

Ewa Taranta^{1,2}, Jolanta Kraśnicka¹, Barbara Ślusarska³

¹Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Przychodnia Rodzinna „Fidos” w Białymstoku

³Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym POZ – wybrane aspekty współpracy

The role of the nurse in the POZ team – selected aspects of cooperation

Wstęp

Szczegółowy zakres zadań pielęgniarki POZ został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej [1]. Ponadto zakres zadań pielęgniarki POZ, lekarza POZ i położnej POZ reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. [2]. Oprócz tego czynności, które pielęgniarka zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami może realizować samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2017 r. [3]. Pielęgniarka POZ wykonuje zadania w miejscu udzielania świadczeń, tj. w gabinecie pielęgniarki POZ, w domu pacjenta, a także w domach pomocy społecznej (DPS), gdy na jej liście znajdują się pensjonariusze DPS [4, 5].

W Polsce świadczenia POZ realizowane są przez podmioty o różnych formach organizacyjnych: podmioty lecznicze prowadzone przez lekarzy lub pielęgniarki realizujące opiekę kompleksową (lekarz, pielęgniarka, położna POZ), podmioty prowadzone przez zespoły pielęgniarsko-położnicze (pielęgniarka i położna POZ), podmioty prowadzone przez lekarzy realizujące opiekę wyłącznie z zakresu świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki realizujące opiekę wyłącznie z zakresu świadczenia pielęgniarki POZ, położne realizujące opiekę wyłącznie

z zakresu świadczeń położnej POZ. Najczęstszą formą organizacyjną POZ w Polsce jest podmiot oferujący opiekę kompleksową – lekarz, pielęgniarka i położna POZ [6].

Zakres współpracy pielęgniarki w zespole POZ

Bez względu na formę prowadzonej działalności ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej zobowiązuje członków zespołu terapeutycznego POZ, w skład którego wchodzi lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, do ścisłej współpracy. Najistotniejszym elementem tej współpracy z punktu widzenia opieki nad pacjentem jest niewątpliwie prawidłowy przepływ informacji o stanie pacjenta. Właściwa komunikacja pomiędzy członkami zespołu może mieć wpływ na poprawę stanu zdrowia osób objętych opieką. Biorąc pod uwagę zakres zadań i kompetencje pielęgniarki POZ, można wyodrębnić kilka zakresów współpracy pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką POZ. Współpraca ta może dotyczyć następujących obszarów: 1) realizacja czynności na zlecenie lekarza POZ; 2) profilaktyka i edukacja zdrowotna; 3) udział w organizacji przyjęć; 4) opieka nad pacjentami przewlekle i obłożnie chorymi w domu; 5) organizacja pracy w placówce i czynności administracyjne.

Realizacja zadań pielęgniarki na zlecenie lekarza w POZ

Czynności lecznicze wykonywane przez pielęgniarkę POZ na zlecenie lekarza to przede wszystkim podawanie leków różnymi drogami. Dla prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego istotne z punktu widzenia współpracy w tym zakresie jest stosowanie się do zaleceń, które w zleceniu wydaje lekarz. Dotyczy to miejsca wykonania zabiegu (w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta), czasu i częstości podawania leków, a także informacji zwrotnej dla lekarza POZ, czy dany zabieg został wykonany i w jaki sposób pacjent zareagował na lek. Chodzi przede wszystkim o wystąpienie ewentualnych działań niepożądanych, reakcję na leczenie i proces dochodzenia pacjenta do zdrowia. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów pielęgniarka POZ powinna niezwłocznie powiadomić o tym lekarza POZ w celu podjęcia przez niego decyzji o zmianie sposobu leczenia lub zmianie rodzaju podawanego leku.

Czynności diagnostyczne realizowane przez pielęgniarkę POZ polegają głównie na rozpoznawaniu problemów zdrowotnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w rodzinie pacjenta w ramach wywiadów środowiskowych. Wywiady środowiskowe prowadzone przez pielęgniarki POZ są istotne, gdyż pozwalają na wczesną identyfikację zagrożeń zdrowotnych wynikających np. ze stylu życia lub deficytu zarządzania chorobą w rodzinie. Dobra współpraca w zespole POZ i przepływ informacji to podstawa przeciwdziałania zagrożeniom i powikłaniom u pacjentów z czynnikami ryzyka wystąpienia choroby lub w przebiegu choroby przewlekłej u pacjenta i jego rodziny. Możliwe jest wzmocnienie tych działań w ramach współpracy z opieką społeczną lub ośrodkami pomocy rodzinie.

Do zadań diagnostycznych realizowanych przez pielęgniarkę należy pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, najczęściej w domu chorego, wykonywanie badania fizykalnego, a także wystawianie skierowań na wybrane badania diagnostyczne lub wyroby medyczne zgodnie z uprawnieniami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarkę i położną oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne [7].

Współpraca w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej w POZ

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna w zapobieganiu chorobom w pracy pielęgniarki POZ to między innymi rozpoznawanie czynników ryzyka i próba modyfikacji lub ograniczenie ich szkodliwego wpływu na stan zdrowia pacjentów. Dokonując oceny środowiska epidemiologicznego, pielęgniarka POZ przeprowadza dokładny wywiad uwzględniający zdrowotne uwarunkowania rodzinne, determinanty zawodowe oraz styl życia. Rozpoznanie problemów zdrowotnych oraz podjęcie decyzji co do dalszego postępowania to zadanie lekarza POZ realizowane we współpracy z pielęgniarką POZ. Może to ograniczyć występowanie chorób lub ewentualnych powikłań już zdiagnozowanych problemów zdrowotnych.

Realizując umowę na świadczenia zdrowotne z NFZ, pielęgniarki POZ są zobowiązane do prowadzenia programu profilaktyki gruźlicy. Wykonawcą tego świadczenia jest wyłącznie pielęgniarka POZ i jest ono finansowane przez NFZ odrębnie, poza stawką kapitulacyjną. W przypadku stwierdzenia zagrożenia zachorowaniem na gruźlicę pielęgniarka POZ kieruje pacjenta do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Ponadto pielęgniarka POZ jest współwykonawcą programu profilaktyki chorób układu krążenia, a jej rola to wykonanie badania EKG, pomiar masy ciała, wzrostu i obliczenie wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) oraz zebranie wywiadu chorobowego. Edukacja zdrowotna pacjenta w ramach tego programu jest przypisana lekarzowi POZ, choć zadania te z powodzeniem mogłyby realizować pielęgniarki POZ, które mają odpowiednie kompetencje zawodowe do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Prowadzenie edukacji w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia przez pielęgniarki POZ pozwoliłoby na poświęcenie więcej czasu pacjentom objętym programem, co w aktualnych uwarunkowaniach organizacyjnych POZ jest bardzo ważnym czynnikiem sprawnego funkcjonowania poradni.

Monitorowanie rozwoju dziecka oraz profilaktyka chorób wieku rozwojowego jest ważnym zakresem zadań pielęgniarki POZ. Ocena prawidłowości rozwoju dziecka rozpoczyna się pomiędzy 3. a 4. miesiącem od urodzenia, podczas pierwszej wizyty patronażowej, którą pielęgniarka POZ realizuje zazwyczaj w środowisku domowym. Wizyta patronażowa przeprowadzona w warunkach domowych pozwala sprawdzić wiedzę rodziców na temat pielęgnacji niemowlęcia, a także ocenić warunki bytowe

dziecka. Terminy badań przesiewowych w ramach profilaktyki zostały określone w rozporządzeniu dotyczącym świadczeń gwarantowanych w POZ. Najczęściej odbywa się to w terminach szczepień ochronnych, w 6., 9. i 12. miesiącu życia. Kolejne badania przesiewowe, które wykonuje pielęgniarka POZ, odbywają się w wieku 2, 4 i 5 lat. Obejmują one ocenę rozwoju fizycznego (masa ciała, wzrost, BMI), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę wzroku, w tym wykrywanie zezów poprzez wykonanie testu Hirschberga, orientacyjną ocenę słuchu. Wyniki badań przesiewowych pielęgniarka POZ przekazuje lekarzowi POZ, który dokonuje badania dziecka w ramach bilansu zdrowia.

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami lekarz POZ jest odpowiedzialny za realizację obowiązkowych szczepień ochronnych. Współpraca w tym zakresie polega na wykonywaniu przez pielęgniarkę POZ, po kwalifikacji dokonanej przez lekarza, zleconego szczepienia ochronnego. Ścisła współpraca w zespole znacząco ogranicza ryzyko błędów i niepożądanych odczynów poszczepiennych [8].

Wspólnym problemem lekarza i pielęgniarki w zespole POZ są coraz częstsze przypadki uchylania się rodziców lub opiekunów od obowiązku szczepienia dzieci. W takiej sytuacji zarówno lekarz, jak i pielęgniarka POZ powinni udzielać wyczerpujących informacji na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych. Do zadań pielęgniarki należy także informowanie rodziców o możliwych konsekwencjach zdrowotnych niepoddawania dziecka szczepieniom [9].

Udział w organizacji wizyt w POZ

W placówkach POZ realizujących świadczenia w pełnym zakresie najczęściej pacjent najpierw ma kontakt z pielęgniarką. To pielęgniarka POZ przeprowadza wywiad na temat problemu zdrowotnego, z jakim pacjent zgłasza się na wizytę lekarską. Po zebraniu wywiadu niejednokrotnie pielęgniarka POZ podejmuje decyzję, czy dana wizyta u lekarza powinna się odbyć niezwłocznie, czy też można ustalić późniejszy termin. W sytuacjach wątpliwych naturalne jest skonsultowanie tej decyzji z lekarzem.

Pielęgniarka POZ może w ramach posiadanych kompetencji wykonać czynności diagnostyczne, takie jak: zebranie wywiadu chorobowego, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena tętna, pomiar glukozy we krwi lub pomiary antropometryczne. Wykonanie tych czynności przed wizytą lekarską i przekazanie ich wyników lekarzowi zdecydowanie

usprawnia przebieg wizyty, skraca czas oczekiwania pacjenta oraz realizacji wizyty w poradni.

Codzienna organizacja pracy w POZ to rejestracja określonej liczby pacjentów potrzebujących konsultacji z lekarzem POZ oraz ustalanie harmonogramu przyjęć. Doświadczenia w praktyce poradni POZ pokazują, że zapotrzebowanie pacjentów na wizyty u lekarza jest zwykle wyższe, niż wynikałoby to z regulacji formalnych dotyczących czasu przeznaczanego dla jednego pacjenta w trakcie pracy poradni. Ten zakres organizacji pracy POZ nie jest współcześnie łatwy dla lekarza, pielęgniarki ani pacjenta.

Z raportu „Health at a Glance 2018” przygotowanego dla krajów europejskich przez OECD i KE wynika, że w najtrudniejszej sytuacji znajduje się podstawowa opieka zdrowotna. Na lekarza POZ w Polsce średnio rocznie przypada ponad 4700 porad dla pacjentów. Raport wykazał też, że w krajach Unii Europejskiej lekarze innych specjalności w ciągu roku przyjmują średnio 2147 pacjentów, tymczasem w Polsce – 3104 pacjentów. W najlepszej sytuacji jest Szwecja, gdzie rocznie lekarz przyjmuje 679 pacjentów (mniej niż dwóch dziennie) [10].

Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi, niesamodzielnymi, z deficytami samoobsługi w środowisku domowym

Z powodu dużego odsetka ludzi w podeszłym wieku oraz wzrostu liczby pacjentów przewlekle i obłożnie chorych przebywających w domu współpraca pielęgniarki POZ z lekarzem POZ staje się konieczna. Realizowane przez pielęgniarkę POZ wizyty w domu pacjenta oraz wywiady środowiskowe pozwalają na ocenę, czy i w jakim zakresie należy udzielić pomocy w danym środowisku. Ocena wydolności opiekuńczej rodziny oraz przygotowania pacjenta i jego rodziny do samoopieki oraz samopielęgnacji może warunkować podjęcie postępowania terapeutycznego przez lekarza POZ. Wywiady środowiskowe przeprowadzane przez pielęgniarkę POZ muszą zatem być udostępnione w ramach współpracy lekarzowi POZ. Podobnie w sytuacji zgłoszenia się rodziny pacjenta do lekarza POZ z problemami zdrowotnymi – zgodnie z obowiązującymi standardami lekarz powinien wszystkie informacje przekazać pielęgniarce POZ, która w razie konieczności podejmie stosowne działania z zakresu opieki pielęgniarskiej [11].

Organizacja pracy w placówce i czynności administracyjne w POZ

W placówkach POZ, które realizują umowę z NFZ w pełnym zakresie, pielęgniarki często są odpowiedzialne za organizację pracy. Przygotowują stanowiska pracy – nie tylko własne, ale także lekarza. Dotyczy to przygotowania dokumentacji medycznej w wersji papierowej i elektronicznej, rejestrowania pacjentów, odbierania telefonów, korespondencji, sporządzania sprawozdań, raportów i wymaganych dokumentów. Od czasu wprowadzenia możliwości wystawiania zwolnień lekarskich przez tzw. asystentów medycznych niejednokrotnie funkcję tę przejmują pielęgniarki POZ. Są to dodatkowe zadania administracyjne realizowane przez pielęgniarkę POZ, co niewątpliwie skraca czas wizyty pacjenta w gabinecie lekarskim. Należy jednak pamiętać, że kolejne zadania administracyjne przypisywane pielęgniarcie POZ w sytuacji braku pielęgniarek powodują przeciążenie i mogą zniechęcać do podejmowania pracy w POZ młodzież kształcącą się na kierunku pielęgniarstwo.

Trwają dyskusje na temat obecności asystentów medycznych w praktykach lekarza rodzinnego, co może poprawić sytuację w organizacji pracy oraz czynnościach administracyjnych [12] i niewątpliwie wpłynęłoby korzystnie na umożliwienie pielęgniarkom POZ pracy zgodnie z ich kompetencjami zawodowymi.

Mocne i słabe strony współpracy – podsumowanie

Podmioty lecznicze prowadzone przez lekarzy (lub pielęgniarki) realizujące opiekę

kompleksową (lekarz, pielęgniarka, położna POZ)

Zawody lekarza i pielęgniarki są samodzielnymi zawodami medycznymi. W założeniach formalnoprawnych oznacza to, że każdy z tych zawodów samodzielnie w ramach posiadanych kwalifikacji podejmuje działania na rzecz pacjenta. W praktyce współpraca pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką POZ ma swoje mocne i słabe strony, co jest uzależnione od formy i zakresu prowadzonej działalności. Mocną stroną współpracy w podmiotach realizujących pełny zakres podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz, pielęgniarka i położna) jest dostęp do dokumentacji medycznej, szybki przepływ informacji, możliwość natychmiastowego kontaktu pomiędzy lekarzem POZ a pielęgniarką POZ. Podmioty lecznicze realizujące świadczenia kompleksowo mają możliwość szybkiego podjęcia wspólnej decyzji i działań w stosunku do pacjenta.

Słabą stroną tej współpracy może być przeciążenie pielęgniarek POZ czynnościami administracyjnymi, co w obecnych formach funkcjonowania POZ skutkuje najczęściej deficytem realizacji zadań edukacyjnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wobec pacjentów geriatrycznych i przewlekle chorych w środowisku domowym. Zadania rejestrowania pacjentów, sprawozdawczości oraz nadzoru nad kompletnością dokumentacji medycznej z powodzeniem mogą być realizowane przez pracowników administracji medycznej, co odciążałoby zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki, których kompetencje mogłyby być wykorzystane w pełni do realizacji zadań bezpośrednio związanych z opieką i terapią.

Kolejnym aspektem współpracy w POZ jest możliwość wystawiania e-recept w ramach kontynuacji leczenia przez uprawnione do tego pielęgniarki. Z jednej strony do realizacji tego rodzaju świadczeń pielęgniarki mają wymagane prawem kompetencje, z drugiej zaś nie idą za tym środki finansowe, które byłyby adekwatne do odpowiedzialności, jaka się wiąże z wystawianiem recept. W tym nowym zakresie współpracy muszą zostać wypracowane obiektywne kryteria wyceny i warunki realizacji. Wypisując recepty w ramach kontynuacji leczenia, pielęgniarki muszą także uwzględniać stan zdrowia pacjenta. Oznacza to, że pielęgniarka powinna zbadać pacjenta podczas wizyty i na tej podstawie wystawić receptę w ramach kontynuacji leczenia. Zadanie to powinno zostać wyodrębnione jako produkt dodatkowy i stosownie do odpowiedzialności wycenione przez płatnika (NFZ). Należy podkreślić, że nie może dochodzić do łączenia zadań i wypisywania recept w czasie wykonywania innych obowiązków, np. rejestrowania pacjentów na wizyty do lekarza. Może to skutkować błędem w zaleconej terapii, a także w określaniu wysokości refundacji przepisanego leku, co powoduje znaczne konsekwencje finansowe.

Podmioty prowadzone przez pielęgniarki, które realizują opiekę wyłącznie w zakresie świadczeń pielęgniarki POZ we współpracy z lekarzem POZ

Mocną stroną samodzielnego pielęgniarstwa podmiotów leczniczych, które realizują wyłącznie zakres świadczeń pielęgniarki POZ we współpracy z lekarzami POZ, jest to, że zadania wykonywane przez pielęgniarki wynikają wyłącznie z ich kompetencji zawodowych. Nie są one angażowane w czynności administracyjne, organizację pracy całej placówki, a więc skupiają się przede wszystkim na realnych potrzebach pacjenta. Słabą stroną tej

formy współpracy jest utrudnienie dostępu do dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarza POZ, wydłużenie czasu przepływu informacji, brak systematycznego i stałego kontaktu z lekarzem POZ, posiadanie aktywnej listy pacjentów, którzy wybrali lekarzy POZ w różnych podmiotach. Wymusza to współpracę z kilkoma lekarzami POZ, często w odległych miejscach wykonywania działalności.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 86 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. nr 214 poz. 1816, poz. 1567).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497).
4. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 122/2017/DSOZ z dnia 15 grudnia 2017 roku w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Ślusarska B, Kocka K. Pielęgniarstwo rodzinne w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. W: Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa. Ślusarska B., Marciniowicz L., Kocka K. (red.). PZWL, Warszawa 2019; 10-12.
6. Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie. Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrala w Warszawie, Warszawa 2016. //C:/Users/user/Downloads/poz_-_potencjal_i_jego_wykorzystanie%20(1).pdf [dostęp on-line: 6.10.2019].
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 roku w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2018 r. poz. 299).
8. Matkowska-Kocjan A, Szenborn L. Błędy wykonawcze przy realizacji szczepień. Medycyna Praktyczna dla Lekarzy. <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/porocedury/> [dostęp on-line: 10.11.2019].
9. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji. Kontrowersje wobec szczepień obowiązkowych. OT-660, Warszawa 2018.
10. Kobańska M. Raport OECD i KE: na lekarza POZ w Polsce średnio rocznie przypada ponad 4700 porad dla pacjentów, POZ w najtrudniejszej sytuacji pod względem liczby lekarzy. <https://www.termedia.pl/poz/Raport-OECD-i-KE> [dostęp on-line: 10.11.2019].
11. Pluta A, Basińska-Drozd H, Faleńczyk K, Budnik-Szymoniuk M. Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym. Medycyna Rodzinna 2014; 1: 27-30.
12. Pochręst-Motyczyńska A. NFZ: Dodatkowe pieniądze na asystentów medycznych w praktykach lekarza rodzinnego. <https://www.prawo.pl/zdrowie/asystenci-medyczni-w-praktyce-lekarza-rodzinnego,307759.html> [dostęp on-line: 08.11.2019].

Adres do korespondencji:

dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska
Zakład Medycyny Rodzinnej
i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4
20-081 Lublin
e-mail: barbaraslusarska@umlub.pl