

PIEŁĘGNIARKI PROWADZĄCE a reforma szpitalnictwa



Fot. istockphoto.com

GRETA KANOWNIK

Od lat 90. XX w. kolejne rządy próbują reformować system ochrony zdrowia z większym lub mniejszym skutkiem – z naciskiem na „mniejszych”. Te kilkanaście lat permanentnych reorganizacji pokazało, że poprawienie polskiej ochrony zdrowia nie jest proste. Za każdym razem pojawiają się – nowe i stare – problemy organizacyjne, informatyczne, nie mówiąc o finansach. Okazuje się też, że spisanie w formie ustaw i rozporządzeń wytycznych, które mają poprawić funkcjonowanie systemu, to nie wszystko – w praktyce przeprowadzenie zmian niejednokrotnie nie jest możliwe. I po raz kolejny zapowiadana jest reforma szpitalnictwa zapisana w ustawie o restrukturyzacji

i modernizacji szpitalnictwa. Co z niej wyniknie? Nie wiadomo. Rozsądne wydaje się jednak wzięcie tym razem pod uwagę rozwiązań sprawdzonych w krajach zachodnich – choćby dlatego, że w Polsce nie do końca wykorzystujemy potencjał medyków.

W ostatnim czasie rozszerzane są kompetencje pielęgniarek – na przykład o prawo do wystawiania recept, skierowań na badania i udzielania porady pielęgniarskiej. Farmaceutom umożliwiono szczepienie pacjentów, a opiekunowie medyczni zyskali uprawnienia na przykład do pobierania krwi do badań i podawania leków w formie iniekcji. Skoro dostrzegamy konieczność przyznawania niektórych kompetencji lekarzy przedsta-

wielom innych zawodów medycznych, być może jest to odpowiedni czas, by pomyśleć, jak te kompetencje optymalnie wykorzystać w systemie – być może przy zapowiadanej reformie szpitalnictwa. Jednym z rozwiązań jest model opieki pielęgniarskiej zwany *primary nursing*.

Na czym polega *primary nursing*?

Ten model powstał w 1969 r. na Uniwersytecie w Minnesocie, a upowszechnił się w Stanach Zjednoczonych w latach 70. ubiegłego wieku. Opiera się na założeniu „mój pacjent – moja pielęgniarka”. Pielęgniarka prowadząca ponosi odpowiedzialność za opiekę nad hospitalizowanym – od przyjęcia go na oddział do wypisu. Diagnostuje potrzeby pacjenta i jego rodziny, planuje i realizuje indywidualny plan opieki oraz ocenia swoje działania pod względem skuteczności i efektywności. Pielęgniarka może sprawować pieczę nad kilkorgiem osób, a ich liczba jest uzależniona od stanu pacjentów i zakresu opieki nad nimi.

Primary nursing wymaga spełnienia przez pielęgniarkę kilku kryteriów:

- indywidualną odpowiedzialność rozumie się tak, że każda pielęgniarka z zespołu jest odpowiedzialna za pacjenta przez całą dobę i cały czas jego pobytu w szpitalu,
- autonomia oznacza, że pielęgniarka, która ma autorytet w dziedzinie pielęgnowania, samodzielnie i niezależnie podejmuje decyzje dotyczące opieki nad pacjentem,
- koordynowanie – pielęgniarka prowadząca koordynuje opiekę poprzez sprawny przepływ informacji pomiędzy osobami zaangażowanymi w terapię chorego, także w czasie jej nieobecności,
- wszechstronność – w czasie dyżuru każda pielęgniarka z zespołu sprawuje całościową opiekę nad pacjentem. Pielęgniarka prowadząca jest informowana przez lekarza o stanie zdrowia hospitalizowanego i jego rokowaniach, uczestniczy w porannych obchodach wraz z lekarzem, zapoznaje się z dokumentacją medyczną i ma pełną wiedzę na temat swojego podopiecznego. Utrzymuje też kontakt z rodziną chorego, przekazuje jej także informacje, jak prawidłowo dbać o pacjenta w domu.

Założenia *primary nursing* są bardzo korzystne dla pacjentów, ale wymagają wzmoczonego wysiłku personelu medycznego. Wiąże się ze zmianą organizacji pracy na oddziale, dużą odpowiedzialnością pielęgniarki za konkretnego pacjenta, autonomią podejmowanych działań oraz dobrą komunikacją w zespole. Jednocześnie praca w takiej formule daje pielęgniarcie poczucie spełnienia, satysfakcji oraz istnienia wyzwań zawodowych; mobilizuje ją to do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, podejmowania coraz trudniejszych zadań i rozszerzania zakresu kompetencji w opiece nad pacjentem.

Upowszechnianie tego modelu utrudniają tradycyjna organizacja pracy na oddziale, kultura organizacji, niedostateczne przygotowanie pielęgniarki do bycia liderem w zespołach interdyscyplinarnych, brak mentorów, z którymi można omawiać wątpliwości w sprawowaniu opieki całościowej nad pacjentem, dynamika zmian stanu pacjenta oraz braki w obsadach pielęgniarskich.

Wprowadzając tę formułę opieki, należy dobrze przygotować pielęgniarki do roli lidera, aby poczuły się pewnie i nabrały doświadczenia. Funkcja pielęgniarki prowadzącej powinna być zarezerwowana dla osób z doświadczeniem zawodowym, mających umiejętności wymagane na tym stanowisku. Pielęgniarka musi być stanowcza, zdecydowana, asertywna i wszechstronna. Oczywiście *primary nursing* jest wyzwaniem, gdyż należy sprostać określonym wymaganiom, ale daje równocześnie nowe możliwości. W Polsce według tego modelu pracuje kilka szpitali. Co istotne, omawiany schemat sprawdza się nie tylko w opiece szpitalnej, lecz może być wykorzystywany także w opiece domowej, długoterminowej, hospicjach, domach spokojnej starości itd.

Przykład szwajcarski

Szwajcaria ma bogate doświadczenia, jeśli chodzi o model *primary nursing*, który wprowadzono przez 15 lat. Praca w zawodzie pielęgniarki w tym kraju wiąże się z bardzo dużą odpowiedzialnością ze względu na zakres obowiązków. W Polsce istnieje opieka funkcyjna, czyli jedna pielęgniarka jest odpowiedzialna za jedną rzecz, np. za wszystkie leki, kroplówki itp. W Szwajcarii funkcjonuje *primary nursing* (Bezugspflege), czyli jedna pielęgniarka zajmuje się kilkoma pacjentami i koordynuje wszystkie działania. I gdy coś się dzieje z pacjentem, a ona tego nie zauważy lub nie dopilnuje, jest za to odpowiedzialna.

Warto zaznaczyć, że pielęgniarki prowadzące ściśle współpracują również z rehabilitantem, psychologiem i dietetykiem. To one są pierwszymi osobami, które zauważają, że ich podopieczny potrzebuje wsparcia psychologicznego, wymaga porady dietetycznej, lub stwierdzają, że warto poprosić rehabilitanta o konsultację. Ich zadaniem jest edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, jak również współpraca z rodzinami i przygotowanie obydwu stron na powrót chorego do domu. Trzeba podkreślić, że nie jest to model hierarchiczny, w którym głównym zadaniem pielęgniarki jest wykonywanie zleceń lekarskich. Lekarze i pielęgniarki są równorzędnymi partnerami i wspólnie ustalają plan działania.

Jakie są efekty modelu *primary nursing*?

Z obserwacji i wielu badań naukowych wynika, że na opiece nad pojedynczym pacjentem skupia się zbyt wiele osób, co jest dla niego niekorzystne. Rozmyta odpowiedzialność przekłada się na zdezorientowanie

„Po raz kolejny zapowiadana jest reforma szpitalnictwa zapisana w ustawie o restrukturyzacji i modernizacji szpitalnictwa. Co z niej wyniknie? Nie wiadomo. Rozsądne wydaje się jednak wzięcie tym razem pod uwagę rozwiązań sprawdzonych w krajach zachodnich – na przykład modelu *primary nursing*”



Fot. Adobe Stock

chorego. Kto jest najbliżej niego? Nie ma wątpliwości, że pielęgniarka. Wie o nim najwięcej, co wynika nie tylko z poświęcanego mu czasu, ale też większej swobody w relacjach i zaufania, jakim ją obdarza. Wobec lekarza pacjenci bywają powściągliwi, mają przed nim sekrety, co może mieć złe skutki dla efektywności leczenia. A zatem, przystępując do reformy w Szwajcarii, pielęgniarki umieszczono w centrum systemu jako odpowiedzialne za planowanie i koordynację opieki medycznej nad chorym, zarządzanie pracą personelu medycznego na oddziale (np. fizjoterapeutów, radiologów, dietetyków, psychologów, pomocy, stażystów itd.). Pielęgniarka przydziela im zadania, wypełnia dokumentację medyczną pacjenta, pomaga również zorganizować dalszą opiekę, jeśli po zakończeniu hospitalizacji nadal jest ona potrzebna. Ma ściśle określoną liczbę pacjentów, którymi zajmuje się podczas dyżuru – od sześciu do ośmiu osób w dzień i do dziesięciu na nocnej zmianie. Obchód to jedyny moment, kiedy lekarz jest na oddziale. Poza tym pracuje tam, gdzie jest potrzebny, np. w przychodni albo w sali operacyjnej – w zależności od specjalizacji. Jeśli niezbędna jest konsultacja, pielęgniarka kontaktuje się z nim głównie telefonicznie, ale lekarz dostępny jest też w nagłych wypadkach.

Przeddefiniowanie ról było – organizacyjnie i mentalnie – trudną operacją, gdyż lekarze musieli zaakceptować, że pielęgniarka przejmuje znaczną część decyzji dotyczących leczenia i odpowiedzialności za pacjenta. Pacjenci musieli się natomiast przyzwyczaić do rzadszej obecności lekarzy na oddziale. Przejmowanie przez pielęgniarki części zadań lekarzy to w Europie coraz częstsza sytuacja. Holendrzy najpierw sprawdzili *primary nursing* w pilotażu, obecnie jest to już model stosowany w całym kraju. – Podobne doświadczenia mają też m.in. Szwecja, Wielka Brytania i Irlandia. Szwedzkie

pielęgniarki mogą być ordynatorami oddziałów, samodzielnie znieczulają pacjentów, a lekarz anestezjolog jest konsultantem wielu stanowisk operacyjnych. Pielęgniarka stająca się „frontmanem” opieki oznacza oszczędności, ponieważ przejmuje lekarskie czynności, które może wykonać – jest to w konsekwencji tańsze dla systemu.

Bez dokładania do systemu można wygospodarować pieniądze na wzrost wynagrodzeń i zatrudnienie dodatkowego personelu. Oszczędności generowane przez koordynację wynikają przede wszystkim ze sprawniejszej opieki. Pacjent spędza w szpitalu mniej czasu, a to również zmniejsza ryzyko zakażeń, zdarzeń niepożądanych.

Oprócz wzmocnienia pozycji pielęgniarki Szwajcaria postawiła również na tańszą opiekę pozaszpitalną. Reforma się powiodła, ponieważ opowiedzieli się za nią wszyscy zainteresowani. Problem stał się istotny politycznie, bo zmian oczekiwało społeczeństwo. O pozycję swojego środowiska intensywnie walczyły związki zawodowe, dla wszystkich ważny był również aspekt ekonomiczny – efektywne wykorzystanie pieniędzy pacjentów i sprostanie oczekiwaniom firm ubezpieczeniowych, bo w Szwajcarii pacjent jest klientem. To wszystko wymusiło zmiany. Pytanie, czy w Polsce zamiast reformy szpitalnictwa – lub w jej ramach – nie wprowadzić modelu *primary nursing*.

Greta Kanownik, była dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Piśmiennictwo

1. Nowak A, Smorawska B, Adamiak E. „Primarynursing – Nowoczesny Model Opieki Pielęgniarskiej”, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 1-2/2008.
2. Górajek-Jóźwik J (red.). „Filozofia i teorie pielęgniarstwa”, PZWL, 2007.