

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyty naukowe

Nr 1 (17)/2016

ICV 2014: 11,32

Legnica 2016

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy
ICV 2014: 11,32

Komitety naukowe:

dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
doc. dr n. med. Jolanta Pietras
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała
doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski
dr n. med. Elżbieta Grajczyk
dr n. hum. Celina Witkowska

Redaktor naukowy:

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Recenzent zewnętrzny:

dr n. med. Edyta Kędra

Konsultacja językowa:

Język polski – mgr Krystyna Pękała
Język angielski – lek. Bernice F. Taiwo

Sekretarz:

mgr Czesław Kowalak

Redaktorzy wydania:

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Przygotowanie techniczne do druku:

inż. Maciej Błaszczak

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna

Wydanie I, Legnica 2016-06-30

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy,
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Jolanta Pietras	
Wstęp	5
Wiktor Piotrowski	
Zasady konstrukcji recept	7
Zbigniew Rykowski	
Recepta farmaceutyczna	23
Iwona Bejster	
Opinie na temat ordynowania leków/wypisywania recept w środowisku pielęgniarek	26
Anna Stodolak	
Opinie studentów na temat wypisywania recept przez pielęgniarki	41
Aleksander Fuglewicz	
Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych z perspektywy lekarza	58
Mariusz Babiak	
Interakcje leków OTC	68
Jolanta Pietras	
Uprawnienia felczera w kontekście kwalifikacji zawodowych lekarza i pielęgniarki	81

Table of Contents

Jolanta Pietras	
Preface	5
Wiktor Piotrowski	
Rules for constructing prescriptions.....	7
Zbigniew Rykowski	
Pharmaceutical prescription	23
Iwona Bejster	
Opinions on drug ordination/prescriptions in the nurses environment.....	26
Anna Stodolak	
Students' opinions regarding nurses as non-medical prescribers	41
Aleksander Fuglewicz	
New responsibilities of nurses and midwives from a medical doctor's perspective	58
Mariusz Babiak	
OTC drug interactions.....	68
Jolanta Pietras	
The rights of Medical Attendant in context of professional qualifications of Physi- cians and Nurses	81

Wstęp

Szanowni Państwo oddajemy do Państwa rąk kolejny 1 (17) 2016 numer Zeszytów Naukowych Acta Scholae Superioris Medicinae Legniciensis będący tym razem zbiorem części wystąpień zaprezentowanych na Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. *Przygotowanie kadr medycznych do ordynowania leków i wypisywania recept- konfrontacje lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów*, która odpowiadając na duże zainteresowanie zagadnieniem zorganizowana została w siedzibie Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy 11 grudnia 2015 r.

W tym kontekście przypomnieć warto, że jak dotąd osobami uprawnionymi do ordynowania leków byli w naszym kraju lekarze, lekarze dentyści, jak również praktykujący już w ostatnich latach w coraz mniejszej liczbie felczerzy, a w odniesieniu do leczenia zwierząt lekarze weterynarii. Tematyka konferencji wpisала się zatem doskonale w aktualne trendy i burzliwe ostatnio dyskusje związane z wejściem w życie od dnia 1 stycznia 2016 r. przepisów umożliwiających również pielęgniarkom oraz położnym w Polsce ordynowanie leków i wypisywanie recept w zakresie i na określonych prawem warunkach. Uprawnienia te budzą wiele kontrowersji- również w środowisku samych zainteresowanych, ale nie jest to rozwiązanie nowatorskie. Nie od dziś w różnym zakresie uprawnienia takie przysługują bowiem pielęgniarkom i położnym w kilkunastu krajach świata. W Polsce jest to sytuacja nowa z którą -jak zauważają niektórzy- trzeba będzie się zmierzyć. Właściwe przygotowanie kadr medycznych do wymienionych czynności to temat ważny także dla wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych (nie tylko pielęgniarek), gdyż trzeba tu przyznać, że również i farmaceuci doświadczają nierzadko w swej praktyce sytuacji, w których zmuszeni są prosić z powodu różnych nieprawidłowości o korektę dostarczanych im recept wystawianych przez lekarzy. Od jakiegoś czasu funkcjonuje też u nas instytucja tzw. recepty farmaceutycznej, z której jednak uprawnieni nie chcą wcale korzystać często.

Z tych względów w niniejszym tomie zawarte zostały m.in. opracowania dotyczące zasad konstrukcji recept, recepty farmaceutycznej, interakcji leków OTC, nowych uprawnień pielęgniarek i położnych z perspektywy lekarza, a także uprawnień felczera w kontekście kwalifikacji zawodowych lekarza i pielęgniarki. Z pewnością wniosą one wiele ciekawych informacji dla osób zainteresowanych tematem. Znalazły się tu także dwie prace prezentujące badania dotyczące opinii

odnośnie ordynowania leków i wypisywania recept w wśród studentów kierunku Pielęgniarstwo oraz w środowisku pielęgniarek i położnych. Uwidaczniają one panujące nastroje, ale i oczekiwania związane z powyższą sytuacją. Praca pielęgniarki jest trudna i odpowiedzialna. Wiąże się z obciążeniem fizycznym, psychicznym i wieloma dylematami. Jest zwykle mało doceniana i opłacana, choć rozwój medycyny implikuje doskonalenie i nabywanie nowych umiejętności, poszerzanie i aktualizację wiedzy, a charakter zawodu obciąża do empatii, troskliwości, szybkości reakcji, dobrej organizacji czy rozwijania umiejętności radzenia sobie ze stresem. Wg Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych średnia wieku pielęgniarek w 2013 r. sięgała niemal 49 lat. Chętnych do kształcenia ubywa, część podejmuje pracę za granicą, toteż biorąc pod uwagę powyższe na uwagę zasługują tu również ujęte przez jedną z autorek postulaty młodych adeptów zawodu, które stanowić mogą ciekawy akcent w kontekście omawianej problematyki.

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Zasady konstrukcji recept

Rules for constructing prescriptions

doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Streszczenie

W artykule zasady konstrukcji recepty zostały zawarte istotne wiadomości dotyczące wypisywania recept z uwzględnieniem poszczególnych rubryk na blankiecie recepty. Wystawienie recepty polega na czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty (w tym za pomocą wydruku) treści określonych w rozporządzeniu, a także złożeniu na awersie recepty własnoręcznego podpisu osoby wystawiającej receptę. Ewentualne poprawki mogą być dokonywane wyłącznie przez osobę wystawiającą receptę, a także złożenie dodatkowego własnoręcznego podpisu oraz pieczęci osoby wystawiającej receptę przy poprawianej informacji. W polu recepty „Dane podmiotu drukującego” muszą być zawarte (w formie wydruku): nazwa, adres lub numer REGON podmiotu drukującego receptę (chodzi o czyste formularze recepty), natomiast w przypadku gdy wydruk dokonuje osoba wystawiająca receptę należy w tym polu umieścić zwrot „wydruk własny”. W artykule omówione zostały zasady wypisywania recept, w tym kolejno wszystkie składowe recepty, które stanowią całość konstrukcji recepty. Na recepcie nie mogą być zamieszczane informacje i znaki niezwiązane z jej przeznaczeniem, w tym treści stanowiące reklamę.

Należy podkreślić, że wydruk recepty – z zaordynowanymi lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi może być dokonany wyłącznie u osoby uprawnionej albo u świadczeniodawcy, u którego osoba uprawniona wykonuje zawód.

Słowa kluczowe:

Recepta, zasady konstrukcji

Abstract

This article presents the principles of constructing prescriptions and substantial information included in the written prescription with regard to particular sections at the prescription blank form. Writing a prescription is based on the legible and permanent inscription of content at prescription face according to the designation in the regulation, as well as manually undersigning the face of prescription by person issuing the prescription.

Eventual corrections can be done exclusively by person issuing the prescription, whereas additional manual signature and stamp of person issuing the prescription just next to the corrected information is required. In the prescription field „Data of printing company” the following data should be included (as print-out): name, address or Company’s ID (REGON) of the subject printing the prescription (it refers to blank prescription forms), whereas the print-out of a person issuing the prescription should include „own print-out” text in this field. In the article, the principles for writing a prescription, all subsequent components of prescription have been elaborated, that conform the whole construction of prescription. The information or marks not connected with the designation of prescription cannot be included in the prescription, as well as advertising content.

It should be pointed out, that the prescription print-out, with prescribed medicines, special dietary purpose foodstuff or medical products – may be done exclusively by authorized person or service provider where the authorized person practices, according to the Minister of Health Ordinance on 28 October, 2015 concerning the prescriptions issued by nurses and midwives.

Key words:

Prescriptions, principles of the structure

W dniu 28 października 2015 r. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne [1], które w sposób precyzyjny – analogicznie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich [2] – określiło sposób wystawiania recept przez pielęgniarki i położne.

Załącznik nr 6 do rozporządzenia [1] określa wzór recepty, którą wystawia pielęgniarka lub położna (ryc. 1). Wymiary recepty nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości.

Wystawienie recepty polega na czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty (w tym za pomocą wydruku) treści określonych w rozporządzeniu, a także złożeniu na awersie recepty własnoręcznego podpisu osoby wystawiającej receptę. Ewentualne poprawki mogą być dokonywane wyłącznie przez osobę wystawiającą receptę, a także złożenia dodatkowego własnoręcznego podpisu oraz pieczęci osoby wystawiającej receptę przy poprawianej informacji.

Każda recepta składa się z następujących części:

- część identyfikująca receptę (pole „Recepta”);
- część identyfikująca świadczeniodawcę (pole „Świadczeniodawca”)
- część identyfikująca pacjenta (pola: „Pacjent”, „PESEL”, „Uprawnienia dodatkowe”);
- część identyfikująca płatnika (pole „Oddział NFZ”);
- część zawierająca wykaz przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, wraz ze wskazaniem formy odpłatności (pola: „Rp” oraz „Odpłatność”);
- dane dotyczące daty wystawienia recepty oraz daty jej realizacji (pola: „Data wystawienia”, „Data realizacji „od dnia”);
- dane identyfikujące osobę wystawiającą receptę (pole „Dane i podpis pielęgniarki lub położnej”);
- dane identyfikujące podmiot drukujący receptę (pole „Dane podmiotu drukującego”).

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
	Uprawnienia dodatkowe
PESEL	
Rp	Odpłatność
	Odpłatność
	Odpłatność
	Odpłatność
	Odpłatność
Data wystawienia:	Dane i podpis pielęgniarki lub położnej
Data realizacji „od dnia”:	
	Dane podmiotu drukującego

Ryc. 1. Wzór recepty wystawianej przez pielęgniarkę lub położną[1]

Część identyfikująca receptę: pole „Recepta”

W polu tym umieszcza się unikalny numer identyfikujący receptę; numer ten jest nadawany przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Numer recepty zbudowany jest z dwudziestu dwóch cyfr (ryc. 2).

Cyfry 01-02	Cyfry 03-04	Cyfry od 05 do 20	Cyfra 21	Cyfra 22
03	kod NFZ	ustalane przez Prezesa NFZ	charakter recepty	cyfra kontrolna

Ryc. 2. Struktura numeru identyfikującego receptę[1]

Poszczególne cyfry kodu mają następujące znaczenie:

- pierwsze dwie cyfry stanowią oznaczenie wersji wzoru recepty: 03 – dla druków recept posiadających unikalne numery identyfikujące recepty przydzielone przez oddział wojewódzki NFZ;
- cyfry trzecia i czwarta są identyfikatorem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ (określone są w załączniku nr 2 do rozporządzenia [1]; na przykład, kod 01 oznacza Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu);
- cyfry od piątej do dwudziestej są ustalane przez Prezesa NFZ, przy czym tworzą one unikalny numer w ramach danego oddziału wojewódzkiego NFZ; dla każdego oddziału wojewódzkiego NFZ zakresy unikalnych numerów identyfikujących recepty ustala Prezes NFZ;
- cyfra dwudziesta pierwsza określa charakter recepty i może przyjmować wartości: 5 – dla recept na leki posiadające kategorię dostępność „Rp”, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne podlegające refundacji, ordynowane samodzielnie przez pielęgniarki i położne, 6 – dla recept na leki posiadające kategorię dostępności „Rp”, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne podlegające refundacji, ordynowane przez pielęgniarki i położne w ramach realizacji zleceń lekarskich (kontynuacja);
- cyfra dwudziesta druga jest cyfrą kontrolną, obliczaną za pomocą algorytmu „7-9-1-3” (kolejne cyfry numeru recepty, zaczynając od pierwszego a kończąc na numerze dwudziestym pierwszym, mnożone są przez 7 – cyfra pierwsza, przez 9 – cyfra druga, przez 1 – cyfra trzecia, przez 3 –

cyfra czwarta, przez 7 – cyfra piąta itd.; oblicza się sumę tak otrzymanych iloczynów, którą dzieli się następnie przez 10; reszta całkowita z tego dzielenia jest cyfrą kontrolną).

Ustalone dla danego oddziału wojewódzkiego NFZ przez Prezesa NFZ zakresy numerów identyfikujących recepty są następnie – przez oddział wojewódzki NFZ – przydzielane osobom uprawnionym albo świadczeniodawcom (na wniosek tych osób). Osoby uprawnione albo świadczeniodawcy, po uzyskaniu zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty, zaopatrują się w druki recept we własnym zakresie. Możliwy jest ponadto wydruk recepty w trakcie jej wystawiania.

Część identyfikująca świadczeniodawcę: pole „Świadczeniodawca”

W polu tym zamieszcza się dane dotyczące osoby uprawnionej albo dane świadczeniodawcy, u którego osoba uprawniona wykonuje zawód.

Pod „osobą uprawnioną” rozumie się tutaj pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [3], z którymi NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (art. 2 pkt 14 lit. e ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych [4]). Pod „świadczeniodawcą, u którego osoba uprawniona wykonuje zawód” natomiast rozumie się tutaj (zgodnie z art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [5]) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osobę fizyczną inną niż podmiot wykonujący działalność leczniczą, która uzyskała fachowe uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, a także podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. Pielęgniarki i położne zatrudnione przez takiego świadczeniodawcę są – zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d ustawy [4] – traktowane jako pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy [5] w związku z art. 15a ust. 1 i 2 ustawy [3]. Dane osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, obejmują:

- nazwę albo firmę wynikającą z umowy na wystawianie recept refundowanych zawartej z NFZ;
- adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu – jeśli nadano), a w przypadku pielęgniarek lub położnych wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej lub położnych (lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej lub położnych) wyłącznie w miejscu wezwania: adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej;
- numer telefonu;
- identyfikator (dziewięć pierwszych cyfr numeru identyfikacyjnego REGON, właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego – jeżeli dotyczy).
- Jeżeli osobą uprawnioną jest pielęgniarka lub położna wystawiająca receptę dla siebie, swojego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (tj. osoba określona w art. 2 pkt 14 lit. e tiret drugie ustawy [4]), wówczas dane takiej osoby uprawnionej obejmują:
 - imię i nazwisko;
 - adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu – jeśli nadano);
 - numer telefonu;
 - dziesięciocyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne; sposób jego przedstawienia w postaci kodu kreskowego zawarto na ryc. 3 wariant 2.

Identyfikator osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, powinien być przedstawiony w postaci kodu kreskowego jako ciąg czternastu cyfr (ryc. 3).

Cyfra 01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Cyfry od 11 do 13			Cyfra 14
2	numer identyfikacyjny									0	0	0	cyfra kontrolna
Wariant 1													
2	REGON (pierwsze dziewięć cyfr)									0	0	0	cyfra kontrolna
Wariant 2													
2	9	8	kod NFZ	numer ustalony przez oddział wojewódzki NFZ, na który wskazuje „kod NFZ”			0	0	0	cyfra kontrolna			

Ryc. 3. Struktura identyfikatora osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona[1]

Poszczególne cyfry kodu mają następujące znaczenie:

- cyfra pierwsza ma wartość „2”;
- cyfry od drugiej do dziesiątej zawierają numer identyfikacyjny, który może mieć dwa warianty: a) dziewięć pierwszych cyfr numeru identyfikacyjnego REGON, właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (wariant 1 na ryc. 3) lub b) dziewięćcyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne (wariant 2 na ryc. 2).
- cyfry od jedenastej do trzynastej mają wartość „000”;
- cyfra czternasta jest cyfrą kontrolną, obliczoną zgodnie z przedstawionym wyżej algorytmem „7-9-1-3”.

Część identyfikująca pacjenta: pola „Pacjent”, „PESEL” oraz „Uprawnienia dodatkowe”

- Dane dotyczące pacjenta obejmują następującą informację:
- imię i nazwisko;
- adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu – jeśli nadano), przy czym może to być:

- adres miejsca zamieszkania albo adres miejsca pełnienia służby wojskowej (jeśli dotyczy) albo
- adres miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo adres siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej (w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję o pozbawieniu wolności – dotyczy to osób, które, zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych, przyjęły korzyść majątkową lub osobistą albo jej obietnicę lub takiej korzyści żądały w zamian za zachowanie wywierające wpływ na obrót) albo
- adres świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej (w przypadku osoby bezdomnej);
- wiek (dotyczy to pacjenta do lat 18, nie posiadającego jeszcze numeru PESEL);
- kod uprawnień dodatkowych (jeżeli dotyczy); kody te zostały zawarte w załączniku nr 1 w tabeli 1 do rozporządzenia [1];
- numer poświadczenia (dotyczy cudzoziemców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce na podstawie przepisów o koordynacji – art. 5 pkt 32 ustawy [5]), a w razie braku takiego poświadczenia: numer dokumentu uprawniającego do korzystania z takich świadczeń;
- numer PESEL (w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL może to być numer PESEL jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego – taki przypadek należy osoba wystawiająca receptę musi odnotować na recepcie i potwierdzić własnoręcznym podpisem);
- numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość (dotyczy to cudzoziemców, którzy nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji) lub numer Karty Polaka (w przypadku osoby posiadającej taką kartę).

Przytoczone w tabeli 1 do załącznika nr 1 rozporządzenia [1] uprawnienia dodatkowe obejmują następujących pacjentów:

- pacjent, który pracował w zakładzie stosującym azbest – taki pacjent ma prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie (art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 19 czerwca 1997

- r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest [6]) – kod uprawnień: „AZ”;
- inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane, ich małżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnione do renty rodzinnej, a także cywilni niewidomi będący ofiarami działań wojennych – takim pacjentom przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 ust. 1 ustawy [5]) – kod uprawnień: „IB”;
 - pacjenci inni niż ubezpieczeni, posiadający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 ustawy [5] – kod uprawnień: „IN”;
 - inwalidzi wojskowi oraz inne osoby wymienione w art. 45 ust. 1 ustawy [5] – osoby te posiadają uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki refundowane, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych; kod uprawnień: „IW”;
 - żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny (o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu) – osoby te posiadają uprawnienia określone w art. 45 ustawy [5]; kod uprawnień: „PO”;
 - żołnierze pełniący służbę przygotowawczą oraz członkowie ich rodzin, absolwenci szkół wyższych odbywający przeszkolenie wojskowe oraz członkowie ich rodzin, żołnierze pełniący czynną służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, osoby odbywające służbę w obronie cywilnej (które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z jej odbywaniem albo w bezpośredniej drodze do miejsca jej odbywania lub w drodze powrotnej), osoby wykonujące obowiązek szkolenia ludności w zakresie powszechnej samoobrony (które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z wykonywaniem tego obowiązku albo w bezpośredniej drodze do miejsca jego wykonywania lub w drodze powrotnej), osoby wy-

konujące świadczenia osobiste (które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z udzielaniem tych świadczeń albo w bezpośredniej drodze do miejsca ich wykonywania lub w drodze powrotnej) [7], a także żołnierze zawodowi skierowani do pełnienia zawodowej służby wojskowej poza granicami państwa oraz żołnierze zawodowi w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów) – osoby te posiadają określone uprawnienia zawarte w odpowiednich przepisach; kod uprawnień: „WP”;

- osoby posiadające tytuł „Honorowy Dawca Krwi” lub „Zasłużony Dawca Przeszczepu” (art. 43 ustawy [5]) – kod uprawnień: „ZK”.

Część identyfikująca płatnika: pole „Oddział NFZ”

W polu tym wstawia się identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy (zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia [1]). W przypadku braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wstawia się identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ wskazany zgodnie z art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy [5] albo miejsca pełnienia służby wojskowej. W przypadku osoby bezdomnej wstawia się identyfikator oddziału wojewódzkiego NFZ właściwy dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby świadczeniodawcy.

W przypadku osoby nieposiadającej dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, w polu „Oddział NFZ” wstawia się znak „X”, natomiast w polu „Uprawnienia dodatkowe” wstawia się jeden z następujących kodów:

- BW – inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy; także osoby, dla których dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo;
- CN – kobieta w okresie ciąży, porodu, połogu będąca osobą nieubezpieczoną posiadającą obywatelstwo polskie lub która uzyskała w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy,

mającą miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- DN – osoba będąca osobą nieubezpieczoną, posiadającą obywatelstwo polskie lub która uzyskała w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, mającą miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która nie ukończyła 18 roku życia, uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wykaz przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych: pole „Rp”

Dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych obejmują:

- nazwę lub nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) leku albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą; nazwa ta musi określić przepisany artykuł w sposób jednoznaczny;
- postać przepisywanego artykułu, jeśli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
- dawkę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli artykuły te występują w więcej niż jednej dawce;
- ilość przepisywanego artykułu; ilość tę określa się cyframi arabskimi lub słownie;
- sposób dawkowania; podaje się go koniecznie w przypadku, gdy przepisywana ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego dotyczy maksymalnie 120-dniowego stosowania;
- odpłatność za lek;
- dodatkowo można zamieścić polecenie pilnej realizacji (adnotacja „Cito” lub równoważna), a także zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (adnotacja „nie zamieniać” lub „NZ” przy tej pozycji, którego dotyczy).

Sposobu dawkowania można nie podawać w przypadku, gdy:

- przepisuje się lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w ilości odpowiadającej dwóm najmniejszym opakowaniom – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wymienione w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także w przypadku leków dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie podlegają refundacji, a zostały wystawione dla pacjentów, dla których kod uprawnień jest równy „IB”;
- 100 sztuk strzykawek do insuliny wraz z igłą;
- 100 sztuk pasków diagnostycznych.

Określenie formy odpłatności: pole „Odpłatność”

Odpłatność za lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny określa się w sposób następujący:

- nie wpisuje się tej odpłatności, jeśli przepisywany artykuł występuje w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych tylko w jednej odpłatności lub gdy dotyczy pacjentów o kodzie uprawnień „IB”;
- jeżeli przepisywany artykuł występuje w takim wykazie w więcej niż jednej odpłatności:
- wpisuje się symbol „P” w przypadku przepisywania danego artykułu za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu;
- nie wpisuje się symbolu odpłatności w przypadku przepisywania artykułu za najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu;
- wpisuje odpłatność określoną w wykazie – w przypadkach innych niż wskazane powyżej;
- wpisuje się symbol „X”, jeżeli przepisywany artykuł jest przepisywany poza zakresem refundacji;
- wpisuje się symbol „B” lub równoważne – w przypadku artykułu wydawanego bezpłatnie;
- wpisuje się symbol „R” lub równoważne – dla artykułów wydawanych za odpłatnością ryczałtową;

- 30%, 50% dla artykułów wydawanych za odpłatnością 30% (50%) limitu finansowania;
- 100% - dla artykułu wydawanego poza zakresem refundacji.

Dane dotyczące daty wystawienia recepty oraz daty jej realizacji: pola „Data wystawienia” oraz „Data realizacji od dnia”

Data wystawienia recepty może być przedstawiona w postaci 10-znakowego kodu kreskowego zawierającego następującą informację (ryc. 4):

Cyfra 01	Cyfry od 02 do 05	Cyfry 06-07	Cyfry 08-09	Cyfra 10
4	Numer roku	Numer miesiąca w roku	Numer dnia miesiąca	Cyfra kontrolna

Ryc. 4. Sposób przedstawiania daty na recepcie[1]

Cyfra kontrolna obliczana jest zgodnie z algorytmem „7-9-1-3”, podobnie jak dla innych kodów kreskowych.

Jeżeli data realizacji „od dnia” nie jest istotna, wpisuje się symbol „X”.

Dane identyfikujące osobę wystawiającą receptę: pole „Dane i podpis pielęgniarki lub położnej”

Dane identyfikujące osobę wystawiającą receptę (osoba uprawniona) zawierają następującą informację:

- imię i nazwisko;
- numer prawa wykonywania zawodu;
- podpis.

Numer prawa wykonywania zawodu przedstawiany jest w postaci 10-znakowego kodu kreskowego (ryc. 5):

Cyfra 01	Cyfra 02	Cyfry od 03 do 09	Cyfra 10
3	0	Numer prawa wykonywania zawodu z odpowiedniego dokumentu	

Ryc. 5. Sposób przedstawiania numeru prawa wykonywania zawodu[1]

Jeżeli na dokumencie potwierdzającym prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej występują litery, są one pomijane, jeżeli natomiast odpowiedni numer jest krótszy niż 7 znaków, poprzedzić go należy odpowiednią liczbą zer.

Dane identyfikujące podmiot drukujący receptę: pole „Dane podmiotu drukującego”

W polu recepty „Dane podmiotu drukującego” muszą być zawarte (w formie wydruku): nazwa, adres lub numer REGON podmiotu drukującego receptę (chodzi o czyste formularze recepty), natomiast w przypadku gdy wydruk dokonuje osoba wystawiająca receptę należy w tym polu umieścić zwrot „wydruk własny”. Na receptie nie mogą być zamieszczane informacje i znaki niezwiązane z jej przeznaczeniem, w tym treści stanowiące reklamę.

Należy podkreślić, że wydruk recepty – z zaordynowanymi lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi – może być dokonany wyłącznie u osoby uprawnionej albo u świadczeniodawcy, u którego osoba uprawniona wykonuje zawód.

Bibliografia

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U.2015 poz. 1971).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U.2012 poz. 260, z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174 poz. 1039, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2011 nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004 nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz.U.2004 nr 3, poz. 20, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.2015, poz. 827, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U.2014 poz. 1414, z późn. zm.).

Adres do korespondencji:

Wiktor Piotrowski
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3
59-220 Legnica
wiktorp@o2.pl

Recepta farmaceutyczna
Pharmaceutical prescription

dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Streszczenie

Artykuł prezentuje podstawowe informacje oraz refleksje własne dotyczące recepty farmaceutycznej.

Słowa kluczowe:

Recepta, recepta farmaceutyczna

Abstract

The article presents information and personal reflection on pharmaceutical prescriptions.

Key words:

Prescription, pharmaceutical prescription

Jak we wszystkich dziedzinach życia, tak i w farmacji przepisy prawa dostosowywane są do potrzeb społeczeństwa i dla jego bezpieczeństwa. Przed paru laty, przed wprowadzeniem dogodnych zmian w Prawie Farmaceutycznym, zarówno pacjenci jak i farmaceuci pracujący w aptekach mieli czasem nie lada problem.

Zdarzało się, że pacjent zgłaszał się do apteki z prośbą o wydanie leku, którego bez recepty z apteki wydać nie wolno. Był to kłopot dla obu stron. Pacjent pozostał bez potrzebnego mu leku bo po receptę mógł np. udać się do lekarza w poniedziałek a lek chciał zażyć w piątek wieczorem. Przyczyn kłopotliwych sytuacji dla chorego mogło być znacznie więcej. Problem farmaceuty polegał na tym, że widział pacjenta, który potrzebował leku ale tego właśnie preparatu bez recepty wydać mu niewolno. Dawne przepisy były w takich sprawach rygorystyczne. Dodatkowo stresujące były stwierdzenia chorego jakoby w innych aptekach otrzymywał takie leki. Osobiście nie znam takich aptek, w których łamane byłyby obowiązujące przepisy ale pacjenci różnymi sposobami próbowali coś wyłudzić.

Gdy lekarz wystawia pacjentowi receptę, wydaje ją na podstawie wcześniej przeprowadzonego wywiadu, badania, analizy wyników laboratoryjnych itp. Lekarz może zaordynować każdy dostępny lek a chory może go otrzymać za częściową lub pełną odpłatnością zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Inaczej jest gdy zgodnie z obecnymi przepisami receptę wystawia farmaceuta. Przede wszystkim, co ważne dla pacjenta, recepta ta będzie pełnopłatna i może być wystawiona na jedno najmniejsze opakowanie terapeutyczne. Dalej, recepta taka nie może dotyczyć środków odurzających, substancji psychotropowych ani prekursorów grupy I-R. Pacjent ma możliwość otrzymania leku wydawanego w zasadzie na receptę lekarską w przypadku gdy np. z powodu wyjazdu i roztargnienia nie ma dostępu do pozostawionego leku w domu – farmaceuta może mu go wydać. Dalej, pacjent może dostać lek, który winien zażywać w ramach ciągłej kuracji ale w dniu wolnym od pracy nie może zgłosić się do lekarza prowadzącego po receptę na kontynuowanie leczenia. Farmaceuta może też uznać zasadność wydania leku w przypadku doraźnych dolegliwości np. ataku w przypadku przewlekłej dusznicy bolesnej.

Aby wydać lek na podstawie recepty farmaceutycznej aptekarz musi odnotować nazwisko i imię pacjenta, miejsce zamieszkania, telefon i wiek. Dane osobowe, oprócz oczywistej identyfikacji mogą być istotne w celu kontaktu z pacjentem m. in. w przypadku komunikatu o wycofaniu serii danego leku z powodu ujawnionej wady już po jego wydaniu. Wiek jest istotną informacją gdyż metabo-

lizm zmienia się wraz z jego upływem. Dalej odnotowywana jest nazwa i dawka wydanego produktu leczniczego oraz przyczyna jego wydania np. pozostawienie leku w domu z dala od aktualnego miejsca pobytu. Wreszcie farmaceuta odnotowuje datę wydania i wszystko potwierdza własnym podpisem oraz pieczęcią służbową. Recepta taka musi być zaewidencjonowana zgodnie z Prawem Farmaceutycznym tak, jak każda i przechowywana przez trzy lata jako recepta pełnopłatna.

Oprócz oczywistej dogodności musimy zdawać sobie sprawę z pewnych niebezpieczeństw. Mogą zdarzyć się przypadki nadużywania zaufania farmaceuty w celu wyłudzenia kilku opakowań leku w różnych aptekach, zażywania leków, których wcześniej żaden lekarz nie przepisał itp. Kolejnym problemem może okazać się zatajenie w rozmowie z aptekarzem faktu równocześnie przyjmowania innych leków a mało który pacjent zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństwa interakcji leków. Tak na przykład bardzo niebezpieczne jest równoczesne lub w krótkim odstępie czasowym zażywanie nitrogliceryny i sydenafilu – może to doprowadzić do zagrażającego życiu nieodwracalnego niedociśnienia tętniczego.

Miejmy nadzieję, że wzrastająca świadomość społeczeństwa pozwoli racjonalnie korzystać z dobrodziejstw prawa przychylnego pacjentom.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)

Adres do korespondencji:

Zbigniew Rykowski
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3
59-220 Legnica
rektorat@wsmlegnica.pl

Opinie na temat ordynowania leków/wypisywania recept w środowisku pielęgniarek

Opinions on medicines ordination/prescription in the nurses environment

mgr Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

Streszczenie

Wprowadzenie. Na początku roku 2014 w Polsce Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, który przewidywał, iż pielęgniarki i położne z tytułem zawodowym magistra zyskają prawo do ordynowania i wypisywania recept na określone leki i wyroby medyczne, a także będą mogły wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Pielęgniarki i położne z tytułem licencjata będą mogły na zlecenie lekarza wystawiać recepty na określone leki niezbędne do kontynuacji leczenia. W obu przypadkach niezbędny byłby ukończony kurs specjalistyczny. Dla przyszłych pielęgniarek i położnych przewiduje się odpowiednio rozszerzony program studiów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Projekt poddano konsultacjom społecznym. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu koniecznych opinii miał w drodze rozporządzenia określić wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, wykaz badań diagnostycznych a także sposób i tryb wystawiania recept, wzór recepty, sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania oraz sposób realizacji recept, jak też kontroli ich wystawiania i realizacji. Pielęgniarki miałyby nabyć nowe uprawnienia od stycznia 2016 r.

Cel pracy. Celem pracy było zebranie i poznanie opinii środowiska pielęgniarskiego w związku z wprowadzaniem nowych przepisów nadających pielęgniarkom i położnym nowe uprawnienia zawodowe związane z możliwością ordynowania leków i wypisywania recept na określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne. Celem było także ustalenie czy proponowane zmiany wywołują w środowisku pielęgniarskim pozytywne czy negatywne emocje oraz czego one dotyczą.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w środowisku czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy. Badana grupa liczyła 126 osób, które zostały poproszone o wydanie własnej opinii na temat proponowanych zmian dotyczących „ordynowania leków i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne, ordynowania określonych wyrobów medycznych, wystawiania skierowania na określone badania diagnostyczne” i wskazanie zalet, wad związanych z nowymi uprawnieniami, ewentualnych lęków i obaw czy też nowych możliwości związanych z nowymi uprawnieniami.

Wyniki. Po analizie zebranego materiału, śledząc opinie respondentów można zauważyć, iż nowe regulacje prawne wywołały w środowisku pielęgniarek/pielęgniarzy sporą dawkę emocji, zarówno pozytywnych jak i negatywnych. Wśród tych pierwszych przeważają zdania, iż nowe uprawnienia podniosą rangę zawodu i przyczynią się do rozwoju pielęgniarstwa, stworzą możliwość sprawowania opieki nad pacjentem zgodnie z ideą holizmu, a także będą wyzwaniem i motywacją do permanentnego kształcenia się, i wykorzystaniem zdobytej wiedzy w opiece nad pacjentem. W opiniach badanej grupy daje się jednak zauważyć znaczną przewagę cech negatywnych, pytań i wątpliwości. Najwięcej pielęgniarek uznało, iż będzie to dla nich dodatkowy obowiązek (przy obecnym obciążeniu i postępujących brakach kadrowych) bez odpowiednich gratyfikacji finansowych. Wiele z nich obawia się także przerzucenia obowiązków lekarza na pielęgniarkę, sankcji i kar finansowych za ewentualną pomyłkę, odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta oraz wiele niejasności związanych z wymogami formalnymi.

Wnioski. Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw umożliwiającą pielęgniarkom ordynowanie leków i wypisywanie recept, i wystawianie skierowań na badania diagnostyczne wywołała w środowisku medycznym wiele komentarzy. Częściowo fakt ten był spowodowany brakiem, na okres badania respondentów, szczegółowych zapisów prawnych. Pielęgniarki polskie starają się dostrzegać w nabyciu nowych kompetencji możliwość rozwoju własnej profesji, siebie samych i korzyści z tego wynikających dla pa-

cjenta, ale jednocześnie są pełne obaw przed wprowadzeniem nowych, nieznanych praktyk.

Słowa kluczowe:

pielęgniarki, ordynowanie leków, wypisywanie recept, wypisywanie skierowań na badania medyczne, opinie.

Abstract

Introduction. At the beginning of 2014 in Poland, the Ministry of Health presented a draft amendment to the Act on the profession of nurses and midwives and on some other acts, which envisaged that nurses and midwives with masters' degree will gain the right to ordinate and prescribe certain medications and medical products and will also expose the referral to the implementation of specific diagnostic tests, including medical laboratory diagnostics. Nurses and midwives with a bachelor's degree will be able to issue prescriptions for certain medications for continuation of treatment - recommended by the doctor. In both cases, it would require a completed specialized courses. For future nurses and midwives, it will provide accordingly elaborate program of study in nursing and midwifery. The project was subjected to public consultation. Health Minister after consultation shall by way of regulation establish a list of active substances contained in medicines, foodstuffs intended for particular nutritional products, medical devices, a list of diagnostic tests as well as the manner and procedure of issuing prescriptions, patterns prescriptions way of supplying printed prescriptions and how it is stored and how medicines are prescribed, as well as control of display and execution. Nurses would acquire new rights from January 2016.

Aim of the study.

The aim of the study was to collect and identify the opinions in the nursing environment in connection with the introduction of new legislation conferring nurses and midwives new professional qualifications related to the possibility of ordaining medications and prescriptions for certain medicines and foods for particular nutritional uses, and issuing referrals for certain diagnostic tests. The aim was also to determine whether the proposed changes caused positive or negative emotions in the nursing environment and what they relate to.

Material and methods.

The study was conducted in an environment of active professional nurses. The study group consisted of 126 people who have been asked for their own opinion

on the proposed changes to "ordaining medications and prescriptions by nurses and midwives, ordaining certain medical devices, issuing referrals for certain diagnostic tests" and identify the advantages and disadvantages associated with the new responsibilities, any fears and concerns or new opportunities in connection with new powers.

Results.

After the analysis of the collected material, following the opinions of the respondents may be noted that the new regulations caused in the nurses environment large dose of emotions, both positive and negative. Among the first dominant opinion is that the new rights will raise the status of the profession and contribute to the development of nursing, will create the possibility of taking care of the patient according to the holism idea, and will be a challenge and motivation for permanent education, and the use of knowledge in patient care. In the opinion of the study group, a significant advantage of negative features, questions and doubts could be noted. Most nurses felt that this would be an additional obligation for them (at the current load and progressive staff shortage) without adequate financial gratification. Many of them also fear passing responsibility from doctor to nurse, sanctions and financial penalties for possible mistakes, responsibility for the health and life of the patient and the many uncertainties associated with the formal requirements.

Conclusion.

Amendments to the Act on professions of nurse and midwife and on some other legal acts allow nurses to ordain medications and prescriptions, and issuing referrals for diagnostic tests caused in the medical community a lot of comments. In fact, part of this was due to the lack of specific legal provisions, for a period of the study respondents. Polish nurses are trying to see in the acquisition of new skills the opportunity to develop their profession, themselves and the benefits of this results for the patient, but they are also full of fear of the introduction of new, unknown practices.

Keywords:

nurses, ordaining drugs, prescriptions, print referrals for medical tests, opinions.

Wprowadzenie. Od dnia 01.01.2016 roku wg nowelizacji resortu zdrowia pielęgniarki i położne nabędą prawo do ordynowania leków i wypisywania recept na określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego a także do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne [1]. Będą mogły ordynować leki i samodzielnie wypisywać recepty na lekarstwa o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Na podstawie art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.) nowe uprawnienia zawodowe nabędą pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem pielęgniarskim (na poziomie studiów licencjackich i magisterskich) oraz pielęgniarki i położne z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, które ukończyły stosowny kurs specjalistyczny [2]. Pielęgniarka i położna z tytułem zawodowym magistra będzie miała prawo samodzielnie ordynować określone leki i wystawiać na nie recepty, a także ordynować i wystawiać zlecenia na określone wyroby medyczne. Z kolei pielęgniarki i położne z tytułem licencjata będą mogły na zlecenie lekarza wystawiać recepty na określone leki niezbędne do kontynuacji leczenia [1]. Celem wprowadzenia powyższych zmian ma być zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, co ma przełożyć się na zmniejszenie kolejek do lekarza (tzw. pakiet kolejkowy). „Podobne uprawnienia posiadają pielęgniarki i położne w wielu państwach członkowskich Unii Europejskiej, w tym w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Szwecji, Danii,„[3]. Powyższe, najpierw projekty, potem akty wykonawcze stały się powodem zagorzałych dyskusji w środowisku medycznym; pielęgniarek i położnych, ale także lekarzy i farmaceutów. W momencie ukazania się nowych regulacji prawnych, jeszcze bez ich uszczegółowienia, powstało szereg pytań, wiele niewiadomych i niejasności. W czasie powstawania niniejszego opracowania i prowadzonych badań nie było jeszcze dostępne np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U., poz. 1971), nie było nic wiadomo na temat gratyfikacji finansowych za wykonywane nowe zadania zawodowe czy sposobu odpłatności za kursy specjalistyczne. Zmiany nadające nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym miały wejść w życie z dniem 01.01.2016r. a program kursu specjalistycznego pn. „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych” został zatwierdzony 3 listopada 2015r. Dopiero po tym terminie uczelnie i inne ośrodki kształcenia zaproponowały odbycie w/w kursu, a Ministerstwo Zdrowia ustosunkowało się odnośnie jego finansowania. Z uwagi na powyższe,

dane zebrane z wypowiedzi respondentów wynikają ze stanu ich wiedzy na dzień 25.10.2015r.

Materiał i metody. O wyrażenie własnej opinii (bez wykorzystania arkusza ankiety) na temat ustawy dotyczącej nadania nowych uprawnień w zawodzie pielęgniarki i położnej: „ordynowania leków i wypisywania recept przez pielęgniarki i położne, ordynowania określonych wyrobów medycznych, wystawiania skierowania na określone badania diagnostyczne” poproszono 126 osób będących pielęgniarkami/pielęgniarzami. Dziewięćdziesięciu ośmiu osobom przed wydaniem własnej opinii na w/w temat przedstawiono obowiązujące na dzień badania, regulacje prawne wraz z programem kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych, część I i II oraz wykazem substancji czynnych zawartych w lekach, wykazem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazem wyrobów medycznych i wykazem badań diagnostycznych. Opinie od dwudziestu ośmiu osób były zbierane drogą elektroniczną lub za pośrednictwem portalu społecznościowego Facebook. Osobom tym zaproponowano przesłanie na życzenie w/w dokumentów. Z takiej propozycji skorzystało siedem osób. Badanie było dobrowolne, anonimowe; badanych poproszono jedynie o wskazanie rodzaju placówki medycznej w której wykonują obowiązki zawodowe. Osoby, które pod wydaną opinią umieściły swoje dane równocześnie wyraziły zgodę na publikację i przytoczenie swojego stanowiska na w/w temat.

Tab.1.Stopień wykształcenia osób poddanych badaniu

Tab 1. Level of education of the respondents

WYKSZTAŁCENIE	LICZBA OSÓB	%
Studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo niestacjonarne WSM I rok (studenci)	29	23%
Studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo niestacjonarne WSM II rok (studenci)	58	46%
Studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo niestacjonarne (studenci), Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu	10	8%
Magister pielęgniarstwa	28	22%

Doktor nauk medycznych / pielęgniarka	1	1%
RAZEM	126	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranego materiału.

Tab.2. Miejsce wykonywania obowiązków zawodowych badanej grupy

Tab.2. Place of performance of professional duties the study group

MIEJSCE PRACY BADANYCH	LICZBA OSÓB	%
POZ	13	10%
SANATORIUM	1	1%
ZAKŁAD LECZNICZO - REHABILITACYJNY	1	1%
ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO - LECZNICZY	1	1%
SZPITAL	55	44%
Brak danych odnośnie miejsca pracy	55	44%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranego materiału.

Wyniki. Po analizie zebranego materiału dokonano podziału wydanych opinii (gdyż w takiej też formie wypowiedzieli się badani) na pozytywne i negatywne strony wprowadzenia nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych.

Tab.3. Pozytywne strony wprowadzenia nowych uprawnień zawodowych w opinii pielęgniarek

Tab. 3. The positive side of the introduction of new professional qualifications in the opinion of nurses

POZYTYWNA CECHA	LICZBA OSÓB	%
Wzrost autorytetu i rangi zawodu pielęgniarki i położnej	46	33%
Większa samodzielność pielęgniarek	12	9%
Skrócony czas oczekiwania na wydanie recepty, ułatwienie dla pacjentów	15	11%
Skrócone terminy wykonywania badań laboratoryjnych i szybsza diagnostyka	7	5%
Możliwość wypisania leku samemu sobie, rodzinie	11	8%
Motywacja do pogłębiania własnej wiedzy i wykorzystania jej w trakcie leczenia pacjentów	23	16%
Możliwość dodatkowego zarobkowania (poza etatem)	4	3%
Potraktowanie pacjenta profesjonalnie, całościowo (najpierw dokładne badanie fizykalne, badania laboratoryjne, następnie konkretny lek; a nie „recepta od lekarza a badania później wykonywane prywatnie”; pielęgniarka opiekująca się chorym ma lepszy kontakt z pacjentem i rodziną – sprzęt medyczny)	22	16%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranego materiału.

Analizując powyższe zestawienie można zauważyć, iż najwięcej osób (33%) z grupy pielęgniarek poproszonych o wydanie własnej opinii na temat ordynowania i wystawiania recept twierdzi, iż dzięki wprowadzeniu nowych regulacji prawnych wzrośnie ranga i prestiż zawodu pielęgniarki. Po 16% osób z grupy badanej uznało, iż nowe uprawnienia będą motywacją dla nich samych do ustawicznego pogłębiania własnej wiedzy oraz wykorzystania zdobytych wiadomości i umiejętności w bezpośredniej opiece nad pacjentem, co przełoży się na profesjonalne pielęgnowanie pacjenta zgodnie z ideą holizmu. 11% badanych uznało, że nowe uprawnienia pielęgniarek skrócą czas oczekiwania na wydanie recepty, co będzie na pewno ułatwieniem dla pacjenta. 9% respondentów uważa, iż wprowadzenie nowych regulacji zwiększy samodzielność zawodu; 8% z nich dostrzega korzyść w postaci możliwości zaordynowania leku samemu sobie czy

rodzinie. Z grupy badanej 5% osób twierdzi, iż ulegną skróceniu terminy wykonywania badań laboratoryjnych co będzie miało przełożenie na szybsze zdiagnozowanie pacjenta. 3% osób w zdobyciu nowych uprawnień zawodowych upatruje możliwość dodatkowego zarobkowania.

Tab.4. Negatywne strony wprowadzenia nowych uprawnień zawodowych w opinii pielęgniarek

Tab.4. The negative side of the introduction of new professional qualifications in the opinion of nurses

NEGATYWNA CECHA	LICZBA OSÓB	%
Dodatkowy obowiązek	42	11%
Brak gratyfikacji finansowych („czy i kto będzie za to płacił?”)	42	11%
Brak czasu na kontakt z pacjentem/szkoda dla pacjenta	15	4%
Obawa przed zrzuceniem obowiązków lekarza na pielęgniarkę, uczucie wykorzystania	35	9%
Czy lekarz nie będzie podważał decyzji pielęgniarki?	6	2%
Obawa przed wykorzystywaniem przez pacjentów, nieufność pacjentów co do wiedzy pielęgniarek („pacjent nie szanuje pielęgniarki tak jak lekarza”, wymuszanie wypisywania leków, kierowania na badania)	24	6%
Brak szczegółowych informacji nt prowadzenia dokumentacji wpisów i wglądu w historię choroby pacjenta, zastosowanego leczenia, EwuŚ	20	5%
Oplata za kurs specjalistyczny	9	2%
Ogromna odpowiedzialność, obciążenie psychiczne	28	8%
Lęk o bezpieczeństwo pacjenta (czy pielęgniarka trafnie postawi diagnozę i zaordynuje odpowiedni lek – antybiotyki, anksjolityki u osób starszych)	20	5%

Ustawa jest ingerencją w pracę lekarzy	3	1%
Nadużycia w wypisywaniu recept (antybiotyki, tramadol)	15	4%
Brak dostatecznej wiedzy nt składu, dawkowania leków, zbyt mała liczba godzin szkolenia specjalistycznego	8	2%
Wiele niejasności na chwilę obecną	15	4%
Kolejne szkolenie nie związane z wyższą płacą	5	1%
W przypadku wystawiania skierowań na badania przez pielęgniarki będzie podważana zasadność ich wystawiania (generowanie wyższych kosztów)	15	4%
Narastanie konfliktów między lekarzem a pielęgniarką i w samym środowisku pielęgniarskim	19	5%
Brak pomieszczeń do badań fizykalnych i czasu na jego przeprowadzenie	7	2%
Wymogi formalne związane z wypisywaniem leków, środków pomocniczych, kierowaniem na badania laboratoryjne itp..(pieczętka, wzór recept, podpis, kto będzie płacił za zlecone badania, zasady refundacji) STAN NA 25.10.2015r.	12	3%
Pomyłka lekarza a pomyłka pielęgniarki – sankcje i odpowiedzialność, kary finansowe („pielęgniarka tak, lekarz nie do końca”)	32	9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranego materiału.

W badanej grupie pielęgniarek największe obawy związane z wprowadzeniem nowych uprawnień budzie fakt, iż nowe możliwości będą dla nich dodatkowym obciążeniem, obowiązkiem z jednoczesnym brakiem gratyfikacji finansowych (po 11% badanych). Po 9% osób z badanych 126. pielęgniarek obawia się przeniesienia obowiązków lekarza na pielęgniarkę, co będzie wiązało się z uczuciem wykorzystania oraz wykazują zaniepokojenie, obawę przed sankcjami i odpowiedzialnością karną za ewentualną pomyłkę, która w odczuciu respondentów byłaby o wiele większa niż dotyczy lekarza. 8% badanych twierdzi, iż nowe obowiązki zawodowe będą wiązały się z ogromną odpowiedzialnością za zdrowie

i życie pacjenta, a co za tym idzie również obciążeniem psychicznym. 6% pielęgniarek obawia się także, iż możliwość ordynowania i wystawiania recept oraz skierowań na badania przez pielęgniarkę będzie nadużywana przez pacjentów, co w opinii badanych zostało uznane za wykorzystywanie pielęgniarki. Ta sama grupa badanych uznaje także, iż pacjenci nie będą mieli zaufania co do kompetencji i wiedzy pielęgniarek. 5% osób z grupy badanej obawia się trafności własnych decyzji odnośnie stawiania diagnozy czy ordynacji leków. Również po 5% badanych pielęgniarek wykazuje zaniepokojenie związane z brakiem szczegółowych informacji związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej, a także uważa, że nowe uprawnienia eskalują konflikty pomiędzy lekarzem i pielęgniarką, a także w samym środowisku pielęgniarskim. 4% osób grupy badanej uznało, że nowe obowiązki będą skutkowały brakiem czasu na kontakt z pacjentem. Także po 4% badanych wskazuje na wiele niejasności, brak informacji na chwilę obecną związanych z nowymi regulacjami; wykazuje obawę przed wystąpieniem nadużyć związanych z możliwością ordynowania leków oraz niepokoi się, w przypadku wystawiania skierowania na badania przez pielęgniarki, iż zasadność ich wystawiania będzie podważana. 3% ogółu badanych wskazuje na brak informacji związanych z wymogami formalnymi wystawiania recept. Po 2% osób z całej grupy pielęgniarek wskazuje na brak odpowiednich pomieszczeń i czasu do przeprowadzania badań fizykalnych; wykazuje obawę przed możliwością podważania decyzji terapeutycznych pielęgniarki przez lekarza; ponoszenia dodatkowych kosztów za zdobycie nowych kwalifikacji a jednocześnie zwraca uwagę na brak dostatecznej wiedzy pielęgniarek z zakresu farmakologii. Po 1% osób z badanej grupy uważa, iż ustawa jest ingerencją w pracę lekarzy a dodatkowe kursy to kolejne szkolenie dla pielęgniarek nie związane z wyższą płacą.

Wnioski. Po analizie zebranych wypowiedzi można zauważyć, iż spora liczba pielęgniarek (46 osób) dostrzega w zapisach prawnych dotyczących nadania pielęgniarkom i połącznym nowym uprawnieniom zawodowych szansę na wzrost prestiżu, autorytetu i rangi tegoż zawodu. Dla części z nich (23 osoby) nowe przepisy będą motywacją do ustawicznego kształcenia się i podążania za stale rozwijającą się wiedzą medyczną, szczególnie z działy farmakologii. Podobna liczba osób (22) uważa, iż dzięki nowym regulacjom, pacjent, podmiot opieki pielęgniarskiej, będzie mógł liczyć na w pełni profesjonalne traktowanie polegające na kompleksowej ocenie jego stanu zdrowia: pełnym badaniu fizykalnym, ocenie wyników badań laboratoryjnych i ordynacji właściwych leków, co nie zawsze w dzisiejszych realiach jest stosowane.

Dyskusja. W Stanach Zjednoczonych dla przykładu, badano ewaluację sposobów i efektów leczenia w takich chorobach jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i astma oskrzelowa. Badanie prowadzone było przez 6 miesięcy i nie wykazało różnic pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami NP (Nurse Practitioners - pielęgniarka zaawansowanej praktyki). Preferencje pacjentów co do wyboru pielęgniarki czy lekarza a także satysfakcja pacjentów z opieki były równomiernie rozłożone między obiema grupami zawodowymi. Z kolei inne badania z tej dziedziny potwierdziły, iż „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” [4]. Dwadzieścia dwie osoby z całej grupy badanej uznały, iż nowe uprawnienia nadane pielęgniarkom i położnym skrócą czas oczekiwania pacjenta na wydanie recepty i skróceniu ulegną terminy wykonywania badań diagnostycznych (główne założenia i cel resortu zdrowia) co będzie dużym ułatwieniem dla pacjenta. Niewiele, bo tylko 12 osób uznało, że wraz z nowymi uprawnieniami wzrośnie samodzielność pielęgniarek. Wśród zebranych opinii bardzo wiele pojawiło się pytań, wątpliwości, niejasności i zawilości; wiele także lęku spowodowanego wieloma niewiadomymi i obawą przed tym co nowe i nieznanne. Z powyższych opinii wynika, iż wiele pielęgniarek dostrzega korzyści z nowych zapisów prawa, zarówno dla nich samych jak i dla pacjentów. Jednak analizując obie części wypowiedzi pisemnych daje się zauważyć ogromną różnicę pomiędzy pozytywami a negatywami wprowadzanych zmian na korzyść tych drugich. Z jednej strony pielęgniarki wyrażają stanowisko, iż jest to szansa na rozwój profesji, choć dla wielu to tylko dodatkowy obowiązek, chciałyby by wzrósł prestiż zawodu i zatarła się odwieczna przepaść pomiędzy wykształceniem lekarzy i pielęgniarek, a tym samym odbiorem społecznym; z drugiej zaś boją się podjąć ryzyko wykonywania nowych czynności zawodowych w obawie przed odpowiedzialnością. Ale czyż nie tak buduje się zaufanie społeczeństwa, pacjenta czy lekarza nabywając szerszych kompetencji i z nich korzystając ponosząc wszelkie konsekwencje własnych decyzji? Pielęgniarki nie mają zaufania co do własnej wiedzy, obawiają się nieufności co do posiadanej wiedzy w odbiorze pacjentów czy lekarzy. Mimo, iż pielęgniarki polskie są bardzo dobrze przygotowaną grupą zawodową, nabycie nowych kompetencji będzie wiązało się z nieustannym kształceniem, ale tylko w ten sposób uda zmniejszyć się lęk o zdrowie pacjenta i zwiększyć wiarę w trafność podejmowanych decyzji w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta. Nowe obowiązki, zwiększenie zakresu uprawnień to oczywiście ogromna odpowiedzialność, boimy się jej, ale czy właśnie nie na tym polega rozwój zawodu, a co za tym idzie i podniesienie jego

rangi? Czas na to, aby podjąć wyzwanie i dać szansę dostrzeżenia społeczeństwu, że pielęgniarstwo polskie w najbliższym czasie nie będzie odbiegało od światowych standardów, bo obecne rozszerzenie uprawnień zapewne pociągnie za sobą kolejne.

Autor powyższego opracowania pozwolił sobie przytoczyć opinie na temat wprowadzenia nowych uprawnień w zawodzie pielęgniarki i położnej, które wyrażają również jego zdanie.

„Współczesne pielęgniarstwo to pielęgniarstwo dynamicznych zmian, poszerzania odpowiedzialności, zwiększania zakresu działań i posiadanych uprawnień. Z jednej strony profesjonalizacja zawodu, z drugiej obawy, strach i niechęć do nowości.

Nasze środowisko przysłowiowymi "rękoma i nogami" broni się przed zmianami. Tak było przy wejściu w życie przepisów dotyczących możliwości tworzenia indywidualnych lub grupowych praktyk pielęgniarzkich (dużo negatywnych opinii nt. pracy na swój rachunek, ale jest w naszym gronie spora grupa pielęgniarek zadowolona z tej formy zatrudnienia, która nie zamieniłaby ja na pracę na etacie – i są to głównie osoby, które znalazły sposób "na siebie"), tak jest w odniesieniu do wdrażania w naszych realiach klasyfikacji ICNP (z jednej strony chcemy, ale z drugiej strony zaraz pojawia się pytanie: a skąd na to znaleźć czas; i pewnie nie o czas tutaj chodzi, bo na pewno szybciej wprowadza się informacje w program, ile o strach przed uczeniem się obsługi komputera i programu - bo przecież gro naszym Koleżankom to pokolenie nieinformatyczne i nowości w tym zakresie nie są mile widziane) i tak się dzieje dziś w odniesieniu do rozporządzenia nadającego uprawnienia pielęgniarkom/pielęgniarzom do wypisywania leków.

Spójrzmy na to inaczej. W podstawowej opiece zdrowotnej przepisywanie recept przez pielęgniarki/pielęgniarzy na ponawiane leki pacjentom nie jest żadną nowością. Bo przecież lekarz w "natłoku" innych zadań czynność tą sędował na podległy mu personel pielęgniarzki. Ponawiając leki wypisujemy niemal całą receptę, od początku niemal do samego końca, a lekarzowi pozostaje tylko przybicie w odpowiednim miejscu swojej pieczętki i złożenie na niej parafki. I jakoś się nie buntujemy. Pewnie zaraz usłyszę głosy: "ale przecież tam się podpisuje lekarz, więc jeśli coś jest nie tak, to nie ja jestem za to odpowiedzialna/y...". Można i tak, ale gdzie nasze wewnętrzne poczucie odpowiedzialności, tak ważne w tym zawodzie? Skoro już się podejmuję działania to staram się je wykonać jak najlepiej - to samo dotyczy opisywanej tutaj sytuacji.

Z jednej strony chcemy większego poważania, uznania swojej wartości jako pielęgniarki/pielęgniarza, uznania dla posiadanych umiejętności i doświadczenia,

które nabywamy w trakcie kształcenia ustawicznego i wykonywania zawodu, ale z drugiej strony boimy się odpowiedzialności która nieodmiennie jest powiązana z czymś co jest nowe, co zmienia zakres naszej działalności. Musimy się pogodzić z tym, że nie da się tkwić w utartych schematach zawodowych, że dzisiejsza rzeczywistość to rzeczywistość zmian, których nie da się uniknąć. Naturalną konsekwencją zmian jest nabywanie nowych możliwości i uprawnień, a tym właśnie jest możliwość wypisywania przez nas recept. Uwierzyjmy w swoje możliwości, w swoje doświadczenie zawodowe, w to, że przecież nie raz zmuszone/eni jesteśmy do samodzielnego podejmowania decyzji w opiece nad pacjentem I czy są to same złe decyzje? Nie. Tak samo będzie z receptami - to nie jest coś abstrakcyjnego, kosmicznego, nie do opanowania. Oczywiście, trzeba będzie poświęcić nieco więcej uwagi farmakologii, odświeżyć sobie podstawową wiedzę, ukończyć kolejny kurs nadający nam odpowiednie ku temu uprawnienia - ale to przecież nasz rozwój.

„Tak, jestem za zmianą, jestem za nowymi uprawnieniami, za nowymi zadaniami. Dzięki temu się rozwijamy. Zmiany w naszym zawodzie są nieuniknione (starzejąca się populacja pielęgniarek, brak młodych). I choć tak bardzo się ich boimy nie są one wymierzone przeciwko nam. Każda zmiana to nowe możliwości, nowe ścieżki - więc wykorzystajmy ją dla dobra naszego zawodu i pokażmy, że nie taka ona straszna. Świat idzie do przodu, więc nie możemy się ociągać...”

/dr n. med. Edyta Kędra/

„Uważam, że umożliwienie naszej grupie zawodowej wypisywania recept jest swoistym ukłonem i docenieniem zawodu. Pośpiech przy wdrażaniu przepisów budzi obawy czy jesteśmy jako grupa dobrze przygotowani do tego procesu. Wiele będzie zależało od dobrego kursu wprowadzającego, aby osoby w nim uczestniczące były gotowe przyjąć odpowiedzialność jaka będzie się wiązała z wystawioną receptą. Można oczekiwać, że „recepty” są krokiem w stronę dokonania różnych kompetencji w zależności od poziomu wykształcenia w zawodzie w naszej grupie zawodowej”.

/Krzysztof Parobczy, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo niestacjonarne, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu /

Dokumenty elektroniczne

1. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001136>,
dostęp 01.12.2015r.
2. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039>,
dostęp 29.11.2015r.
3. <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zawodach-pielegniarki-i-poloznej-oraz-niektorych-innych-ustaw,-przedlozony-przez-ministra-zdrowia>,
dostęp 12.11.2015r.
4. <http://www.piel21w.umlub.pl/vol/r2014/no49/a12/>,
dostęp 03.11.2015r.

Autor do korespondencji:

Iwona Bejster

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Policealna Szkoła Farmaceutyczna w Świdnicy

Niegoszów 20a, 58-125 Pszenno

e-mail: ibejster@gmail.com, tel.: 509015888

Opinie studentów na temat wypisywania recept przez pielęgniarki

Students' opinions regarding nurses as non-medical prescribers

dr n. med. Anna Stodolak

Zakład Pediatrii Społecznej
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Wprowadzone zmiany prawne, dotyczące możliwości wypisywania recept przez pielęgniarki i położne, wywołują wiele dyskusji i kontrowersji w środowiskach zawodowych związanych z medycyną. Uważa się, że nowe uprawnienia, oprócz pewnych nieuchronnych zagrożeń, mogą przyczynić się w dużym stopniu do poszerzenia autonomii i zwiększenia prestiżu zawodu pielęgniarki,

Cel pracy. Celem pracy była ocena postrzegania nowych uprawnień zawodowych przez studentów kierunku pielęgniarstwa, czyli osób, których wprowadzone zmiany będą bezpośrednio dotyczyć w przyszłości po ukończeniu studiów.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród studentów kierunku pielęgniarstwa (studia licencjackie, II rok studiów). Posłużono się anonimową ankietą, złożoną z 12 pytań, dotyczącą podstawowych zagadnień, związanych z wprowadzonymi nowymi zmianami prawnymi.

Wyniki. Najczęściej uważano, że nowe uprawnienie podniesie status zawodowy pielęgniarek (35%), wzmocni ich prestiż (45%) oraz jest to regulacja przydatna (42%). Większość studentów uważała, że studia nie przygotowują ich odpowiednio do wypisywania recept (67,7%) i konieczne są dodatkowe szkolenia (83,1%). Prawie wszystkie osoby sądziły (92,3%), że wypisywanie recept powinno wiązać się z dodatkową gratyfikacją finansową, zaś średni deklarowany dodatek miesięczny wynosił 750 zł. Większość studentów (86,2%) sądziło ponadto, że odpowiedzialność za błędnie wypisaną receptę powinna spoczywać na pielęgniarce, ponadto 42 osoby (64,6%) uważało, że wypisywanie recept zwiększy zaufanie do

pielęgniarek, zaś 51/65 osób (78,5%) zadeklarowało chęć pracy w zawodzie po ukończeniu studiów.

Wnioski. Większość studentów uważa, że studia nie przygotowują ich do wypisywania recept, dlatego konieczne są dodatkowe szkolenia. Jedynie ok. 1/4 studentów zna listę leków, do przepisywania których mają być uprawnieni. Przeważająca większość zdaje sobie sprawę z osobistej odpowiedzialności za błędnie wypisaną receptę. Połowa respondentów uważa, że rozszerzenie kompetencji polepszy jakość opieki nad pacjentem, natomiast ponad 60% - że zwiększy się zaufanie społeczne do zawodu pielęgniarki. Prawie wszyscy studenci chcieliby otrzymywać za wykonywaną dodatkową pracę odpowiednią gratyfikację pieniężną.

Słowa kluczowe:

pielęgniarki, wypisywanie recept, sondaż, studenci, opinie

Abstract

Introduction. Recently introduced legal changes, concerning the possibility to prescribe drugs by nurses and midwives, have evoked much debate and controversies in professional medical societies. Despite some potential hazards, new qualifications are presumed to greatly enlarge the autonomy and status of the nursing profession.

Study objectives. The main objective was to assess the perception of new professional entitlements by nursing students thus persons who are directly interested in the introduced changes which will be attributable to them after finishing studies.

Material and methods. The study was performed among nursing students (bachelor's degree, the 2nd year of study). An anonymous questionnaire, consisting of 12 questions, was used. It concerned the basic issues, correlated with recently introduced legal changes.

Results. Most respondents thought that new entitlement increases the professional status of nurses (35%), enhances their prestige (45%) and that it is a useful regulation (42%). The majority of students stated that university studies would not prepare them sufficiently to prescribe (67,7%) and some supplementary courses are necessary (83,1%). Almost all of them (92,3%) declared that prescribing should attract additional financial remuneration, and the mean monthly allowance was 750 PLN. Moreover, most students (86,2%) believed it is the nurse who should be responsible for wrong prescriptions. Forty-two persons (64,6%) thought that pre-

scribing will increase the trust in nursing, while 51/65 students (78,5%) declared their desire to work in the nursing profession after finishing studies.

Conclusions. Most students think that studies do not prepare them well to prescribe therefore additional courses are essential. Only approximately one fourth of respondents know the list of preparations they will be entitled to prescribe. The majority of them recognize the personal responsibility for wrong prescriptions. Half of respondents think that increasing competences will increase patients' quality of care while over 60% - that it will increase the public confidence in the nursing profession. Almost all students would like to obtain additional financial remuneration for their additional work.

Key words:

nurses, drug prescribing, survey, students, opinions

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich dwudziestu lat, rola i funkcja pielęgniarek w większości krajów zmieniały się w istotny sposób. Dynamiczny rozwój różnych dyscyplin naukowych, a także transformacja społeczna musiały również znaleźć swoje odzwierciedlenie w pielęgniarstwie. Stało się ono dyscypliną bardziej złożoną, nie tylko pod względem technicznym z coraz większymi wymaganiami umiejętności, ale z wzrastającą samodzielnością zawodową pielęgniarek. W wielu państwach pielęgniarki przejmują nowe, poszerzone i bardziej odpowiedzialne role, a uprawnienia do przepisywania leków są tylko jednym z aspektów tych zmian, jakie zachodzą w profesji pielęgniarstwie. Od kilku lat również obserwuje się zwiększone zainteresowanie tematem uprawnień do przepisywania leków przez pielęgniarki [1].

Szybki i bezpieczny dostęp do skutecznego i właściwego leczenia stanowi główne wyzwanie w każdym kraju, zajmującym się kompleksową opieką na pacjentami z chorobami ostrymi i przewlekłymi [2]. Począwszy od XIX wieku, rządy państw zaczęły sankcjonować ordynowanie leków odpowiednimi przepisami prawnymi. Wynikało to z chęci ochrony obywateli oraz zapobiegania przed niewłaściwym stosowaniem preparatów medycznych. Na przełomie XIX i XX wieku, prawodawstwo ograniczyło możliwość wypisywania recept na leki do wąskich grup zawodowych, takich jak: lekarze, dentyści i weterynarze [2]. Każda z tych grup dysponowała specyficznym wachlarzem leków, których stosowanie leżało w ich kompetencji. Rozwój prawodawstwa odbywał się oczywiście w sposób zróżnicowany w różnych krajach, jednak w drugiej połowie ubiegłego stulecia pojawiło się wiele bardzo skutecznych i silnie działających leków, co przysporzyło nowych problemów z punktu widzenia opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Na przykład, zaobserwowano problem oporności drobnoustrojów na antybiotyki, zagadnienie interakcji farmakodynamicznych i farmakokinetycznych różnych leków, związany z polipragmatyzacją, jak również nie mniej istotny problem zapewnienia możliwie równego dostępu do opieki medycznej i jej odpowiedniego finansowania, przynajmniej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz powszechnej dostępności podstawowego pakietu leków [2,3].

Zagadnienia te doprowadziły do pojawienia się koncepcji rozszerzenia uprawnień do wypisywania leków na inne grupy zawodowe, w tym pielęgniarki i położne. Uchwalenie poprawek do Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [4], umożliwiających stosowanie określonych środków farmaceutycznych przez te grupy zawodowe w Polsce od początku 2016 roku, wywołuje wiele dyskusji

i kontrowersji w różnych grupach zawodowych, związanych z medycyną. Naczelna Rada Lekarska zajęła stanowisko nieprzychylnie, podtrzymane do momentu sporządzenia niniejszej pracy (początek 2016 r.) [5], natomiast Krajowy Konsultant ds. Pielęgniarstwa dostrzega liczne problemy, lecz widzi także dużą szansę dla poszerzenia autonomii i zwiększenia prestiżu zawodu pielęgniarki [6].

Głównym celem pracy była ocena postrzegania nowych uprawnień wśród studentów kierunku pielęgniarstwa. Osoby te, niebawem wkraczają w życie zawodowe i nowe przepisy będą dotyczyć ich bezpośrednio. W ocenie tej skupiono się na zagadnieniach, takich jak: przydatność nowych przepisów w pracy zawodowej, ich wpływ na prestiż zawodu pielęgniarki, znajomość listy leków, przygotowanie do ich wypisywania, konieczność dodatkowego szkolenia, wpływ na poziom opieki nad pacjentem oraz odpowiedzialność za błędnie wypisane recepty. Ponadto dokonano oceny oczekiwań finansowych przyszłych pielęgniarek oraz zakresu osób, którym mają one zamiar w przyszłości udzielać rozszerzonych świadczeń.

Material i metody

Grupę badaną stanowili studenci kierunku pielęgniarstwa (studia licencjackie - I stopnia, 2 rok studiów) Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Ogólnie w badaniu wzięło udział 65 studentów, którym wytłumaczono wcześniej cele badania oraz zapoznano z narzędziem badawczym (ankietą).

W badaniu zastosowano technikę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz - anonimowa ankieta, składająca się z 12 pytań. Podczas wypełniania ankiety można było zadawać pytania osobie przeprowadzającej sondaż, w celu wyjaśnienia kwestii problematycznych czy ewentualnych nieścisłości. Wszyscy studenci oddali wypełnione ankietę, co oznaczało ich świadomą zgodę na udział w badaniu.

Uzyskane wyniki poddano analizie (obliczanie liczby i odsetka określonych odpowiedzi na dane pytania). Wyniki przedstawiono w postaci graficznej (tabele i diagramy), korzystając z oprogramowania Microsoft Excel® 2007.

Wyniki

Na pytanie o źródła, z których respondenci dowiedzieli się o rozszerzeniu kompetencji (wypisywanie recept), 51 osób (78,46%) podało źródło pojedyncze, w tym:

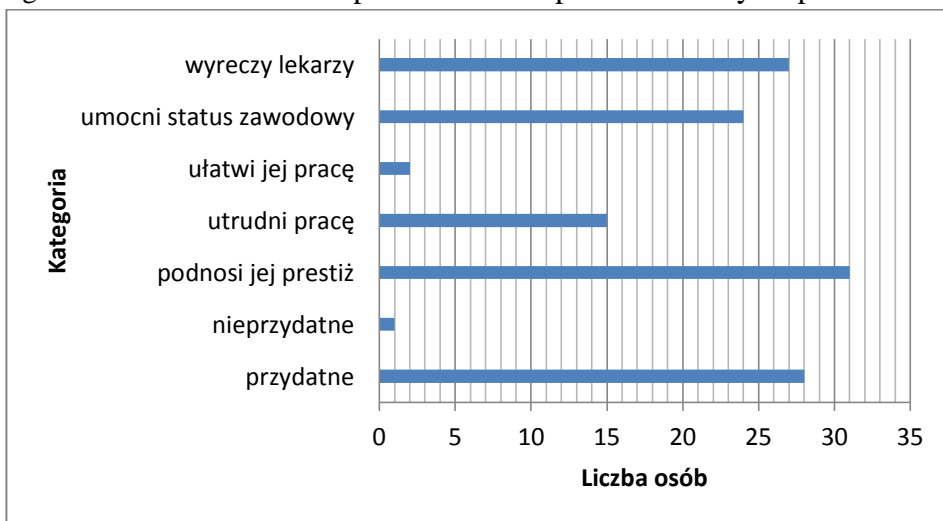
- Internet – 15 osób,
- Uczelnia (zajęcia dydaktyczne) – 29 osób;
- Media - 7 osób

Dziewięć osób (13,85%) podało dwa źródła (Internet i uczelnia – 6 osób; Internet, media wiadomości TV) - 1 osoba oraz uczelnia, media (wiadomości TV) – 2 osoby. Pięć osób (7,7%) dowiedziało się o nowych uprawnieniach z trzech i więcej źródeł.

Następne pytanie dotyczyło kwestii oceny nowych przepisów pod kątem ich przydatności w pracy oraz wpływu na prestiż zawodowy. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 1.

Rycina 1. Ocena nowego uprawnienia przez respondentów.

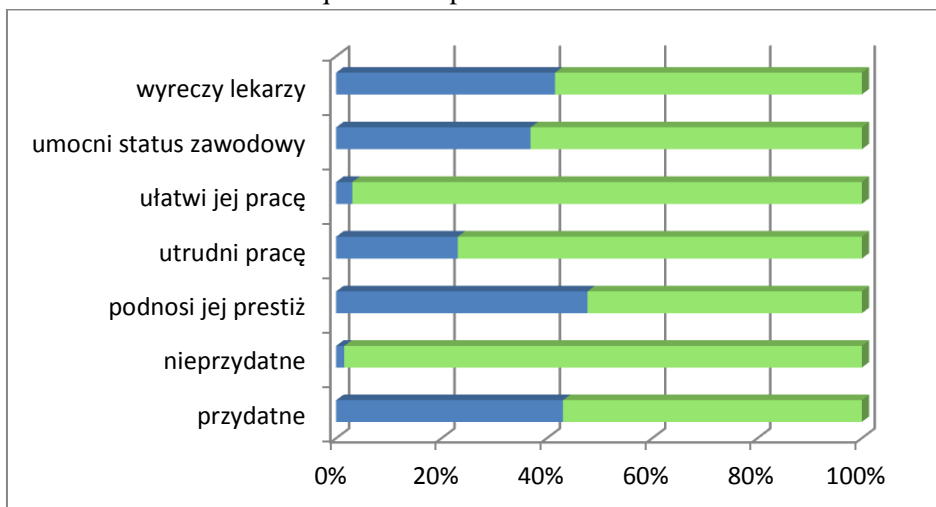
Figure 1. Assessment of new professional responsibilities by respondents.



Należy podkreślić, że możliwy był wybór kilku odpowiedzi, dlatego liczba odpowiedzi na poszczególne podpunkty nie sumuje się w całość. Rycina 2 przedstawia wybór określonej opcji odpowiedzi w odniesieniu do całości respondentów.

Rycina 2. Ocena nowego uprawnienia przez respondentów w odniesieniu do całkowitej liczby osób ankietowanych.

Figure 2. Assessment of new professional responsibilities by respondents in reference to the total number of questioned persons.



Najczęściej uważano, że nowe uprawnienie podniesie prestiż zawodowy pielęgniarek, umocni ich status zawodowy i jest to regulacja przydatna. Więcej osób uważało, że utrudni to pracę, zamiast ją ułatwić, zaś stosunkowo duża liczba osób (ok. 40%) uważała, że dodatkowa praca będzie służyć wyręczeniu lekarzy.

Zapytani o dodatkowe finansowanie, związane z rozszerzeniem uprawnień, 60 studentów (92,3%) było za gratyfikacją finansową, z czego 45 osób podało konkretne stawki - od 200 zł do 6000 zł. Średnie oczekiwanie finansowe wynosiło 750 zł, zaś jedna osoba podała kwotę 10 – 50 zł za każdą wypisaną receptę. Pięć osób (7,7%) nie miało zdania w tej kwestii, natomiast nie odnotowano odpowiedzi negatywnej (nie przysługuje dodatkowa gratyfikacja pieniężna).

W następnych pytaniach analizowano przygotowanie do wypisywania recept po ukończeniu studiów licencyjnych, ewentualną konieczność dodatkowego szkolenia oraz znajomość listy leków i preparatów do samodzielnej ordynacji przez pielęgniarki. Wyniki przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Przygotowanie teoretyczne do wypisywania recept przez absolwentów pielęgniarstwa.

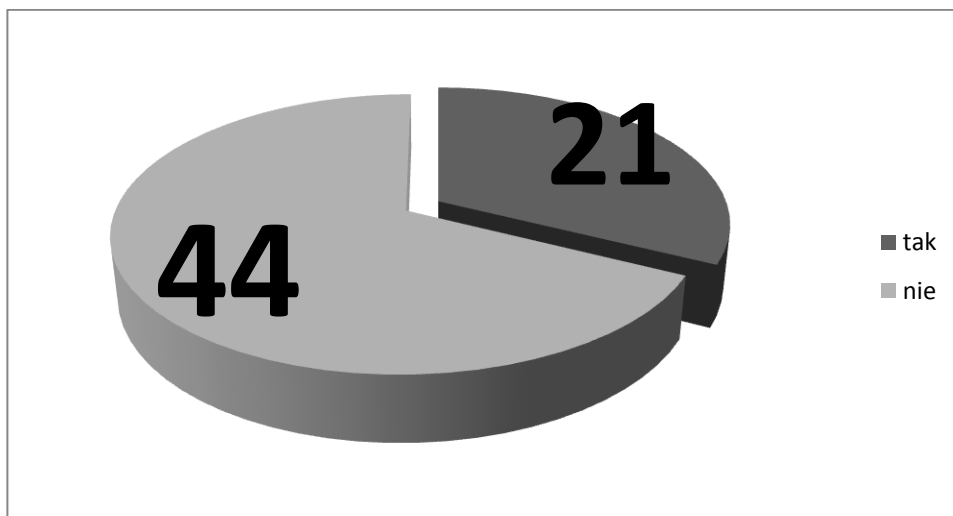
Table 1. Theoretical preparation to drug prescribing by nursing graduates.

Pytanie	Odpowiedź	
	TAK	NIE
Przygotowanie do wypisywania recept	21 (32,3%)	44 (67,7%)
Konieczność dodatkowego szkolenia	54 (83,1%)	11 (16,9%)
Znajomość listy leków	17 (26,2%)	48 (73,8%)

Dwadzieścia jeden studentów (32,3%) uważało, że studia przygotują ich właściwie do wypisywania recept, natomiast 44 osoby (67,7%) były przeciwnego zdania. Ukazuje to Rycina 3.

Rycina 3. Przygotowanie respondentów do wystawiania recept po ukończeniu studiów.

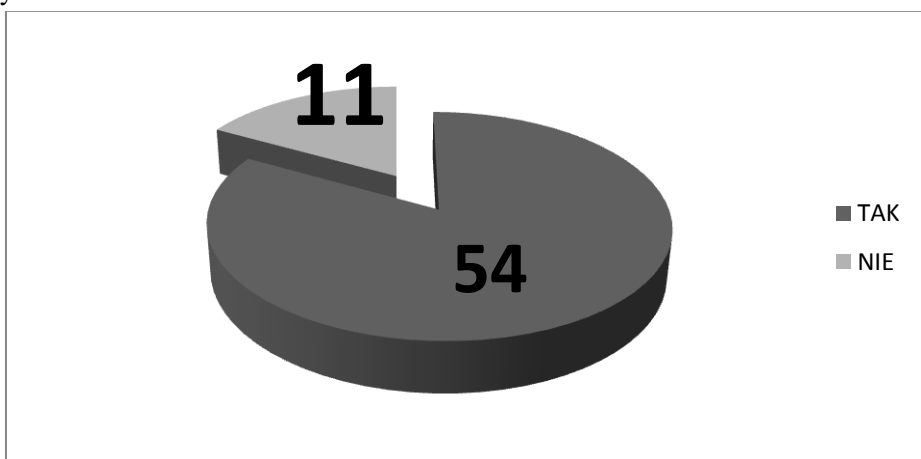
Figure 3. Preparation of respondents to drug prescribing after finishing studies.



Konieczność dodatkowego szkolenia podkreślały 54 osoby (83,1%), zaś 11 studentów (16,9%) nie widziało takiej potrzeby. Przedstawiono to na Rycinie 4.

Rycina 4. Potrzeba dodatkowego szkolenia w zakresie nowego uprawnienia.

Figure 4. The need of supplementary courses due to new professional responsibility.

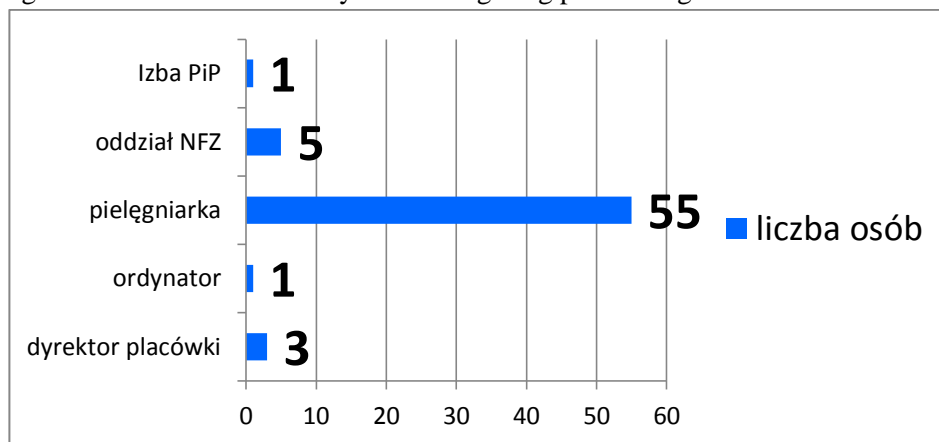


Znajomość listy leków i preparatów do samodzielnego przepisywania zadeklarowało 17 osób, zaś 48 studentów nie zaznajomiło się z tym wykazem (Tabela 1).

Odrębne pytanie dotyczyło problemu odpowiedzialności za błędnie wypisane recepty. W pytaniu przedstawiono ściśle określoną listę odpowiedzi. Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 5.

Rycina 5. Odpowiedzialność za wypisywanie recept.

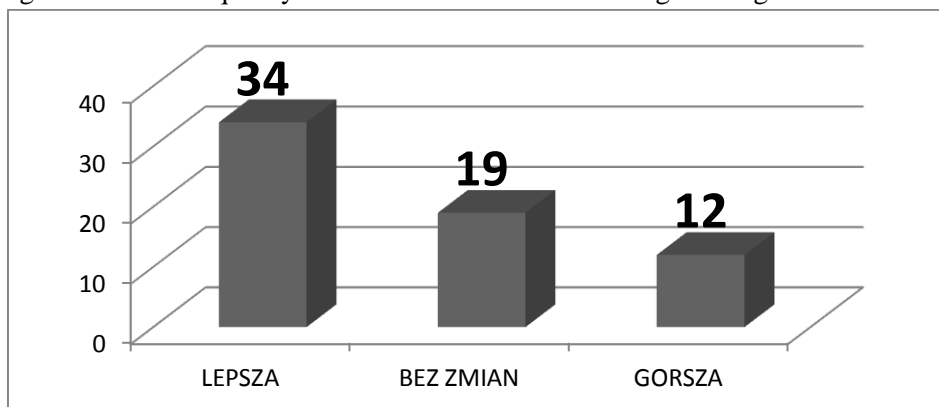
Figure 5. Professional liability concerning drug prescribing.



Przeważająca część studentów (55 osób - 86,2%) uważa, że odpowiedzialność za błędnie wypisaną receptę spoczywa na pielęgniarce. Spośród innych odpowiedzi podano: regionalny oddział NFZ (5 osób), dyrektora placówki zdrowotnej (3 osoby) oraz po jednej odpowiedzi, obarczającej odpowiedzialnością Izbę pielęgniarek oraz ordynatora oddziału.

Odrębne pytanie dotyczyło postrzeganej jakości opieki nad pacjentem, wynikającej z wprowadzenia nowych uregulowań prawnych. Większość studentów (34 osoby) uważała, że zmiany te przyczynią się do poprawy jakości opieki, dziewiętnaście osób uważało, że nie wpłynie to na jakość opieki, zaś 12 osób stwierdziło, że będzie ona dzięki temu gorsza (Rycina 6).

Rycina 6. Jakość opieki nad pacjentem po wprowadzonych zmianach prawnych.
 Figure 6. Patients' quality of care after introduction of legal changes.



Prawie dwie trzecie ankietowanych studentów (42 osoby, 64,6%) uważało, że wypisywanie recept zwiększy społecznie zaufanie do pielęgniarek. Siedem osób było przeciwnego zdania, natomiast szesnastu studentów wstrzymało się od definitywnej opinii na ten temat (Tabela 2).

Tabela 2. Opinie wśród studentów na temat zaufania społecznego oraz podjęcia pracy w zawodzie po ukończeniu studiów.

Table 2. Opinions among students concerning public confidence and start of professional practice after studies.

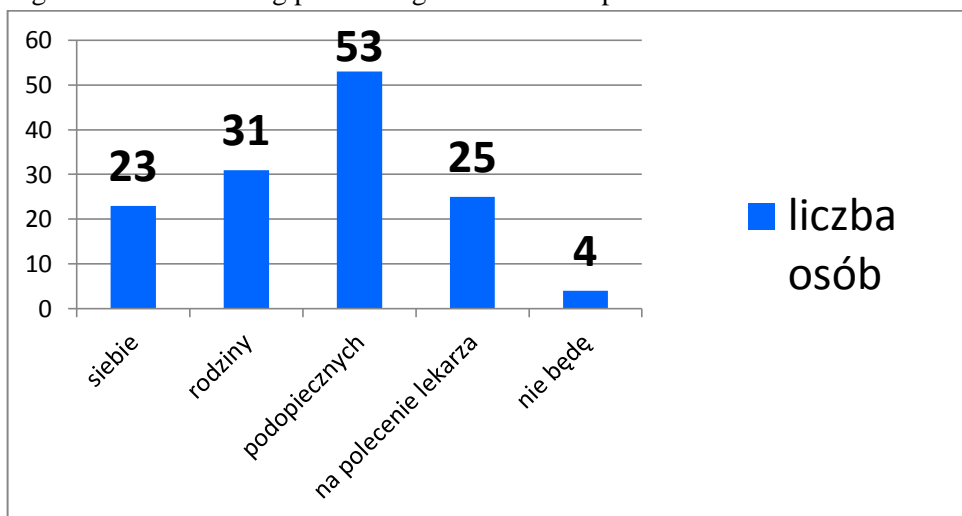
Pytanie	Odpowiedź		
	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy wypisywanie recept zwiększy zaufanie do pielęgniarek?	42 (64,6%)	7 (10,8%)	16 (24,6%)
Czy po skończeniu studiów będziesz pracować w ochronie zdrowia?	51 (78,5%)	0 (0%)	14 (21,5%)

Większość studentów (51 osób - 78,5%) deklarowała ponadto, iż podejmie pracę w ochronie zdrowia po ukończeniu studiów. Czternaście osób ((21,5%) wyraziło swoją niepewność, zaś żadna osoba nie stwierdziła, że będzie pracować w innej dziedzinie (Tabela 2).

W badaniu zawarto również pytanie, dotyczące osób, którym studenci mają zamiar w przyszłości wypisywać recepty. Możliwe było zakreślenie więcej niż jednej opcji. Najwięcej studentów wskazało swoich podopiecznych (53 osoby), następnie zaś członków rodziny (31), osoby wskazane przez lekarza (25) oraz siebie (23). Cztery osoby stwierdziły, że nie mają zamiaru i nie będą wypisywać recept. Wyniki zostały ukazane na Rycinie 7.

Rycina 7. Deklarowane wypisywanie recept na konkretne osoby.

Figure 7. Declared drug prescribing for individual persons.



Omówienie

Pielęgniarstwo jest praktyczną, dynamicznie rozwijającą się dyscypliną zawodową, przed którą współczesna ochrona zdrowia stawia wiele zadań. Przeszło ono ewolucję od spontanicznej, pełnionej z odruchu serca i pobudek filantropijnych opieki nad chorymi, do profesjonalnego wykonywania zadań zarówno na rzecz osób zdrowych, jak i chorych [7].

Obecnie pielęgniarstwo jest zawodem autonomicznym. Autonomia zawodowa to niezależność w realizacji zadań zawodowych, przejawiających się moż-

liwością planowania pracy własnej i swobodnego wyboru metod pracy oraz ich oceny. Wiąże się ona ściśle z podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. W dobie autonomii pielęgniarka nie jest postrzegana przez pryzmat zleceń i poleceń lekarskich, czyli jest osobą pracującą z pacjentem i lekarzem, nie zaś dla lekarza. Środowisko zawodowe reaguje żywo na wszelkie zmiany w ochronie zdrowia, które muszą odpowiadać oczekiwaniom grupy zawodowej pielęgniarek i społeczeństwa. Odpowiednie przygotowanie i rozwój personelu pielęgniarskiego to cechy generujące jego profesjonalizm, a tym samym — wysoką jakość usług medycznych [7,8].

Pogłębiająca się profesjonalizacja zawodu, poszerzająca się kręgi samodzielności

i odpowiedzialności zawodowej systematycznie rozszerzają role zawodowe pielęgniarki, tworząc zespół ról zawodowych. Zmiany te stanowią odpowiedź na oczekiwania i potrzeby zdrowotne pacjentów, rodzin i grup społecznych. Współcześnie w nowym modelu ról preferuje się ścisłą współpracę między pacjentami, społecznościami, pracownikami służby zdrowia, innymi grupami zawodowymi, rządem, samorządami lokalnymi [8].

W ostatnich latach pielęgniarki coraz częściej postrzegane są jako uczestnicy interdyscyplinarnego zespołu, a także jako grupa zawodowa posiadająca własną wiedzę i doświadczenie w zakresie zarządzania opieką nad pacjentem i świadczenia jej na co dzień, a także gotowa do pełnienia bardziej specjalistycznych funkcji i ról [7,8].

Zmiany prawne, będące przedmiotem niniejszej pracy, stanowią jeden z elementów wprowadzania w naszym kraju modelu zaawansowanej opieki pielęgniarskiej (advanced nursing practise) [9]. Właściwe wprowadzenie i wdrożenie samego systemu zależy w dużej mierze od postawy pielęgniarek, gdyż to na nich będzie spoczywać ciężar dostosowania się do zmian. Warto zauważyć, że są to uprawnienia, nie zaś obowiązki i tak w zasadzie należy je traktować.

Wśród pielęgniarek pojawiają się głosy, że "trzy lata licencjatu nie są w stanie przygotować idealnie do pracy w zawodzie" i dlatego takie uprawnienie powinno przysługiwać pielęgniarce dopiero po 2 latach od rozpoczęcia pracy [10]. Pielęgniarki sądzą ponadto, że nie ułatwi im to pracy, a wręcz ją utrudni, szczególnie w szpitalach, dlatego należy podchodzić do wprowadzanych zmian z rezerwą [10]. Jest to częściowo zgodne z opiniami studentów, pojawiającymi się w niniejszej pracy. Osoby te sądzą, że praca może stać się cięższa i bardziej wymagająca, zaś studia nie przygotowują ich w stopniu odpowiednim do wypisywania recept.

Z drugiej strony uważa się, że polski ustawodawca powinien wziąć przykład z państw zachodnich, gdzie pielęgniarki przyznaje się dużo większe kompetencje. Studia pielęgniarskie trwają tylko rok krócej od lekarskich, a liczba godzin dydaktycznych jest nawet większa. Uczestniczka spotkania powoływała się na przykład swojej koleżanki, pracującej w Nowym Jorku, gdzie to pielęgniarka zarządza opieką nad pacjentem [10]. Trudno jest porównywać kształcenie pielęgniarek w Polsce i USA, dlatego lepiej jest korzystać z modeli europejskich. W Wielkiej Brytanii, na przykład, pielęgniarki mogą wprawdzie przepisywać znacznie więcej leków, jednak w zasadzie jedynie z zakresu swojej specjalności i to dopiero po odpowiednim przeszkoleniu, również praktycznym pod okiem doświadczonego lekarza. Taki kurs praktyczny trwa tam 12 dni i warto byłoby pomyśleć o wprowadzeniu analogicznych rozwiązań także w Polsce tym bardziej, że obecnie się ich nie przewiduje [11]. Warto dodać, że w Wielkiej Brytanii obowiązują dwa modele wypisywania recept przez osoby niebędące lekarzami. Pierwszy z nich to tzw. niezależne wypisywanie recept (IP - independent prescribing). W modelu tym, który w ograniczonej formie wprowadza się w Polsce, pielęgniarki (i farmaceuci) mogą wypisywać recepty na cały wachlarz leków, po uprzednim zbadaniu pacjenta i postawieniu diagnozy. Drugi model, dodatkowy (SP - supplementary prescribing), zakłada zależność od lekarza i wypisanie recepty przez pielęgniarkę dopiero po badaniu i diagnozie lekarskiej [12]. Wydaje się, że ten drugi model bardziej odpowiada realiom szpitalnym, podczas gdy pierwszy z nich mógłby się sprawdzić lepiej w podstawowej opiece zdrowotnej, pielęgniarstwie środowiskowym i ośrodkach opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

W środowiskach pielęgniarskich uważa się, że możliwość wystawiania recept przez pielęgniarkę i położną ułatwi pacjentom korzystanie z ochrony zdrowia. [10]. Tutaj również z pomocą mogą przyjść zachodnie wzorce. Przeprowadzane badania ukazują, że taki rozszerzony model opieki jest bezpieczny, efektywny i pacjenci często z niego korzystają, preferując niejednokrotnie wizytę u pielęgniarki od spotkania z lekarzem [2,13]. W niniejszym badaniu znajduje to odzwierciedlenie w opiniach sugerujących, że nowe przepisy zwiększą prestiż zawodu pielęgniarki i dodatkowo wzmocnią zaufanie społeczne do zawodu, do tej pory i tak jedno z najwyższych w naszym kraju.

Lista leków i preparatów do samodzielnego przepisywania jest na razie krótka, lecz z całą pewnością będzie ulegać w przyszłości wydłużeniu. Niektórzy uważają, iż jest ona zbyt wąska, ogólna i nie przystaje do praktyki pielęgniarskiej [10]. Od czegoś należy jednak zacząć i analiza stosowania nowego prawa dostarczy wskazówek odnośnie rozszerzenia uprawnień w przyszłości. Polskie pielęgniarstwo

gniarki nie są gorzej wykształcone od ich koleżanek z Europy Zachodniej, o czym świadczy pośrednio duże zainteresowanie absolwentkami naszych uczelni za granicą, jednak dopiero praktyczne stosowanie nowych przepisów prawnych pozwoli na ocenę zasadności ich wprowadzenia.

Pielęgniarki w naszym kraju przywiązują dużą wagę do zarobków, być może dlatego, że znacząco odbiegają one od pensji lekarzy i stanowią jedynie mały odsetek poborów w innych krajach Europy Zachodniej. Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach ankiety, gdzie prawie wszystkie ankietowane osoby pragną otrzymywać dodatkową gratyfikację za rozszerzony model opieki. Warto mieć nadzieję, że pielęgniarki wykorzystają daną im szansę i wywiążą się z pokładanych w nich nadziei, co doprowadzi do wzrostu ich pozycji społecznej, większej satysfakcji z wykonywanego zawodu i w konsekwencji - lepszej i szerszej dostępnej opieki nad pacjentem.

Wnioski

- Około 2/3 (67,7%) respondentów uważa, że studia nie przygotowują ich do wypisywania recept. W związku z tym (83,1%) dostrzega konieczność dodatkowego szkolenia (kursy, głównie z farmakologii);
- Tylko około 1/4 studentów (26,2%) zna listę leków, do przepisywania których będą uprawnieni;
- Przeważająca większość (86,2%) uważa, że odpowiedzialność za błędnie wypisaną receptę powinna spoczywać na pielęgniarce, która ordynuje lek;
- Połowa respondentów sądzi, że rozszerzenie kompetencji polepszy jakość opieki nad pacjentem, natomiast 2/3 - że zwiększy się zaufanie do zawodu pielęgniarki;
- 60 z 65 osób ankietowanych uważa, że pielęgniarki powinny otrzymywać za dodatkową pracę stosowną gratyfikację finansową.

Piśmiennictwo

1. Brooks N., Otway C., Rashid C., Kilty E., Maggs C.: The patients' view: the benefits and limitations of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing*, 2001; 6(7): 342-248.
2. Bhanbhro S., Drennan V.M., Grant R., Harris R.: Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of the literature. *BMC Health Services research*, 2011; 11: 330.
3. International Council of Nurses: Trends and issues in nursing: implementing nurse prescribing. Geneva: International Council of Nursing, 2009.
4. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.
<http://www.nipip.pl/index.php/prawo/ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-poloznej-z-aktami-wykonawczymi/2928-ustawa-z-dnia-22-lipca-2014-r-o-zmianie-ustawy-o-zawodach-pielęgniarki-i-poloznej-oraz-niektorych-innych-ustaw> (15.12.2015).
5. Stanowisko nr 2/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.
<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12273900/12296458/12296461/dokument176037.pdf> (10.12.2015).
6. Stanowisko Konsultanta Krajowego ds. Pielęgniarstwa z 22 lipca 2014 roku.
<http://www.moipip.org.pl/media/doc/konsultanci/66.pdf> (10.12.2015)
7. Glińska J., Nowak A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18 (4): 477–482.
8. Franek G.A., Łukasz-Paluch K., Cholewka B.: Koncepcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (2): 252–259.
9. Klain T., Kaplan L.: Prescribing competences of Advanced Practice Registered Nurses. *The Journal of Nurse Practitioners*, 2010; 6: 115-122.
10. Zarzeka A., Panczyk M., Belowska J., Gotlib J.: Pielęgniarki i studenci pielęgniarstwa wobec rozszerzenia uprawnień zawodowych pielęgniarek

- i położnych w zakresie wystawiania recept oraz samodzielnego kierowania na badania diagnostyczne – sprawozdanie ze spotkania. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015; 57(3): 358-360.
11. Courtenay M., Carey N., Stenner K.: Non medical prescribing leads views on their role and the implementation of non medical prescribing from a multi-organisational perspective. *BMC Health Services Research*, 2011; 11: 142.
 12. Courtenay M., Carey N., Burke J.: Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2007; 44(7): 1093-1101.
 13. Kroezen M., Van Dijk I., Groenewegen P.P., Francke A.I.: Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 2011; 11(127): doi:1.1186/1472-6963-11-27.

Adres do korespondencji:

Anna Stodolak
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5
51 - 618 Wrocław
anna.stodolak@umed.wroc.pl
tel: 71 341 09 60

Nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych z perspektywy lekarza

New responsibilities of nurses and midwives from a medical doctor's perspective

dr n. med. Aleksander Fuglewicz

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Streszczenie

Zmiany prawne, obowiązujące od 1 stycznia 2016 roku, umożliwiają pielęgniarkom i położnym wypisywanie recept na niektóre leki, preparaty żywieniowe i środki medyczne oraz kierowanie pacjentów na badania laboratoryjne. Przepisy te, istniejące w podobnej formie w wielu krajach europejskich i poza Europą, wzbudzały od samego początku sprzeciw wielu środowisk medycznych w Polsce. Niniejsza praca przedstawia problem nowych uprawnień pielęgniarek i położnych z punktu widzenia lekarza, biorąc jednak pod uwagę opinie różnych grup pracowników medycznych, jak również wyniki dostępnych badań naukowych, analizujących skuteczność analogicznych rozwiązań prawnych w innych krajach. Biorąc pod uwagę wszystkie argumenty wydaje się, że za wcześnie na formułowanie ostatecznych wniosków, zaś temat ten wymaga bacznej obserwacji i przeprowadzenia w przyszłości stosownych analiz, opartych na badaniach naukowych. Autor uważa, że pielęgniarkom należy dać kredyt zaufania, a ponadto zerwać z dotychczasowym głęboko zakorzenionym w naszej kulturze modelem ich relacji z lekarzem, w którym dominowały paternalizm i postawa protekcyjna.

Słowa kluczowe:

pielęgniarki, położne, recepty, przepisywanie leków, opinie lekarzy

Abstract

New legal changes, which are valid from the beginning of 2016, enable nurses and midwives to prescribe some drugs, dietary and medical preparations, and refer patients to undergo laboratory tests. Such legislation is existent in similar forms in many European and non-European countries and from the very start it has evoked considerable resistance in many medical societies in Poland. This paper covers the issue of new responsibilities of nurses and midwives from the perspective of a medical doctor. However, it takes into consideration the opinions of different health care professionals as well as the results of available research papers that analyze the effectiveness of similar legislation in other countries. After thorough consideration of all arguments, it seems that final conclusions are premature. The topic requires careful observation and future analysis based on scientific research. The author concludes that nurses should be given a credit of trust. Furthermore, the still existing and deeply culturally-rooted model of their relationship with the doctor, in which paternalistic and patronizing attitudes dominate, ought to be abolished.

Key words:

nurses, midwives, prescriptions, prescribing drugs, doctors' opinions

Wstęp

Zmiany ustawodawcze uchwalone w 2014 roku (Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) [1], a obowiązujące od 1 stycznia 2016 r., wprowadzają możliwość wypisywania recept przez pielęgniarki i położne. Dotyczy to nie tylko pewnych grup leków, lecz również środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i określonych wyrobów medycznych, ponadto zaś pielęgniarki i położne mogą także w ograniczonym zakresie wystawiać skierowania na badania laboratoryjne. Ustawa doczekała się stosownego przepisu wykonawczego dopiero pod koniec 2015 roku, kiedy to minister zdrowia podpisał rozporządzenie, zawierające szczegółowy wykaz preparatów i badań (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wykazu badań diagnostycznych) [2].

Szczegółowy wykaz nowych uprawnień nie jest celem niniejszej pracy, należy jednak podkreślić, że od samego początku, tj, od momentu uchwalenia Ustawy, a nawet jeszcze wcześniej, wymienione prawo wzbudzało wiele kontrowersji w różnych środowiskach. Niniejszy tekst opisuje te kontrowersje z punktu widzenia lekarza, kierując się jednak także opiniami środowisk pielęgniarskich.

Potrzeba wprowadzenia zmian była podnoszona w Polsce już od pewnego czasu. Powoływano się na względy ekonomiczne (tańszy substytut usług lekarskich, niedostateczną liczbę lekarzy), jak i pozaekonomiczne, związane z trendami europejskimi i światowymi. Ponadto, przepisy takie stanowiłyby zwieńczenie uaktualnionej Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174, poz. 1039), która przyznawała przecież tym grupom zawodowym szerszą podmiotowość i większą rolę w systemie ochrony zdrowia.

Wszelkie zmiany rodzą nieuchronny opór, tak też się stało w przypadku wprowadzenia nowych uprawnień, związanych z wypisywaniem recept i zleceń na badania. Projekt, forsowany szczególnie przez ówczesnego ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza i środowiska z nim związane, spotkał się z oporem i sprzeciwem Naczelnej Rady Lekarskiej, która wydała w dnia 22 maja 2014 roku stanowisko, odnoszące się jeszcze do projektu ustawy, jednak ogólnie krytyczne [3]. Stanowisko to nie uległo sprostowaniu do momentu sporządzenie pracy, czyli początku 2016 roku. Wynika stąd, że uwagi zgłaszane przez Radę, omówione bar-

dziej szczegółowo w dalszej części tekstu, nie doczekały się jeszcze sprostowania czy modyfikacji, zatem można uważać je za wciąż obowiązujące.

Stanowisko nr 2/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw [3]

Poniżej przedstawiono najbardziej istotne, zdaniem autora, fragmenty opinii.

„Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw (...), negatywnie opiniuje przedstawiony projekt ustawy.

(...) Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że samodzielne ordynowanie leków jest końcowym etapem leczenia, poprzedzonym wywiadem, badaniem przedmiotowym, analizą zleconych badań dodatkowych i innych uzyskanych informacji”.

„Lekarz, lekarz dentyista musi dokonać interpretacji badań dodatkowych, mieć wiedzę o chorobach towarzyszących, przeprowadzić diagnostykę różnicową oraz posiadać wiedzę o działaniu leków i o interakcjach w czasie równoczesnego stosowania różnych leków.

W okresie trwania choroby, nawet w chorobach przewlekłych, często istnieje konieczność weryfikacji ordynowanego leku, ewentualnie zmiany jego dawki, postaci. Wiedzę tę lekarz uzyskuje w czasie długich i trudnych studiów oraz nauki w czasie specjalizacji i ustawicznego kształcenia podyplomowego”.

„Istniejący system kształcenia pielęgniarstwa i położnych nie zapewnia tej grupie zawodowej odpowiedniej wiedzy i umiejętności w tym zakresie, a wprowadzenie zmiany standardów kształcenia wymaga czasu. Dodatkowo projektodawca ustanawiając (...) warunek ukończenia kursu specjalistycznego, nie wskazał ani nie zawarł w projekcie delegacji ustawowej wskazania, kto miałby być organizatorem takiego kursu, jaki miałby być jego program i czas trwania oraz kto ponosiłby jego koszty.

(...) zwalnia z obowiązku odbycia kursu pielęgniarstwa, które nabyły odpowiednią wiedzę w szkołach pielęgniarstwa, co jest przepisem zbyt ogólnym, gdyż nie odwołuje się do programu kształcenia pielęgniarstwa i położnych w poszczególnych latach”.

„Sprzeciw budzą również wprowadzane w projekcie przepisy uprawniające pielęgniarstwa i położne do wystawiania recept na zlecenie lekarza. Nie wiadomo, kto będzie ponosił odpowiedzialność za tak wystawioną receptę – lekarz, który zlecił wystawienie recepty, czy pielęgniarstwa, która ją wystawiła? Ponadto wątpliwa jest przydatność tej regulacji w osiągnięciu celów przewidzianych w uzasadnieniu

projektu, tj. poprawy dostępności świadczeń oraz poprawy wykorzystania czasu pracy członków zespołu terapeutycznego”.

„Uwagę zwraca fakt, iż (...) zawarta jest także propozycja wyposażenia pielęgniarek w kompetencję do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, przy czym projekt nie zawiera delegacji dla Ministra Zdrowia do określenia wykazu tych badań, nie jest także jasne, kto będzie interpretował ich wyniki. Duże wątpliwości budzi kwestia odpowiedzialności w przypadku ewentualnej pomyłki czy błędu popełnionego przez pielęgniarkę lub położną przy ordynacji leków. Widoczny jest również brak klarownego rozdziału kompetencyjnego między lekarzem a pielęgniarką, który może zagrozić zdrowiu pacjenta np. w przypadku podwójnej ordynacji leku przez lekarza i pielęgniarkę”.

„W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej projektowana regulacja nie doprowadzi do osiągnięcia celów założonych w jej uzasadnieniu, w szczególności do poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.” [3]

Należy podkreślić, że sprawy związane z organizacją i odpłatnością kursów dla pielęgniarek i położnych zostały już uregulowane, podobnie jak szczegółowy wykaz leków i preparatów, zamieszczony we wspomnianym powyżej rozporządzeniu Ministra zdrowia [2]. Istotna wydaje się wzmianka o niedostatecznym merytorycznym przygotowaniu do wystawiania recept, co stanowi końcowy proces leczenia, poprzedzony odpowiednią diagnostyką. Lekarzowi trudno jest wypowiedzieć się obiektywnie na ten temat, bez ryzyka bycia posądzonym o tradycyjne, "paternalistyczne" poczucie wyższości swojego zawodu, które w świetle nowej filozofii ochrony zdrowia powinien być traktowany na równi z innymi profesjami medycznymi, a już na pewno w szczególności z zawodem pielęgniarki i położnej. Niedawne zmiany kształcenia lekarzy, w których staż podyplomowy wliczono w szósty rok studiów, podyktowane niewątpliwie niedoborem lekarzy w naszym kraju, na pewno nie ułatwiają tego zadania. Problemy mogą zaistnieć na styku kompetencji pielęgniarki i lekarza, na przykład podczas ustalania odpowiedzialności za błędnie wypisaną receptą pielęgniarską na zlecenie lekarza czy też przy ustalaniu osoby odpowiedzialnej za analizę i interpretację wyników badań laboratoryjnych. Ewentualne przyszłe zmiany i ustalenia prawne powinny jednak to ryzyko zminimalizować.

Opinia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych była również początkowo nieprzychylna, zaś dopiero później dostrzeżono nowe szanse, przywileje i korzyści, wynikające ze zwiększenia poziomu kompetencji i uprawnień zawodowych. Wątpliwości i opór części pielęgniarek rozwiało stanowisko Konsultanta

Krajowego ds. Pielęgniarstwa z 22 lipca 2014 roku - było już ono jednoznacznie pozytywne, chociaż powtarzało część wcześniejszych obaw, takich jak:

- odpowiedzialność prawna za błędnie wypisane recepty,
- obawa przed dodatkowym obciążeniem w pracy,
- brak informacji o wzroście uposażenia w związku z nowymi uprawnieniami,
- obowiązek ukończenia kursów specjalistycznych bez określenia źródeł ich finansowania,
- możliwe konflikty między pielęgniarkami i lekarzami,
- wymuszanie przez pacjentów wypisywania leków i dzielenia środowiska zawodowego [4].

Doświadczenia innych krajów

Uregulowania prawne w zakresie wystawiania recept przez pielęgniarki zostały wprowadzone wcześniej i funkcjonują w wielu krajach europejskich np. w Danii, Holandii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych, Australii i niektórych krajach afrykańskich [5,6]. Proces legislacyjny i początki obowiązywania przepisów wszędzie przebiegały w podobnej atmosferze jak w Polsce, chociaż mogły być podyktowane innymi względami, np. problemem katastrofy humanitarnej w Afryce [5]. Zdecydowany sprzeciw wyrażali lekarze, głównie podstawowej opieki zdrowotnej, których pracy, pozycji i zarobkom mogły zagrozić pielęgniarki organizujące się w grupy zawodowe i pracujące zupełnie samodzielnie [5,7].

Pielęgniarki wykazywały także brak entuzjazmu, chociaż część z nich dostrzegła nowe szanse. Korzyści, jakie przyniosły zmiany, znalazły potwierdzenie w licznych badaniach naukowych. Największa ich liczba pochodzi z Wielkiej Brytanii, gdzie pielęgniarki i położne uzyskały prawo wystawiania recept najwcześniej, bo już na początku lat 90-tych ubiegłego stulecia. Latter i Curtenay (2004) dokonały przeglądu piśmiennictwa, dotyczącego pierwszej dekady przepisywania leków przez pielęgniarki w Wielkiej Brytanii (1993-2002) i jego skuteczności [8]. Wzięto pod uwagę 18 prac badawczych. Z badań tych wynika, iż pacjenci są na ogół usatysfakcjonowani rozszerzoną opieką pielęgniarską, podobnie jak same pielęgniarki, które jednak wyrażały dość często obawy, spowodowane według ich oceny niedostateczną wiedzą z farmakologii. Należy stwierdzić, że badanie powyższe miało pewne ograniczenia, np. dotyczyło tylko pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej i środowiskowych, nie przeprowadzono badania

wpływu ordynacji leków przez pielęgniarki na praktyki lekarskie, a także objęto nim tylko pewne grupy pacjentów. Można jednak wysunąć ogólny wniosek, że w większości przypadków pacjenci są zadowoleni, zaś praca pielęgniarek nie stwarza żadnych dodatkowych zagrożeń [8,9].

Latter i wsp. w 2007 [10] przeprowadzili ponadto badanie zasadności recept wystawianych przez pielęgniarki. Brano pod uwagę m.in. skuteczność leczenia, prawidłowość dawkowania leków, ich interakcje oraz czas trwania terapii. W większości wskaźników – wyniki oscylowały w granicach 80%, co jest porównywalne z badaniami wśród lekarzy (Hanlon i wsp.2004) [11], a w niektórych przypadkach stwierdzono nawet lepsze wyniki w grupie dotyczącej pielęgniarek. Autorzy w podsumowaniu podnieśli konieczność dalszych badań, ponieważ ich grupa była stosunkowo nieliczna, nieznacznie przekraczając 100 osób [9].

Bhanbhro i wsp. (2011) [12] dokonali przeglądu systematycznego na temat wkładu pielęgniarek w przepisywanie leków na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W tym przypadku badania były zakrojone znacznie szerzej. Wzięto pod uwagę 19 badań z różnych państw – głównie UK, następnie USA, Kanady, Botswany i Zimbabwe. Analizowano głównie: skuteczność leczenia, zadowolenie pacjentów i dostępność opieki. Większość pacjentów była zadowolona z usług pielęgniarek. W Wielkiej Brytanii – 55% pacjentów wolało korzystać z pomocy pielęgniarek. Dostępność opieki była w większości przypadków zadowalająca [12].

Dyskusja i podsumowanie

Biorąc pod uwagę pozytywne wyniki dotychczasowych badań, należy pamiętać o odmiennej specyfice opieki zdrowotnej w naszym kraju, co będzie wymagać z całą pewnością stosownych badań w Polsce. Szczególnie interesujące wyniki mogłoby przynieść porównanie całościowej jakości opieki świadczonej przez pielęgniarki z opieką lekarską, jednak z różnych względów - najczęściej pozakulisowych - badania takie będą z całą pewnością trudne do przeprowadzenia.

W Polsce pokutuje wciąż paternalistyczny model lekarza, z jego protekcyjnym podejściem do personelu pielęgniarskiego. Na szczęście przechodzi to w coraz szerszym stopniu do historii, chociaż korzystne zmiany z całą pewnością wymagają jeszcze czasu. Z osobistego doświadczenia autora, pierwsze reakcje lekarzy na projekt i uchwaloną ustawę były bardzo zróżnicowane i obejmowały: oburzenie, niedowierzanie, pobłażliwy uśmiech, natomiast stosunkowo rzadko zrozumienie i zadowolenie. Wynika stąd, że zmiana wizerunku zawodu pielę-

gniarki wśród lekarzy wymaga jeszcze sporo pracy edukacyjnej. Może w tym pomóc wzrost kompetencji zawodowych pielęgniarek oraz sprostanie oczekiwaniom stawianym przez ustawodawcę, podopiecznych i społeczeństwo.

W teorii na zmianie najbardziej skorzystać mogą placówki POZ oraz placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze. Lekarze mogą delegować wypisywanie recept na pielęgniarki, co może zmniejszyć ich obciążenie i usprawnić pracę tym bardziej, że często taka sytuacja już ma miejsce – nieoficjalnie. W praktyce jednak może to stwarzać zagrożenie dla lekarzy POZ – pojawienie się samodzielnych praktyk i odpływ części pacjentów do praktyk pielęgniarskich. Opór lekarzy wydaje się więc częściowo zrozumiały, zwłaszcza w sytuacji dotychczasowego braku konkurencji na lokalnym rynku usług medycznych.

Naczelna Rada Lekarska (NRL) od samego początku pojawienia się pomysłu włączenia pielęgniarek i położnych do wystawiania recept, podchodziła (i wciąż podchodzi) do niego krytycznie, przede wszystkim dlatego, że zdaniem NRL pielęgniarki i położne nie posiadają odpowiednich kompetencji do wykonywania tego typu czynności [3].

W opinii prywatnej autora, duże zapotrzebowanie na polskie pielęgniarki za granicą jest dostatecznym dowodem na to, że nasze (polskie) pielęgniarki w niczym nie ustępują ich odpowiedniczkom, przynajmniej w Europie. W USA gdzie obowiązuje inny model kształcenia, trudno dokonywać bezpośrednich porównań. Na Zachodzie panuje sprawdzony od lat model ordynacji leków przez personel nielekarski i nie stanowi to żadnego problemu, chociaż wciąż brak dostatecznie szczegółowych i przekrojowych badań, obejmujących na przykład różne grupy pacjentów [5,12].

Lista leków oraz badań zleczanych przez pielęgniarki nie jest długa, dlatego zagrożenie jest stosunkowo niewielkie, chociaż zawsze możliwe (podobnie jak w przypadku leków nabywanych przez pacjentów w aptekach bez recepty). Odpowiednia organizacja pracy oraz stosowne szkolenia powinny przyczynić się do minimalizacji ryzyka.

Pozostaje kwestia właściwego przygotowania personelu pielęgniarskiego do nowych zadań, co wymaga wcześniejszego zbadania pacjenta. Problemem może być wątpliwy poziom nauczania niektórych przedmiotów na kursach specjalizacyjnych i podczas studiów (badanie, szczególnie przedmiotowe, diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka różnicowa, farmakologia ogólna i kliniczna, ze zwróceniem szczególnej uwagi na problem interakcji leków i polipragmazji). Problemy farmakologiczne nie są trudne do przewyciężenia, natomiast istotną kwestią wydaje się postawienie właściwej diagnozy, a zwłaszcza badanie przed-

miotowe pacjenta. Z doświadczenia wynika, że przedmiot ten jest wykładany raczej teoretycznie, natomiast pielęgniarki podczas swojej pracy nie badają pacjentów (wręcz ikoniczny obraz stetoskopu zawieszzonego na szyi lekarza). Należy to koniecznie zmienić, zaś kursy badania przedmiotowego dokładniej zweryfikować. Nie chodzi tu o zwiększenie wymagań odnośnie kadry wykładowców, lecz o nacisk na praktyczne podejście do tego zagadnienia.

Innym problemem może być analiza ewentualnych błędów medycznych w przyszłości oraz podział (przejęcie) odpowiedzialności przez pielęgniarkę lub lekarza, w zależności od okoliczności i miejsca pracy. Być może wpłynie to w niektórych przypadkach także na ogólne pogorszenie relacji: lekarz-pielęgniarka oraz relacje z pacjentami. Autor wyraża głębokie przekonanie, że przełamanie oporu społeczeństwa oraz części lekarzy zależy wyłącznie od naszych koleżanek oraz od ich profesjonalnego podejścia. Ważne, aby nowe uprawnienia traktowane były nie jako dodatkowe obciążenie, lecz jako ogromna szansa, mogąca wzmocnić prestiż zawodu pielęgniarki, ich pozycję społeczną, a w ogólnym rozrachunku - poziom opieki nad pacjentem i jej lepszą dostępność.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wykazu badań diagnostycznych.
3. Stanowisko nr 2/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.
<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12273900/12296458/12296461/dokument176037.pdf> (10.11.2015).
4. Stanowisko Konsultanta Krajowego ds. Pielęgniarstwa z 22 lipca 2014 roku.
<http://www.moipip.org.pl/media/doc/konsultanci/66.pdf> (10.11.2015)
5. Ball J.: Implementing nurse prescribing: an updated review on current practice internationally. Geneva: International Council of Nurses, 2009.
6. Kroezen M., Van Dijk I., Groenewegen P.P., Francke A.I.: Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic

- review of the literature. *BMC Health Serv Res*, 2011; 11(127): doi:1.1186/1472-6963-11-27.
7. Luker K., McHugh G.A.: Nurse prescribing from the community nurse's perspective. *Int J Pharm Pract*, 2002; 10: 273-280.
 8. Latter S., Courtenay M.: Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 2004; 13(1): 26-32.
 9. Courtenay M., Carey N., Burke J.: Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2007; 44(7): 1093-1101.
 10. Latter S., Maben J., Mall M., Young A.: Evaluating the clinical appropriateness of nurses' prescribing practice: method development and findings from an expert panel analysis. *Qual Saf Health Care*, 2007; 16: 415-421.
 11. Hanlon J.T., Artz M.B., Pieper C.F., Lindblad C.I., Sloane R.J., Ruby C.M., Schmader K.E.: Inappropriate medication use among frail elderly in-patients. *Ann Pharmacother*, 2004; 38(1): 9-14.
 12. Bhanbhro S., Drennan V.M., Grant R., Harris R.: Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of the literature. *BMC Health Services research*, 2011; 11: 330.

Adres do korespondencji:

Aleksander Fuglewicz

ul. Ślężna 90/60

53-310 Wrocław

tel. 533 528 044

e-mail: a.fuglewicz@wsmlegnica.pl

Interakcje leków OTC

OTC drug interactions

Mariusz Babiak

Oddziaływania i powiązania dotyczące substancji chemicznych lub pochodzenia roślinnego na organizm ludzki w oparciu o zagrożenie wynikające ze zjawiska, jakim są interakcje – w każdym wieku.

Streszczenie

Interakcja farmakologiczna to wzajemne oddziaływania ze sobą substancji podanych w tym samym lub niewielkim odstępie czasowym. Ich wpływ na organizm jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników. Okolicznością sprzyjającą występowaniu wzmożonego zagrożenia, jest zaistniały fakt łatwej dostępności preparatów zarejestrowanych jako leki, w ogólnodostępnej sprzedaży. Często politerapia zastosowana u pacjentów, niedoinformowanych, co do mechanizmów działania konkretnych substancji, może doprowadzić do stanu bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia. Właśnie, dlatego tak ważna jest konsultacja z lekarzem lub farmaceutą przed rozpoczęciem stosowania, z pozoru bezpiecznych, leków OTC. Pamiętać należy, że oddziaływać ze sobą może wszystko: od leków przyjmowanych stale, poprzez przyjmowane okresowo, a nawet pożywienie. Świadomość istnienia interakcji oraz odpowiednia wiedza na temat oddziaływań między lekami, zdobyta przez lekarzy i farmaceutów, powinna być przekazywana w jasny i zrozumiały sposób. Tego typu działania znacznie zmniejszają ryzyko wystąpienia niebezpiecznych interakcji.

Słowa kluczowe:

Interakcje leków OTC, leki bez recepty, politerapia, oddziaływanie substancji.

Abstract

Pharmacological interaction is a mutual reaction of substances administered at the same time or within a short interval. The way it affects the system can vary and it depends on a number of factors. The fact that preparations registered

as drugs are easily available on the market is a circumstance favouring enhanced hazard. Polytherapy, all too often applied by patients with little information on the mechanisms specific substances operate on, may lead to conditions of direct health or life hazard. That is why consultations with a physician or a pharmacist prior to the application of seemingly safe OTC drug is so crucial. Medicines available without prescription may interact not only with those administered by the doctor on a temporary or permanent basis, but also between one another. The effects of active substances ingested may also be hugely affected by the type of food the patients eat. Appropriate knowledge on the interactions between drugs available to physicians and pharmacists should be passed on to the patients in a clear and accessible manner. This will favour the growth of common awareness of those interactions, which in turn will lower the risk of hazardous complications resulting from the application of inappropriate drug combinations in polytherapy.

Key words: OTC drugs interaction, over the counter drugs, polytherapy, substance interaction

Problematyczny temat interakcji OTC, leków wydawanych bez recepty, dotyka coraz większej liczby ludzi. Politerapia często jest jedynym sposobem na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania orgazmu, ale licznie zachodzące reakcje potrafią być niebezpieczne i mogą wpływać bezpośrednio na samopoczucie, bądź obecny stan zdrowia. Czy jednak ludzie zdają sobie sprawę z wielu zagrożeń wynikających z interakcji?

Leki OTC

Leki OTC (ang. over the counter) są to preparaty wydawane bez recepty do samodzielnego stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy do pięciu dni. Produkty są dopuszczane do obrotu i podlegają ścisłemu nadzorowi Światowej Organizacji Zdrowia - WHO (World Health Organization) lub jednostki spełniającej nadzór w danym kraju. Przykładowo producent musi przedstawić dokumentację dotyczącą m.in. badania trwałości preparatu zapewniające, że lek przez cały deklarowany okres ważności będzie trwały oraz spełni określone wymagania [4]. Dodatkowo podczas rejestracji leku, nadzór kontroli pełni Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Warto wspomnieć, że pod kątem jakościowym oraz klasyfikacji danego leku (lub substancji wchodzącej w skład preparatu) decyduje Główny Inspektor Farmaceutyczny [17].

Interakcje

Interakcja farmakologiczna, interakcja leków to wzajemne oddziaływania ze sobą substancji podanych w tym samym lub niewielkim odstępie czasowym. Zależność ta musi wywierać bezpośredni wpływ na aktywność drugiej przyjmowanej substancji. Nie uwzględnia się tu pozytywnego lub negatywnego oddziaływania, lecz sam fakt zaistniałych przemian w organizmie. Skutki interakcji dzieli się na trzy główne grupy - działanie antagonistyczne (zmniejszenie działania jednej z substancji), synergiczne (zwiększenie efektywności działania jednej z substancji), nowy efekt działania (jednoczesne podanie dwóch preparatów wywiera nowe działanie zróżnicowane od osobnego podania substancji, niekiedy zwiększa się ryzyko powstania efektów ubocznych) [3, 9, 15]. Prowadzone stosunkowo niedawno badania, mające na celu tworzenie leków zawierających więcej niż jedną substancję czynną, miały ułatwić leczenie choroby oraz zmniejszyć występowanie zjawiska jakim są interakcje. Działania takie znalazły zastosowanie w medycynie powszechnej, co znacznie podniosło możliwości prowadzenia politerapii (pod ścisłym nadzorem lekarza), z częściowym zmniejszeniem występo-

wania skutków ubocznych. Prowadzone badania wykazują coraz częstsze zmniejszenie działania antagonistycznego, pozwalające na bezpieczniejsze stosowanie leku przez pacjenta. Zdaniem K. Buraka- dr n. farm. „Nie istnieją leki całkowicie pozbawione działań ubocznych” [1]. Niestety pomimo tak szybkiego i znacznego postępu technologicznego w medycynie, nie jesteśmy w stanie całkowicie i jednoznacznie zlikwidować negatywnego oddziaływania ze sobą substancji. Główną przyczyną są czynniki sprzyjające powstawaniu interakcji, tj. przyjmowanie jednocześnie wielu leków, podeszły wiek, choroby wątroby, choroby nerek, schorzenia przewlekłe, podłoże genetyczne (syntezy enzymatyczne), przekroczenie dziennej dawki maksymalnej lub terapeutycznej (zwykle stosowanej) oraz wiele innych. Stopień ich występowania jest różny i nie zawsze zauważalny. Czasami dochodzi jedynie do pogorszenia samopoczucia, często jednak może nastąpić odwracalne, bądź trwałe uszkodzenie narządów (przy systematycznym lub jednorazowym zastosowaniu leków tworzących negatywne skutki interakcji) a także liczne zmiany patomorfologiczne [2].

Objawy oraz skutki interakcji leków OTC

Przed przystąpieniem do politerapia należałoby sprawdzić obecny stan zdrowia, przeprowadzić wywiad pozwalający zapoznać się z wcześniej przebytymi chorobami czy nawet przyjmowanymi lekami. Wymienione wyżej aspekty tworzą nierozłączny i ważny schemat przygotowania potencjalnego chorego do leczenia. Wspomniane przeze mnie interakcje mogą wywoływać widoczne skutki, tj. krwawienia z przewodu pokarmowego, zaburzenia ruchowe, stany nerwowe lub depresyjne, rozwolnienia, zaparcia, i wiele innych. Objawy mogą być również niewidoczne i do nich zaliczamy np. martwice narządów, owrzodzenie, wyplukiwanie substancji organicznych (tj. wapń, żelazo, magnez), uszkodzenia narządów układu wydalniczego, obniżenie pH treści jelitowej, brak apetytu [5].

W pierwszej kolejności (tab. 1) przedstawię oddziaływanie wybranych substancji wchodzących w skład leków ogólnodostępnych OTC.

Pseudoefedryna to biała lub prawie biała, krystaliczna substancja w postaci proszku lub kryształków o działaniu przeciwhistaminowym oraz przeciwbólowym [12]. Kofeina znana jest z posiadania działania typowo pobudzającego [11]. Łączenie tych dwóch substancji w niewielkim odstępie czasowym przed dłuższy okres prowadzić może do wywołania nerwic różnego pochodzenia lub stanów nerwowych. Skutki tej interakcji mogą zachodzić szybko i zdecydowanie lub długotrwale i podprogowo.

Paracetamol pomimo swojego przeciwbólowego oraz przeciwgorączkowego działania zaliczany jest do Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych (NLPZ), natomiast Ibuprofen to klasyczny przedstawiciel wyżej wymienionej grupy leków – dodatkowo o działaniu przeciwzapalnym [12]. Główną zasadą interakcji w tym, jak i w każdym innym przypadku jest fakt, że nie powinno się samodzielnie przyjmować leków pochodzących z tej samej grupy, czyli o tym samym lub zbliżonym działaniu – w celu zmniejszenia powstanie działań niepożądanych. Można zatem przytoczyć słowa Paracelsusa - „wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, a decyduje o tym tylko dawka” [1, 8].

Kwas acetylosalicylowy działający podobnie do wcześniej wspomnianego Ibuprofenu pomimo trudnej rozpuszczalności w wodzie, znalazł zastosowanie w medycynie, jako NLPZ (Niesteroidowy Lek Przeciwzapalny) [10,11, 13]. W połączeniu z Kodeiną (lub jej pochodną np. fosforanem kodeiny) tworzy synergiczne działanie kwasu. Zastosowanie to pozwoliło na zmniejszenie przyjmowanej samotnej dawki acetylosalicylanu, co skutecznie zniwelowało działanie niepożądane tj. krwawienia z przewodu pokarmowego, owrzodzenia, itp. Tego typu oddziaływanie jest jak najbardziej korzystne dla ustroju. Kodeina pomaga kwasowi acetylosalicylowemu lepiej i skuteczniej dotrzeć do receptorów gdzie zostanie przyłączony [5, 8].

Ciekawe i warte podkreślenia jest oddziaływanie ze sobą Paracetamolu z kwasem acetylosalicylowym. Przyjmowanie tych dwóch substancji w niedużym odstępie czasowym powinno nasilić działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. W tym przypadku trudno określić rodzaj interakcji. Związki te „zwiększają” swoją skuteczność co oznacza, że nie można sklasyfikować ich do synergicznego ani nowego efektu działania. Samo wystąpienie tego typu interakcji wykorzystywane często jest w preparatach przeznaczania do leczenia objawów np. grypy, przeziębienia [5, 8, 9].

Witamina C lub inaczej kwas askorbinowy zawarty w wielu cytrusach jest niezbędnym składnikiem do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Pomimo tego często wspomagamy naszą dietę preparatami zawierającymi tę witaminę w składzie. Nie zapominajmy, że może ona reagować z przykładowym kwasem acetylosalicylowym. Rodzaj interakcji jest tutaj stosunkowo bezpieczny. Synergiczne działanie na kwas jest znane i wykorzystywane już od wielu stuleci. Niebezpieczeństwo pojawia się w przypadku przekroczenia zalecanej przez producenta dawki leku, preparatu. Silniejsze działanie przeciwgorączkowe oraz przeciwbólowe, jest częstą pokusą w celu szybkiego zlikwidowania uciążliwej przyczyny jaką jest najczęściej ból, czy gorsze samopoczucie. Pamiętajmy o tym, że

działania niepożądane ze strony NLPZ, jakim jest kwas acetylosalicylowy, mogą wystąpić ze zdwojoną siłą [2, 5,13].

Octan uliprystalu to organiczny związek chemiczny z grupy hormonów steroidowych, stosowany jako lek z grupy selektywnych modulatorów receptorów progesteronu. Związek ten znalazł zastosowanie jako antykoncepcja postkoitalna, kryzysowa, awaryjna. Octan przyjmuje się w przeciągu 120 godzin, czyli 5 dni po odbyciu stosunku seksualnego bez zabezpieczania lub kiedy zabezpieczenie nie powiodło się [18]. *Hypericum perforatum*, ziele dziurawca z uwagi na wielu związków zawartych w tej roślinie, zmniejsza działanie octanu uliprystalu [11]. Zachodząca tu interakcja to klasyczny przykład antagonizmu.

Fenacetyna to organiczny związek chemiczny o działaniu przeciwbólowym znany już od 1887 roku. Wytwarzany jest z silnie działającej, trującej substancji Aniliny. Sama fenacetyna również posiada wiele skutków ubocznych tj. uszkodzenie nerek i wątroby, hemolizę krwinek, powstawanie zmian skórnych i wysypki, uzależnienie, działanie rakotwórcze. Związek ten w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym, nasili działanie przeciwbólowe obu substancji – należy uważać przy dawkowaniu! [9]

Parafina ciekła (inaczej olej parafinowy) pozyskiwana, jest z ciężkich frakcji (o temp. 350 °C) ropy naftowej. Przyjmowana z witaminami różnego pochodzenia, zarówno w pokarmie jak i w preparatach ogólnodostępnych, utrudni ich wchłanianie [12].

Salicylany to grupa pochodnych soli i estrów kwasu salicylowego. Przyjmowane z substancjami sklasyfikowanymi jako NLPZ (Niesteroidowe Leki Przeciwwzapalne) w dużym stężeniu prowadzą do owrzodzenia i krwawienia w obrębie przewodu pokarmowego [5, 8].

Węgiel aktywny, *carbo activatus* to substancja otrzymywana z materiału roślinnego poprzez liczne procesy w celu nadania jej wysokiej zdolności absorpcyjnej [11]. Węgiel jest uznawany za „idealny absorbent”. Wiele przeprowadzonych badań potwierdza, że przyjmowanie go z innymi substancjami tego samego podania (per rectum - doodbytniczo, per os - doustnie), powoduje znikome działanie przyjmowanego związku. Interakcje tą najczęściej rozdziela się poprzez osobne podanie preparatów po odstępie czasowym nie mniejszym niż 30 minut [8].

Przyjmowane leki OTC z lekami wydawanymi na receptę (Rp)

Omawiając grupę leków jakimi są OTC nie sposób jest nie wspomnieć równocześnie o produktach wydawanych na receptę. Musimy mieć świadomość, że chory, którego leczenie zostało zaordynowane przez lekarza, może wyrazić chęć skorzystania z leków ogólnodostępnych. Działanie te może doprowadzić do bezpośredniego zagrożenia stanu zdrowia pacjenta. Zakładając, że dane związki wywrą na siebie antagonistyczne działanie, a pacjent nie otrzyma koniecznej, podczas prowadzonej terapii, dawki leku – stworzymy ogromne niebezpieczeństwo. W skrajnych przypadkach można doprowadzić nawet do stałego uszczerbku na zdrowiu lub zgonu [1,2,9]. W tabeli 2 przedstawię zestawienie substancji (Rp) z lekami ogólnodostępnymi (OTC) i zagrożenia wynikające z jednoczesnego stosowanie.

Fenobarbital znany z działania przeciwdrgawkowego oraz nasennego w połączeniu z kwasem askorbinowym (witaminą C) zadziała słabiej na ustrój [11,12]. Nie oznacza to jednak, że należy zwiększyć dawkę w celu uzyskania pożądanego efektu. Interakcje tego typu należy wyeliminowywać poprzez powstrzymanie się od spożywania cytrusów oraz produktów zawierający witaminę C w swoim składzie.

Octan uliprystalu przyjmowany z Fenobarbitalem zadziała na niego antagonistycznie. Oddziaływanie to wydawałoby się pozorne z powodu rzadkiego stosowania octanu. Fakt zaistniałej interakcji (nawet jednorazowej) ma znaczący wpływ na nasz organizm [12,18].

Prednizon należy do grupy steroidowych leków przeciwzapalnych [12]. Przyjmowany z kwasem acetylosalicylowym tworzy często interakcje, które prowadzą do zwiększonego ryzyka owrzodzeń i krwawień z przewodu pokarmowego [5, 6, 8,10]. Natomiast przyjmowany z Paracetamolem przez dłuższy okres, powoduje zwiększone ryzyko wydalania wapnia, co w dalszym rozwoju prowadzi do osteoporozy [2].

Metoklopramid skutecznie pobudza ruchy robaczkowe, czyli perystaltykę jelit oraz działa przeciwwymiotnie [12]. Przyjmowany z Paracetamolem tworzy niebezpieczne działanie synergiczne. Zwiększona wchłaniania leku przeciwbólowego, powoduje większą jego biodostępność w ustroju, co powoduje nasilenie działań niepożądanych.

Neomycyna (antybiotyk) oraz leki zobojętniające soki żołądkowe nie mogą być przyjmowane jednocześnie z Laktulozą [12]. Następuje hamowanie

obniżania pH treści jelitowej przez laktulozę i zmniejsza jej działanie w okrężnicy. Interakcja ta jest klasycznym działaniem antagonistycznym.

Furosemid jest to środek moczopędny. Stosowana jest najczęściej w ostrych i przewlekłych zakażeniach układu moczowego, nawracających infekcji układu moczowego lub infekcji gruczołu krokowego. W celu korzystniejszego wchłanianiu furosemidu w ustroju zaleca się spożywanie posiłków bogatych w białka oraz witaminę B6 [7][16]. Synergiczne działanie zwykłych posiłków z pewnością pomoże podczas terapii. Pamiętać jednak trzeba o możliwości wystąpienia interakcji podczas przyjmowania leków należących do grupy NLPZ (Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne). Występuje tu zwiększone ryzyko ostrej niewydolności nerek.

Leki OTC a przyjmowany pokarm

Pokarm, który spożywamy, często może wywierać bezpośredni wpływ na działanie lub wchłanianie leku. Rzadko, kiedy zmienia właściwości przyjmowanych substancji czynnych w preparatach, ale może im przeciwdziałać. Tabela nr 3 przedstawia przykładowe interakcje z szczegółowo wybranymi substancjami.

Przyjmowanie wielu leków nawet z niewielką ilością jakiegokolwiek alkoholu, wywiera bezpośredni wpływ na substancje bardzo często nasilając działania niepożądane. Obecnie rozpoznaje się zalewnie parę grup leków, gdzie alkohol nie wchodzi w interakcje. Oczywiście to tylko przypuszczenia, gdyż każdy organizm jest inny i różnie reaguje – dlatego zakłada się w celach bezpieczeństwa, że nie łączymy leków z alkoholem. Przykładowo Paracetamol z niewielką ilością etanolu powoduje ostre stany zapalne wątroby, a z ibuprofenem uszkodzenia śluzówki żołądka oraz wątroby. Osoby uzależnione od alkoholu powinny zgłosić się niezwłocznie do lekarza lub farmaceuty przed podjęciem leczenia się jakimikolwiek lekami OTC.

W dobie dzisiejszego pośpiechu spożywamy napoje zawierające kofeinę. Ma ona bezpośredni wpływ na kwas acetylosalicylowy (działanie przeciwgorączkowe oraz przeciwbólowe) [6, 8, 13]. Takie samo oddziaływanie względem niego wykazują ostre potrawy oraz przyprawy. Skutkiem łączenia wyżej wymienionych rzeczy jest drażnienie śluzówki żołądka oraz liczne krwawienia w obrębie przewodu pokarmowego.

Niekiedy spożywane przez nas pokarmy potrafią całkowicie zablokować działanie przyjmowanej przez nas substancji. Dzieje się to na drodze blokowania tego samego receptora (enzymu) powodując osłabienie działania substancji wła-

ściwej. Przykładem takiego produktu jest sok z grejpfruta i wszelkie przetwory z tego owocu. Zauważmy, że w ulotkach produktów leczniczych coraz częściej znajduje się informacja o przeciwwskazaniu przyjmowania leku i owego owocu. Główne znaczenie ma tutaj enzym o nazwie CYP3A4. Sok z grejpfruta jest bardzo silnym inhibitorem cytochromu P450. W niektórych przypadkach przyjmowanie go z lekami takimi jak np. astemizol lub terfenadyna, prowadzi do śmiertelnych interakcji. W przypadku Dekstrometofanu nastąpi jedynie osłabienie działania przeciwkaszlowego. Nad sokiem i przetworami (najczęściej z pestek grejpfruta) prowadzone są ciągłe badania i nie zaleca się popijania leków ów roztworem [14].

Substancje zobojętniające tj. Pantoprazol czy Omeprazol przyjmowane np. z kawą mogą powodować nadmierne wypłukiwanie magnezu z organizmu [12]. Od dawna wiadomo było, że kawa działa pobudzająco ze względu na zawartą w niej kofeinę, teofilinę oraz teobrominę. Oczywistym faktem było też, że wypłukuje ona ważne związki organiczne. Jednakże leki zobojętniające zadziałają synergicznie na kawę, co w tym przypadku nie oznacza pozytywnego skutku ich wspólnego zastosowania.

Podsumowanie

Reasumując, interakcje farmakologiczne to ważny i trudny dział w szeroko pojętej farmakologii. Rodzaje oddziaływań niosą ze sobą wiele rozwiązań, korzyści, ale również i wielkie niebezpieczeństwo. Brak stosownej wiedzy i doświadczenia może zakończyć się niejednokrotnie nieprzyjemnymi skutkami. Z przeprowadzonych badań wynika, że już przy 5 lekach jednocześnie traci się kontrolę nad prowadzoną farmakoterapią. Przy 8 lekach przyjmowanych w tym samym czasie występuje stu procentowe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań. Preparaty zawierające więcej niż jedną substancję czynną często nie są wystarczającym rozwiązaniem. Biodostępność tych samych leków u ludzi jest zróżnicowana. Każdorazowo powinniśmy zastanowić się nad możliwością wystąpienia interakcji i nad sposobami ich eliminacji.

Bibliografia

1. Burak K.: Farmakologia z elementami chemii leków. część I. Legnica: Zakład Poligraficzny Kazimierz Pakulski, 2010.

2. Burda-Malarz K.: Farmakoterapia pacjentów w podeszłym wieku – zmiany w farmakokinetyce i farmakodynamice leków, „Świat farmacji, magazyn dla farmaceutów i personelu medycznego” 2015, nr 06 (109); s. 13-21.
3. Dale M.M., Flower R.J., Henderson G., Rang H.P., Ritter J.M.: Farmakologia. Elsevier, Urban & partner: Wrocław, 2014. s. 17-18,716-720.
4. Gajos Anna: Nowe postacie leków szybko działających, „Świat farmacji, magazyn dla farmaceutów i personelu medycznego” 2015, nr 04 (105), s. 34-35.
5. Gean C.J., Hiatt G.F.S., Meyers F.H.: Vademecum leków i farmakoterapii. KRAM Ltd.: Warszawa, 1993.
6. Jachowicz R.: Receptura apteczna. Lekarskie PZWL: Warszawa, 2014.
7. Rakowski A.: Co trzeba wiedzieć o furaginie?, „Świat farmacji, magazyn dla farmaceutów i personelu medycznego” 2015, nr 05 (108), s. 40-41.
8. Sosnowska K., Telejko E.: Niezgodności recepturowe, interakcje, homeopatia i homotoksykologia. Akademia Medyczna w Białymstoku: Białystok, 2005.
9. Tatoń J.: Kliniczna Farmakologia niepożądanego działania leków. PZWL: Warszawa, 1985. s. 13-21.
10. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Farmakopea Polska Wydanie IX Supplement 2012. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne: Warszawa, 2012.
11. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Farmakopea Polska Wydanie Tom I. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne: Warszawa, 2011.
12. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Farmakopea Polska Wydanie Tom II. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne: Warszawa, 2011.
13. Aspirin [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępny w Internecie: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/2244>.
14. CYP3A4 [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępny w Internecie: <https://en.wikipedia.org/wiki/CYP3A4>.
15. Drug interaction [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępny w Internecie: https://en.wikipedia.org/wiki/Drug_interaction.
16. Furosemide [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępny w Internecie: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/3440#section=Top>.

17. Over-the-counter drug [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępne w Internecie: https://en.wikipedia.org/wiki/Over-the-counter_drug.
18. Ulipristal Acetate [online]. [dostęp 08 luty 2016]. Dostępny w Internecie: https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Ulipristal_acetate#section=Top.

Załącznik nr 1

Tabela nr 1 – zestawianie poszczególnych substancji czynnych wchodzących w skład leków OTC i skutki ich interakcji

Table No. 1 – breakdown of individual active substances found in OTC drugs and effects of their interaction

Substancja czynna	Substancja czynna	Interakcja
Pseudoefedryna	Kofeina	Może wywołać nerwicę lub stany nerwowe
Paracetamol	Ibuprofen	Nasilenie działań niepożądanych
Kwas acetylosalicylowy	Kodeina	Nasila się działanie przeciwbólowe
Paracetamol	Kwas acetylosalicylowy	Wzmaga działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe
Kwas acetylosalicylowy	Witamina C	Witamina C wzmacnia działanie kwasu acetylosalicylowego
Octan uliprystalu	Ziele dziurawca (Hypericum perforatum)	Zioła zawierające dziurawiec zmniejszają działanie octanu
Kwas acetylosalicylowy	Fenacetyna	Nasilenie działania przeciwbólowego
Parafina ciekła	Witaminy	Parafina może zaburzać wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach
Salicylany	NLPZ	W wysokich stężeniach powoduje owrzodzenia i krwawienia w obrębie przewodu pokarmowego

Węgiel aktywny	Leki doustne OTC	Węgiel absorbuje związki chemiczne
----------------	---------------------	------------------------------------

Tabela nr 2 - zestawianie poszczególnych substancji czynnych wchodzących w skład leków wydawanych bez recepty i na receptę oraz skutki ich interakcji

Table No. 2 – breakdown of individual active substances found in OTC and prescription drugs, and effects of their interaction

Substancja czynna	Substancja czynna	Interakcja
Fenobarbital	Witamina C	Witamina zmniejsza działanie fenobarbitalu
Fenobarbital	Octan uliprystalu	Octan zmniejsza działanie fenobarbitalu
Prednizon	Kwas acetylosalicylowy	Zwiększa ryzyko owrzodzenia i krwawienia z przewodu pokarmowego
Prednizon	Paracetamol	Zwiększone ryzyko wydalania wapnia, osteoporozy
Metoklopramid	Paracetamol	Metoklopramid zwiększa wchłanianie paracetamolu z jelita cienkiego
Neomycyna oraz leki zobojętniających sok żołądkowy	Laktuloza	Hamowanie obniżania pH treści jelitowej przez laktulozę i zmniejszenie jej działania w okrężnicy
Furosemid	NLPZ	Zwiększone ryzyko wystąpienia ostrej niewydolności nerek

Tabela nr 3 - zestawienie substancji czynnych będących częścią składu leków OTC z przyjmowanym pokarmem, wchodzących we wspólne interakcje i ich skutki

Table No. 3 – breakdown of individual active substances found in OTC drugs, types of food causing interactions, and their effects

Substancja czynna	Spożywany pokarm	Interakcja
Paracetamol	Alkohol	Ostre stany zapalne wątroby
Ibuprofen	Alkohol	Uszkodzenie śluzówki żołądka oraz wątroby
Kwas acetylosalicylowy	Ostre przyprawy oraz napoje zawierające kofeinę	Działanie drażniące na śluzówkę żołądka, krwawienia
Dekstrometorfan	Sok grejpfrutowy	Sok grejpfrutowy blokuje enzym CYP3A4 powodując osłabienie deksstrometofanu
Pantoprazol lub omeprazol	Kawa	Nadmierne wyplukiwanie magnezu z organizmu

OTC - over the counter, preparaty wydawane bez recepty do samodzielnego stosowania w okresie nie dłuższym niż trzy do pięciu dni.

Adres do korespondencji:

Mariusz Babiak
 ul. Wieniawskiego 37
 58-200 Dzierżonów
 Tel. 695-543-870
 E-mail: xsenoks@wp.pl

Uprawnienia felczera w kontekście kwalifikacji zawodowych lekarza i pielęgniarki

The rights of Medical Attendant in context of professional qualifications of Physicians and Nurses

doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Wyższa Szkoła Medyczna

Streszczenie

Wykonywanie wszystkich zawodów medycznych wiąże się z dużą odpowiedzialnością. Jedną z takich profesji jest zanikający już obecnie w Polsce zawód felczera. Szkoły felczerskie powołane zostały do życia w latach 50. XX wieku i funkcjonowały krótko- około dekady. Od tamtego czasu nie kształci się już u nas nowych adeptów tego fachu wciąż jednak praktykować mogą osoby, które w stosownym czasie uzyskały odpowiednie uprawnienia lub też uzyskały je w innych krajach.

Celem pracy jest ukazanie uprawnień felczera w kontekście kompetencji zawodowych lekarza oraz pielęgniarki z ujęciem aktualnych zmian nadających pielęgniarkom i położnym w Polsce nowe uprawnienia, a także z uwzględnieniem porównawczego wskazania czasu kształcenia w poszczególnych zawodach i tła historycznego.

Słowa kluczowe

lekarz, pielęgniarka, felczer, kompetencje, kwalifikacje zawodowe

Abstract

Performance of all medical occupations is associated with large responsibility. One of such professions is Medical Attendant which is almost vanishing in Poland. Medical Attendants' Schools have been established in the 1950s of the Twentieth Century and functioned for a decade.

Ever since we did not educate new adepts, however authorised Medical Attendants can still practise.

The aim of this work is to show the rights of Medical Attendants in the context of professional competences of Physicians and Nurses with a recognition of current suitable changes that give Nurses and Midwives in Poland new permissions that take into account comparative indication of the period of the education in the above profession.

Key words

physician, nurse, medical attendant, competence, professional qualifications

Omawiając prezentowane w niniejszym opracowaniu zagadnienia należy zacząć od wyjaśnienia podstawowych dla wskazanej tematyki pojęć, takich jak kompetencje czy kwalifikacje zawodowe, a także krótkiego wyjaśnienia kim jest lekarz, felczer oraz pielęgniarka.

Zawód felczera jest obecnie w Polsce zawodem zanikającym dlatego warto przypomnieć i zamieścić tu też nieco szerszą charakterystykę tej profesji.

Kompetencje. W literaturze odszukać można różne ich definicje. Zazwyczaj znajdują się w nich jednak, takie składowe jak wiedza, umiejętności oraz odpowiedzialność [1,2]. Kompetencje to zakres pełnomocnictw i uprawnień, zakres działania... oraz zakres czyjejś wiedzy, odpowiedzialności i umiejętności [1].

Zatem osoba kompetentna to ktoś uprawniony, upelnomocniony do wydawania decyzji, do działania, mający odpowiednie podstawy, kwalifikacje. Posiadający wiedzę umożliwiającą wydawanie sądu, autorytatywne wypowiedzanie się, wyrokowanie w określonym zakresie. Dysponujący ponadto odpowiednim doświadczeniem i wiadomościami. Krótko mówiąc osoba, która do określonych działań ma odpowiednie przygotowanie [2].

Kwalifikacje zawodowe (lub tzw. kompetencje twarde) pojmowane są jako zestaw wiedzy i umiejętności wymaganych do realizacji zadań zawodowych (w konkretnej specjalności). Wynikają z określonych dokumentów (świadectw, dyplomów, certyfikatów, zaświadczeń) i stwarzają domniemanie, że dany człowiek posiada odpowiednie kompetencje.

Lekarz to osoba mająca wiedzę i uprawnienia do leczenia [3]. Jest nim ten kto posiada stosowne kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych w szczególności: diagnozowania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji [4].

Felczer (*niem. Feldscher, szw. Fältskär- chirurg polowy*) to zawód pomocniczy uprawniający do świadczenia pomocy medycznej chorym [5]. Ogólnie rzecz ujmując również udziela pomocy w przypadkach zachorowania lub zagrożenia chorobą, diagnozuje stan zdrowia, zajmuje się profilaktyką oraz szerzeniem oświaty zdrowotnej [6,7]. W klasyfikacji zawodów i specjalności znajduje się on pod kodem 325901 [8]. Kwalifikacje felczera są jednak niższe -co trzeba wyraźnie wskazać- niż kwalifikacje lekarza. Zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera nie wymagało się od niego ukończenia żadnych wyższych studiów medycznych, a jedynie szkoły średniej (szczegółowe informacje odnośnie typów szkół i czasu kształcenia podane zostaną jednak w dalszej części pracy) i

uzyskania przez niego odpowiednich kwalifikacji na poziomie wykształcenia średniego [6,7]. Dawniej mogły być to również osoby uprawnione do wykonywania czynności felczerskich na podstawie wcześniejszych przepisów prawnych (Ustawa z dnia 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich) [9] lub takie które po dniu 9 maja 1945 r. ukończyły Oficerską Szkołę Instruktorów Sanitarnych przy Centrum Wyszkożenia Sanitarnego w Łodzi) [6, 10]. Minister Zdrowia mógł przyznać również prawo wykonywania zawodu i używania tytułu felczera obywatelom polskim, którzy nabyli równorzędne uprawnienia za granicą mogąc jednak uzależnić przyznanie tego prawa od złożenia egzaminów z niektórych przedmiotów objętych programem nauczania w liceum felczerskim. Art. 8.1. pkt.2 ust. b) Ustawy z 1950 r., wskazuje w tym kontekście również na osoby, które uzyskały zaliczenie 3 lat studiów na wydziale lekarskim [6]. Istnienie tego zawodu podyktowane było potrzebą czasów, zatem w Polsce od kilkudziesięciu lat nie kształcą się nowych felczarów, ale osoby które na terytorium naszego kraju wykształciły się już wcześniej mogą dalej wykonywać swoją profesję. Także felczery z innych państw Unii Europejskiej po uznaniu przez odpowiednie organy ich kwalifikacji mogą pracować również u nas [11].

Wykonywanie zawodu felczera polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, udzielaniu pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, wykonywaniu czynności z zakresu medycyny pracy, zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych, sprawowaniu nadzoru nad artykułami żywnościowymi i produktami użytkowymi, stwierdzaniu zgonów oraz udziale w procesie leczenia pod nadzorem lekarza lub przy współpracy z nim [12].

Czynności te felczar może wykonywać w publicznych zakładach opieki zdrowotnej pod kierunkiem lekarza (nie dotyczy to czynności związanych z udzielaniem pomocy w nagłych wypadkach), a w zakładach niepublicznych i dawniej w punktach felczerskich samodzielnie [6, 12].

Na tle zawodów związanych z ochroną zdrowia istotny jawi się także zawód pielęgniarki/pielęgniarsza i jest on zarazem jednym z tytułowych zawodów dla niniejszego artykułu. Jest to samodzielny zawód z kręgu profesji medycznych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie (bez zlecenia lekarskiego) uprawniona jest ona do wykonywania świadczeń (wskazanych w rozporządzeniu) z zakresu wszystkich wymienionych powyżej obszarów [13].

Wracając jednak do uprawnień felczera przypomnieć warto, że Ustawa z dnia 20 lipca 1950r. [6] została znowelizowana 11 marca 2005 r. [12]. Zgodnie z nią (w odróżnieniu od lekarza) jego uprawnienia obejmują świadczenia zdrowotne wobec pacjentów niewymagających specjalistycznej opieki lekarskiej oraz w nagłych przypadkach. Należą do nich: ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania, ustalanie rozpoznania choroby, wdrażanie leczenia oraz przepisywanie na receptę produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z odrębnymi przepisami, prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wykonywanie defibrylacji ręcznej pod kontrolą EKG, wykonywanie defibrylacji automatycznej, wykonywanie EKG, wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych, podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną i wziewną, cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie sondy żołądkowej, płukanie żołądka, wykonanie wlewu doodbytniczego (tzw. lewatywy), pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych, pobieraniu wymazów z gardła i nosa oraz odbytu, opatrywanie ran, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń, tamowanie krwotoków, przygotowanie pacjenta do transportu i opieki medycznej podczas transportu [12,14].

Ponadto felczer ma prawo wydawania orzeczeń o stanie zdrowia w przypadkach opisanych wyżej oraz orzekania o czasowej niezdolności do pracy (wystawiania zwolnień, druków L4).

Ma też uprawnienia do działań w zakresie oświaty zdrowotnej i profilaktyki, w tym wykonywania szczepień ochronnych [12].

Pod nadzorem lekarza jest również uprawniony do: asystowania przy zabiegach chirurgicznych; wykonywania znieczulenia miejscowego; wykonywania drobnych zabiegów chirurgicznych: zaopatrzenia chirurgicznego rany, sączkowania, nacięcia, wyluszczenia i nakłucia; zmiany opatrunków, usuwania szwów i drenów [12].

Prawo wykonywania zawodu i używania tytułu felczera, zgodnie z Ustawą z dnia 20 lipca 1950 r. mogła otrzymać osoba, która: ukończyła liceum felczerskie lub szkołę felczerską w Polsce - a zatem posiada wykształcenie średnie medyczne, albo posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny na podstawie umów międzynarodowych [6, 15].

Zaznaczyć należy, że w latach powojennych felczerzy wykonali w naszym kraju wielką pracę w zakresie profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych, szczepień ochronnych, popularyzacji higieny, a także zdrowego trybu życia i odżywiania, leczyli schorzenia dzieci oraz osób dorosłych, zapewniali opiekę medyczną

zwłaszcza w środowiskach wiejskich i rejonach oddalonych od dużych miast oraz placówek służby zdrowia [16].

Szkoły felczerskie nie funkcjonowały jednak w Polsce długo. Istniały około dekady. Opuściło je kilkanaście tysięcy absolwentów. Niektórzy uzupełnili później swoje wykształcenie, zdobywszy dyplomy lekarskie, bowiem z początkiem lat 70. felczerzy mogli studiować medycynę bez konieczności zdawania egzaminów wstępnych. Jak wspominają również niektórzy zainteresowani wystarczyło zapisać się wówczas na specjalny kurs przygotowawczy. Część z nich nie zdecydowała się jednak na studia i uzyskanie wykształcenia wyższego. Niektórzy z nich wykonują jeszcze swój zawód, natomiast ostatnia szkoła felczerska w Polsce przestała działać w 1959 roku [16]. Prawo wykonywania zawodu felczera dawało uprawnienia do leczenia, ordynowania leków, orzekania i zajmowania stanowisk administracyjnych w społecznej służbie zdrowia. Do szkół typu policealnego nabór nie był ograniczony wiekiem. W naszych rejonach, to jest na Dolnym Śląsku szkoła taka funkcjonowała np. w Świdnicy [17]. Po trzech latach pracy felczer mógł ubiegać się o uzyskanie tytułu starszego felczera.

Wg danych Centralnego Rejestru Felczerów Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 10.12.2015r. (czyli dzień przed rozpoczęciem konferencji) w Polsce było 253 felczerów nadal czynnych zawodowo (oraz 656 nie wykonujących zawodu) [18, 19]. Obecnie są to już głównie osoby starsze.

Porównując okres kształcenia we wszystkich wymienionych wyżej zawodach medycznych czas trwania nauki jest zróżnicowany. Na kierunku lekarskim wynosi w Polsce 6 lat (z tym, że obecnie staż odbywa się już w ramach 6 roku studiów), na kierunku lekarsko-dentystycznym 5 lat (natomiast dla porównania kształcenie lekarza weterynarii wynosi 5,5 roku). Czas trwania nauki zawodu felczera (zdecydowanie krótszy niż lekarza) różnił się nieco w zależności od rodzaju szkoły.

Akt powołania przez Ministra Zdrowia z dnia 20.04.1950 r. zapoczątkował trzy typy szkół felczerskich:

3 - letnie Państwowe Liceum Felczerskie

2 - letnią Szkołę Felczerską

1,5 - roczną Szkołę Felczerską zwaną Szkołą Awansu Społecznego [6].

Również czas i forma kształcenia pielęgniarek w Polsce na przestrzeni lat zmieniały się. Nie będziemy tu jednak sięgać historii bardzo odległej, gdyż nie jest to zamierzeniem pracy, ale aby naświetlić sytuację cofniemy się do lat powojennych. Po II wojnie światowej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki uzyskiwało się po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub po odbyciu kursu, praktyki

i zdaniu egzaminu. W 1949 r. powstał w Warszawie Ośrodek Szkolenia Instruktoerek Pielęgniarstwa. Wówczas też upaństwowiono szkoły pielęgniarskie. Zaczęto tworzyć nowe szkoły policealne (zazwyczaj 2 letnie) dla absolwentów szkół średnich. Już od roku 1965, aby pracować w zawodzie należało ukończyć liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe. Absolwenci liceów mieli możliwość uzyskania świadectwa ukończenia liceum i po zaliczeniu przewidzianych egzaminów także tytułu pielęgniarki oraz świadectwa dojrzałości dającego możliwość ubiegania się o przyjęcie na studia wyższe. W Warszawie utworzono Studium Nauczycielskie Szkół Medycznych. W 1969 r. przy Akademii Medycznej w Lublinie powstało Studium Zawodowe Pielęgniarstwa (3 letnie), natomiast w 1971 r. uruchomiono tu studia magisterskie [20]. Przypomnieć warto, że licea medyczne były dobrymi pod względem merytorycznym szkołami o 5 letnim okresie nauczania, które przygotowywały profesjonalne kadry zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym. Mogły właściwie kształtować młode adeptki, które trafiały tam mając około 15 lat, a wychodziły mając około 20. Jednak szkoły te funkcjonujące z powodzeniem od 1961 r. zaczęto likwidować w latach 90.XX w. [21]. Ostatni absolwenci opuścili je w latach 1995-1997. Szkoły typu studium również w końcu zlikwidowano. W akademiach medycznych w Polsce zaczęły powstawać stopniowo następne wydziały pielęgniarskie kształcące magistrów pielęgniarstwa, ale dodać należy tu, że nie była to wówczas zbyt powszechna ścieżka kształcenia. Po uczelni lubelskiej wydziały te zaczęły pojawiać się również w kolejnych dużych ośrodkach akademickich, takich jak: Katowice, Poznań, Kraków czy Wrocław, a następnie także i w innych. Były to jednolite 4 letnie (dienne) lub 5 letnie (zaoczne) studia magisterskie przeznaczone wówczas wyłącznie -na co należy zwrócić uwagę - dla pielęgniarek legitymujących się już świadectwami stosownych szkół medycznych (a nie innych dowolnych typów szkół średnich czy pomaturalnych), czyli takich które odbyły już naukę zawodu w liceum lub studium i uzyskały tytuł pielęgniarki oraz świadectwo dojrzałości- zatem całkowity czas kształcenia magistra pielęgniarstwa wynosił tu łącznie nawet do 9-10 lat. Studia wyższe służyły uzyskaniu magisterium, a nie posiadanego już na tym etapie zawodu, co dawniej osoby nieobeznane z tematem interpretowały niekiedy błędnie. Przy okazji dyskusji o wypisywaniu recept i ordynowaniu leków przez pielęgniarki warto zaznaczyć tu także, że liceach omawiano zasady budowy recept, a zarówno w trakcie kształcenia w liceach, jak i w toku studiów magisterskich realizowany był już wtedy przedmiot farmakologia. Zresztą uprawnienia takie oficjalnie posiadają -choć w różnym zakresie- pielęgniarki w kilkunastu różnych krajach świata. Reforma kształcenia wprowadziła jednak w procesie

kształcenia pewne zmiany. Obecnie w Polsce kształcenie w zawodzie pielęgniarki na poziomie szkół średnich nie istnieje. Możliwe są tylko studia wyższe- co najmniej licencjackie. System studiów dwustopniowych był jednym z głównych postulatów zawartych w 1999 r. w Deklaracji Bolońskiej. W Polsce jednolite studia magisterskie zaczęto rozdzielać w 2001 r. Zatem aktualnie kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo odbywa się w trakcie studiów 2 stopniowych (3 lata studia pierwszego stopnia tzw. licencjackie + dodatkowo dla osób chętnych 2 letnie studia uzupełniające drugiego stopnia /magisterskie/- razem czas nauki = 5 lat). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 maja 2004 r. dało również możliwość uzupełnienia wykształcenia pielęgniarkom posiadającym ukończone licea lub pielęgniarkom posiadającym szkoły policealne do tytułu licencjata na studiach pomostowych [21] (czas trwania studiów pomostowych wynosił początkowo 2 lata i był następnie skracany do 1,5 roku, a następnie 1 roku).

Obecnie dla osób chcących zdobyć zawód wymagane są co najmniej 3-letnie studia licencjackie oraz dla chętnych dodatkowo dostępne 2-letnie studia uzupełniające II stopnia- magisterskie- łącznie 5 lat. Istnieje tu również (w ramach kształcenia podyplomowego) możliwość szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych, jak również dokształcających.

Ukończenie studiów i uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa -podobnie jak na wielu innych kierunkach- wiąże się również z koniecznością przygotowania pracy magisterskiej (na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym i weterynarii nie). Możliwe są tu również studia III stopnia- doktoranckie, a środowisko pielęgniarskie w Polsce może pochwalić się już jednak nie tylko doktoratami, ale również habilitacjami oraz profesurami.

Choć pielęgniarka i lekarz/felczer są to zawody różne, to w kontekście wprowadzenia nowych uprawnień (do ordynowania leków i wypisywania recept) dla pielęgniarek i położnych [22] istotne i ciekawe wydaje się być właśnie wskazanie czasu trwania nauki na poszczególnych kierunkach.

Lekarz -jak powszechnie wiadomo- jest osobą uprawnioną do ordynowania leków [4]. Również wśród wielu uprawnień felczera znajduje się m.in. także to do ordynowania leków i wystawiania recept. Recepty te różnią się od recept lekarskich jedynie pieczęcią wystawiającego, która musi zawierać oznaczony tytuł oraz numer prawa wykonywania zawodu [6].

Felczer może przepisywać leki dopuszczone do obrotu w Polsce z wyjątkiem leków bardzo silnie działających (wykaz A) [16].

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie felczera, ma również prawo zapisać na receptę produkty lecznicze zawierające środki odurzające z grupy III N, substancje psychotropowe z grupy IV P oraz środki silnie działające z grupy B [16,23]. Nadmienić należy, że według podziału obowiązującego we Wspólnocie Europejskiej zawód ten zaliczany jest do kategorii równorzędnej do m.in. np.: zawodu asystentki stomatologicznej, higienistki stomatologicznej, protetyka słuchu, ratownika medycznego, technika dentystycznego, technika elektroradiologa, technika farmaceutycznego, technika masażysty czy technika ortopedy [16]. Zaznaczyć jednak warto, iż felczerzy byli dobrymi i cenionymi w społeczeństwie fachowcami [24].

Podsumowując trzeba wskazać, że:

1. Lekarz i pielęgniarka to zawody różne, choć współpracujące.
2. Pielęgniarka to zawód samodzielny. Nie tylko pielęgnuje, lecz również w określonym przepisami zakresie bierze udział m.in. w procesie diagnostycznym i terapeutycznym.
2. Z racji charakteru swej profesji lekarz uprawniony jest do ordynowania leków. Był i nadal jest uprawniony do tego felczer (pielęgniarka i położna w Polsce dotychczas nie).
3. Wykaz leków, które od 01.01.2016 r. (po spełnieniu określonych przepisami warunków) mogą obecnie ordynować w Polsce pielęgniarki oraz położne nie jest zbyt obszerny.
4. Wprowadzenie kształcenia felczerów, a obecnie nowych uprawnień dla pielęgniarek miało na celu zapewnienie lepszego dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej.
5. Czas kształcenia felczerów (szkoły średnie- 3 letnie licea, szkoły 2 letnie i 1,5 roczne) nie był dłuższy, a w zdecydowanej większości przypadków krótszy niż czas przeznaczony na kształcenie pielęgniarek (nawet na poziomie samych już tylko szkół średnich, nie wspominając o kształceniu na poziomie wyższym).
6. Uprawnienia felczera w kontekście czasu trwania nauki są dosyć szerokie.

Piśmiennictwo:

1. Słownik języka polskiego, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005, s. 348
2. Furmanek W.: Kompetencje - próba określenia pojęcia, Edukacja Ogólnotechniczna, nr 7, 1997
3. Doroszewski W. (red.): Słownik języka polskiego [on-line]. PWN [dostęp 19-02-2016]
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. z 2015 poz. 464
5. Łaziński M. (red.): Słownik zapożyczeń niemieckich w polszczyźnie; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s.61
6. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera Dz.U. 1950 nr 36 poz. 336
7. Felczer, Encyklopedia gazety prawnej
<http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/336895,felczer.html>
[dostęp 19-02-2016]
8. Indeks alfabetyczny zawodów i specjalności
[http://psz.praca.gov.pl/documents/10240/54723/Alfabetyczny_indeks_zawodow_do_KZiS_\(Dz._U._28.08.14,poz.1145\)st.22.12._2014.pdf/c602f182-2779-498b-\[dostęp_19-02-2016\]](http://psz.praca.gov.pl/documents/10240/54723/Alfabetyczny_indeks_zawodow_do_KZiS_(Dz._U._28.08.14,poz.1145)st.22.12._2014.pdf/c602f182-2779-498b-[dostęp_19-02-2016])
9. Ustawa z dnia 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach do wykonywania czynności felczerskich (Dz. U. R. P. z 1921 r. Nr 64, poz. 396, z 1934 r. Nr 110, poz. 976 oraz z 1946 r. Nr 55, poz. 312).
10. Biadała E. : Oficerska szkoła felczerów w Łodzi; Skalpel pismo Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie 04/2005
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, Dz.U. 1999 nr 53 poz. 566
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczególnych uprawnień zawodowych felczera. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135
13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. z 2014 poz. 1435
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
15. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych Dz.U. z 2001 nr 87 poz. 954
16. Bęben A: Wykreślani z rejestru; Rynek zdrowia, 18 maja 2008
17. Kolejewski A: O szkole felczerskiej; Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku/tom 113 10 – 2001

18. Centralny rejestr felczerów <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-felczerow>
19. Lisowska B.: Najmłodszy polski felczer: To biurokracja jest anachroniczna, a nie ja; <http://www.gazetaprawna.pl/artykuly/867747,najmlodszy-polski-felczer-to-biurokracja-jest-anachroniczna-a-nie-ja.html> [dostęp 10.12.2015]
20. Wielka Encyklopedia PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2004, t. 20
21. Brudecka B.: W Europie i w Polsce. Rozwój kształcenia pielęgniarek; Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 06/2007, s. 13
22. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarce i położnej oraz niektórych innych ustaw [dostęp 10.12.2015]
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 czerwca 1999 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień zawodowych felczera
24. Krzepakowska-Bułat I.: Kazimierz Żochowski – łomżyński felczer; Serwis historyczny ziemi łomżyńskiej <http://historialomzy.pl/kazimierz-zochowski-lomzynski-felczer/> [dostęp 18.02.2016]

Adres do korespondencji:

Jolanta Pietras
ul. Powstańców Śląskich 3
59-220 Legnica
tel.: 76 854 99 33
mail: dziekan@wsmlegnica.pl