

ANESTEZIJOS IR INTENSYVIOSIOS TERAPIJOS IŠPLĖSTINĖS PRAKTIKOS SLAUGYTOJAS ŪMINĖS PRIEŽIŪROS KOMANDOJE

Dovilė Stravinskaitė¹, Lina Gedrimė¹, Jelena Kutkauskienė², Natalja Fatkulina¹

¹*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas,*

²*Mykolo Romerio Teisės mokyklos Viešosios teisės institutas*

Raktažodžiai: išplėstinės praktikos anestezijos intensyvosios terapijos slaugytojas, komandinis darbas, integracijos sunkumai, komandos narių požiūris.

Santrauka

Slaugytojai, studijuodami išplėstinės praktikos slaugą, susiduria su profesine resocializacija, o profesijos naujumas kelia didelius iššūkius ir reikalauja nuolatinio tobulinimo naujo vaidmens kūrimo, įgyvendinimo ir vertinimo procese. Prieš integruojant išplėstinės praktikos anestezijos intensyvosios terapijos slaugytojo (IPAITS) vaidmenį į komandinį darbą, svarbu paruošti stiprius klinikinius specialistus, kurie turėtų gilesnių žinių, aiškiai žinotų savo teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę, gebėtų dirbti dinamiškoje aplinkoje bei turėtų tvirtą klinicisto požiūrį. Tikslas – atliekant sisteminę literatūros analizę, apžvelgti išplėstinės praktikos anestezijos intensyvosios terapijos slaugytojo integravimą į ūminės priežiūros komandas.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Mokslinių straipsnių paieška vyko Medline, Google Scholar duomenų bazėse ir eLABa bei Cochrane talpyklose, naudojantis Vilniaus universiteto prieiga. Analizuojami straipsniai buvo skirstomi į tris pogrupius pagal išsikeltus uždavinius. 1. Reanimacijos intensyvosios terapijos skyriuje (RITS) IPAITS komandos darbą papildė teikdamas į pacientą orientuotą, mokslu grįstą medicininę priežiūrą pacientams, taip užtikrindamas geresnę sveikatos priežiūros kokybę ir sumažindamas darbo krūvį kitiems komandos nariams. Operacinėse (OP) IPAITS gali padidinti darbo našumą, dirbdamas savarankiškai pagal gydytojo anesteziologo reanimatologo sudarytą anestezijos planą, gydytojui prižiūrint. 2. Veiksniai, trukdantys sklandžiai integruoti IPAITS į RITS ir OP komandas. 3. Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo bendradarbiavimo galimybės.

Rezultatai. IPAITS vaidmuo RITS ir OP komandose formuojasi atsižvelgiant į kvalifikacinius komandos narių laipsnius, vidaus dokumentuose aprašytas pareigybes ir funkcijas bei komandos susitarimus. Siekiant sėkmingai integruoti IPAITS specialistą, pagrindinės problemos kyla dėl profesinio pasitikėjimo trūkumo, prasto IPAITS vaidmens išgryninimo, skirtingų išsilavinimo reikalavimų bei slaugytojų nomenklatūros skirtumų tarptautiniu mastu. Pastebėta, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo galimybės yra palankesnės esant pozityviam komandos narių požiūriui.

Išvadas

Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo darbas komandoje nėra plačiai išnagrinėtas slaugos mokslininkų. Lietuvoje dar nebuvo atlikta tyrimų, kuriuose norima iširti IPAITS darbą komandoje, nes šios kvalifikacijos slaugytojai dar neseniai įteisinti Lietuvos sveikatos priežiūroje. Politinis pagrindas išplėstinės praktikos slaugytojo veiklai buvo 2017 metais liepos 7 dieną išleista Lietuvos medicinos norma 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ (MN). Šioje MN apibrėžta išplėstinės praktikos slaugytojo (IPS) kompetencija, pareigos ir atsakomybė [1]. Remiantis Lietuvos valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos (VASPVT) duomenimis, 2021 metų vasario 25 dieną šalyje buvo užregistruoti trisdešimt penki IPS, iš kurių praktikuojasi trisdešimt keturi [2]. VASPVT nenurodo, kokios IPS specializacijos yra šie specialistai, nes MN 160:2017 apibrėžia, kad IPS dar skirstomi į anestezijos ir intensyvosios terapijos, skubiosios medicinos pagalbos ir pirminės sveikatos priežiūros specializacijas [1,2]. Tai parodo, kad IPAITS skaičius Lietuvoje yra labai nedidelis ir ši specialybė dar tik pradeda įsitvirtinti sveikatos priežiūros komandose.

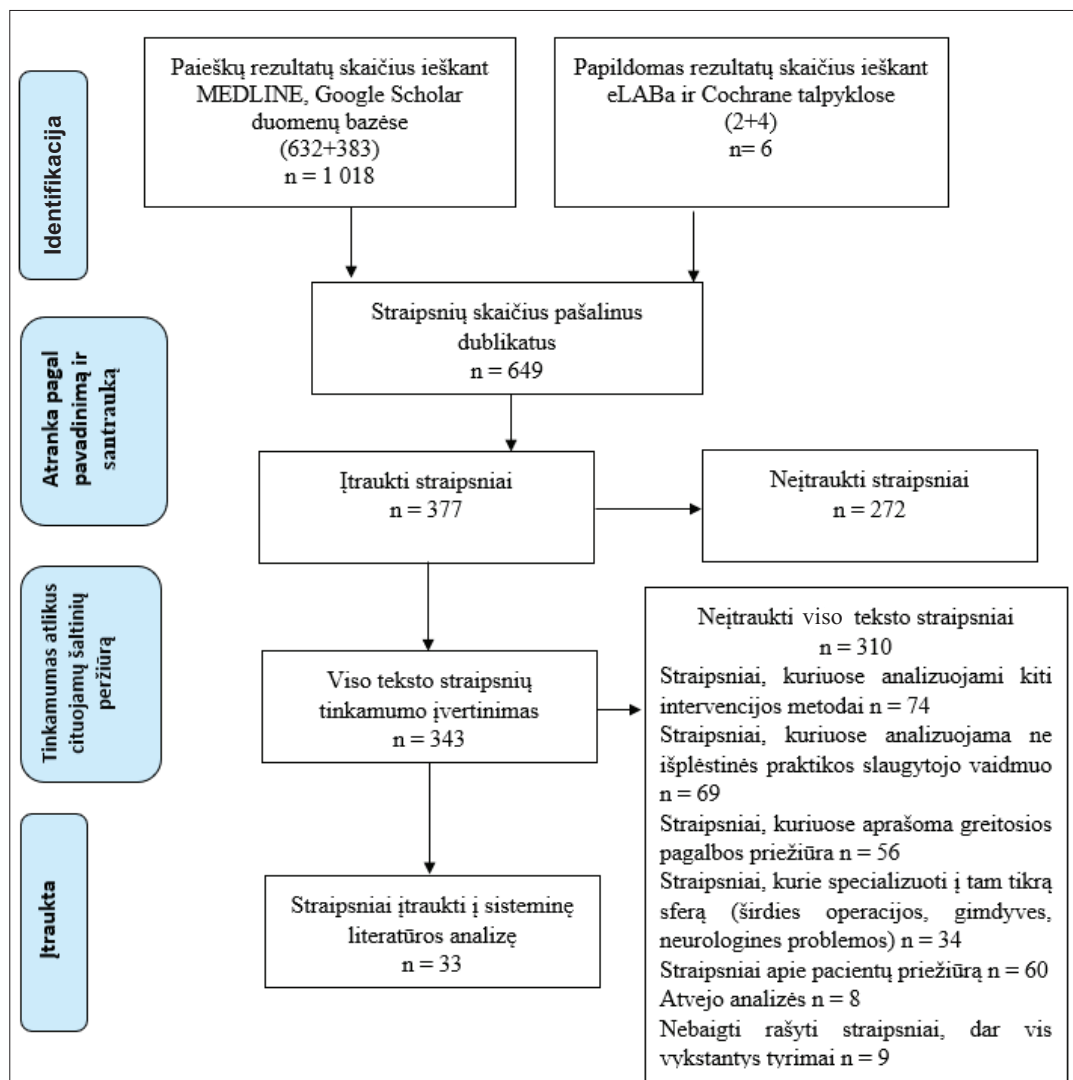
Norint palengvinti IPAITS integravimą į tarpprofesines komandas, svarbu numatyti galimas kliūtis ir iššūkius.

Viename Didžiosios Britanijos tyrime buvo nustatyta, kad slaugytojai, dirbantys ūminės sveikatos priežiūros srityje, mato tris pagrindines kliūtis, trukdančias dirbti tarpdisciplininėje komandoje – skirtingai suvokiamas komandinis darbas, skirtingas komandos narių išsilavinimas ir medicininės (hierarchinės) galios dominavimas, kuris ypač riboja komunikavimą komandoje [3]. Kitas tyrimas, kuriame pateikiama IPS vaidmens Kanadoje kūrimo ir įgyvendinimo sisteminė apžvalga, papildoma ūminės priežiūros slaugytojų nuomone ir nurodo, kad komandos narių noras bendradarbiauti yra vienas iš pagrindinių veiksnių, lengvinantis IPS integravimo procesą [4]. Sisteminės literatūros apžvalgos apie IPS ir sveikatos priežiūros komandinį darbą analizė parodė, kad palaikymas

yra svarbus tiek tarpdisciplininėje, tiek ir tarpdisciplininėje komandoje. Vienas iš dažniausių IPS integracijos iššūkių yra skirtingas IPS vaidmens suvokimas, todėl įžvelgiama, kad realizuojant IPS vaidmenį komandiniame darbe, svarbus vadovų dalyvavimas [5].

Nepaisant iššūkių, kitų šalių pavyzdžiai rodo, kad sėkmingas IPS vaidmenų nustatymas komandose gali padėti efektyviau naudoti išteklius ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Išplėstinės praktikos slauga bėgant metams vystėsi ir tapo pripažinta kaip svarbi ir auganti tendencija sveikatos priežiūros sistemose visame pasaulyje [6,7].

Tyrimo tikslas – atliekant sisteminę literatūros analizę, apžvelgti išplėstinės praktikos anestezijos intensyviosios te-



1 pav. Mokslinių straipsnių atrankos procesas

Pagal Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA grupės sisteminės literatūros apžvalgos atrankos šabloną [8].

rapijos slaugytojo integravimą į ūminės priežiūros komandas.

Tyrimo uždaviniai: 1) aprašyti išplėstinės praktikos anestezijos intensyvosios terapijos slaugytojo vaidmenį, dirbant reanimacijos intensyvosios terapijos skyriuje ir operacinėje; 2) identifikuoti ir aprašyti veiksnius, trukdančius sklandžiai integruoti išplėstinės praktikos slaugytoją į ūminės priežiūros komandas; 3) apžvelgti išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo profesinės socializacijos ir bendradarbiavimo galimybes tarp profesinėje komandoje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Siekiant giliau išnagrinėti išsikeltus darbo uždavinius, 2020 metų liepos-lapkričio mėnesiais buvo atlikta literatūros sisteminė apžvalga. Mokslinių straipsnių paieškos užklausoje buvo naudojami temą atitinkantys raktažodžiai ir jų deriniai: advanced practice nursing (APN), APN integration in intensive care unit (ICU) team, APN integration in operating room (OR) team, APN competency, APN roles, APN professional confidence, nurse anaesthesia interprofessional team work, interprofessional collaboration, interprofessional team attitude. Raktažodžiai jungti tarpusavyje or ir and junginiais, vietoje APN taip pat buvo naudojami užsienyje sutinkami atitinkantys clinical nurse specialists, nurse practitioner, nurse specialists. Dublikatams pašalinti ir literatūros sąrašui kurti naudota „Mendeley Web Importer“ ir „Mendeley Desktop“ programos. Mokslinių straipsnių paieškos ir atrankos procesas parodytas 1 paveiksle.

Straipsnių atrankos kriterijai: 1) straipsnis publikuotas patikimame moksliniame žurnale; 2) viso teksto mokslinis straipsnis anglų, lietuvių kalbomis; 3) straipsnis išleistas ne seniau nei prieš 5 metus, išimtys taikytos, jei pagal užklausą buvo nerasta norimos informacijos.

Literatūros analizavimo turinys buvo struktūruotas į 3 skyrius. Kiekviename skyriuje buvo analizuojami išsikelti uždaviniai.

Rezultatai ir jų aptarimas

Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojo vaidmuo reanimacijos intensyvosios terapijos skyriuje ir operacinėje

Reanimacijos intensyvosios terapijos skyrius. Pagrindinę RITS komandą sudaro gydytojas anesteziologas-reanimatologas (GAR), anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojai (AITS), išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojai ir slaugytojų padėjėjai. Esant individualių paciento poreikių, dažnai įtraukiami gydytojai chirurgai bei neurologai, kvėpavimo terapijos specialistai, kineziterapeutai, vaistininkai, mikrobiologai, socialiniai darbuotojai, etikai, dvasinės priežiūros terapeutai ir daugelis kitų specialistų. Visame

gydymo procese svarbus paciento artimųjų vaidmuo [9].

Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojų nėra visose RITS komandose, tačiau yra šalių, pavyzdžiui Jungtinės Amerikos Valstijos (JAV), kur išplėstinės praktikos anestezijos specialistai įsitvirtinę RITS komandose ir turi pabaigti ne tik magistrantūros, bet ir doktorantūros studijas [10,11]. Šie specialistai atlieka trachėjos intubaciją, endotrachėjinio vamzdelio keitimą, reguliuoja dirbtinės plaučių apykaitos aparatą, stebi paciento hemodinamiką ir punktuoja arterijas bei centrinės venas. Slaugytojai praktikai turi gilesnių farmakologijos, fiziologijos, patofiziologijos ir pacientų priežiūros žinių, nei anestezijos ir intensyvosios terapijos slaugytojai [12]. Lyginant IPAITS tarptautiniu mastu, matomas labai didelis skirtumas, priklausomai nuo valstybės įsakymų, švietimo reikalavimų, reglamentavimo ir praktikos taikymo sričių [13,14].

Rasta nemažai straipsnių, nagrinėjančių IPS vaidmenį, dirbant ūminės ir kritinės priežiūros sąlygomis. Viename tyrime buvo apžvelgta 145 straipsnių santrauka, kuri apibrėžė tokius specialistų vaidmenis:

1. Paciento priežiūros valdymas: paciento priežiūra viso gydymo metu, ligos istorijos pildymas, tyrimų užsakymas ir vertinimas, pagal protokolą inicijuojamas personalo darbas, procedūrų pagal kompetenciją atlikimas.

2. Edukacinės veiklos personalui, pacientams ir jų šeimoms vykdymas.

3. Medicininių gairių įgyvendinimo praktikavimas.

4. Darbo kokybės užtikrinimas: vadovauti kokybės užtikrinimui, pvz., siekti sumažinti su dirbtine plaučių apykaita susijusią pneumoniją, gerinti septinio šoko valdymą, tobulinti greito reagavimo komandas.

5. Mokslinė tiriamoji veikla: duomenų rinkimas, tiriamųjų registracija, mokslinių tyrimų valdymas.

6. Komunikacija: skatinti ir stiprinti bendravimą su RITS kolektyvu, paciento šeimos nariais, tarpdisciplininės komandos nariais.

7. Rekomendacijų teikimas [15].

Išplėstinės praktikos slaugytojas turi prisidėti prie pacientų priežiūros, integruojant išsamias slaugos žinias ir partitį, susijusią su klinicine praktika, švietimu, moksliniais tyrimais, profesiniu tobulinimu ir lyderyste [6,16]. Tokių specialistų nėra visose RITS komandose, nors tyrimai rodo, kad išplėstinės praktikos slaugos specialisto buvimas yra susijęs su aukštesniais paciento saugos balais, gebėjimu gerinti komandos aplinką, spręsti paciento ar personalo problemas, komunikacijos nesklaidumus ir, svarbiausia, numatyti ar užkirsti kelią paciento būklės pablogėjimui [17].

Operacinė. Operacinės komandą sudaro labai specializuoti, skirtingas funkcijas atliekantys nariai: chirurgijos, anestezijos ir operacinės priežiūros specialistai. Nors kie-

kvienas atlieka skirtingą vaidmenį, visi kartu siekia bendro tikslo – kuo labiau pagerinti paciento sveikatą. Tarpusavio bendradarbiavimas tarp komandos narių yra glaudžiai susijęs ir priklauso nuo esamos situacijos – daugiausia nuo operacijos tipo ir eigos. Bendradarbiauti tenka esant gyvybei pavojingoms situacijoms, todėl komandos nariai privalo derinti klinikinės žinias su praktiniais įgūdžiais. Dėl skirtingų vaidmenų ir bendro tikslo, komandos nariai yra priklausomi vienas nuo kito, todėl dažniausiai operacinės komandose susidaro skirtingos socialinės struktūros, o specialistų vaidmenis formuoja aiškios gairės ir numanomos normos, kurios nusako specialistų padėtį komandoje – kas užima vadovo vaidmenį, o kas paklūsta [18–20].

Anestezijos specialistų vaidmenys. Bus aptariamas dviejų specialistų vaidmuo, atliekant anesteziją: GAR ir sertifikuoto registruoto slaugytojo anesteziologo (SRSA), kurio apibrėžimas dažniausia atitinka IPAITS. Šių specialistų vaidmenys, užduočių pasiskirstymas ir net komandos sudėtis skiriasi priklausomai nuo valstybės ir joje reglamentuoto šių specialistų rengimo, kompetencijos, pareigų ir atsakomybės [21,22]. Nagrinėjant Prancūzijos pavyzdį matoma, kad teisės aktuose yra griežtai apibrėžiama, kad GAR turi būti fiziškai pasiekiamas operacijos metu, o SRSA gali dirbti tik pagal raštu pateiktą anestezijos strategiją, kurioje nurodytas anestezijos metodas, tikslai bei pasirinkimo ir įgyvendinimo galimybės. Teisės aktuose taip pat apibrėžiama, kad visais anestezijos etapais SRSA turėtų sugebėti pastebėti ir nustatyti komplikacijas ar fiziologinius paciento sveikatos būklės pablogėjimus ir apie pakitimus nedelsiant informuoti GAR. Jei paciento būklė stabilu, o operacijos eiga sklandi, o GAR įvertina, kad jo dalyvavimas nėra būtinas, SRSA gali savarankiškai prižiūrėti pacientą, bet tik su sąlyga, kad anesteziologas yra lengvai pasiekiamas bet kuriuo metu. SRSA turi teisę atlikti procedūras, kurios priklauso jų kvalifikacijai: pradėti taikyti bendrą anesteziją pagal sudarytą anestezijos protokolą, bet negali pakeisti ar pavaduoti anesteziologo, visada turi dirbti prižiūrimas gydytojo, kad esant nenumatytai situacijai, gydytojas galėtų nedelsiant įsikišti. Prancūzijoje populiarus darbo modelis, kai dviejose operacinėse dirba du SRSA ir vienas GAR [23]. Prancūzijos anestezijos specialistų bendradarbiavimo sistemoje labai svarbu tinkamas anestezijos specialistų komandinio darbo koordinavimas.

Anestezijos specialistai, žinodami operacijos planą, pasirenka anestezijos metodą ir medikamentus. Priklausomai nuo paciento būklės, papildomi medikamentai gali būti skiriami tiek operacijos metu, tiek po jos pagrindinių organų sistemos funkcijai palaikyti [24]. Anesteziologai skiria profilaktinę antibiotikų terapiją tam, kad būtų išvengta pooperacinių infekcijų, valdo ir užtikrina paciento kvėpavimo ir hemodinamikos stabilumą [25]. Pasaulinė sveikatos organizacija

(PSO) pažymi, kad anestezijos specialistų svarbiausias vaidmuo yra laikantis visų anestezijos priežiūros reikalavimų ir bendradarbiaujant su chirurkais užtikrinti pacientų saugumą tiek operacijos metu, tiek po jos [26].

Veiksniai, trukdantys sklandžiai integruoti išplėstinės praktikos slaugytoją į tarpprofesinę komandą. Įvairios pasaulio šalys įvardija ne vieną problemą, trukdančią sklandžiai integruoti išplėstinės kompetencijos slaugytojus į komandinį darbą [27].

- Skirtinga IPS slaugytojų nomenklatūra. Vienu metu įvairiose šalyse besivystanti ir plečianti skirtingų sričių kompetencijas IPS įgavo skirtingus pavadinimus, kurie gali sukelti painiavą nagrinėjant literatūrą tarptautiniu mastu. Klinikinis slaugos specialistas (angl. clinical nurse specialists) dažnai sutinkamas apibūdinimas Airijoje, Australijoje, Graikijoje, Irane, JAV, Italijoje, Kanadoje, Lenkijoje. Slaugytojas praktikas (angl. nurse practitioner) gali būti sutinkamas Jungtinėje Karalystėje, Italijoje, Graikijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje, IPS (angl. advanced practice nurse) apibrėžtis naudojama Airijoje, Australijoje, Ispanijoje, Lietuvoje, Suomijoje ir kitur. Rečiau sutinkamas apibūdinamas slaugos specialistas (angl. nurse specialists) – Tailande, Irane, Botsvanoje [7,28].

- Profesinio pasitikėjimo trūkumas. Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų magistrantūros studijomis siekiama išplėsti ir įtvirtinti pažangias klinikinės teorijas ir įgūdžius. R. Baxter ir D. Edvardsson straipsnyje teigiama, kad kritinės priežiūros magistrantūros baigimas žymiai padidino slaugytojų suvokiamą kompetenciją ir pasitikėjimą savimi [29]. B. Jackson ir bendraautorius apžvalgoje nurodama, kad patyrę specialistai yra vieni iš pagrindinių mentorių, nuolatos padedančių plėsti sveikatos priežiūros darbuotojų profesinį tobulėjimą, bet specialistai ne visada noriai priima paskirtą mentoriaus vaidmenį. Atsiranda vaidmenų neaiškumas, profesinio statuso nužeminimas ir skatinamas vaidmenų konfliktas, keliantis grėsmę naujai praktikuojančio specialisto pasitikėjimui [30]. K. Pfaff ir bendraautorius pažymi, kad bendradarbiavimas ir paramos teikimas tobulinant ir įsisavinant naujus įgūdžius yra būtinas, norint sustiprinti naujų slaugytojų pasitikėjimą tarpprofesiniu bendradarbiavimu [31].

- Prastas vaidmens išgryninimas. Į susiformavusią komandą integruojant išplėstinės kompetencijos slaugytoją tenka perskirstyti darbo krūvį tarp komandos narių. Kyla problemų, kai slaugytojo, gydytojo ir kitų sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos persipina [32]. Atliekamų vaidmenų aiškumas leidžia įgauti pripažinimą ir didina tarpusavio pasitikėjimą, duodantį geresnius darbo rezultatus [33].

- Skirtingi išsilavinimo reikalavimai [27]. Tarptautinė slaugytojų taryba rekomendaciniame dokumente apibrė-

žia įvairius elementus, leidžiančius formuotis išplėstinės praktikos slaugytojo vaidmens sveikatos priežiūroje viziją. Rekomendacinėse praktikos gairėse akcentuojama, kad IPS yra reikalingas oficialus švietimas, minimalus reikalaujamas lygmuo – magistro laipsnis [34].

Išplėstinės praktikos anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojo bendradarbiavimo galimybės. Siekiant sėkmingos profesinės integracijos, svarbų vaidmenį atlieka tarpprofesinis bendradarbiavimas. Daug įtakos turi ir kitų sveikatos priežiūros specialistų požiūris į slaugytojo vaidmens plėtrą. Pozityvus ar negatyvus požiūris lemia lengvesnę arba sunkesnę IPS adaptaciją sveikatos priežiūros sistemoje [35]. Gydytojai ir slaugytojai glaudžiausiai bendradarbiauja dirbdami komandoje, todėl nuo jų požiūrio priklauso, ar išplėstinės praktikos slaugytojas bus sutiktas noriai ir lengvai integruosis į tarpprofesinę komandą. Izraelyje atliktas kiekybinis tyrimas parodė, kad tiek slaugytojai, tiek gydytojai sutiko, kad praplėstas slaugytojo vaidmuo didina pacientų pasitikėjimą, gerina veiklos ekonomiškumą. Slaugytojai ir gydytojai sutiko, kad IPS galėtų atlikti paciento vertinimą ir surinkti ligos anamnezę, paskirti vaistus ir gydymą pagal standartinius protokolus, paskirti ir interpretuoti laboratorinius ir diagnostinius tyrimus. Tyrime buvo nustatyta, kad kuo didesnis gydytojo darbo stažas, tuo pesimistiškiau vertinami galimi pokyčiai. Tiriant slaugytojų nuomonę pastebėta, kad turintys akademinis laipsnius ir aukštesnes pareigas užimantys slaugytojai išreiškia palankesnę požiūrį į IPS. Tyrimas parodė, kad daugiau nei 2/3 tiriamųjų labiau pritaria IPS integracijai, nei nepitaria. Interpretuojant tyrimo duomenis manoma, kad slaugytojai labiau pritaria slaugos vaidmeniui išplėtimui nei gydytojai, nors apskritai gydytojai palaiko slaugytojų praktikos išplėtimą [36]. Airijoje atliktas tyrimas parodė, kad kyla problemų apibrėžiant IPS vaidmenį, nes tik 11 proc. tyrimo dalyvių nurodė, kad aiškiai suprato IPS vaidmenį. Tyrimo rezultatai parodė, kad požiūris į IPS vaidmenį yra sudėtingas ir daugialypis. Ir Izraelyje, ir Airijoje atliktuose tyrimuose buvo nustatyta, kad slaugytojai labiau pritaria IPS integracijai, nei gydytojai, tačiau iš esmės vieni ir kiti specialistai šiam pokyčiui labiau pritaria nei nepitaria [37].

Lietuvoje problema panaši. Viename iš naujausių tyrimų teigiama, kad iš 131 gydytojo anesteziologo-reanimatologo 92 proc. respondentų nurodė, jog jiems trūksta žinių apie IPS profesiją [38], tačiau Lietuvoje ženkliai anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų branda, tobulėjimas ir pasirengimas naujai veiklai. Naujausias tyrimas rodo, kad dauguma Lietuvos anestezijos intensyviosios terapijos slaugytojų jau atlieka kai kurias išplėstinės praktikos funkcijas: stebi pacientų skysčių balansą, pagal kintamą hemodinamiką taiko infuzijos terapijos kontrolę, taiko klinikinės farmakologijos žinias teikiant anesteziją, gaivinant, intensyviai gydant pacientus [39].

Išvados

1. Reanimacijos-intensyviosios terapijos skyriuje IPAITS komandos darbą papildoma teikdamas į pacientą orientuotą, mokslu grįstą medicininę priežiūrą, taip užtikrinamas geresnę pacientų sveikatos priežiūros kokybę ir palengvindamas darbo krūvį komandos nariams. Operacinėse IPAITS gali padidinti darbo našumą ir, prižiūrimas gydytojo anesteziologo reanimatologo, dirbti savarankiškai pagal gydytojo anesteziologo reanimatologo sudarytą planą.

2. Siekiant sėkmingai integruoti IPS specialistą, problemų kyla dėl profesinio pasitikėjimo trūkumo, prasto IPS vaidmens išgryninimo, skirtingų išsilavinimo reikalavimų bei slaugytojų nomenklatūros skirtumų.

3. Pastebėta, kad tarpprofesinio bendradarbiavimo galimybės palankesnės, esant pozityviam komandos narių požiūriui.

Literatūra

1. LR sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas Nr.V-852 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. TAR, 2017-07-12, Nr.12017
<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/96b1d63166cf11e7a53b83ca0142260e?jfwid=11dyheoksi>
2. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. SPS licencijų sąrašas. <https://licencijavimas.vaspvt.gov.lt/License/PublicSpecialistIndex>
3. Atwal A, Caldwell K. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):359-65.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x>
4. Di Censo A. Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada: a decision support synthesis. 2010.
5. Kilpatrick K, Ritchie JA, Lamothe L. Advanced practice nursing, health care teams, and perceptions of team effectiveness 2011;30(3):215-26.
<https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318225e03a>
6. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Heal Work Pap* 2010;(54).
7. Sheer B, Kam F, Wong Y. The Development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(3):2004-211.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x>
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman G, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz J V., Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and

- Critical Care Medicine. *J Crit Care* 2017;37:270-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
10. Ray WT, Desai SP. The history of the nurse anesthesia profession. *J Clin Anesth.* 2016;30:51-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2015.11.005>
 11. Madsen R, Walker J, Horton B, Martin-Sheridan D, Yablonky M, Gerbasi F. Council on accreditation of nurse anesthesia educational programs. *AANA J* 2014;82(3):177-83.
 12. Kleinpell RM, Hravnak M, Werner KE, Guzman A. Skills taught in acute care np programs: a national survey. *Nurse Pract* 2006;31(2).
<https://doi.org/10.1097/00006205-200602000-00003>
 13. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev* 2015;62(3):421-9.
<https://doi.org/10.1111/inr.12193>
 14. Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *International Journal of Nursing Sciences* 2017;4:196-204.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.002>
 15. Kleinpell RM, Ely EW, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. *Crit Care Med* 2008;36(10):2888-97.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318186ba8c>
 16. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004;48(5):530-40.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>
 17. Robinson J, Clark S, Greer D. Neurocritical care clinicians' perceptions of nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit. *J Neurosci Nurs* 2014;46(2):E3-7.
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000040>
 18. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Acad Med* 2002;77(3):232-7.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200203000-00013>
 19. Gfrörer R, Schüpfer G, Schmidt CE, Bauer M. Teambildung im operationssaal. Auswirkungen auf die entscheidungsqualität. *Anaesthesist* 2005;54(12):1229-34.
<https://doi.org/10.1007/s00101-005-0932-0>
 20. Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery* 2006;139(2):140-9.
<https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.06.017>
 21. Sheer B, Wong F. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(3):204-11.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x>
 22. Egger Halbeis CB, Schubert A. Staffing the operating room suite: perspectives from Europe and North America on the role of different anesthesia personnel. *Anesthesiology Clinics.* Elsevier 2008;26:637-63.
<https://doi.org/10.1016/j.anclin.2008.07.002>
 23. Fischler M, Cardin JL, Faucon T, Adam R. Presence of anesthesiologists and nurses in the operating room: liability of surgeons and health care facilities. *Journal of Visceral Surgery* 2019;156:S15-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jvisurg.2019.05.008>
 24. White PF, Kehlet H, Neal JM, Schrickler T, Carr DB, Carli F. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesth Analg* 2007;104(6):1380-96.
<https://doi.org/10.1213/01.ane.0000263034.96885.e1>
 25. Wacker J, Staender S. The role of the anesthesiologist in perioperative patient safety. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2014;27(6):649-56.
<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000124>
 26. Merry AF. Role of Anesthesiologists in WHO Safe Surgery Programs. *Int Anesthesiol Clin.* 2010;48(2):137-50.
<https://doi.org/10.1097/AIA.0b013e3181cd1615>
 27. Kleinpell M. Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *OJIN.* 2014;19(2):1.
 28. Woo B, Lee J, Tam W. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health* 2017;15(1):63.
<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
 29. Baxter R, Edvardsson D. Impact of a critical care postgraduate certificate course on nurses' self-reported competence and confidence: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2018;65:156-61.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.004>
 30. Jackson BN, Purdy SC, Cooper-Thomas HD. Role of professional confidence in the development of expert allied health professionals: a narrative review. *J Allied Health* 2019;48(3):226-34.
 31. Pfaff KA, Baxter PE, Jack SM, Ploeg J. Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud* 2014;51(8):1142-52.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001>
 32. Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J, et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care* 2015;29(2):131-7.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955910>
 33. Burgess J, Purkis M. The power and politics of collaboration in nurse practitioner role development. *Nurs Inq* 2010;17(4):297-308.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00505.x>
 34. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Turale S, Pulcini J, et al. Guidelines on advanced practice nursing. Switzerland: International Council of Nurse 2020.
 35. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of su-

- ccessful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care* 2008;22(2):133-47.
<https://doi.org/10.1080/13561820701795069>
36. Brodsky E, Van Dijk D. Advanced and specialist nursing practice: attitudes of nurses and physicians in Israel. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(2):187-94.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00225.x>
37. Griffin M, Melby V. Developing an advanced nurse practitioner service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *J Adv Nurs* 2006;56(3):292-301.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04025.x>
38. Jasukaitienė E. Išplėstinės praktikos slaugytojų kompetencijų ir teisinės apsaugos vertinimas gydytojų anesteziologų-reanimatologų požiūriu. Kaunas: LSMU, 2017
<https://www.lsmuni.lt/cris/handle/20.500.12512/101842>
39. Rakauskaitė D. Išplėstinės slaugos praktikos plėtros galimybių įvertinimas anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojų požiūriu. Kaunas: LSMU, 2020 <https://193.219.163.160/cris/handle/20.500.12512/108103>

ADVANCED PRACTICE ANESTHESIA AND INTENSE THERAPY NURSE IN A ACUTE CARE UNIT: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

D. Stravinskaitė, L. Gedrimė, J. Kutkauskienė, N. Fatkulina

Keywords: advanced practice anesthesia and intense care nurse, teamwork, the difficulties of integration, the view of team members.

Summary

Nurses, who study advanced practice nursing, experience career resocialization. The freshness of the profession raises new challenges and requires constant improvement, development and refinement for complete integration. Before full incorporation of an advanced practice anesthesia and intense care nurses (further on - APAICN) into an organized team, it is important to prepare highly

skilled specialists, who would not, just excel in their deeper knowledge and understanding of required rights, duties, competencies and responsibilities, but even be able to engage in a well thought out practice, work in a dynamic environment and have a strong clinician approach. Goal - review the integration of the advanced practice anesthesia and intensive care nurse into acute care teams through a systematic literature overview. Research material and methods – The search for scientific articles took place in MEDLINE, Google Scholar databases and eLABa and Cochrane repositories using Vilnius University access. The analyzed articles were divided into three subgroups according to the tasks set: 1. In the intensive care unit (further on - ICU) the APAICN enrich the team by providing a patient oriented and science based medical care, thus ensuring better quality of health care and easing the workload for other team members. Meanwhile in the operating room (further -OR) the APAICN can increase work efficiency by working independently according to the anesthesia plan drawn up by the anesthesiologist and under his supervision. 2. Factors hindering the smooth integration of APAICN into ICU and OR teams. 3. APAICN professional socialization and opportunities for cooperation. Results. The role of APAICN in ICU and OR teams is formed on the basis of the qualification degrees of the team members, the positions and functions described in law and the internal agreements of the team. The main problems in successful integration of the APAICN specialist arise from lack of professional confidence, poor APAICN role development, different educational requirements and differences in nursing nomenclature internationally. It was observed that the opportunities for interprofessional cooperation are more favorable in teams with a positive attitude.

Correspondence to: dovilee134@gmail.com

Gauta 2021-03-09