

# Anna Bartosiewicz<sup>1</sup>, Monika Binkowska-Bury<sup>1</sup>, Małgorzata Marć<sup>1</sup>, Paweł Januszewicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

## Gotowość pielęgniarek do ordynowania leków i wypisywania recept

The willingness of nurses to ordain and prescribe drugs

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Uchwalona 22 lipca 2014 roku ustawa o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadza możliwość wystawiania recept przez pielęgniarki i położne w Polsce.

**Cel.** Ocena przygotowania pielęgniarek do wypisywania recept w opiniach pielęgniarek zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do lipca 2015 roku wśród 539 pielęgniarek POZ z województwa podkarpackiego. Badanie oparto na kwestionariuszu wywiadu opracowanym z wykorzystaniem 5-stopniowej skali Likerta. W analizie statystycznej posłużono się testem Manna-Whitneya i testem Kruskala-Wallis.

**Wyniki.** Ponad połowa badanych (52,0%) twierdzi, że nie ma wystarczającej wiedzy, aby sprostać nowym kompetencjom. Przygotowanie do wystawiania recept deklarują najczęściej pielęgniarki ze stażem pracy 6–10 lat ( $p = 0,0029$ ), ze średnich miast ( $p = 0,0064$ ) oraz z wykształceniem wyższym ( $p = 0,0388$ ). Pielęgniarki w większości (76,5%) uważają, że nie powinny przepisywać wszystkich leków, jedynie wyroby medyczne (72,9%), leki wcześniej zlecone przez lekarza (66,0%) i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (50,1%). Warunkiem wypisania recepty jest ocena stanu pacjenta, między innymi badanie fizykalne. Wśród badanych 43,9% osób uważa, że pielęgniarki potrafią zbadać fizykalnie pacjenta, a 34,7% jest odmiennego zdania.

**Wnioski.** Należy zwiększyć świadomość pielęgniarek na temat nowych kompetencji, umacniać w nich przekonanie o konieczności uzyskania kwalifikacji gwarantujących możliwość ordynowania leków i wypisywania recept, uświadomić znaczenie prawidłowo przeprowadzonego badania fizykalnego.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 91–97**

**Słowa kluczowe:** recepta; leki; pielęgniarka; podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

### ABSTRACT

**Introduction.** Adopted on July 22, 2014, The Law Amending Act on professions of nurse and midwife, introduces the possibility of prescribing by nurses and midwives in Poland.

**Objective.** Assessment of the preparation of nurses for prescribing, in the opinions of Primary Health Care (PHC) nurses.

**Material and methods.** The study was conducted from January to July 2015 among 539 Primary Health Care nurses in the city of Rzeszow and its district. The original questionnaire was developed based on five steps Likert scale. The data were compiled using the test Manna-Whitneya and test Kruskala-Wallis.

**Results.** More than half of the respondents (52.0%) say they do not have enough knowledge to meet the new competence requirements. Being prepared to prescribe is declared in most cases, by nurses with work experience of 6–10 years ( $p = 0.0029$ ); from medium-sized cities ( $p = 0.0064$ ) and with higher education ( $p = 0.0388$ ). The majority of nurses (76.5%) believe that they should not prescribe any drugs, only medical devices (72.9%), medicines previously ordered by a physician

**Adres do korespondencji:** mgr Anna Bartosiewicz, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, ul. Rejtana 16A, 35–310 Rzeszów, tel.: 17 872 1111, tel. kom.: 605 063 042, e-mail: ania.bartosiewicz@gmail.com

Przeprowadzone badanie było finansowane z działalności statutowej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego — Instytutu Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu w 2015 roku.

DOI: 10.5603/PP.2016.0015

(66.0%) and foods for particular nutritional uses (50.1%). There is a large discrepancy regarding proper physical examination: a large majority (43.9%) believe that nurses are able to physically examine the patient, while 34.7% of respondents give a different answer to this question.

**Conclusions.** The awareness of nurses about their new competences should be increased as well as their eagerness to get an education that guarantees the possibility of dispensing medication and prescriptions. They should be also more aware of great importance of well conducted physical examination.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (2): 91–97**

**Keywords:** prescription; medications; nurse; Primary Health Care

## Wstęp

Styczeń 2016 roku to ważna data dla polskiego pielęgniarstwa, związana z uzyskaniem uprawnień pielęgniarek i położnych w Polsce do ordynowania leków i wypisywania recept. Kompetencję tę nabędą w myśl przyjętej w lipcu 2014 roku nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [1, 2]. Dokładny wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykaz wyrobów medycznych i wykaz badań diagnostycznych określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 roku [3]. Tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 roku [4]. Doświadczenia wielu państw pokazują dużą potrzebę zwiększenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynowania leków i wypisywania recept oraz wskazują na wiele korzyści z rozszerzenia uprawnień pielęgniarskich [5–7]. Liczba krajów, w których pielęgniarki mogą legalnie przepisywać leki, znacząco rośnie. Polska jest kolejnym z nich i od 1 stycznia 2016 roku dołączyła do grona państw, w których rozszerzono kompetencje pielęgniarek o nowe, wcześniej wspomniane uprawnienia. Zgodnie z art. 15a ust. 1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna mająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa po ukończeniu kursu specjalistycznego mają prawo samodzielnie: ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty i ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty [1].

## Cel pracy

Ocena przygotowania pielęgniarek do wypisywania recept w opiniach pielęgniarek zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

## Material i metody

Badania przeprowadzono w poradniach POZ zlokalizowanych na terenie całego województwa podkarpackiego. Z każdego z 25 powiatów województwa wybrano w sposób losowy około 20% poradni POZ funkcjonujących na ich terenie. W ten sposób do badania zakwalifikowano 72 poradnie, z których udział w badaniu wzięło 539 pielęgniarek. Badana grupa pielęgniarek stanowiła 29,75% populacji 1812 pielęgniarek „środowiskowo-rodzinnych” województwa podkarpackiego (dane Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego na dzień 31 grudnia 2013 r.). Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) obszar województwa podkarpackiego (regionu Podkarpacie) na dzień 31 grudnia 2013 roku zamieszkiwało 2 097 338 osób objętych podstawową opieką zdrowotną; badany region charakteryzuje się małą liczbą pielęgniarek i dużymi odległościami środowiska zamieszkania świadczeniobiorców od świadczeniodawców. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 12 pytań skonstruowanych na podstawie 5-stopniowej skali Likerta. Badania przeprowadzono w dwóch etapach. Pierwszy (badania pilotażowe) zrealizowano w grupie 40 pielęgniarek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu weryfikacji narzędzia badawczego. Drugi (badania właściwe) przeprowadzono w grupie 539 pielęgniarek POZ w okresie od stycznia do lipca 2015 roku. Oceny istotności różnic pomiędzy grupami dokonano za pomocą testu Manna-Whitneya i testu Kruskala-Wallis. Dane opracowano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 11.0.

## Wyniki

W badaniach większość stanowiły kobiety (95,4%), mężczyźni było 4,6%. Największą grupę stanowiły osoby pomiędzy 30.–49. rokiem życia — 51,6% i 50.–64. rokiem życia — 32,7%. Pozostali to respondenci w wieku od 18 do 29 lat (14,8%) i powyżej 60. roku życia (0,9%). Ponad połowa badanych (53,8%) pochodziła z miasta, pozostali — 46,2% to mieszkańcy wsi. Wśród pielęgniarek było 34,0% osób z wykształceniem pielęgniarskim średnim, studia magisterskie ukończone miało 21,7% osób, studia I stopnia — 21,3%, wykształcenie średnie i specjaliza-

cję — 10,8%, studia I stopnia i specjalizację — 8,0%. Zaledwie 4,3% badanych miało ukończone studia magisterskie i specjalizację zawodową. Znacząca większość wśród badanych to pielęgniarki z ponad 20-letnim stażem pracy (38,2%), następnie kolejno to osoby pracujące 6–10 lat (16,9%), 16–20 lat (16,7%), 11–15 lat (14,3%) oraz osoby pracujące stosunkowo krótko w zawodzie — 1–5 lat (13,9%). Większość pielęgniarek pracowała w publicznych i/lub niepublicznych miejskich zakładach POZ (74,2%), pozostałe 25,8% to osoby zatrudnione w ośrodkach wiejskich. U badaniach uwzględniono wielkość miast, w których pracowały badane pielęgniarki, porównywalna grupa pracowała zarówno w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, jak i w miastach do 20 tys. mieszkańców (po 29,3%), następne 25,8% pielęgniarek pracowało w małych wioskach (siedliskach), a 15,6% stanowiły pielęgniarki pracujące w miastach od 50–100 tys. mieszkańców. W analizie wykazano, że najczęstszymi powodami (spośród 19 zaproponowanych możliwości) zgłaszania się do pielęgniarki są kolejno: wykonanie iniekcji (72,1%), wykonanie pomiaru ciśnienia i tętna (67,8%), wykonanie opatrunku (60,5%), zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne (58,8%), pobranie materiału do badań laboratoryjnych (58,6%), podanie szczepionki (51,6%), wykonanie EKG (48,7%) i inne. Analiza szczegółowa pytania o samoocenę przygotowania pielęgniarek do podjęcia nowych zadań pokazuje, że pielęgniarki oceniły swoją wiedzę w tym zakresie bardzo krytycznie, a 52,0% badanych uznało, że pielęgniarki w Polsce nie są dostatecznie przygotowane do tego, aby nabyć nowe odpowiedzialne uprawnienia; 26,1% jest zdania, że poradzi sobie w nowej sytuacji, a 21,9% osób nie potrafiło jednoznacznie udzielić odpowiedzi. Badane pielęgniarki identyfikują poziom wykształcenia i doskonalenia w aspekcie realizacji nowych uprawnień. Większość pielęgniarek (37,7%) stwierdziła, że do ordynowania i przepisywania recept konieczne jest wykształcenie wyższe i specjalizacja, a 26,7% respondentów wskazało na konieczność legitymowania się wykształceniem wyższym. Pozostali — 15,8% za uzasadnione podali ukończenie specjalizacji; 11,5% uważało, że studia licencjackie w zupełności wystarczą, a 8,3% było zdania, że nawet pielęgniarka z wykształceniem średnim poradzi sobie z wykonywaniem nowych uprawnień. Większość badanych (51,8%) stwierdziła, że wypisywanie recept przez pielęgniarki nie zmniejszy kolejek do lekarza, 37,9% było odmiennego zdania, pozostali (10,4%) nie potrafili wypowiedzieć się na ten temat. W opinii 76,5% badanych pielęgniarek nie powinny one mieć prawa do ordynowania wszystkich leków, natomiast 12,2% pielęgniarek uważało, że powinny mieć takie prawo. Zauważalna jest duża rozbieżność opinii na temat prawidłowego przeprowadzenia bada-

nia fizykalnego. Grupa 43,9% badanych pielęgniarek była zdania, że są one w stanie sprostać temu wyzwaniu i wykona je poprawnie; 34,7% respondentów odpowiedziało zupełnie odwrotnie, negując umiejętności pielęgniarek w tym zakresie, natomiast 21,3% nie potrafiło odpowiedzieć na zadane pytanie. Ponad połowa (50,2%) ankietowanych uważa, że potrafi umiejętnie dawkować leki, w tym 49,7%, że będzie to bezpieczne dla pacjentów, którym recepty wypiszą pielęgniarki; 29,5% spośród badanych stwierdziło, że nie poradzi sobie z dawkowaniem leków, i niewiele mniej (23,5%) uznało ordynowanie leków przez pielęgniarki za niebezpieczne dla pacjenta; pozostałe osoby odpowiednio (20,2% vs. 26,7%) nie potrafiły wyrazić swojej opinii na zadane pytania. Widoczne jest natomiast zdecydowane przekonanie pielęgniarek (72%) o konieczności informowania pacjentów o działaniu niepożądanym leków; 15,8% jest temu przeciwnych, a 12,2% nie wyraziło swojej opinii. Zdecydowana większość (65,3%) jest przeciwna wystawianiu recept bez kontaktu z pacjentem i nie akceptuje przepisywania leków za pośrednictwem Internetu (64,8%). Konsekwencje tych odpowiedzi mają swoje odzwierciedlenie w odpowiedziach na pytania o rodzaj preferencji odnośnie do zlecenia i przepisywania leków. Zdecydowana większość wskazuje na wyroby medyczne (72,9%), następnie leki zlecone wcześniej przez lekarza (66,0%) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (50,1%). Z badań dotyczących opinii respondentów na temat sprawowania nadzoru nad wypisywaniem recept przez pielęgniarki wynika, że niemal połowa (49,5%) ankietowanych jako organ nadzorujący wskazała lekarza, kolejna grupa badanych (37,3%) uważa, że organem nadzorującym powinien być Narodowy Fundusz Zdrowia lub Izba Pielęgniarek i Położnych (30,8%). W tabeli 1 przedstawiono wyniki analizy wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na opinie ankietowanych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

W analizie danych wykazano, że ankietowani mężczyźni sceptyczniej oceniają kwestię wiarygodności informacji przekazywanych przez pielęgniarki na temat działań niepożądanych leków ( $p = 0017$ ), natomiast mają bardziej pozytywne opinie na temat kwestii prawa do ordynowania wszystkich leków ( $p = 0,0161$ ) i wypisywania e-recept ( $p = 0,0000$ ) (tab. 1).

Wiek pielęgniarek różnicuje w pewnym stopniu odpowiedzi na pytanie dotyczące wiarygodności zaleceń i informacji o działaniach niepożądanych ( $p = 0170$ ), jednak kierunek tych zależności nie jest łatwy do interpretacji — trudno ocenić, czy wraz z wiekiem akceptacja dla tych stwierdzeń wzrasta, czy też spada. Podobna sytuacja dotyczy stwierdzenia o umiejętności w zakresie dawkowania leków ( $p = 0,0132$ ). Pielęgniarki mieszkające w miastach w większym stopniu

**Tabela 1.** Średni poziom akceptacji stwierdzeń dotyczących ordynacji leków, wypisywania recept i ich efektów a płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, staż i miejsce pracy badanych pielęgniarek**Table 1.** Average level of acceptance of each statement on nurse prescribing according to the sex, age, place of residence and education of the respondents

Stwierdzenia dotyczące efektów wypisywania leków przez pielęgniarki	p	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Staż pracy	Miejsce pracy <sup>#</sup>
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy	p =	0,9876	0,2872	0,0111*	0,0000***	0,0000***	0,0003***
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie)	p =	0,9678	0,5961	0,0186*	0,0388*	0,0029**	0,0064**
Prawo do ordynowania wszystkich leków	p =	0,0161*	0,3330	0,5241	0,1305	0,1173	0,0014**
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych	p =	0,3127	0,0753	0,5310	0,0129*	0,0543	0,0001***
Umiejętności w zakresie dawkowania leków	p =	0,1061	0,0132*	0,6905	0,0002***	0,0040**	0,0023**
Informowanie o działaniach niepożądanych leków	p =	0,0017**	0,0170*	0,8919	0,9603	0,0066**	0,5368
Bezpieczeństwo ordynacji leków	p =	0,5435	0,5608	0,4784	0,0078**	0,0084**	0,0060**
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem	p =	0,0000***	0,1650	0,3523	0,0265*	0,3829	0,1832

p — wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

<sup>#</sup> miejsce pracy z uwzględnieniem wielkości siedliska

\* istotność statystyczna

\*\* wysoka istotność statystyczna

\*\*\* bardzo wysoka istotność statystyczna

aprobowały dwa pierwsze stwierdzenia dotyczące wypisywania recept przez pielęgniarki niż osoby zamieszkujące na wsi ( $p = 0,0111$ ;  $p = 0,0186$ ). Wykształcenie bardzo wyraźnie różnicuje opinie pielęgniarek na temat wypisywania przez nie recept. Osoby z wyższym wykształceniem są bardziej pozytywnie nastawione do rozważanego zwiększenia kompetencji pielęgniarek. Im wyższe wykształcenie ankietowanych pielęgniarek, tym większe przekonanie o możliwości podjęcia nowego obowiązku — wystawiania recept pacjentom. Istotność statystyczna tej zależności jest szczególnie widoczna w przypadku rozpatrywania samych średnich ocen. Im dłuższy staż pracy, tym mniej aprobujące nastawienie do kwestii wypisywania recept przez pielęgniarki. Zależność ta dotyczy większości rozważanych stwierdzeń. Wydaje się, że pielęgniarki z najdłuższym stażem pracy w zawodzie wypowiadają się najbardziej sceptycznie na temat własnego przygotowania do wystawiania recept. Widoczne jest również wyraźne zróżnicowanie poglądów pielęgniarek ze względu na miejsce pracy. Trudno wskazać tu na jedną zasadę określającą tę zależność, ale wydaje się, że bardziej sceptyczne nastawienie do kwestii wypisywania recept przez pielęgniarki mają osoby pracujące na wsi i w małych miastach (tab. 1).

## Dyskusja

W ostatnich latach można zaobserwować wzrost liczby państw, w których zostały rozszerzone uprawnienia pielęgniarskie o możliwość ordynowania i przepisywania leków [5–8]. Istnieje duże zróżnicowanie w zakresie i stopniu tych uprawnień oraz w tempie ich wprowadzania. Również charakter omawianych zmian jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych państwach: od bardzo dynamicznych po nieznaczne. Analizując sytuację na świecie w zakresie przepisywania recept przez pielęgniarki, należy się skupić nie tylko na samym zagadnieniu i odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarki mogą przepisywać recepty w danym państwie, ale raczej ustalić, w jakim stopniu uprawnienia te zostały wdrożone, jaki jest ich zakres i powszechność stosowania. Uprawnienia do przepisywania leków wskazują na wzrost autonomii zawodowej i niezależnej praktyki, które stają się równie ważnymi aspektami wykonywania zawodu pielęgniarskiego [6]. Przeniesienie części odpowiedzialności za proces leczenia na personel pielęgniarski jest skutecznym sposobem skrócenia dystansu zawodowego i umożliwiania współpracy interdyscyplinarnej, czyli model pracy korzystny dla lekarzy i innych pracowników medycznych, pozwalający lekarzom koncentrować

się na bardziej skomplikowanych przypadkach medycznych [9, 10]. Przegląd piśmiennictwa pozwala na poznanie sytuacji związanej z przepisywaniem recept przez pielęgniarki w innych państwach [6, 7, 11, 12]. Analiza wyników badania dotyczyła zaplanowanego od 1 stycznia 2016 roku zwiększenia uprawnień dla pielęgniarek i położnych o możliwość wypisywania przez nie recept. Wyniki badań własnych wykazały, że prawie połowa pielęgniarek POZ Podkarpacia wyraża obawy co do właściwego przygotowania do podjęcia nowych zadań związanych z rozszerzonymi uprawnieniami i wskazuje na konieczność podwyższenia kwalifikacji i ukończenia specjalizacji (37,7%), co świadczy o dużej świadomości wagi podejmowanych zadań. Wyniki badania przeprowadzonego w Australii (stan Victoria), z udziałem 296 pielęgniarek środowiskowych, które oceniały własne przekonanie o możliwości podjęcia nowych uprawnień wskazują, że większość (54%), że czuje się „absolutnie” lub „raczej pewnie”, podejmując rozszerzone kompetencje, pozostałe (46%) są niepewne w kwestii przepisywania leków. Prawie wszystkie pielęgniarki (95%) stwierdziły, że bardzo istotne jest dodatkowe kształcenie w tym zakresie [13]. Przygotowanie do wypisywania recept prowadzone większości państw zachodnioeuropejskich i innych krajach anglojęzycznych odbywa się poprzez regularne programy nauczania, najczęściej na poziomie studiów magisterskich. W niektórych krajach (np. Irlandii, Wielkiej Brytanii) pielęgniarki zdobywają kwalifikacje również w trakcie samodzielnych kursów na poziomie licencyjnym [6, 14, 15]. Podobne rozwiązania mają być wprowadzone w Polsce — Ministerstwo planuje możliwość uzupełnienia wiedzy na kursach specjalistycznych w ramach kształcenia podyplomowego [1]. Większość badanych (51,8%) uważa, że przyznanie nowych uprawnień pielęgniarkom nie zmniejszy kolejek do lekarzy i nie wpłynie na skrócenie oczekiwania na wizytę. Być może ma to związek z sytuacją zawodową pielęgniarek w Polsce: zwiększeniem zakresu obowiązków, zmniejszeniem obsady kadry pracowniczej i brakiem rekompensaty finansowej. Światowi badacze, między innymi ze Szwecji, Wielkiej Brytanii, Australii, USA, Nowej Zelandii, Irlandii i RPA, przedstawiają korzyści wynikające z przepisywania leków przez pielęgniarki. Jako najczęstsze podają: poprawę jakości i dostępności usług dla pacjentów, efektywniejsze gospodarowanie zasobami i lepsze standardy praktykowania zawodu pielęgniarki [6, 7, 11]. Jednym z prezentowanych w literaturze doniesień związanych z ordynowaniem i przepisywaniem medykamentów przez pielęgniarki jest dłuższa i bardziej wnikliwa konsultacja pielęgniarska z pacjentem niż w przypadku grupy lekarzy, co jest związane z opieką zdrowotną zorientowaną na pacjenta jako jej główny cel. Ta

cecha jest charakterystyką właściwą pielęgniarstwu, podchodzącemu do pacjenta w sposób holistyczny [12]. Badane pielęgniarki POZ są zdania, że przyznanie im nowych uprawnień nie zmniejszy kolejek do lekarzy specjalistów, nie wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania na wizytę oraz nie wpłynie na uzdrowienie systemu. Miles i wsp. zaznaczyli, że istnieje pięć kluczowych elementów skutecznego rozwoju mechanizmów omawianej inicjatywy, w tym silna polityka, wsparcie pielęgniarstwa i akademickich programów edukacyjnych [16]. Wśród badanych pielęgniarek daje się zauważyć rozbieżność opinii na temat prawidłowego przeprowadzania badania fizykalnego. Raporty pielęgniarek rejonowych i środowiskowych w Wielkiej Brytanii potwierdzają pogląd, że farmakologia, badanie fizykalne i diagnostyka to obszary, w których pielęgniarki czują się najslabiej przygotowane, jeśli chodzi o wystawianie recept [6]. Stopień, zakres i powszechność praktyki przepisywania leków przez pielęgniarki różni się w poszczególnych krajach pod względem poziomu przyznanych kompetencji, zakresu osób uprawnionych do ordynowania leków, zróżnicowania regionalnego danego kraju, sytuacji, w których pielęgniarki mogą przepisywać leki (określone schorzenia i specjalizacje) oraz zakresu dostępnych medykamentów. W Wielkiej Brytanii zakres leków, do przepisywania których pielęgniarki są uprawnione, zależy od kategorii posiadanych uprawnień. Receptariusz dla pielęgniarek środowiskowych i rejonowych jest znacznie ograniczony i zawiera szczegółową listę leków, które mogą zostać przepisane. Pielęgniarki z uprawnieniami uzupełniającymi mogą wystawiać recepty na wszystkie dopuszczone leki z pełnego Brytyjskiego Receptariusza Narodowego zawarte w planie leczenia pacjenta podpisanym przez lekarza, z uwzględnieniem wybranych leków psychotropowych. Natomiast pielęgniarki z niezależnymi uprawnieniami mogą przepisywać wszystkie leki z pełnego Brytyjskiego Receptariusza Narodowego we wszystkich wskazaniach terapeutycznych ze swojego obszaru kompetencji z uwzględnieniem leków psychotropowych w ściśle określonych wskazaniach [6, 7]. W Polsce — zgodnie z ustawą — ustawodawcy określili 16 grup leków [3]. Jest to niewiele chociażby w porównaniu ze Szwecją, gdzie lista leków obejmuje 230 pozycji i 60 wskazań terapeutycznych, w których kwalifikowane pielęgniarki środowiskowe mogą je przepisać pacjentom. Istnieją restrykcje odnośnie do przepisywania leków dzieciom [6]. W Irlandii Rejestrowane Pielęgniarki Praktyki mają uprawnienia do przepisywania leków oraz wybranych środków psychotropowych i odurzających związanych z wykonywaną pracą, lista leków musi być zatwierdzona przez ich pracodawcę, a pacjenci muszą być objęci również opieką lekarza [18]. Pielęgniarki Praktyki

w Stanach Zjednoczonych mają uprawnienia w pełni autonomiczne, obejmujące również leki odurzające i psychotropowe. Zestaw przywilejów jest różny w poszczególnych stanach, najczęściej recept wypisują pielęgniarki pracujące w służbach ratunkowych i pielęgniarki rodzinne [19].

W krajach borykających się z niedofinansowaniem służby zdrowia i w obliczu szybko rozprzestrzeniających się chorób (szczególnie HIV/AIDS), w biednych krajach Afryki położonych poniżej Sahary oraz w takich państwach, jak Etiopia, Malawi, Tanzania czy Zambia, pielęgniarki odgrywają ważną rolę w przepisywaniu leków antyretrowirusowych [20]. W Ugandzie, z powodu dużej liczby osób cierpiących na choroby nowotworowe i AIDS, pielęgniarki przepisują leki antyretrowirusowe oraz morfinę pacjentom z silnymi dolegliwościami bólowymi [21]. W Holandii pielęgniarki przepisują leki w zakresie ograniczonym do obszaru ich specjalizacji i kompetencji, jednak zmiany demograficzne (duża liczba osób starszych) i duża liczba chorych na cukrzycę spowodowały, że pielęgniarki odgrywają dużą rolę w opiece i przepisywaniu leków tym pacjentom [7]. W RPA pielęgniarki POZ mają uprawnienia do wypisywania leków ujętych na tak zwanej Liście Leków Podstawowych, z ograniczeniem do trzech pozycji na jednej receptce. Lista leków jest aktualizowana co dwa lata. Jeżeli pacjent wymaga zastosowania leków innych niż w wykazie, jest kierowany do lekarza [6]. Analiza wyników dotyczących sprawowania nadzoru nad wypisywaniem recept przez pielęgniarki może świadczyć, że pielęgniarki, czując się niepewne swoich kompetencji, chcą być kontrolowane przez lekarza, co z kolei świadczy o niskim prestiżu zawodu pielęgniarskiego w Polsce. W Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii i Szwecji pielęgniarki spełniające wymagane kryteria są rejestrowane na szczeblu krajowym, a w USA, Australii i Kanadzie są rejestrowane na szczeblu poszczególnych stanów lub prowincji [6, 18]. Ewaluacja efektów wprowadzonego w styczniu 2016 roku nowego projektu, z racji jego innowacyjności, będzie mogła być przeprowadzona po 1–2 latach. Kryterium oceny będzie liczba recept wydawanych przez pielęgniarki i położne jako ordynacja lub jako kontynuacja leczenia, liczba skierowań na badania diagnostyczne i liczba porad udzielonych przez pielęgniarki i położne zakończonych wypisaniem recepty. W uzasadnieniu ustawy wskazano pewne przypuszczenia co do liczby recept wystawianych przez pielęgniarki. Zakłada się, że pielęgniarki i położne będą wystawiać około 20% recept na leki w chorobach przewlekłych w ramach POZ, oraz około 10% w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotychczas wystawianych przez lekarza. Szacuje się, że około 10% porad u pielęgniarki i położnej POZ zakończy się wydaniem skierowania na

badania diagnostyczne, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej [22]. Są to jedynie dane szacunkowe i do ich potwierdzenia potrzebne będzie przeprowadzenie nowych badań, już po wejściu w życie rozszerzonych uprawnień pielęgniarskich. Według A.M. Hagbaghery brak pewności siebie w odniesieniu do ordynowanej farmakologii i terapii jest tym czynnikiem ludzkim, który można uznać za barierę hamującą przepisywanie leków, i odwrotnie — pewność siebie jest czynnikiem wzmacniającym tę inicjatywę. Przekazanie uprawnień i umacnianie poczucia pewności siebie w grupie zawodowej pielęgniarek może im pomóc zastosować wiedzę w praktyce [23]. Wyniki będą o tyle interesujące, że dadzą w pewnym wymiarze odpowiedź na pytanie o poziom przygotowania badanej grupy zawodowej do wypełniania także innych nowych obowiązków w niedalekiej przyszłości. Należy tutaj myśleć o możliwości zastosowania w praktycznej opiece nad pacjentem palety rozwiązań mobilnych w ramach szeroko rozumianego telenursingu, w tym przepisywania e-recept. Obecnie w wielu miejscach na świecie trwają prace nad efektywnością i bezpieczeństwem praktycznego zastosowania tego typu innowacyjnych rozwiązań [24, 25].

## Wnioski

Pielęgniarki są pozytywnie nastawione do rozszerzenia ich kompetencji i deklarują gotowość do wypisywania zleceń na wyroby medyczne i leki wcześniej zlecone przez lekarza (powtórne recepty). Nowe kompetencje ordynowania leków budzą jednak wśród nich wątpliwości. Należy zwiększyć świadomość pielęgniarek na temat nowych kompetencji, umacniać przekonanie o konieczności uzyskania wykształcenia gwarantującego możliwość ordynowania leków i wypisywania recept, w tym uświadomić znaczenie prawidłowego przeprowadzenia osobistego badania fizykalnego popartego rzetelną wiedzą.

## Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 22 lipca 2014, O zmianie ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej (Dz.U. z 2014, poz. 1136).
2. Bartosiewicz A., Binkowska-Bury M., Januszewicz P. Możliwości przepisywania recept przez pielęgniarki i położne — stan prawny w Polsce i ogólny przegląd sytuacji na świecie. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków* 2015; 13 (3), 290–305.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015; Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykaz wyrobów medycznych i wykaz badań diagnostycznych. (Dz.U. 2015, poz. 1739).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015; Tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne (Dz.U. 2015, poz. 1971).
5. Buchan J., Calman L. *Implementing Nurse Prescribing: An updated review of current practice internationally*. International Council of Nurses, Geneva 2004.

6. Ball J. Implementing Nurse Prescribing. An updated Review of Current Practice Internationally. ICN, 2009; [http://www.ptp.na1.pl/pliki/nurse\\_prescribing/Nurse%20prescribing\\_PL%2002.01.2012.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/nurse_prescribing/Nurse%20prescribing_PL%2002.01.2012.pdf); data pobrania: 13.10.2015.
7. Kroezen M. Nurse prescribing. A study on task on substitutoin and professional jurisdictions 2014; <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Marieke-Kroezen-2014.pdf>; data pobrania: 13.10.2015.
8. Carryer J., Gardner G., Dunn S., Gardner A. The capability of nurse practitioners may be diminished by controlling protocols. *Australian Health Review* 2007; 31 (1): 108–115.
9. Bowskill D. The Integration of Nurse Prescribing: Case Studies in Primary and Secondary Care. DHSci thesis. University of Nottingham 2009. Available at: <http://etheses.nottingham.ac.uk/1036/>; data pobrania: 25.10.2015.
10. Jabareen H.M. Skill Mix Development in General Practice: A Mixed Method Study of Practice Nurses and General Practitioners. PhD thesis. Faculty of Medicine University of Glasgow 2008; <http://theses.gla.ac.uk/632/1/2008JabareenPhD.pdf>; data pobrania: 25.10.2015.
11. Gielen S.C., Dekker J., Francke A.L. i wsp. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2014; 51: 1048–1061.
12. Darvishpour A., Joolae S., Cheraghi M.A. A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2014; (28) 77: 2–12.
13. Elsom S., Happel B., Manias E. Expanded practice roles for community mental health nurses in Australia: Confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. *Issued in Mental Health Nursing* 2008; 29: 767–780.
14. Banning M. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review of the literature. *Nurse Education Today* 2004; 24: 420–427.
15. Wilhelmsson S., Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses prescribing — a focus group study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 643–650.
16. Miles K., Seitio O., McGilvray M. Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *International Nursing Review* 2006; 53: 290–296.
17. Courtenay M., Prescribing. *Journal of Community Nursing* 2007; 21 (7): 11–13.
18. An Bord Altranais, The Introduction of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland: An Overview. Department of Health & Children, Health Service Executive, National Council for the Professional Development of Nursing & Midwifer 2007; strona WWW; data pobrania: 13.10.2015.
19. Goolsby M.J. AAPN National Nurse Practitioner Sample Survey, Part II: Nurse practitioner prescribing. *Journal of the American Academy of nurse Practitioners* 2005; 17 (12).
20. Mullan F., Frehywot S. Non-physicians in 47 sub-Saharan African countries. *The Lancet* 2007; 370 (9605): 2069–2172.
21. Logie D.E., Harding R. An evaluation of a morphine public health programme for cancer and AIDS pain relief in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2005; 5 (82); [www.biomedcentral.com/1471-2458/5/82](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/82); data pobrania: 16.10.2015.
22. Sobolewski P. Opinia prawna w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy 2504); <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=2504>; data pobrania: 13.10.2015.
23. Hagbaghery A.M., Salsali M., Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health*, 2004; 2 (9): 1–14.
24. Jin M., Kim J. Development and Evaluation of an Evaluation Tool for Healthcare Smartphone Applications. *Telemedicine Journal and E-health* 2015; 21 (10): 831–837.
25. Bramble J.D., Abbott A.A., Fuji K.T. i wsp. Patient safety perspectives of providers and nurses: the experience of a rural ambulatory care practice using an EHR with E-prescribing. *The Journal of Rural Health* 2013; 29 (4): 383–391.