


Czterdzieści lat od podpisania Deklaracji z Atma Aty

Czy pielęgniarki staną na pierwszej linii frontu w POZ?



Zespół,
kompetencje, autonomia,
integracja opieki, jej ciągłość
i koordynacja, ale przede wszystkim skupienie się
na jednostce i rodzinie. To kluczowe kierunki
rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
na świecie. A jak jest – i jak powinno
być – w Polsce?

Minęło już prawie 40 lat od podpisania Deklaracji z Alma Aty, w której Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) i państwa członkowskie postawiły sobie za cel upowszechnienie dostępu do opieki zdrowotnej poprzez powierzenie POZ funkcji lidera łączącego różne poziomy opieki. Podstawowa opieka zdrowotna miała być *mostem* łączącym klientów z usługami ochrony zdrowia i zarazem *bramą* otwierającą drogę do realizacji ich potrzeb zdrowotnych. Kto jednak będzie na pierwszej linii POZ i będzie wskazywał drogę klientom? Czy będą to pielęgniarki?

Jestem jak najbardziej za koncepcją przedstawioną przez ministra zdrowia 27 kwietnia 2016 r., ze wskazaniem miejsca pielęgniarki jako pracownika pierwszej linii. Wiele lat międzynarodowych doświadczeń (Kanada, USA, Wielka Brytania, Szwecja, Dania, Norwegia, Armenia, Korea itd.) pokazuje, że jest to skuteczny sposób na zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych. Może jednak stać się tak wtedy, kiedy pielęgniarki będą miały wpływ na to, jak i kiedy wykonują swoje zadania, a w przypadku wątpliwości będą mogły się skonsultować z innym profesjonalistą. W Szkocji pielęgniarka rejonowa (*District Nurse*) obsługuje pacjentów z chorobami fizycznymi, niepełnosprawnych, wizytator zdrowia (*Health Visitor*) przeprowadza badania skriningowe i realizuje programy promocji zdrowia, położna opiekuje się kobietami podczas ciąży i porodu, pielęgniarka zdrowia psychicznego sprawuje opiekę nad pacjentami z chorobami umysłowymi, pielęgniarka edukatorka niepełnosprawnych (*Learning Disabilities Nurse*) opiekuje się pacjentami z problemami intelektualnymi, pielęgniarka praktyki (*Practice Nurse*) obsługuje pacjentów ze swoistymi objawami związanymi np. z cukrzycą czy nowotworami, pielęgniarka szkolna realizuje badania przesiewowe i programy promocji zdrowia w szkołach, pielęgniarka zdrowia pracujących (*Occupational Health Nurse*) opiekuje się pracownikami w ich środowisku pracy.

W 1978 r., kiedy tworzone koncepcję systemu opartego na POZ, uważano, że będzie to optymalny sposób poprawy zdrowia społeczeństw – narzędzie realizacji wyzwań, jakie stawały wówczas przed systemami opieki zdrowotnej. Przeprowadzono wiele badań i analiz, które potwierdziły słuszność tej strategii. W kolejnych opracowaniach WHO konsekwentnie podkreśla się, że POZ to miejsce najbardziej pożądane do efektywnego wprowadzania usług zdrowotnych. Powinny nas zatem zainteresować osiągnięcia i porażki innych, którzy konsekwentnie realizowali wytyczony wówczas plan.

Pielęgniarki profesjonalistki

Dziś, przygotowując kolejne plany działania, może warto wyciągać wnioski. Doświadczenia Regionalnego Biura WHO z Ameryki Północnej pokazują, że opieka zdrowotna oparta na dominującej roli POZ pozwala

„Rola pielęgniarki nie ma być służenie innej profesji, ale informowanie, wspieranie oraz opieka nad pacjentem i społecznością”

osiągnąć lepsze wyniki, ma szerszy zasięg społeczny, jest skuteczniejsza przy niższych kosztach, pomaga osiągnąć większe zadowolenie pacjentów niż systemy zdrowotne słabo zorientowane na POZ. Nie mogło się to wydarzyć bez zaangażowania pielęgniarek, które w wielu miejscach na świecie zaangażowały swoje kompetencje dla osiągnięcia jak najlepszego wyniku reformy.

Pielęgniarki dzisiaj są wysoko wykwalifikowanymi profesjonalistami. Profesjonalistami pozbawionymi jednak podstawowych narzędzi do wykorzystywania swojej wiedzy i umiejętności z korzyścią dla społeczeństwa. Pielęgniarki są gotowe, aby stanąć na pierwszej linii ochrony zdrowia jako autonomiczny (w zakresie swoich kompetencji) członek zespołu POZ i być pomostem do świadczeń medycznych, które będą w kompetencji innych profesjonalistów interdyscyplinarnego zespołu (lekarza, farmaceuty itp.). Społeczeństwo wiele zainwestowało w to, aby pielęgniarki mogły sprawować profesjonalną opiekę w sposób bezpieczny, w środowisku zamieszkania, aby mogły zaspokajać potrzeby nie tylko wyrażone, ale tak jak Sherlock Holmes poszukiwać problemów i zagrożeń, które są dla rodziny kryzysem trudnym do samodzielnego pokonania. Może już czas, aby w Polsce wprowadzić pielęgniarkę zaawansowanej praktyki (APN), która wzorem innych krajów będzie miała prawo do wstępnej diagnozy statusu zdrowotnego pacjentów, udzielenia porad, zaordynowania leków i skierowania do odpowiedniego pracownika Zespołu Zdrowia Rodziny. Może będzie to właśnie pielęgniarka zdrowia rodziny, która wdrażając do praktyki plan opieki, będzie wzmacniać zdrowie rodziny na każdym etapie jej cyklu. Może już czas, aby po prawie 40 latach od pierwszej koncepcji zmian w POZ, korzystając z błędów i doświadczeń innych, wprowadzić taki model, który został sprawdzony naukowo i będzie opłacał się wszystkim interesariuszom. Model, który będzie odpowiedzią na ówczesną wizję tej roli wskazaną przez dyrektora Europejskiego Regionalnego Biura WHO J.E. Asvalla. Już podczas pierwszej konferencji WHO dotyczącej pielęgniarstwa – w Wiedniu w 1988 r. – powiedział on: „Rola pielęgniarki nie ma być służenie innej profesji, ale informowanie, wspieranie oraz opieka nad pacjentem i społecznością”. Według niego pielę-

„POZ miała być mostem łączącym klienta z usługami ochrony zdrowia”



gniarką w POZ będzie pielęgniarka zdrowia rodziny (*Family Health Nurse – FHN*), która będzie wielofunkcyjnym profesjonalistą współpracującym z ograniczoną liczbą rodzin. Może sprawować opiekę nad leżącym „dziadkiem”, jeśli byłoby to konieczne, może wykonać szczepienia, jeżeli nie zostało to zorganizowane w inny sposób, będzie łącznikiem między lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem i rodziną, gdyby była potrzeba kierowania do innych współpracowników i ponownej oceny statusu zdrowotnego, będzie osobą, która odwiedza rodziny i daje rady matce z noworodkiem po powrocie do domu. Będzie też obserwować rodzinę i szkolić, edukować, jak rozpoznawać wczesne objawy nieodpowiedniego stylu życia i problemów zdrowotnych. Czy powinien istnieć nastolatek, dziewczyna bez edukacji seksualnej? Czy można coś zrobić, gdy ojciec zaczyna za dużo pić? Co zrobić, kiedy młody chłopak zaczął palić? Cokolwiek to będzie, jakikolwiek byłby to rodzaj problemów – pielęgniarka może to zaobserwować, bo zna rodzinę. A ostatecznym i być może najważniejszym zadaniem pielęgniarek byłoby podjęcie próby, by zasiąść z całą rodziną i omówić ich problemy zdrowotne – razem znaleźć rozwiązanie, jak te problemy pokonać. Pielęgniarki mają kompetencje, aby to czynić.

Model koncepcji POZ ewoluował w ciągu ostatnich 38 lat. Najbardziej znaczący wpływ na te zmiany miała strategia „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Nie tylko go znowelizowała, lecz także zdefiniowała 21 jego celów. Wiele z nich wymagało zaangażowania w ten proces odpowiednio wykształconych i zmotywowanych pielęgniarek. W strategii dostrzeżono bowiem znaczenie odpowiedniej wiedzy pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek, i konieczność wykształcenia u nich umiejętności niezbędnych do promowania zdrowia (cel 18). Odpowiedzią pielęgniarek na to wyzwanie było zorganizowanie konferencji WHO, na której określono nową misję dla pielęgniarstwa: „Udzielanie pomocy ludziom w ich środowisku zamieszkania i pracy, tak by mogli oni osiągnąć optymalny poziom zdrowia” (WHO 2000). Zaczęto więc przygotowywać pielęgniarki do tego nowego zadania. Po raz pierwszy w historii pielęgniarstwa zwrócono uwagę na konieczność działania na rzecz wzmocnienia zdrowia człowieka zdrowego. Misją pielęgniarek stało się udzielanie pomocy ludziom w ich środowisku zamieszkania i pracy w osiągnięciu przez nich optymalnego poziomu zdrowia. Autonomię w działaniu potwierdziły zapisy Deklaracji monachijskiej. Uznano w niej

rolę pielęgniarki za kluczową dla wzmocnienia sytuacji zdrowotnej populacji.

Pracujmy z pacjentem w jego domu i z jego rodziną

Zapisano to w 1998 r. w celu 15 strategii „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”: „kluczowe powinno być przygotowanie bardzo dobrze wykształconej pielęgniarki zdrowia rodziny, która będzie dostarczać szerokiego zakresu usług dotyczących m.in. doradztwa nt. stylu życia, wspierać rodziny i dostarczać usługi zdrowotne w domach”. W podstawowej opiece miała być ona wzmocnieniem dla osiągnięcia 20 z 21 celów zapisanych w ww. Deklaracji. Dla wdrożenia tego modelu do praktyki opracowano m.in. programy nauczania FHN dla drugiego poziomu studiów (pielęgniarka zaawansowanej praktyki). Wyznaczono też dla pielęgniarki nowe miejsce w systemie POZ. Uznano, że jest to pielęgniarka, która pomaga jednostkom i rodzinom w radzeniu sobie z chorobami i chroniczną niepełnosprawnością czy też w sytuacji stresu poprzez spędzanie znacząco dużej części czasu na pracy z pacjentem w jego domu i z jego rodziną.

Potwierdzono, że pielęgniarki mogą udzielać porad dotyczących stylu życia i czynników ryzyka. Dzięki wstępnej szybkiej diagnozie mogą także asystować rodzinom w sprawach związanych z zarządzaniem zdrowiem i zapewnić możliwość rozwiązania problemów zdrowotnych rodziny na wczesnym ich etapie. Dzięki swojej wiedzy z zakresu zdrowia publicznego i spraw społecznych oraz na temat innych instytucji i agencji zajmujących się usługami społecznymi pielęgniarki mogą identyfikować efekty wpływu czynników socjoekonomicznych na zdrowie rodziny i kierować ich do odpowiednich miejsc (agencji). Mogą także ułatwiać wczesny wypis pacjentów ze szpitala poprzez prowadzenie procesu pielęgnowania w domu oraz działać jako swego rodzaju „zatyczka” (*lynchpin*) pomiędzy rodziną i lekarzem rodzinnym. Mogą więc być swoistym „substytutem lekarza”, kiedy w identyfikowaniu potrzeb pacjentów większe znaczenie będzie miała wiedza pielęgniarska.

Inwestycja w wykształcenie pielęgniarek to konieczność

Pielęgniarka zdrowia rodziny (FHN) była więc odpowiedzialnością Regionu Europejskiego WHO na strategię „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Miała być kluczowym zasobem w wielodyscyplinarnym zespole specjalistów ochrony zdrowia. Na kolejnej konferencji WHO w Barcelonie na podstawie dotychczasowych doświadczeń opracowano model FHN i opisano jej miejsce w systemie. Kraje uczestniczące w konferencji zostały zaproszone do przeprowadzenia badań pilotażowych programu dostosowanego do ich systemów opieki. Projekt dotyczył oceny wpływu pro-

jektu FHN na istniejące struktury opieki zdrowotnej, rozwoju tego modelu i wyników wdrożenia. Rezultatem pilotażu było m.in. uwidocznienie korzystnych zmian w miejscach, gdzie rola ta była realizowana przez odpowiednio wykształcone FHN i niepewność w jej wykonywaniu w miejscach, gdzie zadania przypisane FHN realizowała inna pielęgniarka, np. pielęgniarka środowiskowa (Portugalia). Badanie przeprowadzone w 2000 r. pokazało różnicowanie w edukacji i nierówność w rozwijaniu kompetencji.

W 2000 r. przyjęto Deklarację monachijską, w której wzmocniono pozycję pielęgniarki zdrowia rodziny. Wezwano także kraje członkowskie do ustanowienia usług pielęgniarskich i usług położnych skoncentrowanych na rodzinie, które byłyby zagwarantowane prawnie i umożliwiały pielęgniarkom i położnym pracę z wykorzystaniem całego swojego potencjału – jako „niezależnego i współzależnego profesjonalisty”. Kluczowe zadania, jakie wyznaczono pielęgniarcze zdrowia rodziny, to m.in.: przyczynianie się do podejmowania decyzji na wszystkich szczeblach politycznych, bycie aktywnym w zakresie poprawy zdrowia publicznego i rozwoju społeczeństwa, zapewnienie usług skoncentrowanych na rodzinie.

W Polsce w latach 2002–2013 (zgodnie z danymi z 2015 r. sporządzonymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych) wykształcono 772 pielęgniarki ze specjalizacją z pielęgniarstwa rodzinnego. Koszty tejże edukacji – bez względu na źródło finansowania, tj. budżet państwa czy budżety samorządu zawodowego pielęgniarek – ponieśliśmy wszyscy jako społeczeństwo, ale i same pielęgniarki. Wydano na ten cel ok. 4 mln zł (przybliżony koszt wykształcenia 1 pielęgniarki to ok. 5000 zł). Czy jednak odczuli to pacjenci? Jakie efekty przyniosło to społeczeństwu? W tym samym okresie (według danych z Ministerstwa Zdrowia z 2015 r.) 28 308 pielęgniarek ukończyło kursy kwalifikacyjne z pielęgniarstwa rodzinnego, często w związku z możliwością podjęcia dodatkowego zatrudnienia. Niepokojące są jednak dane dotyczące zgodności podejmowanego kształcenia z podstawowym zatrudnieniem. W przypadku specjalizacji z pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek wynosi ona 22,01 proc. Czy mamy zatem pielęgniarki „pierwszej linii”, które są wykształcone (nie przeszkolone), które są zmotywowane do tego, aby potencjalny klient uzyskał profesjonalne doradztwo lub poradnictwo, zanim spotka się z medycyną naprawczą? „Europejska strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych” podkreśla konieczność inwestowania w wykształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym, a nie tylko ich szkolenie. Jak napisano w dokumencie, inwestycja w wykształcenie pielęgniarek to konieczność, gdyż dotychczasowe inwestowanie w kształcenie lekarzy nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Powierzenie pierwszoplanowej roli pielęgniarcze, nazwanej zgodnie z zaleceniami WHO z 2006 r. pielę-

gniarką zdrowia rodziny, jest bardzo ważne dla autonomii pielęgniarek i przynosi udokumentowane korzyści klientom – pacjentom. Tam, gdzie wdrożono założenia tego modelu, a pielęgniarki zostały odpowiednio przygotowane do nowej roli, odnotowuje się pozytywne zmiany w zarządzaniu opieką czy zarządzaniu przypadkiem (*Case Management*) (ryc. 1).

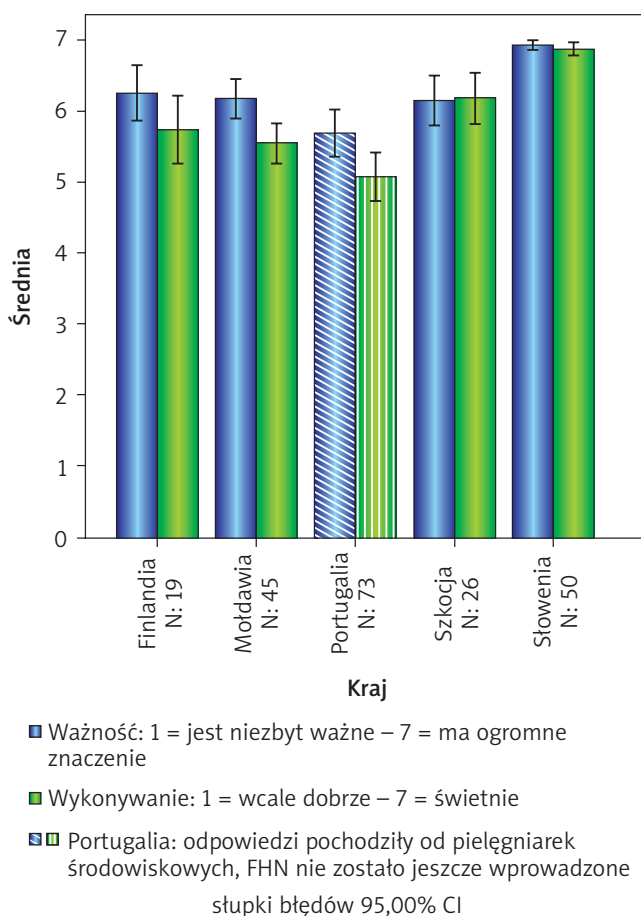
Doświadczenia z innych krajów pokazują, że FHN to kluczowy profesjonalista POZ, który wraz z lekarzem „zdrowia rodziny” łączy elementy dotyczące zdrowia publicznego, w tym ochronę zdrowia i promocję, jak również leczenie i opiekę paliatywną. Pielęgniarka ma za zadanie ułatwiać współpracę między rodziną, środowiskiem i systemem ochrony zdrowia. Pełni ona ważną rolę w życiu rodziny i społeczności w sytuacjach i wydarzeniach życiowych dla nich krytycznych, zapewniając wszystkim dostęp do opieki zdrowotnej.

Forma pracy pielęgniarek jest istotna

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek podkreśla pozytywny wkład pielęgniarek w dostarczanie usług zdrowotnych i pokazuje dobre praktyki, które znacząco zmieniły np. dostępność usług. Z wielu opracowań,

można przytoczyć projekt wprowadzony w Irlandii. Polegał on na ocenie efektywności wizyt domowych realizowanych przez pielęgniarki. Dowiedziono, że ta forma pracy pielęgniarek jest nadal bardzo skuteczna. Dzięki nim osiągnięto m.in. poprawę umiejętności rodziców, złagodzenie problemów związanych z zachowaniem dzieci, poprawę rozwoju intelektualnego u dzieci, zmniejszenie częstości nieumyślnego uszkodzenia ciała u dzieci, usprawnienie w wykrywaniu i leczeniu depresji poporodowej, poprawę jakości pomocy społecznej dla matek i wskaźników karmienia piersią. W odniesieniu do osób starszych udowodniono, że odwiedziny domowe są związane ze zmniejszeniem śmiertelności ogólnej populacji osób starszych i osłabionych czy osób starszych z grupy ryzyka. To także zmniejszenie korzystania z długoterminowej opieki instytucjonalnej, zwłaszcza w grupie ryzyka populacji osób starszych. Niektóre badania wykazały także efektywność kosztową takiej formy pracy FHN. Duży sukces w tym zakresie osiągnięto w Brazylii. Bariery jest jednak dostęp do adekwatnej wiedzy, która pozwala na tego rodzaju autonomiczne interwencje w środowisku. Z badań, jakie przeprowadziła w Polsce Izabela Ćwiertnia (Kongres POZ, Gdańsk, 5 maja 2016 r.), wynika, że pielęgniarki pracujące na własnych kontraktach realizują ponad 80 proc. świadczeń w domu pacjenta, natomiast pielęgniarki zatrudnione w praktykach lekarzy 80 proc. świadczeń wykonują, nie wychodząc do domów pacjentów.

W 2013 r. w 18 krajach przeprowadzono badania, w których przeanalizowano 55 przypadków dobrych praktyk i oceniono wpływ pracy pielęgniarek na ochronę zdrowia. Kolejny już raz udowodniono rolę pielęgniarek i znaczenie ich pracy m.in. w przestrzeganiu przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, redukcji przyjęć do szpitala i skróceniu czasu hospitalizacji, podnoszeniu jakości opieki oraz zapewnieniu jej ciągłości, ale też poprawie satysfakcji pacjentów z opieki i – co bardzo ważne – w redukcji kosztów opieki. Było to możliwe tylko dzięki zaangażowaniu pielęgniarek oraz nowoczesnym technologiom umożliwiającym m.in. współdziałanie w zespole czy np. zastosowanie telepielęgniarstwa w udzielaniu e-konsultacji. W 2004 r. w Kanadzie realizowano projekt polegający na dostarczaniu przez pielęgniarki usług z zakresu doradztwa i poradnictwa. Efektem było zmniejszenie przyjęć przez lekarzy rodzinnych, stwierdzono także zadowolenie pacjentów z poradnictwa. Dzięki temu zwiększyła się współpraca w zespole interdyscyplinarnym. W projekcie „Nursing for Health” udowodniono efektywność usług promocji zdrowia realizowanych przez pielęgniarki w POZ. Dobrym przykładem integracji opieki opartej na POZ jest projekt realizowany w Walii w środowisku byłych górników. Interdyscyplinarny zespół zrealizował w sumie 21 projektów. Efektem było także określenie 6 kluczowych kwestii ważnych dla



Rycina 1. Różnice i ważność oraz wykonywanie funkcji FHN jako pierwszego punktu kontaktu dla pacjentów



„Wizja roli pielęgniarki zdrowia rodziny zakładała, że jest nią profesjonalista sprawujący opiekę na pierwszej linii”

pielęgniarek: wsparcie (*Support*), praca w zespole (*Teamwork*), badania (*Research*), edukacja (*Education*), audyt (*Audit*) i zarządzanie (*Management*) – STREAM.

Każda zainwestowana złotówka wróci

Innym ważnym zapisem Strategii 21 było promowanie dostarczania usług zintegrowanej opieki w oparciu o POZ i opieki skoncentrowanej na rodzinie i społeczności (lokalnej). Ponownie podkreślono potrzebę szerokiej współpracy w środowisku POZ najważniejszych dla tego systemu pracowników – lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej, będących na pierwszej linii kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. W strategii wskazano także potrzebę zaangażowania wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek, posiadających zróżnicowane umiejętności, które wesprą proces zmian. Barrierami w osiągnięciu optymalnej organizacji POZ, dostrzeżonymi na przestrzeni lat, są przede wszystkim: niewłaściwa koordynacja usług związana z brakiem współpracy wielodyscyplinarnych zespołów w samym środowisku POZ, problemy dotyczące porozumienia między pierwszym (POZ), drugim i trzecim poziomem opieki oraz utrudnienia w dostępie do usług. To także np. nieodpowiednie wykształcenie kadr.

Najtrudniejsza jest jednak zmiana mentalna, pozwalająca pracować jako interdyscyplinarny zespół. Wiele badań wskazuje bowiem na stereotypy ról zawodowych wśród pracowników służby zdrowia. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych stereotypów wśród lekarzy jest to, że uważają się za przywódców i decydentów,

podczas gdy inni pracownicy służby zdrowia są postrzegani jako członkowie zespołu (*team players*).

W 2013 r. WHO przedstawiła raport z analizy dobrych praktyk w POZ, którego celem było pokazanie zasadności wspólnego nauczania profesjonalistów medycznych. Jest wiele badań naukowych, które potwierdzają skuteczność kształcenia interprofesjonalnego, umożliwiającego efektywną współpracę w praktyce. Edukacja interdyscyplinarna może przekształcić profesjonalną edukację zdrowotną, która jest obecnie fragmentaryczna i przestarzała, ma statyczny program i nie przygotowuje absolwentów dostatecznie do podjęcia współpracy.

W 2008 r. POZ ponownie stała się tematem głównym strategii zdrowotnych. Zarządzający ochroną zdrowia, którzy postawili na stworzenie zespołów z równoprawnymi relacjami, mogą się dzisiaj pochwalic „pozytywnymi” zmianami. Można więc powiedzieć, że inwestowanie w pielęgniarstwo się opłaca, a każda wydana złotówka zwróci się wielokrotnie. Pielęgniarki od zawsze stawiały czoła wyzwaniom, jakie niosła rzeczywistość, skrupulatnie też przygotowywały się do nowych kompetencji i angażowały w reformę ochrony zdrowia, wiedząc, że bezpieczeństwo pacjenta równa się bezpieczeństwu pielęgniarki.

Pielęgniarka w roli rzecznika programów zdrowotnych

Dzisiaj zadajemy sobie pytanie, kto powinien być rzecznikiem programów zdrowotnych. Czy byłoby efektywniej, gdyby był to lekarz, który i tak sędzie



„Potwierdzono, że pielęgniarki mogą udzielać porad dotyczących stylu życia i czynników ryzyka”

tę kompetencję na „personel pomocniczy”, czy może będzie to pielęgniarka, która zachęcona (zmotywowana zmianą roli, wynagrodzeniem) podejmie się tego wyzwania i wykona je z korzyścią dla wszystkich.

W kolejnych latach wyniki badań naukowych dostarczyły argumentów za wprowadzeniem tego niezależnego profesjonalisty jako pełnoprawnego członka zespołu POZ. Wykazano m.in. znaczący wpływ pielęgniarki zdrowia rodziny na zmiany w dostarczaniu świadczeń POZ w Europie. Wizja roli FHN zakładała, że jest nią profesjonalista świadczący opiekę na pierwszej linii wśród pracowników ochrony zdrowia, działający na rzecz zdrowia publicznego poprzez dostarczanie wiedzy klientom przygotowywanym do ponoszenia odpowiedzialności za decyzje dotyczące swojego zdrowia i dobrostanu. Przewidywano, że będzie ona pracowała z jednostkami, rodzinami i społecznością w określonym

obszarze geograficznym, jej działania będą obejmować wszystkie grupy wiekowe i koncentrować się na promocji zdrowia, prewencji chorób, leczeniu chorób, rehabilitacji, słowem – będzie to opieka od urodzenia do śmierci. Założono, że w przyszłości ta rola będzie ewoluowała w zależności od wyników empirycznych. Pielęgniarka może realizować tę rolę, potrzebuje tylko narzędzi w postaci wiedzy i pełnoprawnego miejsca w systemie. Audyt przeprowadzony w 2004 r. wskazał na nieznaczny postęp w realizacji rekomendacji WHO, szczególnie w zakresie niezależnej roli pielęgniarki jako autonomicznego profesjonalisty. Uwidocznił on także medykację systemu i problem w zdefiniowaniu roli pielęgniarki oraz niewystarczające środki finansowe.

Jak wspomniano, podczas pierwszej konferencji WHO dotyczącej pielęgniarstwa pielęgniarki określiły swoją misję. Widziano pielęgniarki w roli rzeczników programów zdrowotnych na każdym szczeblu i poprzez niezależne działania oraz bliską współpracę z kolegami profesjonalistami, klientami i społecznością. Uważano, że pielęgniarki powinny odgrywać większą rolę w pomaganiu klientom w usamodzielnianiu się i „wzięciu spraw zdrowia w swoje ręce”. Założono, że należy wprowadzić rozwiązania polityczne pozwalające pielęgniarkom prowadzić swoją autonomiczną praktykę, umożliwiającą pełnienie tej nowej dla nich funkcji w POZ. Niezbędne są przy tym zmiany umożliwiające pielęgniarkom podniesienie poziomu edukacji, prowadzenie badań i praktyki skoncentrowanych bardziej na zdrowiu niż chorobie oraz budowanie relacji z rodzinami i społecznością, a nie tylko z jednostką.

Partnerstwo w działaniu

W 2015 r. podsumowano osiągnięcie Milenijnych Celów Rozwoju. Sformułowano także Cele Zrównoważonego Rozwoju (SDGs) w liczbie 17 celów głównych i 169 celów szczegółowych, które zostały zaakceptowane podczas Zgromadzenia Generalnego ONZ. Jak podkreślają światowe gremia, ich osiągnięcie nie będzie możliwe bez odpowiednio zmotywowanego personelu pielęgniarstwa. Wyzwaniem dla decydentów w ochronie zdrowia jest transparentne opisanie ról poszczególnych członków „zespołu zdrowia rodziny”, wskazujące na promowanie zdrowia POZ na każdym etapie kontaktu z POZ. Ważne jest wskazanie jego członkom kompetencji, które pozwolą na autonomiczne działanie w tym zakresie. Kompetencje pielęgniarki zdrowia rodziny na przestrzeni lat uległy zmianom. Dzisiaj główne z nich to:

- 1) promowanie zdrowia;
- 2) skoncentrowanie praktyki na: wzmocnieniu rodziny, wsparciu rozwoju jednostki i rodziny, poprawie możliwości rodziny zarządzania zdrowiem, ułatwieniu osiągnięcia sukcesu we wprowadzaniu zmian w stylu życia rodziny, poprawie zarządzania zdrowiem i mobilizacji zasobów rodziny;

- 3) cechy lidera pomagające w zapewnianiu wszechstronnej i wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej nad rodziną;
- 4) systematyczne doskonalenie praktyki i zobowiązanie do autorefleksji w praktyce opartej na rewizji działań pielęgniarskich w opiece nad jednostką i rodziną;
- 5) praktyka oparta na badaniach naukowych.

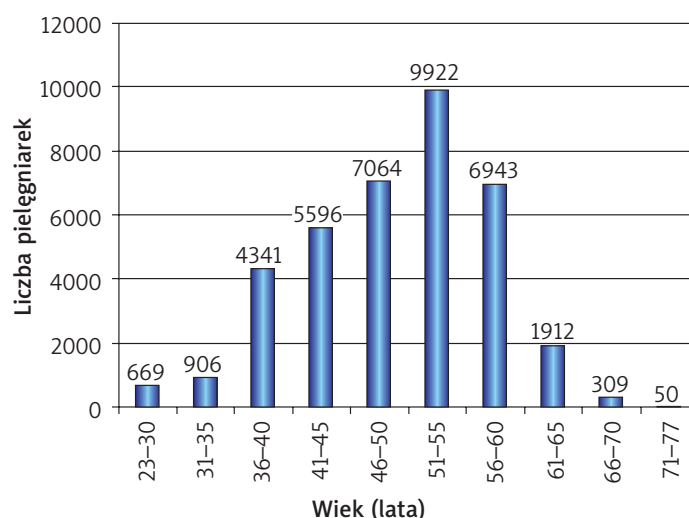
Dzisiaj, kiedy w Polsce toczą się boje o przyszłość POZ i rolę w niej poszczególnych współpracujących profesjonalistów, warto byłoby zastosować kluczowe założenie zainicjowanej przez WHO reformy: partnerstwo w działaniu.

Wyzwaniem dla liderów ochrony zdrowia w Polsce jest zapewnienie odpowiednich zasobów ludzkich, w tym pielęgniarek. Z uwagi na wiek obecnie pracujących w ochronie zdrowia (ryc. 2) priorytetem powinno stać się stworzenie systemu zachęt dla kończących szkoły absolwentów, aby po uzyskaniu wykształcenia i prawa do wykonywania zawodu chcieli ten zawód wykonywać i wykonywać go w Polsce.

Dla uzyskania zaangażowania pielęgniarek nie należy zapominać, że u podstawy piramidy ludzkich potrzeb znajduje się potrzeba bezpieczeństwa, którą powinno zaspokoić regularne wynagrodzenie – stwarzające poczucie stabilizacji finansowej, m.in. dzięki gwarancji posiadania umów – kontraktów. Wobec wyzwania zatrzymania kadr w systemie należy sięgnąć po badania, z których jednoznacznie wynika, że na pozostanie w zawodzie wpływa m.in. autonomia zawodowa, możliwość wpływu na podejmowane decyzje, relacje w zespole oraz wsparcie ze strony przełożonych. Ryzyko odejścia z pracy i zawodu wzrasta, gdy w środowisku pracy nie czujemy się potrzebni, słuchani, nie mamy wpływu na to, co i jak robimy. Dwunastokrotnie wzrasta ono wtedy, kiedy pielęgniarki nie są zadowolone z jakości wykonania swojej pracy. Prawie pięciokrotnie natomiast w sytuacji, kiedy kierownik nie motywuje podwładnych do pracy czy relacje w zespole są napięte. Mając na uwadze patriarchalny układ w ochronie zdrowia, można domniemywać, że reforma nie uda się bez zmian w mentalności profesjonalistów. Niepokojące mogą być także wyniki badań naukowych, które potwierdzają, że wdrażane zmiany w ochronie zdrowia przynoszą efekt przeciętnie po 17 latach. Czas nie jest więc naszym sprzymierzeńcem.

Jaka jest wizja opieki zintegrowanej?

Podstawowa opieka zdrowotna może być „bramą”, w której pacjent po raz pierwszy uzyskuje usługi zdrowotne i gdzie podejmowana jest decyzja o kierowaniu go do innych profesjonalistów. Może się to jednak stać przede wszystkim dzięki transparentnemu opisaniu kompetencji wszystkich uczestników interdyscyplinarnego zespołu. Nie bez znaczenia dla pozytywnych efektów stało się wprowadzenie jako „zachęty” pielęgniarki zaawansowanej praktyki, opisanej tutaj jako pielęgniar-



Rycina 2. Charakterystyka wiekowa pielęgniarek udzielających świadczeń w POZ w 2012 r.

ka zdrowia rodziny, oraz „wzmocnienie” jej roli poprzez powierzenie jej np. wypisywania recept i ordynowania leków, diagnozowania itd. To także konieczność poszerzenia granicy wyznaczonej dla POZ, np. zwiększenia zakresu usług wykonywanych w domach czy wprowadzenie „małej chirurgii” i usług specjalistów również poza poradnią i szpitalem. Z wywiadów z pielęgniarkami wynika, że doskwiera im finansowanie *per capita*. Z poradni odchodzą bowiem pacjenci, którzy wymagają mało lub nie wymagają wcale intensywnych działań pielęgniarskich. Pozostają natomiast ci, którzy są na tę opiekę skazani. Z liczbą deklaracji i wynagrodzenia nie ubywa pielęgniarkom liczby zadań. Pacjenci, którzy są „przykuci” do opieki pielęgniarskiej, nadal wymagają tej samej liczby czynności i zagwarantowanego tylko dla nich czasu na opiekę. Wykaz realizowanych zadań jest na tyle ubogi i niejednorodny, że trudno udowodnić wpływ pracy pielęgniarki na efekty terapii, a proces ten utrudnia dodatkowo opóźnienie we wdrożeniu dokumentacji elektronicznej.

Należy podkreślić, że wizja opieki zintegrowanej opartej na POZ nie będzie możliwa bez efektywnie współpracującego zespołu. Zespołu, gdzie w centrum zainteresowania jest osoba bez względu na aktualny status zdrowotny. Zadaniem zespołu będzie współdziałanie celem wzmocnienia zasobów zdrowia jednostki, rodziny i społeczności. Zbudowanie takiego interdyscyplinarnego zespołu, w którym każdy z członków ma transparentnie wyznaczone zadania, taką samą pozycję i wpływ na opiekę, to wyzwanie, którego realizację trudno sobie wyobrazić. Z drugiej strony bez zmotywowanego, wysoko wykwalifikowanego zespołu o zróżnicowanych kompetencjach trudno sobie wyobrazić przyszłość POZ.

Dorota Kilańska
Autorka jest dyrektorką European Federation
of Nurses Associations i członkiem Rady Dyrektorów
Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie.