

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego AM w Białymstoku  
Department of Family Medicine and Community Nursing, Medical University of Białystok,

ANNA OWŁASIUK

### ***Family nurses' professional autonomy in primary health doctors' opinion***

---

#### **Autonomia zawodowa pielęgniarek rodzinnych w opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**

Zmiany dokonujące się w zawodzie pielęgniarki dają osobom wykonującym tenże zawód znaczną samodzielność w wypełnianiu ich roli zawodowej. Dowodem tego są coraz liczniejsze samodzielne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez pielęgniarki i zatrudniające wyłącznie pielęgniarki, następnie grupowe praktyki pielęgniarskie i położnicze oraz praktyki indywidualne [6]. Tak więc zmiany roli zawodowej współczesnej pielęgniarki można określić jako rozszerzenie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od podporządkowania lekarzowi do samodzielności. Wiąże się z tym zmiana relacji zarówno z pacjentem, jak i innymi profesjonalistami. Aktualnie pielęgniarki we współpracy z lekarzami i innymi profesjonalistami na partnerskich zasadach, w sposób samodzielny i całościowy planują i realizują zadania, opierając się na własnej diagnozie a także oceniają uzyskane wyniki [5, 6]. Pielęgniarkom wyznacza się nowe zadania, które to wymagają nie tylko umocnienia pozycji zawodowej pielęgniarek, ale także rozszerzenia ich kompetencji i samodzielności.

Głównym celem pracy jest poznanie opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat samodzielności zawodowej pielęgniarek rodzinnych w aspekcie formy zatrudnienia pielęgniarek, prowadzenia dokumentacji oraz roli pielęgniarki w funkcji koordynatora opieki geriatrycznej.

#### **MATERIAŁ I METODA**

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, składający się z 15 pytań (otwartych i zamkniętych) oraz danych o respondencie. Badania zrealizowano w 2002 roku na terenie województwa podlaskiego. Poprzedzono je pilotażem, w wyniku którego ustalono ostateczną treść kwestionariusza. W pracy założono przebadanie około 150 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej niezależnie od miejsca zatrudnienia (miasto, wieś). Ostatecznie w badaniach wzięło udział 116 lekarzy. Odpowiedzi przeanalizowano pod względem wieku ankietowanych.

Dane zakodowano i analizowano za pomocą pakietu STATISTICA firmy StatSoft v. 5.5.

#### **WYNIKI**

##### **I. Charakterystyka badanych**

Wśród 116 respondentów, 93 osoby (80,2%) to kobiety a 23 osoby (19,8%) – mężczyźni. Struktura wieku respondentów (tab. 1) przedstawiała się następująco: do 30 lat – 5 osób (4,3%), 31 – 40 lat – 50 osób (43,1%), 41 – 50 lat – 34 osoby (29,3%) i powyżej 50 lat – 27 osób (23,3%). Ze względu na małą liczbę osób do 30 lat, połączono je z grupą osób w wieku 31 – 40 lat i w dalszej części pracy przyjęto kategorię wieku „do 40 lat”. Grupa ta liczyła 55 osób, co stanowiło 47,4% ogółu badanych. W mieście pracowały 102 osoby (87,9%), a na wsi – 14 osób (12,1%).

Niemal połowa badanych (45,7%) posiadała specjalizację z medycyny rodzinnej, nieco mniejszy odsetek z interny (34,5%) i z pediatrii (33,6%). Co dziesiąta osoba wskazywała na inny rodzaj posiadanej specjalizacji, między innymi medycynę pracy, medycynę ratunkową, medycynę ogólną, higienę, organizację ochrony zdrowia, medycynę społeczną. W badanej grupie – 4 osoby były w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, w systemie rezydenckim. Należy zaznaczyć, że w odpowiedzi na pytanie o posiadaną specjalizację, respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

W badanej grupie – 47 osób (40,5%) pracowało na zasadzie umowy kontraktowej z Kasą Chorych (aktualnie Narodowy Fundusz Zdrowia), 24 osoby (20,7%) posiadało umowę kontraktową z dyrekcją ZOZ - u, a 45 osób (38,8%) było zatrudnionych w placówkach publicznych. Strukturę wieku oraz formę zatrudnienia ankietowanych w zależności od wieku przedstawia tabela nr 1.

**Tabela nr 1. Charakterystyka społeczno – demograficzna ankietowanych lekarzy (w %)**

	Wiek			Ogółem
	od 40 lat	41 – 50 lat	pow. 50 lat	
A). Płeć				
kobieta	46,2	30,1	23,7	100,0
mężczyzna	52,2	26,0	21,8	100,0
Razem	47,4	29,3	23,3	100,0
B). Forma zatrudnienia				
umowa kontraktowa z kasą Chorych	55,3	23,4	21,3	100,0
umowa kontraktowa z Dyrekcją ZOZ	41,6	29,2	29,2	100,0
zatrudnienie w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej	42,2	35,6	22,2	100,0
Razem	47,4	29,3	23,3	100,0
C). Miejsce pracy				
miasto	49,0	28,4	22,6	100,0
wieś	35,7	35,7	28,6	100,0
Razem	47,4	29,3	23,3	100,0

## II. Samodzielność zawodowa pielęgniarek w opinii badanych

Aby poznać, jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej postrzegają samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych, sformułowano następujące pytanie „Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej wskazuje, że są to zawody samodzielne. Na czym, według Pani/Pana, powinna polegać samodzielność pielęgniarki rodzinnej?” Odpowiedzi na to pytanie udzieliło 75% badanych.

Po szczegółowej analizie odpowiedzi można stwierdzić, że co 10 osoba wykazała się znajomością ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych. Oto niektóre z nich:

- ⇒ „rozpoznanie środowiska, ustalenie potrzeb oraz ich realizacja”,
- ⇒ „samodzielne rozpoznawanie zapotrzebowania na opiekę medyczną, realizacja świadczeń medycznych, promocja zdrowia, edukacja”,
- ⇒ „ustalenie procesu pielęgnacyjnego i jego realizacja”,
- ⇒ „na samodzielności planowania i wykonywania planów dotyczących opieki i samodzielnego ponoszenia odpowiedzialności za wykonywaną pracę”,
- ⇒ „na możliwości podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących pacjenta w ramach swych kompetencji”.

Najczęściej respondenci odpowiadali, że samodzielność pielęgniarki rodzinnej polega na:

- ⇒ „opiece nad pacjentami”,
- ⇒ „dyspozycyjności, umiejętności prowadzenia działań prozdrowotnych, edukacyjnych, monitoring schorzeń przewlekłych”,
- ⇒ „znać potrzeby pacjenta”, „ścisły związek ze środowiskiem”,
- ⇒ „podejmowaniu decyzji w określonych przypadkach, gdy nie można skontaktować się z lekarzem”,
- ⇒ „jeśli chodzi o praktykę lekarza rodzinnego nie tylko, to nie może to być zawód samodzielny, musi współpracować z lekarzem”,
- ⇒ „odpowiedzialności za pacjentów, którymi się opiekuje”,
- ⇒ „wykonywaniu samodzielnych podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych”,
- ⇒ „samodzielności finansowej, poza tym bardzo dobra współpraca z lekarzem”.

Nieznaczny odsetek lekarzy (3,2%) uważa, iż „ta ustawa to absurdalna pomyłka wypaczająca rolę pielęgniarki”.

Były też krótkie stwierdzenia: „zgodnie z ustawą” „odpowiedzialność, dobrze wykształcona, wysoka motywacja do pracy, zaskakująca swoimi umiejętnościami zawodowymi”, „jeśli chodzi o praktykę lekarza rodzinnego i nie tylko, to nie może to być zawód samodzielny, musi współpracować z lekarzem”.

Odpowiedzi innych dotyczyły zatrudnienia: „prowadzenie samodzielnej działalności gospodarczej”, „powinna może zakładać lub pracować w NZOZ pielęgniarek” „tworzenie samodzielnych ZOZ-ów pielęgniarskich, bazujących na wspólnych pacjentach, współudział w realizacji świadczeń zdrowotnych”.

### III. Forma zatrudnienia pielęgniarek rodzinnych w opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Na pytanie „Jak Pani/Pan uważa, czy pielęgniarki powinny pracować samodzielnie czy też być zatrudniane przez lekarza rodzinnego?” – ponad jedna czwarta respondentów (27,6%) udzieliła odpowiedzi, że „powinny tworzyć samodzielny zakład” (tab. 2).

Połowa badanych lekarzy (50,0%) uważa, iż w aktualnej sytuacji podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka powinna być zatrudniana przez lekarza rodzinnego. Niepokojącym jest fakt, iż blisko jedna czwarta respondentów (22,4%) nie potrafi sprecyzować formy zatrudnienia pielęgniarki. Rozkład odpowiedzi na pytanie odnośnie formy zatrudnienia pielęgniarek w odniesieniu do wieku badanych przedstawia (tab. 2).

Tabela nr 2. Sposób zatrudnienia pielęgniarek i rodzaj dokumentacji w opinii badanych (w %)

	Wiek			Ogółem
	od 40 lat	41 – 50 lat	pow. 50 lat	
A). Sposób zatrudnienia				
powinno tworzyć samodzielny zakład	56,2	18,8	25,0	100,0
powinno być zatrudniane przez lekarza rodzinnego	44,8	31,0	24,2	100,0
trudno powiedzieć	42,3	38,5	19,2	100,0
Razem	47,4	29,3	23,3	100,0
B). Rodzaj dokumentacji				
własna dokumentacja	27,4	65,4	7,3	100,0
wspólna dokumentacja dla pielęgniarki rodzinnej i lekarza rodzinnego	23,5	76,5	0,0	100,0
trudno powiedzieć	37,0	59,3	3,7	100,0
Razem	28,5	67,2	4,3	100,0

### III. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej przez pielęgniarki rodzinne

Na pytanie „Jak Pani/Pan uważa, czy pielęgniarka powinna mieć własną dokumentację w odniesieniu do pacjenta, czy też powinna to być jedna wspólna dokumentacja pielęgniarki rodzinnej i lekarza rodzinnego?” – 33 ankietowanych (28,4%) było zdania, że „pielęgniarki powinny posiadać własną dokumentację”, 78 ankietowanych (67,2%) odpowiedziało, że „powinna być jedna wspólna dokumentacja dla pielęgniarki rodzinnej i lekarza rodzinnego” a 5 ankietowanych (4,3%), że „trudno powiedzieć”. Za wspólną dokumentacją dla lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej w zdecydowanej większości (76,5%) opowiadali się respondenci z przedziału wiekowego 41 – 50 lat (tab. 2).

### IV. Pielęgniarka jako koordynator opieki geriatrycznej

Jednym z zadań pielęgniarki rodzinnej jest opieka nad populacją osób starszych. Przykłady państw zachodnich wskazują na znaczną i wiodącą rolę pielęgniarki w zespole podstawowej opieki zdrowotnej. To ona jest liderem i koordynatorem opieki w środowisku zamieszkania osób starszych. Interesującym było poznanie opinii lekarzy na ten temat w badaniach własnych. Na pytanie „Czy Pani/Pana zdaniem, pielęgniarka rodzinna może pełnić funkcję koordynatora w zakresie opieki geriatrycznej?” – 41,4% respondentów udzieliło odpowiedzi, że „zdecydowanie tak”, 50,0% odpowiedziało, że „tak, ale po uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji”, 2,6%, że „nie ma takiej potrzeby” a 6,0% nie miało sprecyzowanego zdania na ten temat.

## OMÓWIENIE

Dokonujące się przekształcenia w systemie ochrony zdrowia oraz nowe regulacje prawne przyczyniły się do poszerzenia zakresu kompetencji, uprawnień oraz wzrostu autonomii zawodowej pielęgniarek rodzinnych. W świetle art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [7] zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym. Samodzielność została pielęgniarstwu dana i zadana jako profesji medycznej i jest ściśle związana z odpowiedzialnością prawną i moralną [3, 8].

Wyniki badań własnych wskazują, iż lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w zdecydowanej większości doceniają samodzielność zawodową pielęgniarek w świadczeniu opieki. Nieco ponad jedna czwarta badanych wskazuje, iż pielęgniarki powinny zakładać własną praktykę, a połowa respondentów odpowiedziała, że powinny być zatrudniane przez lekarza rodzinnego.

Możliwość szybkiej oceny jakości i efektywności usług, a także szybkiego i pełnego pozyskiwania danych daje prawidłowo skonstruowana dokumentacja. Brak stosowania prawidłowo skonstruowanej dokumentacji w reformowanym systemie podstawowej opieki zdrowotnej stwarza istotne problemy w pracy zespołowej, powoduje utrudnienie w przepływie informacji obniżając efekt opieki. Obecnie obowiązująca dokumentacja pielęgniarki środowiskowej nie daje możliwości pełnego rejestrowania przebiegu i oceny prowadzonych działań, a treści w niej zawarte nie są wykorzystywane do planowania opieki przez innych członków zespołu, zaś pielęgniarki środowiskowe/rodzinne pracujące według procesu pielęgnowania nie znajdują w niej możliwości odzwierciedlenia swych profesjonalnych działań. Spowodowało to podejmowanie w różnych regionach kraju próby opracowania własnej dokumentacji pielęgniarskiej [4]. Wyniki badań własnych potwierdzają, iż ankietowani lekarze w zdecydowanej większości opowiadają się za wspólną dokumentacją dla pielęgniarki rodzinnej i lekarza rodzinnego. Zdaniem B. Kaczmarek [2] w opinii samych pielęgniarek do zapewnienia prawidłowego obiegu informacji o podopiecznych i zrealizowanych działaniach zespołu konieczna jest dokumentacja, wspólna dla wszystkich członków zespołu lekarza rodzinnego. Zawierać ona powinna graficzny zapis rodziny, możliwość zapisu procesu pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji i uzupełniona o tzw. kwestionariusze umiejętności. Do informacji zawartych w dokumentacji powinni mieć dostęp wszyscy członkowie zespołu udzielający świadczenia [2].

Niemal wszyscy lekarze (91,4%) uważają, iż pielęgniarka mogłaby być koordynatorem opieki geriatrycznej. Jednak połowa z nich twierdzi, że powinna uzyskać dodatkowe kwalifikacje. Tendencja ta jest zgodna z trendami na świecie. Jak piszą inni autorzy w większości krajów zachodnich, ten sektor opieki środowiskowej tj. opieka geriatryczna – podlega pielęgniarce. „To ona jest członkiem zespołu interdyscyplinarnej opieki środowiskowej najbardziej predestynowanym do objęcia funkcji tego lidera. Wypełnia środowiskowe zadania lekarza, jako jego łącznik z podlegającymi mu podopiecznymi, ale jednocześnie staje się centralną postacią w zespole praktyki opieki środowiskowej. To ona organizuje zarówno systematyczny proces oceny zagrożonych środowisk (samotność, niesprawność, zubożenie), planuje programy interwencyjne, synchronizuje pomoc, nadzoruje jej przebieg i efekty. Dzięki jej znajomości środowiska, operatywności i umiejętności współpracy z innymi praktykami podstawowej opieki geriatrycznej i instytucjami – mogłaby przejąć całość odpowiedzialności za realizację zadań opiekuńczo – pielęgnacyjnych, promocje zdrowia i prewencję oraz organizację złożonych potrzeb człowieka starego, niesprawnego, ponieważ jest najbliższą pacjentowi w środowisku” [1].

Uzyskane wyniki pozwalają na odejście od zbyt częstego podporządkowania w wykonywaniu zadań zawodowych na rzecz podejmowania opieki samodzielnej, realizowanej w sposób ciągły i systematyczny, opartej na diagnozie pielęgniarskiej. Stąd podejmowane inicjatywy i decydowanie o udzieleniu określonego świadczenia oraz doborze metod jego realizacji należy uznać za celowe działanie służące zapewnieniu ciągłości i kompleksowości tej opieki” [2].

## WNIOSKI

1. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej dostrzegają samodzielną rolę pielęgniarki rodzinnej jako członka zespołu terapeutycznego.
2. Zdecydowana większość ankietowanych (67,2%) opowiada się za wspólną dokumentacją medyczną dla lekarza i pielęgniarki rodzinnej – co warunkuje dobrą współpracę w zespole podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Badani doceniają samodzielność pielęgniarki rodzinnej w roli koordynatora opieki geriatrycznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Doroszkiewicz H., Bień B.: Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej. *Medycyna rodzinna*, zeszyt 14: 155 – 158.
2. Kawczyńska – Butrym Z.: Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku. *Pielęgniarstwo 2000*; 1999, 1 (42): 34 - 39.
3. Kaczmarska B.: Prace pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w świetle nowych kompetencji. *Pielęgniarstwo 2000*, 1997, 4 (33). Wkładka specjalna 3 (11): 16 – 17.
4. Putz J., Głowacka L., Kittel E.: Opinie na temat reformy podstawowej opieki zdrowotnej w kierunku lekarza rodzinnego. *Zdrowie Publiczne* 1994, 105 (9): 305 – 308.
5. Sztembis B.: Kierunki zmian systemowych w ochronie zdrowia i reforma pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1997.
6. Sztembis B., Wrońska I.: Od ery medycznej do postmedycznej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 12, 2001: 5 – 6.
7. Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z dnia 30 lipca 1996r. z późniejszymi zmianami).
8. Zespół ekspertów ds. pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju. Zakres Kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej. *Pielęgniarstwo 2000*, 1995, 2. Wkładka specjalna.

## STRESZCZENIE

Dokonujące się przekształcenia w systemie ochrony zdrowia oraz nowe regulacje prawne przyczyniły się do poszerzenia zakresu kompetencji, uprawnień oraz wzrostu autonomii zawodowej pielęgniarek rodzinnych. Celem badań było poznanie opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat samodzielności zawodowej pielęgniarek rodzinnych. Badania zrealizowano w 2002r. na terenie województwa podlaskiego wśród 116 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Wyniki badań własnych wskazują, iż lekarze podstawowej opieki zdrowotnej doceniają samodzielność zawodową pielęgniarek rodzinnych w świadczeniu opieki. Nieco ponad jedna czwarta badanych wskazuje, iż pielęgniarki powinny zakładać własne podmioty. Połowa ankietowanych jest zdania, że powinny być zatrudniane przez lekarza rodzinnego. Zdecydowana większość ankietowanych opowiada się za wspólną dokumentacją medyczną dla pielęgniarki rodzinnej i lekarza. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż lekarze podstawowej opieki zdrowotnej dostrzegają samodzielną rolę pielęgniarki rodzinnej jako członka zespołu terapeutycznego.

## ABSTRACT

The transformations taking place in the health care system and the new legal regulations have contributed to the widening of family nurses' range of competence and rights, and to the increase of their professional autonomy. The aim of the research was to find out about primary health care doctors' opinion on family nurses' professional independence.

The research was conducted in the year 2002 among 116 primary health care doctors in Podlaskie Province. The research tool was a self-created survey questionnaire. The results of the research indicate that primary health care doctors appreciate family nurses' professional independence in providing medical care. More than a quarter of the respondents demonstrate the view that nurses ought to establish their own entities. Half of the respondents are of the opinion that nurses should be employed by general practitioners. The unquestionable majority would prefer common medical documentation for a family nurse and a doctor. As a result of the research conducted, it has been determined that primary health care doctors recognize the autonomous role of a family nurse as a member of a medical team.