PIELĘGNIARKI I STUDENCI PIELĘGNIARSTWA WOBEC ROZSZERZENIA UPRAWNIEŃ ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAKRESIE WYSTAWIANIA RECEPT ORAZ SAMODZIELNEGO KIEROWANIA NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE – SPRAWOZDANIE ZE SPOTKANIA

NURSES AND NURSING STUDENTS TOWARDS EXTENDING POWERS OF PROFESSIONAL NURSES AND MIDWIVES TO ISSUE PRESCRIPTIONS AND REFERRING TO DIAGNOSTICS TESTS

Aleksander Zarzeka[1, 2], Mariusz Panczyk[1], Jarosława Belowska[1], Joanna Gotlib[1]

[1] Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny
[2] Studenckie Koło Naukowe Prawa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

W dniu 17 kwietnia 2015 roku w sali seminaryjnej Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie odbyły się warsztaty dotyczące odpowiedzialności prawnej pielęgniarki. Szkolenie pt. „Roszczeniowy pacjent, czy błąd pielęgniarki? Odpowiedzialność prawna i zawodowa" zorganizowane zostało przez Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zwieńczeniem spotkania była dyskusja o nowych uprawnieniach zawodowych pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept oraz samodzielnego kierowania pacjentów na określone badania diagnostyczne.

W spotkaniu wzięło udział osiem osób – siedem kobiet i mężczyzna. Połowę grupy stanowiły pielęgniarki, połowę studenci pielęgniarstwa. Pielęgniarki zatrudnione były w 6 Szpitalu Wojewódzkim w Dęblinie, Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie i Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Trzy pielęgniarki miały doświadczenie zawodowe w lecznictwie otwartym. Wszyscy studenci reprezentowali Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Tarnobrzegu i nie mieli doświadczenia zawodowego.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [1] od 1 stycznia 2016 roku określone grupy pielęgniarek i położnych uzyskają uprawnienia w zakresie wystawiania recept w ramach zlecenia lekarskiego, ordynowania określonych leków, w tym wystawiania na nie recept, a także samodzielnego kierowania pacjentów na badania diagnostyczne (z wyłączeniem metod podwyższonego ryzyka). Zmiany prawne są jednym z elementów wprowadzania w Polsce modelu pielęgniarki zaawansowanej praktyki (ang. *advanced nurse practicioner*) [2]. Zagadnienie to budzi duże zainteresowanie w piśmiennictwie zarówno branżowym [3], jak i prawniczym [4]. Wdrożenie przedmiotowych przepisów uzależnione jest od nastawienia samych zainteresowanych, szczególnie że będą to uprawnienia, a nie obowiązki pielęgniarek i położnych.

Opinie pielęgniarek i studentów

Pielęgniarki deklarowały, że słyszały o wprowadzanych zmianach prawnych. Z drugiej strony jedna osoba zapytała, czy te zmiany na pewno „przejdą" i zdziwiona była, że ustawa znajduje się już na etapie *vacatio legis*. Inna wskazała, że interesowała się już wcześniej tym tematem, ponieważ boi się, że „zostanie zwalona na nich kolejna robota, za którą nie zostanie im dodatkowo zapłacone". Od razu zwrócono też uwagę na fakt, iż pielęgniarki nie zdobędą nowych uprawnień „z dnia na dzień", tylko będą musiały podpisać umowę z NFZ tak jak lekarze. Do tej pory informacje na ten temat uczestnicy spotkania czerpali z mediów.

Pierwszym tematem, jaki omówiono, było wystawianie recept w ramach zlecenia lekarskiego. Uczestnicy zgodnie przyznali, że możliwość otrzymania od pielęgniarki recepty w ramach kontynuacji leczenia będzie korzystna dla pacjenta. Równie zgodni byli co do tego, że nie jest to dla pielęgniarek uprawnienie przydatne. Jako główny argument podano brak gratyfikacji finansowej oraz fakt, że będzie to kolejny obowiązek. Jedna z respondentek dodała: „znów lekarze będą się z nas śmiali, że daliśmy się wrobić w kolejną robotę".

Zapytano również, czy określony w ustawie krąg osób uprawnionych do wystawiania recept w ramach zlecenia jest adekwatny. Na to pytanie odpowiedziała tylko jedna pielęgniarka: „trzy lata licencjatu nie są w stanie przygotować idealnie do pracy w zawodzie". Wskazała też, że takie uprawnienie powinno przysługiwać pielęgniarce po 2 latach od rozpoczęcia pracy.

Dwie pielęgniarki uznały, że takie uprawnienie nie ułatwi im pracy; trzecia dodała, że „na pewno nie w szpitalu". Pojawił się również głos, że przyznanie kompetencji ułatwi pielęgniarce pracę w POZ. Jedna z uczestniczek przyznała nawet, że usankcjonuje to istniejącą praktykę wypisywania recept „za lekarzy". Zagadnienie to wzbudziło żywą dyskusję dotyczącą wykonywania przez pielęgniarkę obowiązków lekarza. Część uczestników stanowczo skrytykowała takie postępowanie, nazywając je „kryminałem". Inne tłumaczyły, że czasami jest to konieczne i podyktowane dobrem pacjenta, zwarzywszy na stanowczy niedobór personelu lekarskiego. Jedna z uczestniczek, przy aprobacie innych, wskazała dziedziny, w jakich uprawnienie to powinno mieć zastosowanie: opieka długoterminowa, opieka środowiskowo-rodzinna, opieka domowa i opieka paliatywna.

Następnie poruszono zagadnienie samodzielnego ordynowania leków. Wyświetlono przy tym proponowaną listę substancji czynnych, jakie będą mogły zawierać te leki. Pielęgniarki zareagowały śmiechem. Jedna uznała, że są tu „same stare leki". Podniesiono także, że lista leków jest wąska i ogólna – nieprzystająca do specjalizacji pielęgniarskich. Pojawił się głos, że polski ustawodawca powinien wziąć przykład z państw zachodnich, gdzie pielęgniarce przyznaje się dużo większe kompetencje. Studia pielęgniarskie trwają tylko rok krócej od lekarskich, a liczba godzin dydaktycznych jest nawet większa. Uczestniczka powoływała się na przykład swojej koleżanki, która pracuje w Nowym Jorku, gdzie to pielęgniarka zarządza opieką nad pacjentem.

Podobnie jak w przypadku wystawiania recept w ramach kontynuacji leczenia wskazano, że uprawnienie do samodzielnego ordynowania leków będzie przydatne i ułatwi pracę, ale jedynie „w określonym miejscu pracy" (POZ – przyp. red.).

W zakresie kryteriów, jakie spełniać powinna pielęgniarka, aby zyskać takie kompetencje, uczestnicy podali w wątpliwość ukończenie studiów magisterskich. Ich zdaniem specjalizacja jest odpowiednim kryterium, a „magister to tytuł naukowy, a nie zawodowy". Z drugiej strony stwierdzono, że zasadne byłoby wprowadzenie kryterium doświadczenia zawodowego.

Duże kontrowersje wzbudził temat samodzielnego kierowania pacjentów na badania diagnostyczne. Jedna z uczestniczek wskazała, że ma to sens tylko wtedy, jeżeli będzie mogła po otrzymaniu wyników badania skierować pacjenta bezpośrednio do specjalisty. Jeśli jednak pacjent od pielęgniarki, która zleciła i oceniła wyniki badania, będzie musiał znów zgłosić się do lekarza pierwszego kontaktu, który najprawdopodobniej skieruje go następnie do opieki specjalistycznej, to wtedy rola pielęgniarki nie ma sensu.

Dyskusja ożywiła się po wyświetleniu listy proponowanych procedur. Z jednej strony wskazano zbędne badania, na jakie pielęgniarki raczej nie będą kierowały pacjentów, np. zdjęcia kostne RTG. Z drugiej strony postulowano znaczące rozszerzenie listy w zakresie morfologii i biochemii krwi. Odnosząc się do badań ultrasonograficznych, jedna pielęgniarka wskazała, że to dobrze, iż na liście jest USG jamy brzusznej, jednak brakuje np. USG węzłów chłonnych czy badania tętnic szyjnych metodą Dopplera. Dyskusję podsumował inny uczestnik, stwierdzając, że „jest to nieprzemyślane".

Ostatnim tematem, jaki poruszono, było prowadzenie wspólnej dokumentacji medycznej przez lekarzy i pielęgniarki. Uczestnicy spotkania byli zgodni, że „na początku nie będzie to funkcjonowało", przynajmniej na oddziale szpitalnym. To lekarz, mając swojego pacjenta, będzie wciąż ordynował mu leki i wpisywał je w dokumentację, szczególnie zważywszy na fakt, że lista substancji czynnych, jakie ordynować będzie mogła pielęgniarka, jest wąska. Jedna pielęgniarka wskazała wprost: „poza hydroksyzyną tam nie ma ani jednego leku, jaki ja mogę podać swoim pacjentom". Sytuacja może się zmienić, kiedy lista leków zostanie rozszerzona. Zwrócono także uwagę, że przechodzi się aktualnie na dokumentację elektroniczną, co ułatwia pracę, choć – jak dodał inny uczestnik – „czasem technologia zawodzi".

Na zakończenie dyskusji jedna z uczestniczek zwróciła uwagę na aspekt administracyjny. W związku z koniecznością podpisywania przez pielęgniarki umów z NFZ w zakresie wypisywania recept i powstaniem odpowiedzialności za błąd na recepcie zaproponowano wprowadzenie „okresu karencji", w którym pielęgniarka nie będzie karana finansowo za popełnienie błędu przy wypisywaniu recepty.

Podkreślić należy, że przedstawione opinie i postawy są charakterystyczne dla pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa reprezentujących różne ośrodki i miejsca pracy. Wszystkie pielęgniarki zatrudnione były jednak w lecznictwie szpitalnym. Co więcej, grupa, która wypowiadała się, była niewielka oraz z założenia zainteresowana tematyką prawa w praktyce pielęgniarskiej, dlatego też prezentowane opinie nie mogą być obiektywnie reprezentatywne.

Podsumowanie

Należy stwierdzić, ze świadomość grupy pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa na temat wprowadzanych

zmian prawnych jest ogólna, a wiedza w tym zakresie powierzchowna i wymaga uzupełnienia.

Uczestnicy spotkania byli przekonani, że możliwość wystawiania recept przez pielęgniarkę i położną ułatwi pacjentom korzystanie z ochrony zdrowia. Z drugiej strony będzie to dla nich dodatkowy obowiązek, za który prawdopodobnie nie otrzymają dodatkowych pieniędzy, a zwiększy to ich obciążenie pracą i zakres odpowiedzialności. Pielęgniarki przyznają, że wprowadzane rozwiązania w zakresie wystawiania recept będą przydatne w POZ, a w szczególności w opiece domowej, długoterminowej i środowiskowo-rodzinnej, a także w opiece paliatywnej. Krytycznie oceniają listę leków do samodzielnej ordynacji jako nieadekwatną i zbyt wąską, a także kryteria, jakie spełnić będzie musiała pielęgniarka i położna, aby korzystać z tego uprawnienia.

Zasadniczo pozytywnie ocenione zostały kompetencje do samodzielnego kierowania pacjentów na badania, z zastrzeżeniem, że pielęgniarka będzie mogła skierować chorego bezpośrednio do specjalisty (po otrzymaniu i analizie wyników). Skrytykowano jednak listę proponowanych badań jako zbyt wąską.

Ze spotkania wynika, że zmiany prawne w zakresie przyznania pielęgniarkom i położnym nowych kompetencji powinny być bardziej integralne z systemem ochrony zdrowia, który do tej pory marginalizował pielęgniarkę i położną jako samodzielnych świadczeniodawców. Doszlifowanie i realne wejście w życie nowych przepisów możliwe będzie jedynie przy wsparciu i mądrym lobbingu samych zainteresowanych.

Piśmiennictwo

1. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011, Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze zm., http://isap.sejm.gov.pl/Download;jsessionid=021B0102E9F1-F9A6D967F2DF2ABF992D?id=WDU20111741039&type=3 (data dostępu: 18.04.2015).
2. Klain T, Kaplan L. Prescribing competences of Advanced Practice Registered Nurses. The Journal of Nurse Practitioners. 2010; 6: 115–122.
3. Kaczmarek A. Pielęgniarki i położne nie spieszą się do wypisywania recept, http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pielegniarki-i-polozne-nie-spiesza-sie-do-wypisywania-recept,140393,14.html (data dostępu: 20.04.2015).
4. Partyka-Opiela A, Kumala K. Pielęgniarki i położne będą odpowiadać za recepty, Life Sciences Law Blog, http://blog.dzp.pl/pharma/pielegniarki-i-polozne/ (data dostępu: 20.04.2015).

Adres do korespondencji:
Aleksander Zarzeka
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
tel.: 22 57 20 490
e-mail: aleksander.zarzeka@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny