

# Zaawansowana praktyka pielęgniarska w Stanach Zjednoczonych Ameryki

The advanced practice nursing in the United States of America

Urszula A. Polska<sup>1</sup>, Barbara Ślusarska<sup>2</sup>, Danuta Zarzycka<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mobile, Alabama, USA

<sup>2</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, WPiNoZ, UM w Lublinie

<sup>3</sup> Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, WPiNoZ, UM w Lublinie

**AUTOR DO KORESPONDENCJI:**

**Barbara Ślusarska**

**Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa WPiNoZ**

**Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

**ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin**

**e-mail: basiaslusarska@gmail.com**

**tel. 81 448 6808**

## STRESZCZENIE

### ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI

Celem pracy jest przedstawienie historii rozwoju i drogi edukacyjnej klinicznie zaawansowanego pielęgniarstwa (*Advanced Nurse Practitioner ANP*) w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Ukazuje także znaczenie tego typu kształcenia w reformie zdrowotnej w USA, której istotą jest zapewnienie dostępności do opieki zdrowotnej każdemu obywatelowi z uwzględnieniem niższych kosztów przy jednoczesnym zachowaniu standardów leczenia porównywalnych do tych, które są świadczone przez lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.

Praca ukazuje zasadnicze elementy, które charakteryzują zaawansowaną praktykę pielęgniarską. Pielęgniarki klinicznie zaawansowanej praktyki są liderami w rozwoju pielęgniarstwa i stanowią grunt w zapewnieniu rozwoju klinicznego. Ich zaangażowanie zawodowe, wiedza kliniczna, wysoki standard opieki oraz prestiż społeczno-zawodowy, mają wpływ na decyzje kliniczne i politykę zdrowotną. Zaawansowana praktyka pielęgniarska obejmuje orzecznictwo w sprawach zdrowia, obniżenie kosztów leczenia społeczeństwa, rozszerzenie zasięgu opieki zdrowotnej, skuteczną profilaktykę chorób i proklamację zdrowia, leczenie podstawowych schorzeń klinicznych z uwzględnieniem idei holizmu. Wszystkie te elementy składają się na pełny wymiar opieki klinicznej, obejmującej sferę fizyczną i psychiczną pacjenta, do której pielęgniarka klinicznie zaawansowanej praktyki jest świetnie przygotowana w ramach studiów pielęgniarskich i dodatkowych form kształcenia.

Słowa kluczowe:

zaawansowana praktyka pielęgniarska, rozwój, edukacja, kompetencje, USA

## ABSTRACT

### THE ADVANCED PRACTICE NURSING IN THE UNITED STATES OF AMERICA

The aim of the study is to present the history of the development and the educational way of advanced clinical nursing (*Advanced Nurse Practitioner ANP*) in the United States of America. The article shows the importance of this type of education in the USA health reform, which aims to extend the health care for every citizen, taking into account the lower costs while maintaining the standard of care which are comparable to those provided by doctors who work in primary care.

The article presents the fundamental issues that characterize advanced practice nursing. Advanced clinical nurses are the leaders in the development of nursing practice and they are the base in the providing clinical development. Their professional involvement in training, clinical knowledge, high standard of care, social and professional prestige, influences clinical decisions and health policy. Advanced nursing practice includes case law in the matters of health, reduces the cost of treatment of society. Moreover it also expands health care coverage, effective disease prevention and health proclamation, the basic treatment of clinical conditions in the aspects of the holism idea. All these elements form a full-clinical care, which includes patient's physical and mental sphere. The advanced clinical nurse is well prepared through advanced nursing degree to the full-clinical care.

Keywords:

advanced nursing practice, development, education, competence, the USA

## WPROWADZENIE

Współczesny rozwój zmian w pielęgniarstwie polskim w obszarze regulacji formalno-prawnych oraz wynikające z nich zdefiniowane nowe kompetencje i uprawnienia w praktyce pielęgniarskiej stają się podstawą do poszerzonej analizy poznawczej na przykładzie ewaluowania pielęgniarstwa amerykańskiego, opartego na długoletnim doświad-

czeniu w tym zakresie i szerszych kompetencjach pielęgniarek. Odrębności kulturowo-społeczne rozwoju zaawansowanego pielęgniarstwa w różnych krajach przeświadczały o możliwościach dróg edukacji pielęgniarek, podejmujących trud przygotowania do pełnienia ważnej i odpowiedzialnej roli pielęgniarki klinicznie zaawansowanej.

Celem pracy jest przedstawienie historii rozwoju i systemu edukacji klinicznie zaawansowanego pielęgniarstwa (*Advance Nurse Practitioner, ANP*) w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Poniższy artykuł koncentruje się na najbardziej popularnym typie kształcenia zaawansowanego pielęgniarstwa jakim jest *Nurse Practitioner (NP)*. Główna autorka pracy ukończyła bowiem wyższe studia magisterskie na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie w 1992 roku, oraz dwuletnie poma-gisterskie studia NP na Wydziale Pielęgniarskim Uniwersytetu Południowej Alabamy w 2013 roku.

### Początki wyższego kształcenia w obszarze zaawansowanej praktyki pielęgniarek

System kształcenia wyższego pielęgniarek zaawansowanej praktyki (*Nurse Practitioners, NP*) w Stanach Zjednoczonych zapoczątkowały wczesne lata sześćdziesiąte XX wieku. Pomysł stworzenia takiego szkolnictwa związany był z brakiem lekarzy w Ameryce. Zjawisko to dotyczyło w szczególności lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Niedobór ten był widoczny na terenach rolniczych położonych z dala od placówek służby zdrowia. Pogarszający się stan ogólny zdrowia populacji, brak profilaktyki i wzrost chorób były podstawą szukania nowych rozwiązań [1,2,3,4].

Pierwszy zaawansowany program praktyki pielęgniarskiej (NP) powstał w 1965 roku na Uniwersytecie Koloradzkim. Inicjatorami programu NP byli lekarz, Henry Silver i pielęgniarka Loretta Ford. Pierwsze absolwentki zaawansowanego pielęgniarstwa kończyły czteromiesięczne intensywne kursy na podbudowie szkoły pielęgniarskiej. Sprawy zakresu obowiązków i przepisywania leków nie miały określonych podstaw prawnych. Pierwszym stanem, który określił zakres obowiązków zawodowych dla profesji był stan Idaho. [1,4.] W latach siedemdziesiątych tylko nieliczne stany nadały pielęgniarkom NP prawo do wypisywania recept. Po niespełna 30 latach negocjacji dopiero w roku 2006 określono wytyczne prawne w tej sprawie we wszystkich izbach pielęgniarskich na obszarze całej Ameryki [1].

Edukacja pielęgniarek na poziomie zaawansowanym odniosła ogromny sukces w poprawie ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Rozwój tego kierunku przyczynił się do obniżenia kosztów leczenia wynikających z zaniechań i braku profilaktyki. Wielokrotnie przeprowadzone badania w latach 1995-1997 nad poziomem opieki sprawowanej przez pielęgniarki NP na terenie USA w porównaniu do opieki sprawowanej przez lekarzy w opiece podstawowej okazały się sobie równe [5,6,7]. Ewaluacja sposobów i efektów leczenia w chorobach takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i astma oskrzelowa na przełomie sześciu miesięcy nie wykazały różnic pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami NP. Preferencje pacjentów co do wyboru klinicysty oraz satysfakcja pacjentów z opieki były równomiernie rozłożone pomiędzy tymi dwoma grupami zawodowymi [5,6,7]. Inne badania w tej dziedzinie potwierdziły, że pacjenci byli bardziej zadowoleni z opieki świadczonej przez pielęgniarki NP. Konsultacje z pacjentami były dłuższe, wywiady dokładniejsze, profilaktyka skuteczniejsza i ilość wizyt kontrolnych uległa zwiększeniu [5,6,7].

### Zapotrzebowanie społeczne na pracę *Nurse Practitioners* i jego związek z ekonomiką systemu ochrony zdrowia

Kierunek NP jest najszybciej rosnącym i najbardziej spopularyzowanym kierunkiem spośród czterech typów pielęgniarstwa zaawansowanego. Wzrastające zadowolenie z usług wśród pacjentów nadaje kierunkowi wysoki prestiż zawodowy. W 2012 zanotowano 158.348 pielęgniarek zaawansowanej praktyki klinicznej NP. Prognozy rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej szacują, że w 2020 roku będzie to liczba około 198.900 pielęgniarek NP w Stanach Zjednoczonych [1].

Obecna reforma służby zdrowia w Ameryce tzw.: „Plan Obamy”, który ma w swoim założeniu objąć opieką zdrowotną ponad 30 milionów społeczeństwa nie posiadającego ubezpieczenia zdrowotnego przyczynił się pośrednio do rozwoju tego kierunku. Wydłużająca się przy tym średnia długość życia ludności zwiększyła zapotrzebowanie na klinicystów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i geriatrów.

Dotychczasowe analizy kosztów opieki świadczonej przez pielęgniarki NP w odniesieniu do lekarzy udowodniły oszczędność rzędu 20-30% na korzyść praktyki pielęgniarek [6]. Prognozy wskazują, że przy utrzymaniu się tych danych średnia oszczędność w zakresie kosztów służby zdrowia w okresie od 2010 r. do 2020 r. przyniesie zysk w granicach 4.2-8.4 bilionów dolarów.

Amerykański Departament Zdrowia zanotował, że ponad 50% pielęgniarek NP w 2010 roku pracowało w podstawowej opiece zdrowotnej [8]. Tendencja ta obecnie wzrosła do 70% [6], jakkolwiek wciąż jest niewystarczająca do pokrycia rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa i skutków wynikających z wprowadzenia w życie nowej reformy zdrowia. [6] Poza tym daje się zauważyć, iż liczba lekarzy w opiece podstawowej w latach 1995-2006 uległa zmniejszeniu o 3%, jakkolwiek w tym samym czasie zanotowano 61% wzrost naboru pielęgniarek do programów kształcenia NP w zakresie medycyny podstawowej [6].

W ramach opieki podstawowej pielęgniarki NP znajdują pracę w prywatnych i publicznych klinikach, szkołach oraz zakładach pracy. W zależności od wymagań stanowych izb pielęgniarskich NP mogą pracować samodzielnie lub z lekarzem, z którym posiadają kontrakt o współpracy [6].

### Definicja i rodzaje praktyki w obszarze zaawansowanego pielęgniarstwa

Zaawansowana praktyka pielęgniarska jest to maksymalne wykorzystanie wiedzy i kompetencji pielęgniarstwa w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych populacji. Zawód charakteryzuje zamierzone, celowe i zintegrowane wykorzystanie **rozszerzonej wiedzy pielęgniarskiej**, badań i praktyki klinicznej, zakorzenionych w holiźmie, na rzecz opieki nad pacjentem. Zaawansowana klinicznie praktyka pielęgniarska może być realizowana tylko wtedy, gdy nie ma barier do poszerzenia granic pielęgnowania, co z kolei może mieć wpływ na zmiany w opiece zdrowotnej. Zaawansowane klinicznie pielęgniarki najlepiej są w stanie spełnić tę rolę, jeśli ich przygotowanie zawodowe realizo-

wane jest w ramach pielęgniarskich programów uniwersyteckich [9].

Definicja teoretyczna zaawansowanej praktyki pielęgniarek (*Advance Practice Nurse, APN*) jest szerokim ogólnym terminem obejmującym kilka wariantów edukacyjnych na etapie kształcenia magisterskiego (*MSN*), pomagisterskiego i doktorskiego (*DNP*). Czas studiów pomagisterskich w ściśle określonej specjalizacji wynosi średnio 2 lata. Zaawansowane pielęgniarstwo ma różnorodny zakres funkcji, który jest uzależniony od roli jaką ANP spełnia. W USA wyróżnia się cztery typy kształcenia w obszarze zaawansowanej praktyki pielęgniarek. Należą do nich:

1. Pielęgniarka klinicznie zaawansowana tzw. *Nurse Practitioner*, NP. Funkcja jej sprowadza się do diagnostyki i leczenia chorób w zakresie sześciu podstawowych specjalizacji klinicznych o czym więcej w dalszej części artykułu [1,2,4].
2. Pielęgniarka anestezjologiczna (*Nurse Anesthetist*), która po ukończeniu studiów pomagisterskich jest odpowiedzialna za samodzielne wprowadzanie pacjenta w anestezję, monitorując jej przebieg od początku, aż do całkowitego wybudzenia się pacjenta po zabiegu [1,2,4].
3. Pielęgniarka/położna (*Nurse/Midwife*) monitoruje fizjologiczny przebieg ciąży, opiekę przed i poporodową [1,2,4].
4. Specjalista do spraw pielęgniarstwa klinicznego (*Clinical Nurse Specialist*), koncentruje się na badaniach naukowych, konsultacjach klinicznych oraz koordynacji procesu leczenia. Na szczególną uwagę zasługuje tu znajomość edukacji zdrowotnej, procesów zarządzania zdrowiem i promocji zdrowia w zależności od wieku i stanu klinicznego pacjenta [1,2,4].

## Rodzaje specjalizacji w zakresie programów NP

Jak wcześniej zaznaczono wyróżnia się sześć rodzajów specjalizacji w obrębie typu programu zaawansowanej pielęgniarki NP. Nowy model klasyfikacji uznaje podział w zależności od grupy wiekowej pacjenta. Podział ten wyróżnia następujące specjalizacje: rodzinna, dorośli-geriatria, zdrowie kobiety, noworodki, pediatria, psychiatria-zdrowie psychiczne. W dziedzinie pediatrii, dorosłych i geriatrii wyróżnia się dodatkowo podział na opiekę intensywną i ambulatoryjną. Na późniejszym etapie kariery zawodowej w zależności od rodzaju zatrudnienia, NP mogą się subspecializować w dziedzinach takich jak: onkologia, nefrologia, kardiologia, ortopedia, medycyna nagłych przypadków czy opieka paliatywna [2,4].

## Wymagania edukacyjne w ramach programu NP na terenie USA

Wymagania edukacyjne na poziomie kształcenia zaawansowanej praktyki pielęgniarek mają swoją długoletnią historię. We wczesnym okresie nie było większych wytycznych co do realizacji programów tego typu. Warunki przyjęć, realizacja programu i wymogi merytoryczne ściśle były określone przez poszczególne uczelnie. Zakres programów kształcenia jak i liczba godzin klinicznych nie były znormalizowane. Nie było także systemu

państwowych egzaminów specjalizacyjnych, które oceniłyby poziom merytoryczny kandydata do pełnienia nowej roli zawodowej w odniesieniu do jakichkolwiek standardów krajowych.

Pierwsi absolwenci zaawansowanych programów NP uzyskiwali prawo zawodowe na podstawie dyplomu ukończenia rozszerzonych kursów czy w późniejszym okresie wyłącznie ukończenia studiów z programem NP bez obowiązku egzaminów przed państwową komisją. Sytuacja ta ulegała ciągłym zmianom i skłaniała do szukania nowych rozwiązań. Największy postęp w zakresie ujednoczenia merytorycznego programów NP datuje się na wczesne lata dziewięćdziesiąte XX wieku, kiedy to ustalono ściśle wymagania programowe w ramach poszczególnych specjalizacji we wszystkich programach kształcenia pielęgniarstwa zaawansowanego na obszarze całej Ameryki. W tym też okresie powołano do życia dwie organizacje krajowe do spraw wykształcenia zaawansowanego pielęgniarek. Organizacje te wprowadziły obowiązek zdawania standaryzowanych egzaminów testowych po ukończeniu programu NP w zakresie ukończonej specjalizacji.

Obecne warunki rekrutacji dla kandydata do programu NP uwzględniają przedłożenie: aktualnego prawa zawodowego pielęgniarki dyplomowanej i zaświadczenia o odbyciu dwuletniego stażu zawodowego w charakterze pielęgniarki dyplomowanej. Od 1996 roku kandydatów do programu NP obowiązuje także ukończenie studiów uzupełniających i uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa (*MSN*). Nowe zmiany nadchodzące z rokiem 2015 nakładają wyższe wymagania i określają obowiązek posiadania tytułu doktora pielęgniarstwa, niezbędnego do ukończenia programu NP [4].

Obowiązujący aktualnie system kształcenia określa, że każdy NP student niezależnie od typu i kierunku zaawansowanej specjalizacji musi zaliczyć cztery kursy przed-specjalizacyjne na poziomie zaawansowanym. NP student może rozpocząć realizację tych kursów podczas kontynuacji studiów magisterskich, pomagisterskich lub studiów doktorskich. Pielęgniarki, które posiadają tytuł magistra pielęgniarstwa czy też doktora pielęgniarstwa i chciałyby praktykować jako zaawansowane klinicznie pielęgniarki NP, muszą ukończyć program NP według określonego schematu kształcenia zaawansowanego. W ramach kursów przed-specjalizacyjnych plan kształcenia NP. obejmuje:

- badanie kliniczne – 3 pkt ECTS (45 godzin),
- patofizjologia – 3 pkt ECTS (45 godzin),
- farmakologia – 3 pkt ECTS 45 godzin),
- promocja zdrowia – 2 pkt ECTS (30 godzin) [1,2,4].

Po zaliczeniu tych kursów dalsze kształcenie odbywa się w ramach ściśle wybranej specjalizacji w zakresie wybranej grupy wiekowej. Liczba wymaganych punktów kredytowych w ramach wybranej specjalizacji wynosi średnio 24 ECTS, co obejmuje łącznie 360-godzin akademickich. Specjalizacje w zakresie medycyny intensywnej posiadają rozszerzony program zajęć. Typowa liczba godzin dla tych specjalizacji obejmuje łącznie 440 godzin i punkty kredytowe na poziomie 36 ECTS. Czas nauki tego programu jest wydłużony średnio o dwa semestry. Poziom doktorskich programów pielęgniarstwa zaawansowanego



(DNP) zawierają dodatkową liczbę punktów kredytowych i kliniczny program specjalizacyjny (tzw. *rezydencje*). Ukończenie programu doktorskiego zajmuje kolejne dwa semestry po ukończeniu specjalizacji w zakresie NP.

Każdy program specjalizacyjny ma przewidziane w toku nauczania obowiązujące praktyki kliniczne (*Practicum*). Zwykle w specjalizacji podstawowej zawarte są cztery poziomy klinicznej praktyki (*Practicum I-II-III-IV*). *Practicum I* zawiera 60 godzin pod kierunkiem nauczyciela („preceptor”), pozostałe poziomy mają po 180 godzin i są równomiernie rozłożone w każdym semestrze nauki. Praktyki kliniczne odbywają się pod nadzorem klinicysty w ramach wybranej specjalizacji. Zarówno klinicysta jak i placówka zdrowotna muszą spełniać edukacyjne wymogi programu. Placówka kliniczna i lekarz muszą być zatwierdzone przez uczelnię na czas rotacji klinicznej. Student dopuszczony do praktyki klinicznej posiada prawny kontrakt z placówką i lekarzem. Student dodatkowo musi posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej, które zagwarantowane jest w ramach programu przez uczelnię.

Student podczas *Practicum* pracuje pod nadzorem lekarza lub doświadczonej NP, z którą posiada kontrakt na czas rotacji. Zadaniem studenta na praktyce klinicznej jest zbieranie danych do historii chorób, badanie kliniczne pacjentów, wykonywanie czynności diagnostyczno-leczniczych, analiza badań, planowanie dalszej opieki, ewaluacja i promocja zdrowia. Codzienne raporty kliniczne, podlegają ocenie i ewaluacji przez profesorów programu NP. Każde *Practicum* dodatkowo zawiera testy kliniczne i projekty edukacyjne dotyczące problemów pacjentów objętych opieką. Każda rotacja kliniczna kończy się ewaluacją umiejętności klinicznych studenta przez lekarza -promotora.

Państwowe komisje zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej określają minimalną liczbę 500 godzin klinicznych, jako bazową dla tego typu kształcenia, jakkolwiek liczba godzin realnie realizowanych w ramach programów uniwersyteckich jest znacznie większa i średnio wynosi około 600 godzin.

## Uzyskanie specjalizacji i rodzaje egzaminów specjalizacyjnych

Uzyskany dyplom ukończenia programu NP nadaje absolwentowi prawo przystąpienia do egzaminu państwowego w ramach specjalizacji zawodowej. Wyłącznie dwie krajowe organizacje są powołane do spraw ewaluacji wyników kształcenia dla specjalizacji zawodowej pielęgniarek zaawansowanych. Jedną z nich jest *American Nurses Credentialing Center (ANCC)*, a drugą jest *American Academy of Nurse Practitioners (AANP)*. Egzamin państwowy po raz pierwszy został wprowadzony w roku 1995. Obecnie jest on jednym z wymogów niezbędnych do uzyskania prawa zawodowego w charakterze NP w każdej stanowej izbie pielęgniarskiej [8,10].

Do egzaminu student może przystępować 2-3 razy w roku w zależności od organizacji kształcenia. Liczba powtórzeń egzaminu jest limitowana. Kandydat, który nie zda egzaminu za pierwszym razem ma obowiązek uczestnictwa w kursach powtórzeniowych w liczbie godzin ściśle

określonej przez komisje. Dla przykładu *American Academy of Nurse Practitioners (AANP)* wymaga 15 godzin dodatkowych kursów przed egzaminem poprawkowym [10]. Liczba pytań na egzaminie państwowym zależy od rodzaju organizacji egzaminacyjnej i specjalizacji jaką student ukończył. Średnio egzamin zawiera 175-200 pytań testowych, w formie egzaminu w wersji komputerowej. Czas na wykonanie testu jest ściśle określony przez organizację prowadzącą i zależy od ilości pytań, zwykle trwa od 3 do 3.5 godzin. Każdy student ma inną wersję testu [10]. Student zdaje egzamin wyłącznie w placówkach egzaminacyjnych. Podczas testu kandydat jest monitorowany przez kamery. Przed wejściem do sali egzaminacyjnej tożsamość studenta jest weryfikowana oraz pobrane są odciski palców.

Doświadczenie egzaminacyjne autora ogranicza się do *American Academy of Nurse Practitioners (AANP)*. Egzamin (A-GNP) w tej instytucji egzaminacyjnej zawierał 175 pytań testowych z dziedziny osób dorosłych i gerontologii. Zdawalność egzaminu była uzależniona od całkowitej liczby uzyskanych punktów. Liczba 500 punktów określała minimum potrzebne do zdania egzaminu. Maksymalna liczba punktów wynosiła 800. Zupełnie inną punktację posiada *American Nurses Credentialing Center (ANCC)*. Zdawalność kandydatów za pierwszym podejściem jest porównywalna w obu organizacjach i waha się w zależności od trudności testu w granicach od 78-80% [10].

Wyróżnia się cztery rodzaje pytań testowych z podziałem na wiek pacjenta, plan leczenia, typ schorzenia oraz sprawy profesjonalno-prawne.

Podział pytań testowych w zależności od wieku pacjenta na egzaminie A-GNP według organizacji AANP przedstawia się następująco: młodociani od lat 16-20 ilość pytań stanowi 6%, dorośli 58%, wiek podeszły 39%, wiek starczy i ludzie niedołążni 12% pytań [10]. Dalszy podział pytań egzaminacyjnych uwzględnia cztery etapy procesu leczenia i przedstawia się następująco: badanie kliniczne i ocena stanu pacjenta 36%, diagnostyka 24%, planowanie 24%, ewaluacja 4%. Pytania kliniczne dotyczą wszystkich układów i jednostek chorobowych charakterystycznych dla danej grupy wiekowej i rodzaju specjalizacji. Nieznaczna część pytań dotyczy spraw prawnych, etycznych, profesjonalnych i badań naukowych.

## Uzyskanie stanowego prawa zawodowego

Wracając do historii prezentowanego zagadnienia, należy podkreślić fakt, że nie wszystkie stanowe izby pielęgniarskie w początkowym okresie uznawały edukację NP i nadawały pielęgniarkom wyższy status zawodowy oraz specjalne prawo do jego wykonywania. Wymagania stanowe izb pielęgniarskich opierają się na własnych regulacjach prawnych, co do zakresu obowiązków pielęgniarek zaawansowanych w sprawach ordynowania leków i wypisywania recept czy też obowiązku współpracy z lekarzem podczas sprawowania funkcji zawodowych. Niektóre stany wymagają, aby NP współpracowała kolektywnie z lekarzem podczas podejmowania trudniejszych decyzji klinicznych. Wymagania w tym zakresie są różne i w większości dotyczą, zapisu aby 10% swojego czasu pracy NP poświęciła na konsultacje z lekarzem, z którym ma pod-

pisany kontrakt o współpracy. Zwykle jest to przydzielony lekarz specjalista w instytucji, w której NP ma zatrudnienie. Lekarz nie musi być fizycznie obecny w budynku, w którym NP praktykuje[1]. Stwierdza się, że wiele stanów odchodzi od wymogu 10% czasu współpracy z lekarzem, jakkolwiek niektóre stany utrzymują ten wymóg przez pierwsze dwa lata od daty ukończenia studiów przez NP. Stanowisko pielęgniarki NP jest autonomiczne we wszystkich stanach Ameryki co znaczy, że NP nie pracuje pod ciągłym nadzorem lekarza. Kontakt z lekarzem opiera się na: konsultacjach i rozmowach telefonicznych dotyczących pacjentów, analizy dokumentacji klinicznej, wyników i interpretacji testów diagnostycznych[1].

Zakres obowiązków NP jest regulowany przez stanowe akty prawne. Niektóre stany pozwalają NP na rozszerzony zakres czynności, który jest dodatkowo zatwierdzony przez „lekarza-patrona” w układzie kontraktu NP z lekarzem. Pielęgniarka NP otrzymuje wówczas dodatkowe przeszkolenie i nabywa uprawnienia do wykonywania zabiegów specjalizacyjnych, np.: nakłucie szpiku kostnego, gastroscopia, zszywanie ran podczas zabiegu operacyjnego czy intubowanie pacjenta.

W ramach tych czy innych przepisów NP ma obowiązek uzyskania kwalifikacji potrzebnych do uzyskania dodatkowych uprawnień.

### **Utrzymanie prawa zawodowego i specjalizacji zawodowej oraz konsekwencje wynikające z zaniedbań w sprawie specjalizacji i prawa zawodowego**

Każdy stan w Ameryce posiada własne wymagania co do utrzymania prawa zawodowego w stanie aktywnym. Prawo to zwykle jest ważne w większości stanów dwa lata. Zadaniem pielęgniarki dyplomowanej (RN) oraz pielęgniarki zaawansowanej (NP) jest utrzymanie dwóch praw zawodowych. Stanowe izby pielęgniarskie wymagają od pielęgniarki uczestnictwa w kursach doskonalenia zawodowego i konferencjach specjalistycznych. Liczba tych godzin w przeciągu dwóch lat waha się w zależności od stanu i średnio wynosi od 25-40 godzin. Część tych godzin obligatoryjnie dotyczy zakresu farmakologii.

Obie państwowe organizacje do spraw specjalizacji zawodowej ANCC i AANP wymagają od NP w okresie 5 lat również uczestnictwa w kursach specjalizacyjnych. AANP wymaga 75 godzin. Pielęgniarka zaawansowana NP, aby utrzymać specjalizację musi przepracować minimum 1000 godzin w charakterze NP w przeciągu tego okresu. Utrzymanie specjalizacji zawodowej w trybie aktywnym jest konieczne do odnowy prawa zawodowego w stanowej izbie pielęgniarskiej [1,2,3,10].

Zaniechanie wymogu stanowego lub wymogu państwowej komisji specjalizacyjnej wiąże się z zawieszeniem prawa do wykonania zawodu lub też jego utraty. Ponowne wznowienie prawa jest możliwe po ponownym zdaniu egzaminu specjalizacyjnego w zakresie danej specjalizacji i ponowne wystąpienie o rejestr i stanowe prawo zawodowe na poziomie zaawansowanym. Prawo może być zawieszane w sytuacjach, gdy NP nie przedstawi liczby ukończonych kursów, nie posiada liczby przepracowanych godzin, nie przedłuży prawa przed datą jego wygaśnięcia,

czy też złamie prawo zawodowe w zakresie swoich obowiązków czy spraw prawnych wynikających z niewłaściwego sposobu leczenia i konsekwencji prawnych z tym związanych. Pielęgniarka dyplomowana RN czy zaawansowana NP, która obecnie nie pracuje zawodowo na terenie stanu, którego prawo zawodowe posiada, powinna przed datą utraty jego ważności wystąpić z wnioskiem do stanowej izby pielęgniarskiej o zatrzymanie jego aktywności. Taka procedura uchroni pielęgniarkę dyplomowaną RN czy NP od utraty prawa zawodowego na terenie tego stanu.

NP która utraci prawo do wykonywania czynności na poziomie zaawansowanym z różnych przyczyn może pracować jako pielęgniarka dyplomowana tylko wtedy jeżeli prawo na tym szczeblu nie zostało jej zawieszane.

### **Zakres kompetencji zawodowych pielęgniarki zaawansowanej NP**

*Nurse Practitioner* (NP) jest przygotowana do wykonywania funkcji zawodowych na podstawie ukończenia programu NP, uzyskania specjalizacji i prawa zawodowego na poziomie zaawansowanym.

Podstawowy zakres czynności po ukończeniu programu zwykle obejmuje następujące funkcje:

- a) przeprowadzenie wywiadu i pisanie historii chorób,
- b) diagnozowanie i leczenie medycznych problemów,
- c) zlecenie i interpretowanie badań laboratoryjnych i rtg płuc,
- d) przepisywanie leków i badań,
- e) opieka nad kobietą ciężarną oraz planowanie rodziny,
- f) opieka nad dziećmi i monitorowanie szczepień,
- g) badanie ginekologiczne i pobieranie cytologii z szyjki macicy,
- h) prowadzenie edukacji, profilaktyki,
- i) utrzymanie i koordynowanie zdrowia,
- j) wizyty domowe, szpitalne i poszpitalne w domu pacjenta.

Odpowiedzialność zawodowa za podejmowane decyzje spoczywa wyłącznie na NP. Lekarz, z którym zaawansowana pielęgniarka współpracuje nie ponosi odpowiedzialności prawnej za jej własne decyzje i błędy. NP jest zobowiązana do posiadania własnego ubezpieczenia, które chroni ją od odpowiedzialności zawodowej. Zaawansowana pielęgniarka NP może leczyć różne „pospolite” i złożone schorzenia medyczne. NP musi posiadać świadomość odsyłania przypadków wykraczających poza jej kompetencje zawodowe do specjalistów w danej dziedzinie. Pomimo dużej odpowiedzialności zawodowej i narastającej liczby pielęgniarek zaawansowanych nie notuje się wzrostu procesów sądowych wśród wyżej wymienionej grupy zawodowej [1].

### **PODSUMOWANIE**

Pomimo długoletniego okresu szukania standardów i właściwych modeli edukacyjnych można z pewnością stwierdzić, że cel praktyczny został w tym zakresie osiągnięty. Zaawansowane pielęgniarstwo NP w Ameryce cieszy się wielkim powodzeniem wśród pacjentów. Wielokrotnie przeprowadzane analizy badań nad standardem leczenia w grupie lekarzy i zaawansowanej pielęgni-

skiej praktyki nie wykazały większych różnic w zakresie medycyny podstawowej. Istnieją także niepodważalne dowody potwierdzające wpływ rozwoju pielęgniarstwa zaawansowanego na sytuację zdrowotną i ekonomiczną społeczeństwa amerykańskiego. System kształcenia wyższego pielęgniarstwa w USA wypracował zaawansowany model, który po 40 latach zaczyna przynosić pozytywne rezultaty i może służyć przykładem dla innych krajów jak można system opieki zdrowotnej usprawnić oszczędzając koszty i zachowując przy tym wysoki standard leczenia.

Problem braku lekarzy w specjalizacjach medycyny podstawowej jest widoczny na całym świecie. Polska podobnie jak Ameryka i inne kraje świata w niedługiej przyszłości zmierzy się podobnymi problemami zdrowotnymi społeczeństwa, warto zatem korzystać z wypracowanych i sprawdzonych modeli w tym zakresie.

Egzemplifikacją zachodzących zmian w systemie opieki zdrowotnej w USA jest biografia jednej z autorek artykułu. Autorka jest absolwentką Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. System zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej jest jej szczególnie bliski, ponieważ posiada kwalifikacje jako NP amerykańskiego systemu kształcenia w dziedzinie dorosłych i geriatry w zakresie opieki ambulatoryjnej (*Adult-Gerontological Nurse Practitioner-Primary Care, A-GNP-PC*). Pomiędzy okresem kształcenia Autorka kontynuowała praktykę pielęgniarską na oddziałach: geriatry, chirurgii i izba przyjęć utrzymując w ten sposób aktywne prawo zawodowe na poziomie pielęgniarki dyplomowanej.

Po ukończeniu studiów pomagisterskich i zdaniu egzaminu specjalizacyjnego izba pielęgniarska stanu Alabamy na wniosek Autora dokonała rejestru zawodowego i wydała drugie prawo zawodowe na poziomie zaawansowanym praktyki klinicznej NP, która posiada zdany egzamin państwowy, rejestr stanowy, oraz prawo zawodowe na dwóch poziomach w tym przypadku pielęgniarki dyplomowanej (*Registered Nurse, RN*), oraz pielęgniarki zaawansowanej (*Nurse Practitioner, NP*) może legalnie pracować i używać tytułu: Wyspecjalizowanej, Zarejestro-

wanej Pielęgniarki Zaawansowanej (*Certified Registered Nurse Practitioner, CRNP*).

Prawo zawodowe CRNP na terenie stanu jest ważne dwa lata. W przypadku pracy w innym stanie zadaniem pielęgniarki jest wystąpienie z wnioskiem do izby pielęgniarskiej danego stanu o nadanie nowego prawa zawodowego. Pielęgniarki mogą utrzymać równocześnie kilka praw zawodowych w obrębie różnych stanów. Utrzymanie prawa zawodowego w innym stanie nakłada na pielęgniarkę przestrzeganie wymogów tego stanu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Buppert C. *Nurse Practitioner's Business Practice and Legal Guide* (4<sup>th</sup> ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning, LLC; 2012.
2. APRN Joint Dialogue Group. *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education*. 2008. On-line.
3. <http://pdf.tutorial6.com/c/consensus-model-for-aprn-regulation-licensure-w35944.html> - 30.09.2014. Medscape, *History of Nurse Practitioner*; 2006. On-line. [http://www.medscape.com/viewarticle/464663\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/464663_2) - 30.09.2014.
4. National Council of State Boards of Nursing. *Uniform Advanced Practice Registered Nurse Licensure/Authority to Practice Requirements*. Chicago: Author. 2002. On-line. <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/ACC2212.pdf> - 02.10.2014.
5. Mundinger, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R., et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *JAMA*. 2000; 283:59-68. On-line. [www.unboundmedicine.com/evidence/ub/citation/10632281/](http://www.unboundmedicine.com/evidence/ub/citation/10632281/) - 02.10.2014.
6. Naylor MD, Kurtzman ET. The Role of Nurse Practitioners in Reinventing Primary Care. *Health Affairs*. 2010, 29(5): 893-99.
7. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors *BMJ*. 2002; 324 (7341): 819-23. On-line. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819> - 26.08.2014.
8. U.S.A. Department of Health & Human Services. *The Number of Nurse Practitioners and Physician Assistants Practicing Primary Care in the United States Primary Care Workforce Facts and Stats No. 2*. On-line. <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/primary/pcwork2/index.html> - 02.10.2014.
9. Kohr R. Advanced practice role confusion: What's the solution? *Canadian Nurse*. 1998; 94(6): 30-33.
10. Cadina Leik M. *Adult-Gerontology Nurse Practitioner Certification Intensive Review* (2<sup>nd</sup> ed.). Springer Publishing Company New York; 2013.

Praca przyjęta do druku: 20.11.2014

Praca zaakceptowana do druku: 19.12.2014