

Advanced Nursing Practice as a panacea for healthcare in Poland

Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska jako panaceum systemu ochrony zdrowia w Polsce

Katarzyna Kazakidis, Tomasz Kryczka 

Medical University of Warsaw, Department of Development of Nursing and Social & Medical Sciences, Warsaw, Poland

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Tomasz Kryczka
Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa Nauk Społecznych i Medycznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa, Polska
tel. +48 22 877 3597
e-mail: kryczka.tomasz@gmail.com

STRESZCZENIE

ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA JAKO PANACEUM SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Wstęp. Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska (ZPP) w Polsce jest pojęciem relatywnie nowym. Aby mogła zostać wprowadzona musi posiadać podstawę prawną. W Europie obowiązują określone regulacje, stanowiące jednak jedynie ramę, dla szczegółowych zapisów w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Cel. Omówienie założeń Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej oraz korzyści dla państwowej ochrony zdrowia wynikających z implementacji tego rozwiązania w Polsce.

Dyskusja. Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska została zdefiniowana w latach 50-tych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Obecnie w Europie i Polsce obowiązuje definicja autorstwa Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ang. International Council of Nurses, ICN), które określiło także zakres kompetencyjny dla pielęgniarek Zaawansowanej Praktyki. Polska posiada obecnie regulacje prawne, które w znacznym stopniu spełniają te wymagania. Implementacja ZPP z powodzeniem może rozpocząć się w obszarze klinicznym. Natomiast w obszarze opieki ambulatoryjnej ZPP daje nadzieje na skuteczną modyfikację, zwiększenie efektywności i skuteczności działania ośrodków Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Wnioski. Do efektywnej implementacji ZPP konieczne są nieznaczne modyfikacje istniejących aktów prawnych, przemyślanego systemu kształcenia i sprawdzonych rozwiązań lub pomysłów, które mogą być zaczerpnięte z doświadczeń innych krajów europejskich.

Słowa kluczowe:

zaawansowana praktyka pielęgniarska, pielęgniarka zaawansowanej praktyki, pielęgniarstwo

ABSTRACT

ADVANCED NURSING PRACTICE AS A PANACEA FOR HEALTHCARE IN POLAND

Introduction. Advanced Nursing Practice (ANP) is a relatively new concept in Poland. In order to be introduced, it needs a legal basis. There are specific regulations in Europe, yet they are only a framework for more detailed legislation in every member state of the European Union.

Aim. To discuss Advanced Nursing Practice principles and the benefits for the national healthcare system resulting from implementing ANP in Poland.

Discussion. Advanced Nursing Practice was defined in the 1950s in the United States of America. Presently in Europe and in Poland a definition by the International Council of Nurses (ICN) is applied. ICN has also defined the scope of competences for nurses of Advanced Practice. In Poland there already exist some regulations which substantially cover this scope. ANP implementation can naturally start in hospital settings. In ambulatory field ANP gives hope for effective transformation, namely increasing the efficiency and effectiveness of Primary Healthcare (pol. POZ) centers (comparable to General Practice in other countries).

Conclusions. Effective implementation of ANP in Poland requires a slight modification of existing legal acts, a properly developed educational system and proven solutions or concepts derived from other European countries' experience.

Key words:

advanced nursing practice, advanced practice nurse, nursing

INTRODUCTION

One of the most important European Union documents concerning a nursing profession is Directive of 2005 (amended in 2013) on the recognition of professional qualifications which enables mutual recognition of nursing qualifications among EU countries [1]. Yet in every European Union member country, there exist supplementary regulations aiming to mitigate differences in educational programs, both in theory and practice. The differences result mainly from cultural and social conditions, different educational levels and various forms of healthcare organization. In Poland, nursing profession is regulated by the 'Act on nurse and midwife profession' of 15 July 2011 [2] and corresponding regulations by the Minister of Health [3,4].

The healthcare system collapse observed in many European countries including Poland is not only caused by medical staffing shortages, but also by changes in the demographic structure of states. According to the forecast of the Main Statistics Office of Poland by 2050 the percentage of people aged 65 or more will increase in both urban and rural areas, up to 30% and 35%, respectively, contributing to a dramatic increase of the number of people requiring medical care [5]. In combination with drastic staffing shortages already faced – number of nurses: 5.3 per 1000 inhabitants [6], number of doctors: 2.2 per 1000 inhabitants [7] – the number of people without guaranteed medical care will increase. These increasing problems could be solved by introducing new (but performing well in other countries) solutions to the Polish healthcare system.

This paper aims to discuss the principles of Advanced Nursing Practice (ANP) and advantages of implementing this solution to the national healthcare system in Poland.

DISCUSSION

Advanced Nursing Practice

The concept of Advanced Nursing Practice (ANP) originated in the United States of America where the concept of a Nurse Practitioner function (or job) was developed over 70 years ago. Thanks to this group of nurses, people from rural areas were supposed to gain better access to the healthcare system. Education of similar scope was initiated by the Royal College of Nursing in the United Kingdom (UK) in the late 80's of the 20-th century. After nearly 30 years of education and reaching out to an increasing number of patients, as well as thanks to a healthcare system reform, the ANP concept was adopted in the United Kingdom. So far ANP has also been introduced in other countries – starting from the US and Great Britain through Botswana, Australia, and Canada to Hong Kong. In each of these countries the reason for ANP introduction was increasing social demand for healthcare access [8].

In Poland a definition of Advanced Practice Nurse (APN) developed by the International Council of Nurses (ICN) is applied [8]: *registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and*

clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. According to a more simplified definition, APN is a nurse qualified to treat specific diseases without direct supervision of a doctor [9].

ICN defined the scope of competences in ANP. The crucial ones are: diagnosing, prescribing medications, referring patients for treatments, referring patients to other specialists and admitting patients to the hospital ward. ICN also points out the distinctness of the ANP formula allowing activities which were previously limited for nurses. These include: combining scientific research, education, practice and task management; a high level of professional independence; advanced skills in diagnosis, decision making and concluding; advanced clinical skills; providing consultations for healthcare professionals; planning, executing and evaluation of health promotion programs [8].

Legal status of ANP in Poland

So far in Poland nurses have not been educated in the scope of ANP; there is also a lack of formal regulations to grant the "Advanced Practice Nurse" professional title. Since the 1st October 2019 the standard of nursing education as defined by the Regulation of the Minister of Science and Higher Education [10] has been applied. In the part considering master's degree studies, section III.B. "Learning results", point B. "Advanced Nursing Practice" it is stated that:

- *in terms of knowledge the graduate knows and understands fifty-two aspects of knowledge including a broad scope of medical, technical, legal or organizational issues;*
- *in terms of skills the graduate is capable of performing sixty-one complex activities/tasks including equipment usage, medication prescription, taking advanced care of the patient, communicating with the patient and patient management.*

In 2019 the Council of Ministers in Poland adopted the Resolution 124/2019 of 15 October 2019 on adopting a document entitled "Long-term state policy on nursing and midwifery in Poland (including stages of works started in 2018)" [11]. The document provides for the introduction and development of Advanced Nursing Practice in Poland.

The regulations of the nursing profession existing in Poland actually include the description of ANP principles. The regulations describe (among others) the pre- and postgraduate education of nurses, professional titles available depending on the completed educational level and the associated entitlements and duties [2-4,10]. Although it is believed that ANP introduction will facilitate a significant broadening of competence, either the nurses already have most of these competencies (Table 1) or the competencies are stated in legal regulations: (i) Independence of the profession (Article 2) [2]; (ii) Gathering medical history (Article 4(1-2)) [2]; (iii) Medical record analysis (Article 4(1-2), Article 13) [2]; (iv) Planning and taking nursing care of patients (Article 4(3)) [2]; (v) Autonomous provision – within a scope defined by the Minister of Health – of preventive, diagnostic, medical and reha-

bilitation services as well as medical emergency services (Article 4(4), Article 6) [4]; (vi) Deciding the type and scope of nursing services (Article 4(6), Article 15(4)) [2]; (vii) Health education and promotion (Article 4(7)) [2]; (viii) Prescribing medication after completing the second cycle of studies (Article 15a and Article 6) [4]; (ix) Additional nursing care at a medical facility upon a legal agreement with a patient or the patient's family (Article 23) [2]; (x) Education of future nurses, activity in scientific fields and forming management staff (Article 4(2)) [2];

■ Tab. 1. List of entitlements depending on education level

Activities	BSc	MSc	Type of training ^a
Psychoeducation of patients with mental disorders or addictions and their families ^{a)}	NO	YES	S, QC
Education of patients with diabetes and their families ^{a)}	NO	YES	QC, S, ST
Physical examination ^{a)}	YES*	YES	CC, S, ST
Selection of methods of wound healing ^{a)}	NO	YES	QC, S, ST
Preparing the patients to the treatment with APD, CAPD methods, hemodialysis and hyperalimentation, and their families ^{b)}	NO	YES	QC, S, ST
Administration of blood products, recombinant coagulation concentrates and desmopressin, in life threatening emergencies ^{b)}	YES	YES	n/a
Prescribing medications ^{b)}	YES**	YES	CC
Issuing referrals for diagnostic tests: laboratory and imaging tests (chest X-ray) ^{c)}	YES	YES	n/a
Rehabilitation of patients with mental disorders ^{d)}	NO	YES	QC, S, ST
Use of medical products listed in Annex 3 of the Regulation [4] ^{d)}	YES	YES	n/a
Use of auxiliaries listed in Annex 4 of the Regulation [4] ^{d)}	YES	YES	n/a
Collecting human specimens for the diagnostic purposes listed in §11 of Regulation [4] ^{d)}	YES***	YES	n/a
Carrying diagnostic tests according to Annex 6 of the Regulation [4] ^{d)}	YES	YES	n/a
Prescribing medications and ordering medical devices ^{d)}	YES	YES	n/a

^{a)} preventive medical service; ^{b)} therapeutic medical service; ^{c)} diagnostic medical service; ^{d)} rehabilitation medical service; APD, Automatic Peritoneal Dialysis; BSc, bachelor degree; CAPD, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CC, complementary course; MSc, master degree; n/a, not applicable; QC, qualification course; S, specialization; ST, specialist training; *- registered nurses (after 2012); **- only if it is a continuation of prescriptions (on condition that the activity has been implemented in the content of completed education); ***- depending on the qualifications obtained in pre- and postgraduate education; #- required postgraduate education; source: [2-4, 10].

In addition, nurses' duties have also been defined in regulatory provisions [2]:

1. Accountability – documenting one's practice and making the records available to control authorities (Article 18 and Article 22).
2. Recording – keeping the records of nurses and midwives (Chapter 4, Article 43–51).
3. Reporting the current number of nurses and midwives and the structure of their employment – every year, data for the previous year (Article 47).

ANP development in Poland – prospects

Considering the matters mentioned above, Poland's legal and organizational situation is relatively good. Number of solutions considering ANP already exist

in legal regulations. In addition, some changes have already been introduced in the nursing environment, although the pace could sometimes be faster. Fortunately, Poland is given an opportunity to take lessons from the experiences and mistakes of other countries where ANP has already been introduced.

The entitlements described in the 'Act on nurse and midwife profession' [2] facilitate complex care in ambulatory settings. In Poland such a solution is called Primary Healthcare (pol. *Podstawowa Opieka Zdrowotna, POZ*); it is comparable with General Practice in other countries. In order to give professional and reliable nursing advice, the nurse must be widely qualified in general medicine, pediatrics and geriatrics as well as being able to recognize and differentiate symptoms of diseases from different fields: cardiology, oncology, neurology, endocrinology, gynecology, ophthalmology, otolaryngology or dermatology. Actually, the nurse should be acquainted with every field of medicine because the patient first comes to POZ when he/she becomes ill.

There are a number of ANP models that can be transferred to the Polish reality and a number of solutions ready to be used directly. Perhaps ANP should rather have a clinical profile. It seems adequate as ANP nurses – although not yet named this way – already work in this area. These are specialists, working in their field for many years, updating their skills and using their knowledge in everyday work. Still, ANP formally does not exist in Poland, which is caused by lack of detailed regulation. Yet before undertaking any legislative works, the potential fields for ANP implementation in Polish conditions should be looked through and defined, as adopting specific concepts of ANP will impact the whole nursing sector development in the following years. For example, if nurses having a MSc degree are entitled to give medical advice, issue prescriptions for medical devices, administer and prescribe medicinal products and refer patients to basic diagnostic tests, there is no need to state a requirement for specialization or qualification course in the principles of Polish ANP. A course or specialization can be considered as an additional advantage but it is absolutely unnecessary to treat their completion as a condition for gaining the title of Advanced Practice Nurse. Certainly, it is worth following the experience of the UK of the so-called transitional period – previously acquired entitlements needed only to be verified and confirmed by two independent supervisors of nurses' work [13].

Another interesting way of implementing ANP could be based on adopting an Austrian concept [14] of forming ANP centres managed by nurses. These centres, similar to POZs, would employ ANP nurses who would be capable of taking diagnostic and therapeutic care of patients whose illness does not require a specialist's assistance or advanced diagnosis. As part of this solution a doctor co-operating with the ANP centre would be a consultant, a specialist for more demanding cases. Such a solution would help to relieve overloaded emergency wards, emergency rooms and ambulatory care services departments (where a lot of patients come with no life threatening issues, who for example need to have their prescription

refilled or are going through chronic disease exacerbation or report a trivial infection), shorten the waiting time for an appointment and increase the accessibility of medical advice in *POZs*.

The execution of the above healthcare model would be significantly improved by implementing four additional nurse entitlements which could complete the existing regulation by the Minister of Health [4]: (i) entitlement to refer patients to medical specialists, (ii) entitlement to issue hospital referrals in urgent cases, (iii) entitlement to issue sick notes for patients going through viral or bacterial infections and (iv) entitlement to refer patients to ultrasound scanning of the abdominal cavity. It is worth paying attention to the last postulated entitlement: currently nurses are entitled to refer patients to chest X-ray, while they cannot refer him/her to ultrasound scanning (e.g. of the abdominal cavity), which is safer, relatively cheap and easily accessible. This example shows clearly why the existing regulations need further review. At the same time, it shows how (apparently) small details can significantly influence the quality and accessibility of healthcare for society.

At this point, it should be noted that in spite of the ANP definition being adopted in Poland, there is still some room to develop a specific Polish concept of ANP. The existing ANP definition [5] is general and unclear. According to the Polish criteria, an ANP nurse can be a coordinating nurse who designates a team of selected specialists dedicated for a particular patient; or a specialist in a given clinical field or a researcher dealing with key nursing issues. Polish regulations [2-4, 10-11] indicate that each of these roles can be fulfilled, which depends on the specific needs of a given society. These needs should trigger and guide changes in Polish law. At this point, the functioning of Polish emergency medicine, or, specifically, the treatment of urgent cases should be considered. The crucial elements of diagnosis and therapy of urgent cases are the entities mentioned above – emergency wards and emergency rooms. They could be relieved by implementing the solutions discussed above. Still, the emergency ward capacity depends on the amount of free hospital beds at specific wards. This is a real problem. Although the standards of medical treatment assume the minimization of the time spent at the hospital by the patient, in many cases this time is prolonged, which reduces the number of accessible hospital beds. This is the reason for the long time (a few or even over ten hours) spent at the emergency room before admission to a proper ward. It is dramatic for patients, but also a great burden for medical staff of emergency wards / emergency rooms as they must guarantee safety to all the patients (those waiting for admission to their respective wards and those being in the triage area).

A good solution would be to develop a Polish version of the Austrian ANP concept – to create ANP centres working in a patient's home environment or – if it is impossible – as stationary centres. From a logistic point of view, after hospitalization and bringing the medical issues of the patient under control, he/she would be referred to an ANP centre to continue their home or stationary

centre treatment. This way we could increase the capacity of hospitals without interfering with the recovery process (we could even accelerate it, as patients recover at home faster), shorten the waiting time to be admitted to hospital and increase the efficiency of emergency medicine at a few different levels at once. This requires a good cooperation between hospitals and ANP centres, but also facilitates cooperation between nurses and paramedics. The latter could find satisfactory jobs at stationary ANP centres which would fully correspond with their qualifications.

Another option would be to start activities leading to the creation and development of ANP – already at the student education level. Perhaps students should be able to create new solutions related to the ANP concept, as well as have a chance to introduce them to the healthcare system. The education should be strongly embedded in reality and practical. The training should be conducted by respectful mentors whose authority and reliability is built on their own professional activity and who are able to share their knowledge as both experts and leaders. The candidate's MSc thesis should have the form of a project on which the student works for the most time of the university education. The project should be based on the current legal regulations, research and economical and social conditions, but also innovative aiming to improve the quality of healthcare in Poland. It seems logical that before we determine the way of awarding the title of 'Nurse of ANP' in Poland, we should follow the example of other countries and we should begin changes from the education system.

CONCLUSIONS

The analysis of existing legal regulations leads to the conclusion that there is solid basis to introduce the concept of Advanced Nursing Practice in Poland. The implementation of ANP solutions has a chance to really improve the operation of the healthcare system in Poland. Both patients and nurses expect the implementation of the ANP concept as soon as possible.

However, it remains an open question which of the solutions discussed above will be adapted to Polish conditions. Additionally, it should be emphasized that enabling the nurse to obtain the title of nurse of 'Advanced Nursing Practice' (connected with promotion and financial benefits) by qualified, experienced and active nurses, who completed vocational- or high school or even with university degree, would be highly appreciating and motivating for these nurses. Finally, it should be stressed that – comparing the time needed to change the perception and implementing ANP in other countries and a few times' shorter time to assimilate these issues in Poland – Polish nursing carries a great potential which allows brave visions of this profession's development. There only remains a question if the authorities will demonstrate enough imagination and determination to exploit this potential.

Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska jako panaceum systemu ochrony zdrowia w Polsce

WSTĘP

Jednym z ważniejszych dokumentów Unii Europejskiej dotyczących zawodu pielęgniarki jest dyrektywa z 2005 roku (znowelizowana w 2013) w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która umożliwia uznanie wzajemne kwalifikacji pielęgniarek z różnych krajów [1]. Jednak w każdym kraju członkowskim Unii Europejskiej istnieją przepisy uzupełniające, warunkujące wyrównanie różnic w programach kształcenia w zakresie teoretycznym i praktycznym. Różnice wynikają głównie z uwarunkowań kulturowych i społecznych, różnych poziomów kształcenia lub też z różnicy w organizacji systemów ochrony zdrowia. W Polsce zawód ten regulowany jest Ustawą z dn. 15 lipca 2011 roku 'O zawodach pielęgniarki i położnej' [2] oraz odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia w zakresach wskazanych w ustawie [3,4].

Obserwowane obecnie w wielu krajach europejskich, również w Polsce, załamywanie się systemów ochrony zdrowia powodowane jest nie tylko brakami w personelu medycznym, ale też przez zmiany struktury demograficznej państw. Według prognoz GUS w perspektywie do 2050 roku odsetek osób w wieku powyżej 65 roku życia zwiększy się w miastach i na terenach pozamiejskich do odpowiednio 30% i 35%, przyczyniając się do lawinowego wzrostu liczby osób wymagających opieki medycznej [5]. W połączeniu ze skrajnym niedoborem personelu medycznego z jakim już teraz mamy do czynienia – liczba pielęgniarek: 5,3/1000 mieszkańców [6], liczba lekarzy: 2,2/1000 mieszkańców [7] – wzrośnie liczba osób, które nie będą miały zagwarantowanej opieki medycznej. Rozwiązaniem problemów, które narastają od kilku lat byłoby wprowadzenie do opieki zdrowotnej w Polsce nowych rozwiązań systemowych, funkcjonujących już w innych krajach.

Niniejsza praca ma na celu omówienie założeń Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej oraz korzyści dla państwowej ochrony zdrowia wynikających z implementacji tego rozwiązania w Polsce.

DYSKUSJA

Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska

Pojęcie i koncepcja Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (ZPP, *ang. Advanced Nursing Practice, ANP*) pochodzi ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie już 70 lat temu została opracowana koncepcja stanowiska lub funkcji pielęgniarek – Pielęgniarka Praktyki (*ang. Nurse Practitioner*). Dzięki tej grupie pielęgniarek miała się zwiększyć dostępność do opieki medycznej dla ludności z obszarów rolniczych. Kształcenie w podobnym zakresie zainicjowała pod koniec lat 80-tych XX wieku w Europie *Royal College of Nursing*, w Wielkiej Brytanii. Po blisko 30 latach kształcenia i stopniowego docierania do coraz większej liczby pacjentów, a także dzięki reformie

publicznej służby zdrowia koncepcja ZPP została przyjęta w Zjednoczonym Królestwie. Na chwilę obecną ZPP została wprowadzona także w innych krajach – od USA i Wielkiej Brytanii przez Botswanę, Australię czy Kanadę aż po Hong-Kong. Wszędzie przyczyną jej wprowadzenia było rosnące zapotrzebowanie dostępu społeczeństwa do opieki medycznej [8].

W Polsce obowiązuje definicja Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (*ang. Advanced Practice Nurse, APN*) opracowana przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (*ang. International Council of Nurses, ICN*) [8] mówiąca: '(...) Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła gruntowną specjalistyczną wiedzę (zalecaną na poziomie magisterskim), posiada kompleksowe umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje do wykonywania poszerzonej praktyki oraz charakterystyczne cechy, ukształtowane w kraju, w którym zezwolono pielęgniarcę tę praktykę realizować'. Według bardziej uproszczonej definicji – jest to pielęgniarka '(...) wykwalifikowana do leczenia niektórych schorzeń, bez bezpośredniego nadzoru lekarza' [9].

ICN określiło zakres kompetencji pielęgniarek w ZPP. Do fundamentalnych należą: prawo do diagnozy, przepisywania leków, kierowania pacjentów na zabiegi, kierowania pacjentów do innych specjalistów, przyjmowanie pacjentów do szpitala. ICN wskazuje również na odrębność formuły ZPP, w której realizowane są działania dotychczas w ograniczonym stopniu dostępne środowisku pielęgniarskiemu. Między innymi: łączenie badań naukowych, kształcenia, praktyki i zarządzania własnymi zadaniami; wysoki stopień samodzielności zawodowej; zaawansowane umiejętności oceny zdrowia, podejmowania decyzji i wnioskowania; zaawansowane kompetencje kliniczne; zapewnianie konsultacji osób świadczących usługi zdrowotne; planowanie, realizowanie i ocenianie programów prozdrowotnych [8].

Stan prawny ZPP w Polsce

Obecnie w Polsce pielęgniarki nie są kształcone w ramach ZPP, brak też formalnych regulacji umożliwiających nadawanie tytułu „Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki”. Od 1.10.2019 r. obowiązuje określony przez rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego [10] standard kształcenia w zawodzie pielęgniarki. W części dotyczącej studiów magisterskich w dziale III.B. 'Efekty kształcenia', w punkcie B. 'Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska' wskazano, że:

- W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie 52 zagadnienia wiedzy, obejmujący szeroki zakres zagadnień medycznych, technicznych, prawnych czy organizacyjnych;
- W zakresie umiejętności absolwent potrafi wykonać 61 złożonych czynności m.in. z zakresu obsługi sprzętu, ordynowania leków, zaawansowanej opieki nad pacjentem, komunikacji i nadzorowania leczenia pacjenta.

W 2019 r. została podjęta Uchwała Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018) [11]. Dokument ten przewiduje wprowadzenie i rozwój Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej w Polsce.

Istniejące w Polsce przepisy, regulujące zawód pielęgniarki, stanowią w znacznej części opis założeń ZPP. Powyższe przepisy opisują (między innymi) sposób kształcenia pielęgniarek w zakresie przed- i podyplomowym, możliwe do uzyskania tytuły zawodowe w zależności od ukończonego poziomu kształcenia oraz wynikające z nich uprawnienia i obowiązki [2-4,10]. I choć uważa się, że wprowadzenie ZPP umożliwi znaczne poszerzenie kompetencji pielęgniarek, znakomita większość z tych kompetencji jest już udziałem środowiska pielęgniarskiego (patrz Tabela 1) lub widnieje w zapisach w/w aktów prawnych: (i) Samodzielność zawodu (art. 2) [2]; (ii) Prowadzenie wywiadu (art. 4 ust. 1-2) [2]; (iii) Analiza dokumentacji medycznej pacjenta (art. 4 ust. 1-2, art 13) [2]; (iv) Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami (art. 4 ust. 3) [2]; (v) Samodzielne udzielanie w określonym przez Ministra Zdrowia zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych (art. 4 ust. 4, art 6) [4]; (vi) Orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych (art. 4 ust. 6, art. 15 ust. 4) [2]; (vii) Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia (art. 4 ust 7) [2]; (viii) Ordynowanie leków i wypisywanie recept po ukończeniu studiów II stopnia (art. 15a oraz art. 6) [4]; (ix) Dodatkowa opieka pielęgnacyjna w podmiocie leczniczym w oparciu o umowę zawartą z pacjentem lub jego rodziną (art. 23) [2]; (x) Edukacja przyszłych pielęgniarek, aktywność naukowa oraz tworzenie kadry zarządzającej (art. 4 ust 2) [2].

Ponadto, opisane są również obowiązki pielęgniarek [2]:

1. Rozliczalność – dokumentowanie realizacji praktyki, udostępnianie tej dokumentacji organom uprawnionym do kontroli (art. 18 i art. 22).
2. Ewidencjonowanie – prowadzenie rejestrów pielęgniarek i położnych (rozdział 4, art. 43-51).
3. Raportowanie o aktualnej liczbie pielęgniarek i położnych oraz o strukturze ich zatrudnienia co roku, prezentując dane za rok poprzedni (art 47).

Perspektywy rozwoju ZPP w Polsce

Biorąc pod uwagę powyższe Polska znajduje się w stosunkowo dobrej sytuacji legislacyjno-organizacyjnej. Szereg rozwiązań dotyczących ZPP już funkcjonuje w przestrzeni prawnej. Ponadto, część zmian już zostało wprowadzone w środowisku pielęgniarek, choć tempo wprowadzania niektórych mogłoby być większe. Szczęśliwie Polska ma możliwość uczenia się na doświadczeniach i błędach innych krajów, w których ZPP został już wprowadzony.

Uprawnienia zapisane w ‘Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej’ [2], umożliwiają kompleksową opiekę w warunkach ambulatoryjnych. W Polsce takie rozwiązanie nazywane jest Podstawową Opieką Zdrowotną (POZ); to rozwiązanie porównywalne jest z tzw. ‘praktyką ogólną’ (*ang. General Practice*) w krajach anglosaskich. Pielęgniarka, aby móc udzielić profesjonalnej i rzetelnej porady pielęgniarskiej, powinna mieć szeroką wiedzę internistyczną, pediatryczną i geriatryczną, a także musi być w stanie rozpoznawać i różnicować objawy z obszarów kardiologii, onkologii, neurologii, endokrynologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii czy dermatologii. Powinna znać właściwie każdą dziedzinę medycyny, ponieważ pacjent w razie zachorowania zgłasza się w pierwszej kolejności właśnie do POZ.

■ Tab. 1. Wykaz uprawnień w zależności od poziomu wykształcenia

Czynności/Działania	studia I°	studia II°	Kształcenie Podyplomowe ^f
Psychoedukacja pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin ^{a)}	NIE	TAK	SKS, KK
Edukacja osób chorych na cukrzycę oraz ich rodzin ^{a)}	NIE	TAK	KS, KK, SKS
Badanie fizykalne ^{a)}	TAK*	TAK	KS, SKS, KD
Dobór sposobów leczenia ran ^{a)}	NIE	TAK	KS, KK, SKS
Przygotowanie pacjentów do leczenia metodami ADO, CADO, hemodializą oraz hiperalimentacją oraz ich rodzin ^{b)}	NIE	TAK	KS, KK, SKS
Podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia życia ^{b)}	TAK	TAK	n/d
Wystawianie recept ^{b)}	TAK**	TAK	KD
Wystawianie skierowań na badania diagnostyczne: laboratoryjne i obrazowe (rtg klatki piersiowej) ^{c)}	TAK	TAK	n/d
Rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami psychicznymi ^{d)}	NIE	TAK	KK, SKS, KS
Stosowanie produktów leczniczych uwzględnionych w załączniku nr 3 do Rozporządzenia [4] ^{d)}	TAK	TAK	n/d
Stosowanie środków pomocniczych uwzględnione w załączniku nr 4 do Rozporządzenia [4] ^{d)}	TAK	TAK	n/d
Pobieranie do celów diagnostycznych każdego rodzaju materiału do badania wymienione w artykule 11 Rozporządzenia [4] ^{d)}	TAK***	TAK	n/d
Przeprowadzenie badania diagnostycznego zgodnie z załącznikiem nr 6 do Rozporządzenia [4] ^{d)}	TAK	TAK	n/d
Wystawianie recept i zleceń na wyroby medyczne ^{d)}	TAK	TAK	n/d

^{a)} świadczenia zapobiegawcze; ^{b)} świadczenia lecznicze; ^{c)} świadczenia diagnostyczne; ^{d)} świadczenia rehabilitacyjne; ADO, Automatyčna Dializa Otrzewnowa; CADO, Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa; KD, kurs doskonalący; KK, kurs kwalifikacyjny; KS, kurs specjalistyczny; n/d, nie dotyczy; SKS, specjalizacja/kurs specjalizacyjny; *- pielęgniarki z PWZ po 2012 roku; **- jedynie gdy jest to kontynuacja recept (pod warunkiem, że umiejętność była częścią zakończonej edukacji); ***- w zależności od uprawnień uzyskanych w kształceniu przed- i podyplomowym; #- wymagane kształcenie podyplomowe; źródło: [2-4, 10].

Modeli ZPP możliwych do przeniesienia na grunt krajowy oraz gotowych rozwiązań czekających na zastosowanie – jest wiele. Być może ZPP powinien mieć profil bardziej kliniczny. Jest to o tyle słuszne, że w obszarze tym już pracują pielęgniarki ZPP, tylko jeszcze nie są tak nazywane. Są to pielęgniarki specjalistki, pracujące w swojej dziedzinie od wielu lat, aktualizujące wiedzę i zgodnie z nią postępujące w codziennej pracy. Mimo to, ZPP w Polsce formalnie nie istnieje ze względu na brak szczegółowych regulacji. Jednak przed jakimikolwiek dalszymi pracami legislacyjnymi należy się zastanowić i określić, w jakich obszarach medycznych w rodzimych warunkach jest miejsce dla Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej, ponieważ przyjęcie określonej koncepcji rozwoju ZPP będzie rzutować na rozwój środowiska pielęgniarskiego w najbliższych latach. Przykładowo, jeżeli pielęgniarka z tytułem magistra ma prawo udzielać porad, wystawiać recepty na wyroby medyczne, ordynować leki i wystawiać na nie recepty oraz kierować pacjentów na podstawowe badania diagnostyczne – nie ma potrzeby w założeniach polskiego ZPP wymagać dodatkowo np. kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji. Kurs czy specjalizacja mogą być traktowane jako dodatkowe atuty, ale zupełnie zbędne jest, by ich ukończenie było warunkiem uzyskania tytułu pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej. Z pewnością warto skorzystać z doświadczeń Wielkiej Brytanii dotyczących tzw. okresu przejściowego, gdzie uzyskane wcześniej uprawnienia wymagały tylko weryfikacji i potwierdzenia przez 2 osoby niezależnie nadzorujące pracę pielęgniarek [13].

Innym ciekawym rozwiązaniem byłoby zaadaptowanie do polskich warunków austriackiej koncepcji [14] tworzenia ośrodków Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej, kierowanych przez pielęgniarki. Takie ośrodki o charakterze POZ zatrudniałyby pielęgniarki ZPP, których kompetencje pozwoliłyby zaopiekować się od strony diagnostycznej i terapeutycznej pacjentami np. internistycznymi, których schorzenie nie wymaga pomocy specjalistów lub zaawansowanych technik diagnostycznych. Przy takim rozwiązaniu lekarz współpracujący z ośrodkiem ZPP przejąłby rolę konsultanta, specjalisty od bardziej wymagających przypadków. Dzięki takiemu rozwiązaniu będzie można odciążać przepełnione SOR-y, izby przyjęć i przychodnie (do których trafiają często pacjenci, których życie nie jest bezpośrednio zagrożone, ale wymagają np. przedłużenia recept lub przechodzą zaostrenie przewlekłej choroby, ewentualnie zgłaszają się z banalną infekcją), skrócić czas oczekiwania na wizytę lekarską oraz zwiększyć dostępność do porad w ramach POZ.

Realizację takiego modelu opieki usprawniłyby w znaczny sposób 4 dodatkowe uprawnienia dla pielęgniarek, a uzupełniające istniejące Rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]: (i) prawo do wystawiania skierowań do lekarza specjalisty, (ii) prawo do wystawiania skierowań do szpitala w sytuacjach pilnych, (iii) możliwość wystawienia zwolnień pacjentom przechodzącym infekcje wirusowe lub bakteryjne oraz (iv) prawo do kierowania pacjenta na przeglądowe badanie USG jamy brzusznej. Warto przy tym zwrócić uwagę na ostatnie postulowane uprawnienie: obecnie pielęgniarki mogą wystawić skierowanie pacjen-

towi na badanie RTG klatki piersiowej, a nie mogą skierować go na badanie USG (np. jamy brzusznej), które jest bezpieczniejsze, relatywnie tanie i łatwo dostępne. Przykład ten jest jednym z argumentów przemawiających za rewizją istniejących aktów prawnych. Jednocześnie pokazuje jak takie drobiazgi mogą w praktyce mieć kluczowe znaczenie dla podniesienia jakości i dostępności opieki medycznej dla społeczeństwa.

W tym miejscu należy jednak zauważyć, że mimo przyjętej definicji ZPP, mamy wciąż duże pole manewru do opracowania własnej, polskiej koncepcji ZPP. Definicja ZPP [5] jest ogólnikowa i niejednoznaczna. Według przyjętych kryteriów pielęgniarka ZPP może być zarówno pielęgniarką pełniącą funkcję koordynatora wobec pacjenta, określającą i koncentrującą wokół chorego wybranych specjalistów z poszczególnych dziedzin, jak i specjalistką w określonej dziedzinie klinicznej czy naukowcem zajmującym się badaniem kluczowych zagadnień związanych z pielęgniactwem. Polskie regulacje [2-4, 10, 11] wskazują, że możliwa jest realizacja każdej z tych ról – wszystko zależy od potrzeb konkretnej społeczności. A te potrzeby powinny zainicjować zmiany w Polskim prawie. I w tym kontekście należy zwrócić uwagę na funkcjonowanie medycyny ratunkowej w Polsce, a właściwie – leczenie pacjentów w stanach nagłych. Istotnymi elementami diagnostyki i terapii pacjentów w stanach nagłych są wspomniane wcześniej izby przyjęć i SOR-y. Mogą one być 'odbarczone' poprzez wprowadzenie rozwiązań omówionych powyżej. Jednak przepustowość oddziałów ratunkowych zależy także od liczby dostępnych wolnych łóżek na oddziałach szpitalnych. To jest duży problem. Mimo, że standardy postępowania medycznego nastawione są na minimalizację czasu pobytu pacjenta w szpitalu, w wielu przypadkach czas ten wydłuża się, ograniczając liczbę miejsc dostępnych w szpitalu. Stąd czas pobytu pacjentów na SOR-ach sięgający kilku a nawet kilkunastu godzin przed przyjęciem na docelowy oddział. Jest to dramat dla pacjentów, ale również olbrzymie obciążenie dla personelu medycznego SOR-u/izby przyjęć, który musi zapewnić bezpieczeństwo wszystkim pacjentom (czekającym na przyjęcie na oddział docelowy oraz przebywającym w obszarze segregacji medycznej).

Rozwiązaniem byłoby opracowanie polskiej wersji austriackiej koncepcji ZPP – tworzenie ośrodków ZPP o charakterze jednostek działających w środowisku domowym chorego, a jeśli nie byłoby to możliwe – udzielających wsparcia jako ośrodki stacjonarne. Od strony organizacyjnej, pacjent po włączeniu leczenia w warunkach szpitalnych i po opanowaniu sytuacji zdrowotnej byłby kierowany do ośrodka ZPP w celu kontynuacji leczenia w domu lub stacjonarnie w tym ośrodku. W ten sposób zostałaby zwiększona przepustowość szpitali, ale bez zakłócenia procesu zdrowienia pacjenta (a nawet go przyspieszając, bo w warunkach domowych pacjent szybciej dochodzi do siebie) oraz skrócony czas pobytu pacjentów oczekujących na przyjęcie do szpitala i zwiększenie efektywności medycyny ratunkowej od razu na kilku poziomach. Powyższe wymaga dobrej współpracy między szpitalami i ośrodkami ZPP, ale również stwarza optymalne warunki do kooperacji między pielęgniarkami i ratownikami medycznymi.

Ci ostatni mogliby znaleźć satysfakcjonujące zatrudnienie w stacjonarnych ośrodkach ZPP, w pełni odpowiadające ich kwalifikacjom.

Inną możliwością mogłoby być rozpoczęcie działań prowadzących do powstania i rozwoju ZPP – już na poziomie kształcenia studentów. Być może należy umożliwić studentom realne tworzenie nowych rozwiązań nawiązujących do koncepcji ZPP, a także dać szansę ich wprowadzenia w system opieki zdrowotnej. Kształcenie powinno być osadzone w realiach i praktyczne. Zajęcia powinny prowadzić mentorzy, którzy swój autorytet i wiarygodność zbudowali na bazie własnej pracy zawodowej oraz mają zdolność przekazywania wiedzy z pozycji zarówno eksperta jak i lidera. Praca magisterska powinna mieć formę projektu, nad którym student pracuje przez większość studiów. Projekt powinien być oparty o aktualne badania, przepisy i warunki społeczno-ekonomiczne, ale także innowacyjny, mający na celu poprawienie jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Wydaje się logiczne, że zanim zostanie ustalony sposób nadawania tytułu ‘Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej’ w Polsce, wzorem innych krajów powinniśmy zacząć zmiany od systemu kształcenia.

WNIOSKI

Z analizy istniejących aktów prawnych wynika, że w Polsce istnieje gotowe, solidne podłoże do wprowadzenia koncepcji Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej. Wdrożenie rozwiązań ZPP ma szansę realnie poprawić działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zarówno pacjenci jak i środowisko pielęgniarskie oczekują jak najszybszego wdrożenia koncepcji ZPP. Pozostaje jednak kwestią otwartą, które z omawianych powyżej rozwiązań będzie adaptowane do polskich warunków. Należy jednak podkreślić, że umożliwienie uzyskania przez pielęgniarkę tytułu „Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki” (awans połączony z korzyściami finansowymi) przez wykwalifikowane, doświadczone i czynne zawodowo pielęgniarki, które np. ukończyły w przeszłości tylko szkoły zawodowe lub średnie, ale również te z wykształceniem wyższym – byłoby docenieniem ich kwalifikacji, podniosłoby poczucie wartości i zmotywowałoby do dalszej pracy. I na koniec trzeba podkreślić, że porównując czas, w jakim dokonywały się zmiany w postrzeganiu i wdrażaniu ZPP w innych krajach i kilkakrotnie krótszy czas asymilacji tych zagadnień w Polsce, można dostrzec olbrzymi potencjał polskiego pielęgniarstwa i snuć śmiało wizje rozwoju tego zawodu. Pytanie brzmi, na ile starczy decydom wyobraźni i determinacji, żeby wykorzystać ten potencjał.

ORCID

Tomasz Kryczka  <https://orcid.org/0000-0003-2607-1651>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System. Official Journal of the European Union L 354/132 of 28th December 2013.
2. Parliament of Republic of Poland, 2011. Act of 15 July 2011 on profession of nurse and midwife. In: Journal of Laws of 2011. No 174, item 1039. Retrieved April 15, 2020 from <http://dziennikustaw.gov.pl>
3. State Minister of Health of Republic of Poland. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. In: Journal of Laws of 2017. No. 497. Retrieved April 15, 2020 from <http://dziennikustaw.gov.pl>
4. State Minister of Health of Republic of Poland. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środkach 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. In: Journal of Laws of 2018. No 299. Retrieved April 15, 2020 from <http://dziennikustaw.gov.pl>
5. Main Statistical Office of Poland. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050; Warszawa 2014:34. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf. Accessed on 25th April 2020.
6. OECD. Nurses. In: Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2019. doi: 10.1787/98e2d5de-en. Accessed on 25th April 2020.
7. OECD. Doctors (overall number). In: Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2019. doi: 10.1787/b33ab4c1-en. Accessed on 25th April 2020.
8. International Council of Nurses. ICN Nursing Care Continuum and Competences. Report 2008, Geneva.
9. Oxford English Dictionary. Oxford University Press, Oxford 2018. en.oxforddictionaries.com/definition/nurse_practitioner. Accessed on 25th April, 2020.
10. State Minister of Science and Higher Education of Republic of Poland. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. In: Journal of Laws of 2019. No. 1573.
11. State Council of Ministers of Republic of Poland. Uchwała Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)”. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce>. Accessed on 25th April 2020.
12. Nursing&Midwifery Council. Becoming a nursing associate. <https://www.nmc.org.uk/education/becoming-a-nurse-midwife-nursing-associate/becoming-a-nursing-associate>. Accessed on 21st May 2020.
13. Royal College of Nursing. RCN Credentialing for Advanced Level Nursing Practice (Handbook for applicants). Royal College of Nursing, London 2017.
14. Schäfer D. Die Zukunft der „Advanced Practice Nurse“ in Österreich (A. Schönthaler interview). Pflege Professionell, 2018; 15. <https://pflege-professionell.at/die-zukunft-der-advanced-practice-nurse-in-oesterreich>. Accessed on 25th April 2020.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
08.06.2020

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
03.10.2020

Translation/Tłumaczenie: Biuro Lingualine