovitev, da se lahko sistemski pritiski izrazijo kot medosebni konflikti, čeprav so vsi člani izpostavljeni podobnim obremenitvam in imajo skupni cilj. Slabše sodelovanje zato ni nujno posledica neustreznih osebnostnih lastnosti posameznikov, temveč je lahko odraz delovnega okolja, ki omejuje čas za pripravo, komunikacijo, preverjanje in refleksijo. Kristoffersen, et al. (2022) podobno ugotavljajo, da razpoložljivost osebja, organizacija dela in delovne obremenitve pomembno oblikujejo vsakodnevno sodelovanje v anesteziološkem timu.

Večina udeležencev je nadaljnji razvoj vloge in širitev posameznih kompetenc anestezioloških medicinskih sester podpirala, vendar ob jasno določenih pogojih. Ti so vključevali formalno specialistično izobraževanje, klinično kroženje, mentorstvo, preverjanje znanja in jasno opredelitev strokovne ter pravne odgovornosti. Stališča so bila bolj zadržana pri možnosti povsem samostojnega vodenja anestezije, saj so udeleženci opozarjali na nepredvidljivost zapletov in možnost pozne vključitve anesteziologa. Mednarodni modeli napredne anesteziološke zdravstvene nege kažejo, da je širša

samostojnost povezana z zahtevnim podiplomskim izobraževanjem in ustrezno pravno ureditvijo (ICN, 2021; Omejec, 2023; Pann, et al., 2025). Tudi Naderi, et al. (2023) ter Tamai, et al. (2024) poudarjajo, da so stališča zdravnikov do širjenja vlog medicinskih sester povezana z izobraževanjem, varnostjo in razmejitvijo odgovornosti.

Celostna analiza kaže, da kakovost sodelovanja ne temelji na enem samem dejavniku. Strokovno znanje brez odprte komunikacije ne zagotavlja varnega dela, zaupanje brez preverjanja lahko poveča tveganje, samostojnost brez jasno opredeljenih kompetenc pa lahko povzroči nejasnost odgovornosti. Na drugi strani lahko dobro usposobljena medicinska sestra, ki pozna svoje meje, aktivno spremlja pacienta in ima možnost izraziti pomislek, pomembno prispeva k varnosti in kakovosti anesteziološke obravnave. Prispevek raziskave v slovenskem prostoru je predvsem v tem, da osvetljuje pogled anesteziologov na vlogo, kompetence in samostojnost anesteziološke medicinske sestre v konkretnem kliničnem okolju, kjer to področje še ni pogosto raziskano. Ugotovitve zato predstavljajo izhodišče za strokovni razmislek o jasnejši opredelitvi kompetenc, strukturiranem uvajanju, skupnih usposabljanjih in morebitnem formalnem specialističnem izobraževanju iz anesteziološke zdravstvene nege v Sloveniji. Za izboljšanje sodelovanja so potrebni povezani ukrepi: jasno opredeljene vloge, strukturirano specialistično izobraževanje, skupna usposabljanja, podpora mentorstvu, ustrezna kadrovska zasedba ter organizacijska kultura, ki spodbuja preverjanje, odprto komunikacijo in učenje iz kliničnih dogodkov.

3.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu šestih specialistov anesteziologije, zato ugotovitev ni mogoče posploševati na vse anesteziologe v Sloveniji. Rezultati predstavljajo zaznave in izkušnje udeležencev v njihovih konkretnih kliničnih in organizacijskih okoljih.

V raziskavo so bili vključeni samo anesteziologi, zato sodelovanje ni bilo preučeno tudi z vidika anestezioloških medicinskih sester. Vključitev obeh poklicnih skupin bi

omogočila primerjavo njihovih zaznav in celovitejše razumevanje medpoklicnega sodelovanja.

Podatki so bili pridobljeni z intervjuji in temeljijo na izjavah ter samoporočanju udeležencev. Njihovi odgovori so bili lahko povezani z osebnimi izkušnjami, trenutnimi delovnimi razmerami in socialno zaželenim odgovarjanjem. Ker je intervjuje izvedla in podatke analizirala ista raziskovalka, subjektivne interpretacije pri kodiranju ni mogoče povsem izključiti. Analize ni preveril drugi neodvisni raziskovalec, prav tako ugotovitve niso bile naknadno preverjene pri udeležencih. Za povečanje preglednosti smo postopek analize dokumentirali s kodirno matriko, kategorije pa podprli z izbranimi citati udeležencev.

Kljub navedenim omejitvam so intervjuji omogočili poglobljen vpogled v razumevanje vloge, kompetenc in sodelovanja anesteziološke medicinske sestre z vidika anesteziologov. Pri zadnjih intervjujih se niso oblikovale nove glavne kategorije, temveč so se že prepoznane vsebine predvsem potrjevale in dopolnjevale. Ocenili smo, da je bila dosežena zadostna vsebinska nasičenost za odgovor na zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju sodelovanja med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro v operativni dejavnosti. Ugotovitve kažejo, da anesteziologi anesteziološko medicinsko sestro prepoznavajo kot ključno članico tima, ki sodeluje pri pripravi, spremljanju pacienta, preprečevanju napak, obvladovanju zapletov in zagotavljanju kontinuitete obravnave.

Za klinično prakso so pomembne ugotovitve o potrebi po jasni opredelitvi kompetenc in odgovornosti, strukturiranem uvajanju novih zaposlenih, mentorstvu ter skupnih izobraževanjih anesteziologov in anestezioloških medicinskih sester. Poseben pomen imajo simulacije kritičnih dogodkov, komunikacijska usposabljanja in pogovori po zahtevnih kliničnih situacijah.

Rezultati podpirajo tudi razmislek o formalnem specialističnem izobraževanju iz anesteziološke zdravstvene nege. Morebitna širitev kompetenc bi morala temeljiti na jasno določenih izobraževalnih zahtevah, preverjanju usposobljenosti ter strokovni in pravni opredelitvi odgovornosti.

V nadaljnje raziskave bi bilo smiselno vključiti tudi anesteziološke medicinske sestre in primerjati zaznave obeh poklicnih skupin. Raziskavo bi bilo mogoče razširiti na več zdravstvenih ustanov in različna klinična okolja. Uporabne bi bile tudi raziskave z neposrednim opazovanjem sodelovanja v operacijski dvorani ter raziskave, usmerjene v učinke skupnih simulacij, komunikacijskih izobraževanj in specialističnega izobraževanja na kakovost timskega dela.

4 ZAKLJUČEK

Sodelovanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro je pomemben element varne in kakovostne obravnave pacienta v operativni dejavnosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako anesteziologi dojemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre, katere njene kompetence in vedenja prepoznavajo kot ključna ter katere okoliščine spodbujajo oziroma otežujejo kakovostno sodelovanje. Ugotovili smo, da anesteziologi anesteziološko medicinsko sestro dojemajo kot nepogrešljivo članico anesteziološkega tima. Njena vloga presega tehnično asistiranje in vključuje pripravo pacienta, zdravlil, opreme in delovišča, neprekinjeno spremljanje pacientovega stanja, preprečevanje napak, zgodnje prepoznavanje zapletov ter sodelovanje pri nujnih ukrepih. Pomemben del njenega dela je tudi celostna skrb za pacienta, ki vključuje pomirjanje, zagotavljanje udobja in spoštljiv odnos.

Med ključnimi kompetencami so udeleženci izpostavili strokovno znanje, tehnične spretnosti, situacijsko zavedanje, natančnost, odgovornost, zanesljivost, iznajdljivost in mirnost. Posebej so cenili sposobnost aktivnega spremljanja dogajanja, predvidevanja potreb in pravočasnega opozarjanja na odstopanja. Kompetentnost so povezovali tudi s poznavanjem lastnih omejitev in pripravljenostjo poiskati pomoč. Kakovostno sodelovanje temelji na medsebojnem zaupanju, jasni in dvosmerni komunikaciji, spoštovanju ter možnosti odprtega opozarjanja na napake. Zaupanje se oblikuje skozi skupne izkušnje in poznavanje sodelavca, vendar ne izključuje medsebojnega preverjanja. V kritičnih situacijah sta pomembna jasno vodenje in neposredna komunikacija, po zahtevnih dogodkih pa je smiselni skupni pregled poteka dogodka brez iskanja krivca.

Med pomembnimi okoliščinami sodelovanja so se pokazale tudi organizacijske razmere. Visoke delovne obremenitve, pomanjkanje časa in kadra, omejene možnosti izobraževanja ter nejasno določene meje samostojnosti lahko otežujejo kakovostno sodelovanje. Stopnjo samostojnosti anesteziološke medicinske sestre so udeleženci povezovali z njenim znanjem, izkušnjami, zahtevnostjo pacientovega stanja, dostopnostjo anesteziologa in zaupanjem, pridobljenim skozi skupno delo. Večina udeležencev je

podpirala nadaljnji razvoj vloge in širitev posameznih kompetenc, vendar ob formalnem specialističnem izobraževanju, preverjanju usposobljenosti ter jasni opredelitvi strokovne in pravne odgovornosti. Širitev kompetenc zato ne sme biti samo odgovor na kadrovske potrebe, temveč strokovno načrtovan proces, ki ohranja varnost pacienta.

Za izboljšanje sodelovanja bi bilo smiselno okrepiti skupna strokovna in komunikacijska izobraževanja, simulacije kritičnih dogodkov, strukturirano mentorstvo ter pogovore po zahtevnih kliničnih situacijah. Pomembna je tudi organizacijska kultura, ki spodbuja odprto komunikacijo, pravočasno sporočanje napak, medsebojno preverjanje in učenje iz kliničnih dogodkov. Ugotovitve predstavljajo pogled šestih anesteziologov in jih ni mogoče sploševati na vsa klinična okolja. Kljub temu omogočajo poglobljen vpogled v sodelovanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro. Kažejo, da varna anesteziološka obravnava temelji na strokovno usposobljenih članih tima, jasno opredeljenih odgovornostih ter okolju, v katerem člani medsebojno komunicirajo, se preverjajo in sodelujejo v korist pacienta.

5 LITERATURA

Aanderud-Larsen, C., Østlien, S. & Leonardsen, A.C.L., 2024. Prerequisites for entry to advanced nurse practitioner studies – a qualitative study of Norwegian nurse anesthetist students' experiences. *BMC Medical Education*, 24(1), pp. 1-8. 10.1186/s12909-024-05137-3.

Alingh, C.W., van Wijngaarden, J.D.H., van de Voorde, K., Paauwe, J. & Huijsman, R., 2019. Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), pp. 39-46. 10.1136/bmjqs-2017-007163.

Atalla, A.D.G., Sharif, L.S., Mahsoon, A., Banakhar, M., Ali, A.M. & Mohamed, S.M.S., 2025. From admiration to retribution: the mediating role of nurses' vengeful behaviors in the link between nurse managers' narcissism and nurses' counterproductive work behaviors. *BMC Nursing*, 24(1), pp. 1-15. 10.1186/s12912-025-03308-1.

Chin, H., Ingeman, Å. & Hergès, H.O., 2023. Anesthesiologists' conceptions of learning anesthesia in the context of their specialty training program: a phenomenographic study. *BMC Medical Education*, 23(1), pp. 2-9. 10.1186/s12909-023-04573-x.

Dahlberg, K., Sundqvist, A.S., Nilsson, U. & Jaensson, M., 2022. Nurse competence in the post-anaesthesia care unit in Sweden: a qualitative study of the nurse's perspective. *BMC Nursing*, 21(1), pp. 1-12. 10.1186/s12912-021-00792-z.

Gleeson, L.L., O'Brien, G.L., O'Mahony, D. & Byrne, S., 2023. Interprofessional communication in the hospital setting: a systematic review of the qualitative literature. *Journal of Interprofessional Care*, 37(2), pp. 203-213. 10.1080/13561820.2022.2028746.

International Council of Nurses, 2021. *Guidelines on Advanced Practice Nursing: Nurse Anesthetists*. Geneva: International Council of Nurses.

Ito, A., Sato, K., Yumoto, Y., Sasaki, M. & Ogata, Y., 2022. A concept analysis of psychological safety: further understanding for application to health care. *Nursing Open*, 9(1), pp. 467-489. 10.1002/nop2.1086.

Khalafi, A., Fallah, Z. & Sharif-Nia, H., 2024. The effect of spaced learning on the learning outcome and retention of nurse anesthesia students: a randomized-controlled study. *BMC Medical Education*, 24(1), pp. 1-7. 10.1186/s12909-024-05290-9.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. [pdf] Založba Univerze na Primorskem. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-TFMXKCNQ/ab7e9685-59eb-4850-bc9e-1a92779ae55e/PDF> [Accessed 16 December 2025].

Kristoffersen, E.W., Opsal, A., Tveit, T.O. & Fossum, M., 2022. Knowledge, safety, and teamwork: a qualitative study on the experiences of anaesthesiologists and nurse anaesthetists working in the preanaesthesia assessment clinic. *BMC Anesthesiology*, 22(1), pp. 1-12. 10.1186/s12871-022-01852-w.

Naderi, A., Janatolmakan, M., Bolandi, Z., Rezaeian, S. & Khatony, A., 2023. Physicians' attitudes towards the development of the nurse prescribing role in critical care and emergency departments. *BMC Nursing*, 22(1), pp. 1-10. 10.1186/s12912-023-01656-4.

Omejec, M., 2023. Analiza kompetenc v anesteziji v evropskem prostoru: pregled literature. In: A. Justin, K. Peternelj, R. Kočevan, B. Lekše Golob & D. Karadžić, eds. *50 let učinkovitega sodelovanja: pomembna prelomnica ali izjemna priložnost? Zbornik prispevkov z recenzijo, 53. strokovni seminar*. Rogaška Slatina, 17.-18. november 2023. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 154-160.

Pann, K.J., Buchner, V.-K., Eßl-Maurer, R., Bacher, T., Glarcher, M. & Ewers, A., 2025. International competencies of nurses with advanced practice in anesthesia nursing: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 17, pp. 1-21. 10.1016/j.ijnsa.2025.100319.

Pattni, N., Arzola, C., Malavade, A., Varmani, S., Krimus, L. & Friedman, Z., 2019. Challenging authority and speaking up in the operating room environment: a narrative synthesis. *British Journal of Anaesthesia*, 122(2), pp. 233-244. 10.1016/j.bja.2018.10.056.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2017. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Reato, F., Bresil, A., D'Angelo, C., Gorli, M., Ivziku, D., Lommi, M. & Carcano, G., 2024. Toward the definition of a repertoire of technical professional specialist competencies for operating room nurses: an ethnographic study. *Healthcare*, 12(17), pp. 1-20. 10.3390/healthcare12171774.

Reato, F., Ivziku, D., Lommi, M., Bresil, A., Andreotti, A., D'Angelo, C., Gorli, M., Picozzi, M. & Carcano, G., 2025. Transversal competencies in operating room nurses: a hierarchical task analysis. *Nursing Reports*, 15(6), pp. 1-24. 10.3390/nursrep15060200.

Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M., 2018. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), pp. 1-3. 10.1080/13561820.2017.1400150.

Sanclemente-Dalmau, M., Galbany-Estragués, P., Palomar-Aumatell, X. & Rubinat-Arnaldo, E., 2022. Defining competencies for nurse anaesthetists: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), pp. 3696-3709. 10.1111/jan.15348.

Tamai, M., Kojima, S., Baba, Y. & Kurahashi, K., 2024. Variabilities and contentions in anesthesiologists' perspectives on Japanese perianesthesia nurses: a qualitative study. *PLOS ONE*, 19(12), e0313158. 10.1371/journal.pone.0313158.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2021a. *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica – Zveza.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2021b. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Ljubljana: Zbornica – Zveza.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), 2025. *Kodeks etike medicinskih sester in babic Slovenije*. [pdf] Ljubljana: Zbornica – Zveza. Available at: https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/Kodeks-ETIKE-MS-babice_2025_splet.pdf [Accessed 13 January 2026].

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Vodnik za intervju

Spoštovani,

hvala, ker ste se odločili sodelovati v raziskavi v okviru diplomskega dela z naslovom Sodelovanje med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro v operativni dejavnosti – pogled anesteziologov: kvalitativna raziskava.

Namen raziskave je ugotoviti, kako anesteziologi dojemajo vlogo anesteziološke medicinske sestre ter katere kompetence in vedenja so po njihovem mnenju ključni za učinkovito sodelovanje v anesteziološkem timu.

Intervju bo trajal približno 30–45 minut. Sodelovanje je prostovoljno in anonimno.

Intervju bo zvočno posnet izključno za potrebe analize, po prepisu pa bo anonimiziran.

Na vprašanja lahko odgovorite po lastni presoji, intervju pa lahko kadar koli prekinete.

A. Uvodna vprašanja

1. Koliko časa že delate kot specialist anesteziologije?

- V katerih kliničnih okoljih ste doslej delovali?

2. Kako bi na kratko opisali svoje delo in vlogo v anesteziološkem timu v vašem delovnem okolju?

- Kako poteka vaše vsakodnevno sodelovanje z anesteziološkimi medicinskimi sestrami?

B. Dojemanje vloge anesteziološke medicinske sestre

3. Kako bi opisali vlogo anesteziološke medicinske sestre v vašem anesteziološkem timu?

- Katere naloge ali odgovornosti se vam zdijo pri njenem delu najpomembnejše?

- Se vam zdi, da se je ta vloga skozi leta spreminjala?

4. Kako pomembna je po vašem mnenju vloga anesteziološke medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti in kakovosti anestezije?

- Ali bi lahko navedli primer iz prakse?
- Kako se njena vloga odraža pri obvladovanju zapletov ali nepredvidenih situacij?

5. Kako bi opisali idealen partnerski odnos med anesteziologom in anesteziološko medicinsko sestro?

- Katere vrednote ali načini sodelovanja so pri tem po vašem mnenju ključni?
- Kako pomembno je medsebojno zaupanje?

6. Kako doživljate komunikacijo med vami in anesteziološkimi medicinskimi sestrami?

- Kaj po vašem mnenju dobro deluje?
- Ali so področja, na katerih bi se komunikacija lahko izboljšala?
- Ali se način komunikacije razlikuje med rutinskimi in urgentnimi situacijami?

C. Kompetence, znanja, spretnosti in vedenja

7. Katere kompetence pri anestezioloških medicinskih sestrah najbolj cenite?

- Katera strokovna znanja ali klinične spretnosti so po vašem mnenju najpomembnejše?
- Kako pomembne so izkušnje v primerjavi s formalnim izobraževanjem?

8. Katera vedenja ali osebnostne lastnosti po vašem mnenju najbolj prispevajo k dobremu sodelovanju v anesteziološkem timu?

- Na primer: samostojnost, odgovornost, komunikativnost in mirnost v stresnih situacijah?

9. Kako ocenjujete stopnjo samostojnosti anestezioloških medicinskih sester pri vašem delu?

- Se vam zdi ta stopnja ustrezna?
- Kje vidite meje samostojnosti?

10. Ali ste se v času svoje kariere udeležili izobraževanj ali delavnic s področja komunikacije?

- Če da, kako ocenjujete njihov prispevek k sodelovanju v timu?

D. Izzivi in priložnosti za izboljšave

11. S kakšnimi izzivi se po vaših izkušnjah srečujete pri sodelovanju v anesteziološkem timu?

- Ali so ti izzivi povezani z organizacijo dela, komunikacijo, obremenitvami ali kompetencami?

12. Kako pomembno je po vašem mnenju prilagajanje komunikacije različnim članom anesteziološkega tima in kako se to odraža pri sodelovanju ter varnosti pacienta?

13. Katere izboljšave bi po vašem mnenju lahko prispevale k učinkovitejšemu sodelovanju v anesteziološkem timu?

- Na ravni izobraževanja, organizacije dela ali medpoklicnih odnosov?

14. Kako vidite razvoj vloge anesteziološke medicinske sestre v prihodnosti?

- Ali podpirate širitev kompetenc ali večjo samostojnost?

- Kaj bi bilo po vašem mnenju pri tem nujno zagotoviti?

E. Zaključno vprašanje

15. Ali je še kaj, kar bi želeli dodati glede sodelovanja v anesteziološkem timu ali vloge anesteziološke medicinske sestre, pa vas o tem nisem posebej vprašala?

6.2 MATRIKA PODATKOV

Tabela 2: Primeri oblikovanja kod, podkategorij in kategorij

Primer pomenske enote oziroma zgoščene izjave	Začetna koda	Podkategorija	Kategorija	Udeleženec
Anestezije ni mogoče kakovostno izvesti brez dobro usposobljene anesteziološke medicinske sestre.	nepogrešljiva članica tima; medsebojna odvisnost	ključna in povezovalna članica tima	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A1
Medicinska sestra pripravi pacienta, zdravila, opremo in anesteziološko delovišče ter zagotavlja neprekinjen potek dela.	priprava delovišča; kontinuiteta obravnave	ključna in povezovalna članica tima	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A5
Aktivno spremlja pacienta in potek posega ter ne čaka samo na posamezna navodila.	aktivno spremljanje pacienta; dejavno sodelovanje	varnostna in nadzorna vloga	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A5
Medicinska sestra lahko opazi neobičajen odmerek, alergijo ali drugo okoliščino, ki jo je anesteziolog spregledal.	opozarjanje na odstopanja; preprečevanje napak	varnostna in nadzorna vloga	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A3
Ob nenadnem poslabšanju mora prepoznati spremembo, pripraviti potrebna zdravila in pripomočke ter poklicati pomoč.	zgodnje prepoznavanje zapleta; pravočasno ukrepanje	obvladovanje zapletov	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A4
Pomemben je nežen in spoštljiv odnos, saj je lahko grob pristop za pacienta travmatičen.	spoštljiv odnos; preprečevanje travmatične izkušnje	celostna skrb za pacienta	Vloga anesteziološke medicinske sestre v anesteziološkem timu	A6
Medicinska sestra mora razumeti, zakaj se posamezen postopek izvaja, in ne sme delati samo po navodilu.	razumevanje namena postopkov	strokovno znanje	Strokovne vedenjske kompetence in	A4
Pomembni so poznavanje zdravil, odmerkov, opreme in fizioloških sprememb.	poznavanje zdravil in fiziologije	strokovno znanje	Strokovne vedenjske kompetence in	A6
Med ključnimi kompetencami so priprava opreme, žilni pristopi in ročne spretnosti.	tehnična usposobljenost; ročne spretnosti	tehnične spretnosti	Strokovne vedenjske kompetence in	A5

Primer pomenske enote oziroma zgoščene izjave	Začetna koda	Podkategorija	Kategorija	Udeleženec
Izkušena medicinska sestra prepozna fazo posega in vnaprej pripravi potrebno zdravilo ali pripomoček.	predvidevanje potreb; razumevanje poteka posega	situacijsko zavedanje	Strokovne vedenjske kompetence in	A5
Za dobro delo so pomembni natančnost, zanesljivost, odgovornost, skrbnost in iznajdljivost.	natančnost; zanesljivost; odgovornost	profesionalne in osebnostne lastnosti	Strokovne vedenjske kompetence in	A1
V kritični situaciji mora ostati mirna, obvladati strah in ostati usmerjena v pacienta.	mirnost; čustvena samoregulacija	profesionalne in osebnostne lastnosti	Strokovne vedenjske kompetence in	A6
Formalno izobraževanje zagotavlja osnovo, dejanska usposobljenost pa se razvija tudi s kliničnimi izkušnjami.	povezovanje teorije in prakse	klinične izkušnje	Strokovne vedenjske kompetence in	A5
Zaupanje se razvija skozi skupno delo in poznavanje strokovnih sposobnosti sodelavca.	zaupanje na podlagi izkušenj	zaupanje in medsebojno preverjanje	Odnosni temelji sodelovanja	A5
Zaupanje ne izključuje preverjanja, saj se lahko zmoti vsak član tima.	dvojno preverjanje; skupna varnost	zaupanje in medsebojno preverjanje	Odnosni temelji sodelovanja	A3
Komunikacija mora biti dvosmerna; medicinska sestra sporoča opažanja, anesteziolog pa pojasni pomen ukrepa.	odprta in dvosmerna komunikacija	komunikacija	Odnosni temelji sodelovanja	A3
V kritični situaciji morajo biti navodila kratka, jasna in neposredna.	prilagajanje komunikacije situaciji	komunikacija	Odnosni temelji sodelovanja	A3
V nujni situaciji mora biti jasno, kdo vodi, vendar mora imeti medicinska sestra možnost opozoriti na nevarnost.	funkcionalno vodenje; možnost opozarjanja	partnerski odnos in funkcionalna hierarhija	Odnosni temelji sodelovanja	A4
Profesionalno sodelovanje mora biti ohranjeno tudi, kadar si člani osebnostno niso blizu.	profesionalnost kljub osebnim razlikam	partnerski odnos in funkcionalna hierarhija	Odnosni temelji sodelovanja	A3
Člani si pomagajo, poznajo svoje naloge in so usmerjeni v skupni cilj.	medsebojna pomoč; jasnost vlog	timska naravnost	Odnosni temelji sodelovanja	A2

Primer pomenske enote oziroma zgoščene izjave	Začetna koda	Podkategorija	Kategorija	Udeleženec
Po zahtevnem dogodku je potreben pogovor brez iskanja krivca, v katerem člani predstavijo svoje poglede.	neobsojajoči debriefing; skupno učenje	refleksija kritičnih dogodkov	Odnosni temelji sodelovanja	A6
Stopnja samostojnosti je odvisna od znanja, izkušenj, zahtevnosti pacienta in zaupanja anesteziologa.	individualna raven samostojnosti	samostojnost in njene meje	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A5
Medicinska sestra mora poznati meje svojih sposobnosti in pravočasno poiskati pomoč.	poznavanje lastnih omejitev; iskanje pomoči	samostojnost in njene meje	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A3
Za pridobivanje zahtevnejših kompetenc so potrebni formalno izobraževanje, klinično kroženje in preverjanje usposobljenosti.	strukturirano izobraževanje; preverjanje kompetenc	izobraževanje in mentorstvo	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A3
Izkušene medicinske sestre so pomemben vir znanja za nove medicinske sestre in mlajše zdravnike.	medpoklicno učenje; prenos izkušenj	izobraževanje in mentorstvo	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A5
Visoke delovne obremenitve, pomanjkanje časa in kadrovske omejitve lahko povzročijo napetosti ter zmanjšajo kakovost sodelovanja.	obremenjenost; časovni pritisk; pomanjkanje kadra	organizacijske spodbude in ovire	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A6
Dostop do kontinuiranega izobraževanja je omejen zaradi pomanjkanja časa in finančnih sredstev.	omejen dostop do izobraževanj	organizacijske spodbude in ovire	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A5
Širitev kompetenc je smiselna ob uvedbi formalne specializacije in jasni ureditvi odgovornosti.	pogojna širitev kompetenc; specialistično izobraževanje	širitev kompetenc in odgovornost	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A2
Večje pristojnosti pomenijo tudi večjo strokovno in pravno odgovornost.	povezava pristojnosti in odgovornosti	širitev kompetenc in odgovornost	Organizacijski pogoji in razvoj vloge	A6