

Pielęgniarka Zdrowia Rodziny versus Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Analiza porównawcza kompetencji

Family Health Nurse versus Primary Health Care Nurse. Comparative analysis of competences

ELŻBIETA ZDŻALIK^{1/}, IWONA DOMINIAK^{1/}, MARIA MATUSIAK^{2/}, DOROTA KILAŃSKA^{1/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

^{2/} Szczecińska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Starzenie się populacji, nierówności w zdrowiu, rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz wzrost kosztów opieki zdrowotnej to problemy zdrowia publicznego, które zmuszają do szukania nowoczesnego, efektywnego kosztowo podejścia do opieki zdrowotnej na całym świecie. W odpowiedzi na globalne wyzwania zdrowotne Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła nową rolę pielęgniarki. Wprowadzenie do ochrony zdrowia Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (Family Health Nurse – FHN) jako kluczowego ogniwa podstawowej opieki zdrowotnej może wzmocnić system ochrony zdrowia i pomóc w poprawie dostępności do świadczeń, zmniejszając tym samym wykluczenie pacjentów.

Porównanie kompetencji FHN i pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) było zadaniem realizowanym w jednej z faz projektu „Pielęgniowanie Zdrowia Rodziny we Wspólnotach Europejskich” (Family Health Nursing in European Communities – FamNrsE). Założeniem projektu było wypracowanie ram dla programów nauczania, w tym także na potrzeby kształcenia akademickiego (drugi poziom studiów) dla Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (Advanced Practitioner Nurse – APN) lub specjalizacji w tym zakresie. Taki rodzaj kształcenia miał pozwolić na dalsze rozwijanie FHN w Europie i wzmocnienie założeń Deklaracji z Alma-Aty.

W artykule przedstawiono analizę porównawczą kompetencji Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i kompetencji Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (FHN) – dla zarekomendowania kierunku zmian kształcenia w Polsce.

Słowa kluczowe: pielęgniarka zdrowia rodziny, pielęgniarstwo, kompetencje, podstawowa opieka zdrowotna, rodzina

The aging of the population, health inequalities, growing health needs of the population and rising healthcare costs are global public health problems that make it necessary to seek modern and cost-effective approaches to healthcare. In response to global health challenges the World Health Organization (WHO) has introduced a new role for nurses. Introduction of Family Health Nurses (FHN) to health care as a key link of primary care can strengthen the health care system and help improve the availability of services, thereby reducing the exclusion of patients.

The comparison of competence of FHN and nurses of Primary Health Care (PHC) was a task carried out in one phase of the project “Family Health Nursing in the European Communities” (FamNrsE). The premise of the project was to develop a framework for curriculum, including academic education (second level of study) for Advanced Practitioner Nurses (APN) or specialization in this field. This kind of education should allow to further develop FHN in Europe and strengthen the principles of the Declaration of Alma-Ata.

The article presents a comparative analysis of the competences of Primary Health Care Nurses (PHC) and the competence of Family Health Nurses (FHN) – for recommending the change of education in Poland.

Key words: family health nurse, nursing, competence, primary health care, family

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 331-338

www.h-ph.pl

Nadesłano: 18.05.2015

Zakwalifikowano do druku: 07.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Elżbieta Zdżalik

ul. Narutowicza 58, 90-136 Łódź

tel. 512 08 39 23, e-mail: elzbieta.zdjalik@umed.lodz.pl

Wstęp

Zmiany demograficzne i epidemiologiczne, zachodzące we współczesnym świecie oraz wynikające z nich potrzeby ludności, są wyzwaniem w zakresie

ochrony zdrowia dla specjalistów zdrowia publicznego i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Populacja Europy „starzeje się”, a do 2050 roku ponad 25% ludności regionu będzie miało ponad 65

lat [1]. Badania bazujące na prognozie demograficznej GUS wskazują, że starzenie się społeczeństwa przyczyni się do pogorszenia statusu zdrowotnego populacji, wzrostu odsetka osób z chorobami przewlekłymi i osób niesamodzielnych. Według niektórych autorów wpłynie to na wzrost zapotrzebowania i zwiększenie wydatków na świadczenia zdrowotne oraz usługi opiekuńcze [2].

Rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i grup społecznych powinno towarzyszyć szerokie, ogólnospołeczne podejście do tych problemów oraz poprawa jakości świadczonych usług w ramach POZ. Wzmocnienie potencjału zdrowotnego oraz poprawa opieki nad chorymi przewlekle w opiece środowiskowej zmniejszy poziom hospitalizacji i zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną.

Współczesne pielęgniarstwo rozszerza zakres kompetencji i samodzielności pielęgniarki zmierzając do wielokierunkowej aktywności skoncentrowanej na podmiocie opieki. Najważniejszym środkiem służącym poprawie stanu zdrowia społeczeństwa jest promocja zdrowia, w której edukacja zdrowotna stanowi integralną część opieki nad jednostką i rodziną. Pielęgniarka pracująca w środowisku ma bezpośredni kontakt z członkami rodziny i może dostosować edukację do potrzeb i możliwości każdego z domowników.

Zadania wyznaczone dla Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (FHN) mają stanowić wsparcie dla społeczności lokalnych. Uważane są one za niezbędne do realizacji kompleksowej opieki w POZ. Kompetencje FHN pozwolą na promowanie, ochronę i przywracanie zdrowia jednostki, rodziny w środowisku, w ciągu całego życia. Pielęgnowanie zdrowia rodziny mogłoby wesprzeć osiągnięcie celów polityki „Zdrowie 21”, tj.: promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, na każdym etapie życia człowieka, poprzez redukcję głównych problemów zdrowotnych, wypadków i urazów [3].

Propozycja nowej roli pielęgniarki jest również efektem zapisów Deklaracji Monachijskiej, przyjętej przez Drugą Konferencję Ministrów Zdrowia w 2000 r. w Monachium. Podkreślano w niej potrzebę stworzenia programów oraz usług pielęgniarstwa w społeczności lokalnej, których celem byłaby opieka nad rodziną w miejscu jej bytowania [4]. Od tego czasu, pomimo istniejących różnic, w poszczególnych krajach Europy można zaobserwować znaczący postęp we wprowadzaniu roli FHN [5].

Analiza badań wykazała jednak, że dostarczanie opieki zdrowotnej w środowisku nadal w wielu przypadkach opiera się przede wszystkim na tradycyjnym modelu medycznym, który nie eksponuje zdrowia jako celu dla ochrony zdrowia wobec jednostki, czy rodziny. Usługi medyczne realizowane są więc w oparciu o koncepcję, w której zdrowie oznacza brak choroby.

Badający ten temat podkreślili, że zmiana modelu opieki polegająca na przesunięciu środka ciężkości z działań naprawczych w kierunku działań promujących zdrowie doprowadzi do zwiększenia potencjału zdrowotnego społeczeństwa, co jest priorytetem działań WHO [6]. Europejska Strategia Kształcenia Pielęgniarek WHO wskazywała także na konieczność inwestowania w kształcenia pielęgniarek na poziomie wyższym. Zauważono, że inwestycja tylko w kształcenie lekarzy nie przyniosła spodziewanych rezultatów [7]. Niezbędne stało się kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym oraz rozwijanie nowych zaawansowanych ról w pielęgniarstwie.

W celu promowania roli FHN Uniwersytet w Zachodniej Szkocji (*University of West Scotland*) zainicjował działania mające na celu jej dookreślenie poprzez przygotowanie m.in. kompetencji dla WHO. W latach 2011-2013 realizowano międzynarodowy projekt „Pielęgnowanie Zdrowia Rodziny we Wspólnotach Europejskich” (*Family Health Nursing in European Communities – FamNrsE*), który następnie został objęty patronatem Europejskiego Biura WHO [8].

Implementacja FHN w krajach Europy jest zróżnicowana. W Polsce można uznać, że kompetencje Pielęgniarki Zdrowia Rodziny realizuje Pielęgniarka POZ.

Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny lub szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatricznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub jest w trakcie kursu lub szkolenia w powyższych zakresach lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [9]. Jak wynika z przytoczonego przepisu na pierwszej linii kontaktu z ochroną zdrowia usługi zdrowotne są realizowane przez pielęgniarki o różnych specjalnościach.

Materiał i metoda

W opracowaniu zastosowano metodę dokumentoskopii porównawczej oraz technikę analizy piśmiennictwa. Podczas analizy dokumentów porównano kompetencje pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (FHN). Kompetencje pielęgniarki POZ pochodzą z norm prawnych i etycznych, a kompetencje FHN

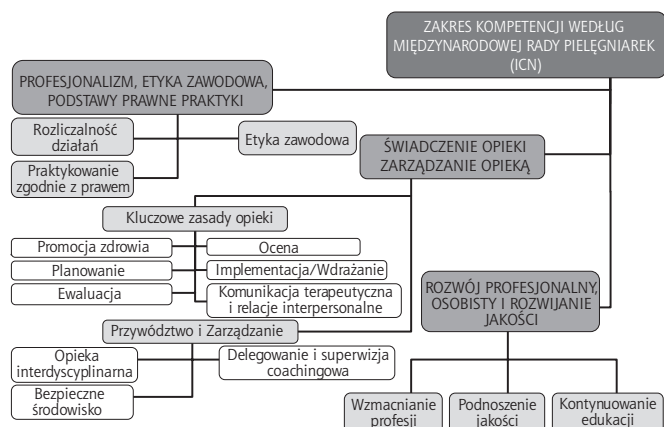
zostały zaproponowane przez ekspertów pracujących dla WHO, jako zalecenia do wdrożenia do praktyki.

Dla potrzeb niniejszego opracowania dokonano ponownej analizy kompetencji opisanych w projekcie FamNrsE [10]. Do analizy wykorzystano standard kompetencji pielęgniarki specjalistki Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (*International Council of Nurses* – ICN), opublikowany w 2009 r. i przetłumaczony przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) w 2010 r. (ryc. 1), a uaktualniony w 2014 r. [11].

Analizie poddano pięć dokumentów określających normy moralne i prawne w odniesieniu do pielęgniarki POZ, są to:

1. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. (Dz.U.2011.174.1039 z późn. zm.);
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027, z późn. zm.);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.05.214.1816).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2007.210.1540);
5. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 r. [12].

W odniesieniu do FHN przeanalizowano zalecenia WHO opisane w dokumencie „*The Family Nurse. Context Conceptual Framework and Curriculum*”, przetłumaczone dla potrzeb niniejszego artykułu przez autorów publikacji [13].



Ryc. 1. Zakres kompetencji pielęgniarki specjalisty – wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [11]

Fig. 1. Range of competences of specialist nurse – by International Council of Nurses [11]

Kompetencje analizowano w trzech kategoriach wskazanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w publikacji „Zakres kompetencji pielęgniarki specjalistki wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek” (*ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*) [11], tj.:

1. profesjonalizm, etyka zawodowa, podstawy prawne praktyki
2. świadczenie opieki i zarządzanie opieką
3. rozwój profesjonalny, osobisty i rozwijanie jakości.

Kompetencje FHN i zadania wskazywane w polskich normach prawnych i etycznych przyporządkowano kompetencjom ICN. Z uwagi na metodologię określania kompetencji w dokumentach dostępnych w języku polskim, do analizy włączono tylko wybrane kompetencje, których odniesienie znaleziono w ww. dokumentach.

Zadania charakteryzujące rolę pielęgniarki POZ, jak i 17 kompetencji opisanych przez WHO, zagregowano według kluczowych kategorii wskazanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek.

Kompetencje profesjonalne

W literaturze przedmiotu osoba kompetentna opisywana jest jako osoba, która posiada wiedzę, umiejętności oraz uprawnienia do wykonywania określonych działań i czynności zawodowych oraz do wydawania sądów i opinii w zakresie czynności zawodowych [14].

Istnieje wiele opisów znaczenia terminu „kompetencja”. Kompetencje dzieli się m.in. kompetencje formalne, czyli uprawnienia do podejmowania decyzji, odpowiadające kwalifikacjom wynikającym z procesu kształcenia i kompetencje realne, określane jako rzeczywiste podejmowanie decyzji i realizowanie działań niezależnie od ram formalnych. Jak wynika z analizy literatury ten rodzaj kompetencji najczęściej przypisany jest zajmowanemu stanowisku [15].

Według WHO kompetencje to pojęcie złożone, o szerokim znaczeniu, które obejmuje praktykę zawodową, opisuje zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne [16].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, organizacja wytyczająca trendy rozwoju pielęgniarstwa na świecie, odnosi termin kompetencje do skutecznego łączenia wiedzy, umiejętności i oceny działań podejmowanych przez pielęgniarkę w codziennej praktyce zawodowej. Termin kompetencje odzwierciedla więc: wiedzę, zrozumienie i ocenę, a także zakres umiejętności poznawczych, technicznych lub psychomotorycznych oraz interpersonalnych pielęgniarki, włączając zespół cech i postaw osobowych [11]. Założenia dla

ram kompetencji pielęgniarki rodzinnej powinny być oparte na wiedzy i doświadczeniu pielęgniarki ogólnej z uwzględnieniem zróżnicowanych poziomów praktyki. W niniejszym opracowaniu przyjęto definicję ICN i jej główne kategorie, wskazane na rycinie 1.

Światowa Organizacja Zdrowia wymienia następujące kompetencje dla FHN, zgodnie z którymi pielęgniarka:

1. Rozpoznaje i ocenia status zdrowotny, potrzeby zdrowotne jednostek i rodzin z uwzględnieniem kontekstu kulturowego i społecznego (*identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities*);
2. Podejmuje decyzje w oparciu o wartości etyczne (*make decisions based on ethical principles*);
3. Planuje, inicjuje i prowadzi opiekę nad rodzinami w różnych sytuacjach (*plan, initiate and provide care for families within their defined caseload*);
4. Promuje zdrowie jednostki, rodziny, społeczeństwa (*promote health in individuals, families and communities*);
5. Pozyskuje wiedzę i wykorzystuje różnorodne strategie uczenia się i nauczania jednostki, rodziny, społeczności (*apply knowledge of a variety of teaching and learning strategies with individuals, families and communities*);
6. Wykorzystuje i stosuje ewaluację różnych metod komunikacji (*use and evaluate different methods of Communications*);
7. Uczestniczy w prewencji chorób (*participate in disease prevention*);
8. Koordynuje i zarządza opieką, także tą, którą deleguje do personelu i innych osób (*coordinate and manage care, including that which they have delegated to other people and personel*);
9. Systematycznie dokumentuje swoją praktykę (*systematically document their practice*);
10. Gromadzi, zarządza i wykorzystuje wiedzę kliniczną, opartą na badaniach naukowych i informacjach (danych) statystycznych dla planowania opieki i ustalania priorytetów działań w kontekście zdrowia i choroby (*generate, manage and use clinical, research-based and statistical information [data] for planning care and prioritizing health- and illness-related activities*);
11. Wspiera i wzmacnia jednostki i rodziny w ułatwianiu im podejmowania decyzji wpływających

na ich zdrowie (*support and empower individuals and families to influence and participate in decisions concerning their health*);

12. Ustala standardy i prowadzi ewaluację efektów swoich działań (*set standards and evaluate the effectiveness of family health nursing activities*);
13. Pracuje samodzielnie i jako członek zespołu (*work independently and as members of a team*);
14. Uczestniczy w ustalaniu priorytetów działań dotyczących zdrowia i choroby (*participate in the prioritization of health- and illness-related activities*);
15. Zarządza zmianą i działa jako „Agent dla zmiany” (*manage change and act as agents for change*);
16. Kształtuje i utrzymuje profesjonalne relacje oraz pełni wspierającą rolę wobec kolegów (*maintain professional relationships and a supportive collegiate role with colleagues*);
17. Wykazuje zaangażowanie w kierunku kształcenia ustawicznego i kontynuowania profesjonalnego rozwoju (CPD) (*display evidence of a commitment to lifelong learning and continuing professional development*).

W projekcie FamNrsE kompetencje określono jako „poziom wykonania – skutecznego zastosowania wiedzy, umiejętności i osądu w praktyce” [17].

Wytyczne WHO dotyczące rozwoju specjalności pielęgniarskiej „Pielęgowanie Zdrowia Rodziny” (FHNs – *Family Health Nursing*) zakładają, że FHN powinna prezentować szeroki zakres umiejętności z obszaru komunikacji interdyscyplinarnej i zarządzania opieką. Powinna być opiekunem, decydem oraz liderem w środowisku [13].

Dokumenty regulujące praktykę pielęgniarki POZ podają, że pielęgniarka planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad jednostką, rodziną, społecznością w warunkach ambulatoryjnych i domowych, udzielając świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, tym samym zapewniając świadczeniobiorcom realizację zadań, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [18].

W tabeli I zestawiono główne kompetencje FHN oraz zadania wynikające z norm etycznych i prawnych pielęgniarki POZ.

Tabela I. Zestawienie głównych kompetencji pielęgniarki FHN i POZ
Table I. Comparison of main competences of FHN and PHC nurses

Główne kompetencje pielęgniarki zdrowia rodziny – FHN (WHO)	Główne kompetencje pielęgniarki POZ
Pielęgniarka zdrowia rodziny	Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej
Wspiera rodziny w czasie trwania choroby oraz pomaga w radzeniu sobie jednostkom, rodzinom z chorobami przewlekłymi w środowisku na zasadzie wczesnej interwencji z możliwością podjęcia leczenia, doradztwa oraz zmiany postaw zdrowotnych, a także uzyskania dostępu do publicznej opieki zdrowotnej oraz szeroko rozumianego wsparcia socjalnego (WHO 2000a)	Planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielenia świadczenia, obejmując opieką: – zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia; – osoby niepełnosprawne (MZ 2005)
Profesjonalizm, etyka zawodowa, podstawy prawne praktyki	
Etyka zawodowa	
Podejmuje decyzje w oparciu o wartości etyczne (kompetencja nr 2)	Postępuje zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej
Świadczenie opieki i zarządzanie opieką	
Kluczowe zasady opieki – Ocena	
Rozpoznaje i ocenia status zdrowotny i potrzeby zdrowotne jednostek i rodzin z uwzględnieniem kontekstu kulturowego i społecznego (kompetencja nr 1) Uczestniczy w ustalaniu priorytetów działań dotyczących zdrowia i choroby (kompetencja nr 14)	Przeprowadza wywiady środowiskowe; Wykonuje badanie fizykalne; Dokonyuje podstawowych pomiarów życiowych i ich oceny oraz interpretacji; Oceni stan ogólny chorego oraz proces jego zdrowienia; Oceni jakość życia i wydolność psychofizyczną świadczeniobiorcy; Wykrywa odchylenia od normy rozwojowej; Wykonuje testy diagnostyczne poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy; Oceni i monitoruje ból; Oceni wydolność pielęgnacyjno-opiekuńczą rodziny; Rozpoznaje, oceni i zapobiega zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców; Rozpoznaje potrzeby pielęgnacyjne i problemy zdrowotne świadczeniobiorców
Kluczowe zasady opieki – Planowanie i implementacja	
Planuje, inicjuje i prowadzi opiekę rodzin w różnych sytuacjach (kompetencja nr 3)	Realizuje opiekę pielęgnacyjną u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarskiej; Wykonuje zabiegi pielęgnacyjne zgodnie z odrębnymi przepisami; Przygotowuje i aktywizuje do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności; Świadczy opiekę zdrowotną realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, które odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki
Systematycznie dokumentuje swoją praktykę (kompetencja nr 9)	Wpisu w dokumentacji dokonuje niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym; Ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów
Kluczowe zasady opieki – Promocja zdrowia	
Promuje zdrowie jednostki, rodziny, społeczeństwa (kompetencja nr 4) Pozyskuje wiedzę i wykorzystuje różnorodne strategie uczenia się i nauczania jednostki, rodziny, społeczności (kompetencja nr 5)	Prowadzi edukację zdrowotną; Prowadzi poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia; Monitoruje rozwój dziecka zgodnie z odrębnymi przepisami; Realizuje programy zdrowotne i profilaktykę chorób; Prowadzi działania profilaktyczne u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego; Organizuje grupy wsparcia
Uczestniczy w prewencji chorób (kompetencja nr 7) Wspiera i wzmacnia jednostkę i rodzinę w celu ułatwienia im wyborów dotyczących ich zdrowia (kompetencja nr 11)	Prowadzi profilaktykę chorób wieku rozwojowego Edukuje w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informuje o szczepieniach zalecanych
Kluczowe Zasady Opieki – Komunikacja terapeutyczna, relacje interpersonalne	
Wykorzystuje i prowadzi ewaluację różnych metod komunikacji (kompetencja nr 6)	Ma obowiązek udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania; Umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego; Umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki, na prośbę pacjenta lub jego rodziny; Powinna, we współpracy z pacjentem, okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia

Główne kompetencje pielęgniarki zdrowia rodziny – FHN (WHO)	Główne kompetencje pielęgniarki POZ
Pielęgniarka zdrowia rodziny	Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej
Kształtuje i utrzymuje profesjonalne relacje oraz pełni rolę wspierającą wobec kolegów (kompetencja nr 16)	Pielęgniarka mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka; Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności; Nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich; Pielęgniarka nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową; Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna; Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych. Pielęgniarka jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania
Zarządza zmianą i działa jako „Agent dla zmiany” (kompetencja nr 15)	Przywództwo i zarządzanie – Delegowanie i superwizja coachingowa Brak odniesienia w ww. dokumentach
Koordynuje i zarządza opieką, także tą, którą deleguje do personelu i innych osób (kompetencja nr 8)	Brak odniesienia w ww. dokumentach
Pracuje samodzielnie i jako członek zespołu (kompetencja nr 13)	Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym Pielęgniarka POZ podejmuje współpracę z: – lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze; – pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną; – położną POZ; – pielęgniarką opieki długoterminowej domowej; – innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych; – przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia; rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy
Wykazuje chęć do kształcenia ustawicznego i kontynuowania profesjonalnego rozwoju (CPD) (kompetencja nr 17)	Rozwój profesjonalny, osobisty i rozwijanie jakości Kontynuacja edukacji Ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego; Jest zobowiązana do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych; Współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej
Gromadzi, zarządza i wykorzystuje wiedzę kliniczną opartą na badaniach naukowych i informacjach (danych) statystycznych dla planowania opieki i ustalania priorytetów działań w kontekście zdrowia i choroby (kompetencja nr 10)	Wzmacnianie profesji i podnoszenie jakości Współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej; Powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji
Ustala standardy i prowadzi ewaluację efektów swoich działań (kompetencja nr 12)	Prowadzi proces pielęgnowania, którego V etapem jest ewaluacja wdrożonych interwencji pielęgniarstkich – ocena efektów poprzez postawienie diagnozy wskazującej efekt pracy; Swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie

Podsumowanie

Kompetencje pielęgniarki POZ i FHN zagregowane do trzech kategorii kompetencji specjalisty wg ICN skłaniają do wysunięcia następujących wniosków:

1. Profesjonalizm, etyka zawodowa, podstawy prawne praktyki

Pielęgniarka POZ i FHN realizują zadania zawodowe samodzielnie i odpowiedzialnie zgodnie z profesjonalną praktyką oraz normami prawnymi, etycznymi i organizacyjnymi, które wyznaczają ramy

rzetelnej, bezpiecznej i wolnej od dyskryminacji opieki. Mają również wpływ na kształtowanie profesjonalnych relacji ze współpracownikami (FHN – kompetencja nr 2, 16).

2. Świadczenie opieki i zarządzanie opieką

FHN i pielęgniarka POZ realizują zadania w stosunku do jednostek, rodzin o różnych potrzebach w zakresie ochrony zdrowia i obejmują one m. in.:

1. działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz działania zapobiegawcze (FHN – kompetencja nr 4, 7, 5, 11);

2. profesjonalne pielęgnowanie (proces pielęgnowania):
 - rozpoznawanie warunków i potrzeb jednostki/rodziny, w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej (FHN – kompetencja nr 1);
 - ustalenie diagnozy pielęgniarskiej (FHN – kompetencja nr 14);
 - planowanie interwencji i świadczenie opieki (FHN – kompetencja nr 3);
 - ewaluacja efektów działań porównująca osiągnięcia z założeniami [19] (FHN – kompetencja 12);
3. systematyczne, dokładne dokumentowanie swojej pracy (FHN – kompetencja nr 9);
4. współpraca w ramach zespołu terapeutycznego, ze świadczeniodawcami, przedstawicielami organizacji i instytucji, rodziną, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorcy (FHN – kompetencja nr 13);
5. samodzielne udzielanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami (FHN – kompetencja nr 13).
6. nawiązywanie relacji terapeutycznej, ewaluacja i wykorzystywanie różnych metod komunikacji (FHN – kompetencja nr 6).

3. Rozwój profesjonalny, osobisty i rozwijanie jakości

Praktyka pielęgniarska dąży do modelu ukierunkowanego na realne potrzeby i oczekiwania klienta, z dostosowaniem się do jego statusu zdrowotnego. W modelu tym znaczącą rolę odgrywa profesjonalizm, skuteczność działania oraz twórcze łączenie teorii z praktyką [20].

Kompetencje pielęgniarki POZ i FHN obejmują w tym zakresie:

- odpowiedzialność za zaangażowanie pielęgniarki w rozwój zawodowy i kształcenie ustawiczne (FHN – kompetencja nr 17);
- stosowanie dowodów naukowych we wspieraniu decyzji klinicznych pielęgniarki (FHN – kompetencja nr 10);
- ustalanie standardów i ewaluowanie efektywności działań (FHN – kompetencja nr 12) – działanie nie jest prawnie sankcjonowane, ale może być określane na poziomie podmiotów leczniczych (standaryzacja wewnątrzzakładowa) jako zalecenia i wytyczne opracowywane przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów lub instytucje rządowe;

Komentarz do kompetencji, dla których nie odnaleziono jednoznacznego odniesienia w analizowanych dokumentach:

- zarządzanie zmianą i działanie jako „agent dla zmiany” (FHN – kompetencja nr 15), jest to zale-

dwie tradycja wykonywania zadań nie wbudowana w zapisy analizowanych dokumentów;

- koordynowanie i zarządzanie opieką, także tą, którą deleguje do personelu i innych osób (FHN – kompetencja nr 8) Pielęgniarka POZ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2005 r. planuje i realizuje opiekę pielęgniarską [18]. Stosując proces pielęgnowania jako metodę pracy, współpracując w zespole terapeutycznym, zachęcając pacjenta/członków rodziny do współdecydowania i udziału w opiece, wykorzystując zasoby i usługi w środowisku pielęgniarka koordynuje, deleguje i odpowiedzialnie przyjmuje do wykonania wyznaczone czynności, zgodnie z własnym poziomem biegłości i prawnym zakresem praktyki, tak jak wskazuje ICN [11].

Na podstawie dokonanej analizy ramowych kompetencji FHN, które zaproponowała WHO oraz analizy zadań pielęgniarki POZ, można zauważyć wiele podobieństw. Jednak z zapisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynika, że świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować pielęgniarki o różnych specjalnościach, co powoduje trudności w przypisaniu niektórych kompetencji określonych przez WHO pielęgniarkie POZ [21].

Społeczeństwo oczekuje, że pielęgniarki będą koordynować opiekę nad klientem/pacjentem i rodziną, pełnić dla nich rolę rzecznika w kontakcie z opieką zdrowotną [22].

Wyzwania stojące przed systemami ochrony zdrowia (starzenie się społeczeństw, wzrost częstości występowania chorób przewlekłych, rosnące koszty opieki zdrowotnej) zmuszają do wprowadzania sprawdzonych rozwiązań pozwalających na zwiększenie dostępności do usług służących umacnianiu zdrowia społeczeństwa oraz podniesienia jakości świadczonych usług.

Zmiany powinny jasno określać linię pracy pielęgniarki w POZ i być ukierunkowane przede wszystkim na zdrowie rodziny i efekty pracy.

W związku z powyższym rządy i decydenci powinni rozwijać zasoby kadrowe pracowników ochrony zdrowia oraz kształtować politykę zdrowotną państwa w oparciu o zasady zintegrowanej opieki, w której rdzeń stanowi specjalista, odpowiedzialny za koordynację opieki, współpracujący w zespole interdyscyplinarnym w ramach POZ, którym może być APN w zakresie zdrowia rodziny.

Kompetencje FHN i pielęgniarki POZ stanowią podstawę, na której należałoby budować nowe rozwiązania. Propozycją takiego rozwiązania i odpowiedzią na wymienione wcześniej potrzeby może stać się kształcenie specjalisty na studiach drugiego stopnia.

APN pracując w zespole interdyscyplinarnym, mając większą samodzielność i niezależność w zakresie zarządzania opieką oraz możliwość delegowania zadań do innych profesjonalistów (zadań, które nie są w ramach jej kompetencji) zwiększy tym samym swoje

możliwości objęcia opieką klienta przez cały okres jego życia i zaimplementuje różnego rodzaju świadczenia w zależności od sytuacji zdrowotnej jednostki/rodziny/klienta.

Piśmiennictwo / References

- Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu. Streszczenie. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/24772/Europejski-Raport-Zdrowia-2012.pdf (dostęp 04.02.2014).
- Szyborski J (red). Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. II Kongres Demograficzny 2012, Tom II, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012: 21.
- Health 21 an introduction to the health for all policy framework for the WHO Europe, WHO, Copenhagen 1998. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (dostęp 05.02.2014).
- Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health. WHO, Kopenhaga 2000: 1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1 (dostęp 17.7.2014).
- Hennessy D, Gladin L. Report on the evaluation of WHO multicountry family health nurse pilot study. WHO, Copenhagen 2006.
- Jarosch MJ, Włoszczak-Szubzda A. Pielęgowanie Zdrowia Rodziny – Perspektywa Europejska. Med Og Nauk Zdr 2013, 3: 389.
- European strategy for nursing and midwifery education. EUR/01/5019304, WHO, Copenhagen 2000: 126.
- Family Health Nursing in European Communities, FamNrsE. Project nr 518233-LLP-1-2011-1-UK-ERASMUS-ECDCE. http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/erasmus/multilateral_actions_2011/ecdce/era_ecdce_518233.pdf (dostęp 20.7.2014).
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004. Dz.U.2008.164.1027, z późn. zm.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). Wersja 2013. <http://icnp.stemos.com/index.php/pl/2013/> (dostęp 20.7.2014).
- Kilańska D, Mielczarek-Pankiewicz E (red). Zakres kompetencji pielęgniarki specjalistki. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 2014: 10. http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=102 (dostęp 10.9.2014).
- Uchwała IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. <http://nipip.pl/index.php/uchwaly/krajowych-zjazdow/iv-krajowego-zjazdu-pielegniarek-i-polozonych/uchwaly/896-9-04-2003> (dostęp 20.7.2014).
- The Family Health Nurse: Context, conceptual framework and curriculum. WHO, EUR/00/5019309/13 00074 n 27 January 2000: 1.
- Bielawska J. Kompetencje zawodowe pielęgniarki. Zesz Nauk Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 2012, 8:10.
- Górajek-Jóźwik J. Pielęgniarka: rola i funkcje zawodowe. [w:] Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Górajek-Jóźwik J (red). Czelej, Lublin 2007: 42-46.
- Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia Kształcenia Pielęgniarek i Położnych. Wytyczne dla państw-członków dotyczące implementacji strategii. Europejskie Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia, Kopenhaga 2001: 15.
- Schober I, M & Affara FA. The Family Nurse: Frameworks for Practice. ICN, Geneva 2001: 32.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.05.214.1816).
- Poznańska S. Pielęgniarka i pielęgowanie w opiece nad zdrowiem. [w:] Wprowadzenie do pielęgniarstwa – podręcznik dla szkół medycznych. Zahradniczek K (red). PZWL, Warszawa 1996: 35-36.
- Kędra E. Praktyka pielęgniarska oparta na faktach – wymóg czy konieczność? Probl Pielęg 2011, 19(3): 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity). Dz.U. 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm.
- Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie zapotrzebowania na umiejętności i kompetencje poszczególnych profesjonalistów ochrony zdrowia. http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP_stanowisko_umiejtnosci_i_kompetencje.pdf (dostęp 28.05.2014).