
ANALIZA ROZWIĄZAŃ EUROPEJSKICH W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA KADR PIELĘGNIARSKICH I POŁOŻNICZYCH W SYSTEMACH OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

RAPORT ZBIORCZY



Dokument dopracowany w ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w latach 2016-2020
Warszawa 2020 r.

Spis treści

Wstęp.....	4
1. Wizyta studyjna w Szwecji.....	5
1.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	5
1.2. Kadry pielęgniarskie	7
1.3. System kształcenia pielęgniarek.....	9
1.4. Udzielanie świadczeń przez pielęgniarki	10
1.5. Diagnoza problemów.....	12
1.6. Rekomendacje dla polskiego systemu ochrony zdrowia	13
1.7. Inne informacje przydatne dla Polski	15
2. Wizyta studyjna w Hiszpanii	16
2.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	16
2.2. Zatrudnienie pielęgniarek i położnych	17
2.3. System kształcenia pielęgniarek i położnych	18
2.4. Świadczenia udzielane przez pielęgniarki	21
2.5. Dobre praktyki – Podstawowa opieka zdrowotna	21
2.6. Wskaźniki jakości opieki	22
2.7. Lecznictwo zamknięte na przykładzie szpitala w Barcelonie: Vall d'Hebron University Hospital.....	23
2.8. Problemy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych	24
2.9. Wnioski i rekomendacje dla Polski wynikające z wizyty	24
3. Wizyta studyjna w Holandii.....	25
3.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	25
3.2. Średnie wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego	28
3.3. Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej i położniczej (standard kształcenia).....	28
3.4. Szkoły wyższe.....	29
3.5. Role i kompetencje nauczane w procesie edukacji pielęgniarek.....	30
3.6. Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w lecznictwie szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia	32
3.7. Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia	37
3.8. Wnioski rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.....	37
4. Wizyta studyjna w Irlandii	39

4.1.	Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	39
4.2.	Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej i położniczej (standard kształcenia).....	40
4.3.	Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w leczeniu szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia	43
4.3.1.	Kompetencje niezbędne do wpisu do rejestru.....	43
4.4.	Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych.....	46
4.5.	Wnioski i rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.....	47
5.	Wizyta studyjna w Portugalii	48
5.1.	Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Portugalii	48
5.2.	Dane dotyczące zatrudnionych pielęgniarek i położnych	49
5.3.	Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej i położniczej (standard kształcenia).....	49
5.4.	Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w leczeniu szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia	52
5.4.1.	Asystenci Pielęgniarek.....	52
5.5.	Funkcjonowanie i integracja opieki	52
5.6.	Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych.....	53
5.7.	Wnioski, rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytowanym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.....	54
6.	Wizyta studyjna we Włoszech – Rzym	55
6.1.	Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	55
6.2.	System kształcenia pielęgniarek i położnych	57
6.3.	Rola pielęgniarek w zintegrowanej opiece zdrowotnej.....	58
6.4.	Autonomia pielęgniarek we Włoszech	60
6.5.	Implementacja elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej	60
6.6.	Wnioski i rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych... ..	60
7.	Wizyta studyjna w Finlandii	62
7.1.	Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	62
7.2.	System kształcenia pielęgniarek i położnych	65
7.2.1.	Pielęgniarka Ogólna	66

7.2.2. Pielęgniarka specjalista	66
7.2.3. Pielęgniarka Zaawansowanej praktyki	66
7.2.4. Pielęgniarka Praktyki	66
7.2.5. Pielęgniarka specjalista kliniczny (CNS)	67
7.2.6. Zaawansowana praktyka pielęgniarska ze stopniem naukowym podyplomowym	67
7.3. Rola pielęgniarek w zintegrowanej opiece zdrowotnej	67
7.4. Autonomia pielęgniarek w Finlandii	68
7.5. Informatyka pielęgniarska	71
7.6. Najważniejsze dane z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia	71
7.7. Wnioski rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych	72

WSTĘP

W Raporcie przedstawione zostały informacje pozyskane w wyniku odbytych siedmiu wyjazdów studyjnych do krajów Unii Europejskiej w ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Celem wizyt było zapoznanie z różnymi systemami ochrony zdrowia oraz funkcjonującymi w nich procedurami, koncepcjami i rozwiązaniami organizacyjnymi, które mogłyby być zapożyczone i wykorzystane w polskich warunkach, w szczególności w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa.

Podczas wizyt szczególną uwagę zwracano na kwestie kształcenia, zatrudnienia, uprawnień i kompetencji pielęgniarek i położnych oraz ich roli w poszczególnych społeczeństwach, a także na istniejące problemy, dotyczące szeroko pojętej opieki pielęgniarskiej i położnych.

Niniejszy raport końcowy zawiera najistotniejsze informacje dotyczące rozwiązań w obszarze polityki zdrowotnej, systemów opieki zdrowotnej, w tym także polityki kadrowej odnoszącej się do zawodów pielęgniarki i położnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, w kontekście kształcenia zawodowego, kompetencji, pełnionych ról oraz rozwoju zawodowego wraz z rekomendacjami dla Polski.

1. Wizyta studyjna w Szwecji

W dniach 29 listopada – 2 grudnia 2016 r. odbyła się pierwsza z zaplanowanych wizyt studyjnych, w której uczestniczyli dwaj przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert zewnętrzny.

1.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Mieszkańcy Szwecji, w porównaniu z innymi krajami UE, żyją stosunkowo długo. Średnia długość życia dla kobiet wynosi 83,7 lat, natomiast dla mężczyzn 80,1 lat. W 2013 r. 19,4 % populacji było w wieku powyżej 65 r. życia. Wzrosła także liczba urodzin dzieci.

System ochrony zdrowia w Szwecji jest zdecentralizowany, a pacjenci mają równy dostęp do usług medycznych realizowanych dzięki finansowaniu z podatków.

Odpowiedzialność za opiekę zdrowotną i medyczną jest podzielona pomiędzy rząd, rady powiatów oraz gminy. Sprawy odpowiedzialności gmin i powiatów reguluje ustawa, natomiast rząd ma więcej swobody w tym zakresie.

Rząd odpowiada za określenie zasad i przewodników do opieki, do których opracowania powołanych jest 1500 ekspertów, czuwających nad ich aktualnością. Rząd określa także polityczną agendę dla opieki zdrowotnej i medycznej. Ma to miejsce na drodze współpracy rządu ze stowarzyszeniami i lokalnymi urzędami, które są reprezentantami gmin i powiatów.

Odpowiedzialność za dostarczanie opieki zdrowotnej powierza się gminom, w niektórych przypadkach powiatom. Rady powiatów są organami politycznymi, których reprezentanci są wybierani w wyborach co cztery lata. Założeniem polityki zdrowotnej jest to, że każda gmina zapewnia dobrą jakość opieki zdrowotnej i medycznej.

W Szwecji funkcjonuje 290 gmin i 20 rad powiatów. Gminy dzielą się między sobą zadaniami, specjalizując się. I tak np. 90 % rad powiatów odpowiada za ochronę zdrowia, ale nie tylko. Rady powiatu odpowiadają również za opiekę stomatologiczną populacji do 20 roku życia. Zadaniem gmin jest natomiast opieka nad osobami starszymi i niesamodzielnymi.

Gminy odpowiadają też za opiekę nad osobami starszymi w domu oraz zapewniają im niezbędne wyposażenie. W zakresie obowiązków gminy jest także odpowiedzialność za opiekę nad osobami z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną oraz prowadzą wsparcie dla osób wypisanych ze szpitala. Do zadań gmin należy także opieka nad dziećmi w szkołach.

Jednak znacząca część usług realizowanych przez gminy stanowią usługi dla osób z chorobami przewlekłymi, które wymagają monitorowania i leczenia, a także bardzo często długotrwałego stosowania leków.

Jednym z ważnych priorytetów ochrony zdrowia w Szwecji jest bezpieczeństwo pacjentów. W 2011 r. Szwecja ustanowiła nowe prawo dotyczące bezpieczeństwa pacjentów. Głównym celem tej inicjatywy jest uproszczenie raportowania przypadków niewłaściwego leczenia.

Ważnym dla polityki zdrowotnej rozwiązaniem stało się także ponoszenie przez pacjentów kosztów leczenia. Opłatom podlega opieka szpitalna, której koszt wynosi do 100 SEK na dzień, a podstawowa opieka zdrowotna z opłatą od 100 do 300 SEK – w zależności od powiatu. Wizyta u specjalisty kosztuje maksimum 350 SEK.

Przemiany, jakie sukcesywnie wprowadzono w ochronie zdrowia, spowodowały lepszy dostęp do usług. Kamieniem milowym we wdrażaniu koordynacji i integracji w ochronie zdrowia była analiza kosztów opieki, przeprowadzona metodą studium przypadku 79 letniej kobiety, która chorowała na typowe choroby przewlekłe tego okresu życia. Jak policzono, koszty zdefragmentowanej opieki wyniosły prawie 900 tys. SEK, natomiast usługi nie były dostosowane do jej potrzeb.

Obecnie opieka zdrowotna w Szwecji ukierunkowana jest na opiekę skoncentrowaną na osobie. Postawionym celem reformy było bowiem dostarczenie sprawiedliwej opieki dla wszystkich.

Szwecja jest dumna nie tylko ze zmian związanych z koordynacją opieki, ale także ze skrócenia czasu pobytu pacjentów w opiece „ostrej”. Okres pobytu skrócono do 5,5 dnia. Opieka poza szpitalna przeniesiona do środowiska – miejsca, gdzie pacjenci chcą otrzymywać świadczenia zdrowotne, a także spędzać ostatni etap swojego życia, aż do śmierci.

W opiece środowiskowej kluczową rolę odgrywają pielęgniarki środowiskowe. Są to pielęgniarki zaawansowanej praktyki – APN, które zostały do tego rodzaju świadczeń przygotowane poprzez wdrożenie kształcenia APN na poziomie studiów magisterskich. Przekazując pacjentów do opieki środowiskowej zainwestowano więc w wykształcenie pielęgniarek środowiskowych, opierając się na ich kompetencjach.

Pierwsze reformy w tym zakresie rozpoczęto w 2003 r. Miały one na celu wzmocnienie współpracy pomiędzy rządem i poszczególnymi gminami oraz wzmocnienie zintegrowania i zapewnienie ciągłości opieki. Wzmocniono odpowiedzialność za opiekę pacjentów wypisywanych ze szpitala na poziomie województw. W latach 2001 - 2004 rząd przeznaczył 9 mln SEK dla wzmocnienia sieci współpracy pomiędzy sektorem szpitalnym i poza szpitalnym.

W 2005 r. wprowadzono standard „gwarantowanego czasu oczekiwania” - „0-7-90-90”. Oznaczało to natychmiastowy kontakt z ochroną zdrowia celem konsultacji: zero czekania, możliwość otrzymania usługi lekarza POZ w ciągu siedmiu dni, konsultacja ze specjalistami w ciągu dziewięćdziesięciu dni, otrzymanie leczenia nie później niż dziewięćdziesiąt dni od diagnozy. Dotyczyło to także korzystania z zabiegów pielęgniarskich.

W tym samym roku wprowadzono reformy umożliwiające pacjentom wybór świadczeniodawców. Pacjenci nie musieli już korzystać z opieki lekarzy dostępnych w ich obszarze zamieszkania, mogli wybrać go poza miejscem zamieszkania. Spowodowało to wzrost konkurencyjności w sektorze prywatnym i publicznym. Kolejnym ważnym krokiem było wprowadzenie w 2006 r. wskaźników jakości i efektywności opieki, porównywanych pomiędzy gminami i powiatami. Reforma ta spowodowała transparentność i promowanie dobrych praktyk i innowacji w dostarczaniu opieki.

Wzmocnienie koordynacji i integracji opieki środowiskowej stało się również możliwe dzięki wprowadzeniu tzw. „łańcucha opieki”. Innowacja ta spowodowała redukcje niepotrzebnego zróżnicowania usług i w praktyce doprowadziła do skupienia się na lokalnych potrzebach zdrowotnych mieszkańców.

„Łańcuch opieki” został zdefiniowany jako ścieżki kliniczne, zorientowane na specyficzne problemy zdrowotne. Dotyczyły one opieki ostrej oraz dla drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego z udziałem multidyscyplinarnego zespołu, przypisując mu konkretne

kompetencje. Opracowanie ich oparto na badaniach naukowych. Model ten wprowadzono w całym kraju, przy dużym wsparciu ze strony polityków i decydentów.

Kolejną innowacją, ważną dla zintegrowania opieki było wprowadzenie „lokalnej opieki zdrowotnej”. Opiekę tę zdefiniowano jako *podstawowa opieka zdrowotna współpracująca z opieką szpitalną, zorientowaną na środowisko rodzinne i adresowana do potrzeb zdrowotnych*. Ten model ukierunkowany został na specyficzne obszary opieki, takie jak opieka długoterminowa, opieka nad rodziną i dziećmi oraz osobami starszymi.

Ważnym elementem koordynacji ochrony zdrowia jest Narodowy System Zdrowia. Ma on na celu lepsze wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych dla poprawy zdrowia i opieki medycznej i uczynienie go bardziej skutecznym. Przykłady wykorzystania technologii dla zintegrowania opieki obejmują m.in. elektroniczną dokumentację pacjenta, e-recepty i strony internetowe, które dostarczają pacjentom informacji na temat opieki zdrowotnej.

Dane gromadzone w dokumentacji medycznej wykorzystywane są do przygotowania raportów, których celem jest refleksyjna praktyka, dyskusja nad problemem i sytuacją, w celu wskazania, co można zrobić inaczej, lepiej, aby uniknąć problemów i zminimalizować je, obniżyć koszty, zachowując wysoką jakość opieki. Przykładem takiego projektu jest wprowadzenie dodatkowego posiłku dla pacjentów po kolacji, w wyniku badania, które wskazało poprawę wyników ich leczenia.

Ustawa o danych pacjenta umożliwia pracownikom służby zdrowia, za zgodą pacjenta, uzyskanie dostępu do jego elektronicznej dokumentacji od różnych świadczeniodawców i ponad granicami organizacyjnymi podmiotów. Jest kompleksowa, jeden pacjent = jeden rekord, dostępny z każdego miejsca. Od 2016 r. pacjenci mają nieograniczony dostęp do danych o swoim statusie zdrowotnym.

1.2. Kadry pielęgniarskie

Pracownicy opieki zdrowotnej zatrudnieni w sektorze powiatów to głównie pracownicy licencjonowani.

Są nimi lekarze i pielęgniarki. Natomiast pracownicy zajmujący się opieką w sektorze komunalnym (gminy), to nielicencjonowany personel medyczny – asystenci pielęgniarek, wykonujący proste czynności instrumentalne, zgodnie z przygotowanym, skoordynowanym planem opieki.

W porównaniu z latami 90, liczba zatrudnionych pielęgniarek w Szwecji zdecydowanie wzrosła. Obecnie w Szwecji na 100 000 mieszkańców przypada 1100 pielęgniarek. Nie jest to jednak liczba, która jest w stanie sprostać zapotrzebowaniu na opiekę, stąd pielęgniarki są w systemie wzmocnione personelem pomocniczym, który przejął czynności instrumentalne pozwalając pielęgniarkom na zajęcie się koordynowaniem opieką i pracą koncepcyjną niezbędną dla planowania kompleksowej opieki. W oddziale zakaźnym pielęgniarka opiekuje się 9 pacjentami i ma do pomocy 2 asystentów podczas zmiany.

Szwecja ma niższy wskaźnik pielęgniarek niż w innych krajach skandynawskich, ale wyższy niż w pozostałych krajach UE i dwukrotnie wyższy niż w Polsce.

Reformując opiekę środowiskową, już na początku lat 90, gminy zaczęły zatrudniać więcej pielęgniarek środowiskowych. Miało to przede wszystkim związek z zaspokojeniem lokalnych potrzeb zdrowotnych i wsparciem integracji usług zdrowotnych na poziomie środowiska. W środowisku pielęgniarka ma do dyspozycji personel pomocniczy – asystentów, zatrudnianych przez gminy.

W 2010 r. odnotowano spadek liczby pielęgniarek specjalistów. Według organizacji pielęgniarskiej Vårdförbundet, w 2020 r., co trzecia pielęgniarka zatrudniona w podstawowej opiece zdrowotnej odejdzie na emeryturę. Szacuje się, że doprowadzi to do zmniejszenia dostępności do usług pielęgniarskich w środowisku i zmniejszenia dostępności do świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Pielęgniarki środowiskowe kształcone są na drugim poziomie studiów jako pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN). Otrzymują one szerokie kompetencje do poszerzonej diagnozy i koordynacji opieki oraz kompetencje do współpracy z asystentami zatrudnianymi przez gminy.

Wśród dostępnych specjalizacji dużym zainteresowaniem cieszy specjalizacja dla położnych. Jest ona dostępna na drugim poziomie studiów. Położne, to pielęgniarki specjalistki. Prowadzą one opiekę nad kobietą w każdym okresie życia, koordynując ją w zakresie opieki nad kobietą zdrową.

Lekarz ginekolog zajmuje się natomiast patologią. Może się zdarzyć, że kobieta przez całe swoje życie nie skorzysta z usług lekarza ginekologa. Jak donosi organizacja pielęgniarska Vårdförbundet, liczba położnych praktykujących w Szwecji obecnie ulega zmniejszeniu.

Pielęgniarki w codziennych czynnościach wspiera personel pomocniczy, którego liczba została określona na poziomie 500 tys. (Vårdförbundet 2016), zatrudniany przez gminy, oraz opiekunowie nieprofesjonalni, przygotowywani przez pielęgniarki do sprawowania opieki na poziomie pozainstytucjonalnym. Pielęgniarki planują opiekę, delegują zadania i monitorują efektywność opieki. Zarządzają projektami, np. LINEA, Senior ALERT, gdzie odgrywają kluczową rolę, mogąc wykorzystywać swoje kompetencje, zgodnie z posiadanym wykształceniem.

System ochrony zdrowia w Szwecji daje możliwość samorealizacji pielęgniarkom w różnych obszarach – edukacja, promocja zdrowia, system informacyjny 1177. System 1177 to ogólnokrajowy system informacji, gdzie widoczna jest kluczowa rola pielęgniarek. Pielęgniarki odpowiadają na pytania, oceniają potrzeby w zakresie opieki, doradzają i w razie potrzeby prowadzą do odpowiedniego miejsca przyjęcia do opieki. Pielęgniarki reagują na około 4,5 miliona połączeń rocznie. Ponad 90% rozmówców postępuje zgodnie z zaleceniami, które otrzymują i są z nich tak zadowoleni, że chcą nadal korzystać z teleopieki.

Kompetencje pielęgniarek oparto na systemie 6 kompetencji kluczowych, zaadoptowanych z USA. Do podejmowania decyzji klinicznych w pielęgniarstwie przygotowane są przewodniki do opieki, budowane w oparciu o Evidence Base Nursing (EBN) i dostępne w systemach informatycznych.

W szpitalach pielęgniarki prowadzą badania naukowe, które wspierają proces edukacji studentów i podejmowanie decyzji klinicznych w praktyce, pomagają także w przygotowywaniu przewodników do opieki. Prowadzą projekty badawcze, są ambasadorami bezpieczeństwa opieki – oceniają ryzyko i je eliminują poprzez prowadzenie badań pilotażowych i wdrażanie ich wyników do praktyki.

Plany opieki są wystandaryzowane i weryfikowane naukowo. Natomiast zarządzanie opieką, to zarządzanie przypadkiem w oparciu o model procesu pielęgnowania określający efektywność opieki, koordynowany przez pielęgniarkę.

Badania naukowe w pielęgniarstwie, w szpitalach uniwersyteckich w Skandynawii służą poprawieniu jakości usług i są rozwijane w oparciu o aktualną wiedzę oraz cytowane

w publikacjach naukowych. Wyniki badań służą praktyce klinicznej, są wdrażane do praktyki, poprawiają jej bezpieczeństwo i jakość.

1.3. System kształcenia pielęgniarek

Studia w Szwecji są bezpłatne dla wszystkich studentów i traktowane jak zatrudnienie do 40 godzin tygodniowo. Studenci mogą także otrzymywać pomoc studencką z National Board of Student Aid (Centrala Studiestödsnämnden, CSN).

Pielęgniarki są kształcone na 30 uniwersytetach, szkołach wyższych publicznych i prywatnych. Kształcenie, bez względu na podmiot je realizujący, jest finansowane z budżetu państwa i jest bezpłatne. Studenci mają określone miejsce realizacji zajęć praktycznych. Dla bezpieczeństwa praktyki wprowadzono ujednolicone umundurowanie zabezpieczające przed czynnikami biologicznymi w miejscu pracy.

Studia kończą się państwowym egzaminem końcowym (NCFE), który odgrywa ważną rolę w ocenie wyników nauki i ewaluacji nauczania.

W latach 2003-2005 prowadzono projekt, podczas którego wypracowano nowy model egzaminu końcowego. Model ten składa się z pisemnej części teoretycznej i części praktycznej, która ma miejsce w sytuacji realnej, przy łóżku pacjenta. Efekty projektu zostały pozytywnie przyjęte przez studentów i nauczycieli, którzy uczestniczyli w projekcie i obecnie jest on wprowadzany w uczelniach kształcących pielęgniarki w Szwecji. Z uzyskanych informacji wynika, że stosuje go 50% podmiotów kształcących pielęgniarki.

Ważnym warunkiem wstępnym dla studentów pielęgniarstwa dla podjęcia zatrudnienia jest posiadanie odpowiedniej wiedzy teoretycznej na temat opieki oraz umiejętność przekształcenia tej wiedzy na praktykę, w oparciu o dowody naukowe związane praktyką kliniczną (EBN).

Oznacza to, że studenci pielęgniarstwa muszą potrafić zintegrować teorię i praktykę w kontekście sytuacji klinicznej. Od studentów pielęgniarstwa obecnie oczekuje się, że będą potrafili sprostać kompleksowej opiece zdrowotnej i będą posiadali odpowiednie kompetencje kliniczne to umożliwiające. Termin „kompetencje kliniczne” oznacza również elementy praktyki profesjonalnej, takie jak: gromadzenie informacji dotyczących problemów opieki, ale i umiejętności kliniczne, umiejętności praktyczne, umiejętność komunikowania się pielęgniarka-pacjent, rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji klinicznych.

Model egzaminu NCFE do końca roku 2013 był wdrożony w połowie uniwersytetów kształcących pielęgniarki. NCFE to model multi-metody, który wykorzystuje refleksyjne podejścia do testowania umiejętności teoretycznych i klinicznych, w naturalnym otoczeniu. Studenci muszą się wykazać zdolnością do stosowania wiedzy w określonym kontekście klinicznym by rozwiązać problem pacjenta.

Część teoretyczna egzaminu to opis przypadku w sytuacji realnej, natomiast część praktyczna (przy łóżku pacjenta) przygotowuje studentów do prowadzenia procesu pielęgnowania. Egzamin został skonstruowany w taki sposób, aby wykładowca kliniczny umożliwiał studentom zadawanie pytań podczas trzeciego etapu egzaminu, który nazywany jest „refleksje i osąd”. Ważne jest, by każdy student miał okazję wykazać się umiejętnością zaplanowania i zapewnienia optymalnej opieki pielęgniarstwa.

Z uzyskanych informacji wynika, że w ostatnich latach, każdego roku, około 5000 kandydatów wyraziło zainteresowanie studiami pielęgniarstwi.

Kształcenie pielęgniarek, podobnie jak w Polsce, oparte jest na wytycznych dyrektywy unijnej i odbywa się tylko na poziomie studiów wyższych. Pozwala to na przygotowanie kadr do autonomicznego działania w praktyce i podejmowania decyzji klinicznych w oparciu o badania naukowe, prowadzenie badań, ale też i przygotowanie do współpracy w zespole interdyscyplinarnym. Po ich ukończeniu pielęgniarzka otrzymuje tytuł licencjata pielęgniarstwa i ma określone kompetencje do realizacji procesu pielęgnowania w praktyce klinicznej.

Kolejnym możliwym etapem, tym razem w ramach kształcenia ustawicznego (CPD) jest możliwość kształcenia na wyższym poziomie studiów. Na drugim poziomie studiów pielęgniarzki mają możliwość otrzymania tytułu specjalisty lub pielęgniarzki zaawansowanej praktyki (APN) – tylko POZ.

Możliwość kształcenia na studiach drugiego stopnia jest możliwa po co najmniej rocznej praktyce klinicznej. Obecnie w Szwecji kształcenie pielęgniarek specjalistów odbywa się w dziesięciu specjalnościach pielęgniarstwa. Kształcenie pielęgniarek specjalistek jest także zróżnicowane i uzależnione od obszaru opieki oraz uniwersytetu, który realizuje program (od 60-75 ECTS).

Dostępne są następujące programy kształcenia dla specjalizacji pielęgniarstwa: ratunkowa, chirurgiczna, anestezyjologiczna, POZ, medycyna, intensywna opieka, psychiatria, geriatryka i pediatria. Istnieje także specjalizacja radiologiczna dla pielęgniarek radiograficznych.

Standardy kształcenia pielęgniarek są zgodne z dyrektywą 36/2005/WE. Program kształcenia kadry pielęgniarstwa, to trzyletni program nauczania, co odpowiada 180 punktom ECTS.

Pierwszy rok studiów to kurs wprowadzający w zakresie pielęgniarstwa, w tym biologii człowieka (mikrobiologii, farmakologii, anatomii, fizjologii), objawów i oznak choroby.

Drugi rok studiów w dużej mierze to kursy w zakresie pielęgniarstwa w zdrowiu i chorobie oraz wpływu środowiska na zdrowie i chorobę oraz metodologia naukowa.

Trzeci i ostatni rok studiów zapewnia możliwość uczestniczenia w zajęciach z przywództwa w pielęgniarstwie. W ostatnim roku, studenci wykonują prace kończące proces nauczania w głównej dziedzinie pielęgniarstwa. Znaczna część edukacji klinicznej ma miejsce z wykorzystaniem miejskiej opieki zdrowotnej, podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej. Podmioty te są akredytowane. Lokalny profil programu nauczania opiera się na badaniach klinicznych pacjentów w pielęgniarstwie. Studenci na pierwszym poziomie studiów uczą się także zarządzania bólem oraz przywództwa w pielęgniarstwie a także koordynacji i integracji opieki.

1.4. Udzielanie świadczeń przez pielęgniarzki

Pielęgniarzki pracują nie tylko w szpitalach, ale również w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w ośrodkach zdrowia. Ośrodki zdrowia finansowane są w taki sam sposób, jak szpitale, ale częściej niż w sektorze szpitalnym właścicielami są podmioty prywatne. Pielęgniarzka może również pracować na rzecz gminy. Gminy są odpowiedzialne za opiekę geriatryczną. Podmioty prywatne również zapewniają dostęp do opieki geriatrycznej. Niektóre pielęgniarzki pracują dla przedsiębiorstw jako pielęgniarzki medycyny pracy.

Pielęgniarzki Praktyki (pielęgniarzki zaawansowanej praktyki - APN) i inny personel (oprócz lekarzy) odgrywa znaczącą rolę w dostarczaniu opieki. Pielęgniarzki są często pierwszym punktem kontaktu w dostarczaniu opieki i często pierwszym punktem kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Jak podają źródła, w 2009 r. w środowisku zrealizowano 40 mln wizyt środowiskowych, co stanowi średnio 4,3 wizyty na jedną osobę. Z czego lekarz realizuje 1,5

wizyty. Pozostałe wizyty to wizyty innych członków wielodyscyplinarnego zespołu, w tym przede wszystkim pielęgniarek.

Lekarz POZ (GP) pełni rolę lidera w poradni, gdzie praktykuje. Jest on także odpowiedzialny wraz ze szpitalem, za opiekę pozaszpitalną i socjalną, za zaplanowanie opieki po wypisie pacjenta ze szpitala i przygotowanie planów opieki dla rehabilitacji i jej kontynuacji. Do pomocy zatrudniony jest personel pomocniczy, czynności asystujących nie wykonują pielęgniarki.

W przypadku pacjentów wymagających opieki długoterminowej, odpowiedzialność za pacjenta zostaje przeniesiona do gminy wraz z opracowaniem dla nich kompleksowego planu opieki. Obowiązki i ustalenia dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej dla osób starszych są różnie zorganizowane.

Szwecja jest jednym z pierwszych krajów w Europie, który wprowadził pielęgniarki, kierowników poradni dla pacjentów z problemami długoterminowymi, takimi jak np. cukrzyca czy niewydolność serca. Pielęgniarki pełnią także ważną rolę w koordynacji opieki dla pacjentów przewlekle chorych i mają przypisane uprawnienia (ograniczone) do przepisywania leków.

Zachętą do korzystania z usług pielęgniarskich jest ich bezpłatność, podczas gdy wizyta u lekarza POZ, wymaga opłaty.

Świadczenia pielęgniarskie i świadczenia położnych są realizowane autonomicznie w zespołach wielodyscyplinarnych. Największa samodzielność widoczna jest w opiece środowiskowej i opiece świadczonej przez położne. Najistotniejszą zmianą dla pielęgniarek było przeniesienie opieki do podstawowej opieki zdrowotnej, powierzając im ich koordynację. Około połowa wszystkich dyrektorów podmiotów klinicznych w 2008 roku to były pielęgniarki.

Pielęgniarki rejonowe odgrywają szczególną rolę w systemie. Są pierwszym kontaktem pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. Działają zarówno w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jak i w sektorze komunalnym (gmina). Pielęgniarki rejonowe, zatrudnione przez gminy, są zaangażowane w opiekę domową i regularnie odbywają wizyty domowe.

Dostrzeżenie potrzeby lepszego przestrzegania wytycznych i programów strukturalnych do pielęgnacji POChP w dużych centrach medycznych, spowodowało wykorzystanie kompetencji pielęgniarek specjalistek. Oceniono, że posiadają one lepszą infrastrukturę do świadczenia usług zgodnie z wytycznymi zdefiniowanymi np. dla opieki POChP, stad powierzono im to zadanie.

Chociaż praktyka pielęgniarska odgrywa już dużą rolę w dostarczaniu podstawowej opieki zdrowotnej w Szwecji, zaleca się jednak dodatkowe wzmocnienie ich wkładu poprzez rozwijanie umiejętności, rozszerzanie ról (na przykład w przepisywaniu leków) i przedefiniowania roli w koordynacji opieki i w domowej opiece zdrowotnej.

Istotnym elementem dostarczania usług pielęgniarskich jest korzystanie z narzędzi informatycznych, które są dostępne w podmiotach leczniczych i pozwalają na dokumentowanie praktyki pielęgniarskiej oraz korzystanie z wiedzy, która znajduje się w przewodnikach opieki, będących częścią dokumentacji pielęgniarskiej. Przewodniki przygotowywane są na poziomie krajowym w oparciu o EBN. Dla systemu, rewolucyjnym rozwiązaniem jest teleopieka realizowana przez pielęgniarki w ramach systemu 1177.

Do dokumentowania zdarzeń medycznych wykorzystywane są różnorodne słowniki pielęgniarskie, takie jak NANDA, NIC i NOC, który jest, według organizacji pielęgniarskiej,

dostępny tylko w Instytucie Karolinska, gdzie prowadzone są badania naukowe. Na bazie tego słownika prowadzona jest także dokumentacja pielęgniarska. W 2015 r. podjęto działania, których celem jest wprowadzenie rekomendowanego przez środowisko pielęgniarskie słownika referencyjnego, międzynarodowego standardu praktyki pielęgniarskiej – ICNP®. Ośrodkiem referencyjnym dla wprowadzenia zmian w systemie dokumentowania jest Uniwersytet w Falun.

1.5. Diagnoza problemów

Problemem środowiska pielęgniarskiego, zgłaszanym przez Vårdförbundet, jest zmniejszająca się liczba pielęgniarek specjalistek, dzięki którym opieka środowiskowa dostarczana jest na wysokim poziomie i pozwala na przeniesienie jej z opieki szpitalnej do środowiska. W tym celu od kilku lat prowadzone były działania informujące społeczeństwo o potrzebie zmian otoczenia środowiska pracy pielęgniarek i stworzenia zachęt mających na celu zainteresowanie specjalizacjami absolwentów studiów pielęgniarskich, aby utrzymać obecny model zintegrowanej opieki.

Problemem wskazywanym przez środowisko pielęgniarskie jest podejmowanie dodatkowego zatrudnienia w krajach ościennych, co ma związek z wyższym w nich wynagrodzeniem. Wiele szwedzkich pielęgniarek decyduje się na pracę w Norwegii i Danii z powodu wyższych płac i lepszych warunków pracy. Duża liczba pielęgniarek pracujących w Norwegii pochodzi z innych krajów, zwłaszcza ze Szwecji. Obserwuje się, że znacząco wpływa to na jakość świadczonej opieki, co niepokoi organizację pielęgniarską, która często podnosi ten problem w mediach.

Statystyki w Szwecji (2013) pokazują na znaczący niedobór pielęgniarek specjalistów, zwłaszcza pielęgniarek z dużym doświadczeniem zawodowym w stosunku do zapotrzebowania na ten rodzaj opieki. W najbliższym czasie skala tego problemu może się zwiększyć. Ma to niezaprzeczalny związek ze starzeniem się populacji oraz zwiększeniem zapotrzebowania na opiekę długoterminową.

Liczba pielęgniarek specjalistów, w okresie 1995-2011, zmniejszyła się o 19%. Jak podnosi Vårdförbundet, w pewnym stopniu jest to wynikiem zmian w systemach edukacji. W tym samym okresie wzrosła także średnia wieku pielęgniarek specjalistów z 46 do 54 lat.

Zwiększy się także liczba pielęgniarek pracujących, które mają więcej niż 65 lat z obecnie 3% do 12%. Najpoważniejszy brak pielęgniarek specjalistek dotyczy specjalizacji takich, jak: psychiatria, anestezjologia, intensywna terapia, medycyna pracy i geriatrya.

Powyższe problemy mają m.in. związek z wysokością wynagrodzenia pielęgniarek. W 2010 r. średnie miesięczne wynagrodzenie pielęgniarek wynosiło 27,800 SEK, natomiast lekarzy 50 600 SEK. Z analizy rynku przeprowadzonego przez związek zawodowy wynika, że oczekiwana wysokość wynagrodzenia dla pielęgniarek to 29 000 SEK.

W 2015 r. średnie wynagrodzenie dla pielęgniarki w Szwecji wynosiło około 50 000 \$. Może być jednak wyższe i wzrosnąć nawet do 100.000 \$ rocznie. Dotyczy to pielęgniarek z największym doświadczeniem zawodowym. Szwecja jest wśród pięciu krajów, w których pielęgniarki otrzymują najwyższe wynagrodzenia na świecie. Należy do nich: USA (67,490 - 101,630 \$), Kanada, Wielka Brytania (21,692 £5), Szwecja i Australia. Średnie wynagrodzenie miesięczne pielęgniarki i asystenta pielęgniarki to różnica 4000 SEK (2012).

Największą pensję otrzymują pielęgniarki kardiologiczne, najmniejszą zaś pielęgniarki chirurgiczne. Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki – pielęgniarki środowiskowe w POZ

otrzymują średnio 43 000 \$. Szwecja pomimo niższego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek niż w innych krajach skandynawskich, ma jednak wyższy wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek niż w krajach UE.

W ostatnim dziesięcioleciu w Szwecji, tak jak i w innych krajach skandynawskich, priorytetem stało się zapewnienie pracownikom pozytywnego środowiska pracy, które sprzyja pracy na 100% posiadanych kompetencji. Pracodawcy nie tylko udostępniają pracownikom miejsce do odpoczynku i spokojnego spożycia posiłku, ale także przynajmniej raz w roku prowadzone są symulacje z udziałem wszystkich członków zespołu, którzy uczą się pracować razem w sytuacjach symulowanych.

Pracownicy podczas pracy w szpitalu korzystają dwukrotnie w ciągu dnia ze specjalnej przerwy na kawę i posiłek „FIKA”. Bardzo dba się o to, aby wszyscy korzystali z tej możliwości. Posiłek jest fundowany przez pracodawcę nie tylko w szpitalach, ale także w POZ. Dla pracowników szpitala dostępna jest także możliwość korzystania z obiadu na preferencyjnych zasadach.

Ważność różnego rodzaju udogodnień dla pielęgniarek w pracy pokazało wiele badań prowadzonych na świecie, także wyniki projektu RN4CAST, realizowanego w latach 2010-2012, w 12 krajach europejskich, w tym w Szwecji. Z badań wynika, że 20% z pielęgniarek nie jest zadowolonych ze swojej sytuacji zawodowej. Niezadowolenie pielęgniarek dotyczy płac, możliwości kształcenia ustawicznego (CPD) oraz możliwości rozwoju.

W Szwecji ponad połowa pielęgniarek ocenia ich środowisko pracy jako słabe. Wskazano również, że duża część pielęgniarek zamierza odejść z zawodu.

Konkluzją dla wyników tego i wcześniejszych badań jest to, że niedobór pielęgniarek ma miejsce w sytuacji, kiedy w kraju poprawia się ekonomiczne środowisko pracy, natomiast nie ma to miejsca w szpitalach. Chociaż, wbrew pozorom, poprawa warunków pracy może odbywać się przy stosunkowo niskich kosztach.

Zwraca się także uwagę, że powinny być też lepsze możliwości rozwoju dla pielęgniarek z jasnymi kryteriami dla ścieżki kariery oraz mentoring i coaching w pielęgniarstwie. Istnieją dowody, że poprawa warunków pracy jest silnie związana z bezpieczeństwem pacjenta.

Zachętą dla pozostania w zawodzie jest dbanie o pozytywne środowisko pracy pielęgniarek, w tym zachowanie balansu pomiędzy pracą a życiem prywatnym, dostęp do kształcenia ustawicznego i rozwoju, adekwatnego do sytuacji na rynku wynagrodzenia, kultura współpracy w zespołach interdyscyplinarnych oraz transparentność kompetencji w podejmowaniu decyzji klinicznych.

1.6. Rekomendacje dla polskiego systemu ochrony zdrowia

Mając na uwadze zmiany systemowe w ochronie zdrowia w Polsce, integrację opieki i doprowadzenie do zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych w opiece ostrej i opiece podstawowej rekomenduje się:

- stworzenie zespołów multi-dyscyplinarnych w podstawowej opiece zdrowotnej z przewodnikami do podejmowania decyzji klinicznych, dostępem do technologii IT i infrastrukturą wspierającą integrację, interoperacyjność i koordynację opieki. Zespołów, które są w stanie planować wspólnie opiekę na poziomie opieki ostrej, zapewnić jej ciągłość i szerszy zakres usług w kierunku opieki długoterminowej nad osobami z chorobami przewlekłymi. W tym szczególnie zarządzania symptomami stwarzającymi

- pacjentom największą trudność. Uzupelnienie zespołu o personel pomocniczy, który będzie asystował lekarzom i wykonywał czynności instrumentalne;
- kontraktowanie świadczeń pielęgniarskich związanych z edukacją zdrowotną w chorobach takich, jak POCHP, CHUK, demencja, cukrzyca i innych, wynikających z potrzeby zarządzania chorobą na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie oceny jakości edukacji – wskaźniki efektywności i kalkulatory ryzyka;
 - wprowadzenie zachęt umożliwiających przesuniecie kadr pielęgniarskich do opieki podstawowej środowiskowej poprzez zwiększenie pozycji pielęgniarek specjalistów w POZ, wprowadzenie dla pielęgniarek POZ kształcenia specjalizacyjnego na drugim poziomie studiów oraz wprowadzenie zawodów pomocniczych, do których będą delegowane czynności instrumentalne wymagane do asystowania lekarzom w ich praktykach klinicznych;
 - określenie udziału i włączenie pielęgniarek do tworzenia ścieżek klinicznych (zarządzanie procesowe) dla problemów klinicznych będących przedmiotem opracowania dla potrzeb POZ, jak np. diabetologii, CHUK, POCHP, czy demencji. Wynagradzanie za efektywność pracy, wyniki. Opracowywanie skoordynowanych planów opieki, ciągłość działania, płacenie za wyniki;
 - umożliwienie pielęgniarkom zarządzania projektami klinicznymi, prowadzenie badań naukowych w praktyce klinicznej i ich wykorzystywanie do wprowadzania zmian w praktyce oraz budowania nowych kompetencji po przeprowadzeniu pilotażu;
 - przeniesienie kształcenia pielęgniarek specjalistów na drugi poziom studiów. Utworzenie nowej roli dla pielęgniarki w POZ – pielęgniarki zaawansowanej praktyki, która będzie liderem opieki środowiskowej, koordynującej opiekę pozainstytucjonalną;
 - poszerzenie kompetencji pielęgniarek do wypisywania leków z weryfikacją odnawialności kompetencji w tym zakresie. Wprowadzenie zachęt i narzędzi wspierających bezpieczne wypisywanie recept;
 - wsparcie finansowe ekspertów pielęgniarstwa w przygotowaniu przewodników do opieki klinicznej, budowanych w oparciu o dostępne badania naukowe (EBN);
 - wprowadzenie elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej prowadzonej z wykorzystaniem międzynarodowych standardów interoperacyjności umożliwiających benchmarking, wycenę i kształtowanie polityki zapotrzebowania na usługi zdrowotne. Jeden pacjent - jeden rekord, dokumentacja kompleksowa, w której każdy profesjonalista zamieszcza informacje o pacjencie i ma do nich dostęp;
 - wprowadzenie do praktyki pielęgniarskiej personelu pomocniczego w opiece ostrej i opiece podstawowej w środowisku POZ – połączenie opieki środowiskowej realizowanej przez opiekunów z różnorodnych instytucji wsparcia i włączenie ich do planowania opieki w zespołach interdyscyplinarnych, gdzie wiodącą rolę będzie pełniła pielęgniarka;
 - określenie kompetencji dla poszczególnych członków interdyscyplinarnego zespołu, pozwalających na transparentność realizowanych zadań, rozliczalność przed zespołem i pacjentem. Wykorzystanie kompetencji pielęgniarek do planowania, zarządzania opieką, nadzorowania i monitorowania jej ciągłości i efektywności;
 - stworzenie zespołów interdyscyplinarnych na poziomie nauczania przeddyplomowego. Nauczanie przedmiotów kierunkowych wspólnych dla profesji w tym samym czasie, metoda studium przypadku dla studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarskiego i położnych. Stworzenie możliwości treningu np. raz w roku dla zespołu interdyscyplinarnego jako kształcenia podyplomowego;
 - przygotowanie personelu pielęgniarskiego do zadań związanych z deinstytucjonalizacją opieki, zarządzania opieką, myślenia koncepcyjnego – zarządzania opieką, zarządzania przypadkiem, w tym szczególnie opieką nad osobami z chorobami przewlekłymi. Stworzenie sieci opieki realizowanej przez pielęgniarki ściśle ze sobą współpracujące - obowiązek potwierdzania przejęcia odpowiedzialności za pacjenta, skoordynowany plan

opieki, wskaźniki efektywności opieki i płaćenie za wskaźniki (stawka kapitaćyjna i druga część za wyniki);

- zabezpieczenie kadr pielęgniarskich do przygotowania środowiska do opieki deinstytucjonalnej związanej z „tsunami XXI wieku” – demencją;
- wprowadzenie zachęć finansowych i pozafinansowych podnoszących rangę zawodu w interdyscyplinarnym zespole.

1.7. Inne informacje przydatne dla Polski

W związku z wprowadzaniem zmian systemowych niezbędnych dla koordynacji i integracji opieki, niezbędne jest przygotowanie pielęgniarek do bycia partnerem w działaniu, współpracy w zespole interdyscyplinarnym i zbudowania systemu zachęć dla potencjalnych kandydatów do zawodu, celem nie tylko zatrudnienia, ale i zatrzymania w zawodzie.

Zmiany wymaga system kształcenia pielęgniarek z ogólnoakademickiego na drugim poziomie studiów na kształcenie specjalistyczne, pozwalające na przygotowanie pielęgniarek specjalistów w głównych specjalnościach. Rodzaj specjalizacji powinien wynikać z analiz epidemiologicznych dominujących w Polsce problemów zdrowotnych. Przygotowanie pielęgniarek zaawansowanej praktyki (APN) do koordynowania opieki podstawowej, psychiatrycznej, diabetologicznej. Poszerzenie ich kompetencji o wstępną diagnozę medyczną.

Przygotowanie kadr pomocniczych dla zawodu pielęgniarki w opiece ostrej i opiece podstawowej – określenie kompetencji i miejsca w zespole interdyscyplinarnym.

Niezbędne jest dokonanie zmian w prawie, pozwalających na jednoznaczne wskazanie zastosowania klasyfikacji pielęgniarskiej ICNP® do dokumentowania zdarzeń medycznych w systemach informatycznych, która umożliwi kształtowanie polityki zdrowotnej i ocenę zapotrzebowania na opiekę oraz wycenę kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.

2. Wizyta studyjna w Hiszpanii

W dniach 8-10 marca 2017 r. została zrealizowana wizyta studyjna w Hiszpanii. Udział z niej wzięli dwaj przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

2.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

System opieki zdrowotnej w Hiszpanii jest systemem publicznym i prawie w całości finansowanym z podatków, wolnym od dodatkowych opłat, z wyjątkiem finansowania leków przez pacjentów poniżej 65 roku życia (40% odpłatności za lek).

W ciągu ostatnich 25 lat centralny system planowania i tworzenia norm prawnych w Hiszpanii został przeniesiony na poziom regionalny. W chwili obecnej ochroną zdrowia zarządza 17 regionalnych departamentów lub ministerstw, które przyjmują rozwiązania prawne i kierują organizacją ochrony zdrowia na swoim obszarze.

Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej ma ograniczony wpływ na politykę zdrowotną na poziomie regionów. Jego zadaniem jest m.in. zagwarantowanie odpowiedniego funkcjonowania usług zdrowotnych w całym kraju, definiowanie koszyka świadczeń, czy też legislacja w zakresie polityki lekowej. Jest też koordynatorem całości systemu.

Od 2009 r. wdrożono Narodowy System dla Autonomii i Asystowania w Sytuacjach Zależności - SAAD, w którym połączono działania polityki zdrowotnej i społecznej – zarządzane i finansowane przez regionalne rządy. W 2014 r. zanotowano o 28 tys. pracowników ochrony zdrowia mniej niż w roku 2012. Było to efektem dekretu z 2011 r. obniżającego o 10% zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia i edukacji o 10%.

W efekcie tylko co 10 osoba odchodząca na emeryturę była zastępowana nowym pracownikiem. Rejestracja i przyznawanie licencji pracownikom ochrony zdrowia w Hiszpanii są uregulowane prawnie. Głównym celem tego jest zapewnienie odpowiednich kompetencji pracownikom ochrony zdrowia i bezpieczeństwa społeczeństwu. Za pracowników ochrony zdrowia uważa się pracowników, którzy są zrzeszeni w korporacjach zawodowych, a ich kompetencje są uznawane na poziomie akademickim.

Od 2003 r. dla pracowników ochrony zdrowia wprowadzono ścieżkę rozwoju zawodowego, która jest na etapie transpozycji. Kryteria ścieżki rozwoju zawodowego oparte są na liczbie lat praktyki zawodowej, co uważane jest przez pracowników za blokujące rozwój zawodowy i stąd też rozważa się wdrożenie systemu akredytacji, który będzie wspierał mobilność profesjonalistów w dostarczaniu usług na poziomie regionu.

Pierwsze regulacje zostały wprowadzone w 2003 r. Pierwszy stopień rozwoju zawodowego pracownicy ochrony zdrowia osiągają po pięciu latach praktyki klinicznej, następny poziom rozwoju i kolejne (do poziomu czwartego) osiągalne są w pięć lat po poprzedniej ocenie poziomu kwalifikacji. W przypadku negatywnej ewaluacji na jakimkolwiek z poziomów można starać się o ponowne rozpatrzenie wniosku po dwóch latach. Komisja oceniająca składa się z profesjonalistów ochrony zdrowia np. lekarza, pielęgniarki itp. oraz przedstawicieli oddziału, na którym dana osoba pracuje oraz osoby z zewnątrz jednostki.

Ścieżka kariery nie jest obowiązkowa i zależy od pracownika, który decyduje się na tę drogę rozwoju zawodowego. Miernikami oceny są wiedza, kompetencje, akredytowany system kontynuacji kształcenia, działalność edukacyjna i naukowa.

Dodatkowymi wskaźnikami oceny są m.in. zarządzanie oddziałem, zespołem lub komórką, członkostwo w komisjach wewnętrznych i uczestniczenie w projektach instytucjonalnych

dotyczących podnoszenia jakości. Do poziomów rozwoju zawodowego przypisany jest odpowiedni poziom wynagrodzenia, regulowany na poziomie regionalnym.

Ustanowiono także kryteria uznawania ścieżki rozwoju zawodowego w przypadku, gdy pracownik przemieszcza się pomiędzy regionami.

We wrześniu 2016 roku, w wyniku wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, zakazano zatrudniania na umowy czasowe w sytuacji, kiedy zakres obowiązków ma przesłanki do stałego zatrudnienia, czy też stałych pozycji zawodowych.

Wyrok dotyczył 170 tys. pracowników zatrudnionych na umowy czasowe, a pracujących w pełnym wymiarze czasu pracy. W efekcie Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Równości oraz 17 ministerstw regionalnych zgodziło się na powołanie grupy, która miała przeanalizować zatrudnianie tych pracowników, aby nie dopuścić do zatrudniania tak dużej liczby pracowników na okres czasowy.

Jak podają źródła, ocena satysfakcji pacjentów z systemu ochrony zdrowia w kraju, w ostatnim okresie poprawiła się - w 2016 r. wskaźnik satysfakcji wynosił 6,5 w skali do 10. Ponadto 69,6% obywateli uważa, że usługi są świadczone niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego osób, podobnie uważało 70,9% zadeklarowanych osób w 2010 r. Jednakże niepokojące są opinie ludności nt. równości w dostępności do usług w poszczególnych regionach. Zauważono spadek liczby pacjentów, uważających, że dostęp do usług w regionach jest równy (w 2010 r. – 43,8%, w 2016 r. – 37,7%). Także odczucia pacjentów co do kolejek wskazują na pogorszenie sytuacji. W 2010 r. 11,7% obywateli uważało, że pogorszył się czas oczekiwania na dostęp do usług ochrony zdrowia. Natomiast w 2016 r. uważało tak już 28% obywateli.

Hiszpania znajduje się na drugim miejscu (na świecie) co do długości trwania życia. Urodzeni w 2015 r. mają prognozowany czas przeżycia 102 lata. Z drugiej strony w szpitalach aż 50% przyjęć, to pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi. Natomiast w POZ 10% pacjentów generuje 40% wizyt a 80% wydatków na ochronę zdrowia ma związek z 20% pacjentów. Nieprzestrzeganie zaleceń dotyczy 50% pacjentów chorych na choroby przewlekłe i 20% pacjentów z chorobami ostrymi.

Znaczące miejsce w systemie ochrony zdrowia w Hiszpanii mają pielęgniarki. Nie tylko pracują bezpośrednio z pacjentem, ale i zarządzają „ścieżkami klinicznymi” w szpitalach, czy też zarządzają w nich opieką. O pozycji pielęgniarek świadczy między innymi wzrastający wskaźnik oceny opieki. Od 2005 r. wskaźnik ten wzrósł z 7,30 do 7,48 – tj. o 0,2 punktu %.

2.2. Zatrudnienie pielęgniarek i położnych

Mając na uwadze liczbę wykonywanych przez pielęgniarki czynności, tak w opiece bezpośredniej jak i pośredniej (zarządzanie przypadkiem), stosunek liczby pielęgniarek do liczby lekarzy powinien być proporcjonalnie wysoki. Jak wynika z dostępnych statystyk, najwyższy wskaźnik pielęgniarek w stosunku do liczby lekarzy jest w Holandii, która „słynie” z bardzo dobrej zintegrowanej opieki. W Hiszpanii wskaźnik ten jest na poziomie wskaźnika Słowenii i wynosi 46,61 % lekarzy i 53,39 % pielęgniarek. Średni wskaźnik w UE jest na poziomie wskaźnika w Holandii.

Obecnie w systemie ochrony zdrowia w Hiszpanii pracuje 138 494 lekarzy i 166 310 pielęgniarek. Wskaźnik liczby pielęgniarek do liczby lekarzy wynosi 1.2. W centrach opieki zdrowotnej (POZ) 0,8 a w szpitalach 1,7. Liczba Centrów Zdrowia to 3 023 podmioty lecznicze, natomiast liczba praktyk to 10 081.

Liczba lekarzy zatrudnionych w Centrach Zdrowia – 34 900, natomiast pielęgniarek 29 642. Wskaźnik pielęgniarek i lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi odpowiednio 0,6 i 0,8. Jeżeli chodzi o liczbę aktywności (procedur) realizowanych przez lekarzy wynosi 239 mln, co stanowi 5 wizyt na osobę rocznie.

W przypadku pielęgniarek jest to 131 mln wizyt i odpowiednio 3 wizyty na osobę na rok. Opieka domowa to wizyty lekarzy rodzinnych – 3,5 mln rocznie, co stanowi 1,7% ich aktywności i wizyty pielęgniarek, jest to 10,4 mln wizyt (7,9% ich aktywności), a 85% wizyt dotyczy pacjentów powyżej 65 r. życia. W 787 szpitalach jest dostępnych 159 297 łóżek. Pracuje w nich (publiczna służba zdrowia) 77 446 lekarzy oraz 26 312 praktykantów.

Jeżeli chodzi o pielęgniarki, to liczba praktykujących w publicznej służbie zdrowia wynosi 136 668, w tym 1 925 praktykantów. Liczba pacjentów wypisanych do domu z podmiotów publicznej służby zdrowia to 4 mln (77,3% wszystkich wypisów), natomiast średni czas pobytu w szpitalu wynosi 7,8 dni. Liczba nagłych wypadków rocznie to 20,5 mln (78% wszystkich wypadków), a liczba udzielonych interwencji 3,5 mln. Czas oczekiwania na operację to średnio 87 dni (511 923 osoby na liście oczekujących).

Zgodnie z obowiązującym prawem pielęgniarki zarządzają, oceniają i zapewniają opiekę pielęgniarską zorientowaną na promocję, utrzymanie i odbudowę zdrowia, jak również mającą na celu zapobieganie chorobom i niepełnosprawności (Art. 7a. prawo regulujące zawody związane z ochroną zdrowia).

2.3. System kształcenia pielęgniarek i położnych

Kształcenie pielęgniarek na poziomie uniwersyteckim rozpoczęto w Hiszpanii w 1977 r. Od tego roku pielęgniarka może zostać osobą, która uzyskała dyplom 3 letniej szkoły wyższej.

W 2008 r. zmieniono system kształcenia wydłużając czas jego trwania do 4 lat. Absolwenci legitymują się tytułem pielęgniarki dyplomowanej i 240 pkt. ECTS. Jest to drugi poziom edukacji odpowiadający 6 poziomowi Europejskich Ram Kwalifikacji (EQF). Studia magisterskie to 60-120 ECTS, co odpowiada 7 poziomowi EQF, a studia doktoranckie natomiast odpowiadają 8 poziomowi EQF.

Główne kompetencje uzyskiwane na poziomie pierwszego poziomu studiów to prawo do niezależnej diagnozy, zapewnienia jakości opieki oraz natychmiastowego działania w przypadku sytuacji nagłych i katastrof.

W Hiszpanii jest 110 wydziałów pielęgniarskich w uniwersytetach i szkołach wyższych (sektor prywatny i publiczny), w tym 89 wydziałów publicznych. Nie ma różnicy co do miejsca wyboru kształcenia - to kwestia prestiżu i terminologii – jeden uniwersytet może mieć więcej niż jeden Wydział.

Na uniwersytetach publicznych za kształcenie płaci rząd, natomiast na prywatnych płacą studenci. Finansowanie przez rząd to 6-7000 Euro na rok, natomiast 1 tys. Euro opłaca student. Na prywatnych wydziałach, opłaty wnoszą studenci i jest to kwota w wysokości od 6-12 tys. Euro.

Po ukończeniu studiów nie zawsze jest możliwość zatrudnienia, które zmniejszyło się o 20 tys. miejsc pracy z powodu kryzysu. 6000 tys. pielęgniarek obecnie nie pracuje – nie ma stałej pracy. Pracują często przez miesiąc lub dwa, ale nie mają stałej pracy. Zatrudniane są natomiast w prywatnym sektorze, ale jest tam duża rotacja, ponieważ pielęgniarki w miarę powstawania nowych miejsc pracy w publicznym sektorze, przechodzą do pracy w nim.

Pielęgniarki w Hiszpanii mają możliwość kontynuowania kształcenia w systemie uniwersyteckim, podyplomowym i w formie CPD. Na poziomie studiów wyższych to kontynuacja nauki dla uzyskania 60 punktów ECTS.

Specjalizacje pielęgniarskie są w fazie rozwoju i ukierunkowane od 1996 r. na zdrowie psychiczne i położnictwo. 22 kwietnia 2005 r. rząd przyjął nową ustawę dotyczącą specjalizacji pielęgniarskich. Wymienia ona następujące specjalizacje dla pielęgniarek: położnictwo, zdrowie psychiczne, geriatryka, zdrowie w miejscu pracy (ochrona zdrowia pracujących), opieka medyczno-chirurgiczna, opieka nad rodziną i środowiskiem oraz pediatria.

Dekret ustanowił system rezydentur, podobnie jak ma to miejsce w przypadku lekarzy i uregulował system akredytowania aktualnego doświadczenia pielęgniarek w celu uporządkowania dostępu do każdej specjalizacji dla pielęgniarek. W latach 90 ub. wieku zaczęto także limitować dostęp pielęgniarek ogólnych do specjalizacji, z uwagi na ogólny niedobór pielęgniarek i wynosił on 7000 miejsc na rok.

W ostatnich latach zwiększył się dostęp specjalizacji dla pielęgniarek zdrowia psychicznego i pielęgniarek specjalizujących się w położnictwie.

By móc pracować w zawodzie, pielęgniarki indywidualnie lub w organizacji świadczącej usługi zdrowotne, muszą być członkami organizacji pielęgniarskiej i spełniać warunki przez nią określone. Poza tym konieczne jest ustawiczne kształcenie w celu uzyskania ponownej akredytacji kompetencji zawodowych.

Re-akredytacja odbywa się raz na trzy lata i jest obowiązkowa. Ponadto Centra zdrowia są zobowiązane do zweryfikowania czy pracownicy służby zdrowia spełniają wymogi niezbędne dla prawidłowego wykonywania pracy na swoim stanowisku. Ewaluacja jest zróżnicowana i uzależniona od regionu. Prowadzony jest również publiczny rejestr pracowników ochrony zdrowia dostępny dla organów rządowych, jak i zwykłych obywateli. W rejestrze znajdują się takie dane, jak nazwisko, stopień, specjalizacja i inne dane, które zostały zapisane w ustawie, jako te, które mogą być publicznie udostępniane.

Co istotne rozwój ścieżki kariery zawodowej nie jest obowiązkowy i zależy w dużym stopniu od podejścia ze strony instytucji zatrudniającej. Istnieje kilka poziomów rozwoju zawodowego mających związek z wiedzą, kompetencjami, ważnym kształceniem ustawicznym, aktywnością związaną z nauczaniem i badaniami naukowymi. Wymagane jest co najmniej pięć dodatkowych lat doświadczenia, aby móc złożyć wniosek o przejście na wyższy poziom rozwoju zawodowego.

Komisja ds. Zasobów Ludzkich Hiszpańskiego Narodowego Systemu Zdrowia (SNS), w skład której wchodzi przedstawiciele władz centralnych i regionalnych, zajmuje się homologacją, wzajemnym uznawaniem poziomów akredytacji i swobodnym przepływem profesjonalistów w ramach SNS.

Pielęgniarki mają bezpośredni dostęp do studiów magisterskich. Kształcenie na poziomie zaawansowanej praktyki wymaga zdania egzaminu. Hiszpański model szkolnictwa wyższego dla pielęgniarek jest taki sam, jak dla pozostałych pracowników służby zdrowia. Natomiast Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki (APN) spełnia w Hiszpanii kryteria i normy ustanowione (na szczeblu międzynarodowym) przez ICN. Model ten został wprowadzony w odpowiedzi na zmieniające się otoczenie i zwiększenie zapotrzebowania na opiekę pacjentów z chorobami przewlekłymi, umożliwiając pielęgniarkom zarządzanie przypadkiem – opieką. Kompetencje przypisane tej pielęgniarce to - zarządzanie przypadkami i prawo do diagnozowania i przepisywania leków. Zarządzanie przypadkiem to „kierowanie do opieki” innych usługodawców, którzy wspierają system swoimi świadczeniami, ordynowanie leków i prawo do przyjmowania pacjentów do szpitala. Nowe kompetencje dla pielęgniarek APN, to: zapotrzebowanie na testy diagnostyczne, monitorowanie pacjentów z chorobami przewlekłymi

i wielolekowością, opieka paliatywna, oraz opieka nad pacjentami zależnymi od opieki społecznej i opieki zdrowotnej.

Zarządzanie kliniczne, to: pielęgniarka kierownik/ pielęgniarka łącznik; pielęgniarka szkolna; dbanie o zdrowie dzieci; opieka domowa. Do tych kompetencji należy także pielęgnowanie drobnych patologii na ciele: oparzenia, biegunka, mechaniczne bóle pleców, rany, trudności w oddawaniu moczu, odynophagia, odontalgia, objawy ze strony górnych dróg oddechowych, zaczerwienienie oczu, „awaryjna” antykoncepcja czy odzyskiwanie zdrowia po drobnych zabiegach.

Oceny kompetencji po specjalizacji dokonuje się poprzez egzamin. Służy do tego specjalnie opracowane narzędzie przeznaczone do oceny pielęgniarki ogólnej i specjalisty. Odnotowuje się duże i stale rosnące zainteresowanie specjalizacjami, aż 18 tys. pielęgniarek aplikuje na 1500 miejsc, stąd niezbędny jest proces selekcji, który jest sformalizowany.

Tylko 1000 pielęgniarek z najwyższym rankingiem ocen dostaje się do grona studentów, którzy mogą wybrać miejsce specjalizacji. Każdego roku rząd określa, ile będzie dostępnych miejsc dla specjalizacji. Jest to całkowicie uregulowane prawnie. Rząd podpisuje kontrakt z pielęgniarką i pielęgniarka otrzymuje wynagrodzenie oraz pakiet socjalny i staje się częścią zespołu – otrzymując 80 procent wynagrodzenia pielęgniarki pracującej w danym oddziale.

Istotnym elementem jest odpowiedzialność za efekty kształcenia, nie można wykonywać innych aktywności oprócz tych, które są związane ze specjalizacją. Zabezpieczone jest także stanowisko pracy pielęgniarki, na którym była ona zatrudniona przed rozpoczęciem specjalizacji.

Pielęgniarki po studiach wyższych, z tytułem magistra, także mogą uczestniczyć w programie specjalizacji, ale kompetencje otrzymane w czasie kształcenia na studiach mgr nie są uznawane dla kształcenia na specjalizacji. Każda pielęgniarka z tytułem magistra musi przejść odrębną ścieżkę, przewidzianą tylko dla specjalizacji. Zwraca się uwagę na czas trwania specjalizacji i jest on liczony liczbą godzin. Przy czym czas trwania godzin dydaktycznych to realne godziny zegarowe, nie natomiast godziny akademickie.

Przed złożeniem aplikacji na specjalizację pielęgniarka nie musi posiadać praktyki zawodowej (klinicznej). Kompetencje specjalisty są przypisane tylko dla danej specjalizacji. Pielęgniarka ogólna może pracować we wszystkich szpitalach i miejscach w szpitalu. Natomiast specjalistka może pracować tylko na oddziale dedykowanym dla specjalności, jaką posiada. Kończąc specjalizację pielęgniarki muszą prowadzić badania naukowe.

Kolejny etap ścieżki rozwoju zawodowego to doktorat. Dostępna jest też ścieżka dla pielęgniarki, która (dotyczy też innych profesji) pozwala na osiągnięcie stopnia doktora po dwóch latach specjalizacji i czynnym prowadzeniu badań naukowych. Mogą wtedy przejść na poziom kompetencji odpowiadający doktoratowi.

Inną ważną kompetencją, dostępną dla pielęgniarek od 2009 r., jest kompetencja pozwalająca pielęgniarkom na wypisywanie leków. Agencja rządowa decyduje o tym, jakich leków nie musi wypisywać lekarz.

Ponieważ pielęgniarki nie uczyły się wcześniej wypisywania leków, tylko zagadnień z farmakologii, zdecydowano o udostępnieniu im narzędzia informatycznego, które pozwala na uzupełnienie niezbędnych kompetencji.

W związku z tym iż stwierdzono brak możliwości prowadzenia tego rodzaju nauczania z wykorzystaniem dokumentacji papierowej, zdecydowano o utworzeniu platformy internetowej, w której pielęgniarki uczą się wypisywania recept, a te które nie pracują w publicznej służbie zdrowia, mogą wykorzystać portal do wypisywania recept swoim pacjentom.

Narzędzie do wypisywania recept w całości zostało sfinansowane przez organizację pielęgniarską.

Na platformie edukacyjnej dostępny jest także słownik pielęgniarski, plany opieki i funkcjonalność - wypisywanie leków. Platforma to 600 planów z językiem naturalnym ATIC mapowanym do ICNP i NANDA, NIC i NOC, także plany opieki z NANDA, protokoły dla pielęgniarek opisujące wykonanie danej interwencji.

System wypisywania leków to platforma z klasyfikacją wszystkich dostępnych leków, uaktualniana przez Agencję Medyczną. Leki można wyszukiwać poprzez wykorzystanie słownika pielęgniarskiego lub poprzez różne aktywności, do których przypisane są leki.

Można wybrać także badania i sprawdzić, jakie leki trzeba przepisać. Inną funkcjonalnością są interakcje lekowe. System to także alerty farmaceutyczne - pacjent zgłasza administracji problem z przyjmowaniem leków. Przy wypisywaniu leków pielęgniarka może dodać tam leki, na które pacjent ma alergie. Przy wypisywaniu leku (nie znając nazwy handlowej leku, w którym może być składnik) otrzymujemy informację, że lek który chcemy przepisać posiada lub też nie składnik na który pacjent jest uczulony.

System zaimplementowano w szpitalach, gdzie rząd ma wgląd w raporty o lekach jakie przyjmują pacjenci w szpitalach, na oddziałach itp. Platforma funkcjonuje także w 14 krajach na świecie. Efektem jest m.in. zmniejszenie o 80% zdarzeń niepożądanych wynikających np. z polipragmazji. Po opracowaniu platformy w latach 2011-2014 przeszkolono bezpłatnie 130 tys. pielęgniarek. System to baza 80 tys. leków i produktów medycznych.

2.4. Świadczenia udzielane przez pielęgniarki

Nowy model opieki pielęgniarskiej funkcjonuje od 1993 r. Praca w publicznym sektorze jest zabezpieczona poprzez kryteria dostępu i daje status urzędnika służby cywilnej. Nie każda pielęgniarka po ukończeniu kształcenia ma dostęp do pracy sektorze publicznym.

Aby podjąć w pracę w publicznym sektorze trzeba przejść ścieżkę kariery zawodowej i oczekiwać w kolejce na wolne etaty. Praca w publicznym sektorze jest dwukrotnie więcej płatna, charakteryzuje ją także dostęp do sformalizowanej ścieżki kariery i zachęt, które nie istnieją w systemie prywatnym. Prywatny system ochrony zdrowia często zatrudnia pielęgniarki z innych krajów i jest on mniej transparentny.

2.5. Dobre praktyki – Podstawowa opieka zdrowotna

W podstawowej opiece zdrowotnej pielęgniarki przejmują i prowadzą opiekę nad pacjentem. Ma to związek z powiększającą się liczbą pacjentów chronicznie chorych. Opieka jest kontynuowana po pierwszej wizycie lekarza. Kolejne wizyty realizuje więc pielęgniarka, która w związku z tym musi posiadać kompetencje, aby działać autonomicznie.

Zespół opieki podstawowej obejmuje opieką 140 000 ludności i zatrudnia 2 777 pracowników oraz specjalizuje się w opiece paliatywnej. Na dany obszar opieki przydzielone są dwa zespoły składające się z 3 lekarzy 3 pielęgniarek i 1 asystenta pielęgniarki oraz psychologa.

Pielęgniarka POZ - specjalista z paliatywnej opieki jest równoprawnym członkiem Zespołu wspierającego Centra Zdrowia. W opiece podstawowej pracują pielęgniarki ogólne

i pielęgniarki specjalistki. Założeniem modelu jest, aby każda pielęgniarka posiadała specjalizację z pielęgniarstwa rodzinnego.

Centrum współpracuje z 7 szpitalami i koordynuje opieką ze szpitalami. W każdym szpitalu jest komisja, która jest odpowiedzialna za kontynuację opieki i za przygotowanie protokołów do opieki. Pielęgniarka koordynuje opieką na poziomie opieki podstawowej – to koordynacja możliwa także dzięki dostępności do klinicznej historii choroby, która jest dostępna także dla pielęgniarek z opieką podstawową. Pielęgniarka koordynując opieką może komunikować się - wysłać email, gdy jest to niezbędne. W sytuacji, gdy pacjent potrzebuje specjalnej opieki pielęgniarka wysyła informacje do centrum opieki podstawowej, że potrzebna jest specjalna opieka.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem na oddziale przekazuje informacje pielęgniarce koordynującej opieką w szpitalu, która jest odpowiedzialna za kontakt z POZ – to tzw. pielęgniarka zarządzająca przypadkiem, model ten wprowadzono 6 lat temu.

W 2017 r. wdrożono nową strategię, którą rozpoczęto w 2016 r. Cierre Contrato Programa - Quality Guidelined Framework. To projekt zarządzania opieką z wykorzystaniem przewodników do opieki – ścieżek klinicznych. Za osiągnięte wyniki opieki pielęgniarki otrzymują specjalne dodatkowe wynagrodzenie.

Kontrakt dla zespołu jest podpisywany pomiędzy Centrum a Generalną Dyrekcją. Gdy zespół osiągnie założone wyniki otrzymuje on dodatkowe środki. Program wdrożony w 2017 r. dotyczy opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi i osobami z rakiem jelita grubego. Kontynuacja opieki dla pacjentów przewlekle chorych obejmuje trzy różne obszary działania. W programie opisane są wszystkie usługi, które są dostępne dla ludności, tzn. dla dorosłych i osób starszych, dla dzieci oraz kobiet.

2.6. Wskaźniki jakości opieki

Indyktor jakości to plany opieki - liczba pacjentów z planami opieki dla dzieci do 14 roku r. ż. i powyżej 65 roku życia, osób z ChUK, osób niesamodzielnych.

Inne wskaźniki jakości to: efektywność i bezpieczeństwo – oceniana na podstawie polipragmazji, oznaczające przyjmowanie 6 leków lub więcej, interakcje lekowe dla osób w wieku 65 lat. Innymi ważnymi wskaźnikami jest prewencja odleżyn, czy liczba glukometrów, które są wykorzystywane przez pielęgniarki, oraz liczba aktywności realizowanych w środowisku np. edukacja zdrowotna. Analizuje się także, ile planów opieki zostało wdrożonych do praktyki.

Wskaźnikiem jakości jest także liczba godzin zrealizowanych przez pielęgniarki, np. z zakresu diabetologii. Do pomiaru jakości opieki włączane są także oceny pielęgniarek badaczy prowadzących projekty naukowe, liczba publikacji, które pielęgniarki opublikowały w ostatnim roku. Wskaźnik ten nazywa się indykatorem "innowacji i rozwoju kompetencji". Pielęgniarki uczestniczą także w projektach, które są finansowane przez podmiot, ale i takich, które nie są finansowane – wtedy samodzielnie szukają funduszy poza podmiotem. Kolejnym wskaźnikiem jakości jest promocja adolescencji, metod antykoncepcji, edukacja w klimakterium, promocja zdrowego stylu życia, edukacja zdrowotna grup klientów.

Na tej podstawie pielęgniarki otrzymują dodatkową nagrodę. Jest to nagroda przyznawana każdego roku i nazywa się „Exelance in Care”.

2.7. Lecznictwo zamknięte na przykładzie szpitala w Barcelonie: Vall d'Hebron University Hospital

Szpital ten to 3000 pielęgniarek i 1000 łóżek, 100 opiekunów – asystentów pielęgniarek. Model pracy odwiedzanego szpitala, to system wdrożony w praktyce w 16 szpitalach w Katalonii. Połączony jest on z oceną obsad pielęgniarskich, wdrożonymi 600 planami opieki - jednolitymi dla wszystkich szpitali. Zaletą jest także harmonizacja standardów opieki pielęgniarskiej. System informatyczny opiera się na pracy pielęgniarek.

Pielęgniarki, które są wyznaczane do koordynowania modelem noszą nazwę „super użytkowników”. Współpracują one z pracownikami gromadząc informacje o pracy systemu i zgłaszają potrzeby, o ile to konieczne, zmian w programie. System informatyczny oddziałów zintegrowany jest z kuchnią. Pozwala to pielęgniarce na wypisanie diety i automatyczne poinformowanie kuchni o konieczności jej dostarczenia.

Dodatkową funkcjonalnością jest agenda planów opieki, z potwierdzaniem wykonania zadań. Plany opieki są zarządzane przez pielęgniarki. Dane do planów opieki są zbudowane na terminologii „ATIC”. Profile pacjentów opracowano według oddziałów. Pielęgniarki nie piszą w dokumentacji tekstów, ale podejmują decyzje co chcą zrobić, jaki plan opieki wdrożyć. Dostępne są modele oceny dla pediatrii (dwa modele), dla psychiatrii, dwa modele dla geriatric i dorosłych. Udostępniony jest także program standaryzacji opieki. Opracowano 700 planów opieki zbudowanych z wykorzystaniem terminologii ATIC w oparciu o pracę pielęgniarek ze szpitala. Plany opieki podlegają corocznej ewaluacji i na jej podstawie wprowadzane są w nich zmiany. Przygotowane są one dla opisów przypadków, tworzonych przez pracowników. System gromadzi w ciągu okresu sprawozdawczego 200 000 planów opieki ze szpitali w Katalonii.

Nie ma pojęcia „kategoryzacja pacjenta”. Podstawą planowania pracy są plany opieki, a nie pomiar obciążenia pracą. Pracownicy są szkoleni z korzystania z platformy i czas szkolenia to 20-50 godzin oraz 3 tygodnie tutoring.

Dodatkowo osoby, które uczą się systemu mają wsparcie telefoniczne. Czas dokumentowania pracy pielęgniarki w przypadku opieki nad 8-10 pacjentami to 5 minut na pacjenta. Dokumentowanie, kiedy występuje ryzyko związane z tym, że w pracy jest nowa pielęgniarka, która pracuje nad dokumentacją przyjmując nowego pacjenta, wówczas czas trwania dokumentowania jest dłuższy. Zaletą jest połączenie procesu dokumentowania z Centrami opieki podstawowej, do których przekazują dokumentacje pacjentów i z których mogą ją otrzymać.

Asystenci pielęgniarek używają systemu informatycznego w ograniczony sposób. Istnieje wyraźny podział kompetencji. W projekcie przygotowano standardy, w których oceniono, które kompetencje nie muszą być wykonywane przez pielęgniarki i one są delegowane do opiekunów. Opiekunowie – techniczni asystenci pielęgniarek, są kształceni na poziomie średnim. Czas trwania edukacji to 1400 godzin. Kształcenie w zawodzie asystenta technicznego pielęgniarki jest dostępne od 1995 r. Asystenci techniczni pielęgniarek są odpowiedzialni za warunki sanitarne środowiska pracy, pracują w Centrach opieki podstawowej, pod nadzorem pielęgniarki.

Asystenci pracują w opiece podstawowej, m.in. podczas wizyt domowych, promując zdrowie, higienę jamy ustnej, prowadząc konsultacje w opiece domowej. W opiece specjalistycznej pracują w szpitalach, w służbach ratunkowych, na geriatric, pediatrii, oddziałach intensywnej opieki.

2.8. Problemy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych

Podczas wizyty podnoszono problem bezrobocia wśród pielęgniarek, wynikający z zmniejszenia liczby miejsc pracy w systemie oraz kwestie uprawnień pielęgniarek do wypisywania recept.

2.9. Wnioski i rekomendacje dla Polski wynikające z wizyty

W odpowiedzi na zapotrzebowanie na opiekę, jej bezpieczeństwo i bezpieczeństwo pracy pielęgniarek w Polsce, rekomenduje się:

- w podstawowej opiece zdrowotnej wsparcie interdyscyplinarnych zespołów medycznych poprzez włączenie do nich pielęgniarek koordynujących opiekę podstawową, zapewniając jej kontynuację po wypisie pacjentów ze szpitala;
- włączenie do Zespołu POZ asystentów technicznych pielęgniarek, którzy będą mogli wykonywać podstawowe techniczne zadania delegowane przez pielęgniarki;
- wsparcie edukacji pielęgniarek w zakresie wypisywania recept narzędziami pozwalającymi na bezpieczne wypisywanie recept z wykorzystaniem platformy e-learningowej na wzór dostępnej dla pielęgniarek w Hiszpanii;
- stworzenie systemu zachęt dla pielęgniarek młodego pokolenia, m.in. rekomendowanych przez WHO w przewodniku do wprowadzenia pozytywnego środowiska pracy;
- stworzenie dla pielęgniarek ścieżki rozwoju zawodowego;
- włączenie pielęgniarek do tworzenia ścieżek klinicznych (zarządzanie procesowe);
- umożliwienie pielęgniarkom zarządzanie projektami klinicznymi, prowadzenia badań naukowych w praktyce klinicznej i ich wykorzystywanie do wprowadzania zmian w praktyce oraz budowania nowych kompetencji po przeprowadzeniu pilotażu;
- przeniesienie kształcenia pielęgniarek specjalistów na drugi poziom studiów. Utworzenie nowej roli dla pielęgniarki w POZ – pielęgniarki zaawansowanej praktyki, która będzie liderem opieki środowiskowej, koordynującej opiekę pozainstytucjonalną;
- sfinansowanie przygotowania przewodników do opieki klinicznej, budowanych w oparciu o dostępne badania naukowe (EBN);
- wprowadzenie elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej prowadzonej z wykorzystaniem międzynarodowych standardów interoperacyjności umożliwiających benchmarking, wycenę i kształtowanie polityki zapotrzebowania na usługi zdrowotne;
- jeden pacjent jeden rekord, dokumentacja kompleksowa, w której każdy profesjonalista zamieszcza informacje o pacjencie, ma do nich dostęp;
- określenie kompetencji dla poszczególnych członków interdyscyplinarnego Zespołu pozwalających na transparentność realizowanych zadań, rozliczalność przed zespołem i pacjentem. Wykorzystanie kompetencji pielęgniarek do planowania, zarządzania opieką, nadzorowania i monitorowania jej ciągłości i efektywności.

3. Wizyta studyjna w Holandii

W dniach 27-28 czerwca- 2017 r. odbyła się wizyta studyjna w Holandii. Wizytę zrealizowały dwie osoby reprezentujące Departament Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

Celem wizyty było zebranie informacji o holenderskim systemie ochrony zdrowia, systemie kształcenia pielęgniarek i położnych a także możliwościach przeniesienia do warunków polskich określonych, sprawdzonych wzorów i procedur postępowania w organizacji opieki i zarządzania pielęgniarstwem.

3.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Populacja Holandii to 17 mln ludności. Produkt krajowy brutto wynosi 700 bln Euro, natomiast wydatki na ochronę zdrowia stanowią około 70 bln Euro (ok. 10% produktu krajowego brutto (PKB)).

W sektorze tym pracuje 1,1 mln pracowników, zatrudnionych w Holandii.

System ochrony zdrowia w Holandii oparty jest na trzech uniwersalnych wartościach, którymi są: dostęp do ochrony zdrowia dla wszystkich, solidarność w wykorzystaniu ubezpieczenia zdrowotnego (obowiązkowego dla wszystkich) i wysokiej jakości usługi zdrowotne.

Odpowiedzialność za opiekę ponoszą zarówno ubezpieczyciele, jak i świadczeniodawcy. Ubezpieczenie zdrowotne zapewnia 24 ubezpieczycieli działających na zasadach „non profit”. Ubezpieczyciele konkurują ze sobą, ale ich celem nie jest osiągnięcie zysków wynikających z obsługi systemu. Jest to tzw. „regulowany system konkurencji”. Rynek usług reguluje i kontroluje państwo.

Usługi świadczone są najczęściej przez placówki prywatne. Nadwyżki finansowe kierowane są m.in. na rezerwy. Osoby gorzej zarabiające lub w gorszym statusie zdrowotnym mogą liczyć na ten sam standard, co wszyscy. Szpitale mogą zatrzymywać dla siebie nadwyżkę obrotów.

Podstawowe ubezpieczenie (dostępne dla wszystkich obywateli) obejmuje usługi: opieki medycznej prowadzonej przez lekarza POZ, konsultantów – lekarzy specjalistów i ginekologów; opieki pielęgniarki środowiskowej, hospitalizacje, do trzech lat usługi dotyczące zdrowia psychicznego, leki, opiekę stomatologiczną do 18 roku życia, usługi prowadzone przez różnorodne grupy terapeutów, logopedów, terapeutów pracy, opiekę dietetyków, wsparcie transportowe (przewozy), pierwszą pomoc medyczną i fizjoterapię dla osób z chorobami przewlekłymi.

Istnieje także możliwość dodatkowego ubezpieczenia (posiada je 90% populacji), z którego można pokrywać np. koszty hemoterapii, opiekę położniczą i leki. Osoby niezadowolone z opłat lub też z jakości opieki mogą zgłaszać swoje uwagi do dziewięciu niezależnych instytucji nadzorujących. Ubezpieczyciele mają także obowiązek wskazania miejsca, gdzie można otrzymać daną usługę. Ich obowiązkiem jest także zapewnienie sposobu dostarczania opieki, stąd ważnym elementem jest system wsparcia dla profesjonalistów poprzez udostępnienie przewodników do podejmowania decyzji klinicznych, opartych na badaniach naukowych (EBM).

Tak jak i inne kraje na świecie, zarządzający ochroną zdrowia stanęli przed sytuacją zapewnienia opieki starzejącemu się społeczeństwu. Reakcją polityczną państwa na zachodzące procesy demograficzne, były reformy wprowadzające ustawy uzupełniające takie, jak ustawa o opiece długoterminowej, pomocy społecznej i dotycząca opieki dla młodzieży.

System ochrony zdrowia wzmocniano także poprzez zwiększanie kompetencji personelu medycznego, włączając m.in. pielęgniarki w edukację pacjentów i profilaktykę zachorowań oraz realizację niektórych procedur medycznych, wprowadzając pielęgniarkę zaawansowanej praktyki, mającą kompetencje do wypisywania leków. Opiekunom technicznym powierzono m.in. segregację/sortowanie pacjentów przeprowadzaną przy np. przyjęciu ich do oddziału.

Obecnie holenderski system opieki zdrowotnej można podzielić na trzy segmenty: pierwszym jest długoterminowa opieka dla przewlekle chorych, drugi to podstawowa opieka medyczna: począwszy od wizyty u lekarza rodzinnego aż po krótkie pobyty w szpitalu oraz konsultacje lub zabiegi u specjalistów. Trzeci segment to opieka dodatkowa, jak np.: zabiegi stomatologiczne, fizjoterapia, zabiegi kosmetyczne.

Obecnie jest on oparty na czterech podstawowych aktach prawnych: ustawie o ubezpieczeniu, ustawie o opiece długoterminowej, ustawie o wsparciu społecznym i ustawie o młodzieży. Obowiązujące dotychczas prawo zostało zastąpione poprzez wspomniane wcześniej akty prawne, m.in. tak że dlatego, aby wyeliminować trudności w zarządzaniu opieką.

Ustawa o opiece długoterminowej jest dokumentem prawnym, na którym opiera się opieka zdrowotna w Holandii. Ustawa ta jest administrowana przez specjalny wydział na poziomie centralnej administracji rządowej, który współpracuje z Agencją Oceny Opieki i Centralnym Biurem Administracji. Urzędy lokalne odpowiadają natomiast za implementację ustawy poprzez działania takie, jak: wspieranie klientów, asystowanie w dostarczaniu usług zdrowotnych, czy wspieranie dostawców opieki w procesie jej dostarczenia.

Wykonanie ich delegowano do instytucji lokalnych, dzięki czemu osoby, które potrzebowały pomocy - w niewielkim zakresie - mogą się zgłaszać do dostawców usług na poziomie lokalnym. Regulują to pozostałe dwa akty prawne dotyczące opieki nad młodzieżą i wsparcia społecznego. Model taki gwarantuje potrzebującym możliwość otrzymania podstawowych usług czy sprzętu niezbędnego do codziennego funkcjonowania. Jest także pomocny, gdy w rodzinie znajduje się niepełnosprawne dziecko. W tej sytuacji pomoc dla rodziny zapewnia ustawa o młodzieży.

Osoby, które wymagają 24 godzinnej opieki, w środowisku domowym, podlegają ustawie o opiece długoterminowej, która funkcjonuje od 2015 r.

Umożliwia ona świadczenie opieki dla osób, które są niezaradne z powodu różnych chorób. Może to mieć miejsce w przypadku: demencji, fizycznej lub intelektualnej niepełnosprawności, czy też długotrwałej choroby psychicznej. Identyfikacja osób, które wymagają takiej opieki odbywa się poprzez ocenę statusu zdrowotnego za pomocą specjalnego narzędzia, będącego w administracji Agencji Oceny Opieki. Osoby, które zostaną zakwalifikowane do opieki wynikającej z ustawy mają ją zapewnioną w niezbędnym zakresie, ale także i środki potrzebne do funkcjonowania w środowisku domowym.

Osoby wymagające najpoważniejszej i intensywnej opieki mogą skontaktować się z Agencją Oceny Pielęgnacji, która określa rodzaj niezbędnej opieki. Jest to wstępna „diagnoza” statusu. Następnym krokiem jest powiadomienie, przez Agencję Oceny Pielęgnacji, niezależnego (jednego z 31) Biura Administracji Ochrony Zdrowia, które zarządza opieką długoterminową. W oparciu o ocenę potrzeb specjalnych, przeprowadzoną przez Agencję Oceny Pielęgnacji, omawia sytuację z klientem (tzn. osobą wymagającą opieki medycznej), która może następnie określić preferencje co do wyboru poszczególnych lekarzy i np. pobytu w domu opieki lub w domu pomagającym w utrzymaniu/zakwaterowanie chronione, czy też decyduje, że woli przebywać w domu.

Alternatywnie, dla zaspokojenia potrzeb opieki zdrowotnej, można także korzystać z osobistego budżetu. W ramach ustalonego z klientem budżetu, kupowane są usługi i organizowana jest indywidualna opieka zdrowotna.

Klient i dostawca usług medycznych opracowują plan opieki zdrowotnej (w przypadku opieki zakontraktowanej) lub plan budżetu (do pielęgnacji osobistej). Natomiast biuro administracji publicznej informuje usługodawcę o możliwości zapewnienia oczekiwanej opieki. Następnie świadczeniodawca zapewnia wcześniej zaplanowaną opiekę, zgodnie z planem opieki zdrowotnej lub planem budżetu osobistego przeznaczanego na pielęgnację.

System opieki długoterminowej w Holandii jest zdefiniowany szeroko określonymi funkcjami i swobodą jego organizacji, uzależnioną od możliwości dostawców opieki.

Najczęściej są to funkcje realizowane w związku z:

- pobytem w placówce opiekuńczej. Jest to długotrwały pobyt lub umieszczenie w domu opieki, lub wyznaczonym, bezpiecznym ośrodku przeznaczonym dla osób niepełnosprawnych umysłowo;
- pomocą osobistą, która obejmuje pomoc przy praniu, ubieraniu, korzystaniu z toalety oraz przygotowaniu jedzenia i picia (czynności życia codziennego);
- opieką, która zwiększa samodzielność klienta, np. pomoc w: zorganizowaniu dnia, lepszej kontroli nad własnym życiem i uczeniu się wykonywania obowiązków domowych;
- opieką pielęgniarstwa, którą jest pomoc medyczna, np. w przypadku ran lub administrowania wstrzyknięciami;
- leczeniem, zgodnie z ustawą o długoterminowej opiece zdrowotnej, w tym: leczenie medyczne, paramedyczne lub behawioralne, które pomaga w odzyskaniu lub ulepszeniu określonego statusu zdrowotnego;
- transportem na i z programów dziennych oraz leczenia dziennego, zagwarantowanego dla osób, u których stan zdrowia uniemożliwia podróżowanie celem uczestniczenia w konkretnym programie.

Ostatecznie, jakie rodzaje opieki trafiają do pakietu opieki zdrowotnej w ramach ustawy o długoterminowej opiece zdrowotnej, decyduje rząd centralny.

Innym elementem koordynacji opieki jest wsparcie otrzymywane w ramach ustawy o pomocy społecznej. Jest to kolejny rodzaj usług realizowanych zgodnie z tą ustawą, na podstawie której władze lokalne wspierają osoby mające trudności z uczestnictwem w życiu społecznym, lub które nie mogą sobie poradzić z kontaktami społecznymi, lub potrzebują schronienia, lub też innego rodzaju wsparcia. Takie usługi obejmują na przykład:

- pomoc i programy dzienne/dzienną aktywność;
- wsparcie dla gospodarstw domowych;
- wsparcie przez nieformalnego opiekuna;
- wolontariat;
- miejsce w bezpiecznych schronieniach (schronisko) dla osób cierpiących na długotrwałe zaburzenia psychiczne;
- wsparcie dla mężczyzn, kobiet i dzieci będących ofiarami przemocy domowej;
- wsparcie społeczne, np. dla osób bezdomnych;
- wsparcie finansowe dla osób, które ponoszą znaczne dodatkowe wydatki z powodu ich przewlekłej choroby lub pogorszenia statusu zdrowotnego.

Ważnym elementem procesu opieki koordynowanej jest zapewnienie personelu, który ją realizuje na oczekiwanym, jakościowo wysokim poziomie.

Zgodnie z założeniami polityki rządu, w domach opieki powinny być zatrudnieni pracownicy służby zdrowia, którzy czują się dumni ze swojej pracy (są zmotywowani) i charakteryzują się odpowiednim poziomem empatii. Personel tam zatrudniony musi mieć zapewnione różnorodne szkolenia i posiadać doświadczenie, aby potrafić dostarczyć opiekę, której potrzebują ich klienci. Pacjenci powinni być pod opieką osób, które dobrze ich znają. Określają to wytyczne rządu dla domów opieki, konsekwentnie wdrażane od 2017 r.

Pobyt w domu opieki jest pokrywany przez budżet państwa (za wyjątkiem domów opieki o statusie prywatnym). Za niektóre jednak usługi wymagana jest opłata. Nie ma natomiast opłat za produkty i usługi w domu opieki, jak np. za specjalny transport, wózek inwalidzki lub na siedziska pod prysznic. Może być konieczność wniesienia opłaty za produkty i usługi, które nie są konieczne ze względów medycznych, np. pakiet usług telewizji kablowej.

Ważnym elementem posiadania kadry, która jest zmotywowana do pracy na oczekiwanym poziomie i na sto procent swoich możliwości jest wynagrodzenie.

Dane takie gromadzi portal zajmujący się badaniem wynagrodzeń w Holandii. Z pozyskanych taką drogą informacji możemy dowiedzieć się, że średnie wynagrodzenie osób zatrudnionych w zawodzie pielęgniarstwa kształtuje się, jak w tabeli poniżej (raport na podstawie 20 wynagrodzeń).

3.2. Średnie wynagrodzenie personelu pielęgniarstwa

Stanowisko	Dane krajowego systemu wynagrodzeń
Pielęgniarka dyplomowana (RN) 9 wynagrodzeń	€35,000
Pielęgniarka odcinkowa 4 wynagrodzenia	€20,760
Pielęgniarka, instrumentariuszka 2 wynagrodzenia	€55,000

Country: Netherlands | Currency: EUR | Updated: 13 Jul 2017 | Individuals Reporting: 20

3.3. Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarstwa i położniczej (standard kształcenia)

System kształcenia w Holandii zdecydowanie różni się od systemu, który obecnie mamy w Polsce. Możliwość dalszego kształcenia determinuje test, który zdawany jest już na

poziomie szkoły podstawowej. Dostępne są także różne poziomy szkolnictwa zawodowego VMBO, które pozwalają na kolejne etapy kształcenia. By móc studiować na poziomie szkoły wyższej niezbędne jest ukończenie VWO, trwające 6 lat i przygotowujące do studiowania na studiach magisterskich, przygotowujących do prowadzenia np. badań naukowych.

Czas trwania edukacji na poziomie szkolnictwa średniego jest uzależniony od wybranego typu szkoły i trwa od 4 do 6 lat. Do pracy w zawodzie pielęgniarstwa przygotowuje m.in. szkoła zawodowa VMBO - jest to przygotowawcza średnia szkoła zawodowa, dla dzieci w wieku od 12 do 16 lat. Nauka w tej szkole podzielona jest na 4 poziomy, z których najwyższy stanowi poziom kształcenia ogólnego. Po zakończeniu nauki w VMBO uczniowie mogą kontynuować ją w szkołach HAVO.

HAVO – średnia szkoła ogólna, przygotowująca do nauki w szkole HBO. Nauka obejmuje dzieci w wieku od 12 do 17 lat i jest podzielona na fazy onderbouw (obejmuje kształcenie ogólne) i bovenbouw (obejmuje kształcenie kierunkowe). W tej drugiej fazie uczniowie mogą wybrać kierunek, w którym chcą się specjalizować.

MBO – średnia szkoła zawodowa, przygotowuje uczniów do praktyki zawodowej. Nauka w szkole trwa 4 lata i jest czteropoziomowa, a każdy z poziomów kształci inną grupę roboczą: 1 – asystentów, 2 – podstawowe zawody, 3 – techników, 4 – średnią kadrę zawodową. Po zakończeniu MBO uczeń może podjąć naukę na poziomie NBO lub rozpocząć pracę zawodową, może pracować w zawodzie technika medycznego, wspierającego pracę pielęgniarów.

VWO – szkoła przygotowująca do nauczania wyższego, w której nauka trwa 6 lat. Podobnie jak w HAVO, nauczanie w VWO jest dwufazowe: 3 lata kształcenia ogólnego i 3 lata kształcenia kierunkowego. Atheneum i Gymnasium to dwa rodzaje VWO. Różnią się tym, że w pierwszym nie ma obowiązku nauki języka klasycznego, a w drugim (w trakcie kształcenia ogólnego) obowiązkowe są łacina i greka (w fazie kształcenia kierunkowego mogą wybrać jeden lub oba z nich). Po zakończeniu nauki w VWO uczeń ma prawo do podjęcia nauki w HBO.

3.4. Szkoły wyższe

Dyplomy szkół średnich MBO, HAVO i VWO, uprawniają do nauki w szkole wyższej HBO. Dodatkowo dyplom VWO i wstępny dyplom HBO (HBO propedeuse, który można uzyskać już po pierwszym roku kształcenia w HBO), uprawniają do podjęcia edukacji naukowej (WO, uniwersytet). W Holandii uczniowie kończący dyplomem szkołę średnią, mogą wybierać pomiędzy dwoma rodzajami szkół: zawodowym HBO i uniwersyteckim WO.

HBO to wyższa szkoła zawodowa, w której nauka trwa 4 lata. Szkoły te kształcą przede wszystkim kadry zarządzające w sektorach ekonomicznym, pedagogicznym, opieki zdrowotnej, sztuki, rolnictwa, inżynierjno-technicznym i socjalnym. W trakcie nauki student zobowiązany jest do odbycia stażu. Na ostatnim, czwartym roku musi natomiast napisać pracę licencjacką. Ukończenie szkoły na tym poziomie wiąże się z nadaniem tytułu bachelor (odpowiednik polskiego licencjata) lub inżynier (na wybranych kierunkach). Aby otrzymać tytuł master (magister), trzeba odbyć jeszcze do dwóch lat studiów. W zależności od kierunku będzie to magister HBO lub magister uniwersytecki.

WO to edukacja na poziomie naukowo-akademickim. Nauka trwa od 4 do 6 lat – w zależności od przyjętego systemu nauki. Studenci zdobywają przede wszystkim wiedzę teoretyczną z danego kierunku. Po 4 latach można uzyskać tytuł licencjata, a kolejne dwa lata studiów i napisanie pracy końcowej uprawniają do tytułu magistra. Na uniwersytecie można studiować w pełnym lub niepełnym wymiarze (system dzienny i wieczorowy).

Uczniowie rozpoczynający naukę w IV klasie HAVO i V klasie VWO obowiązkowo wybierają jeden z następujących profili: - kultura i społeczeństwo, - ekonomia i społeczeństwo, - nauka i zdrowie, - nauka i technika.

System kształcenia pielęgniarek jest więc ściśle związany z edukacją na poziomie podstawowym i średnim. Zdobywanie wykształcenia pielęgniarstwa może odbywać się w ramach różnych ścieżek.

Pielęgniarki są przygotowywane do zawodu, zgodnie z wymaganiami Dyrektywy 36/2005/WE. Może to być ścieżka - studia zawodowe drugiego stopnia - MBO. Po ukończeniu tego typu kształcenia otrzymują tytuł pielęgniarki, która zajmuje się pacjentami ze średnim poziomem kompleksowości opieki - czwarty poziom pielęgniarstwa. Następnym etapem jest zawodowa szkoła licencjacka HBO, po ukończeniu której pielęgniarka może sprawować opiekę nad pacjentami o wysokiej kompleksowości opieki - piąty poziom opieki. Edukacja pielęgniarek skupia się na następującym ukształtowaniu ról zawodowych, które wskazuje poniższa tabela.

3.5. Role i kompetencje nauczane w procesie edukacji pielęgniarek

• Caregiver	Opiekun
• Communicator	Komunikator
• Corporation partner	Partner korporacyjny (współpraca w spółkach)
• Reflective professional	Refleksyjna praktyka
• Health promotor	Promotor zdrowia
• Organizer	Organizator
• Professional and Quality promotor	Promotor jakości opieki i profesji

Na pierwszym i drugim roku studiów, studenci przygotowywani są do kolejnego etapu kształcenia podczas 30 tygodni zajęć z teorii i 10 tygodni praktyk klinicznych. Na trzecim roku podczas w ramach tzw. „Minor” mają możliwość skorzystania ze stażu poza granicami kraju, zgodnie z wybraną specjalnością (Intensywna Opieka Kliniczna, Kompleksowa opieka środowiskowa (opieka sąsiedzka), Zdrowie na świecie, Pediatria, opieka społeczna i psychiatryczna, Technologie w zdrowiu). Kształcenie zgodnie ze specjalnością ma miejsce na czwartym roku studiów.

Praktyka odbywa się w środowisku pracy pielęgniarek i na pierwszym poziomie studiów dotyczy miejsc, w których pacjent nie wymaga opieki długoterminowej zarówno ostrej, jak i środowiskowej; na drugim roku student wdrażany jest do praktyki, gdzie pod opieką znajdują się pacjenci wymagający długotrwałego kontaktu z ochroną zdrowia, czy to na poziomie opieki

szpitalnej, czy też opieki środowiskowej. Trzeci poziom praktyk to praktyka z pacjentami trudnymi, tj. z problemami psychicznymi.

Celem praktyk pierwszorazowych jest ograniczona samodzielność w prowadzeniu opieki nad pacjentami będącymi na pierwszym poziomie kompleksowości opieki z ograniczeniami w zakresie samoopieki i niskim poziomem kompleksowości opieki, a także nabycie umiejętności myślenia klinicznego w oparciu o dostępne standardy opieki, zapoznanie się z zawodem i podstawami opieki. Praktyki na drugim poziomie to przede wszystkim nabycie szerokiej umiejętności opieki nad pacjentami o średniej kompleksowości opieki (poziom 1 i 2 kompleksowości opieki), ale także umiejętność uzasadniania działań zawodowych poprzez rozumowanie kliniczne oraz ewaluację standardów i argumentowanie różnic wynikających ze standardów, jeśli takie występują. Trzeci poziom praktyk stawia cel szeroką samodzielność studentów w sprawowaniu opieki nad pacjentem w sytuacji średniego poziomu kompleksowości opieki (poziom 2), a także umiejętność uzasadniania działań zawodowych poprzez rozumowanie kliniczne oraz ewaluacji standardów i umiejętność argumentowania odmienności, od standardów, wykonywanych zadań, jeśli takie występują. Czwarty poziom praktyk to wymaganie od studenta szerokiego poziomu samodzielności w opiece nad pacjentami o wysokiej kompleksowości opieki (poziom 3). Ponadto student powinien potrafić uzasadnić działanie zawodowe poprzez rozumowanie kliniczne oraz opracować własne rozwiązania i uwzględnić w nich sytuacje niestandardowe. Podczas staży testowana jest także profesjonalna postawa studenta.

Studenci uczą się w realnej sytuacji, otrzymują wynagrodzenie za pracę zgodnie z podpisaną umową, współpracują w badaniach naukowych prowadzonych w podmiotach leczniczych.

Liczba studentów przypadając na jedną pielęgniarkę na pierwszym i drugim roku studiów to maksymalnie 1-2 studentów, większe grupy studentów na praktykach są możliwe na trzecim i czwartym roku studiów.

Studenci pracują z pielęgniarkami podczas wszystkich zmian (także nocnych). Na jednym oddziale może jednocześnie pracować od 8 do 16 studentów (w zależności od specjalności oddziału) pod nadzorem pielęgniarek, im wyższy poziom praktyki tym większa samodzielność studentów w wykonywaniu zadań zawodowych. Nauczyciele akademicki przychodzą na zajęcia sprawdzając postęp nauczania.

Studenci nie mają specjalnego dyplomu praktycznego, zaliczeniem umiejętności praktycznych jest zaliczenie praktyk podczas studiów. Praca końcowa dotyczy specjalności, którą wybrali jako dalszy poziom rozwoju zawodowego.

Zarówno pielęgniarka na czwartym poziomie kompetencji, jak również pielęgniarka poziomie piątym poziomie mają taką samą odpowiedzialność za pacjenta oraz wynagrodzenie – różnice polegają na objęciu opieką pacjentów o złożonych potrzebach. Dostęp do specjalizacji jest jednakowy, bez względu na poziom ukończonego kształcenia. W obecnej chwili trwają prace nad wyeliminowaniem piątego poziomu kompetencji pielęgniarki i wdrożeniem szóstego poziomu kompetencji będącego domeną opieki w szpitalach akademickich.

Szkoły kształcące pielęgniarki specjalizują się w różnych ścieżkach kształcenia. Wizytowany HU University of Applied Sciences Utrecht, w Instytucie Studiów Pielęgniarskich prowadzi kształcenie na poziomie licencjata pielęgniarstwa, licencjata opieki medycznej (allied medical care), mgr asystent lekarza (Master Physician Assistant), mgr Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (Advanced Nursing Practice) i studia policencjackie (Post Bachelor Studies).

W Holandii jest 17 szkół kształcących na poziomie licencjata pielęgniarstwa. Instytut w Utrechcie współdziała także we wprowadzaniu nowego profilu pielęgniarstwa od 2020 r. i kompetencji ogólnokrajowych do programu nauczania. Bardzo ważnym elementem edukacji jest środowisko informatyczne, a także nauczanie w oparciu o studium przypadku, kliniczne rozumowanie i EBN. Nauczanie we wszystkich szkołach kształcących pielęgniarki odbywa się na podstawie pielęgniarstwa badań naukowych – EBN. Proces pielęgniarstwa opiera się na aktywnościach z klasyfikacji niesamodzielności pacjentów ICF.

Testy, które przechodzą studenci w szkole, to testy dotyczące analizy zdrowia i środowiska, mapowanie interwencji. Test dotyczący doradztwa (edukacja zdrowotna) jest testem końcowym, zaliczającym kształcenie. Podczas praktyk studenci zaliczają testy z zakresu studium przypadku, krytycznego myślenia i rozumowania klinicznego, na każdym etapie praktyki. Na każdym roku mają miejsc testy dotyczące wiedzy, testy zintegrowane i oceny umiejętności działania.

3.6. Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w lecznictwie szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia

Rejestr zawodów medycznych prowadzony jest centralnie. Pielęgniarki i położne są odpowiedzialne za aktualizacje rejestracji w systemie zarządzanym przez administrację państwową. System jest dostępny dla każdej pielęgniarki, położnej i lekarza. W 2015 roku było zarejestrowanych 350 tys. pracowników ochrony zdrowia, ponad połowę z nich stanowiły pielęgniarki. Nie ma niestety aktualnych danych dotyczących liczby praktykujących pielęgniarek, po wprowadzeniu systemu rejestracji nie wszystkie pielęgniarki zostały zarejestrowane w systemie. Liczba pielęgniarek w Holandii utrzymuje się na podobnym poziomie od kilku lat, brak jest jednak aktualnych danych co do zasobów pielęgniarek dyplomowanych pracujących w systemie. W wydawnictwie Komisji Europejskiej z 2016 wskazano dane z 2010 r. W szpitalach pracowało 103 000 pielęgniarek, w opiece psychiatrycznej natomiast 29 000 pielęgniarek. W opiece geriatrycznej pracowało w 2005 r. 287 000 pielęgniarek, w tym w opiece domowej 154 211, w 2010 r. było to 161 400. Wykonywanie zawodu wymaga obowiązkowej re-rejestracji. Polega ona na tym, że w ciągu ostatnich 5 lat pielęgniarki muszą się wykazać co najmniej 2080 godzinami pracy w zawodzie, lub udowodnić podnoszenie kompetencji w procesie edukacji na studiach. Przerwa w wykonywaniu zawodu nie może być dłuższa niż 2 lata.

Administracja rządowa kontroluje odnawialność kompetencji dotyczących kursów dodatkowych, ukończonych przez pielęgniarki. Pielęgniarki i położne są powiadamiane przez system o konieczności odnowienia kompetencji, który ma miejsce podczas kursu dotyczącego wiedzy (kurs internetowy), czy testu umiejętności.

Profesjonalna samoregulacja jest ważnym instrumentem polityki w zakresie zapewnienia jakości, bezpieczeństwa opieki niezbędna dla opracowywania profesjonalnych wytycznych dla pracowników.

Pielęgniarka po ukończeniu kształcenia ogólnego ma autonomię do prowadzenia opieki podstawowej, leczenia ran w standardowych sytuacjach i działań dodatkowych, po przeszkoleniu. Nie ma natomiast autonomii w zakresie przepisywania leków (uprawnienie tylko po specjalizacji dostępnej dla APN) i prowadzenia działań, które nie zostały wskazane w rejestrze.

Po otrzymaniu tytułu licencjata pielęgniarka może kontynuować swoje kształcenie profesjonalne (CPD) poprzez e-learning, udział w konferencjach, uczenie się bezpośrednio przy łóżku pacjenta, corocznego treningu umiejętności w zakresie BLS i w ramach tzw. grup roboczych. Istnieje także możliwość specjalizowania w zakresie kompetencji konsultanta laktacyjnego, EBP (badań naukowych), nauczania, APN (niezbyt często dostępne dla położnych), czy też rozwijanie umiejętności menadżerskich w przypadku pozycji Senior Nurse.

W 2011 r. utworzono nowe regionalne struktury wsparcia - ROS dla profesjonalistów zajmujących się podstawową opieką. Ich zadaniem jest pomoc w rozwijaniu jedno i wielodyscyplinarnej pracy zespołowej, wdrażaniu polityki dotyczącej wysokiej jakości opieki i poprawy jej ciągłości.

Inną innowacją jest rozwiązanie, gdzie w podstawowej opiece zdrowotnej niektóre zadania są delegowane od lekarzy do pielęgniarek. W rezultacie powstały nowe zawody pielęgniarskie takie, jak pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN), pielęgniarki specjaliści (mogą przepisywać leki).

Opieka domowa długoterminowa jest prowadzona i koordynowana przez pielęgniarkę praktyki (APN). Oceny, co do potrzeb w zakresie opieki domowej i pomocy społecznej, przeważnie przeprowadzane są przez pracowników gmin lub zespołów dzielnic i koordynowane przez gminy.

Lekarze pierwszego kontaktu ponoszą podstawową odpowiedzialność za opiekę psychiczną, często przy pomocy pielęgniarki specjalisty w zakresie opieki psychicznej (ok. 80% praktyk lekarzy opieki podstawowej zatrudnia pielęgniarki specjalistów). Lekarze pierwszego kontaktu i pielęgniarki specjaliści pełnią centralną rolę w opiece psychiatrycznej.

Obywatele, którzy potrzebują opieki mniej niż 24 godziny na dobę, mogą otrzymać opiekę pielęgniarską i opiekę osobistą w domu za pośrednictwem zapisów ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. Ocenę potrzeb przeprowadzają pielęgniarki rejonowe.

Dużym osiągnięciem reform w ochronie zdrowia jest wprowadzanie innowacyjnych dobrych praktyk do opieki podstawowej. W 2007 r. powstała m.in. organizacja Buurtzorg Nederland, która z powodzeniem rozwija dobre praktyki w opiece zdrowotnej domowej.

Holenderska opieka domowa Buurtzorg Nederland przyciąga szerokie zainteresowanie innowacyjnym wykorzystaniem samodzielnych zespołów pielęgniarskich. Swoje świadczenia opiera na usługach realizowanych przez pielęgniarki, inaczej niż w innych podmiotach, gdzie świadczenia realizują profesjonaliści o zróżnicowanym profilu zawodowym. Model pracy Buurtzorg to m.in. wymagania stawiane zatrudnionym pielęgniarkom, aby dostarczały klientom pełnego zakresu usług medycznych i wsparcia. Projekt ten uzyskał wysokie oceny pacjentów i pracowników. Przy niższych kosztach niż inne organizacje wydaje się zapewniać wysokiej jakości opiekę domową.

Model opiekuńczy, który wyrósł z tych pomysłów, daje samorządnym zespołom od 10 do 12 wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek, odpowiedzialnych za opiekę domową od 50 do 60 pacjentów w danym sąsiedztwie. Aby zaspokoić potrzeby pacjentów i pomóc im utrzymać lub odzyskać niezależność, zespół pracuje z pacjentami i ich rodzinami, a także z zasobami dostępnymi w środowisku.

Wielokrotnie, Buurtzorg Nederland był wskazywany jako niezwykle sukces. Począwszy od jednego zespołu w 2007 r. w małym miasteczku Almelo, Buurtzorg (holenderski dla "opieki sąsiedzkiej") stał się organizacją krajową, która zatrudniała w 2015 roku 8 000 pielęgniarek

w 700 zespołach. Pielęgniarki dbały o 65 000 pacjentów w 2014 r. W kilku krajach, w tym w Japonii, Norwegii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych trwają wczesne starania, aby dostosować podejście Buurtzorg do lokalnych uwarunkowań oraz wiele innych holenderskich organizacji zajmujących się opieką domową zaczęło przyjmować aspekty modelu Buurtzorga. Buurtzorg stworzył nowe podejście do zarządzania, „integrację uproszczenia”, charakteryzującą się prostą, płaską strukturą organizacyjną, za pomocą której można zapewnić szeroki zakres usług ułatwiających technologię informatyczną.

Opieka domowa w Holandii jest świadczona pacjentom potrzebującym m.in. usług tymczasowych po wypisie ze szpitali, chorych z przewlekłym stanem wymagającym opieki medycznej, z demencją i potrzebującym opieki u krańca życia. Organizacje zajmujące się opieką domową współpracują z funduszami ubezpieczeń, rządem w celu zapewnienia 10 różnych usług opieki domowej. Liczba możliwych godzin opieki jest oparta na indywidualnych ocenach potrzeb pacjentów.

Rozwój modelu był odpowiedzią na fragmentyzację rynku usług. W poprzednim modelu niektóre usługi opieki domowej wymagały wiedzy na temat opieki pielęgniarskiej, ale wiele z nich, takich jak pomoc w prowadzeniu codziennego życia (np. opatrunek, kąpiel czy toaleta), mogło być świadczone przez mniej wyszkolony, tańszy personel. Stąd zaczęto wdrażać pielęgniarki do zapewnienia tylko tych usług, które wymagają ich wiedzy i umiejętności. Do wykonywania innych usług wysyłani byli mniej „kosztowni” pracownicy. Zauważono jednak, że różni opiekunowie, którzy przyjeżdżają w różnym czasie w różnych dniach w celu świadczenia usług, to zagrożenie dla ciągłości opieki. Zarówno pacjenci, jak i pielęgniarki często byli niezadowoleni z tradycyjnego modelu opieki domowej.

Buurtzorg przyjął radykalnie odmienne podejście, odzwierciedlając wizję swojego dyrektora generalnego i współzałożyciela, Jos de Bloka, doświadczonej pielęgniarki domowej, będącej jednocześnie trenerem zarządzania. Celem modelu jest doprowadzenie do holistycznego, opartego na sąsiedzkim podejściu do świadczenia usług, maksymalizacji niezależności pacjentów poprzez nauczanie samokontroli i tworzenie sieci zasobów sąsiedzkich oraz poleganiu na profesjonalizmie pielęgniarek.

Pielęgniarki firmy Buurtzorg są odpowiedzialne za całą gamę usług opieki domowej: ocenę potrzeb pacjentów, opracowywanie i wdrażanie planów opieki, świadczenie usług lub planowanie w razie potrzeby wizyt, a także prowadzenie dokumentacji potrzebnej do ułatwienia ciągłości opieki i jej rozliczania. Buurtzorg gromadzi informacje o satysfakcji pacjentów po zakończeniu opieki (oprócz badań przeprowadzonych przez administrację służby zdrowia).

Nowoczesny system informatyczny (IT) i intranet umożliwiają planowanie opieki online, ocenę dokumentacji i usług pielęgniarskich oraz rozliczanie, a także wymianę informacji wewnątrz i na całym świecie.

Trenerzy, nie menadżerowie, są dostępni na każdym etapie rozwiązywania problemów. Na początku 2015 roku zatrudniano 15 trenerów dla 700 drużyn. Podają oni, że więcej ich pracy to pomoc zespołom, niż udzielanie porad dotyczących opieki nad pacjentem. Pielęgniarki nie zgłaszają się menadżerom w pracy, ale ich godziny pracy są śledzone. Mały oddział Buurtzorg (mniej niż 50 osób na początku 2015 r.). Pełni on funkcje takie, jak: administracja wynagrodzeniami, biura kontraktów dla zespołów i administrowanie finansami.

Zgodnie z umową związkową pielęgniarki otrzymują wynagrodzenie według poziomu wykształcenia, ze standardowym rocznym przyrostem i premii w oparciu o lata pracy

w Buurtzorg. Nadwyżki przychodów są wykorzystywane do kontynuowania edukacji pielęgniarek, realizacji projektów zespołów mających na celu poprawę zdrowia społeczności i innowacji organizacyjnych. Wykorzystanie „samoregulujących pracę zespołów” zapewnia elastyczność w przygotowaniu do pracy pielęgniarek i zaspokojeniu potrzeb pacjentów. Czas pracy zespołu sześciu pielęgniarek w Haaksbergen, holenderskim mieście liczącym około 19 000 osób, znajdującym się w odległości kilku mil od Almelo, to od 16 do 24 godzin w tygodniu (często 32 godziny).

Dwie pielęgniarki, w określonym czasie, dzielą swoją odpowiedzialność wśród sześciu do ośmiu pacjentów, wykonując wizyty głównie w godzinach popołudniowych i wieczornych. Co drugi tydzień zespół spotyka się w celu omówienia spraw pacjentów i ich problemów. W jednej siedzibie znajduje się sześć zespołów pielęgniarskich. Dwie inne grupy Buurtzorg to grupy specjalistyczne, z których jedna specjalizuje się w chorobach związanych z demencją i pracuje w środowisku.

W badaniu Ernst and Young z 2009 r. Stwierdzono, że Buurtzorg - a więc znacznie mniejsza organizacja - potrafiła zaspokoić potrzeby pacjentów, wykorzystując 40 procent godzin potrzebnych do opieki nad pacjentem, w porównaniu do średniej - około 70 procent w innych organizacjach zajmujących się opieką domową. Badanie wykazało również, że pacjenci Buurtzorg przy mniejszej liczbie czasu opieki odzyskali autonomię szybciej, mieli mniej hospitalizacji w szpitalu i krótsze czasy pobytu po przyjęciu.

Ponadto firma miała niższe koszty ogólne zarządu niż pozostali dostawcy opieki domowej (8% całkowitych kosztów, w porównaniu z 25%) i mniej niż połowę średniej liczby zwolnień chorobowych i odchodzenia z pracy pracowników.

Opublikowane w styczniu 2015 r. badanie wykazało, że Buurtzorg znalazł się wśród najlepszych agencji opieki domowej w kraju (pomiarów doświadczeń pacjentów), zapewniając znacznie mniej godzin opieki niż średnia organizacja opieki domowej (108 godzin w porównaniu do 168 godzin - 62 proc. usługodawców domowych było droższych), chociaż koszty personelu na godzinę były znacznie wyższe, średnia (54,47 euro vs. 48,74 euro [59,24 dolarów w porównaniu do 53,00 dolarów])

Inną istotną grupą samodzielną w zakresie kompetencji są położne. Pełnią one ważną rolę w systemie, również pielęgniarki ze specjalizacją położnych (maternity nurses), które pracują z pacjentkami w środowisku domowym. Pielęgniarka ze specjalizacją ginekologiczną ma kompetencje do administrowania leczeniem tak enteralnym, jak parenteralnym przepisany przez lekarza lub położną, zakładania kaniul IV/przetaczania krwi, rejestrowania i monitorowania CTG, leczenia ran, zakładania cewnika i prowadzenia podstawowej opieki nad matką i dzieckiem.

Porody mogą odbywać się w warunkach domowych, zgodnie z wyborem położnicy. Porody domowe stanowią 25% wszystkich, z czego 30% to porody prowadzone przez położne.

W Holandii funkcjonuje instytucja - Organizacja pomocy domowej dla rodzających - ogólnokrajowy instytut, w którym zatrudnione są wysoko wykwalifikowane pielęgniarki położnicze opiekujące się młodymi matkami. Pielęgniarki te pomagają położnym lub lekarzom ogólnym podczas porodu i porodów w domu, dbają o matkę i dziecko w ciągu pierwszych 8 dni po porodzie. Asystent porodu Kraamverzorgster, to dodatkowy personel, którego zadaniem jest pomaganie położnej w czasie narodzin i udzielanie opieki pielęgniarskiej natychmiast po jej zakończeniu, dbanie o młodą matkę/nowonarodzone dziecko, udzielanie informacji i instrukcji dotyczących karmienia (piersią) i opieki nad dzieckiem, zagwarantowanie higieny podczas

urodzin i po porodzie, dbanie o członków rodziny i inne dzieci, którymi nie może się zająć kobieta po porodzie oraz wykonywanie zadań domowych.

Opieka położnych dostarczana jest na poziomie podstawowym – pierwszy poziom referencyjny, na drugim poziomie referencyjnym oraz na trzecim poziomie – klinicznym. Ocena i kierowanie pacjentek odbywa się z wykorzystaniem przewodnika (podręcznika- vademecum) do oceny statusu zdrowotnego położnicy. Głównym celem podręcznika jest dostarczenie niezbędnych narzędzi zapewniających właściwe przeprowadzenie selekcji ryzyka w dziedzinie położnictwa. Główny podmiot odpowiedzialny za ten proces selekcji ryzyka jest podstawowym świadczeniodawcą to położna lub lekarz rodzinny.

Podręcznik jest dokumentem konsensusowym, odzwierciedlającym porozumienia osiągnięte między wszystkimi grupami zawodowymi zaangażowanymi w świadczenie opieki położniczej. Jest on dostępny w wersji angielskiej.

Opieka położnych dzieli się na następujące kategorie: A – opieka podstawowa, B - konsultacje, C – opieka na drugim poziomie referencyjnym, D – transfer do opieki podstawowej.

Opieka podstawowa dotyczy ciąży o niskim ryzyku (ciąża fizjologiczna), kolejny poziom to opieka sprawowana przez położne i lekarzy ogólnych zajmujących się opieką położniczą. Natomiast drugi poziom opieki, który dotyczy ciąży o wysokim ryzyku (ciąża patologiczna) to domena lekarzy położników.

Innowacją było wprowadzenie w 1996 r. systemu monitorowania domowego położnic, jako efekt badania, które pokazało, że 95% rodzących wolałoby pozostawać w okresie okołoporodowym w domu i rodzić w domu. W 2002 r. system monitorowania domowego prowadziły dwa szpitale, a w 2009 – dziewięć. Dla bezpieczeństwa sprawowania opieki opracowano kryteria wykluczające opiekę z wykorzystaniem monitorowania domowego.

Monitorowanie polega na kontroli stanów takich, jak: ciśnienie krwi, temperatura, wyniki (mocz / krew), stanu płodu (CTG, ruchy).

Praca położnych w opiece domowej to około 6-8 wizyt u pacjentek/na dobę. W sytuacjach wyjątkowych urządzenia CTG mogą być używane przez samych pacjentów, którzy skanują i wysyłają wyniki z wykorzystaniem wiadomości e-mail. Dodatkowo wdrożona została kontrola cyfrowa "Digital Control" dla niemowląt "Sense4baby", która funkcjonuje od 2016 roku.

Ważnym wskaźnikiem jakości opieki jest dokumentacja elektroniczna pozwalająca na optymalną komunikację interprofesjonalną. Dokumentacja elektroniczna w szpitalu akademickim AMC była rozwijana przez zespół pracowników – lekarzy i pielęgniarki, którzy wdrażali dokumentację krok po kroku. Na oddziale położniczym zaczęto proces od monitorowania CTG. W 2006 r. powstał system NORMA, który zamieniono w 2013 r. na system EPIC z powodzeniem wdrażani w innych (11) szpitalach w Holandii.

Ważnym elementem oceny jakości jest dostęp do dokumentacji pacjentów. Zakłada się, że w 2017 r. będzie go miało 25% populacji.

System informatyczny EPIC posiada następujące cechy: wszyscy dostawcy współpracujący z konkretnym pacjentem dzielą się ważnymi informacjami klinicznymi i mają jasne wskazania co do ich ról w procesie; opiekunowie mogą pracować bardziej multidyscyplinarnie i są współodpowiedzialni za opiekę nad pacjentami; potrzeby i preferencje pacjenta są znane wcześniej i są przekazywane we właściwym czasie odpowiednim osobom sprawującym opiekę; dostawcy opieki informują pacjentów i ich rodziny oraz zapewniają skierowania.

Z punktu widzenia pacjenta świadczone usługi są spójne i skoordynowane. Pacjenci otrzymują odpowiednią, o wyższej jakości, bardziej wydajną i bezpieczniejszą opiekę i lepiej dostosowaną do ich potrzeb.

3.7. Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia

Problemem środowiska pielęgniarek jest ich niedobór w stosunku do potrzeb systemu i jest to problem wynikający ze starzenia się społeczeństwa.

Uważa się, że pod koniec tego roku domowy sektor pielęgniarski dotknie niedobór około 1000 pielęgniarek, „Istnieje niepokojąca niedobór wykwalifikowanych pielęgniarek w kilku sektorach, w tym pielęgniarek domowych, pielęgniarek rejonowych, w domach opieki zdrowotnej oraz specjalistycznych oddziałach szpitalnych, takich jak onkologia i dializa”, powiedział rzecznik organizacji pielęgniarskiej VN. V& Vn - Francis Bolle.

Dane z krajowego urzędu statystycznego CBS wykazały, że pod koniec 2014 r. w Holandii zarejestrowanych było 180 000 pielęgniarek, to o około 33% mniej w stosunku do poprzedniego roku. Spowodowane jest to wprowadzeniem nowych zasad rejestracji, wymagających ponownego zarejestrowania się wszystkich pielęgniarek w holenderskim rejestrze pracowników sektora zdrowia „BIG”. Pielęgniarki, które nie miały kontaktu z pacjentem i nie przeszły szkolenia w ostatnich latach, zostały automatycznie wyrejestrowane.

3.8. Wnioski rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

- kształcenie przed dyplomowe pozwala osobom zainteresowanym opieką nad pacjentem rozwój kompetencji profesjonalnych na różnych poziomach edukacji. Stwarza możliwość osiągnięcia wysokich kwalifikacji zawodowych podczas kontynuacji ścieżki kształcenia przed dyplomowego na poziomie studiów licencjackich;
- kształcenie przed dyplomowe umożliwia wybór dwóch ścieżek rozwoju – praktycznej i naukowej, pozwalającej na kontynuację kształcenia na poziomie studiów magisterskich o profilu praktycznym i uzyskanie tytułu zawodowego „Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki” i profilu akademickim z możliwością kontynuacji rozwoju o charakterze naukowym;
- pielęgniarki i położne mają obowiązek aktualizowania wiedzy i re-rejestracji po odbyciu odpowiedniego szkolenia z wykorzystaniem narzędzi informatycznych. Pozytywne zaliczenie testów pozwala na kontynuację praktyki przez kolejne pięć lat;
- pielęgniarki są zobowiązane udowodnić posiadane kompetencje do wykonywania zawodu w czasie ostatnich pięciu lat poprzez wykazanie odpowiedniej liczby godzin praktyki zawodowej;
- przerwa w wykonywaniu zawodu nie może trwać dłużej niż dwa lata;
- wykształcenie pielęgniarek na poziomie licencjata pozwoliło na poprawę jakości opieki, zmniejszenie jej kosztów;

- pielęgniarki i położne w dostarczaniu wysokiej jakości opieki wspierają badania naukowe opracowane pod postacią przewodników do opieki, gdzie określono ścieżkę dostarczania opieki dla pacjentów o różnej kompleksowości opieki;
- pielęgniarki przydzielone są do opieki nad pacjentem w zależności od posiadanych kompetencji i kompleksowości opieki;
- zapotrzebowanie na opiekę określane jest poprzez wykorzystanie narzędzi do oceny będących w administracji instytucji zajmującej się kwalifikacją na poziomie centralnym;
- komunikację, planowanie i koordynację zapewnia dokumentacja elektroniczna, pozwalająca na podejmowanie decyzji klinicznych w czasie rzeczywistym, w oparciu o aktualne dane;
- system opieki pielęgniarskiej w Holandii charakteryzuje koordynacja i integracja opieki, wynika to m.in. z dostosowania systemu kształcenia do potrzeb społecznych i inwestycji w nowe kompetencje pielęgniarskie;
- pielęgniarki i położne pełnią wiodącą rolę w dostarczaniu opieki na poziomie podstawowym, w opiece długoterminowej, koordynując ją i zaspokajając potrzeby pacjentów;
- pielęgniarki udowodniły, że inwestycja w ich kompetencje, wzmocnienie pozycji zawodowej przynoszą korzyści nie tylko wykonywanej profesji, ale także, a może przede wszystkim społeczeństwu;
- dzięki pracy położnych w środowisku domowym zdecydowanie obniżono czynniki ryzyka okołoporodowego;
- powierzając wykwalifikowanym pielęgniarkom kompleksową opiekę nad pacjentem doprowadzono do zmniejszenia jej kosztów, podniesienia jakości opieki i skrócenia czasu rekonwalescencji, czy też wzmocnienia samoopieki w czasie krótszym, niż ma to miejsce w sytuacji, gdy opiekę tę sprawuje personel o zróżnicowanych kompetencjach.

Mając na uwadze doświadczenia praktyki pielęgniarskiej w kraju, który uznawany jest za wzorcowy w zakresie koordynowania opieki warto byłoby zastanowić się nad możliwością wdrożenia modelu kształcenia i pracy pielęgniarek przyjętych w Holandii. W przypadku pozytywnej akceptacji kierunku rozwoju profesji na podstawie opisanego modelu wskazane byłoby dogłębne zapoznanie się z rozwiązaniami dobrych praktyk w opiece podstawowej – opieka długoterminowa.

4. Wizyta studyjna w Irlandii

W dniach 3-6.09.2017 r. odbyła się wizyta studyjna w Irlandii. Wizytę realizowały osoby prezentujące Departament Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

4.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Populacja Irlandii to 4,7 mln ludności, natomiast produkt krajowy brutto wynosi 256,6 mld Euro (2016). System ochrony zdrowia to sektor publiczny i prywatny, działający na podstawie ustawy z 2004 r. Ustanowiła ona nowy organ odpowiedzialny za świadczenie usług zdrowotnych i socjalnych dla wszystkich mieszkających w Irlandii obywateli – Urząd Usług Zdrowotnych (the Health Service Executive - HSE).

Każdy obywatel mieszkający w Irlandii ma prawo do bezpłatnej pomocy opłacanej z podatków. Opieka nad dziećmi powyżej 6 m-ca życia i opieka nad matkami jest bezpłatna. Dostęp do usług zdrowotnych jest gwarantowany Kartą Medyczną – Medical Card - uprawniającą do bezpłatnego korzystania z usług takich, jak: w szpitalu, lekarza POZ, stomatologa czy usług optyka. Karta ta jest dostępna dla osób, które otrzymują zasiłki socjalne i osób o niskich dochodach. Obecnie dostęp do niej ma 31 % populacji Irlandii.

Osoby o nieco wyższych dochodach kwalifikują się natomiast do „Karty wizyt POZ”. Daje ona uprawnienia do bezpłatnych wizyt u lekarzy ogólnych – lekarzy POZ. Dla osób powyżej 70 roku życia, które nie mają prawa do karty medycznej lub karty wizyt u lekarza POZ, przyznano roczne dotacje pieniężne w wysokości 400 Euro.

Pozostałe osoby, które nie mają prawa do karty medycznej (tj. 68,1% populacji) muszą opłacać niektóre usługi. W przypadku uczestników wypadków, korzystających z SOR, którzy nie otrzymali skierowania od lekarza rodzinnego opłata za korzystanie z infrastruktury opieki zdrowotnej wynosi 100 Euro (wizyta zazwyczaj kosztuje 45-75 Euro, niektóre praktyki oferują stawki od 25 do 35 Euro dla pacjentów powyżej 65 r.ż. i studentów1).

Opłata za szpital (dla pacjentów hospitalizowanych) jest ryczałtowa i wynosi 75 Euro za dzień pobytu, maksymalnie do 750 Euro w dowolnym okresie dwunastomiesięcznym, niezależnie od faktycznie otrzymanej opieki.

Ocena specjalisty i diagnostyka, jak np. rtg są bezpłatne. Dla osób niemających karty medycznej dostępna jest „Karta Płatności za Leki”, uprawniającej do otrzymania leków do kwoty 144 Euro (na jedno gospodarstwo domowe). Jest to kwota przeznaczona na leki, sprzęt do opieki itp.

Większość szpitali jest zarządzanych bezpośrednio przez HSE. W Irlandii funkcjonują także szpitale, które są zarządzane przez organizacje non profit i finansowane ze środków publicznych. Dotyczy to także szpitali prowadzących kształcenie w zawodach medycznych.

Zasoby pracowników medycznych, to w 2013 r., to - 2,7 lekarzy i 12,2 na 1000 ludności. Według Irlandzkiej Organizacji Pielęgniarskiej zarejestrowanych jest obecnie 36 tys. pielęgniarek, natomiast zatrudnionych w systemie jest 34 tys. pielęgniarek.

Wynagrodzenie ich jest natomiast uzależnione od poziomu kompetencji profesjonalnych i pełnionej funkcji oraz jej zakresu zadań.

4.2. Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej i położniczej (standard kształcenia)

Kształcenie pielęgniarek w Irlandii odbywa się 14 szkołach, gdzie dla studentów pielęgniarstwa jest dostępnych 1800 miejsc i jest oparte na wytycznych dyrektywy 36/2005/WE. Standardy opracowuje i zatwierdza The Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI).

W 2016 r. opublikowano dwa nowe standardy - wytyczne dotyczące kształcenia położnych 'Midwife Registration Programme Standards and Requirements' i pielęgniarek 'Nurse Registration Programmes Standards and Requirements', w których uwzględniono zmiany wprowadzone nową dyrektywą 55/2013/UE.

Kształcenie pielęgniarek jest to programy nauczania dla pielęgniarki ogólnej (General Nurse) i w pielęgniarstwie specjalistycznym - pielęgniarki pediatrycznej (Children's Nurse/General Nurse), która otrzymuje uprawnienia do praktykowania jako pielęgniarka ogólna. Program kształcenia dla obu kursów daje uprawnienia do praktykowania zgodnie z dyrektywą 36/2005/WE (w przypadku pielęgniarstwa pediatrycznego cykl kształcenia jest wydłużony o cykl specjalistyczny).

Kształcenie prowadzone jest także na poziomie wyższym dla pielęgniarek, które po skończeniu szkoły mają prawo do zajmowania się osobami z niepełnosprawnością intelektualną (Intellectual Disability Nurse i pielęgniarki psychiatryczne (Psychiatric Nurse). Wymienione specjalności nie spełniają wymogów programu kształcenia wskazanego w Dyrektywie.

Zmiany kształcenia pielęgniarek i podjęcie kształcenia w ww. specjalnościach to rezultat przyjętych przez rząd Rekomendacji - Sprawozdania Komisji ds. Pielęgniarstwa „Blueprint na przyszłość (Blueprint for Future) „(1998), Forum Edukacji Pielęgniarskiej (2000) i Sprawozdania Zespołu ds. Oceny Pielęgniarek Pediatrycznych (2000).

Program rejestracji dyplomu pielęgniarki ogólnej to efekt projektu pilotażowego realizowanego w Galway, w 1994 r. Pomyślne ukończenie programu kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa ogólnego, psychiatrycznego lub pielęgniarstwa w niepełnosprawności intelektualnej umożliwia rejestrację w zawodzie pielęgniarki i przyznanie tytułu pierwszego stopnia. Program rejestracji w zawodzie/studiów to program czteroletni, który prowadzony jest w instytucjach edukacyjnych trzeciego szczebla (szkoły wyższe) i instytucjach opieki zdrowotnej, które uzyskały odpowiednią akredytację. Promuje się sformalizowane podejmowanie współpracy pomiędzy uczelniami i podmiotami realizującymi usługi zdrowotne poprzez porozumienia partnerskie pomiędzy instytucjami kształcącymi (trzeciego szczebla) a instytucjami opieki zdrowotnej - przed wystąpieniem o akredytację prowadzenia kształcenia (Government of Ireland 2000 s. 44).

Obecnie pielęgniarki pediatryczne posiadają kwalifikacje pozwalające na rejestrację w NMBI - po pomyślnym ukończeniu osiemnastomiesięcznego programu na trzecim poziomie kształcenia. Pozwala on na otrzymanie dyplomu studiów wyższych lub dyplomu ukończenia studiów pielęgniarskich.

W raporcie Komisji ds. Pielęgniarstwa (1998) potwierdzono, że „kwalifikacje pielęgniarek pediatrycznych są kwalifikacjami pozwalającymi na rejestrację jako pielęgniarka ogólna (s. 175). Natomiast Raport Zespołu ds. Edukacji Pedagogicznej (2000) zaleca, dla tej grupy pielęgniarek, programy edukacyjne na poziomie „rejestracji wstępnej i rejestracji po ukończeniu edukacji” (s. 29).

Zintegrowany program kształcenia powstał dzięki grupie ekspertów. Przygotowano program obejmujący cztery i pół roku kształcenia - prowadzącego do rejestracji w specjalności „pielęgniarka pediatryczna” i jednocześnie dającego możliwość rejestracji jako pielęgniarka ogólna - licencjat.

Obowiązki i funkcje NMBI3 są określone ustawie o pielęgniarstwie z 1985 r. Część IV ustawy nakłada na Zarząd obowiązek przestrzegania przepisów dotyczących kształcenia i szkolenia pielęgniarek przed rejestracją.

Natomiast ustawa o uniwersytetach - z 1997 r. - reguluje udział w kształceniu pielęgniarek kształconych przez Narodowy Uniwersytet Irlandii i jego kolegia, Uniwersytet w Dublinie, Trinity College, Dublin City University i Uniwersytet Limerick.

Inne instrumenty legislacyjne, związane z kształceniem, to ustawa o kwalifikacjach (edukacja i szkolenie) z 1999 r., Krajowa Instytucja Kwalifikacyjna Irlandii (2001), Rada ds. Szkolnictwa Wyższego i Szkoleń (2001), Rada ds. Kształcenia i Szkolenia Zawodowego (2001), ustawa regionalnych kolegiach technicznych, 1992, ustawa o regionalnych szkołach technicznych z 1994 r., a także ustawa o regionalnych kolegiach wyższych uczelni (1999), które regulują działalność innych instytucji trzeciego szczebla. Instrumentem legislacyjnym, regulującym kształcenie jest również ustawa z 1971 r. o szkolnictwie wyższym.

Wymienione programy nauczania to według krajowych ram kwalifikacji ósmy poziom kształcenia - licencjat. Sekcja IV ustawy o pielęgniarstwie z 1985 r. określa natomiast, że Rada umożliwi instytucjom kształcącym i instytucjom opieki zdrowotnej, znajdującym się na trzecim poziomie referencyjnym, przygotowanie własnych programów nauczania, w tym także egzaminów i systemów oceny, ale opartych na programie nauczania dostarczonym przez NMBI. Zatwierdzeniem programów zajmuje się powołana do tego celu komisja.

Instytucje edukacyjne trzeciego szczebla i instytucje opieki zdrowotnej, zaangażowane w kształcenie i szkolenie pielęgniarek, zobowiązane są do przedłożenia do zatwierdzenia szczegółowej dokumentacji programowej do NMBI. Obowiązuje wspólny wniosek złożony razem przez instytucję (instytucje) trzeciego szczebla i powiązaną instytucję (instytucje) opieki zdrowotnej. Taki sposób procedowania wdrożono celem zapewnienia i utrzymania wysokich krajowych standardów kształcenia i niezbędny do opracowywania wniosków.

Standardy krajowe wskazują efekty kształcenia, których celem jest przygotowanie programu edukacyjnego umożliwiającego rejestrację w zawodzie pielęgniarki. Po pomyślnym jego zakończeniu studiów student jest wyposażony w wiedzę i umiejętności niezbędne do praktycznego działania - jako kompetentny/a i profesjonalna pielęgniarka.

Program edukacji wskazuje, że po ukończeniu kształcenia student będzie:

- pomagać jednostkom, rodzinom i grupom osiągać optymalne zdrowie, niezależność, odzyskanie lub spokojną śmierć w profesjonalny opiekuńczy sposób;
- zapewniać dostarczenie opieki i zarządzać bezpośrednio pielęgniarstwem w praktyce, promocją zdrowia, profilaktyką, leczeniem, rehabilitacją oraz wsparciem dla osób, rodzin lub grup;
- udowodnić, że posiada wiedzę i poziom kompetencji w zakresie umiejętności wykonywania praktyki klinicznej, niezbędnych do bezpiecznej praktyki, które są oparte na wynikach najnowszych badań - dotyczących opieki pielęgniarskiej, jeśli takie są dostępne;
- identyfikować i zaspokajać potrzeby jednostki, rodziny, społeczności we wszystkich miejscach opieki zdrowotnej;

- udowodnić, że posiada umiejętności pozwalające na analizę, myślenie krytyczne, rozwiązywanie problemów i refleksyjną praktykę;
- działać jako skuteczny członek interdyscyplinarnego zespołu i uczestniczyć w opiece nad pacjentami/klientami.

Wartości te są podstawą zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom.

Program kształcenia ogólnego to zagadnienia podstawowe, które ułatwiają rozwój i budowanie bazy wiedzy fachowej, umiejętności i postaw niezbędnych do zaspokojenia potrzeb pacjentów, którzy są ostro lub przewlekłe chorzy. Wskazuje też ważną rolę pielęgniarek w promowaniu zdrowia:

- Program jest zgodny z wytycznymi określonymi w Dyrektywie 77/453/EEC.
- Zajęcia teoretyczne i kliniczne obejmują nie mniej niż 4 600 godzin.
- Zajęcie teoretyczne - nie mniej niż jedna trzecia 4 600 godzin = 1 533 godziny.
- Praktyka kliniczna - nie mniej niż połowa 4600 godzin = 2300 godzin.
- Całkowita liczba tygodni - 144 tygodni (39 godzin tygodniowo).
- Wymagania zasadnicze programu:
 - ✓ Zajęcia teoretyczne - nie mniej niż 58 tygodni (włącznie z samokształceniem, egzaminami);
 - ✓ Praktyka kliniczna - nie mniej niż 40 tygodni;
 - ✓ Praktyka (39 godzin tygodniowo) - nie mniej niż 36 tygodni;
 - ✓ Elementy dyskrecjonalne programu - 10 tygodni (należy uwzględnić w dokumencie programu nauczania, a co najmniej połowa powinna odbywać się w miejscu kształcenia klinicznego).

Po przerwie w programie edukacyjnym instytucja trzeciego szczebla we współpracy z instytucjami opieki zdrowotnej zaświadcza, że student spełnia wymagania programu. Dwie trzecie teoretycznej zawartości programu edukacyjnego jest związane z nauką pielęgniarską, jedna szósta dotyczy nauk biologicznych i jedna szósta nauk społecznych. Wartości te są również wskazane dla praktyki położnych.

Ocenianie studenta pielęgniarstwa oparto o podejście zespołowe i partnerstwo w działaniu. Zakłada się także, że Dyrektorzy ds. Pielęgniarstwa Klinicznego (Clinical Nursing), opiekunowie pielęgniarki/wykładowcy i instytucje trzeciego szczebla zgadzają się na wskazany proces oceny. Oceniając poziom kompetencji przyszłych pielęgniarek „Asesor” przeprowadza konsultacje wśród kolegów.

Studenci pielęgniarstwa natomiast mogą mieć potwierdzone kompetencje lub też nie uzyskać akceptacji.

W przypadku, gdy nie student nie osiągnął wymaganego poziomu kompetencji - niezbędnych do rejestracji - umożliwia się mu dalszy ich rozwój.

Szczegółowy zakres kształcenia w pielęgniarstwie specjalnościach obejmuje 4600 godzin. Różnice dotyczą zakresu praktyki i tematyki przedmiotów realizowanych podczas zajęć dydaktycznych. W przypadku pielęgniarstwa psychiatrycznego jest to 36 tygodni praktyki klinicznej w psychiatrii, w tym w psychiatrii środowiskowej, opiece nad osobami dorosłymi i osobami w starszym wieku. W przypadku kształcenia w zakresie opieki nad pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną to 36 tygodni zajęć praktycznych, w tym edukacja i rozwój

dzieci oraz edukacja i rozwój dorosłych, w tym 18 tygodni obejmujących kształcenie w zakresie zaburzenia zachowania, pielęgniarstwo specjalistyczne, opiekę ostrą.

Dla zapewnienia wysokiej jakości kształcenia klinicznego przygotowano przewodnik dla środowiska klinicznego „Jakość środowiska nauki klinicznej: wskazówki” (*Quality clinical learning environment: guidance*). Celem wytycznych jest zapewnienie pielęgniarcom i położnym wskazówek i wsparcia w sprawach dotyczących:

- Tworzenia i utrzymania wysokiej jakości środowiska nauczania klinicznego (*The creation of and maintenance of a quality clinical learning environment*).
- Oceny studentów pielęgniarstwa i położnictwa w praktyce klinicznej (*Assessment of nursing and midwifery students in clinical practice*).

Każda zarejestrowana pielęgniarka lub położna ma obowiązek zapewnić studentom wsparcie kliniczne, pomagać w rozwijaniu kompetencji takich, jak:

- Zadawanie pytań, analiza i refleksyjna praktyka (*Question, analyse and reflect upon their practice*).
- Rozwój autonomii w podejmowaniu decyzji dla celu umożliwienia im zapewnienia bezpieczeństwa opieki- realizowanej przez kompetentne pielęgniarki i położne (*Develop autonomy in decision-making to enable them become safe, caring and competent nurses and midwives*).

Dokument ten analizuje również środowisko kształcenia klinicznego. Znajdują się w nim wytyczne, które dotyczą projektowania i zarządzania doświadczeniem w kształceniu klinicznym. Opisano także kliniczny proces uczenia się i oceniania oraz to, w jaki sposób studenci powinni prowadzić dokumenty i zapisy elektroniczne.

Wytyczne te powstały na podstawie wieloletnich badań naukowych na temat postrzegania przez studentów środowiska nauki klinicznej dostarczyło informacji o czynnikach, które ułatwiają i hamują naukę podczas praktyki klinicznej.

Studenci mają możliwość skorzystania z przewodnika do budowania kariery zawodowej. Znajdują się w nim informacje o 13 irlandzkich uczelniach wyższych, które oferują programy nauczania w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

Są to programy:

- Pielęgniarstwo ogólne;
- Pielęgniarstwo dla dzieci i ogólnych (zintegrowane);
- Pielęgniarstwo niepełnosprawne intelektualne;
- Położnictwo;
- Pielęgniarstwo psychiatryczne.

4.3. Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w lecznictwie szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia

4.3.1. Kompetencje niezbędne do wpisu do rejestru

Kompetencja jest zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym. W Irlandii jest definiowana jako „zdolność pielęgniarki posiadającej prawo wykonywania zawodu do bezpiecznej i skutecznej praktyki, realizującej ją z profesjonalną odpowiedzialnością”.

Określonych wcześniej pięć domen kompetencji - to poziom, jaki musi osiągnąć student po ukończeniu programu nauczania, aby otrzymać wpis do rejestru prowadzonego przez NMBI.

Celem tego postępowania jest zapewnienie studentom umiejętności krytycznej analizy, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, umiejętności przekazywania informacji zwrotnej i umiejętności niezbędnych dla rozwijania sztuki i nauki pielęgniarstwa.

Bezpieczna i skuteczna praktyka wymaga solidnego uzasadnienia w wiedzy teoretycznej, która wspiera natomiast informacyjnie praktykę, a ta z kolei jest wspierana informacyjnie przez praktykę.

W złożonych i zmieniających się środowiskach opieki zdrowotnej ważne jest, aby praktyka pielęgniarstwa była wspierana przez najlepsze, dostępne dowody. Znajduje to odzwierciedlenie w osiągniętych kompetencjach, obejmujących pięć domen:

- praktyka zawodowa/etyczna;
- holistyczne podejście do opieki i integracji wiedzy;
- relacje interpersonalne;
- organizacja i zarządzanie opieką;
- rozwój osobisty i zawodowy.

Obszary kompetencji natomiast to szerokie ich ramy, ułatwiające ocenę praktyki klinicznej pielęgniarek przed rejestracją. Każda domena składa się z kryteriów efektywności i odpowiednich do nich wskaźników. Wskaźniki są opracowywane na szczeblu lokalnym.

Ważnym osiągnięciem pielęgniarek w Irlandii jest możliwość wypisywania produktów leczniczych, którą to kompetencję nadała ustawa Medicinal Products (Prescription and Control of Supply) Regulations, 2003 (Statutory Instrument (SI) 540 of 2003).

Ważnym elementem tego zakresu praktyki jest stała ewaluacja procesu i współpraca z ośrodkami akademickimi, gdzie pielęgniarki – eksperci zajmują się nie tylko badaniami naukowymi z tego obszaru, są także nauczycielami dla pielęgniarek, które rozpoczynają proces wypisywania leków.

Istotnym dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest osobna rejestracja pielęgniarek wypisujących leki i ich udział w procesie kształcenia ustawicznego.

Pielęgniarki wypisują tylko określone grupy leków – charakterystyczne dla swojego zakresu praktyki. Mogą one wypisać każdy lek, który jest w rejestrze. Są to jednak tylko te leki, które związane są ze specjalnością w jakiej praktykują. Uprawnienia mają także pielęgniarki praktykujące w medycynie estetycznej. Ustawa umożliwia również poszerzenie warunków związanych z zakresem wypisywania leków na poziomie pracodawcy. Ważność recepty wypisanej przez pielęgniarkę to 5 dni. Recepta wypisana przez lekarza jest ważna 30 dni. Pierwszą pielęgniarką, która uzyskała rejestrację jako „Nurse Prescriber”, zarejestrowano w 2008 r.

Pielęgniarki nie tylko mają kompetencje do wypisywania leków - NMBI pomaga im we wzmacnianiu kompetencji, udostępniając m.in. przewodniki i opracowania naukowe, współpracując w tym zakresie z ekspertami.

Działania związane z zarządzaniem lekami (Medication Management), wykonywanymi przez pielęgniarkę/położną, mogą różnić się w zależności od indywidualnej sytuacji pacjenta/użytkownika usług, otoczenia opieki zdrowotnej, jej polityki i protokołów.

Kluczowe czynniki, które należy rozważyć przy określaniu zakresu praktyki pielęgniarskiej i praktyki położnej, to:

- kompetencje;
- odpowiedzialność i autonomia;
- kontynuowanie edukacji profesjonalnej;
- wsparcie dla profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej i położnej;
- delegowanie;
- sytuacje nagłe.

Standard określa także oczekiwania w tym zakresie wobec pielęgniarki/położnej. *„Oczekuje się, że każda pielęgniarka/położna rozwija i utrzymuje kompetencje w odniesieniu do wszystkich aspektów zarządzania leczeniem, zapewniając, że jego/jej wiedza, umiejętności i praktyka kliniczna są aktualne. Działania dotyczące zarządzania leczeniem wymagają, aby pielęgniarka/położna była odpowiedzialna wobec pacjenta/użytkownika usług, społeczeństwa, organu regulacyjnego, jej/jego pracodawcy oraz wszelkich odpowiednich organów nadzorczych. Odnosi się to zarówno do działań, jak i do zaniechań.”*

Dla pielęgniarek wypisujących leki opracowano standardy praktyki *„Practice Standards and Guidelines for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority”*. Dokument zawiera 11 standardów. Są to:

- proces podejmowania decyzji klinicznych;
- komunikacja i historia;
- dokumentacja;
- wypisywanie recept;
- przepisywanie dla siebie, rodziny i innych znaczących;
- powtarzanie recept;
- określanie niedozwolonych i nielegalnych leków;
- przepisywanie ustne / telefoniczne, e-mailowe lub faksowe;
- rozdzielenie obowiązków w cyklu zarządzania lekami;
- wpływ interesów zewnętrznych (relacje z przedstawicielami farmaceutycznymi lub podobnymi organizacjami);
- kontynuacja rozwoju zawodowego i kompetencji.

Ustalono także złoty standard dla administrowania leczeniem - **pięć praw administrowania leczeniem**. Podkreślając się w nich, że istnieją kluczowe zasady zarządzania leczeniem, w których każda pielęgniarka/położna powinna przestrzegać przy świadczeniu opieki związanej z produktami leczniczymi.

Standard ten opisuje, że przed administrowaniem produktem leczniczym należy sprawdzić, czy jest on prawidłowy. Należy dokładnie wyjaśnić wszystkie pytania dotyczące recepty/leczenia z odpowiednim lekarzem. Przed podaniem należy sprawdzić datę ważności leku. Nie należy podawać leków wycofanych. Pięć praw wskazanych przy administrowaniu leczeniem, które powinny mieć zastosowanie przy każdym spotkaniu z pacjentem/użytkownikiem-usługi, to: **właściwe leczenie, właściwy pacjent/usługobiorca, właściwe dawkowanie, właściwa forma i właściwy czas**.

Celem wzmocnienia procesu podejmowania decyzji przez pielęgniarki – opracowano ścieżkę podejmowania decyzji.

Jasno określone zasady, transparentny przekaz i akceptacja środowiska i pacjentów, pozwalają pielęgniarkom czuć się bezpiecznie w praktykowaniu wypisywania recept. Stanowi to zachętę dla podejmowania tego zadania w praktyce. Obecnie w Irlandii czynnie wypisuje recepty 10 tys. pielęgniarek i położnych.

Kolejnym ważnym projektem realizowanym przez rząd Irlandii jest projekt zasobów ludzkich – zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i wykształcenie pielęgniarek zaawansowanej praktyki (APN), których zadaniem będzie wypełnienie luki w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Stąd inwestuje się w realizację programu umożliwiającego wykształcenie odpowiedniej liczby pielęgniarek, które przejmą część zadań od lekarzy, jak miało to miejsce w innych krajach.

W Irlandii w 2009 r. było 121 Pielęgniarek Zaawansowanej Praktyki (w tym położne) 0,2% (w tym położne w RN). Podstawowymi pojęciami w zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej są: autonomia w praktyce klinicznej, praktyka ekspercka, przywództwo i badania.

Ponadto:

- autonomia w praktyce, np. zarządzanie klinikami mikro urazów w nagłych wypadkach;
- zarządzanie przypadkami i kontynuacja, monitorowanie, edukacja zdrowotna i poradnictwo dotyczące stylu życia dla pacjentów z chorobami przewlekłymi;
- przepisywane w ramach protokołu lub niezależnie od uznanego wykształcenia, szkolenia i rejestracji leków i promieniowania jonizującego;
- dodatkowa diagnostyka: echokardiografia / test laboratoryjne na receptę.

Także liczba pielęgniarek świadczących opiekę ogólną - zatrudnionych w systemie - jest przedmiotem troski rządu Irlandii. Stąd w Ministerstwie Zdrowia zatrudniono eksperta, który jest odpowiedzialny za realizację projektu badawczego dotyczącego zasobów ludzkich w pielęgniarstwie. Irlandia zachęca także pielęgniarki, wykształcone w innych krajach, do podejmowania zatrudnienia w systemie. Jest to także kraj największej migracji pielęgniarek z Polski po 2005 r.

4.4. Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki w Irlandii zaangażowane są w działania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom, prowadzą kampanię związaną z brakiem miejsc w szpitalach i umieszczaniem pacjentów na wózkach na korytarzach oddziałów, gdzie nie są w stanie zapewnić im odpowiedniej, bezpiecznej opieki.

Reagując na utrudnioną dostępność pacjentów do lekarzy, wykorzystano dobre praktyki realizowane w krajach skandynawskich, czy USA poprzez zainwestowanie w wykształcenie pielęgniarek APN – przejmą one zadania lekarzy w zakresie, w jakim będzie zgoda na ich delegowanie.

Zabiega się o implementację propozycji dotyczących liczby pielęgniarek, zatrudnienia i zatrzymania personelu. Zaproponowano Ministrowi Zdrowia wzrost liczby zatrudnionych pielęgniarek z 35 835 (grudzień 2016 r.) do 37 048 (grudzień 2017 r.) – 1208 stanowisk.

Finansowanie wskazanej liczby dodatkowych pielęgniarek, które wypełnią wszystkie istniejące wakaty (wynikające z odejść na emeryturę, macierzyństwo, urlopów bezpłatnych), będzie w pełni finansowany przez rząd.

Innym ważnym zagadnieniem jest delegowanie uprawnień w oddziałach chirurgicznych, które zostały uzgodnione w marcu 2017 r., wstępnie dla siedmiu oddziałów chirurgicznych będzie rozszerzony na dziesięć oddziałów w 2017 r. Rozszerzenie projektu będzie realizowane w 2018 r. we wszystkich 254 oddziałach chirurgicznych w kraju.

4.5. Wnioski rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

- przygotowanie dla studentów pielęgniarstwa/położnictwa przewodników opisujących ścieżkę kariery zawodowej na poziomie ogólnokrajowym, wprowadzenie mentora na poziomie klinicznym;
- przygotowanie standardów nauczania w praktyce klinicznej, pomagających pielęgniarkom prowadzącym zajęcia ze studentami w pracy i ocenie studentów;
- wprowadzanie zmian do praktyki klinicznej, dydaktyki nauczania w oparciu o badania naukowe, które prowadzone są w praktyce klinicznej, dydaktyce. W tym celu w ośrodkach akademickich należy wyznaczyć naukowców-ekspertów odpowiedzialnych za stworzenie zespołów badawczych zajmujących się tematami wiodącymi dla praktyki pielęgniarskiej – utworzenie sieci współpracy międzyuczelnianej i wymianę wiedzy podczas seminariów tematycznych;
- powołanie, na poziomie podmiotów leczniczych, pielęgniarek odpowiedzialnych za prowadzenie badań naukowych i będących pomostem współpracy pomiędzy pielęgniarkami i naukowcami;
- powołanie Zespołu Ekspertów, który przygotuje strategię dla rozwoju pielęgniarstwa spośród ekspertów. Zespół będzie dedykowany tylko tej pracy. Eksperci odbędą wizyty studyjne w krajach UE i poza UE celem poznania i wdrożenia dobrych praktyk celem przygotowania mapy drogowej - stworzenia rekomendacji dla wdrożenia strategii dla pielęgniarstwa/położnictwa do 2030 r. Członkowie Zespołu powinni zajmować się tylko tym zagadnieniem i nie być zaangażowani w inną działalność zawodową;
- powołanie ekspertów - na poziomie każdej uczelni, w każdym Uniwersytecie Medycznym, których zadaniem będzie ewaluacja procesu wypisywania recept przez pielęgniarki, prowadzenie badań i przygotowywanie rekomendacji dla praktyki;
- wdrożenie zasad wynagradzania studentów za pracę w podmiotach leczniczych – podczas praktyki zawodowej;
- umożliwienie pielęgniarkom wypisywania recept na pełen zakres leków i tylko z ograniczeniem wynikającym z praktykowanej specjalności. Zapewnienie pielęgniarkom, w celu zapewnienia im bezpieczeństwa, re-rejestracji z określeniem czasookresu odnawialności kompetencji w tym zakresie, w tym kształcenia ustawicznego - określonego przedziałem czasowym;
- przygotowanie dla pielęgniarek, wypisujących recepty, standardów ułatwiających im realizację tego zadania w praktyce, w tym stworzenie – portalu sieci służącego wymianie informacji, konsultacjom związanym z obszarem/specjalnością działania pielęgniarki;
- systematyczne prowadzenie badań i przygotowywanie raportów dotyczących wypisywania leków przez pielęgniarki;
- wprowadzenie na drugim poziomie kształcenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej.

5. Wizyta studyjna w Portugalii

W dniach 14-17.10.2017 r. odbyła się wizyta studyjna w Portugalii. Wizytę realizowały przedstawiciele z Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

5.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Portugalii

Populacja Portugalii to ponad 10 mln ludności, natomiast produkt krajowy brutto wynosi 199,00 mld Euro (2015) – co stanowi na osobę 19 121 Euro.

System ochrony zdrowia to system składający się z trzech współistniejących systemów. Jest to przede wszystkim sektor publiczny – Narodowych Serwis Zdrowotny (SNS), w którym funkcjonują 54 szpitale publiczne i sektor prywatny (36 szpitali) – oparty na prywatnym, dobrowolnym ubezpieczeniu, oraz system działający na podstawie ubezpieczenia socjalnego.

Za kreowanie polityki zdrowotnej odpowiada Ministerstwo Zdrowia, które zarządza także publicznym sektorem ochrony zdrowia.

Za kształtowanie prawa w tym sektorze odpowiada urząd regulacyjny, który jest niezależnym urzędem regulującym zarówno sektor publiczny, jak i prywatny (ERS).

System opieki zdrowotnej (od 1979 r.) zapewnia dostęp do ochrony zdrowia wszystkim obywatelom. Natomiast wydatki na ochronę zdrowia są na podobny poziomie jak w Izraelu, czy w Hiszpanii. Każdy obywatel mieszkający w Portugalii ma prawo do bezpłatnego systemu ochrony zdrowia, w tym szczególnie nadzoru medycznego, promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, diagnozy i leczenia oraz rehabilitacji socjalnej i medycznej.

Pobierane są opłaty w przypadku, kiedy osoby, które uległy zranieniom korzystają z usług SOR w przypadku urazów, które mogłyby być zaopatrzone przez lekarza w POZ.

Administracją systemu zajmuje się Centralny Urząd Systemu Ochrony Zdrowia, któremu podlegają administracje lokalne. Urząd ten jest odpowiedzialny za zarządzanie finansami, dostarczaniem zasobów ludzkich, tworzeniem polityki zdrowotnej, planów, prawa i standardów. Administracja regionalna odpowiada natomiast za prowadzenie usług zdrowotnych dla ludności zamieszkałej w poszczególnych regionach i realizację narodowego planu zdrowotnego. System Ochrony Zdrowia dostarcza świadczenia poprzez jednostki publiczne. Są to Centra Zdrowia (*agrupamentos de centros de saúde*, ACES), składające się z kilku ośrodków zdrowia. Jedno Centrum Zdrowia odpowiada za dostarczanie usług dla jednego miasta. Są to usługi w zakresie zdrowia publicznego dostarczane dla rodziny i środowiska lokalnego.

Drugim poziomem usług zdrowotnych są wspomniane wcześniej szpitale, administrowane jako grupy szpitali, skategoryzowane w czterech kategoriach. I tak kategoria I – to szpitale ogólne, kategoria II - szpitale rejonowe, kategoria III – szpitale centralne lub kategoria IV – szpitale specjalistyczne (np. onkologia, psychiatria).

Kolejnym poziomem usług zdrowotnych są lokalne centra zdrowia połączone z centrami zdrowia i szpitalami, znajdującymi się w tym samym mieście czy regionie odpowiedzialne zarówno za prowadzenie opieki podstawowej, jak i opieki drugiego stopnia.

Szpitale ogóle dostarczają opiekę dla 75 – 500 tys. obywateli i zapewniają: opiekę internistyczną, chirurgiczną, neurologiczną, pediatryczną, ortopedyczną, anestezjologiczną,

radiologiczną, chemioterapię i rehabilitację. Mogą także dostarczać dodatkowych usług z zakresu kardiologii, genetyki czy neuroradiologii.

Inną grupą szpitali są szpitale społeczne, prowadzone przez prywatne instytucje jako instytucje solidarności społecznej - oparte na tradycji, istniejącej w Portugalii od XV wieku.

Zostały one upaństwowione w 1970 r., a od 1993 r. posiadają niezależny status administracyjny. Obecnie jest to dwanaście szpitali.

Jak wynika z informacji system nie pokrywa całkowicie potrzeb zdrowotnych na poziomie centralnym. Istnieją także regionalne systemy ochrony zdrowia, które obejmują autonomiczne regiony, jak Madeira i Azory, które stworzyły swoje regionalne systemy ochrony zdrowia.

Natomiast prywatny sektor ochrony zdrowia (SAMS) związany jest z usługami świadczonymi dla pracodawców zakupujących usługi zdrowotne dla swoich pracowników.

Portugalia została uznana za centrum kompetencji w zakresie działań związanych ze zdrowiem i klaster doskonałości w kontekście międzynarodowym. Działania w tym zakresie rozpoczęto w 2008 r. w obszarach takich, jak: aktywne starzenie się i dobrostan, medycyna zapobiegawcza, nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe, osteochondropatia, choroby zapalne, infekcyjne i metaboliczne, turystyka zdrowotna i e-Zdrowie.

5.2. Dane dotyczące zatrudnionych pielęgniarek i położnych

Zasoby pracowników medycznych, to w 2016 r., to - 59 239 lekarzy (5,9 na 1000 mieszkańców) i 69 496 pielęgniarek - 6,9 na 1000 ludności. Liczba pielęgniarek i lekarzy systematycznie wzrasta, tak, jak wzrastają potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

5.3. Informacje dotyczące systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej i położniczej (standard kształcenia)

Kształcenie pielęgniarek w Portugalii ma miejsce w 42 szkołach wyższych (20 prywatnych i 22 publicznych) i jest oparte na wytycznych dyrektywy 36/2005/WE. Odbywa się ono w szkołach publicznych i w szkołach prywatnych.

W 1991 r. wprowadzono kształcenie na studiach magisterskich, natomiast kształcenie na poziomie podstawowym odbywa się w systemie czteroletnich studiów wyższych.

W Portugalii wprowadzono ten system w 1988 r. i od 1999 r. jest to program studiów czteroletnich licencjackich - po ukończeniu kształcenia ogólnego, trwającego obecnie 12 lat.

Dodatkowo kandydaci na studia wyższe muszą wziąć udział w krajowym konkursie, w którym są skategoryzowani według ocen, jakie uzyskali, co gwarantuje ich przyjęcie. W ostatnich latach odnotowuje się znaczące zainteresowanie kształceniem.

W szkole w Porto w ub. Roku akademickim było 6 kandydatów na jedno miejsce. Kandydaci są pozycjonowali na liście według swoich wyborów (każdy z kandydatów może wybrać sześć szkół, w których chce się uczyć).

Należy zaznaczyć, że od momentu zaproponowania studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo liczba chętnych do tego rodzaju szkół wzrosła z 2170 (1997 r.) do 15851 (2007 r.), co stanowi 722% wzrost zainteresowanych kształceniem w zawodzie pielęgniarki. W 2008 r. wdrożono także strategię edukacji studentów pielęgniarstwa na lata 2008-2012.

Główne cele strategii to:

- zapewnienie rozwoju kontynuacji procesu edukacji pielęgniarek i w ramach przedmiotu kształcenia przed dyplomowego w pielęgniarstwie odpowiednich warunków do drugiego cyklu studiów;
- promowanie środków rozwoju badań, zgodnie z określonymi priorytetowymi obszarami oraz potrzebami w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa;
- wzmocnienie kwalifikacji zawodowych w celu zaspokojenia potrzeb obywateli w zakresie zdrowia i opieki pielęgniarskiej;
- zwiększenie widoczności zawodu i obszaru tematycznego dotyczącego pielęgniarstwa, w społeczności naukowej i społeczeństwie;
- promowanie lepszych warunków dla reorganizacji kształcenia pielęgniarek w trzech cyklach szkoleniowych, w tym samym podsystemie, aby zapewnić ciągłość szkoleń/badań i rozwój badań.

Od 2008 r. prowadzona jest także, przez organizację pielęgniarską, systematyczna ocena sytuacji wchodzących w życie zawodowe, młodych pielęgniarek. Celem projektu jest m.in. eliminacja niepożądanych zjawisk i lepszy proces adaptacji młodej kadry w środowisku.

Liczba zainteresowanych kształceniem w zawodzie wzrasta. Natomiast największa liczba kandydatów została odnotowana w roku 2009 – 1807 chętnych. Jednakże aż 19% studentów nie znajduje zatrudnienia w Portugalii³ i bardzo często są pozyskiwani do pracy przez inne kraje UE, jak Wielka Brytania czy Niemcy.

Od 2002 r. liczba studentów uzyskujących kwalifikacje pielęgniarskie jest natomiast stała i wynosi ponad 3500 studentów.

Od 1975 r., w Portugalii nie kształci się pomocy pielęgniarskich. System kształcenia przed dyplomowego w zawodach „pielęgniarskich” jest dostępny tylko dla pielęgniarek.

Program studiów w pierwszych dwóch latach obejmuje kształcenie teoretyczne, w tym m.in. zagadnienia dotyczące:

- Wprowadzenie do pielęgniarstwa;
- Rodzicielstwo;
- Zdrowie osób dorosłych i starzenie się;
- Zachowania i relacje;
- Osoby zależne i opiekunowie rodziny;
- Odpowiedź ciała na chorobę;
- Choroba i zarządzanie schematami leczenia;
- Interwencje współzależne.

Kolejne dwa lata nauczania to praktyka kliniczna, w tym:

- Środowisko;
- Cięża i rodzicielstwo (środowisko);
- Zdrowie rodziny w środowisku;
- Kontynuacja opieki;
- Opieka paliatywna (środowisko);
- Medycyna i chirurgia;
- Położnictwo i pediatria – szpital;
- Zdrowie psychiczne i psychiatria.

Wprowadzenie do praktyki klinicznej (pierwszy i drugi rok studiów), to 450 godzin teoretycznych i praktycznych realizowanych w szkole. Podczas zajęć studenci uczą się planowania opieki z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), za pomocą scenariuszy – opisów przypadków.

W pierwszym okresie nauczania są to scenariusze hipotetyczne. Ma to miejsce z wykorzystaniem narzędzia informatycznego, opracowane przez zespół nauczycieli z wizytowanej szkoły w Porto. Szkoła ta rozpoczęła wdrażanie terminologii referencyjnej w 1997 r. i jest międzynarodowym centrum referencyjnym dla implementacji dokumentacji elektronicznej.

Scenariusze dla pierwszego roku studiów obejmują zagadnienia takie, jak: ciąża i rodzicielstwo/dzieciństwo i nastolatek/dorosły i starzenie się. Drugi rok studiów obejmuje scenariusze dotyczące sytuacji ostrych w szpitalu i planowania opieki opiera się na scenariuszach dotyczących opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi w środowisku.

Trzeci rok nauczania przygotowuje studentów do integracji opieki z wykorzystaniem scenariuszy dla realnych przypadków. W tym celu zaprogramowano zajęcia dydaktyczne obejmujące 280 godzin w różnych oddziałach szpitala. Konsekwencja i systematyczność działania doprowadziła do uruchomienia elektronicznego rekordu pacjenta dla pielęgniarek w Portugalii.

Natomiast celem opisanego schematu nauczania jest rozwijanie umiejętności w zakresie: podejmowania decyzji klinicznych w pielęgniarstwie, demonstrowania możliwości systematyzacji i wyjaśniania koncepcji opieki w oparciu o różne scenariusze, procesowego podejmowania decyzji w oparciu o metodologię uczenia się przez rozwiązywanie problemów.

Innowacyjnym podejściem jest ścieżka rozwoju zawodowego dostępna dla pielęgniarek. Według schematu, przyjętego w 2009 r., przez organizację pielęgniarską The Ordem dos Enfermeiros (OE) każda pielęgniarka ogólna po ukończeniu szkoły, obecnie uzyskaniu tytułu licencjata, może się zgłosić do organizacji pielęgniarskiej.

W organizacji poddawana jest procesowi kształtowania kompetencji - rozwoju zawodowego, który został oparty na superwizji i refleksji. Jego celem jest przygotowanie do procesu podejmowania decyzji klinicznych w sposób autonomiczny. Po ukończeniu pielęgniarka może przystąpić do specjalizacji.

W kształceniu podyplomowym proponowane są następujące programy studiów podyplomowych/ programy specjalizacyjne/programy studiów magisterskich (Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska – APN), jak:

- Zdrowie środowiskowe;
- Medycyna-Chirurgia;
- Rehabilitacja (Rehabilitation);
- Zdrowie niemowląt i pediatria;
- Położnictwo;
- Zdrowie psychiczne i psychiatria;
- Nadzór kliniczny;
- Kierowanie usługami i przywództwo;
- Pielęgniarskie systemy informatyczne.

Specjalizacje prowadzone są w szkołach pielęgniarskich. Przy czym dla pielęgniarek pracujących w środowisku przewidziane są dwa rodzaje specjalizacji: zdrowie publiczne i zdrowie rodziny.

Stworzono specjalny system certyfikacji i odnawiania kompetencji zawodowych, zapewniający bezpieczeństwo wykonywania zawodu i bezpieczeństwo pacjentów.

Od 2004 r. rozpoczęto kształcenie na trzecim poziomie studiów – studia doktoranckie w zakresie Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej – APN. Ten tok nauczania rozwijano w oparciu o doświadczenia uniwersytetów w USA. W Portugalii stworzono możliwość uzyskania tytułu APN w zakresie: zarządzania w pielęgniarstwie, historii i filozofii pielęgniarstwa, kształcenia pielęgniarek.

W 1970 roku 144 pielęgniarki ukończyły studia doktoranckie i otrzymały tytuł doktora w naukach o zdrowiu. W roku 1980 liczba ta zwiększyła się dwukrotnie (301), w 1990 r. były to już 633 pielęgniarki. W latach 2000-2005 tytuł ten uzyskały 474 pielęgniarki, w 2006 r. – 101 i 150 w 2007 r. W ciągu siedmiu lat natomiast było to 725 pielęgniarek.

W 2008 r. zawód pielęgniarki został sklasyfikowany jako „specjaliści intelektualni i naukowcy”. Zawód jest regulowany od 2008 r. przez Pielęgniarską Organizację - Ordem dos Enfermeiros.

5.4. Informacje dotyczące udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne w lecznictwie szpitalnym, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, środowiskowej – kompetencje, uprawnienia

W 2016 r. w Portugalii było zarejestrowanych i zatrudnionych 69 486 pielęgniarek (13.07.2017 r.), w tym 12 485 mężczyzn. Na kontynencie pracowało 65 308 pielęgniarek. Według OECD, Portugalia posiada wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek 6,3 na 1000 mieszkańców, czy więcej niż we Włoszech, Estonii, Korei, ale mniej niż na Węgrzech, Czechach, czy też Francji i oczywiście w USA.

Jak wynika z informacji udzielonych przez liderów pielęgniarstwa około 20% pielęgniarek to mężczyźni. Co znaczące liczba pielęgniarek systematycznie wzrasta. Wydaje się jednak, że w stosunku do potrzeb jest ona niewystarczająca.

W Portugalii, jak i w innych krajach UE (od 2004 r.) systematycznie wzrasta liczba pielęgniarek, odwrotnie do sytuacji w Wielkiej Brytanii, która jest miejscem częstej migracji pielęgniarek z Portugalii.

Jak wynika z dostępnych materiałów pielęgniarki ogólne stanowią 78% wszystkich zatrudnionych w Portugalii pielęgniarek, pozostałe pielęgniarki to m.in. pielęgniarki APN.

5.4.1. Asystenci Pielęgniarek

Asystenci pielęgniarek w Portugalii, to personel pielęgniarski, który pracuje pod nadzorem pielęgniarek. Zadaniem ich jest wykonywanie prostych czynności wspomagających funkcjonowanie pacjentów. Jest to m.in. pomoc w: jedzeniu, myciu, ubieraniu, zmianie basenów i przewożeniu i przemieszczaniu pacjentów. Wynagrodzenie asystentów pielęgniarek jest o 50% niższe niż wynagrodzenie pielęgniarek i wynosi 5 Euro na godzinę. Natomiast pielęgniarka na początku swojej kariery otrzymuje 13 Euro za godzinę.

5.5. Funkcjonowanie i integracja opieki

Jak wynika z danych OECD, Portugalia ma bardzo dobrze rozwinięty system jakości opieki, oparty na systemie informatycznym, który obejmuje 93% jednostek świadczących opiekę

zdrowotną. Stąd bardzo prosto jest uzyskać dostęp do informacji o pacjencie z każdego miejsca w Portugalii. Ułatwia to komunikowanie się profesjonalistów i tym samym integrację opieki i sprawną koordynację.

Elektroniczny Rekord Pacjenta tworzy elektroniczną platformę pacjenta, gdzie pacjent ma dostęp do informacji o swoim statusie zdrowotnym.

Innym ważnym elementem zapewnienia jakości są przewodniki kliniczne i opracowane do nich ścieżki kliniczne, ukierunkowane na kompleksową opiekę na różnych jej poziomach. Przygotowano je, tak dla stanów ostrych, jak i przewlekłych. Są one efektywnie koordynowane przez personel medyczny i pielęgniarski.

Obieg elektronicznej dokumentacji można było także zaobserwować podczas wizyty studyjnej w szpitalu Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) (North Maternal and Child Center) oraz opiekę podstawową - Póvoa de Varzim/Vila do Conde - UCC Vila do Conde.

Szpital jest szpitalem referencyjnym, wykorzystującym systemy informatyczne w dostarczaniu opieki. Do współpracy z zespołem IT wyznaczone są pielęgniarki, która reprezentują różne specjalności. Zadaniem pielęgniarek jest współpraca przy budowaniu wskaźników jakości opieki pielęgniarskiej na poziomie szpitala.

System informatyczny w Portugalii jest wystandaryzowany i oparty na słownikach referencyjnych. W chwili obecnej trwają prace nad wdrożeniem terminologii SNOMED-CT. Z badań przeprowadzonych przez naukowców wynika, że dokumentowanie w systemie informatycznym zajmuje pielęgniarki około 17% czasu pracy, podczas gdy dokumentacja prowadzona w postaci papierowej to 35-40% czasu pracy pielęgniarek.

W szpitalu realizowanych jest wiele projektów, które prowadzą pielęgniarki. Jest to m.in. projekt "10 Kroków do udanego karmienia piersią", zarządzany przez położne.

Dzięki niemu odnotowano znaczący wzrost karmienia piersią wśród położnic, także dlatego że szczególną uwagę przykładana się w przypadkach występowania u kobiet depresji poporodowej – co stało się przedmiotem rozprawy doktorskiej położnej, która opracowała specjalny program pracy z pacjentkami cierpiącymi na zaburzenia emocjonalne związane okresem okołoporodowym.

Innowacją niespotykaną w systemie finansowanym ze środków publicznych w Polsce jest prowadzenie w opiece podstawowej położne szkoły rodzenia dla przyszłych matek.

Zespoły pielęgniarskie w POZ to pielęgniarki o różnych specjalnościach, które pracują w domach pacjentów prowadząc proces pielęgnowania w chorobach przewlekłych, w tym również rehabilitację. Zespół tworzą m.in. pielęgniarki pediatryczne, pielęgniarki specjalistki rehabilitacji, położne. Lekarz jest dostępny w poradni, w każdym czasie, kiedy tego potrzebują pielęgniarki, które w rzeczywistości koordynują opieką nad rodzinami. Obszar opieki to w tym przypadku obszar kilku wsi.

5.6. Diagnoza bieżących problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych

Problemem zgłaszanym przez środowisko pielęgniarskie jest nieodpowiednie wynagrodzenie, brak ścieżki zawodowej dla położnych i warunki zatrudnienia oraz nieodpowiednia do potrzeb liczba pielęgniarek.

5.7. Wnioski, rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytowanym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

Wdrożenie aplikacji umożliwiającej pielęgniarkom dokumentowanie zdarzeń medycznych z wykorzystaniem terminologii referencyjnej;

- wykorzystanie funduszy UE na przygotowanie/przetłumaczenie przewodników do opieki, opartych na badaniach naukowych;
- przygotowanie z wykorzystaniem funduszy UE ścieżek klinicznych dla opieki pielęgniarskiej z określeniem ról poszczególnych interesariuszy;
- wdrożenie do kształcenia przed i podyplomowego informatyki pielęgniarskiej;
- przygotowanie pielęgniarek na poziomie szpitali do współpracy w opracowywaniu wskaźników wyników jakości opieki pielęgniarskiej;
- zatwierdzenie minimalnego zestawu danych dla pielęgniarstwa niezbędnego do wdrożenia „Patient Summary”;
- wdrożenie na poziomie POZ szkół rodzenia finansowanych ze środków publicznych NFZ;
- Rozważenie możliwości przygotowania specjalizacji z zakresu zdrowia publicznego dla pielęgniarek pracujących w POZ, co mogłoby przygotować kadrę do koordynowania opieką;
- przygotowanie pielęgniarek POZ do pełnienia roli pielęgniarek APN i przygotowanie dla tej grupy kompetencji niezbędnych dla zarządzania opieką w POZ;
- przygotowanie ścieżek rozwoju zawodowego dla pielęgniarek i położnych i rozważenie kształcenia.

6. Wizyta studyjna we Włoszech

Wizyta we Włoszech odbyła się w dniach 11.11. - 13.11.2019 r. Udział w niej wzięły osoby reprezentujące Departament Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

6.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Każda osoba obecna we Włoszech ma prawo do opieki zdrowotnej, także emigranci. Istnieje również tzw. współpłacenie polegające na możliwości uzyskania opieki z dopłatą. Ma to miejsce na podstawie specjalnego „biletu”. Tego rodzaju opieka jest możliwa w przypadku niektórych wizyt na oddziale ratunkowym, konsultacji specjalistycznych, procedur diagnostycznych i analiz laboratoryjnych. Wysokość współpłacenia różni się w zależności od regionu i zależy od rodzaju wymaganych usług oraz od statusu pacjenta (istnieją formy zwolnienia - po włosku *esenzione* - w przypadku niskich dochodów i poważnych chorób).

Włoska krajowa służba zdrowia (*SSN - Servizio Sanitario Nazionale*) to publiczna, finansowana z podatków pomoc medyczna, organizowana i regulowana przez Ministerstwo Zdrowia i administrowana przez władze regionalne. Aby uzyskać dostęp do włoskiej krajowej służby zdrowia niezbędna jest ważna karta *Tessera Sanitaria* (włoska karta ubezpieczenia zdrowotnego) lub jej odpowiednik z innego kraju UE (karta EKUZ - europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego).

Publiczna opieka zdrowotna jest zapewniana przez regionalne jednostki zdrowia zwane ASL (*Azienda Sanitaria Locale - Local Health Authority*) i szpitale publiczne. W Rzymie jest sześć szpitali publicznych i ponad 50 biur ASL. ASL jest organizacją administracyjną, która zarządza klinikami publicznymi i usługami medycznymi (np. ośrodki szczepień, publiczne przychodnie, laboratoria do analiz i obrazowania itp.). Natomiast prywatna opieka zdrowotna we Włoszech, podobnie jak w innych krajach, jest świadczona odpłatnie. Prywatne szpitale we Włoszech często działają również w porozumieniu z włoską krajową służbą zdrowia. W takim przypadku otrzymują status *Privato Convenzionato* (prywatna za zgodą). Oznacza to, że można uzyskać do nich dostęp również z włoską kartą ubezpieczenia zdrowotnego (*Tessera Sanitaria*), pod pewnymi warunkami.

W opiece nad pacjentem funkcjonują interdyscyplinarne zespoły, które współdziałają na zasadach kontynuacji opieki, zapewniając jej ciągłość i kompleksowość w opiece domowej. Szerzej opisano to w dalszej części opracowania.

Rząd wprowadził narodowy plan chorób przewlekłych teraz zaczyna się etap działania.

Większość zarejestrowanych pielęgniarek (RN) pracuje w szpitalach lub klinikach medycznych. Mogą również pracować dla innych organizacji, takich jak placówki ambulatoryjne, ośrodki rehabilitacyjne lub ośrodki dla seniorów. Aby zostać RN, muszą mieć stopień naukowy z pielęgniarstwa (ADN) lub tytuł licencjata z pielęgniarstwa (BSN). Niektórzy pracodawcy wymagają od kandydatów wcześniejszego doświadczenia jako RN. Pracujące pielęgniarki muszą posiadać licencję od regionalnej rady pielęgniarstwa. Są też specjalne wymagania sprawdzające kompetencje przed przyjęciem do pracy i tak np. aby podawać leki, niektóre regiony wymagają, aby RN zdali egzamin z podawania leków. Ponadto pielęgniarki muszą przestrzegać standardów opieki i praktyki. Pielęgniarki realizują świadczenia także poprzez odwiedzanie pacjentów w ich domach. Wymagania dotyczą także współpracy w zespołach. Pielęgniarki muszą być w stanie pracować w środowisku zespołowym, posiadać doskonałe umiejętności interpersonalne i komunikacyjne.

Pielęgniarki pracujące we Włoszech mogą być zobowiązane do uczestnictwa w różnych warsztatach, kształceniu podyplomowym lub konferencjach w celu doskonalenia swoich umiejętności. Muszą one także czytać profesjonalne czasopisma, aby być na bieżąco z aktualnymi innowacjami i badaniami medycznymi i technologią. Może być także oczekiwane, w zależności od regionu, regularnie odnawianie licencji pielęgniarskich. Pielęgniarka może być zobowiązana także do kształcenia, coachingu lub mentoringu dla nowych lub młodszych pielęgniarek.

Wynagrodzenie pielęgniarek zależy od wykształcenia oraz stażu pracy. Miesięczne wynagrodzenie pielęgniarek we Włoszech wynosi od 1 280 Euro (wynagrodzenie minimalne) do 4 394 Euro miesięcznie (wynagrodzenie maksymalne). Mediana wynagrodzenia wynosi 2 939 Euro miesięcznie, co oznacza, że połowa (50%) osób pracujących jako pielęgniarka zarabia mniej niż 2 939 Euro, podczas gdy druga połowa zarabia ponad 2 939 Euro. Mediana reprezentuje średnią wartość wynagrodzenia.

Z medianą ściśle związane są dwie wartości: 25. i 75. percentyl. Co oznacza, że 25% osób pracujących jako pielęgniarka zarabia mniej niż 1899 Euro, a 75% z nich zarabia ponad 1899 Euro. Z danych wynika też, że 75% osób pracujących jako pielęgniarka zarabia mniej niż 3740 Euro, a 25% zarabia ponad 3740 Euro.

Wynagrodzenie pielęgniarek po kształceniu starego typu (licea medyczne) wynosi najmniej i waha się w okolicy 2074 Euro miesięcznie. Wynagrodzenie pielęgniarek licencjatem jest o ponad sześćset Euro wyższe.

Szpitalne prowadzą także różne projekty, np. University Hospital of Roma Sant' Andrea, który był wizytowany, realizuje projekt humanizacji opieki. Zaproponowano nowy sposób komunikacji z pacjentami, ustalając m.in. kolory oddziałów, dzięki czemu pacjenci mają łatwiejszy sposób przemieszczania się. Prace nad projektem prowadzono z włączeniem stowarzyszeń pacjentów. Jego realizację zaczęto po ocenie satysfakcji pacjentów.

Jak pokazują zmienne obecnie wiele pielęgniarek kształconych w Włoszech wyjeżdża poza Włochy do pracy. Jak podkreślają liderzy - Włochy są krajem kształcącym na eksport. Zidentyfikowano bowiem, że 5000-6000 pielęgniarek poza krajem, teraz nie jest to już problem pracodawcy. Obecne potrzeby sprawiają, że problem ten stał się ogólnokrajowy. Wskazuje się, że obecnie brak jest 57 000 pielęgniarek. Liczby te dotyczą opieki szpitalnej i pielęgniarstwa środowiskowego.

W Szpitalu San Camillo w Rzymie poziom obsad pielęgniarek jest różnicowany w oddziałach szpitalnych według intensywności klinicznej i zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Na przykład departament medycyny wewnętrznej (interny) jest podzielony na 3 piętra i poziomy intensywności opieki. Oddział o wysokiej kompleksowości opieki – duża intensywność kliniczna jedna pielęgniarka przypada na czterech pacjentów, na poziomie opieki subintensywnej jedna pielęgniarka przypada na sześciu pacjentów.

Na oddziale średniej intensywności jedna pielęgniarka na ośmiu pacjentów i na niskiej intensywności jedna pielęgniarka na dziesięciu pacjentów. W każdym typie oddziałów pielęgniarka ma do dyspozycji personel pomocniczy. Dodatkowo w każdym oddziale zatrudniona jest osoba zajmująca się sprawami socjalno-sanitarnymi rano i po południu (praca trzymianowa). Na Intensywnej terapii normą jest jedna pielęgniarka na dwóch pacjentów. Intensywność opieki jest mierzona za pomocą narzędzi oceniających np. MEWS + IDA.

6.2. System kształcenia pielęgniarek i położnych

Pod koniec lat 90. znormalizowano systemy studiów i punktów kredytowych w szkołach wyższych

i uniwersytetach w całej Unii Europejskiej, w tym także we Włoszech. Nowy system edukacji we Włoszech, który dotyczy także pielęgniarstwa, obejmuje trzy lata studiów licencjackich, prowadzących do uzyskania tytułu licencjata oraz dodatkowe dwa lata do uzyskania tytułu magistra. Studia doktoranckie, w zależności od przedmiotu, mogą trwać od 3 do 5 dodatkowych lat po pomyślnym ukończeniu akredytowanego programu magisterskiego.

Dla pielęgniarek z tytułem licencjata istnieje możliwość ukończenia licencjatu z tytułem pielęgniarka ogólna oraz pielęgniarka pediatryczna. Aby zostać pielęgniarką ogólną/pielęgniarką pediatryczną, trzeba uzyskać dyplom pielęgniarki ogólnej/pielęgniarki pediatrycznej. Określony czas trwania nauki wynosi 3 lata (180 ECTS - 1 ECTS = 30 godzin). Absolwenci pielęgniarstwa ogólnego/pielęgniarstwa pediatrycznego są pracownikami służby zdrowia odpowiedzialnymi za obowiązki przewidziane w dekrete ministerialnym z 14 września 1994r., N. 739 i DM 17 stycznia 1997 r., N. 70.

Każda uczelnia może wprowadzać zmiany w swoim systemie nauczania, do jednej trzeciej programu określonego w ustawodawstwie krajowym (DI 2 kwietnia 2001 r.; Określenie stopni zawodów medycznych. Załącznik I. Kwalifikujące się cele edukacyjne). Uniwersytety we Włoszech, które oferują pielęgniarstwo, jako główny kierunek studiów, zazwyczaj oferują dwie ścieżki edukacyjne na poziomie licencjackim, z których oba trwają trzy lata nauczania.

Pierwszy z ww. kierunków jest przeznaczony dla studentów, którzy chcą kontynuować naukę pielęgniarską, najpopularniejszy kierunek, który prowadzi do ścieżki kariery jako „pielęgniarka ogólna”. Drugi jest dla tych studentów, którzy chcą skoncentrować swoje studia na pielęgniarstwie pediatrycznym, mając na celu pracę z dziećmi w różnych placówkach medycznych, w tym w szpitalach dziecięcych. Pomyślne ukończenie któregośkolwiek z tych programów prowadzi do uzyskania dyplomu, w którym absolwenci kwalifikują się do zdania włoskiego krajowego egzaminu pielęgniarskiego, co jest warunkiem koniecznym przed ostatecznym poszukiwaniem zatrudnienia.

Studenci, którzy z powodzeniem ukończyli jeden ze studiów licencjackich, są uprawnieni do zdobycia tytułu magistra w wybranej przez siebie dziedzinie, którego osiągnięcie prawie zawsze prowadzi do większego wynagrodzenia w miejscu pracy. Po ukończeniu kształcenia pierwszego stopnia (trzy lata) i ukończeniu drugiego poziomu (po Laurea Magistrale) absolwenci mogą zdobyć wiedzę naukową w niektórych obszarach pielęgniarstwa. Zwykle czas trwania nauki wynosi 1 rok (60 ECTS). National Observatory for Health Professions 14 września 2019 r. określiło specjalistyczne stopnie magisterskie dla 22 zawodów medycznych. Istnieje również wiele opcji specjalizacji podyplomowych dostępnych we Włoszech, dzięki którym pielęgniarki mogą uzyskać certyfikat w konkretnej branży pielęgniarskiej. Te specjalizacje obejmują między innymi pielęgniarstwo intensywnej opieki, pielęgniarstwo geriatryczne, pielęgniarstwo psychiatryczne, zdrowie publiczne oraz pielęgniarstwo domowe lub hospicjum.

Po ukończeniu studiów pielęgniarki pediatryczne mogą kontynuować naukę na uniwersytecie, zapisując się na studia pierwszego stopnia, studia podyplomowe lub mogą zapisać się na studia magisterskie z pielęgniarstwa i położnictwa.

Magister pielęgniarstwa i położnictwa zapewnia zaawansowane szkolenia profesjonalne. Celem jest uzyskanie wysokich umiejętności w zakresie opieki, zarządzania, kształcenia dorosłych i prowadzenia badań. Jest to kształcenie na poziomie zaawansowanym do

wykonywania bardzo złożonych działań. Określony czas trwania nauki wynosi 2 lata (120m ECTS).

Od 2000 do 2012 liczba studentów, którzy ukończyli programy pielęgniarstwa, wzrosła prawie czterokrotnie, z 3 106 w 2000 r. do 12 153 w 2012 r. Ten duży wzrost, który rozpoczął się w 2002 r., odzwierciedla silny wzrost, który miał miejsce również we Francji.

Kształcenie pielęgniarstwa ma miejsce na uniwersytecie. Uniwersytety kształcą także w kierunku innych różnych specjalizacji, lecz nie mają one uznania w praktyce, tylko wyżej wymienione. Po pierwszym poziomie kształcenia, jeden rok studiów magisterskich pielęgniarstwa (zaczęto kształcić od 1992 roku). Magister pielęgniarstwa jest ogólny jest dyskusja nad zmianami w kierunku zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa, obecnie studia na poziomie magisterskim trwają dwa lata i jest to ogólny poziom kształcenia. Obecnie pracują nad umową z ministrem, aby rozpocząć kształcenie pozwalające na dojście do różnych specjalizacji na drugim poziomie. Drugi poziom obecnie ogólny, dostępny na ogólnych uniwersytetach kształci menedżerów i edukatorów po pierwszym poziomie kształcenia (licencjat). Jest także dostępny dla położnych. Trzeci poziom kształcenia to doktorat od 2006 r. Od 12 lat odbywa się kształcenie w zakresie filozofii w pielęgniarstwie.

Obecnie jest 200 pielęgniarzek z tytułem doktora we Włoszech. Doktorat z filozofii ukierunkowany jest na badania naukowe. Cztery uniwersytety kształcą na poziomie doktoratu. Uniwersytety, które obecnie mają mocną orientację na filozofię chcą ukierunkować swoje kształcenie na opiekę kliniczną. Kilka uniwersytetów ukierunkowało kształcenie na specjalizacje kliniczne. Co roku 15 000 studentów kończy uniwersytet, 1000 na poziomie magistra i na poziomie dr 30 osób, jest jeszcze drugi stopień magistra dla zainteresowanych statystyką, ekonomią, zarządzaniem.

Kształcenie ustawiczne (CPD) to konieczność wykazania się uzyskaniem 50 punktów kredytowych – 10 dni kształcenia. Obecnie nie ma systemu karania pielęgniarzek, które nie są w stanie wypełnić tego wymogu.

Egzamin uniwersytecki abilitation to professionio, to kliniczny egzamin z udziałem osób z uniwersytetu, izb pielęgniarstwa, ministerstwa. Ewaluacja kliniczna, technika i ontological level, każdy uniwersytet decyduje o tym w jaki sposób odbędzie, myślenie kliniczne, krytyczne, pracują z wykorzystaniem metody Case study. Egzamin końcowy w przyszłości będzie miał miejsce na poziomie ministerialnym. Po projekcie Tuning wprowadzono model OSCE. Jednakże standard pielęgniarstwa się zmienia i nie można przez następne 50 lat organizować ten sam egzamin.

W poprzednich latach realizowany był projekt przez Board of Nursing polegający na kształceniu pielęgniarzek rodzinnych na poziomie studiów magisterskich, zgodnie z wymogami WHO. Jeden kurs na dwóch uniwersytetach dla 30 pielęgniarzek. Program zawiera 120 kredytów edukacji według modelu WHO – 300 godzin teorii, 500 godzin praktyki. Przygotowane w ten sposób pielęgniarki obecnie pracują z różnych miejscach w podstawowej opiece zdrowotnej. To nowy model kształcenia pielęgniarzek przygotowujących do roli Case Managera, czy zarządzającego przypadkiem/chorobą.

6.3. Rola pielęgniarzek w zintegrowanej opiece zdrowotnej

W szpitalach system pracy jest tryzmianowy. Czas pracy to 7 godzin 35 minut. Pielęgniarki pracują w zespołach metodą SBAR, wykorzystywaną podczas przekazania zmiany na 15 minut przed jej zmianą. SBAR jest systemem komunikacji pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami, to akronim określający sytuację, tło, ocenę, rekomendacje. To technika, którą

można zastosować w celu ułatwienia szybkiej i właściwej komunikacji. Ten model komunikacji zyskał popularność w placówkach opieki zdrowotnej, szczególnie wśród lekarzy i pielęgniarek i jest rekomendowany przez NHS (Wielka Brytania).

Liczba pielęgniarek w różnych departamentach (oddziałach) zależy od finansowania i dostępności personelu pielęgniarskiego. W wizytowanym szpitalu w San Camillo jest 1000 pielęgniarek i 400 lekarzy, w niektórych klinikach więcej pacjentów niż łóżek. Pielęgniarka zarządza logistyką łóżek zapewniając przesunięcia personelu.

Kiedy pacjent, który opuszcza szpital jest przydzielany do Case Managera, który pomaga znaleźć odpowiednie usługi, np. rehabilitacje. Pielęgniarki domowe (pielęgniarki POZ) mogą odwiedzać w szpitalu swoich pacjentów, kiedy są w szpitalu. Case Manager przygotowuje plan diagnostyczny dla pacjentów np. onkologicznych. Raz w tygodniu ma miejsce spotkanie zespołów celem omówienia sytuacji klinicznej pacjentów i możliwości wypisu ich do domu.

Pielęgniarki, celem zapewnienia komunikacji w Zespole korzystają z systemu informatycznego, w którym pielęgniarki planują opiekę, są tam plany opieki i diagnozy. Dzięki takim rozwiązaniom obserwuje się, czy opieka realizowana jest zgodnie z planem.

Jeżeli pacjent jest wypisywany do opieki domowej pielęgniarka przygotowuje do wyjścia pacjenta do domu. Procedura odbywa się bez nadzoru lekarza, w opiece podstawowej współpracują zespoły wielozawodowe. Lekarz i pielęgniarka wizytują pacjentów, w niektórych oddziałach każdego dnia jest spotkanie z lekarzem i omawiają wówczas sytuację pacjenta i po spotkaniu odbywają się wizyty u pacjentów.

Szpital University Hospital of Roma Sant'Andrea prowadzi projekt opieki przejściowej, pacjenci mają zapewnioną kontynuację opieki i przygotowywane są dokładne informacje co się powinno wydarzyć z pacjentem po jego wypisie. Realizuje się także projekt teleopieki dla telekardiologii dla monitorowania pacjentów. Realizują go pielęgniarki jako monitoring i telefony do domów celem udzielania porad. Pacjenci, którzy mają problemy kardiologiczne monitorowani są za pomocą smartfonu.

Natomiast w szpitalu San Camillo prowadzony jest projekt Primary Nursing wprowadzony w ramach projektu badawczego, powołany na podstawie Dekretu regionalnego (ma zostać wdrożony do wszystkich regionów, np. w Lombardia powołano w tym roku). Dekret ten stanowi w sposób generyczny, które grupy pacjentów mogą być kwalifikowani do takich działów opieki (oddziałów). Oddziały pielęgniarskie stworzone zostały z myślą zaoszczędzenia kosztów opieki i jako „most” pozwalający na kontynuację opieki pomiędzy szpitalem i środowiskiem, czyli opieką domową. Działają na podstawie modelu Case Management. Lekarz proponuje przeniesienie do Działu Pielęgniarek, następnie Zespół oceniający, w którym jest lekarz internista lub geriatra, pielęgniarz – pełniący rolę „Case Manager”, Koordynator pielęgniarstwa i fizjoterapeuta, oceniają taką możliwość przeniesienia z uwzględnieniem zgody pacjenta.

Ten sam Case Manager - pielęgniarz ustala plan opieki razem z grupą pielęgniarek i rodziną oraz przede wszystkim pacjentem. Lekarz jest lekarzem dyżurnym na trzy oddziały i jest do dyspozycji do spraw nagłych u pacjentów w oddziale pielęgniarskich na tzw. druku konsultacyjnym. Kartę kliniczną prowadzi pielęgniarka. Schemat pracy przygotowany jest na początku pod postacią interdyscyplinarnego planu opieki. Jak wskazują pielęgniarki prowadzące projekt badawczy w ramach doktoratu jednej z pielęgniarek wskaźniki są bardzo pozytywne. Nie ma infekcji krzyżowych, odleżyn, upadków.

6.4. Autonomia pielęgniarek we Włoszech

We Włoszech funkcjonuje kilka organizacji pielęgniarskich na szczeblu krajowym, które zajmują się rozwojem pielęgniarstwa. Jednym z organów (wizytowanych podczas wizyty), był Board of Nursing, który jako regulator pielęgniarek ma 102 przedstawicielstwa we Włoszech. W Rzymie funkcjonuje od 1954 r. Przynależność do tej organizacji nie jest obligatoryjna, przekształcenie organizacji w izbę pielęgniarską miało miejsce w 2018 r. Organizacja współpracuje z ministerstwem zdrowia i prowadzi szereg projektów pilotażowych z funduszy zewnętrznych.

Pielęgniarki są samodzielne w zakresie świadczeń pielęgniarstwach. Szczególnie w pielęgniarstwie rodzinnym. To, ile pacjentów ma pielęgniarka rodzinna, zależy od miejsca obszaru kraju. Różne regiony różnie rozwiązują problem. Nie ma stałych liczb pielęgniarek, we wstępnym okresie pracują zdobywając doświadczenie jako pielęgniarka ambulatoryjna w środowisku, pielęgniarka przy kościele, - dotyczy to 600 pielęgniarek w Rzymie. Lekarz maksymalnie 1500 osób, jest tzw. „Gate Keeper”. W Rzymie oferowana jest usługa House of Health, są to technicznie usługi różnych profesjonalistów.

Szczególnie ważnym projektem jest opieka zintegrowana – Case Manager zależy od lokalnych miejsc usług, regiony decydują o organizacji. Case Manager, to pielęgniarska specjalistka, która zajmuje się pacjentami w zespole interdyscyplinarnym. Pielęgniarka specjalistka ma kompetencje pielęgniarki z doświadczeniem w praktyce, wymagany jest specjalny kurs dla pielęgniarek. Case Manager to ustalona pozycja. Niektóre lokalne agencje wymagają pierwszego poziomu zarządzania od Case Managerów. Innowacyjny projekt pokazujący autonomiczną rolę pielęgniarek opisano na przykładzie Szpitala san Camillo.

6.5. Implementacja elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej

W szpitalu San Camillo, prowadzona jest karta IT dla pacjentów. Istnieje problem z interoperacyjnością dokumentacji pielęgniarskiej, który będzie rozwiązany w ciągu następnych kilku lat. Telemedycyna to głównie inicjatywa prywatna, czasami kontraktowane są świadczenia z lokalnymi agencjami. Pielęgniarki pracują monitorując i konsultując. To jest projekt. Innym zagadnieniem jest telemedycyna w obszarze zmilitaryzowanym, pielęgniarki nie są zaangażowane. Telemonitoring jest bardziej zaangażowaniem się pielęgniarek monitorowanie pacjentów polegającym na ocenie głównie parametrów technicznych. Obecnie wdrażany system informatyczny jest modyfikowany i przygotowywany do kompleksowego stosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

W szpitalu w San Camillo pielęgniarka zarządza danymi szpitala i ich przepływami pomiędzy departamentami. Istotnym elementem dokumentowania jest posiadanie przez region bazy danych mieszkańców. W momencie rozpoczęcia dokumentowania każdy pracownik ma dostęp do danych mieszkańców i informacja o pacjencie „zaciąga się” z systemu informatycznego regionu.

6.6. Wnioski i rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

W efekcie wizyty ustalono szereg rozwiązań, które mogłyby znaleźć odzwierciedlenie w realizacji opieki w Polsce.

- Mając na uwadze konieczność zapewnienia ciągłości opieki i jej koordynację rekomenduje się wdrożenie do procesu kształcenia na poziomie przed i podyplomowym schematu komunikacji- standardu SBAR, stosowanego w wielu

krajach do oceny pacjenta, jak również skali MEWS, która pozwala na ocenę stanu pacjenta i jego triaż na potrzeby koordynowania opieki;

- Mając na uwadze efektywność projektu oddziału pielęgniarskiego w san Camillo i osiągnięte wskaźniki jakości opieki bez udziału leczenia rekomenduje się stworzenie oddziałów, w których opieka pielęgniarska jest autonomiczna, rola lekarza polega na konsultowaniu przypadków trudnych., a efektywność planów opieki będzie mierzalna za pomocą wskaźników jakości opieki C-HOBIC;
- Mając na uwadze rekomendacje WHO oraz dobre praktyki wynikające z wdrożenia do systemów ochrony zdrowia (na poziomie POZ) pielęgniarki POZ, rekomenduje się przeniesienie kształcenia pielęgniarek specjalistów na drugi poziom studiów. Utworzenie nowej roli dla pielęgniarki w POZ – pielęgniarki zaawansowanej praktyki, która będzie liderem opieki środowiskowej, koordynującej opiekę pozainstytucjonalną i pełniącą rolę Case Managera na poziomie środowiska. Rolę tę może pełnić pielęgniarka zdrowia publicznego (w rejestrze zawodów w Polsce) lub stworzona na potrzeby rozwoju tej kompetencji Pielęgniarka Zdrowia Rodziny (Family Health Nurse) rekomendowana w Deklaracji Monachijskiej WHO;
- Mając na uwadze konieczność zapewnienia jakości danych w pielęgniarstwie i umożliwienie podejmowania decyzji pielęgniarkom na podstawie najaktualniejszej wiedzy, w oparciu o dane rzetelne, jednorodne, integralne i niezaprzeczalne rekomenduje się wprowadzenie elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej prowadzonej z wykorzystaniem międzynarodowych standardów interoperacyjności umożliwiających benchmarking, wycenę i kształtowanie polityki zapotrzebowania na usługi zdrowotne dla pacjentów w autonomicznych obszarach pielęgniarstwa. Rekomenduje się, aby narzędzia pozwalające na dokumentowanie danych oparte były o wytyczne „Jeden pacjent jeden rekord, jeden dostęp do danych”.

7. Wizyta studyjna w Finlandii

W dniach 24.11. - 26.11.2019 r. odbyła się kolejna wizyta studyjna w Finlandii – Helsinkach. Udział w niej wzięli przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz ekspert.

7.1. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Publiczna służba zdrowia składa się z podstawowej opieki zdrowotnej, gwarantowanej przez miejskie i wiejskie ośrodki zdrowia oraz specjalistyczne szpitale. Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych tworzy przepisy dotyczące pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, a także odpowiada za realizację polityki zdrowotnej kraju. Rządowa Agencja Ubezpieczeń Społecznych udziela pomocy mieszkańcom w opłacaniu opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej oparty jest i system opieki zdrowotnej oparty jest na świadczeniodawcach publicznych, pacjenci mają swobodę wyboru świadczeniodawcy. finansowanie świadczeń leży po stronie gmin, przez co kwestia ceny nie jest ważna dla pacjentów, natomiast z drugiej strony pacjenci mają mało informacji na temat jakości ofert, które mogłyby być podstawą dokonywanych wyborów.

Obecnie Finlandia jest w okresie reorganizacji w kierunku utworzenia usług zdrowotnych i społecznych. Obecny minister zdrowia reformuje te oba obszary usług. Podstawowe usługi będą zreformowane w kierunku utworzenia Centrów Usług Zdrowotnych i Społecznych (CUZiS).

Gminy miejskie zostaną połączone w 18 powiatów. Obecnie finansowanie dotyczy 300 gmin miejskich.

Są to w większości fundusze z budżetu państwa i z systemu podatkowego gromadzonego przez gminy miejskie (w przyszłości 18 powiatów będzie pozyskiwało podatki – w trakcie zmian prawnych).

Centra opierają się na pięciu filarach: (1) lepsza jakość poprzez badania naukowe; (2) efektywne i płynnie działające usługi; (3) równy dostęp dla wszystkich; (4) w kierunku proaktywnych usług prewencji; (5) ograniczenie kosztów. W Centrach skoncentrowanych będzie szereg usług wg koncepcji: jedno miejsce dla wszystkich usług; multidyscyplinarne zespoły; rozszerzenie godzin otwarcia wieczorem i w dni wolne od pracy; mobilne serwisy do zarządzania zdrowiem, usługi cyfrowe; maksymalny 7 dniowy czas oczekiwania na usługę. Interwencje realizowane będą poprzez połączenie różnych usług, jak usług prewencji, kliniki matki i dziecka, rehabilitacja poza szpitalna, usługi dla używających substancje, usługi zdrowia psychicznego, opieka domowa, usługi stomatologiczne, usługi zdrowotne, lecz przede wszystkich usługi społeczne, które zaspokajają większość potrzeb.

Docelowo istniejące centra zdrowia zostaną przekształcone w multidyscyplinarne centra usług zdrowotnych i społecznych. Przyszłe centra opieki zdrowotnej i społecznej będą miejscami, w których klienci będą mogli w sposób elastyczny uzyskać wszystkie potrzebne usługi. Usługi będą bardziej skoncentrowane na kliencie poprzez wprowadzenie usług cyfrowych i mobilnych, ustanowieniu nowych nisko progowych punktów usługowych oraz zwiększenie dostępności usług w weekendy i wieczory.

Podział pracy między pracowników służby zdrowia i usług społecznych zostanie zmodernizowany i powstaną interdyscyplinarne zespoły, a usługi pomocy społecznej będą odgrywać większą rolę. Modele zarządzania i metody oparte na dowodach sprawiają, że usługi będą bardziej skoncentrowane na kliencie oraz poprawią rozwój umiejętności i samopoczucie

pracowników. Zakłada się, że digitalizacja i konsultacje specjalistyczne będą wspierać pracę lekarzy a badania i rozwój będą stanowić część pracy w ośrodkach zdrowia i usług socjalnych.

Rząd próbuje poprawić połączenie usług, w tym celu powołano siedem nowych projektów w tym National Institut Health and Welfer Nursing. Powołano centra pomocy medyczno-społecznej, gdzie próbuje się zintegrować usługi medyczne i społeczne. Także rozpoczęto poszerzenie czasu usług w wieczory i weekendy. Koordynatorem opieki jest pracownik w zależności od potrzeb pacjenta, projekt realizujący ten zakres zmian to Future Health and Social Service Centres Programme. Promowana jest współpraca wieloprofesjonalna i obecnie w reformie trwa etap wzmocnienia usług społecznych. Kolejny projekt to Wellbeing at work dostarczenie możliwości rozwoju zawodowego na podstawie EBN.

Kluczowym projektem realizowanym przez ministerstwo jest skrócenie czasu do 7 dni oczekiwania, tzn. do momentu otrzymania usługi - do wejścia do systemu. Pielęgniarki odgrywają w tym zakresie istotną rolę ponieważ pacjenci korzystają z ich usług bardzo chętnie. Spowodowało to znaczące zmniejszenie obciążenia lekarzy oraz łatwiejszy dostęp do usług pielęgniarskich.

W Finlandii jest 5 szpitali uniwersyteckich Helsinki University Hospital (HUS). W wizytowanym szpitalu uniwersyteckim w Helsinkach jest 236 łóżek, w tym łóżek intensywnej opieki oraz obserwacji kardiologicznej. Liczba pracowników HUS to ponad 25 tys. osób, w tym 54% pracowników to pielęgniarki, natomiast średni wiek personelu to 44 lata i aż 77% personelu to personel stały. Szpitale HUS to razem 23 szpitale. W wizytowanym oddziale kardiologii pracuje obecnie 100 pielęgniarek na 40 łóżek na trzy zmiany (stan na 31.12.2018).

Raport HUS za 2018 r. [12] pokazuje obraz szpitala i jego zasoby i każdy zainteresowany może zapoznać się z informacjami, które go interesują.

Na uwagę zasługuje struktura organizacyjna pionu pielęgniarskiego. Szpitale kliniczne mają taką samą strukturę organizacyjną i oddziały tego samego typu nadzoruje ten sam dyrektor ds. pielęgniarstwa (we wszystkich szpitalach). Na każdym oddziale jest pielęgniarka oddziałowa i powołane zespoły ds. wdrażania innowacji. W wizytowanym oddziale wdrożone są nowoczesne metody zarządzania.

Szpitale HUS posiadają status Szpitala Magnezu (Magnet Hospital). Jak podają statystyki, aż 75% załogi rekomendowałaby szpital jako miejsce do pracy, co jest charakterystyczne dla tego rodzaju szpitali, których idea rozpoczęła się w latach 80. w USA. W szpitalu widać równość w zakresie poszanowania kompetencji i wzajemny szacunek oraz co dość istotne dla wysokiej jakości opieki - brak pośpiechu w działaniu. Każdy z pracowników wie za co jest odpowiedzialny i kto jest za co odpowiedzialny. Pomagają w tym wspomniane narzędzia zarządzania kompetencjami. Jak przekazują menedżerowie oddziału najważniejsze jest zarządzanie poprzez dodawanie wartości, poprzez włączenie i wspieranie pracowników w ich zadaniach operacyjnych, to również codzienne zarządzanie kompetencjami i w zależności od kompetencji przydzielanie pacjentów. Personel ocenia się według Matrix kompetencji, stosując metodę „Shopfloor competencies”, tzn.: kierownictwo skoncentrowane na działaniach operacyjnych.

Zarządzanie kompetencjami ma miejsce na każdej zmianie 24/7 dni w tygodniu i na każdej zmianie. Zapewnia to bezpieczeństwo, każdy wie co się od niego oczekuje i kto co robi, wie skąd uzyskać pomoc i jak rozwiązywać problemy zanim one wystąpią. Nadrzędnym celem jest utrzymanie ustalonych zasad pracy i rozwój osobisty oraz rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów.

Innym interesującym rozwiązaniem jest zarządzanie praktyką przez pomysły pielęgniarek. Dotyczą poprawiania opieki. W tym celu stosowana jest metodyka „Białej Tablicy Kaizen”, powołany zespół pielęgniarek ocenia pomysły i po sprawdzeniu możliwości zmian i ich zasadności podejmowana jest decyzja o wdrożeniu. Kryterium to wartość dodana dla pacjentów, zgodnie z przesłaniem „Robimy to, bo tego potrzebują pacjenci”. Pielęgniarki notują także to co jest według nich stratą czasu, na zielonych kartkach, im więcej informacji, że coś nie działa tym lepiej. Jeżeli podstawą do zmiany są badania naukowe jest ona wdrażana do praktyki.

Interwencje pielęgniarskie realizowane są na podstawie wniosków wynikających z EBN. Także kształcenie dorosłych oraz przewodniki do opieki z wykorzystaniem ram międzynarodowych wdrażane jest w oparciu o przewodniki EBN. Przewodniki przygotowuje Fundacja Badań Naukowych powołana przez Towarzystwo Pielęgniarskie. Przewodniki dostępne są w języku angielskim. Powoływane są grupy ekspertów, które zajmują się tylko określonymi zagadnieniami, np. odleżynami. Na podstawie EBN opracowują także standardy dla praktyki. Każda pielęgniarka może zgłosić problem, eksperci poszukują rozwiązań na podstawie EBN i tylko wtedy, gdy są przedyskutowane jako korzystne wdraża się, jednocześnie informując personel o tym co ze zgłoszonych pomysłów zostało zrealizowane.

W szpitalach prowadzone są rejestry zdarzeń niepożądanych i oceniana jest satysfakcja pielęgniarek oraz zaangażowanie w prowadzenie badań. W każdym oddziale jest możliwość oceny zdarzeń i ich analiza. Pacjenci mogą zapoznać się z poziomem opieki i występowaniem zdarzeń niepożądanych – w oddziale dostępne są informacje na specjalnych tablicach.

Interesujące jest rozwiązanie polegające na budowaniu kompetencji pielęgniarskich w oparciu o badania naukowe. Na podstawie badań Patrycji Benner, która badała kompetencje od lat 90., zbudowano skale kompetencji pielęgniarskich. Skale te służą do pomiaru kompetencji. Określono 120 kompetencji dla pielęgniarek. W sytuacjach, które tego wymagają pielęgniarki sięgają do pomocy pielęgniarek przełożonych i konsultują z pielęgniarkami specjalistami, które są dostępne na oddziale. Każda pielęgniarka za pomocą „arkusza oceny kompetencji”, od poziomu początkującej pielęgniarki ocenia swoje kompetencje. Powoduje to, że otrzymuje informacje co powinna wiedzieć, aby czuć się bezpiecznie. Swoje kompetencje może uzupełniać z pomocą dostępnych filmów instruktażowych. Skala kompetencji pomaga w ocenie czego jeszcze powinna się nauczyć pielęgniarka oceniająca swoje kompetencje dla praktyki.

Innym interesującym rozwiązaniem jest organizacja pracy pielęgniarek pracujących w bezpośredniej opiece nad pacjentem. W wizytowanym oddziale (40 łóżek i 100 pielęgniarek na trzy zmiany), pracownicy mają dostęp do monitoringu wszystkich pacjentów w każdej sali pacjenta i na korytarzu oddziału w postaci zanonimizowanej. W salach pacjenta znajdują się punkty pielęgniarskie. Natomiast na korytarzu oddziału punkty pielęgniarskie (co najmniej trzy) z dostępem do sprzętu umożliwiającego dokumentowanie w Elektronicznym Rekordzie Pacjenta (EHR) z wykorzystaniem mobilnych stacji pielęgniarskich.

W szpitalu HUS działa medyczna linia pomocy Uusimaa, uruchomiona w Porvoo Hospital Area pod koniec 2017 r. W 2018 r. w odebrano prawie 82 000 połączeń. W infolinii doświadczona pielęgniarka ocenia potrzebę opieki nad osobą dzwoniącą i kieruje ją do odpowiedniego miejsca opieki oraz wydaje instrukcje dotyczące samodzielnej opieki. Jako wsparcie dla poradnictwa pielęgniarki mają ujednolicone instrukcje dotyczące oceny potrzeb w zakresie opieki i dostępu do konsultacji z lekarzem.

HUS inwestuje także w kształcenie podyplomowe i badania naukowe, w HUS jest 138 opublikowanych prac doktorskich, 3385 publikacji naukowych, 198 nowych specjalistów, 14 nowych specjalistów w stomatologii.

7.2. System kształcenia pielęgniarek i położnych

Kształcenie pielęgniarek/położnych zostało przybliżone podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia, następnie w towarzystwie pielęgniarstwie oraz w Uniwersytecie Metropolia (Metropolia University of Applied Sciences).

Edukacja jest bezpłatna. Istnieje zasada cokolwiek wybierzesz, możesz kontynuować co chcesz. Kształcenie pielęgniarek w Finlandii odbywa się w oparciu o Dyrektywę 36/2005/WE i 55/2013/UE. Programy te są poszerzone o punkty ECTS i pozwalają na osiągnięcie tytułu „pielęgniarka zdrowia publicznego (Deklaracja Monachijska 2000) lub „położna” oraz pielęgniarka ratunkowa (Paramedics). Przy czym pielęgniarka ogólna, aby otrzymać tytuł licencjata musi skończyć kształcenie (odbywają się na uniwersytetach nauk stosowanych), które obejmuje 210 ECTS (3,5 roku). Natomiast w przypadku pielęgniarki zdrowia publicznego to już 240 ECTS – 4 lata nauki (pracują w POZ), pielęgniarka Ratunkowa 240 ECTS rejestracja jako pielęgniarka. Podbudową jest wymóg dyrektywy. Natomiast położna 270 ECTS – 4,5 roku nauki, na podbudowie licencjatu pielęgniarstwa (rejestracja jako pielęgniarka i jako położna)

Na uniwersytetach „Nauk Stosowanych (Applied Sciences)” ma miejsce edukacja praktyczna na poziomie magister pielęgniarstwa, aby uzyskać ten stopień należy uzyskać 80 ECTS. Edukacja na poziomie magistra możliwa jest także na uniwersytetach ogólnych, gdzie można kontynuować studia doktoranckie. Uniwersytety Applied Sciences, więc to studia magisterskie kliniczne – APN, na uniwersytetach ogólnych pielęgniarka może zdobyć wykształcenie ogólne w dziedzinach poza klinicznych w kierunku rozwoju naukowego, filozofii itp.

Innym ważnym elementem uzyskania kwalifikacji jest rejestracja i uzyskanie licencji wykonywania zawodu. Krajowa agencja rejestruje 17 zawodów. Otrzymuje się prawo wykonywania zawodu po zdaniu egzaminu ogólnokrajowego. Profesjonaliści nie potrzebują potwierdzać kompetencji poprzez re-walidację i re-rejestrację. Pielęgniarki są widoczne w systemie publicznym poprzez program rejestracji, który jest dostępny dla wspomnianych 17 profesji. System nazywa się „Valvira”.

Krajowy organ nadzorczy ds. Opieki Społecznej i Zdrowia jest scentralizowanym organem działającym przy Ministerstwie Spraw Społecznych i Zdrowia w Finlandii. Jego statutowym celem jest nadzorowanie i zapewnianie opracowań wytycznych dla podmiotów świadczących opiekę zdrowotną i usług społecznych itd. oraz zarządzanie powiązаныmi licencjami.

Każdy obywatel może sprawdzić, czy dana osoba jest np. pielęgniarką. APN nie jest rejestrowane. Natomiast pielęgniarki wypisujące recepty są rejestrowane w systemie potwierdzającym kompetencje. Jeżeli chodzi o kompetencje w zakresie wypisywania recept, wymagane jest doświadczenie w zawodzie i edukacja wtedy obejmuje 45 ECTS. Obecnie 500 pielęgniarek ma takie uprawnienia.

W Finlandii 22 uniwersytety kształcą pielęgniarki, decydują o wielu sprawach i muszą przestrzegać standardów. W 2015 r. uniwersytety opracowały wspólny program nauczania, teraz nowy program nauczania i jak skończą będą mieć egzamin na poziomie krajowym także z symulacją.

Zarówno po skończeniu szkoły wyższej, jak i szkół zawodowych jest możliwe uzyskanie tytułu licencjata. Jak wcześniej wspomniano, fiński system szkolnictwa wyższego składa się z uniwersytetów i uniwersytetów nauk stosowanych.

Fińskie Towarzystwo Pielęgniarskie określiło na tej podstawie ścieżkę kariery dla pielęgniarek w 2016 r.

W dokumencie *New roles for nurses – quality to future social welfare and health care services*, określono wizję pielęgniarek na poszczególnych szczeblach kariery opisując podstawowe elementy praktyki.

7.2.1. Pielęgniarka Ogólna

Zarejestrowane pielęgniarki są licencjonowanymi pracownikami służby zdrowia. Osoba, która ukończyła studia w położnictwie, jest zarejestrowana jako pielęgniarka i położna. Podobnie osoba, która ukończyła studia w zakresie zdrowia publicznego, ma licencję pielęgniarki ogólnej i pielęgniarki zdrowia publicznego. Pielęgniarki systemu (Paramedics) są licencjonowani jako pielęgniarki. Oprócz przepisów krajowych na opisy stanowisk pracy ma również wpływ dyrektywa 2013/55/UE Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE.

7.2.2. Pielęgniarka specjalista

Wiedza specjalisty pielęgniarki opiera się na integracji wiedzy teoretycznej uzyskanej dzięki specjalistycznemu szkoleniu (30-60 punktów ECTS) i doświadczeniu zawodowemu. System kładzie duży nacisk na specjalistyczną wiedzę kliniczną w zakresie specjalizacji, wysoką gotowość do edukacji pacjentów, podejście innowacyjne do pracy i bieżące monitorowanie rozwoju własnej dziedziny pielęgniarskiej. Pielęgniarka specjalista może realizować wizyty pielęgniarskie. Oczekuje się, że pielęgniarki te będą dobrze rozumiały jednostkę, w której pracują i są zobowiązane do pogłębiania własnej wiedzy specjalistycznej oraz rozpowszechniania informacji w ramach własnej jednostki.

7.2.3. Pielęgniarka Zaawansowanej praktyki

Pielęgniarki z praktyką zaawansowaną (pielęgniarki praktyki lub pielęgniarki specjaliści kliniczni) muszą mieć wystarczające doświadczenie w pracy klinicznej, zdobyte po uzyskaniu stopnia licencjata, a także stopnia magistra. Stopień edukacji (według europejskich ram kwalifikacji) musi być nie mniejszy niż poziom EQF 7. Co odpowiada zaleceniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN). Opis stanowiska zależy od potrzeby oraz indywidualnych celów i oceny ich realizacji.

7.2.4. Pielęgniarka Praktyki

Według literatury międzynarodowej NP. (APN wg ICN) mogą niezależnie i systematycznie badać pacjentów i oceniać potrzebę opieki nad pacjentem, leczyć typowe, ostre problemy zdrowotne i choroby w oparciu o takie oceny oraz zajmować się leczeniem przewlekłych problemów zdrowotnych i kontynuacją leczenia. NP muszą posiadać wiedzę, umiejętności i gotowość do zaawansowanej, systematycznej i klinicznej oceny pacjenta, leczenia opartego na objawach i podejmowania decyzji. W pracy kładzie się nacisk na wszechstronne, zorientowane na pacjenta i niezależne podejście, wiedzę kliniczną i interdyscyplinarną

współpracę, w szczególności z lekarzami. NP posiadają także umiejętności badawcze i rozwojowe oraz umiejętność promowania pielęgniarstwa opartego na dowodach.

7.2.5. Pielęgniarka specjalista kliniczny (CNS)

CNS wspiera innych specjalistów w świadczeniu wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej, zapewnia i rozwija jakość usług, wspiera organizację we wdrażaniu strategii pielęgniarstwa i wzmacnia metody praktyki oparte na dowodach. Praca tej pielęgniarki koncentruje się na pielęgniarstwie klinicznym. Od pielęgniarki wymaga się rozumienia procesu badawczego i posiadania zdolności do stosowania danych badawczych, strategii i zaleceń dotyczących opieki. Ta definicja odpowiada zaleceniom ICN i międzynarodowemu zakresowi obowiązków, ale opisy stanowisk i główne obszary pracy różnią się w zależności od organizacji.

7.2.6. Zaawansowana praktyka pielęgniarstwa ze stopniem naukowym podyplomowym

Istnieją już osoby pracujące w rolach APN, które ukończyły akademickie studia podyplomowe w Finlandii. Ich wiedza specjalistyczna musi być przydatna w pielęgniarstwie klinicznym, a także w badaniach i pracach rozwojowych. W przyszłości ważne będzie dalsze rozwijanie oferty pracy dla pielęgniarek z zaawansowaną praktyką, posiadających akademickie studia podyplomowe, odpowiadające potrzebom opieki społecznej i opieki zdrowotnej oraz jej klientom. Warto zauważyć, że osoby z tytułem doktora uczestniczą również w opiece klinicznej w innych dziedzinach, takich jak medycyna, farmakologia i psychologia

7.3. Rola pielęgniarek w zintegrowanej opiece zdrowotnej

Zintegrowana opieka to głównie opieka oparta na systemie opieki podstawowej – POZ, której organizacja w Finlandii dotyczy poziomu gmin i powiatów. Pielęgniarki, zwłaszcza pielęgniarki zdrowia publicznego i Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki pełnią szczególną rolę w koordynacji i integracji opieki.

Funkcjonuje szeroki zakres praktyki pielęgniarstwa skoncentrowanej na pacjencie. To przede wszystkim doradztwo, ale co charakterystyczne z wykorzystaniem e-usług, dojazd do domu, zarządzanie przypadkiem, monitorowanie zdrowia itd. Pacjenci coraz częściej korzystają z kompetencji pielęgniarek, natomiast rzadziej z opieki lekarskiej.

Poprzez wdrożenie odpowiednich rozwiązań prawnych wzmocniono rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem, w tym m.in. przyznając im kompetencje do wypisywania zwolnień chorobowych, kierowania do innych profesjonalistów.

Elementem koordynowanej opieki jest wykorzystanie przez pielęgniarki systemów IT do monitorowania i opieki. W szpitalu HUS w Helsinkach pielęgniarki monitorują zdrowie pacjentów i udzielają porad m.in. z wykorzystaniem narzędzia NOONA, jest to aplikacja mobilna. Opieka nad pacjentami z nowotworami to ponad 4314 pacjentów i cztery szpitale w Finlandii. Najstarszy pacjent objęty opieką ma 89 lat. Narzędzie jest też stosowane w 10 klinikach na świecie, także w USA.

Jak podkreślają pielęgniarki -pacjent musi wiedzieć, że to nie jest robot i że za każdą odpowiedź są zawsze pielęgniarki lub lekarze, którzy odpowiadają na zapytania pacjentów. Czasami do kontaktu w aplikacji potrzebny jest e-mail. Jest to ważne wtedy, kiedy aplikację obsługuje rodzina. Wówczas na dole wpisu w aplikacji znajdują się informacje, że podała je osoba opiekująca się, nie pacjent.

Po otrzymaniu informacji pielęgniarka ustala co się dzieje i jak pacjent się czuje, prowadzi się triaż kolorami, w zależności potrzeb pacjentów i według koloru triażu dostarcza się opiekę. Aplikacja powstała w odpowiedzi na potrzebę zapewnienie teleopieki. Obecnie pacjent wysyła zapytanie i wie, że otrzyma odpowiedź, co buduje jego poczucie bezpieczeństwa. Koordynowana opieka jest także możliwa dzięki szerokim kompetencjom pielęgniarek na poziomie APN, które szerzej opisano w następnym fragmencie raportu.

Warto także przytoczyć projekt realizowany w Eskote, polegający na prowadzeniu przez pielęgniarki mobilnych jednostek koordynowanej opieki. „Mobilne jednostki zdrowia” prowadzone przez pielęgniarki w wiejskich obszarach. Usługi obejmują:

- Konsultację pielęgniarską;
- Poradnictwo zdrowotne;
- Regularne kontrole stanu zdrowia;
- Leczenie ran;
- Analizę pracy naczyń włosowatych (np. glukozy);
- Szczepienia i leki;
- Opiekę dentystyczną;
- Fizjoterapię.

Wpływ to zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę szpitalną o 88%; 56% mniejsze zapotrzebowanie na wizyty domowe oraz 30% redukcja kosztów systemu opieki.

7.4. Autonomia pielęgniarek w Finlandii

Autonomia pielęgniarek w Finlandii to przede wszystkim silna organizacja pielęgniarska, która zrzesza pielęgniarki i stwarza im warunki rozwoju profesjonalnego. Funkcjonuje od 1925 r., członkostwo w organizacji jest dobrowolne, członkami jest prawie 50 tys. profesjonalistów związanych z opieką w 16 regionach.

Towarzystwo Pielęgniarskie kreuje kierunki rozwoju pielęgniarstwa, wzmacnia pielęgniarki w systemie, wspiera badania naukowe i określa standardy postępowania w oparciu o EBN, opracowuje kompetencje. Działa także na rzecz zwiększenia liczby pielęgniarek, których liczba to 15/1000 mieszkańców. W Finlandii obecnie jest zarejestrowanych 99 810 pielęgniarek, bezrobotne pielęgniarki stanowią 2%, na emeryturze jest 22% (2014), 80 622 zatrudnionych jest w wieku 18 - 65 lat, z czego 3,5 % nie urodzone w Finlandii, cudzoziemiec 1,3%.

Za granicą pracuje około 3500 pielęgniarek (około 4%), zwykle w Szwecji, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, USA i Niemcy. Średnia wieku pielęgniarek to 43,2 lat. Przy czym w wieku ponad 65 lat w 2020 będzie 8,6%, w 2025- 21,8%, w 2030 - 34,7%. Natomiast jeżeli chodzi o wynagrodzenie, to średnie miesięczne wynagrodzenie za regularne godziny pracy w sektorze komunalnym, to 3043 €, z wyłączeniem dodatków, które wynoszą 2448 € wobec średniego miesięcznego wynagrodzenia w Finlandii, które wynosi 3 401 €.

Profesjonalne działania Towarzystwa, to przede wszystkim: wydawanie czasopisma „Pielęgniarka profesjonalistka”, czasopismo naukowe w tym wersja elektroniczna, biuletyn elektroniczny dla członków, darmowe seminaria internetowe, granty naukowe, narzędzia do opieki klinicznej, wytyczne (np. wytyczne kolegalności, aktualności), wykształcenie zawodowe dla członków organizacji prowadzi stworzona firma – Fioca .

Z okazji ogłoszenia Roku 2020 Rokiem Pielęgniarstwa, przygotowano kampanie społeczne, o których można się dowiedzieć na stronach Nursing Now website:

<https://www.nursingnow.org/> oraz Nightingale Challenge:
<https://www.nursingnow.org/nightingale/>.

Dzięki działaniom stowarzyszenia powstała Fundacja zajmująca się badaniami naukowymi, promocją badań naukowych. Powołano organizację, gdyż pielęgniarstwo powinno być oparte na decyzjach uwzględniających EBN. W badaniach naukowych Wykorzystują model Joanna Brings Institut, pokazujący co powinno być zrobione, aby pielęgniarstwo było oparte na EBN. Promują wykorzystywanie badań naukowych w pielęgniarstwie, a tam, gdzie są białe plamy prowadzą je. Współpracują z różnymi organizacjami. W ramach projektu Facilitating EBN WHO, zweryfikowano 50% interwencji opartych na EBN i na tej bazie opracowano kompetencje dla pielęgniarek, które opisano w dalszej części raportu.

Ważnym zagadnieniem związanym z autonomią pielęgniarek są niezależne kompetencje, w tym wypisywanie recept. Przepisy dotyczące przepisywania leków przez pielęgniarki weszły w życie w lipcu 2010 r. Krajowa lista leków i ogólnokrajowe kształcenie podyplomowe są regulowane dekretemi, które weszły w życie w 2011 r. Wypisywanie recept ma zastosowanie w opiece ambulatoryjnej w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece ratunkowej, ambulatoryjnej opiece szpitalnej i pielęgniarstwie domowym. Celem wdrożenia niezależnych kompetencji dla pielęgniarek jest wspieranie lepszego dostępu do opieki, lepsze wykorzystanie wiedzy i umiejętności pielęgniarskich w opiece nad pacjentem, funkcjonowanie i elastyczność usług opieki zdrowotnej. Kompetencje wypisywania recept są dostępne dla pielęgniarek, położnych i pielęgniarek zdrowia publicznego zarejestrowanych jako pielęgniarki. Rozpoczynanie leczenia przez pielęgniarki ma miejsce na podstawie objawów pacjenta, dostępnych informacji i potrzeb pacjenta, zgodnie z oceną pielęgniarki. Obszary kompetencji pielęgniarek wypisujących recepty, to:

- Leczenie objawowe, to przepisywanie leków określonych w dekrete i stosowanych w leczeniu pacjentów;
- Opieka przewencyjna, to kontynuowanie leczenia, gdy lekarz postawił diagnozę i określono plan opieki. Leczenie opiera się na potrzebie leczenia ocenianej przez pielęgniarkę;
- Ograniczone prawo do przepisywania leków.

Wymagania dotyczące przepisywania recept przez pielęgniarki: to prawo wykonywania zawodu jako pielęgniarka, stosunek pracy z gminą / wspólnym organem gminy, 3-letnie doświadczenie zawodowe i ukończone regulowane kształcenie podyplomowe dotyczące przepisywania recept przez pielęgniarki: 45 punktów ECTS. Kształcenie jest prowadzone przez uniwersytety nauk stosowanych i uniwersytety ogólne, gdzie realizowana jest edukacja medyczna i farmaceutyczna.

Pielęgniarki są rejestrowane w krajowym rejestrze pracowników służby zdrowia i mają nadawany numer identyfikacyjny przez krajowy organ nadzorczy ds. Opieki Społecznej i Zdrowia. Istotnym elementem, na którym buduje się kompetencje pielęgniarek, jest wsparcie w podejmowaniu decyzji oparte o EBN. Pielęgniarka ma także możliwość konsultacji swoich decyzji z lekarzem. Obowiązkowe jest monitorowanie, przez wypisujących recepty, zdarzeń niepożądanych.

Pielęgniarki mają obowiązek ciągłego rozwoju zawodowego regulowanego przepisami.

W Finlandii funkcjonuje model opieki realizowany przez pielęgniarki zaawansowanej opieki (Advanced Practitioner Nurse/Nurse Practitioner). Bieżące zmiany w zakresie zaawansowanych ról pielęgniarek wspieranych przez ustawodawstwo Ustawa

o Profesjonalnych Opiekach Zdrowotnych (559/1994), która obejmuje: rozszerzenie usług publicznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w pewnych okolicznościach również w sektorze prywatnym, prawo weszło w życie w maju 2019 r.

Kolejnym aktem prawnym regulującym APN jest Ustawa O Opiece Zdrowotnej (1326/2010), gdzie uregulowano koszty kształcenia podyplomowego dotyczące przepisywania leków, które mogą być zwracane z budżetu państwa na rzecz pracodawcy (weszły w życie w maju 2019 r.).

Kolejnym aktem prawnym jest Rozporządzenie Ministerialne Dotyczące Przepisywania leków (1088/2010, które uregulowało przepisywanie według nazw handlowych; Rozszerzenia krajowej listy leków.

Pierwszej pielęgniarce przyznano ograniczone prawo do przepisywania recept w czerwcu 2012 r. Obecnie w Finlandii są 483 pielęgniarki wypisujące leki, natomiast 42% zakładów opieki zdrowotnej ubiega się o przepisywanie leków przez pielęgniarki, co pokryje potrzeby 51% populacji.

Unikatową formą samodzielności zawodowej jest kolegalność, która polega na wzajemnych sprawdzaniu pracy w zespole. W tym celu opracowano specjalne wytyczne w oparciu o badania naukowe. Kolegalność, w rozumieniu zawodu może być realizowana na podstawie autonomicznego podejmowania decyzji przez profesjonalistę we współpracy i z wykorzystaniem komunikacji jako form profesjonalnej samoregulacji (rozliczalności). Na kolegalność ma wpływ wsparcie organizacyjne i interakcje z otaczającym społeczeństwem. Pielęgniarki mają dostęp do przewodnika, który znajduje się na stronie internetowej.

Badania naukowe w Pielęgniarstwie to obszar samodzielności pielęgniarek w Finlandii. Fińskie Towarzystwo Pielęgniarskie powołało Fińską Fundację Badań Naukowych w Pielęgniarstwie, która jest Centrum Evidence Based Health Care (JBI) i Centrum Współpracy z WHO w pielęgniarstwie. Jest to organizacja non-profit zajmująca się badaniami i rozwojem (na poziomie krajowym). Główny jej cel, to: poprawa EBP w opiece zdrowotnej, szczególnie w pielęgniarstwie. Uzasadnienie do powyższego wyjaśniono następująco:

- rola pielęgniarek jest kluczowa, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej bez lekarzy;
- nowa Ustawa o opiece zdrowotnej (2010): uznane praktyki leczenia przez pielęgniarki;
- nieuzasadnione różnice w praktykach opieki zdrowotnej są niedopuszczalne.

Fundacja współpracuje z kilkoma partnerami na poziomie krajowym i międzynarodowym. Założeniem jest oparta na dowodach opieka zdrowotna, która dotyczy także pielęgniarstwa oraz dążenie do jak najlepszego zdrowia i dostarczenie dowodów to uzasadniających, potrzebnych do wdrożenia zmian do praktyki. Fazy działania Fundacji według EBHC: generowanie dowodów, synteza dowodów, transfer dowodów, wdrożenie dowodów. Nadrzędny cel natomiast, to: globalne, lokalne zdrowie. Rola NRF: Rozpoznanie potrzeb wiedzy, np. nieaktualne praktyki, tzn. nieskuteczne, nieznaczące interwencje lub usługi; nieuzasadnione zmiany kierunku praktyki. Fundacja współpracuje z serwisami społecznościowymi i organizacjami opieki zdrowotnej, pacjentami, stowarzyszeniami i klientami opieki zdrowotnej. Fundacja opracowuje także wspomniane wcześniej przewodniki kliniczne.

7.5. Informatyka pielęgniarska

Informatyka pielęgniarska jako podzbiór Informatyki zdrowotnej. Jest to specjalizacja pielęgniarska (NI), która integruje naukę pielęgniarstwa z zarządzaniem wieloma informacjami i nauki analityczne niezbędne do identyfikacji, definiowania, zarządzania i przekazywania danych, informacji, zarządzanie wiedzą i mądrością pielęgniarek w praktyce pielęgniarskiej. Nursing Informatics to studia pozwalające na prowadzenie informacji dla innych. Program studiów mgr dot. Struktury danych, terminologii i standardów.

NI wspiera pielęgniarki, konsumentów, pacjentów, przedstawicieli zawodów - zespół opieki zdrowotnej i inne zainteresowane strony we wszystkich ich procesach decyzyjnych. Wsparcie to jest osiągnięte poprzez wykorzystanie informacji, struktury, procesów informacyjnych i technologii informacyjnych. Pielęgniarki pracują w oparciu o strategię dla e-pielęgniarstwa, która jest przygotowywana i aktualizowana przez ekspertów. Obecnie obowiązująca dotyczy okresu 2015-2020.

Kamienie milowe w kierunku społeczeństwa cyfrowego w Finlandii, to:

- Wykorzystanie ICT w służbie zdrowia od 1970 roku.
- Rozwój elektronicznych systemów informatycznych w latach 80.
- Strategie, budowane od lat 90.
- Ustawodawstwo wspierające wdrażanie ICT od 2000 roku.
- Edukacja na wielu poziomach od końca lat 90.
- Jednostka operacyjna w Narodowym Centrum Rozwoju dla zdrowia i opieki społecznej od 2011r.

Ministry of Social Affairs and Health in Finland, w 2015 r. określiło cele Strategiczne informatyzacji:

- Specjaliści ds. Opieki społecznej i zdrowia mają dostęp do systemów informatycznych, które wspierają ich pracę i działanie procesowe.
- Aplikacje elektroniczne w użyciu specjalistów.
- Specjaliści są zaangażowani w zakup systemów i projektowanie modeli operacyjnych.
- Umiejętności zarządzania wiedzą u profesjonalistów i zapewnienie szkolenia z nowych aplikacji.

Dane dotyczące pacjentów, opieki społecznej i recepty są gromadzone w krajowym banku danych. Pracownicy służby zdrowia mogą uzyskać dostęp do potrzebnych danych w całym kraju, przechowywać dane pacjentów i wystawiać recepty. Obywatele mogą przeglądać własną dokumentację medyczną i recepty oraz zamawiać kolejne recepty w serwisie internetowym. Unikalne krajowe usługi danych pacjentów „STOCK”.

7.6. Najważniejsze dane z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia.

Pierwsza elektroniczna recepta przechowywana w Prescription Center została wypisana w maju 2010r. system można używać w całym kraju i we wszystkich aptekach, publicznych i prywatnych. Opieka zdrowotna jest z mocy prawa obowiązkowa. Jak wskazują dane z systemu, ponad 5,6 miliona osób ma elektroniczne recepty, wystawiono około 14,7 zwolnień na osobę w 2018 r., natomiast repozytorium danych pacjentów jest szeroko stosowane zarówno w publicznej, jak i prywatnej opiece zdrowotnej. Dane przechowywane w systemie dotyczą ponad 6 milionów osób (populacja 5,5 miliona), to również około 90 dokumentów i 66 rekordów spotkań na osobę. W 2018 r. uruchomiono repozytorium danych dla usług społecznych i 3 inne krajowe usługi „Kanta”. Raport dotyczący informatyzacji został opracowany w 2016 r.

Dokumentacja pielęgniarska oparta jest o model International Nurses Minimum data Set (I-NMDS) i dokumentowanie w oparciu o fińską klasyfikację opieki, która w chwili obecnej jest mapowana do ICNP®

Model dokumentacji krajowej oparty jest na zdefiniowaniu podstawowych danych pielęgniarskich (NMDS) oraz modelu procesu pielęgnowania, jako kluczowym w podejmowaniu decyzji klinicznych.

W modelu tym podstawowymi danymi są: Diagnoza pielęgniarska, Interwencje pielęgniarskie, Wyniki pielęgniarskie, Intensywność opieki nad pacjentem i Nurses Summary (podsumowanie usług pielęgniarskich).

Na czele zespołu stoi „pielęgniarka naczelna”, następnie pielęgniarka, której zadaniem jest wspieranie usług klinicznych, na niższym szczeblu znajdują się mentor, dyrektor pielęgniarstwa, asystent mentorów. Na najniższym poziomie znajduje edukator techniczny pomagający we wdrażaniu dokumentacji. Za systematyczność dokumentacji odpowiada osobno powołana osoba na każdym z oddziałów. Model ten, jest zgodny z wytycznymi międzynarodowymi w zakresie wdrażania standardów.

7.7. Wnioski rekomendacje w zakresie możliwych do wdrożenia (zastosowania) w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań prawnych przyjętych w państwie wizytującym w odniesieniu do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

- mając na uwadze trudności z zaspokojeniem potrzeb pacjentów w opiece podstawowej, wyzwania koordynacji opieki oraz jakość kształcenia realizowanego przez kadre, której obowiązkiem jest aktualizowanie wiedzy zasadne wydaje się otworzenie ścieżki kształcenia umożliwiającej uzyskanie uprawnień pielęgniarki POZ (zdrowia publicznego), jako kontynuacji licencjatu;
- mając na uwadze jakość kształcenia, dostępność kadr i ich rozwój ustawiczny wynikający z ustawy 2.0 zasadne wydaje się przeniesienie kształcenia w zakresie wypisywania recept na poziom uniwersytetu oraz stworzenie rejestru pielęgniarek wypisujących recepty w z koniecznością walidacji kompetencji w oparciu o wystandaryzowane programy;
- mając na uwadze konieczność rozwijania kompetencji związanych w praktyką oparta na badaniach naukowych rekomenduje się wspieranie badań naukowych w pielęgniarstwie poprzez przyznawanie grantów dedykowanych badaniom naukowym w pielęgniarstwie;
- mając na uwadze konieczność zapewnienia rozwoju i implementacji digitalizacji do ochrony zdrowia rekomenduje się rozpoznanie specjalizacji pielęgniarskiej, jaką winna być Informatyka Pielęgniarska i wdrożenie informatyki pielęgniarskiej na drugi poziom kształcenia, jako Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki;
- mając na uwadze konieczność zastosowania dowodów naukowych w praktyce klinicznej rekomenduje się wdrożenie EBN przewodników klinicznych do opieki poprzez przetłumaczenie dostępnych w pielęgniarstwie i rekomendowanych przez międzynarodowe gremia;
- mając na uwadze konieczność tworzenia w przyszłości przewodników klinicznych do opieki rekomenduje się powołanie grup ekspertów na każdym uniwersytecie medycznym, którzy będą się specjalizować w konkretnych obszarach pielęgniarstwa i budować opinie na podstawie EBN poprzez m.in. ocenę i prowadzenie badań naukowych w określonych obszarach, w tym np. dotyczących. kompetencji, odleżyn, recept pielęgniarskich, czy szeroko pojętej klinicznej praktyki pielęgniarskiej;

- stworzenie zespołu, który przygotuje ewolucyjne rozwiązania w zakresie określenia EBN kompetencji pielęgniarskich i wdrożenia APN w Polsce;
- mając na uwadze zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską i konieczność przekwalifikowania się położnych, ratowników medycznych do zawodu pielęgniarki w Polsce generujących koszty i stracony czas, w którym uczące się osoby nie wykonują z różnych powodów zawodu ucząc się w pełnym wymiarze godzin zawodu pielęgniarki, rekomenduje się wprowadzenie kształcenia w zawodzie położnej, jako kontynuacji kształcenia dla pielęgniarek jako APN na drugim poziomie studiów lub poszerzenie (jak to ma miejsce w Finlandii) licencjatu pielęgniarstwa o kilka semestrów celem uzyskania kompetencji pozwalających na pracę w ww. zawodach i posiadania dwóch zawodów, ważnych dla rynku pracy.

PODSUMOWANIE

W ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich”, w latach 2016-2020 zrealizowano 7 wizyt studyjnych w wybranych krajach UE. Wizyty miały na celu poznanie poszczególnych systemów ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem roli pielęgniarek i położnych.

Szczególną uwagę zwracano na systemy kształcenia pielęgniarek i położnych, uprawnienia i kompetencje, warunki pracy i kwestie zatrudnienia, płace, niedobory kadrowe oraz rolę tych zawodów w społeczeństwach. We wszystkich krajach, rola pielęgniarek i położnych ulega wzmocnieniu a one same pełnią coraz ważniejszą rolę w systemie, przejmując szereg kompetencji od lekarzy. Ma to związek z wysokim poziomem kształcenia pielęgniarek i dużą rolą uczelni w kreowaniu w pełni profesjonalnego specjalisty medycznego, do którego umiejętności zawodowych można mieć zaufanie.

Z obserwacji systemów zdrowia odwiedzanych krajów, oraz funkcjonowania w nim pielęgniarek i położnych, wynikły rekomendacje dla Polski, które w przypadku ich wprowadzenia, mogłyby usprawnić zarówno system zdrowia jak i funkcjonowanie w nim polskich pielęgniarek.

Lista przedstawionych powyżej rozwiązań i procedur stosowanych w poszczególnych krajach oraz propozycji ich ewentualnego zastosowania w polskim systemie jest długa i dotyczy wielu aspektów aktywności zarówno studentów pielęgniarstwa (systemu kształcenia) jak i pielęgniarek już pracujących (system ochrony zdrowia). Wszystkie należy przeanalizować w aspekcie ich przydatności w polskich warunkach. Bowiem wiele rozwiązań wynikających z doświadczeń innych krajów i innego spojrzenia na pielęgniarstwo/położnictwo jako zawód, mogłoby usprawnić i uatrakcyjnić jego wykonywanie także w Polsce oraz zachęcić młode osoby do wyboru tej profesji, co w aktualnej sytuacji demograficznej jest niezmiernie ważne.

Nie mniej ważna jest analiza przedstawionych rekomendacji pod kątem ewentualnego wprowadzenia ich do polskiego systemu prawnego. Bowiem gotowe i sprawdzone już rozwiązania mogą być dla nas niewątpliwą receptą na szybsze ujednolicanie szeroko pojętych standardów funkcjonujących w pielęgniarstwie, w ramach UE.

Każda z w/w rekomendacji jest efektem szczegółowej analizy procedur funkcjonujących w odwiedzonych krajach i finalnie powinna być przeanalizowana przez zespół specjalistów z MZ, który zdecyduje o ich przydatności dla polskich rozwiązań w zakresie kształcenia, w tym kształcenia podyplomowego, prowadzenia i wykorzystywania badań naukowych w pielęgniarstwie, nabywania kwalifikacji, zasad wykonywania zawodu (np. re-jerestracja), stopnia samodzielności zawodowej i rozwoju zawodowego, wspomaganie pracy przez informatyzację i wiele innych, poruszonych powyżej kwestii.

Reasumując, można stwierdzić, że powyższe wizyty studyjne spełniły oczekiwania projektowe w aspekcie poznawczym i tym samym mogą przyczynić się do szybszej zmiany/korekty/unowocześnienia, różnych aspektów polskiego pielęgniarstwa.