

# Nowe role i zadania pielęgniarki w XXI wieku

**Dorota Kilańska**

mgr pielęgniarstwa, specjalista organizacji i zarządzania, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## Wstęp

Ponad wiek temu Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) podjęła działania na rzecz uregulowań dotyczących zawodu pielęgniarki, określenia jej roli, rodzaju wykształcenia, w tym także ustalenia definicji pielęgniarki.

Od 150 lat pielęgniarstwo zmienia się i rozwija, poszukuje swojego miejsca w systemie, definiując nowe zadania, role, kompetencje wynikające ze zmieniającego się otoczenia i konieczności sprostania potrzebom pacjentów, bez których zawód ten nie miałby sensu istnienia. Wszędzie na świecie pielęgniarki są kluczowym ogniwem systemu ochrony zdrowia, mogącym przyczynić się znacząco do zmniejszenia różnic w dostępie do opieki zdrowotnej (UN, 2010)<sup>1</sup>.

W Polsce od ponad 100 lat kształcimy pielęgniarki w szkołach zawodowych. Od 40 lat mają one możliwość kształcenia na studiach drugiego stopnia i otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa. Szacuje się, że mamy ok. 20 tys. pielęgniarek (196 tys. w systemie), które ukończyły ten rodzaj studiów. Wiele z nich posiada dyplom specjalisty – wg CKPPIP. W latach 2000-2010 tytuł specjalisty uzyskało 15 459 pielęgniarek, a w różnego rodzaju formach certyfikowanego kształcenia podypłomowego wzięło udział ponad 260 tys. Znacząca

liczba pielęgniarek po średniej szkole medycznej i szkole pomaturalnej skorzystała z tzw. kształcenia uzupełniającego, otrzymując tytuł licencjata (ponad 15 tys. pielęgniarek)<sup>2</sup> i są to kwalifikacje zgodne z dyrektywą 36/2005/UE.

Pielęgniarka jako pełnoprawny członek zespołu terapeutycznego realizuje wiele cennych inicjatyw zwiększających dostęp społeczeństwa do służby zdrowia. Doświadczenia innych krajów wskazują na zdecydowane korzyści dla wszystkich uczestników systemu. W praktyce klinicznej pielęgniarki coraz częściej korzystają z nowoczesnych technik komunikowania się, tj. telefonów komórkowych czy też internetu. Po narzędzia te sięgają coraz chętniej. Dostrzegają też nowe możliwości, jakie stwarza dyrektywa w sprawie transgranicznych praw pacjenta (24/2011/UE), gdzie pojawia się nowe wyzwanie, tj. kontynuacja opieki ponad granicami. Przyszłością jest usługa nazywana telepielęgniarstwem, wykorzystująca dostępność telefonów czy internetu. Udzielanie przez pielęgniarki porad przez telefon to nic nowego, gdyż istnieją już takie formy, jak np. monitorowanie poziomu glukozy czy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez sms<sup>3</sup>; to jedno z wielu rozwiązań,

<sup>1</sup> Carey N, Stenner K (2011). Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nursing Times*; 107:26, 14-16, zob. także: Drennan J et al (2009). Independent evaluation of the nurse and midwife prescribing initiative. <http://www.ncnm.ie/files/prescribing/IndEvalPrescribing09.pdf>; National Prescribing Centre (2010) Non-medical prescribing by nurses, optometrists, pharmacists, physiotherapists, podiatrists and radiographers. A quick guide for commissioners. [http://www.npc.nhs.uk/non\\_medical/resources/NMP\\_QuickGuide.pdf](http://www.npc.nhs.uk/non_medical/resources/NMP_QuickGuide.pdf); dostęp 16 lutego 2012 r.

<sup>2</sup> [http://praca.gazetaprawna.pl/wywiady/381762,wiecej\\_pielęgniarek\\_skonczy\\_studia.html](http://praca.gazetaprawna.pl/wywiady/381762,wiecej_pielęgniarek_skonczy_studia.html), dostęp 10 lutego 2012 r.

<sup>3</sup> [http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/Innowacje\\_Telepielęgniarkstwo\\_PTP\\_2009.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/Innowacje_Telepielęgniarkstwo_PTP_2009.pdf), dostęp 10 lutego 2012 r.

z jakich korzystają pielęgniarki na świecie. Dzięki tego rodzaju usłudze w ciągu 3 miesięcy badania zaobserwowano obniżony poziom HbA1c o 15% punktów, a o 5% w ciągu następnych 6 miesięcy w porównaniu z wartością wyjściową (Hee-Seung et al. 2007)<sup>4</sup>.

Poszerzeniu kompetencji sprzyjają także nowe role podejmowane przez pielęgniarki, które nabywają wiedzę i umiejętności podczas kształcenia ustawicznego. Powoduje to potrzeby rozwoju wiedzy, znanstwa i umiejętności uzyskiwanych drogą formalnego wyższego kształcenia, jak i praktyki opartej na rozwoju nauki. Rolą taką jest Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska (APN), sytuująca pielęgniarkę na poziomie asystenta, a w niektórych krajach często z kompetencjami do diagnozowania i leczenia. Dzięki wprowadzeniu na światie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej zwiększy się możliwość zapewnienia dostępnych i sprawiedliwych świadczeń opieki zdrowotnej społeczeństwu, które z uwagi na obszar zamieszkania, czy też inne czynniki stratyfikacyjne miało ograniczony dostęp do nich.

Przyjęta 22 stycznia 2011 r. przez Parlament Europejski dyrektywa 2011/24/UE, dotycząca transgranicznych praw pacjenta, doprecyzowuje prawa obywateli do wysokiej jakości bezpiecznych świadczeń zdrowotnych na terenie całej UE i podkreśla dostęp obywateli do kontynuacji leczenia podjętego poza granicami kraju, także z wykorzystaniem usług IT. W tym zakresie pielęgniarki mogą również odegrać znaczącą rolę.

### **Pielęgniarstwo w XXI w.**

Wiele lat dyskusji środowiska doprowadziło do określenia roli pielęgniarki XXI w. Podczas konferencji EFMNNA/WHO<sup>5</sup> w 1999 r. opisano model pielęgniarki XXI w., którą cechuje:

*Profesjonalizm zawodowy* określony wiedzą, umiejętnościami, postawą zawodową oraz umiejętnością zarządzania ryzykiem.

*Dążenie do kształcenia ustawicznego* (CPD) w kontekście zagwarantowania społeczeństwu profesjonalnego podejścia do opieki, rozwijania praktyki dla bezpieczeństwa środowiska pracy i pacjenta oraz nauki, która stać się musi podstawowym elementem kształtowania praktyki klinicznej i dyskusji opartej na wiedzy.

*Elastyczność wobec zmian otoczenia* – cecha bliska pielęgniarkom, które od zawsze pokazują swoje innowacyjne podejście do zmiany w opiece i zarządzaniu praktyką pielęgniarską. Pielęgniarki są liderami w zakresie innowacji dla zwiększenia jakości opieki i ekonomizacji usług.

*Umiejętność podejmowania decyzji na podstawie badań klinicznych* (Evidence Base Nursing). Praktyka pielęgniarska oparta na EBP to zasadniczy element modyfikacji pracy pielęgniarki, tak w zakresie funkcji niezależnych, jak i współzależnych. Pielęgniarki są z pacjentami 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu i 365 dni w roku. Decydują o tym, kiedy powiadomić lekarza, kiedy najlepiej wykonać niezbędne dla pacjenta działania i jak zaspokoić jego potrzeby. Decydują także o tym, co jest najbardziej mu potrzebne w danej chwili. Pielęgniarki muszą więc podejmować decyzje na podstawie najnowszych badań naukowych, doskonalić swoją wiedzę i umiejętności, prowadzić badania własne, rozwijające tę dziedzinę. W przyszłości wszyscy będziemy uzależnieni od decyzji pielęgniarki, która zdecyduje, co dla nas najlepsze i dobrze by było, aby tego rodzaju decyzje podejmował wykwalifikowany personel podążający za najnowocześniejszą, poddaną krytycznej analizie, wiedzą.

*Wyrażanie własnej opinii* poprzez myślenie refleksyjne. W praktyce pielęgniarskiej istotna jest refleksja, umożliwiająca wprowadzenie

<sup>4</sup>[http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN\\_IND\\_2010.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_IND_2010.pdf); dostęp 10 stycznia 2012 r.

<sup>5</sup>Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek i Położnych WHO; dostęp 10 lutego 2012 r.

zmiany. Zaangażowane w zmianę wymaga przeznaczenia na to odpowiedniej ilości czasu, poza zwykłymi obowiązkami. Wymaga także zagwarantowania możliwości pracy w oderwaniu od normalnych obowiązków, umożliwienia regularnych spotkań, wysokiego poziomu wzajemnego zaufania oraz środowiska wspierającego kreatywność; przede wszystkim planów działania, wizjonerskiego przywództwa, determinacji w działaniu, które to zadanie przeznaczone jest dla zarządzających. Konieczność tę trzeba dostrzec dla dobra rozwoju systemu.

*Formułowanie wniosków* na podstawie badań naukowych. Podejście EBP rozwija się od wielu lat w krajach zachodnich i powoli znajduje uznanie w pozostałych, które borykają się z problemami podejmowania właściwych decyzji, ponieważ badań, które możemy wdrożyć do praktyki jest wiele. Jak wspomniano, by sprostać wyzwaniom niezbędne jest korzystanie z wyników badań naukowych. Takie podejście pozwala pielęgniarkom ciągle analizować wykonywaną pracę, szukać nowych, skuteczniejszych metod działania i porzucać te, które są nieskuteczne. W czasach trudności finansowych oparcie praktyki na dowodach naukowych pomaga w jak najefektywniejszym wykorzystywaniu dostępnych zasobów. Istotą prowadzenia badań jest dzielenie się z innymi doświadczeniami i pomysłami dotyczącymi wprowadzenia zmian.

*Umiejętne komunikowanie się z otoczeniem.* Umiejętność podstawowa w pracy z człowiekiem gwarantuje nie tylko możliwość przeprowadzenia skutecznej edukacji, ale przede wszystkim rozumienia człowieka. Coraz częściej mamy do czynienia z pacjentami spoza kręgu wykształcenia czy też zatrudnienia. Wielokulturowość w pielęgniarstwie to dziedzina pręźnie rozwijająca się w krajach zachodnich. Jest to dziedzina niezbędna dla zapewnienia poszanowania prawa pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, a przede wszystkim

kontynuacji opieki przez potrafiący właściwie rozpoznać problemy zdrowotne personel pielęgniarski. Personel, jak wspomniano, coraz częściej wykorzystuje także narzędzia umożliwiające konsultację ponad granicami, tworzenie centrów usług telepielęgniarstwa z wykorzystaniem IT, usprawniających komunikację z pacjentem i zespołem terapeutycznym.

*Praca w zespole interdyscyplinarnym* to najważniejszy element zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom poprzez dzielenie się wiedzą, dyskusję kliniczną i wprowadzanie wspólnie wypracowanych innowacji czy też transferu wiedzy. WHO od wielu lat propaguje wspólne kształcenie w zawodach medycznych w przedmiotach/modułach, które są wspólne w procesie kształcenia, gdyż tylko takie działanie sprzyja w przyszłości dobrej współpracy z korzyścią dla pacjenta. Badania jednoznacznie wskazują, że tam, gdzie są dobre relacje interpersonalne w zespole terapeutycznym, wzrasta satysfakcja pacjenta z opieki, zwiększa się bezpieczeństwo opieki, a także satysfakcja samego personelu. Wzajemne dowartościowanie swojej pracy to ważny element motywacji do pracy (2002 Malila & Von Reuden).

### **Zaawansowana praktyka pielęgniarska w niedalekiej przyszłości**

Warunki i styl życia społeczeństwa na świecie kształtują wpływy społeczne, polityczne, ekonomiczne, środowiskowe i techniczne. Wpływom tym podlegają także opieka zdrowotna i zawody medyczne. Swoistą odpowiedzią pielęgniarstwa na wymagania związane ze zmieniającym się systemem opieki zdrowotnej w wielu krajach na świecie jest wprowadzanie i kształtowanie roli pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN – *Advanced Practice Nurse*).

Nowe role w pielęgniarstwie wyznacza zmiana kształcenia pielęgniarek, szczególnie na drugim poziomie studiów. Ten rodzaj kształce-

nia w Europie jest zróżnicowany, ale zmierza do zmiany z kształcenia ogólnego na kształcenie specjalistyczne. W obecnym systemie kształcenia pielęgniarką zostaje się na pierwszym poziomie studiów. Wiele lat doświadczeń z kształcenia pielęgniarek na świecie pokazuje, że kształcenie w Polsce wymaga zmian w kierunku umożliwiającym doskonalenie wiedzy i umiejętności z możliwością uzyskania specjalizacji na drugim poziomie studiów. Należy odejść od kształcenia ogólnego na drugim ich poziomie. Po skończeniu studiów pielęgniarka powinna mieć możliwość uzyskania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa strategicznej dla kraju. Na świecie obszary kształcenia w zakresie APN wynikają z potrzeb zdrowotnych i jest to m.in. pielęgniarstwo środowiskowe, geriatryczne, anestezyjologiczne czy położnicze.

Studia ze specjalizacją to także nowe możliwości dla pielęgniarek i dla systemu. Ich rola, wyznaczona specjalizacją, to bycie „mistrzem w zawodzie”, konsultantem dla innych pielęgniarek, które nie ukończyły danej specjalizacji. Zdarza się, że pielęgniarka opiekuje się pacjentami z problemami zdrowotnymi, które wykraczają poza jej kompetencje ogólne. Inne ważne elementy tej roli to kompetencje w zakresie diagnozy (badanie podmiotowe i przedmiotowe), wypisywania recept czy też samodzielnego zarządzania przypadkiem z wykorzystaniem dostępnych zasobów ludzkich, tj. personelu pielęgniarskiego i innego personelu pomocniczego.

Badanie fizykalne uprawniające do diagnozy jest obecnie już na pierwszym poziomie studiów i obejmuje wiele skomplikowanych zagadnień, umożliwiających dokonanie oceny stanu zdrowia pacjenta i skierowania na konsultację lekarską. Niestety, w praktyce rzadko ta umiejętność jest doskonalona z uwagi na brak dookreślenia kompetencji w tym zakresie.

Pielęgniarstwo APN rozwija się od drugiej połowy XX w. Najwcześniej pielęgniarkę praktyki (NP) wprowadzono w USA w 1960 r.

Zmiana spowodowana była wzrastającą liczbą pacjentów pozbawionych opieki w rolniczych gminach Stanu Colorado (Houser&Player 2004). Za tym rozwiązaniem przemawiały także wyniki analizy koszt–efekt, które wykazały, że APN w znacznym stopniu poprawia dostępność klientów do świadczeń opieki zdrowotnej (Gott/Goodyear/Ford 2006).

W Wielkiej Brytanii wprowadzono ten poziom kompetencji pod koniec lat 80. XX w. Kształcenie w zakresie APN (dawniej nazywaną pielęgniarką Praktyki/NP) zainicjował Royal College of Nursing. Proces powołania NP różnił się metodologicznie i wynikał z doświadczeń USA i Kanady. Pierwszym krokiem było wprowadzenie kształcenia NP. Znaczącym elementem działań na rzecz zmiany poziomu kompetencji był popyt pacjentów na świadczenia NP i reforma publicznej służby zdrowia (NHS). W Australii powodem wprowadzenia APN były także wyniki analizy opieki zdrowotnej pod względem koszt–efekt (Gott 2000) oraz – podobnie jak w innych krajach – brak zainteresowania lekarzy prowadzeniem praktyki w odosobnionych australijskich obszarach i odległych terenach wiejskich.

W Chinach APN została włączona do planu strategicznego ministra zdrowia na lata 2005–2010. Wcześniej w Azji pielęgniarki APN prowadziły praktykę w: Macao – 2006 r.; Hong – Kongu 1999 r., Korei Południowej – 1950 r. (pielęgniarki anestezyjologiczne). W Singapurze pierwszą pielęgniarkę APN zarejestrowano w 2003 r., w 2004 r. ten status posiadało 1,4 % pielęgniarek; w Tajlandii był to rok 1998 (chirurgia, pediatria, położnictwo), obecnie rejestrację i status pielęgniarki APN posiada w Tajlandii 4100 pielęgniarek (ICN, Durban 2009).

W Danii, Finlandii, Islandii, Norwegii, Holandii, Niemczech pielęgniarka APN jest nazywana *Community Medicine Nurse* i wykonuje zadania zbliżone do zadań APN, a rola ta wynika z działań mających na celu poprawienie dostępu do

świadczeń medycznych. Niedawno wprowadzono ten system także w Rosji. W Holandii w 1997 r. system nauczania *APN* rozpoczęto w 9 miastach. Opracowano jednolite kompetencje na poziomie kraju, a pielęgniarki *APN* posiadają regulacje prawne, autoryzację w zakresie przepisywania leków (ICN 2009/PTP 2010).

Kierunek rozwoju *APN* w Europie określono także podczas Europejskiej Debaty Środowisk Pielęgniarskich, która miała miejsce 5 października 2011 r. w Warszawie <sup>6</sup>. Uczestniczyło w niej ponad 100 osób z 20 krajów Europy <sup>7</sup>.

W najbliższym czasie system pielęgniarki *APN* będzie wprowadzana we: Włoszech, Francji, Luksemburgu, Hiszpanii, Austrii oraz Szwecji (ICN 2009/PTP 2010) <sup>8</sup>.

Należy podkreślić, że istnieje wiele badań, które wskazują na pozytywne wyniki efektywności pracy pielęgniarek *APN*, szczególnie w obszarach wiejskich, gdzie dostęp do świadczeń medycznych jest utrudniony. Wnioski z badań pokazują zwiększoną dostępność do leczenia i bardziej efektywną opiekę, szczególnie w miejscach, gdzie dotychczas była ona znikoma lub też nieosiągalna.

Wprowadzenie *APN* do systemu polskiej ochrony zdrowia wymagałoby dokonania koniecznych regulacji prawnych, m.in.:

- prawo do diagnozowania medycznego w wybranych obszarach
- kompetencje do przepisywania określonych leków (zgodnie z wypracowanymi standardami kompetencji opartymi na kształceniu ustawicznym)
- kompetencje do stosowania leczenia w wybranych obszarach praktyki
- kompetencje do kierowania pacjentów do specjalistów w przypadku zdiagnozowania problemu zdrowotnego

- kompetencje do kierowania pacjentów do szpitala
- prawo do nadawania i ochrony tytułu „Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki”
- akty prawne lub inne formy i mechanizmy regulujące status pielęgniarki *APN*
- oficjalnie uznane tytuły i funkcje pielęgniarek pracujących w zaawansowanej praktyce
- proces reakredytacji na podstawie CPD (Continuum Professional Development).

### Zakres, kompetencje i rola pielęgniarek *APN*

Wraz ze wzrastającym zainteresowaniem zaawansowaną praktyką, pojawiły się problemy dotyczące jej zakresu, standardów i przepisów. Nadal trwa dyskusja nad tym, czy zaawansowana praktyka powinna być przedmiotem regulacji obowiązkowych, rejestracji i reakredytacji. W tym zakresie podstawowym elementem jest dokładne określenie zakresu kompetencji dla tego poziomu umiejętności.

Celem pracy *APN* jest sprawowanie bezpośredniej opieki nad pacjentem. W wielu krajach istnieją różne nazwy dla tego rodzaju praktyki i najczęściej jest to obecnie pielęgniarka praktyki (*NP*), co jest równoznaczne z *APN*.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) tak określa zaawansowaną praktykę pielęgniarską: „*APN* jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła fachową i gruntowną, poszerzoną wiedzę (zalecaną na poziomie magisterskim), zespół umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje oraz cechy, właściwe dla udoskonalonej praktyki, sformułowane w kraju, w którym uzyskała zezwolenie do jej wykonywania” (ICN 2002).

<sup>6</sup> [http://e-pielęgniarstwo.pl/?page\\_id=443](http://e-pielęgniarstwo.pl/?page_id=443), zob. także: <http://www.facebook.com/pages/Piel%C4%99gniarka-zaw%C3%B3d-z-przysz%C5%82o%C5%9Bci-%C4%85/255981994446116>; dostęp 5 stycznia 2012 r.

<sup>7</sup> [http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/EFN\\_IP\\_Debata\\_5\\_10\\_2011.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/EFN_IP_Debata_5_10_2011.pdf); dostęp 5 stycznia 2012 r.

<sup>8</sup> [http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=396&Itemid=102](http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=396&Itemid=102); dostęp 5 stycznia 2012 r.

W każdym zawodzie niezbędnym elementem działania i odpowiedzialności są przypisane mu kompetencje. Wg ICN kompetencja jest miarą działalności, punktem odniesienia, cechą pielęgniarskiej praktyki i/lub określa etap osiągniętych dokonań. Kompetencje niekiedy szeroko określają potencjalne możliwości jednostki w ramach przypisywanej roli lub stanowiska. To także swoiste umiejętności, które muszą być opanowane przed podjęciem praktyki na dopuszczalnym poziomie. Wg ICN kompetencja jest: „poziomem wykonawstwa pracy, wykazującym skuteczne zastosowanie wiedzy, umiejętności i postaw” (ICN 1997:44). Wspomniany poziom opiera się na wykształceniu i praktycznym doświadczeniu pielęgniarki zapewniającej bezpośrednią opiekę pacjentowi. Kompetencje, będące miarą działalności, mogą być też postrzegane różnie przez poszczególne osoby, w zależności od tego, czy są nimi znawcy problematyki, czy też interesariusze<sup>9</sup>, czy może odbiorcy świadczeń. Inne też spojrzenie na kompetencje mają pielęgniarki, inne – organizacje zawodowe, a jeszcze inne pracodawcy.

Filarami dla APN są kompetencje pielęgniarki ogólnej. Wiedza, umiejętności i doświadczenie kliniczne, uzyskane przez pielęgniarkę ogólną kończą studia, zwiększają jej zakres wiedzy, oczekiwania i odpowiedzialność. Niezależnie od przygotowania, jakie otrzymują pielęgniarki, są one rozliczane ze swoich działań (rozliczalność), a kompetencje są koniecznym warunkiem oceny ich indywidualnej odpowiedzialności (Gordon/Ledy & Pepper 1989:249).

Zidentyfikowanie kompetencji umożliwia opis zakresu praktyki APN i dostarcza podstaw dotyczących istoty, myśli przewodniej i warunków pełnienia pielęgniarskiej roli. Konkretnie kompetencje opisujące szczegółowy zakres

praktyki zostały przedstawione w dokumencie ICN, przetłumaczonym na język polski przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w 2010 r.<sup>10</sup>

### Miejsce i zadania APN w wybranych krajach świata

Wzrastające wymagania w czasie ostatniego 50-lecia, spowodowane przez ogólnosiątkowy postęp, wpływają na modyfikację celów w narodowych programach opieki zdrowotnej, a tym samym nasilają wprowadzanie zmian tak w pielęgniarstwie, jak i w kompetencjach APN (Joel 2004). Przykładem jest wyodrębnienie roli i zadań pielęgniarki anestezjologicznej w wyniku wprowadzenia anestezji jako działu medycyny wymagającej specyficznych umiejętności od pielęgniarek. W USA w 2006 r. praktykowało ponad 140 tys. APN (Gott/Goodyear/Ford 2006). W większości stanów, aby uzyskać uprawnienia APN, od pielęgniarek zaawansowanej praktyki wymaga się kwalifikacji podyplomowych lub specjalistycznych szkoleń. Stopień magistra jest obecnie wymogiem certyfikacyjnym Amerykańskiego Stowarzyszenia Szkół Pielęgniarskich (AACN). Pielęgniarki dodatkowo muszą ukończyć kursy z patofizjologii, farmakologii i zaawansowanej oceny stanu zdrowia – badania fizykalnego. W 2004 r. AACN zaproponowało, żeby do 2015 r. przygotowanie edukacyjne do specjalizacji w pielęgniarstwie odbywało się na szczeblu doktoratu (AACN 2006). Narodowy Zespół ds. Jakości Kształcenia Pielęgniarek Praktykujących opublikował w 2008 r. zaktualizowane kryteria dla programów NP. Według niego programy NP będą realizowane na poziomie studiów magisterskich i muszą być akredytowane przez organizacje akredytujące uprawnienia pielęgniarek na szczeblu krajowym (NTF 2008). Aby osiągnąć większą spójność regulacji w całym kraju, w lipcu 2008 r.

<sup>9</sup> (przyp.): Interesariusze (ang. stakeholders) – są to osoby lub inne organizacje, które uczestniczą w tworzeniu projektu (biorą czynny udział w jego realizacji) lub są bezpośrednio zainteresowane wynikami jego wdrożenia. Interesariusze mogą wywierać wpływ na daną organizację. Źródło: <http://mfiles.pl/pl/index.php/Stakeholders> dostęp 23.03.2010 r.

<sup>10</sup> Zakres praktyki, standardy i kompetencje pielęgniarki zaawansowanej praktyki *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse* ICN 2009/ PTP 2010. [http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=396&Itemid=102](http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=396&Itemid=102); dostęp 9 czerwca 2011 r.

zaproponowano wspólny model opisujący zasady przyznawania licencji, akredytacji, certyfikacji oraz kształcenia pielęgniarek APN (Grupa Robocza ds. APRN 2008).

W Kanadzie w latach 60. XX w. NP powstała na skutek deficytu lekarzy i obecnie funkcjonuje we wszystkich prowincjach Kanady (*Regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada 2005*). Od czasu zainicjowania CNPI (2004-2006), liczba NP w Kanadzie zwiększyła się – w 2007 r. było 1395 zarejestrowanych pielęgniarek, praktykowało 1346 (CIHI & CNA 2007) <sup>11</sup>.

W Wielkiej Brytanii pielęgniarki mogą przepisywać leki po specjalnym przeszkoleniu <sup>12</sup>. Wszystkie te elementy doprowadziły do uznania roli APN w Zjednoczonym Królestwie. W Wielkiej Brytanii ustawa umożliwiająca pielęgniarkom przepisywanie produktów leczniczych z Receptariusza Pielęgniarek (*Produkty Lecznicze: Przepisywanie przez Pielęgniarki 1992*) weszła w życie w październiku 1994 r. Do 2001 r. ponad 23 000 pielęgniarek rejonowych (POZ) zostało przeszkolonych w zakresie przepisywania leków z Receptariusza dla Pielęgniarek POZ i Środowiskowych. W 2002 r. rozszerzono uprawnienia do niezależnego przepisywania leków, umożliwiając większej liczbie pielęgniarek przepisywanie szerszego asortymentu leków dla większej liczby wskazań terapeutycznych (Courtenay & Griffiths 2004). Obecnie uprawnienia do przepisywania leków posiada 54 000 pielęgniarek i położnych (NMC 2010) <sup>13</sup>, 19 000 wypisuje leczenie niezależnie od lekarza <sup>14</sup>. W 2010 r. rząd Szkocji przygotował raport dotyczący przepisywania leków przez pielęgniarki w Szkocji <sup>15</sup>, w którym podkreślono, że przekazanie uprawnień do przepisywania leków pielęgniarkom spowodowało:

- lepszą opiekę nad pacjentem
- szybszy dostęp do leków
- lepsze wykorzystanie czasu przez pielęgniarki i lekarzy

Kraje, w których APN przeżywa rozkwit to kraje afrykańskie, gdzie deficyt lekarzy i słabo zaludnione obszary rolnicze utrudniają dostęp do świadczeń zdrowotnych. W Botswanie w 1986 r. powstał pierwszy program kształcenia NP i była to odpowiedź właśnie na brak lekarzy i zapotrzebowanie mieszkańców na opiekę zdrowotną. Od pielęgniarek z ogólnym przygotowaniem zawodowym oczekiwano nie tylko świadczenia opieki pielęgniarskiej, ale także niekiedy podejmowania decyzji będących w kompetencji lekarzy, czasami nawet drobnych zabiegów chirurgicznych, jak np. szycie ran. Zmiany były następstwem zainicjowania w kraju w 1970 r. rozwoju świadczeń Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

W krajach Azji działania zaczęły się w 1993 r. w Hong Kongu. Zaczęto rozważać potrzebę wprowadzenia APN; znaczący wpływ na decyzję miał apel środowisk ekonomicznych o powstrzymanie wzrastających kosztów zaspokajania potrzeb pacjentów. Problemy dotyczące definicji, roli, zakresu praktyki, dostępności dla pacjentów uzyskały w efekcie akceptację dla roli APN, która jest tam określana jako pielęgniarka specjalistka (Wong/Goodyear-Oross).

Dostęp do leczenia i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych to kluczowe zagadnienia dla zapewnienia zdrowego starzenia się i samoopieki, dla zmniejszenia koniecz-

<sup>11</sup> <http://www.npao.org/Uploads/SNP%20report%202009.pdf>; dostęp 9 stycznia 2012 r.

<sup>12</sup> [http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP\\_Stanowiska/26\\_PTP\\_STAN\\_Recepty\\_25\\_10\\_2011.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/26_PTP_STAN_Recepty_25_10_2011.pdf); dostęp 9 stycznia 2012 r.

<sup>13</sup> NMC (2010) Statistics. <http://www.nmc-uk.org/About-us/Policy-and-public-affairs/Politics-and-parliament/Policy-areas/> - dostęp 12 lutego 2012 r.

<sup>14</sup> Carey N, Stenner K (2011). Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nursing Times*; 107:26, 14-16

<sup>15</sup> A safe prescription. Developing nurse, midwife and allied health profession (NMAHP) prescribing in NHS Scotland. Progress report (Scottish Government, August 2010): [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/555947/a\\_safe\\_prescription\\_progress\\_report\\_2010.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/555947/a_safe_prescription_progress_report_2010.pdf); Watterson A et al (2009) An evaluation of the expansion of nurse prescribing in Scotland. The Scottish Government <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/285830/0087056.pdf>; dostęp 13 lutego 2012 r.

ności korzystania z usług profesjonalistów. Pielęgniarki muszą posiadać kompetencje, które umożliwią pacjentom zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych. Jednym z takich rozwiązań jest np. przyznanie pielęgniarkom zaawansowanej praktyki kompetencji przepisywania leków. W Wielkiej Brytanii pierwsze badania oceniające wprowadzenie uprawnień do przepisywania leków przez pielęgniarki wykazały poprawę standardów opieki nad pacjentami i wzrost ich zadowolenia, a także oszczędność czasu lekarzy i pielęgniarek<sup>16</sup>. Pielęgniarki miały również dostateczną wiedzę i kompetencje, aby bezpiecznie wykonywać nowe obowiązki; obserwowano zmniejszenie kosztów oraz zacieśnione relacje w gronie całego zespołu pracowników medycznych (Buchan & Calman 2004).

Badania zawierające ocenę pacjentów w zakresie przepisywania leków przez pielęgniarki pokazują korzyści, takie jak dłuższy czas trwania relacji pacjenta z pielęgniarką i większą częstotliwość kontaktów, a także dostępność i otwartość oraz lepszy styl konsultacji medycznej i formę przekazywania informacji (Latter & Courtenay 2004).

Pacjenci przede wszystkim wskazywali na szybszy dostęp do recept na leki, doceniali kompetencje pielęgniarek w obszarze danej specjalizacji, czasami uznając, że ze względu na dobrą znajomość pacjentów i produktów, lepiej radziły sobie z przepisywaniem leków.

W Australii głównym czynnikiem uzasadniającym wprowadzenie uprawnień do przepisywania leków przez pielęgniarki była poprawa wydajności i efektywności

świadczenia usług medycznych pacjentom. Z uwagi na charakter tego kraju dotyczyło to szczególnie pacjentów zamieszkujących obszary wiejskie, znajdujących się daleko od świadczeniodawców i z utrudnionym dostępem do lekarzy (Kearney 2008).

Zwiększone zainteresowanie problemem uprawnień do przepisywania leków przez pielęgniarki jest tematem opracowań naukowych. Buchan & Calman (2004) podają kilka powodów tego stanu rzeczy, m.in.:

- potrzeba zapewnienia lepszych standardów opieki pacjentom, najbardziej pilna w obszarach wiejskich i społecznościach lokalnych
- sposób na bardziej efektywne wykorzystanie czasu i umiejętności pielęgniarek i znajdujących się w ich dyspozycji zasobów
- dążenie pielęgniarek do umocnienia swojego statusu zawodowego i legitymizacji pracy, którą obecnie wykonują
- poprawa relacji zawodowych pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia
- zmniejszenie obciążenia pracą personelu medycznego

Przepisywanie leków przez pielęgniarki w Australii stało się faktem po wprowadzeniu zmian w ustawie. Umożliwiło to ordynowanie niektórych leków na podstawie stałych zleceń, bez konieczności uprzedniej konsultacji z lekarzem. Pierwszy podręcznik ze standardami terapeutycznymi dla pielęgniarek opublikowano już w 1992 r.

Jak wynika z danych, uprawnienia do przepisywania leków posiadają w większości krajów

<sup>16</sup> Venning P et al (2000) Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 320(7241): 1048-1053; Stenner K et al (2011) Consultation between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*; 48:1,37-46; Berry d, Courtenay M & Bersellini E (2006) Attitudes towards, and information needs in relation to, supplementary nurse prescribing in the UK: an empirical study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 22-28

<sup>17</sup> [http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=743&Itemid=71](http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=743&Itemid=71); dostęp 10 lutego 2012 r.



pielęgniarki zaawansowanej praktyki APN po odbyciu odpowiedniego przeszkolenia (zob. stanowisko PTP)<sup>17</sup>.

### Podsumowanie

Miejsce, zadania i kompetencje pielęgniarek APN uwarunkowane są kontekstem społeczno-politycznym, ale głównie inicjatywa wynika ze zwiększenia dostępności do usług zdrowotnych dla pacjentów i niwelowania różnic w ich dostępie. Wprowadzenie APN wymaga dyskusji w środowiskach medycznych dla osiągnięcia najlepszego możliwego rezultatu dla pacjenta. W poprzednich latach przeprowadzono analizę zaawansowania wprowadzania APN na świecie. OECD 9 lipca 2010 r. wydało raport na temat APN i jej usytuowania w systemach opieki zdrowotnej<sup>18</sup>. W raporcie uwzględniono także kwestię dotyczącą pielęgniarek APN w Polsce, gdzie mylnie podano informację o istnieniu APN. W Polsce, w rozumieniu terminologii związanej z APN, nie ma pielęgniarek realizujących legalnie zagadnienia z zakresu wskazywanego przez ICN i sieć pielęgniarek APN.

Uważam, że wprowadzenie kolejnego poziomu pielęgniarstwa spowoduje możliwość budowania ścieżki kariery profesjonalnej w pielęgniarstwie. Tym samym może się przyczynić do uatrakcyjnienia zawodu, który dawałby możliwości rozwoju zawodowego i osiągnięcia wyższego stopnia konkretnych kompetencji, tak jak ma to miejsce w innych zawodach. Należy jednak pamiętać, że zadania wykonywane tradycyjnie przez pielęgniarki muszą być realizowane pod ich kierunkiem przez zawody pomocnicze, które są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania systemu.

Kiedy i czy uda się wprowadzić w Polsce APN? Zależy to od uwarunkowań społecznych, przyzwolenia środowisk reprezentujących inne zawody medyczne, a przede wszystkim dostęp-

nych dowodów naukowych, wskazujących na opłacalność ekonomiczną wprowadzenia tej roli do praktyki, jak też korzyści dla systemu, pielęgniarek i przede wszystkim pacjentów, dla których stworzono ten zawód.

### Piśmiennictwo:

1. A safe prescription. Developing nurse, midwife and allied health profession (NMAHP) prescribing in NHS Scotland. Progress report (Scottish Government, August 2010): [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/555947/a\\_safe\\_prescription\\_progress\\_report\\_2010.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/555947/a_safe_prescription_progress_report_2010.pdf)
2. Affara F (2003). ICN Framework and Core Competencies for the Family Nurse. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
3. Berry d, Courtenay M & Bersellini E (2006) Attitudes towards, and information needs in relation to, supplementary nurse prescribing in the UK: an empirical study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 22-28.
4. Brown MA and Draye MA (2003). Experiences of Pioneer Nurse Practitioners in Establishing Advanced Practice Roles. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 391-397.
5. Buchan J and Calman L (2004). Implementing Nurse Prescribing. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
6. Buchan J and Calman L (2004). Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers NO. 17.
7. Carey N, Stenner K (2011). Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nursing Times*; 107:26, 14-16.
8. Carey N, Stenner K (2011). Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nursing Times*; 107:26, 14-16.
9. Courtenay, M. and Griffiths, M. Nurse prescribing the story so far. *Journal of Community Nursing* 2003; 17(10): 4-8.
10. Drennan J et al (2009). Independent evaluation of the nurse and midwife prescribing initiative. <http://www.ncnm.ie/files/prescribing/IndEvalPrescribing09.pdf>
11. Goodyear, R. (2000). The nurse practitioner in the US. In M. Gott (Ed.) *Nursing Practice, Policy and Change* (pp 85-114). Oxon, UK: Radcliffe Medical Press.
12. Implementing Nurse Prescribing. Trends and Issues In Nursing, ICN 2010.
13. International Council of Nurses (2001). Guidelines On Shaping Effective Health Policy. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
14. International Council of Nurses (2004). Guidelines On the Nurse Entre/Intrapreneur Providing Nursing Service. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
15. Latter S and Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 26-32.
16. Latter S. & Courtenay M. (2004) Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13, 26-32.
17. Lucille A, Joel, EdD, RN APN, C, FAAN (2004) *Advanced Practice Nursing: Essentials for Role*, Philadelphia: F.A. Davis, 681 pages.
18. Marie-Laure Delamaire and Gaetan Lafortune *Nurses in Advanced Roles: A Description And Evaluation of Experiences In 12 Developed Countries*; OECD Health Working Paper No. 54.
19. National Organization of Nurse Practitioner Facilities (1996). *Scope and Standards of Advanced Practice Registered Nursing*. Washington, DC: American Nurses Association.
20. National Prescribing Centre (2010) *Non-medical prescribing by nurses, optometrists, pharmacists, physiotherapists, podiatrists and radiographers. A quick guide for commissioners*. [http://www.npc.nhs.uk/non\\_medical/resources/NMP\\_QuickGuide.pdf](http://www.npc.nhs.uk/non_medical/resources/NMP_QuickGuide.pdf)
21. Percival E (2001). *Self-Regulation for Nurses: Issues and Opportunities*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
22. Schober M, Affara FA. *Global perspective on advanced practice*. In L. Joel (Ed.), *Advanced practice nursing: Essentials for ole development*. (2009) 2 nd Edition, Philadelphia: F.A.Davis.
23. Schroeder P (1991). *Approaches to Nursing Standards: Volume II. The Encyclopedia of Nursing Care Quality*; Gaithersburg, MD: Aspen.
24. Shaw S (2004). *Globalization and Health System Reform: Implications and Strategies for Nursing*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
25. Stenner K et al (2011) Consultation between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. *International Journal of Nursing Studies*; 48:1,37-46.
26. United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
27. Venning P et al (2000) Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 320(7241): 1048-1053
28. Watterson A et al (2009) An evaluation of the expansion of nurse prescribing in Scotland. The Scottish Government <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/285830/0087056.pdf>
29. Website links for organizations focused on Advanced Practice Nursing can be found at [www.icn-apnetwork.org](http://www.icn-apnetwork.org) under Education/Practice and Communication Subgroup menus.

<sup>18</sup> Marie-Laure Delamaire and Gaetan Lafortune *Nurses in Advanced Roles: A Description And Evaluation of Experiences In 12 Developed Countries*; OECD Health Working Paper No. 54