

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava

The development of a model of interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care: A qualitative descriptive study

Marko Petrovič^{1, *}, Benjamin Osmančević², Sabina Ličen³, Igor Karnjuš³, Mirko Prosen³

IZVLEČEK

Ključne besede: zdravstvena nega; farmacija; medicina; rokovanje z zdravili; sodelovanje

Key words: nursing; pharmacy; medicine; medication handling; collaboration

¹ Zdravstveni dom Izola, Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, Slovenija

² Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije, Zagrebačka 30, 52100 Pula, Hrvaška

³ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor /
Corresponding author:
marko.5rovic@gmail.com

Uvod: Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester pri zagotavljanju farmacevtske skrbi je pomembno z vidika zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta. Vendar pa vključevanje medicinskih sester v farmacevtsko skrb odpira tudi številna vprašanja, povezana z njihovim izobraževanjem ter posledično posedovanjem kompetenc za njihovo učinkovito vlogo pri zagotavljanju farmacevtske skrbi. Cilj raziskave je bil ugotoviti stališča zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester do vloge slednjih v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi v Sloveniji.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna interpretativna metoda. V namenski kvotni vzorec je bilo vključenih 24 oseb: osem zdravnikov, osem farmacevtov in osem medicinskih sester. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji. Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo metode analize vsebine.

Rezultati: Raziskava je razkrila, da medicinske sestre že sedaj opravljajo del nalog na področju farmacevtske skrbi in svojo vlogo vidijo tudi v nadaljnjih prizadevanjih za medpoklicno sodelovanje. Ugotovitve sicer kažejo, da zdravniki in farmacevti niso naklonjeni morebitnim profesionalnim kompetencam medicinskih sester, ki vključujejo področje zagotavljanja farmacevtske skrbi. Ob tem izpostavljajo zlasti znanje, ki ga po njihovem mnenju medicinskim sestram primanjkuje. Rešitev vidijo v vpeljevanju dodatnih izobraževanj s področja farmakologije. Medicinske sestre menijo, da so v okviru zagotavljanja farmacevtske skrbi zapostavljene oziroma neenakopravne.

Diskusija in zaključek: Medpoklicno sodelovanje v okviru zagotavljanja farmacevtske skrbi je zelo pomembno in ima lahko pozitiven vpliv na rezultate zdravljenja, vendar morajo medicinske sestre pridobiti ustrezna dodatna znanja in posledično kompetence, se kontinuirano izobraževati, imeti vidnejšo vlogo v kliničnih raziskavah ter ne nazadnje v teh prizadevanjih tudi same prevzemati dejavnejšo vlogo.

ABSTRACT

Introduction: Interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care is important in ensuring quality patient care. However, including nurses in pharmaceutical care opens up several issues related to their education and consequently, also their competencies to ensure effective pharmaceutical care. The aim of the study was to establish the viewpoints of doctors, pharmacists, and nurses, and about the role of nurses in interprofessional collaboration in pharmaceutical care in Slovenia.

Methods: A descriptive interpretative method was used. A purposive quota sample included 24 participants: 8 doctors, 8 pharmacists and 8 nurses. Data were collected by semi-structured interviews. The obtained data were analysed using the content analysis method.

Results: The study has showed that nurses have been performing tasks in pharmaceutical care and that they also see their role in further efforts of interprofessional collaboration. However, the results show that doctors and pharmacists are not in favour of nurses' potential professional competencies, which include pharmaceutical care. In particular, they draw attention to the knowledge that they consider nurses lack. They see a solution in the introduction of additional training in pharmacology. Nurses believe that they are mistreated or treated unequally in pharmaceutical care.

Discussion and conclusion: Interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care is highly significant and can bring positive results to treatment, but nurses should obtain additional knowledge, have a more prominent role in clinical trials and assume a more active role in these efforts.



Prejeto / Received: 22. 4. 2020
Sprejeto / Accepted: 17. 5. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>

Uvod

Sistem zdravstvenega varstva sestavljajo multifaktorski, kompleksni podsistemi, v katerih za paciente skrbijo različni profesionalci, na različnih lokacijah in nivojih zdravstvenega varstva. Ko govorimo o kakovosti prejete zdravstvene oskrbe in učinkovitosti samega sistema nujenja zdravstvenih storitev, je izrednega pomena koordinacija med temi profesionalci. Pomemben del predstavlja farmacevtska skrb za pacienta, pri čemer prevzemajo pomemben del nalog tudi medicinske sestre (Anoz-Jimenez, Ferrer Ferrer, Becerril Moreno, Navarro de Lara, & Estaun Diaz de Villegas, 2011; Morley & Cashell, 2017).

Na podlagi poročil Svetovne zdravstvene organizacije so leta 1994 termin farmacevtska skrb (ang. *pharmaceutical care*) definirali zlasti skozi vlogo farmacevta. Farmacevtska skrb je bila v tem pogledu prepoznana kot filozofija prakse, v kateri je pacient primarni prejemnik farmacevtove dejavnosti in se osredotoča na stališča, vedenja, zavezo, skrb, etiko, znanje, odgovornosti in spretnosti farmacevta v smeri doseganja terapevtskih rezultatov glede zdravja pacienta in njegove kakovosti življenja. Hkrati je bilo sklenjeno, da farmacevtska skrb ni ločeno področje od ostalih zdravstvenih storitev, ampak se dogaja v sodelovanju s pacienti, zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in z ostalimi zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo pacienta (De Baetselier et al., 2020).

Leta 2013 je združenje *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) revidiralo definicijo farmacevtske skrbi in s tem odpravilo nekatere nejasnosti. Zapisali so, da je farmacevtska skrb (ang. *pharmaceutical care*) dejavnost, s katero farmacevt zagotavlja odgovorno zdravljenje z zdravili za optimiziranje kakovosti pacientovega življenja in doseganje pozitivnih končnih izidov zdravljenja. Vendar pa je bilo na podlagi nekaterih nestrinjanj ugotovljeno tudi, da farmacevtska skrb ni zgolj delo farmacevta, ampak tudi prispevek drugih zdravstvenih delavcev in celo pacientov (Allemann et al., 2014).

Prav vključitev drugih zdravstvenih delavcev v oskrbo pacienta tvori medpoklicno sodelovanje, ki postaja vse pomembnejši del kakovostne zdravstvene oskrbe (Khan, Khan, Shoaib, Yousuf, & Mir, 2014). V zadnjih dveh desetletjih je vse bolj v ospredju sodelovanje ne le med zdravniki in farmacevti, temveč tudi z medicinskimi sestrami, saj preživijo ob pacientih veliko več časa kot kateri koli drugi zdravstveni strokovnjak (Makowsky et al., 2009; Anoz-Jimenez et al., 2011; Khan et al., 2014; Wang, Wang, Huang, Zhang, & Liu, 2018).

Farmacevtska skrb zahteva sodelovanje zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov (Choo, Hutchinson, & Bucknall, 2010). Raziskava, ki so jo opravili Anoz-Jimenez et al. (2011), je pokazala, da je sodelovanje medicinskih sester v farmacevtski skrbi

zelo pomembno predvsem pri izboljšanju kakovosti farmakoterapije. Medicinske sestre so priznane kot strokovnjakinje, ki znotraj verige zagotavljanja farmacevtske skrbi pacientu nudijo informacije, spremljajo učinke zdravil in morebitne stranske učinke (Dilles, Vander Stichele, Van Rompaey, Van Bortel, & Elseviers, 2010). Dejstvo je, da vloga medicinskih sester ni vedno izrecna in jasna drugim strokovnjakom, kar lahko otežuje medpoklicno sodelovanje. Na področju farmacevtske skrbi sta potrebna interdisciplinarni pristop in medpoklicna komunikacija, saj sta bistvena za zmanjševanje napak pri rokovanju z zdravili (Choo et al., 2010).

Vloga medicinske sestre na področju farmacevtske skrbi se v različnih državah Evrope spreminja. Vpetost medicinskih sester v nudenje farmacevtske skrbi, kot so zdravstvena vzgoja pacientov, podpora pri zdravljenju, spremljanje pacientovih odzivov zaradi možnih stranskih učinkov zdravil in ne nazadnje tudi predpisovanje zdravil, je vedno večja. Predhodne raziskave so pokazale, da vloga medicinskih sester v Evropi pri zagotavljanju farmacevtske skrbi ni transparentna in do so med državami očitne razlike v zakonodaji, praksi zdravstvene nege kot tudi izobraževanju s tega področja. To omejuje sodelovanje pri zagotavljanju farmacevtske skrbi na več nivojih: kakovost medosebne komunikacije in medpoklicnega sodelovanja, sodelovanje v mednarodnih raziskavah in inovacijah ter mobilnosti na trgu dela (De Baetselier et al., 2020; Vaismoradi, Jordan, Vizcaya-Moreno, Friedl, & Glarcher, 2020).

Ravno zaradi pomanjkanja transparentnosti vloge medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju pri zagotavljanju farmacevtske skrbi je bila dana evropska pobuda, da se oblikuje ustrezen model, ki bi vlogo medicinskih sester jasno opredeljeval in tudi usmeril implikacije za prakso in izobraževanje. V obsežni presečni raziskavi EUPRON iz leta 2018, opravljeni v šestnajstih evropskih državah (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2018), je bila raziskana vloga medicinskih sester na različnih področjih zagotavljanja farmacevtske skrbi: spremljanje stranskih učinkov in terapevtskih učinkov zdravil, predpisovanje zdravil ter zagotavljanje izobraževanja pacientov in obveščanje o zdravilih. Ugotovitve so pokazale, da je vloga medicinske sestre pri rokovanju z zdravili prepoznana kot pozitivna za kakovost zdravstvene oskrbe, zaradi česar je večina zdravstvenih delavcev menila, da bi morala biti vloga medicinskih sester širša. Po drugi strani se je pokazalo, da se medpoklicno sodelovanje, zlasti med medicinskimi sestrami in farmacevti, sooča s številnimi izzivi povsod po Evropi (De Baetselier et al., 2020; Heczkova & Dilles, 2020).

Evropskemu projektu EUPRON je sledil triletni projekt »Razvoj modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi« (DeMoPhaC), v katerem je sodelovalo 14 evropskih držav in katerega namen je bil uresničiti cilj projekta

EUPRON. Izhodiščni model medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi predvideva štiri odgovornosti medicinskih sester: nadziranje in spremljanje učinkov zdravila, nadziranje in spremljanje učinkovitosti zdravila, sprejemanje odločitev o uporabi zdravil, vključno s predpisovanjem zdravil, in zdravstvenovzgojno delo ter izobraževanje pacienta o uporabi zdravil (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2019; De Baetselier et al., 2020).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil s pomočjo matrike PSPN (ang. SWOT) proučiti prednosti (ang. *strengths*), slabosti (ang. *weaknesses*), priložnosti (ang. *opportunities*) in nevarnosti (ang. *threats*) medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi z vidika treh poklicnih skupin: zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester. Cilj tovrstnega zbiranja podatkov je bil usmerjen v razvoj modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi. Postavljeno je bilo naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kakšna so stališča medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov glede prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v zagotavljanju farmacevtske skrbi?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja, saj zaradi narave preučevanega fenomena omogoča

boljši vpogled v razmišljanje, razumevanje in vedenje posameznika (Kaae & Traulsen, 2015). V okviru kvalitativne metodologije smo uporabili deskriptivno interpretativno metodo. Slednja je opisana kot razumljiva kombinacija, sestavljena iz tehnike zbiranja, analiziranja, obdelave in interpretacije pridobljenih podatkov in njihove predstavitve (Sandelowski, 2000; Polit & Beck, 2020).

Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji. Takšen način intervjuvanja omogoča prožno tehniko zbiranja podatkov, saj je možna uporaba zaprtih ali odprtih tipov vprašanj, kar intervjuvancu omogoča tako kratke odgovore kot odgovore v obliki pripovedi. Uporablja se ga lahko kot samostojno tehniko zbiranja podatkov ali v kombinaciji z drugimi tehnikami (Yin, 2011). Vodič po intervjuju je bil zasnovan na Univerzi v Antwerp (University of Antwerp, Faculty of Medicine and Health Sciences, Center for Research and Innovation in Care) in uporabljen za zbiranje podatkov v vseh državah, sodelujočih v projektu. Vprašanja so bila zasnovana ob štirih osrednjih temah: (1) prepoznana vloga medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (2) naloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (3) interakcije v medpoklicnem sodelovanju pri rokovanju z zdravili ter (4) perspektiva PSPN za razvoj idealnega modela medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi. Vodič po intervjuju je bil preveden iz angleščine v slovenščino, prevod pa pregledan s strani tričlanske skupine strokovnjakov s

Tabela 1: Primeri vprašanj, vključenih v vsebino delno strukturiranega intervjuja

Table 1: Examples of questions included in the semi-structured interview

| Št. / No. | Vprašanja delno strukturiranega intervjuja / Questions of the semi-structured interview |
|-----------|--|
| 1. | Na katere dolžnosti pomislite, ko razmišljate o idealni vlogi medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju pri rokovanju z zdravili, in kako bi te dolžnosti izgledale v praksi? |
| 2. | Katere specifične naloge naj bi po vašem mnenju pri rokovanju z zdravili opravljala medicinska sestra znotraj svoje vloge v medpoklicnem timu? |
| 3. | Kako naj bi po vašem mnenju potekala sodelovanje in interakcija med medicinskimi sestrami in ostalimi člani zdravstvenega tima znotraj domene rokovanja z zdravili? |
| 4. | Katere so prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili? |
| 5. | Katere naloge / vloge ne bi spreminjali oziroma katere so po vašem mnenju v dosedanji praksi dobre? |
| 6. | Katere so pomanjkljivosti oziroma slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili? |
| 7. | Kaj trenutno v praksi ne poteka, kot bi moralo? |
| 8. | Kaj bi morali spremeniti znotraj vloge in nalog medicinske sestre, da bi dosegli najvišji nivo kakovosti rokovanja z zdravili? |
| 9. | Kakšne so možnosti za razvoj vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili, če bi želeli idealni model vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili prezrcaliti v prakso? |
| 10. | Kaj bi potrebovali za uresničenje te drugačne vloge in kakšne okoliščine bi potrebovali? |
| 11. | Kakšne nevarnosti se lahko pojavijo, če bi model idealne vloge medicinske sestre pri preskrbi pacienta z zdravili poskušali implementirati v dejanske okoliščine? |
| 12. | Kateri faktorji ali okoliščine bi ovirali prenos modela v prakso? |

Tabela 2: Demografski podatki intervjuvancev
Table 2: Demographic data of the study participants

| Spremenljivka / Variable | Poklicna skupina / Professional group | n | \bar{x} | s |
|--------------------------|---------------------------------------|---|-----------|-------|
| Starost | Medicinska sestra (Ms) | 8 | 42,12 | 9,17 |
| | Farmacevt (Far) | 8 | 44,50 | 5,63 |
| | Zdravnik (Zdr) | 8 | 41,78 | 9,94 |
| Delovna doba | Medicinska sestra (Ms) | 8 | 20,37 | 10,23 |
| | Farmacevt (Far) | 8 | 18,12 | 5,74 |
| | Zdravnik (Zdr) | 8 | 15,37 | 9,94 |

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; n – frekvenca / frequency

področja zdravstvene nege. V Tabeli 1 predstavljamo nekaj primerov vprašanj, vključenih v intervju.

Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski kvotni vzorec t. i. ključnih informatorjev, strokovnjakov s področja zdravstvene nege ($n = 8$), farmacije ($n = 8$) in medicine ($n = 8$). Intervjuvanci so se med seboj razlikovali glede na stopnjo izobrazbe, področje dela in raven zdravstvene dejavnosti, na kateri opravljajo delo. Namenski vzorec je bil izbran, ker je njegova prednost pridobiti ciljne informacije o zadevah, ki so pomembne za raziskovanje s pomočjo ljudi, ki preučevani fenomen najbolj poznajo ali so vanj vključeni (Asiamah, Mensah, & Oteng-Ahayie, 2017).

V raziskavo je bilo vključenih 24 intervjuvancev. Moser & Korstjens (2018) sicer navajata, da je 15 najmanjše potrebno število intervjuvancev za izvajanje kvalitativnega raziskovanja v okviru deskriptivno-interpretativne metode. Večje število zapira krog; kvalitativne podatke zbiramo do točke, ko smo z raziskavo dobili izčrpne podatke o preučevani tematiki. Izbor enot v vzorec je temeljil na pragmatični oceni podane vsebine in tudi oceni saturacije besedila (Vasileiou, Barnett, Thorpe, & Young, 2011).

V raziskavo smo zajeli enega diplomiranega zdravstvenika in sedem diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v primarni in sekundarni zdravstveni dejavnosti oziroma na področju socialnega varstva in oskrbe. S področja farmacije so bili v raziskavo vključeni dva magistra in šest magistric farmacije, ki so zaposleni v primarni (lekarniški) in sekundarni zdravstveni dejavnosti. Vzorec so sestavljali tudi trije zdravniki in pet zdravnic, ki so zaposleni v primarni in sekundarni zdravstveni dejavnosti oziroma na področju socialnega varstva in oskrbe. Podatke o starosti in delovni dobi intervjuvancev podrobno prikazujemo v Tabeli 2.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo je v sodelovanju s 14 evropskimi državami koordinirala Univerza v Antwerpnu. Poleg Belgije in Slovenije so v raziskavi sodelovali še predstavniki

Španije, Severne Makedonije, Slovaške, Češke, Nemčije, Norveške, Portugalske, Italije, Madžarske, Nizozemske, Grčije in Velike Britanije. V prvi fazi je vsaka država opravila po en intervju iz vsake poklicne skupine. Ti intervjuji so bili analizirani, pozneje prevedeni v angleščino in posredovani koordinatorju. Na osnovi podatkov vseh držav je bila oblikovana t. i. knjiga kod. S tem smo pridobili enoten sistem kodiranja za nadaljnjo analizo intervjujev.

Vsi intervjuvanci so bili pred pričetkom raziskave informirani o namenu in ciljih raziskave. Pred pričetkom intervjuja smo od vsakega intervjuvanca pridobili pisno soglasje ter zagotovili anonimnost. Vsak intervjuvanec je bil informiran tudi s predlogom modela; sliko je dobil v vpogled pred intervjujem. Vsi intervjuji so bili zvočno posneti, opravljeni so bili dobesedni prepisi (transkripti). Zbiranje podatkov je potekalo od decembra 2018 do aprila 2019.

Po transkripciji vseh intervjujev smo opravili vsebinsko analizo na podlagi vnaprejšnje kodne klasifikacije, ki je bila sestavljena iz zaporedne številke intervjuja, prostora za vpis primera besedila (citata), prostora za interpretacijo vsebine, šifre vprašanja v intervjuju ($n = 51$), podkod ($n = 42$) in glavnih kod ($n = 11$). Analiza je potekala v programu Microsoft Excel za vsak intervju posebej in za vsako poklicno skupino posebej, vendar so bili za končno analizo podatki združeni. Vsebinska analiza je nato potekala z ustaljeno prakso (kodiranju je sledilo združevanje v večje pomenske vsebinske skupine) (Sandelowski, 2000; Polit & Beck, 2020).

Rezultati

Rezultati so bili zaradi narave fenomena in ciljev, ki smo jih zastavili, združeni in zato predstavljeni skozi naslednje štiri teme: (1) prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (2) slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (3) priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi in (4) nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi (Tabela 3).

Tabela 3: Teme in podteme
Table 3: Themes and sub-themes

| <i>Tema / Theme</i> | <i>Podtema / Sub-theme</i> | <i>Citat / Citation</i> |
|---|---|---|
| Prednosti trenutne vloge medicinske sestre | Stik s pacientom | <i>Prednosti vloge medicinske sestre? Ja to, da je ob pacientu in je prva tam / na razpolago/ (Zdr_06).</i> |
| | Pravila aplikacije zdravil | <i>Prednosti? //Ja v aplikaciji terapije, pet ali koliko je že tistih P-jev (Far_05).</i> |
| | Druge prednosti | <i>Edukacija pacienta, mislim, da jim to gre najbolje (Far_02).</i> |
| | Ni prednosti v trenutni vlogi | <i>Pravzaprav trenutne prednosti so že utečene stvari, katerih jaz ne bi menjal, to, da nekdo predpiše, drugi pa aplicira terapijo in opazuje pacienta oziroma skupino pacientov je zame odličen sistem (Zdr_01).</i> |
| Slabosti trenutne vloge medicinske sestre | Pomanjkanje znanja | <i>Slabost je znanje, tukaj bi lahko bil minus, velikokrat si preveč pristojnosti jemljejo naproti temu, koliko je znanja o zdravlilih (Far_02).</i> |
| | Kompetence | <i>Slabosti – to, da nima pristojnosti, konkretno, če pogledam na mojo referenčno sestro, ona nekaj zazna in potem nič, tako ali tako ne more nič, napoti ga nazaj k meni, nima nekega mehanizma, da bi lahko naredila kaj sama (Zdr_08).</i> |
| | Druge slabosti | <i>Organizacija dela je slabost medicinskih sester, premalo kadra in prevelik obseg dela (Ms_04).</i> |
| Priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi | Odklono predpisovanje s strani medicinskih sester | <i>Odklono predpisovanje absolutno da, neodvisno predpisovanje zaenkrat ne (Zdr_02).</i> |
| | Upoštevati trenutno prakso | <i>Trenutno, kar dela medicinska sestra, je v redu, držimo se že ustaljenega sistema (Zdr_01).</i> |
| | Izobraževanje medicinskih sester | <i>Prvo bom rekla boljše poučevanje medicinskih sester, da pridobijo omenjene kompetence, nato pa oblikovanje bolj ozkih, specialistično usmerjenih področij (Ms_01).</i> |
| Nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi | Znanje, napake in odgovornost | <i>Nevarnosti? V primeru razširitve kompetenc so lahko enake kot so sedaj, vsakdo se lahko zmoti (Ms_02).</i> |
| | Neenakost z drugimi strokami | <i>Nevarnost je, da nas druge stroke ne bodo sprejele v takšni vlogi (Ms_05).</i> |

Prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili

Intervjuvanci, ki so sodelovali v raziskavi, so bili enotnega mnenja, da je prednost trenutne vloge medicinske sestre v tem, da je prav ona tisti zdravstveni strokovnjak, ki je neposredno ob pacientu, kar pomeni, da ima neposreden nadzor nad pacientom, s tem pa tudi pristen in zaupanja vreden odnos.

Ona je 24 ur, sedem dni v tednu ob njem, ona ga / pacienta / najbolje pozna (Zdr_02).

Pristnejši odnos. Lažje pacient pove medicinski sestri kot zdravniku glede vsega, terapije kot ostalih stvari (Ms_06).

Prepoznana je bila kompetenca medicinske sestre, vezana na pripravo, aplikacijo in nadzor nad terapijo, vendar je iz povedanega mogoče razbrati tudi drugačne interpretacije.

Prednosti? //Ja v aplikaciji terapije, pet ali koliko je že tistih P-jev (Far_05).

One /medicinske sestre/ poznajo aplikacijo terapije, no, naj bi jo poznale (Zdr_06).

Intervjuvanci so med vlogami prepoznali tudi zdravstveno vzgojo pacientov in medicinsko sestro kot vezni člen med ostalimi poklicnimi profili v zdravstvu in pacientom.

Medicinska sestra je tisti faktor, ki je povezava med zdravnikom, farmacevtom in pacientom, ona ve vse o pacientu, ker ga vidi, je tam, ob njem. Jaz ga vidim za deset minut in grem z oddelka (Zdr_05).

Edukacija pacienta, mislim, da jim to gre najbolje (Far_02).

Nekateri v vlogi medicinske sestre ne vidijo nobenih prednosti oziroma menijo, da spremembe že utečenega sistema niso potrebne.

Pravzaprav trenutne prednosti so že utečene stvari, katerih jaz ne bi menjal, to, da nekdo predpiše, drugi pa aplicira terapijo in opazuje pacienta oziroma skupino pacientov je zame odličen sistem (Zdr_01).

Prednosti? V tem modelu? Ali jih medicinske sestre imajo? Absolutno ne vidim nobenih prednosti v vlogi medicinske sestre (Far_04).

Slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili

Intervjuvanci so bili enotnega mnenja, da medicinske sestre nimajo zadostnega znanja za dejavno sodelovanje na področju farmacevtske skrbi.

Slabost je znanje, tukaj bi lahko bil minus, velikokrat si preveč pristojnosti jemljejo naproti temu, koliko je

znanja o zdravilih (Far_02).

V farmacevtski skrbi ne vidim medicinske sestre. Tako da potem veste, da vidim veliko slabosti (Far_05).

Pomanjkljivo je to, da v samem izobraževalnem sistemu medicinske sestre ne pridejo pripravljene na delo, kar se tiče farmakologije, tukaj se čuti ta deficit znanja, ki ga pridobiš z leti oziroma izkušnjami, ne pa s šolo (Ms_08).

Kljub temu da so mnogi izpostavili pomanjkanje znanja medicinske sestre s področja farmacevtske skrbi, pa nekateri menijo, da ima medicinska sestra premalo pristojnosti oziroma prevelike omejitve.

Slabosti – to, da nima pristojnosti, konkretno, če pogledam na mojo referenčno sestro, ona nekaj zazna in potem nič, tako ali tako ne more nič, napoti ga nazaj k meni, nima nekega mehanizma, da bi lahko naredila kaj sama (Zdr_08).

Zlasti medicinske sestre izpostavljajo, da kompetence pri aplikaciji zdravil niso dovolj natančno opredeljene. Nekatera področja, zlasti v nujni medicinski pomoči, bi potrebovala jasno (in širšo) opredelitev.

Slabost je v tem, da so reševalci na terenu omejeni, lahko aplicirajo nekatera zdravila, ampak s predhodnim klicem in potrditvijo s strani zdravnika. Tukaj pa se v primeru nujnih stanj zaplete, kajti podaljša se čas oskrbe. Morali bi imeti definirano tako kot ameriški in madžarski reševalci, ki lahko na terenu aplicirajo zdravila. Seveda vse to opredeliti in zapisati, da smo kriti (Ms_07).

Med druge slabosti intervjuvanci uvrščajo pomanjkanje časa medicinskih sester ter preobremenjenost z administracijo in zaradi pomankanja kadra. Medicinske sestre so izpostavile zlasti slabo organizacijo dela.

Pomanjkanje časa vidim kot slabost medicinskih sester, vsi nekaj samo hočemo od nje, ona pa mora vse narediti. /.../ No pa tudi morali bi iti na izobraževanja, pa ne samo one, tudi mi, skratka vsi (Zdr_03).

Neumno se mi zdi, da se mora medicinska sestra ukvarjati z birokracijo in administracijo namesto s pacienti, ampak to ni neposredna slabost medicinskih sester, ampak sistema (Zdr_04).

Organizacija dela je slabost medicinskih sester, premalo kadra in prevelik obseg dela (Ms_04).

Priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi

Intervjuvanci so bili predhodno seznanjeni z izhodišnim modelom vključevanja medicinske sestre v medpoklicno sodelovanje na področju farmacevtske skrbi. Pojasnjeni so bili številni pojmi, med drugim ureditev odvisnega oziroma neodvisnega predpisovanja zdravil. Odvisno predpisovanje terapije temelji na načrtih zdravljenja in zdravstvene oskrbe, ki se oblikuje glede na posameznega pacienta in se nanaša izključno nanj. Načrt zdravljenja sestavita in ga podpišeta oba – tako neodvisni strokovnjak

medicinske stroke (zdravnik ali zobozdravnik) kot tudi medicinska sestra. Neodvisno predpisovanje pomeni, da so izvajalci odgovorni in pristojni za oceno pacientovega stanja s predhodno nediagnosticiranimi ali diagnosticiranimi zdravstvenimi stanji ter za odločitev o potrebni zdravstveni oskrbi, vključno s predpisovanjem zdravil.

Intervjuvanci menijo, da bi odvisno predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester olajšalo delo na primarnem zdravstvenem nivoju.

Ko govorimo o primarnem nivoju, bi bilo definitivno smiselno to neko odvisno predpisovanje zdravil oziroma podaljševanje predpisane terapije (Ms_01).

Odvisno predpisovanje absolutno da, neodvisno predpisovanje zaenkrat ne (Zdr_02).

Predpisovanje terapije s strani medicinskih sester bi bilo lahko uvedeno na področju nujne medicinske pomoči, kjer lahko štejejo tudi sekunde; pravočasna in pravilna aplikacija terapije lahko reši življenje.

Odvisno predpisovanje terapije, to bi šlo, pri neodvisnem predpisovanju pa imam manjši zadržek, ampak morda določeno terapijo tudi tukaj lahko, npr. adrenalin pri anafilaktični reakciji, ampak je pa res, da mora stanje prepoznati (Zdr_04).

Medicinska sestra bi morala imeti kompetence predpisovanja in aplikacije terapije, no, jaz gledam z vidika svojega delovnega mesta. V NMP (op. nujna medicinska pomoč) je tako, da imamo algoritme, in če se držiš algoritma, ne bi smel nič zgrešiti, tako da menim, da bi morali organizirati predpisovanje terapije tako, kot jo imajo paramedik v ZDA (op. Združene države Amerike). Tako da definitivno vidim možnost predpisovanja terapije, ampak zakonsko in pravno določeno (Ms_04).

Pri kroničnih pacientih, ki imajo večje število predpisanih zdravil v okviru t. i. stalne terapije, je intervjuvanec izpostavil, da priložnost za razvoj vloge medicinske sestre vidi v sestavi in posodabljanju seznama stalne terapije.

Dobro bi bilo, da bi medicinska sestra sestavila seznam kronične terapije pacienta, kar bi veliko pripomoglo h kakovostnejši obravnavi pacienta (Zdr_07).

Med priložnostmi za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi je bilo izpostavljenih tudi nekaj nalog in že danes prisotnih kompetenc. Neprestana prisotnost medicinskih sester ob pacientu pripomore k nenehnemu nadzoru nad zdravstvenim stanjem pacienta ter zaznavanju sprememb zdravstvenega stanja in poročanju o njem.

Poročanje o napakah seveda, no, na splošno poročanje mora biti, ona je res konstantno ob pacientu in res pozna njegovo stanje, ker istočasno lahko govorimo, da je nadzor pacientovega zdravstvenega stanja tisto, kar tudi dela. Menim, da je kar pomemben člen v zdravstveni oskrbi pacienta, tako da jo kar malce zapostavljamo (Far_07).

Nadzor in spremljanje učinkovitosti terapije, absolutno, to se strinjam, to bi morala medicinska sestra

delati že sedaj (Far_07).

Spremljanje pacientovega zdravstvenega stanja je pa že dolgoletna vloga medicinske sestre (Ms_03).

Model, ki bi bil meni sprejemljiv, bi bil v pomoč zdravstveni vzgoji, in to je to (Far_04).

Edukacija pacientov o aplikaciji terapije, raznih razpršilnikov, insulina in podobno, to je odlično že sedaj organizirano (Zdr_06).

Intervjuvanci so si bili enotni, da je treba spremeniti kurikulum, vpeljati specializacije z ožjega specialnega področja in znotraj tega jasno definirati kompetence, kot jih imajo medicinske sestre v tujini.

Predvsem medicinske sestre podučiti in jih naučiti, se pravi, da poznajo zdravila in njihove učinkovine (Ms_02).

Prvo bom rekla boljše poučevanje medicinskih sester, da pridobijo omenjene kompetence, nato pa oblikovanje bolj ozkih, specialistično usmerjenih področij (Ms_01).

Morda bi medicinske sestre lahko prevzele vse to, ampak bi bilo potrebno predhodno bolj temeljno izobraževanje (Zdr_04).

Lahko bi prevzele večjo vlogo, zlasti medicinske sestre s specializacijami, vendar smo daleč od tega trenutno (Zdr_07).

Nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi

Intervjuvanci so izpostavljali podvajanje pristojnosti in možnost napak pri predpisovanju zdravil. Med izpostavljenimi nevarnostmi je bilo zaznati že omenjeni deficit znanja medicinskih sester ter »bojazen pred neprevzemanjem odgovornosti«.

Nevarnosti? V primeru razširitve kompetenc so lahko enake, kot so sedaj, vsakdo se lahko zmoti (Ms_02).

S tem bi medicinske sestre morale prevzeti odgovornost, pa bi? (Zdr_02).

Pomankanje znanja medicinskih sester je največja nevarnost, s tem bi prišle napake pri predpisovanju (Far_04).

Medicinske sestre nimajo znanja, to je največja nevarnost (Far_03).

Nevarnost? Podvajanje pristojnosti, napake pri predpisovanju in malce tudi znanje (Zdr_05).

Razvidna sta tudi posledica tradicionalne podrejenosti medicinskih sester v zdravstvenem sistemu in pomanjkanje potrebne profesionalne samozavesti.

Nevarnost je, da nas druge stroke ne bodo sprejele v takšni vlogi (Ms_05).

Hmmm, mislim, da ne bi bila ta vloga preveč všeč zdravnikom ali farmacevtom (Ms_02).

Problem je v tem, da me /medicinske sestre/ nismo enotne znotraj svoje stroke in s tem nas drugi vidijo kot labilne. Prvo moramo to spremeniti (Ms_06).

Diskusija

Namen raziskave je bil s pomočjo matrike PSPN proučiti prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi z vidika treh poklicnih skupin: zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester.

Raziskava pomembno prispeva k pojasnjevanju vloge medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju pri zagotavljanju farmacevtske skrbi v Sloveniji, saj vključuje pogled treh poklicnih skupin, ki so vključene v rokovanje z zdravili. Rezultati kažejo, da ima trenutna vloga medicinske sestre v zdravstvenem sistemu kar nekaj prednosti predvsem pri pripravi in aplikaciji terapije, nadzoru zdravstvenega stanja pacienta, poročanju o spremembah zdravstvenega stanja in neželenih učinkih ter zdravstveni vzgoji pacienta. Benner (2001) pravi, da medicinska sestra razvija kompetence na podlagi delovnih izkušenj oziroma ponavljajočih se situacij, s katerimi se srečuje v svojem delovnem okolju. Posledično bi lahko sklepali, da medicinska sestra postane specialistka na svojem področju delovanja. Med najbolj izpostavljenimi prednostnimi vlogami medicinske sestre je prav stalna prisotnost ob pacientu. Dejstvo je, da od vseh treh poklicnih skupin (medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov) prav medicinske sestre ob pacientu preživijo največ časa, s čimer pripomorejo k boljši in kakovostnejši obravnavi pacientov (Price, 2013).

Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates (2003) menijo, da multidisciplinarni pristop v modelu farmacevtske skrbi, znotraj katerega imajo medicinske sestre pomembno vlogo, zvišuje kakovost obravnave pacienta. Sistem zdravstvenega varstva je sestavljen kompleksno: za paciente skrbijo različni profesionalci na različnih področjih in nivojih zdravstvenega varstva. Ko govorimo o kakovosti prejete zdravstvene oskrbe in učinkovitosti samega sistema nudenja zdravstvenih storitev, je izrednega pomena prav koordinacija med njimi. Pomemben del predstavlja tudi farmacevtska skrb, pri čemer medicinske sestre prevzemajo pomemben del nalog (Anoz Jimenez et al., 2011).

Če govorimo o zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe, je torej nujno medpoklicno sodelovanje. Sodelovanje medicinske sestre, farmacevta in zdravnika je namreč tesno povezano s kakovostno zdravstveno oskrbo, zadovoljstvom pacientov, večjim ugledom vseh poklicnih skupin tako v strokovni kot splošni javnosti in večjim zaupanjem javnosti v zdravstveni sistem (Makowsky et al., 2009; Mušič, 2012; Anoz Jimenez et al., 2011; Khan et al., 2014; Wang et al., 2018).

Glavna težava v zdravstvu je, da vloge niso jasno opredeljene. Prav njihova opredelitev je namreč osnovni pogoj za kakovostno farmacevtsko skrb (Celio, Ninane, & Bugnon, 2018). Ena od večjih pomanjkljivosti, s katero

se trenutno soočajo zdravstvene stroke, je pomanjkanje kadra. Posledica tega sta tako pomanjkljivo delovanje kot tudi kakovost zdravstvene oskrbe (Kuhlmann & Larsen, 2013). Prav pomanjkanje kadra in posledično povečan obseg dela ter preobremenjenost so razlogi, ki so bili prepoznani kot ovire pri vključevanju medicinskih sester v farmacevtsko skrb. Zaradi pomanjkanja osebja v zdravstveni negi so menjave medicinskih sester na oddelkih pogoste; medicinska sestra nima stalnega delovnega mesta, ampak jo delodajalec menja glede na potrebe dela, kar je povezano s slabšimi rezultati glede izidov zdravstvene oskrbe in daljšo hospitalizacijo pacienta (Laine, Heijden, Wickstrom, Hasselkorn, & Tackenberg, 2009).

Našteti problemi, kot so nezadostna usposobljenost in šibko opredeljene vloge medicinskih sester, odražajo tudi način izobraževanja. Rezultati naše raziskave kažejo, da se med trenutnimi slabostmi vloge medicinske sestre pri zagotavljanju farmacevtske skrbi izpostavlja pomanjkanje znanja na področju farmakoterapije oziroma farmakologije. Mnenja intervjuvancev naše raziskave kažejo na potrebo po vpeljevanju sprememb znotraj kurikulumuma zdravstvene nege. Izobraževalni programi zdravstvene nege morajo odpraviti slabosti, ki se pojavljajo v praksi, in skušati vplivati na njihove spremembe (Ebert, Hoffman, & Levett-Jones, 2014). Raziskava, ki so jo izvedli Brown, Stevens, & Kermod (2011), omenja, da izobraževanje in študijski programi zdravstvene nege predstavljajo priložnost za razvoj stroke, kar lahko povežemo s stališči intervjuvancev, da bi bila izboljšanje in nadgradnja kurikulumuma zdravstvene nege priložnost za jasnejši model farmacevtske skrbi pacienta, v katerem sodelujejo medicinske sestre. Podobno navaja Debout (2004), ki pravi, da bi morale biti specializacije v zdravstveni negi del prihodnosti omenjene profesije.

V Evropi je izobraževanje na področju farmacevtske skrbi zelo raznoliko; znotraj Evropske unije se tako precej razlikujejo tudi znanja in kompetence na tem področju. Le majhno število evropskih medicinskih sester se izobražuje v smeri predpisovanja zdravil in le nekatere to tudi dejansko počnejo (Prosen et al., 2018). Zanimivo je, da imajo le Nizozemska, Norveška, Španija, Poljska, Švedska in Velika Britanija možnost predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester zakonsko opredeljeno, medtem ko večina drugih evropskih državah te pravne podlage nima (Maier & Aiken, 2016). V naši raziskavi so intervjuvanci izpostavili odvisno predpisovanje zdravil kot del prihodnjih nalog medicinske sestre, kar kaže na pozitivne premike tudi na tem področju. Vsekakor je treba v Evropi zaradi razlik razviti poenoten model farmacevtske skrbi, ki jasno opredeljuje vloge medicinskih sester na področju medpoklicnega sodelovanja. To bi prispevalo k podobnemu postopanju v okoljih, kjer takšno sodelovanje ni formalno razvito.

Raziskava, čeprav ni bila narejena strukturna analiza besedila, kaže tudi na neurejena razmerja moči med različnimi poklicnimi skupinami. To potrjuje tisto, kar je sociolog Turner opredelil kot »triada v zdravstvu«: zdravnik je oče, medicinska sestra mati in pacient otrok. Med intervjuvanci so zlasti medicinske sestre izpostavile neenak in podrejen položaj v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami. Skrbi jih tudi mnenje javnosti, saj slednja medicinskih sester v tej vlogi ne pozna. Pri tem gre za vprašanje družbenega priznanja poklica, ki je v nekaterih okoljih bolj, v drugih manj priznan (Manzano-Garcia & Ayala-Calvo, 2014). Vsekakor medicinske sestre potrebujejo večjo mero kolektivne profesionalne samozavesti, ki pa jo soustvarjata izobraževanje in socializacija v profesijo.

Zaključek

Raziskava je pomagala opredeliti vlogo medicinske sestre v farmacevtski skrbi; predvsem je nakazala vidike različnih poklicnih skupin v zdravstvu. Te ugotovitve pomembno vplivajo na nadaljnje raziskovanje in oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi. Vključevanje medpoklicnega sodelovanja v farmacevtsko skrb za pacienta je zelo pomembno in pozitivno vpliva na zdravstvene izide pacienta, vendar morajo biti medicinske sestre v primerjavi s preostalimi profili enakovredne, zato jih je treba spodbujati k nadaljnjemu izobraževanju, sodelovanju v raziskovanju in širitvi nabora kompetenc. Raziskava je pokazala, da si medicinske sestre želijo dodatnih kompetenc in večjih pristojnosti, medtem ko farmacevti temu niso ravno naklonjeni. Morda to ne pomeni, da nasprotujejo vlogi medicinske sestre v farmacevtski skrbi, temveč le, da ne poznajo dovolj njenega dela.

Raziskava je vsekakor podala nekatere iztočnice za oblikovanje kakovostnega modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju farmacevtske skrbi – od tistih, vezanih na prakso zdravstvene nege, do tistih, vezanih na izobraževanje medicinskih sester –, vendar so potrebne kvantitativne raziskave večjega obsega v kliničnem okolju.

Zahvala / Acknowledgements

Zahvaljujemo se vsem sodelujočim v raziskavi. / We thank all the participants in the research.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava je bila financirana v okviru ERASMUS+ KA2 projekta »Razvoj modela medpoklicnega

sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi« (ID 2018-1-BE02-KA203-046861). Financer ni imel nobene vloge pri snovanju raziskovalnega dizajna, zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov, pisanju članka in pri odločitvi za objavo. / The study was funded as part of the ERASMUS+ KA2 project *Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care* (ID 2018-1-BE02-KA203-046861). The funding source had no role in: study design; the collection, analysis and interpretation of data; the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je dobila soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, številka 0120-516/2018/6. / The research received consensus from the National Medical Ethics Committee, decision Nr. 0120-516/2018/6.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Tretji, četrti in peti avtor so sodelovali pri snovanju raziskovalnega dizajna. Prvi in drugi avtor sta sodelovala pri zbiranju podatkov. Vsi avtorji so sodelovali pri analizi in interpretaciji podatkov. Prvi avtor je pripravil osnutek članka, ki so ga nato preostali avtorji pripeljali do dokončne oblike. / The third, fourth and fifth author have contributed in developing research design. The first and second author have collected the data. All authors have contributed to the analysis and interpretation of the gathered data. The first author has prepared a draft of the article, to which the rest of the authors brought to the final and approved version.

Literatura

Alleman, S. S., Van Mill, J. W. F., Botermann, L., Berger, K., Griese, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical care: DPCNE definition 2013. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(3), 544–555.
<https://doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>

Anoz Jimenez, L., Ferrer Ferrer, C., Becerril Moreno, F., Navarro de Lara, S., & Estaun Diaz de Villegas, E. (2011). Nursing interventions as part of an integral pharmaceutical care team. *Farmacia Hospitalaria*, 35(1), 1–7.
[https://doi.org/10.1016/S2173-5085\(11\)70001-6](https://doi.org/10.1016/S2173-5085(11)70001-6)

Asiamah, N., Mensah, H. K., & Oteng-Abayie, E. (2017). General, target, and accessible population: Demystifying the concepts for effective sampling. *The Qualitative Report*, 22(6), 1607–1621.
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2674>

Brown, J., Stevens, J., & Kermode, S. (2011). Supporting student nurse professionalisation: The role of the clinical teacher. *Nurse Education Today*, 32(1), 606–610.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.08.007>
PMid:21907468

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Choo, J., Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 18, 853–861.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01164.x>
PMid:20946221

Celio, J., Ninane, F., & Bugnon, O. (2010). Pharmacist-nurses collaboration in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1175–1192.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.022>
PMid:29628282

De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, I. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., & Dilles, A. (2020). EUPRON: Nurses practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe: A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*, 10(6), Article e036269.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>
PMid:32499269; PMCid:PMC7282395

Dilles, T., Vander Stichele, R., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Elseviers, M. (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1072–1079.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x>
PMid:20337787

Debout, C. (2004). Quelles formations pour quelles compétences infirmières dans l'avenir? [Which education for which nursing competences in the future?]. *Soins*, 684(1), 54–57.
PMid:15151080.

Ebert, L., Hoffman, K., & Levett-Jones, T. (2014). They have no idea of what we do or what we know: Australian graduated perceptions of working in a health care team. *Nurse Education and Practice*, 14(5), 544–550.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.005>
PMid:24999074

Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patient after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138, 161–167.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>
PMid:12558354

Heczkova, J., & Dilles, T. (2020). Advanced nurses' practices related to pharmaceutical care in the Czech Republic. *Nursing in 21st century*, 19(3), 155–162.
<https://doi.org/10.2478/pielxxiv-2020-0021>

- Khan, A. N., Khan, M. U., Shoaib, M. H., Yousuf, R. I., & Mir, S. A. (2014). Practice nurses and pharmacists: A perspective on the expectation and experience of nurses for future collaboration. *Oman Medical Journal*, 29(4), 271–275. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.71> PMID:25170408; PMCID:PMC4137584
- Kuhlmann, E., & Larsen, C. (2013). Long term care in Europe: Challenges and strategies in nursing staff management. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(8), 1064–1071. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1745-y> PMID:23884521
- Kaae, S., & Traulsen, J. M. (2015). Qualitative methods in pharmacy practice research. In B. Zaheen (Ed.). *Pharmacy Practice Research Methods* (pp. 49–68). Zuidlaren: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-14672-0_4
- Laine, M., Heijden, B. V. D., Wickstrom, G., Hasselkorn, H. M., & Tackenberg, P. (2009). Job insecurity and intend to live from the nursing profession in Europe: A cross curural comparison on the impact of job insecurity apon intend to live. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(2), 420–438. <https://doi.org/10.1080/09585190802673486>
- Mušič, A. (2012). Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In A. Tomavčević (Ed.). *Odzivi na gospodarsko krizo: Inovativnost, podjetništvo, trajnostni razvoj* (pp. 31–37). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Manzano-Garcia, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2014). An overview of nursing in Europe: A SWOT analysis. *Nursing Inquiry*, 21(4), 358–367. <https://doi.org/10.1111/nin.12069> PMID:24738741
- Makowsky, M. J., Schindel, T. J., Rosenthal, M., Campbell, K., Tsuyuki, R. T., & Madill, H. M. (2009). Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 169–184. <https://doi.org/10.1080/13561820802602552> PMID:19234987
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Tasks shifting from physician to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European journal of Public Health*, 26(6), 927–932. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> PMID:27485719
- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071> PMID:31047370
- Moder, A., & Korstjens, I. (2018). Practical guidance to qualitative research Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Price, A. M. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: An ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 278–288. <https://doi.org/10.1111/nicc.12032> PMID:24165069
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2020). *Nursing research*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health.
- Prosen, M., Ličen, S., & Karnjuš, I. (2018). *Vloga medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju v okviru farmacevtske skrbi v Evropi: Rezultati EUPRON projekta za Slovenijo*. Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju.
- Prosen, M., Karnjuš, I., & Ličen, S. (2019). *Poročilo kvalitativne raziskave o medpoklicnem sodelovanju medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi v Sloveniji: Projekt DemoPhaC*. Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Vaismoradi, M., Jordan, S., Vizcaya-Moreno, F., Friedl, I., & Glarcher, M. (2020). PRN medicines optimization and nurse education. *Pharmacy*, 8(4), 201. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8040201> PMID:33114731; PMCID:PMC7712763
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *Medical Research Methodology*, 18, 148. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>
- Wang, S. P., Wang, J., Huang, Q. H., Zhang, Y. H., & Liu, J. (2018). Pharmacy and nursing students' attitudes toward nurse-pharmacist collaboration at a Chinese university. *BMC Medical Education*, 18(1), 179–179. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1285-0> PMID:30068328 PMCID:PMC6090867
- Yin, K. R. (2010). *Qualitative research from start to finish*. New York: The Guilford Press.

Citirajte kot / Cite as:

Petrović, M., Osmančević, B., Ličen, S., Karnjuš, I., & Prosen, M. (2021). Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 92–101. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>