

Ordynacja pielęgniarska: trzeba usunąć braki w przepisach



Fot. Kornelia Glowacka-Wolf / Agencja Gazeta

Mleko już się rozlało

Wprowadzenie do systemu pielęgniarek mających część uprawnień lekarzy w założeniach ustawodawcy ma skrócić kolejki w lecznictwie otwartym. Bo lekarzy jest w Polsce za mało. Ale przecież pielęgniarek też jest o wiele za mało, a ich liczba raczej maleje, niż wzrasta.

Od 1 stycznia br. pielęgniarki i położne, które ukończyły studia II stopnia, mogą po zaliczeniu 65 godzin szkolenia diagnozować i ordynować leki ujęte w wykazie sporządzonym przez Ministerstwo Zdrowia. Absolventki studiów I stopnia mogą po zaliczeniu kursu trwającego 40 godzin przepisywać leki w ramach kontynuacji terapii wdrożonej przez lekarza.

Pięcioletnia debata

Dyskusja nad pomysłem przyznania pielęgniarkom tych uprawnień toczyła się przez 5 lat. Między innymi Naczelna Rada Lekarska w maju 2014 r. wypowiedziała się negatywnie na temat projektu ustawy wprowadzającej te zmiany. Niestety nikt z dyskutujących w tej sprawie nie mógł się odnieść do tego, co najważniejsze – do zakresu i programu szkolenia osób mających otrzymać tak istotne uprawnienia. Bo ten pojawił się dopiero w październiku 2015 r., 3 miesiące przed pierwszymi kursami. A jest niedostateczny.

Kurs trwa tydzień, po odliczeniu czasu na zagadnienia formalnoprawne na medycynę pozostają 33 godziny. Na dodatek wspomniany wykaz leków, które pielęgniarka może samodzielnie ordynować, liczy tylko 30 pozycji, co ma być swego rodzaju wեն-

działa się negatywnie na temat projektu ustawy wprowadzającej te zmiany. Niestety nikt z dyskutujących w tej sprawie nie mógł się odnieść do tego, co najważniejsze – do zakresu i programu szkolenia osób mających otrzymać tak istotne uprawnienia. Bo ten pojawił się dopiero w październiku 2015 r., 3 miesiące przed pierwszymi kursami. A jest niedostateczny.

” W zakresie diagnostyki pielęgniarka-terapeutka powinna mieć wiedzę niczym nieograniczoną. I jeśli ją ma, powinna leczyć infekcje antybiotykiem właściwym, a nie tym z wykazu ”

tyłem bezpieczeństwa. Ale jego skromność pomniejsza sens przedsięwzięcia. Bo w zakresie diagnostyki taka pielęgniarka-terapeutka powinna mieć wiedzę niczym nieograniczoną. I jeśli ją ma, powinna leczyć infekcje antybiotykiem właściwym, a nie tym z wykazu, jeśli najważniejszy nie jest.

Program szkolenia został opracowany przez zespół składający się z 6 lekarzy i 4 osób z wykształceniem pielęgniarskim, wszyscy z „górnego półki”, pracujący w instytutach, katedrach, klinikach. I przez 4 (sic!) magistrów prawa. Wyrażam należyty szacunek dla pozycji naukowej członków zespołu prezentujących medycynę, ale żałuję, że wśród tworzących program nie przewidziano miejsca dla lekarzy pracujących na co dzień w podstawowej opiece zdrowotnej. To przecież oni mają przyjąć do swych zespołów pielęgniarki-terapeutki – PT (à propos... tak na potrzeby tego tekstu nazywam pielęgniarkę z uprawnieniami do diagnozowania i samodzielnego leczenia, jej nazwa w USA to *advanced practice nurse* – APN, a nasze pielęgniarki, tłumacząc tekst „na żywo”, proponują na ten nowy zawód przydługi termin „pielęgniarka zaawansowanej praktyki”).

Rozkaz Stalina

Trudno zrozumieć, dlaczego gremium odpowiedzialne za programy tych kursów działało jakby w stanie wyższej konieczności, kiedy wobec pilności potrzeb trzeba przymknąć oko na jakość. Jak w czasie II wojny światowej, kiedy to w lazaretach Armii

” Trudno zrozumieć, dlaczego gremium odpowiedzialne za programy kursów dla pielęgniarek działało jakby w stanie wyższej konieczności ”

Czerwonej wolno było ponoć stosować przedatowaną surowicę przeciwtężcową, bo na opakowaniu była pieczęć, że rozkazem Stalina jej ważność przedłużono o 2 lata. Przecież Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, które z upoważnienia Ministerstwa Zdrowia programy te zatwierdziło, do innych szkoleń podchodzi poważnie. Kurs spirometrii czy szczepień trwa 80 godzin, specjalizacja w zakresie ochrony zdrowia pracujących czy opieki paliatywnej trwa 2 lata (ok. 1000 godzin szkolenia), przy czym jego uczestnik musi wcześniej zaliczyć 100-godzinny kurs badania fizykalnego.

Ale co teraz? Pocieszające jest to, że minister Radziwiłł też ma wątpliwości, czy „kursy receptowe” zostały zaprogramowane właściwie. Więc decydując o pozostawianiu problemu, jak odpowiedzialnie przeprojektować kształcenie pielęgniarek w zakresie diagnostyki i terapii oraz jakie warunki powinny spełniać szkolące instytucje. Na razie obawiam się, czy są to warunki dostateczne, o czym świadczy liczba takich instytucji. Wiedzę mogą zdobywać uczestnicy studiów I i II stopnia w 73 szkołach wyższych w zakresie pielęgniarstwa i 15 w zakresie położnictwa. A organizatorów kształcenia podyplomowego uprawnionych do prowadzenia kursów w zakresie ordynacji leków jest aż 239 [Bartosiewicz A. i wsp. Możliwość przepisywania recept przez pielęgniarki i położne – stan prawny w Polsce i ogólny przegląd sytuacji na świecie. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2015; 13 (3)]. Niemniej szkolenia będą, przeznaczane są na to niemałe pieniądze, pojawia się więc pytanie, jak wykorzystać fakt, że na naszym skąpym rynku kadrowym pojawiły się osoby mające patent na ordynację leków. Jak te PT wprowadzić do naszych poradni lekarza rodzinnego? Tym bardziej, że pomysł przekazywania stosownie przeszkolonym pielęgniarkom części uprawnień diagnostyczno-terapeutycznych lekarza nie sprawia wrażenia efemerydy. Bo pielęgniarki z takimi kompetencjami pracują już w kilkunastu krajach świata, m.in. w USA i w Wielkiej Brytanii. I jak wieść niesie, zdaje to egzamin, po początkowych oporach z wielu stron sprawa zyskuje zwolenników.

Co ja bym zrobił

Niestety, nikt nie zbadał, czy lekarze rodzinni byłby zainteresowani włączeniem PT do swych zespołów. Postawiłem więc sobie pytanie, co ja bym zrobił, gdybym był kierownikiem przychodni lekarza rodzinnego, miał obowiązków więcej niż czasu na ich wykonywanie i był gotów na rezygnację z części dochodów na rzecz osoby chcącej mi pomóc. Może moje przemyślenia staną się początkiem dyskusji, jak te PT wprowadzać do placówek POZ?

Rozejrzałem się za pielęgniarką z dyplomem magistra, ale co równie ważne – osobą inteligentną i chcącą się uczyć. I przekonaliśmy pracujących ze mną kolegów do życzliwego jej przyjęcia do naszego grona, do poma-

gania jej przy wprowadzaniu w pracę z chorymi. Wierzę, że poświęcony na to czas później nam się zwróci. I zachęcałbym do traktowania jej z dużą życzliwością.

Pozycja pielęgniarki w systemie, szczególnie w szpitalu, jest w pełni autonomiczna – bez dobrej pielęgnacji na nic się nie zda wysiłek lekarza. Ale w tej nowej roli, do której pielęgniarka musi się przyzuchać, jej autonomia siłą rzeczy będzie ograniczona. Będzie zdana na konieczność częstych konsultacji lekarza, oby zawsze taktownych. Bo relacje między lekarzami i pielęgniarkami, zawodami równoprawnymi i uzupełniającymi się, nie wszędzie są dobre... I wywiesiłbym w poradni informację, że mgr XY jest naszą bliską współpracownicą, ma uprawnienia do ordynacji leków, darzymy ją zaufaniem i prosimy o to samo naszych pacjentów.

Badanie fizykalne

Namówiłbym PT do odbycia wspomnianego kursu badania fizykalnego i chyba też kursu leczenia trudno gojących się ran i odleżyn. To dziedzina medycyny, która w naturalny sposób łączy pielęgnację z farmakologią. Wiem z doświadczenia, że ta część umiejętności lekarskich, szczególnie wobec dużego postępu w tej trudnej dziedzinie (na rynku istnieje 80 różnych opatrunków, na dodatek pojawiają się metody półkonwencjonalne – larwoterapia, tlenoterapia), nie jest najmocniejszą stroną ani moją, ani znanych mi lekarzy rodzinnych.

Zacząłaby obowiązki od powtarzania ordynacji leków wcześniej zleconych przez nas, lekarzy. To już w Polsce zdaje egzamin. Dyrektor ds. medycznych Łomżyńskiego Centrum Medycznego dr B. Pędziński ocenia, że w praktyce poradni POZ grupa pacjentów z chorobami przewlekłymi, przychodzących po powtórkę recepty, generuje 20–30 proc. wizyt lekarskich i że PT mu w tym istotnie pomaga.

Umówiłbym się więc z recepcją, żeby kierowała do PT pacjentów, w których kartach choroby znajdzie się ustalony znaczek informujący, że lekarz upoważnia ją do kontynuacji określonych leków. Chciałbym podkreślić, że choć już dzisiaj w wielu poradniach pielęgniarki powtarzają recepty przewlekle chorym, dając je następnie do podpisania lekarzowi, proponowane *novum* nie byłoby tym samym. Wielu lekarzy powtarza leki machinalnie, nie sprawdzając, czy nadal są skuteczne, czy nie szkodzą i czy pacjenci przyjmują je w zaleconych ilościach (a doświadczenie uczy, że często nie). Wierzę, że świadoma swej roli PT robiłaby to bardziej skrupulatnie. Musiałaby oczywiście pogłębić swoją wiedzę na temat najczęściej przewlekle stosowanych leków: statyn, inhibitorów ACE, beta-blokerów, blokerów kanału wapniowego, diuretyków, niesterydowych leków przeciwzapalnych, leków przeciwcukrzycowych itp. Konsultując ewentualne zastrzeżenia (polipragmazja, interakcje) z lekarzem, podnosiłaby na wyższy poziom stosowaną w poradni farmakoterapię.

„Wielu z nas, lekarzy, powtarza leki machinalnie, nie sprawdzając, czy nadal są skuteczne i czy nie szkodzą”

Samodzielne leczenie

Rolą PT ma być też samodzielne leczenie. I wyszedłbym z tym poza ministerialny wykaz, koncentrując się nie na liście leków, ale na problemach. Przecież recepcjonistka, rozważając, czy może skierować pacjenta do PT, nie może go pytać, czy jego choroba jest z tych, które się leczy doksycyliną lub hydroksyzyną, które to leki w zestawie ministerialnym akurat się znalazły. Wybralibyśmy więc z kolegami stany (skargi, objawy), do których diagnozowania i propozycji terapii zaczęlibyśmy stopniowo naszą PT angażować (np. nieżyty górnych dróg oddechowych, dyzuria, biegunka, zaparcia, bóle krzyża, bóle reumatyczne, bóle głowy). Zaleciłibyśmy jej postępowanie w ocenianiu tych stanów wg algorytmów – czy to ustalonych przez nas, czy może centralnie (np. przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych, konsultantów wojewódzkich w zakresie medycyny rodzinnej?). W miarę poszerzania się wiedzy naszej PT o postępowaniu w określonych stanach przeszkolona w *triage* recepcjonistka po uzyskaniu krótkiego wywiadu kierowałaby do niej pewnych chorych. Byliby to nadal pacjenci przynależni do lekarza, do którego się zapisali. To z nim pielęgniarka omawiałaby przypadki budzące wątpliwość oraz propozycje terapii, do których minister jej nie upoważnił, np. zastosowanie furaginu, bo zlecone przez PT badanie moczu na posiew wykazało np. wrażliwość *E. coli* na nitrofurantoinę, a także wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy czy skierowania do specjalisty, do czego PT uprawnień nie ma.

Być może kryją się w tych propozycjach wymagające pokonania przeszkody prawne. Lekarz miałby zapisać lek pacjentowi, którego osobiście nie zbadał, niebędący fachowym pracownikiem medycznym recepcjonistka miałaby wypytywać chorego o jego dolegliwości. Nie wiem, czy doktryna na to pozwala. Skoro jednak Ministerstwo Zdrowia powiedziało „A”, to niech powie też „B” i ewentualne przeszkody dla proponowanej mapy drogowej usunie! Ustawa o POZ stwarza ku temu okazję.

Maciej Krzanowski
Doktor n. med. Maciej Krzanowski jest autorem książki pt. „Primum non nocere, czyli jak leczyć lekami refundowanymi i wiele extras” (www.lekirefundowane.eu) znajdującej się na liście literatury uzupełniającej dla uczestników „kursów receptowych”.