

Opinia pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej na temat ordynowania wybranych leków i wystawiania recept przez pielęgniarki

Primary Health Care patients' opinions on prescribing selected medications by nurses

MONIKA BINKOWSKA-BURY, ANNA BARTOSIEWICZ, MAŁGORZATA MARC, PAWEŁ JANUSZEWICZ

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Wprowadzenie. Uchwalona 22 lipca 2014 r. Ustawa o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadza od 1 stycznia 2016 r. możliwość wystawiania recept przez pielęgniarki i położne w Polsce.

Cel. Poznanie opinii pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na temat wypisywania recept przez pielęgniarki w aspekcie czynników socjodemograficznych.

Materiały i metody. Badanie przeprowadzono od stycznia do lipca 2015 r. wśród 1378 świadczeniobiorców POZ z woj. podkarpackiego metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu, przygotowanego na podstawie literatury przedmiotu i opracowanego w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta. W analizie statystycznej wykorzystano test U Manna-Whitneya.

Wyniki. Duża grupa pacjentów (38,5%) wyraziła opinię, że pielęgniarki nie posiadają wystarczającej wiedzy aby sprostać nowym kompetencjom; przeciwne zdanie wyrażało 26,9% badanych, natomiast 34,4% nie potrafiło zająć stanowiska w tej sprawie. Większość pacjentów (65,4%) uważała, że pielęgniarki powinny posiadać uprawnienia jedynie do wypisywania zleceń na wyroby medyczne i leki wcześniej zlecone przez lekarza (61,8%).

Wnioski. Pacjenci POZ do nowych rozwiązań podchodzą z rezerwą, deklarując w większości, że pielęgniarki powinny posiadać uprawnienia do wypisywania zleceń na wyroby medyczne i leki wcześniej zlecone przez lekarza (powtórne recepty). Świadomość pacjentów POZ w tym zakresie jest niewielka.

Słowa kluczowe: recepta, produkt leczniczy, pielęgniarka, pacjent, podstawowa opieka zdrowotna

Introduction. The law amending the Act on professions of nurse and midwife passed on July 22nd 2014, starting from January 1st 2016 introduces the possibility of prescribing medications by nurses and midwives in Poland.

Aim. The Primary Health Care patients' assessment of the possibility of prescribing medications by nurses in Poland in the context of socio-demographic factors.

Material & Method. The study was conducted from January to July 2015 among 1378 Primary Health Care beneficiaries in the city of Rzeszow and its district. The original questionnaire was developed in accordance with the literature and the five-point Likert scale. The data was compiled using the Mann-Whitney U test.

Results. A large group of patients (38.5%) said that nurses did not have sufficient knowledge to meet the new competence requirements; 26.9% of beneficiaries were of the opposite opinion and 34.4% did not give a clear answer. The majority of patients (65.4%) believed that nurses should have the power only to prescribe medical devices and drugs previously prescribed by a physician (61.8%).

Conclusion. Patients refer to the new solutions with reserve, in their majority declaring that nurses should prescribe orders for medical devices and drugs previously prescribed by a physician (repeatable prescriptions). The patients' awareness of the new competence of nurses is inadequate.

Key words: prescription, medicinal product, nurse, patient, primary health care

© Hygeia Public Health 2016, 51(2): 161-170

www.h-ph.pl

Nadesłano: 08.01.2016

Zakwalifikowano do druku: 30.05.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. o zdr. Monika Binkowska-Bury
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Warzywna 1, 35-959 Rzeszów
tel. 17 872 11 11, e-mail: mbinkowskabury@gmail.com

Wprowadzenie

Analiza światowego piśmiennictwa wskazuje, że wiele krajów wprowadziło możliwość przepisywania produktów leczniczych przez osoby inne niż lekarz, celem podniesienia efektywności leczenia i zwiększenia dostępności do produktów leczniczych, zwłaszcza

w miejscach, gdzie dostęp do lekarzy jest znacznie utrudniony [1, 2].

W ciągu ostatnich dwudziestu lat liczba krajów, w których personel pielęgniarski jest uprawniony do przepisywania produktów leczniczych znacząco wzrosła [3]. Obecnie w wielu krajach (m.in. w Australii,

USA, Wielkiej Brytanii, Kanadzie, Irlandii) określone grupy pielęgniarskie mogą przepisywać określone rodzaje leków [4]. W krajach o dobrze rozwiniętym systemie edukacji stanowisk pielęgniarskich (m.in. USA, Kanada, Irlandia) istnieją możliwości zaawansowanego szkolenia i kształcenia akademickiego tej grupy zawodowej. Przykładowo wysoko wykształcona pielęgniarka (*nurse practitioner*), określana mianem „dyplomowanej pielęgniarki” (*registered nurse*), jest kształcona w celu pełnienia szerokiej klinicznej roli, której jednym z aspektów jest przepisywanie leków [5]. Wśród zalet poszerzenia możliwości przepisywania leków przez inne osoby z branży medycznej niż lekarze [1, 2], za najważniejsze uważa się poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym, na V spotkaniu regionalnego zespołu doradczego wschodnio-środkowomorskiego zgromadzenia pielęgniarek/pielęgniarzy WHO (Islamabad, Pakistan 2001) zalecono, aby w szczególności pielęgniarki pierwszego kontaktu były uprawnione i właściwie przygotowane do przepisywania leków [6]. Zalecenia WHO nie przełożyły się jednak na konkretne rozwiązania normatywne, bowiem wciąż w wielu krajach wspomniana grupa zawodowa nie posiada przedmiotowych uprawnień. Wprowadzenie możliwości przepisywania leków przez pielęgniarki/pielęgniarzy, wymaga zaawansowanej dyskusji i opracowania odpowiedniej strategii [7]. Każde państwo powinno zatem wykorzystywać międzynarodowe doświadczenia w poszerzaniu uprawnień pielęgniarek w celu uniknięcia lub zminimalizowania negatywnych efektów nowych regulacji.

Szeroko rozumiane dobro pacjenta i poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych, to główne powody, na które wskazuje się w uzasadnieniu Ustawy rozszerzającej kompetencje pielęgniarek i położnych w Polsce o możliwość ordynowania leków i przepisywania recept. Uprawnienia te – w myśl przyjętej w lipcu 2014 r. nowelizacji Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – środowiska pielęgniarskie nabyły w Polsce od 1 stycznia 2016 r. [8, 9]. Dokładny wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykaz wyrobów medycznych i wykaz badań diagnostycznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. [10]. Tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. [11].

Zgodnie z art. 15a ust. 1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [8], w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo

lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa po ukończeniu kursu specjalistycznego, mają prawo samodzielnie:

- ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty
- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty.

Omawiany artykuł w ust. 2 reguluje sytuację pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo [8].

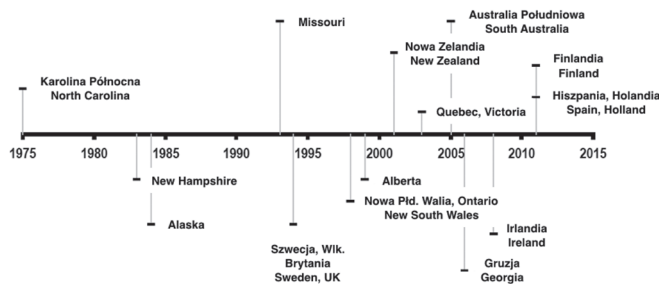
Ułatwienie pacjentom podejmowania leczenia lekami, które może zlecać pielęgniarka i położna, ma na celu ułatwienie kontynuacji leczenia bez konieczności oczekiwania na wizytę lekarską. Ustawa ma również na celu poprawę dostępności do innych świadczeń opieki zdrowotnej, np. uzyskanie skierowania na badania diagnostyczne i szybsze rozpoczęcie diagnostyki. Ma to uzasadnienie zwłaszcza w obszarach wiejskich oraz w miejscowościach oddalonych od poradni i ośrodków zdrowia.

Na przykładzie cukrzycy i chorób układu krążenia (łącznie) szacuje się, że rocznie udzielanych jest ok. 32 mln porad lekarskich w POZ, ok. 500 tys. porad udzielonych w domach pacjentów w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia oraz ponad 3 mln porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Można przypuszczać, że liczba recept wydanych dla tych pacjentów będzie zbliżona do wskazanej liczby porad. Należy szacować, że spora ilość tych recept mogłaby być wystawiona przez pielęgniarki i położne, co miałoby przełożenie na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów i odciążenie pracy lekarza [9].

Omawiane uprawnienia pielęgniarek w wielu krajach są zróżnicowane i są uzależnione m.in. od rodzaju systemu opieki zdrowotnej, rozmieszczenia populacji oraz statusu zawodowego pielęgniarek i położnych [12].

Z dostępnych danych wynika, że pierwszym krajem, w którym pielęgniarki zaczęły przepisywać recepty były Stany Zjednoczone (Karolina Północna, 1975 r.), zaś w kolejnych latach możemy obserwować ciągłą ewaluację wprowadzania tych uprawnień [12] (ryc. 1).

W Wielkiej Brytanii przyznanie uprawnień do wystawiania recept rozpoczęto od pielęgniarek i położnych środowiskowych, a następnie rozszerzono na inne grupy pielęgniarek i położnych. Z doświadczeń



Ryc. 1. Przepisywanie recept przez pielęgniarki na świecie na przestrzeni lat [za 4, 12, 14]

Fig. 1. Prescribing by nurses worldwide over the years [on 4, 12, 14]

innych państw (Irlandii, Danii, Hiszpanii, Szwecji, Holandii, Wielkiej Brytanii, USA, Australii, Kanady), które wcześniej rozszerzyły uprawnienia pielęgniarek i położnych odnośnie wystawiania recept wynika, że powyższe rozwiązania przyniosły wiele korzyści dla pacjentów oraz całego systemu opieki zdrowotnej [1, 2]. Pacjenci bardziej przestrzegają zaleceń terapeutycznych i mają ułatwione ponowne konsultacje z pielęgniarką.

Cel

Poznanie opinii pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na temat wypisywania recept przez pielęgniarki w aspekcie czynników socjodemograficznych.

Materiały i metody

Badania stanowią część projektu badawczego. Zostały przeprowadzone od stycznia do lipca 2015 r. w poradniach POZ zlokalizowanych na terenie całego woj. podkarpackiego. Z każdego z 25 powiatów województwa wybrano w sposób losowy ok. 20% poradni POZ funkcjonujących na ich terenie. W ten sposób do badania zakwalifikowano 72 poradnie.

Grupę świadczeniobiorców – 1378 dorosłych pacjentów stanowili mieszkańcy wpisani na listy aktywne badanych lekarzy i pielęgniarek. Dobór osób do badanej próby był celowy. Kryteria włączające dla populacji otwartej były następujące: świadczeniobiorcy korzystający ze świadczeń POZ wpisani na listę aktywną do lekarza POZ wylosowani spośród wszystkich powiatów tego obszaru, osoby w wieku powyżej 18 lat, mieszkańcy terenów woj. podkarpackiego (Polski południowo-wschodniej). Z kolei kryteria wykluczające to: pacjenci nie wpisani na listy aktywne lekarza, osoby poniżej 18 r.ż., mieszkańcy innych województw.

Zapewniono proporcjonalną reprezentację populacji otwartej pacjentów południowo-wschodniego obszaru Polski, charakteryzującego się niską liczbą lekarzy, pielęgniarek POZ (z danych uzyskanych z Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego wg stanu

na grudzień 2013 r. wynika, że liczba lekarzy POZ wynosiła 637, pielęgniarek środowiskowych 1812) i dużymi odległościami w dotarciach do ww. podmiotów. Warto wspomnieć, że obszar woj. podkarpackiego (regionu Podkarpacie) na dzień 31 grudnia 2013 r. zamieszkiwało 2 097 338 osób (dane GUS). Grupa badana licząca 1378 osób była na tyle duża, że miała niewielki wpływ na błąd szacunku.

Uczestnictwo w badaniu było całkowicie dobrowolne i anonimowe. Badani zostali poinformowani o badaniu ustnie, a następnie dostali pisemne informacje na temat jego celu i dobrowolnego charakteru. Badanych zapewniono, że ich udział lub odmowa w badaniu nie będzie wpływała na ich dalszą opiekę w podmiocie leczniczym POZ. W celu poufności danych, kwestionariusze zostały oznaczone numerem i w zamkniętych kopertach przekazane były badanym. Poprawnie wypełnione ankiety stanowiły zgodę na udział w badaniu.

Materiał badawczy pozyskano drogą ankietowania, metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz wywiadu, przygotowany na podstawie analizy literatury przedmiotu i opracowany w oparciu o pięciostopniową skalę Likerta [13].

Celem ankiety składającej się z 12 pytań zamkniętych było poznanie poglądów respondentów na temat:

- przygotowania pielęgniarek do podjęcia nowych uprawnień,
- rodzaju leków na które pielęgniarki mogłyby wypisywać recepty,
- bezpieczeństwa, nadzoru i spodziewanych efektów wprowadzonych zmian.

Przeprowadzone zostało badanie pilotażowe na niewielkiej grupie respondentów (80 pacjentów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), w celu oceny zrozumiałości kwestionariusza ankiety. Respondenci nie zgłaszali problemów ze zrozumieniem treści poszczególnych pytań zawartych w kwestionariuszu. Wyniki badania wstępnego skłoniły do poszerzenia badań na większej liczbie pacjentów.

Wyniki analizy badań własnych wybranych czynników na opinie ankietowanych pacjentów, przedstawiono w zbiorczej tabeli wartości średnich poziomów akceptacji poszczególnych stwierdzeń w porównywanych grupach. Oceny istotności różnic pomiędzy grupami dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Analizę przeprowadzono z uwzględnieniem wybranych czynników socjodemograficznych (płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy, miejsca pracy). Przyjęto następujące reguły: $p < 0,05$ (statystycznie istotna zależność; oznaczano za pomocą *); $p < 0,01$ (wysoko istotna zależność; oznaczano za pomocą **); $p < 0,001$ (bardzo wysoko istotna statystycznie zależność; oznaczano za pomocą ***). Dane opracowano przy pomocy pakietu statystycznego Statistica 11,0.

Przeprowadzenie badań było finansowane zgodnie z Zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego Nr 3/2010 z działalności statutowej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Badanie przeprowadzono w ramach projektu „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych” realizowanego przez Uniwersytet Rzeszowski w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2013, nr umowy UDA-RPPK.01.03.00-18-004/12-00.

Wyniki

Wśród badanej populacji osób korzystających ze świadczeń POZ (1378 osób) większość stanowiły kobiety (69,7%). Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 30-49 lat (35,3%), 18-29 lat (32,7%), 50-64 lata (24,2%) i ≥ 65 lat (7,8%). Większość badanych pochodziła ze środowiska wiejskiego (61,7%). Największa grupa badanych miała wykształcenie średnie (37,0%), wyższe II° (24,4%), wyższe I° (19,7%), zawodowe (14,4%) i podstawowe (4,5%). Ponad połowa badanych, to osoby czynne zawodowo (59,9%), uczniowie lub studenci niepracujący (20,7%), emeryci niepracujący (7,0%) i pracujący (2,4%), bezrobotni (5,9%) i renciści (4,1%).

Celem przedstawienia zakresu pracy pielęgniarek POZ, badanym zadano pytania, dotyczące najczęstszych powodów korzystania ze świadczeń pielęgniarskich w POZ.

Analiza wykazała, że najczęstszymi powodami spośród 19 zaproponowanych możliwości, dla których pacjenci zgłaszają się do pielęgniarki były kolejno: wykonanie iniekcji (72,1%), wykonanie pomiaru ciśnienia i tętna (67,8%), wykonanie opatrunku (60,5%), zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne (58,8%), pobranie materiału do badań laboratoryjnych (58,6%), podanie szczepionki (51,6%), wykonanie EKG (48,7%).

Dane dotyczące bezpośrednio tematyki pracy wykazały, że na pytanie dotyczące przygotowania pielęgniarek do podjęcia nowych zadań 38,5% osób uznało, że pielęgniarki w Polsce nie są dostatecznie przygotowane do tego, aby podjąć nowe odpowiedzialne uprawnienia. Pozytywnie w tym zakresie wypowiedziało się 26,9% świadczeniobiorców POZ, a 34,6% osób nie potrafiło jednoznacznie udzielić odpowiedzi.

Dalsza analiza wyników ankiety pokazała, że pacjenci identyfikują posiadanie odpowiedniego wykształcenia przez pielęgniarki w aspekcie realizacji nowych uprawnień. Pacjenci najliczniej (46,5%) stwierdzali, że do ordynowania i przepisywania recept konieczne jest wykształcenie wyższe i posiadanie specjalizacji; 24,9% respondentów wskazywało tylko na konieczność posiadania wykształcenia wyższego, a 14,9% tylko na posiadanie specjalizacji; 7,8% było

zdania, że studia I stopnia (licencjackie) w zupełności wystarczą, a 5,9% twierdziło, że pielęgniarka z wykształceniem średnim poradzi sobie również z wykonywaniem nowych uprawnień.

Respondentów zapytano również o powody, które zgodnie z uzasadnieniem ustawowym przemawiały za wprowadzeniem możliwości przepisywania recept przez pielęgniarki. Większość badanych (55,7%) uważała, że wypisywanie recept przez pielęgniarki zmniejszy kolejki do lekarzy, 32,5% było odmiennego zdania, pozostali badani (11,8%) nie potrafili wypowiedzieć się na ten temat.

Analizując odpowiedzi na pytanie: czy pielęgniarki powinny posiadać prawo do ordynowania wszystkich leków, zauważa się dużą zgodność w odpowiedziach: zdecydowana większość (69,9%) twierdziła, że „nie”, na „tak” odpowiedziało tylko 15,8%; 14,3% respondentów nie potrafiło się jednoznacznie określić.

Kolejne zagadnienia poddane analizie stanowiły ocenę przeprowadzenia badania fizykalnego przez pielęgniarki, bezpieczeństwa i wiarygodności dawkowania leków, wiarygodności udzielania informacji pacjentom o działaniach niepożądanych zleconych leków. Zauważa się dużą rozbieżność opinii na temat prawidłowego przeprowadzenia badania fizykalnego: prawie co drugi respondent (48,6% odpowiedzi na „tak” i „raczej tak”) uważał, że pielęgniarki są w stanie sprostać nowym zadaniom i wykonać je poprawnie; co trzeci respondent (32,2%) był odmiennego zdania, a 19,2% nie potrafiło wypowiedzieć się w tej kwestii.

Ponad połowa (53,0%) ankietowanych była zdania, że pielęgniarki potrafią umiejętnie dawkować leki, a nieco niższy odsetek (47,5%) uważał, że wypisywanie recept przez pielęgniarki będzie bezpieczne. Odmiennego zdania było 29,9% spośród badanych, w których pielęgniarki nie poradzą sobie z dawkowaniem leków, zaś niewiele mniej (28,4%) uznało ordynowanie leków przez pielęgniarki za niebezpieczne dla pacjenta. Pozostałe osoby (odpowiednio 17,1 i 24,1%) nie potrafiły wyrazić swojej opinii na ten temat. Respondenci byli zdania, że pacjenci winni być informowani o działaniu niepożądanym leków (78,3%); 13,4% badanych była przeciwna, a 8,3% nie wyraziło swojej opinii.

W kwestionariuszu zostały umieszczone pytania o możliwość wystawiania recept bez kontaktu z pacjentem (w przypadku chorób przewlekłych) i wypisywania recept za pośrednictwem technik mobilnych. Większość badanych (56,1%) była przeciwna wystawianiu recept bez kontaktu z pacjentem, jak również nie było akceptacji odnośnie przepisywania leków za pośrednictwem Internetu (56,3%). Konsekwencje tych odpowiedzi mają swoje odzwierciedlenie w odpowiedziach na pytania o rodzaj preferencji odnośnie zlecenia i przepisywania leków. Zdecydowana większość

wskazywała na wyroby medyczne (65,4%), następnie na leki zlecone wcześniej przez lekarza (61,8%) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (49,4%). Jednak duża grupa respondentów (17,3%) wyrażała wolę, aby pielęgniarki mogły zalecać i przepisywać insulinę (lek silnie działający).

Z badań dotyczących opinii respondentów na temat sprawowania nadzoru nad wypisywaniem recept przez pielęgniarki wynika, że ponad połowa (69,6%) ankietowanych jako organ nadzorujący wskazała lekarza, kolejna grupa badanych porównywalnie (po 27,4%) uważała, że organem nadzorującym powinien być Narodowy Fundusz Zdrowia lub Izba Pielęgniarek i Położnych.

W kolejnej części przedstawiono wyniki analizy pokazującej zależność pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a stanowiskiem pacjentów POZ w zakresie omawianej tematyki. Analizowano odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki, na które odpowiedzi były udzielane wg skali: 1 – nie, 2 – raczej nie, 3 – wahanie, 4 – raczej tak, 5 – tak. Dzięki temu wyniki można było przedstawić w zbiorczej tabeli wartości średnich poziomów akceptacji poszczególnych stwierdzeń w porównywanych grupach. Oceny istotności różnic pomiędzy grupami dokonywano za pomocą testu U Manna-Whitneya.

Analiza danych wykazała, że ankietowani mężczyźni w większym stopniu aprobowali większość stwierdzeń dotyczących wypisywania recept przez pielęgniarki (7 z 8). Wykazywali wyższe wymagania niż kobiety odnośnie wykształcenia i doświadczenia pielęgniarek ($p=0,000$), umiejętności w zakresie dawkowania leków ($p=0,003$), natomiast prezentowali bardziej przychylne stanowisko wobec rozwiązania, w którym pielęgniarki mogłyby ordynować wszystkie leki ($p=0,014$) (tab. I).

Wiek pacjentów różnicuje w pewnym stopniu odpowiedzi. Osoby w starszym wieku sceptycznie oceniały kwestię wypisywania recept przez pielęgniarki – w przypadku dwóch stwierdzeń różnica pomiędzy grupami wiekowymi była istotna statystycznie, dotyczyła zwiększenia dostępności do opieki i zmniejszenia kolejek do lekarzy ($p=0,004$) oraz umiejętności dokonywania pomiarów fizykalnych ($p=0,000$) (tab. II).

Zaobserwowano zdecydowane różnice pomiędzy odpowiedziami mieszkańców miast i wsi w siedmiu kategoriach; w każdej z tych kategorii (za wyjątkiem prawa do ordynowania wszystkich leków) istotnie statystycznie zaobserwowano większą aprobatę dla zwiększenia kompetencji pielęgniarek wśród mieszkańców wsi (tab. III).

Wykształcenie respondentów bardzo wyraźnie różnicuje opinie na temat wypisywania recept przez pielęgniarki. Respondenci z wyższym wykształceniem (szczególnie posiadający ukończone studia II^o) byli bardziej pozytywnie nastawieni do zwiększenia kompetencji pielęgniarek. Jednakże nie popierali możliwości ordynowania wszystkich leków (tab. IV).

Status zawodowy respondentów różnicował opinie w dwóch kwestiach: zwiększenia dostępności do opieki i zmniejszenia kolejek do lekarzy ($p=0,034$) oraz wiarygodności dokonywanych pomiarów fizykalnych ($p=0,000$). Osoby przebywające na emeryturze bardziej sceptycznie podchodziły do kwestii nowych uprawnień pielęgniarek (tab. V).

Dyskusja

W wielu państwach proces ordynacji leków i wypisywania recept przez pielęgniarki/pielęgniarzy jest bardzo dynamiczny, podlegający licznym zmianom. Zauważalny jest wzrost liczby państw, w których wprowadza się recepty pielęgniarskie. Istnieje duże zróżnicowanie w zakresie, stopniu oraz w tempie

Tabela I. Opinie dotyczące rozszerzenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynacji leków, wypisywania recept – wg płci
Table I. Respondents' opinions on prescribing medications by nurses – by gender

Stwierdzenia dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki /Statements on prescribing medications by nurses	Średni poziom akceptacji stwierdzenia /Average level of statement acceptance		p
	kobiety /females	mężczyźni /males	
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy /Greater access to healthcare system and decreased time of awaiting medical care	3,30	3,34	0,547
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie) /Preparation of nurses (education and job experience)	2,68	2,98	0,000***
Prawo do ordynowania wszystkich leków /Competence to prescribe all medications	1,91	2,10	0,014*
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych /Ability of physical measurements	3,26	3,37	0,257
Umiejętności w zakresie dawkowania leków /Ability of medication dosage	3,33	3,62	0,003**
Informowanie o działaniach niepożądanych leku /Informing about side effects of the medications	4,26	4,31	0,589
Bezpieczeństwo ordynacji leków /Safety of medication prescription	3,29	3,37	0,330
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem /Prescribing medications without any contact with patients	2,52	2,48	0,660

Tabela II. Opinie dotyczące rozszerzenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynacji leków, wypisywania recept – wg wieku respondentów
Table II. Respondents' opinions on prescribing medications by nurses – by age

Stwierdzenia dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki /Statements on prescribing medications by nurses	Średni poziom akceptacji stwierdzenia /Average level of statement acceptance				p
	18-29 lat /years	30-49 lat /years	50-64 lat /years	>65 lat /years	
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy /Greater access to healthcare system and decreased time of awaiting medical care	3,51	3,28	3,18	3,02	0,004**
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie) /Preparation of nurses (education and job experience)	2,87	2,78	2,60	2,78	0,091
Prawo do ordynowania wszystkich leków /Competence to prescribe all medications	2,00	2,01	1,84	2,04	0,259
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych /Ability of physical measurements	3,59	3,23	3,08	3,03	0,000***
Umiejętności w zakresie dawkowania leków /Ability of medication dosage	3,54	3,38	3,38	3,19	0,218
Informowanie o działaniach niepożądanych leku /Informing about side effects of the medications	4,41	4,20	4,17	4,35	0,104
Bezpieczeństwo ordynacji leków /Safety of medication prescription	3,46	3,30	3,14	3,22	0,074
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem /Prescribing medications without any contact with patients	2,41	2,56	2,62	2,33	0,342

Tabela III. Opinie dotyczące rozszerzenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynacji leków, wypisywania recept – wg miejsca zamieszkania respondentów
Table III. Respondents' opinions on prescribing medications by nurses – by place of residence

Stwierdzenia dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki /Statements on prescribing medications by nurses	Średni poziom akceptacji stwierdzenia /Average level of statement acceptance		p
	miasto /town	wieś /village	
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy /Greater access to healthcare system and decreased time of awaiting medical care	3,13	3,42	0,000***
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie) /Preparation of nurses (education and job experience)	2,62	2,86	0,003**
Prawo do ordynowania wszystkich leków /Competence to prescribe all medications	1,91	2,00	0,590
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych /Ability of physical measurements	3,14	3,39	0,011*
Umiejętności w zakresie dawkowania leków /Ability of medication dosage	3,21	3,54	0,000***
Informowanie o działaniach niepożądanych leku /Informing about side effects of the medications	4,18	4,33	0,033*
Bezpieczeństwo ordynacji leków /Safety of medication prescription	3,19	3,39	0,034*
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem /Prescribing medications without any contact with patients	2,38	2,59	0,041*

Tabela IV. Opinie dotyczące rozszerzenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynacji leków, wypisywania recept – wg wykształcenia respondentów
Table IV. Respondents' opinions on prescribing medications by nurses – by education

Stwierdzenia dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki /Statements on prescribing medications by nurses	Średni poziom akceptacji stwierdzenia /Average level of statement acceptance					p
	podstawowe /primary education	zawodowe /vocational education	średnie /secondary education	wyższe (studia I°) /education with bachelor's degree	wyższe (studia II°) /education with master's degree	
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy /Greater access to healthcare system and decreased time of awaiting medical care	3,06	3,45	3,36	3,07	3,40	0,005***
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie) /Preparation of nurses (education and job experience)	2,69	2,98	2,75	2,65	2,79	0,214
Prawo do ordynowania wszystkich leków /Competence to prescribe all medications	2,61	2,43	1,91	1,78	1,80	0,000***
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych /Ability of physical measurements	2,94	3,50	3,24	3,36	3,27	0,127
Umiejętności w zakresie dawkowania leków /Ability of medication dosage	3,34	3,66	3,36	3,49	3,30	0,128
Informowanie o działaniach niepożądanych leku /Informing about side effects of the medications	4,10	4,33	4,21	4,22	4,40	0,173
Bezpieczeństwo ordynacji leków /Safety of medication prescription	3,19	3,46	3,16	3,39	3,42	0,074
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem /Prescribing medications without any contact with patients	2,84	2,88	2,38	2,24	2,64	0,000***

Tabela V. Opinie dotyczące rozszerzenia kompetencji pielęgniarek o możliwość ordynacji leków, wypisywania recept – wg statusu zawodowego respondentów
Table V. Respondents' opinions on prescribing medications by nurses – by professional status

Stwierdzenia dotyczące możliwości ordynacji leków, wypisywania recept przez pielęgniarki /Statements on prescribing medications by nurses	Średni poziom akceptacji stwierdzenia /Average level of statement acceptance						p
	uczący się /student	czynny zawodowo /professionally active	emeryt niepracujący /retired-not working	emeryt pracujący /retired-working	rencista /pensioner	bezrobotny /unemployed	
Zwiększenie dostępności do opieki i zmniejszenie kolejek do lekarzy /Greater access to healthcare system and decreased time of awaiting medical care	3,55	3,30	3,10	2,91	3,12	3,20	0,034*
Przygotowanie pielęgniarek (wykształcenie i doświadczenie) /Preparation of nurses (education and job experience)	2,80	2,76	2,69	2,64	2,81	2,80	0,977
Prawo do ordynowania wszystkich leków /Competence to prescribe all medications	1,95	1,91	1,97	2,21	2,12	2,36	0,177
Umiejętność prowadzenia pomiarów fizykalnych /Ability of physical measurements	3,53	3,23	3,03	2,64	3,28	3,74	0,000***
Umiejętności w zakresie dawkowania leków /Ability of medication dosage	3,54	3,39	3,45	3,03	3,11	3,59	0,202
Informowanie o działaniach niepożądanych leku /Informing about side effects of the medications	4,43	4,22	4,17	3,94	4,65	4,22	0,088
Bezpieczeństwo ordynacji leków /Safety of medication prescription	3,43	3,31	3,17	2,94	3,11	3,38	0,405
Wystawianie recept bez kontaktu z pacjentem /Prescribing medications without any contact with patients	2,45	2,50	2,54	2,18	3,05	2,42	0,154

rozwoju uprawnień przepisywania leków przez pielęgniarki, które związane jest z rodzajem systemu opieki zdrowotnej, rozmieszczeniem populacji oraz prestiżem zawodu pielęgniarki i położnej w danym kraju [12, 14, 15].

Korzyści wynikające z przepisywania leków na świecie przez pielęgniarki przeanalizował w ośmiu badaniach Darvishpour i wsp. [2]. Wśród korzyści dla pacjentów najczęściej wymieniano: wygodę, łatwiejszy dostęp do leków i opieki, otrzymanie lepszej opieki, promocję zdrowia, możliwość wcześniejszego rozpoczęcia leczenia, skrócenie czasu oczekiwania na przepisywanie powtórnych recept, bezpieczeństwo, satysfakcję z opieki, poprawę w kwestii przestrzegania leczenia, powstrzymanie nawrotów choroby, bliskość pacjenta i opiekuna medycznego (pielęgniarki) w aspekcie lokalizacji, uzmysłowienie sobie troski pielęgniarek oraz mniejszą liczbę koniecznych wyjazdów pielęgniarek [2, 16].

Zagadnienie możliwości przepisywania recept przez pielęgniarki to z pewnością novum w debacie nad poprawieniem jakości i nowymi wyzwaniem systemu ochrony zdrowia. Problematyka ta coraz częściej jest przedmiotem dyskusji, nie tylko w kręgach medycznych i wśród pacjentów, ale również w mediach i na konferencjach naukowych. Możliwość wypisywania recept przez pielęgniarki i położne od 1 stycznia 2016 r., jest powodem prowadzenia badań i chęci poznawania opinii różnych grup w tym zakresie. Opinia pacjentów wydaje się być kluczowa, gdyż to właśnie oni, jako świadczeniobiorcy będą otrzymywali recepty lub skierowania na badania diagnostyczne od pielęgniarek i położnych.

W prezentowanej pracy pragniemy przedstawić wyniki prowadzonych badań i zweryfikować je analizując literaturę światową dotyczącą przedmiotowej problematyki [2, 3, 16].

Wśród badanej populacji osób korzystających ze świadczeń POZ większość stanowiły kobiety, osoby w wieku 18-29 i 30-49 lat, ze środowiska wiejskiego oraz osoby czynne zawodowo w dużym stopniu z wykształceniem średnim lub wyższym. Analizując wyniki badań, można zauważyć dużą niepewność i ostrożność pacjentów w wyrażaniu swoich opinii na postawione pytania. Ankietowani uważali, że pielęgniarki w Polsce nie są wystarczająco przygotowane do pełnienia tak odpowiedzialnych zadań. Zaledwie co czwarty spośród udzielających odpowiedzi aprobował nowe rozwiązania; stawiając jednak wysokie wymagania pielęgniarkom w zakresie wykształcenia, bowiem prawie połowa (46,5%) respondentów wskazywała na konieczność posiadania wyższego wykształcenia i specjalizacji, aby móc pełnić tak odpowiedzialne zadanie. Ministerstwo przewiduje możliwość uzupełnienia wiedzy na kursach specjalistycznych w ramach kształcenia podyplomowego. Ukończenie kursu i uzyskanie certyfikatu, będzie warunkiem niezbędnym do uzyskania kwalifikacji w zakresie przepisywania recept [9]. Wyniki naszych badań są zbliżone do wymagań i obaw pacjentów przedstawionych w piśmiennictwie [12, 17].

Przygotowanie do wypisywania recept występujące w większości państw zachodniej Europy i innych krajach anglojęzycznych, odbywa się poprzez regularne programy nauczania, najczęściej na poziomie

studiów magisterskich. W niektórych krajach, np. Irlandii i Wielkiej Brytanii, pielęgniarki zdobywają kwalifikacje również na samodzielnych kursach na poziomie licencyjnym [12, 17, 18].

Większość naszych respondentów (55,7%) uważała, że nowa ustawa poprawi dostępność i wpłynie na skrócenie kolejek do lekarza. Światowi badacze, m.in. ze Szwecji, Wielkiej Brytanii, Australii, USA, Nowej Zelandii, Irlandii, RPA, przedstawiają korzyści wynikające z przepisywania leków przez pielęgniarki. Wskazują na poprawę jakości i dostępności usług dla pacjentów, efektowniejsze gospodarowanie zasobami i lepsze standardy praktykowania zawodu pielęgniarki [3, 11, 16].

Z naszych badań wynika, że pacjenci nie są przychylni nadaniu uprawnień pielęgniarkom w zakresie przepisywania wszystkich preparatów, ale w większości popierali kompetencje dotyczące zgody na wyroby medyczne i leki wcześniej zlecone przez lekarza. W dużym stopniu wskazywali również na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia (49,4%). Jednak dość duża grupa wymieniała insulinę jako lek, który powinien znaleźć się w kompetencji pielęgniarek (17,3%), co wydaje się być zrozumiałe ze względu na przewlekły charakter choroby i z tym związane częste wizyty w gabinecie lekarskim. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia wykaz leków, które mogą być wypisywane przez pielęgniarki nie zawiera insuliny, a jedynie paski do glukometrów, igły i strzykawki dla pacjentów z cukrzycą [9, 10]. W Holandii pielęgniarki przepisują leki w zakresie ograniczonym do obszaru ich specjalizacji i kompetencji, jednak zmiany demograficzne (duża ilość osób starszych) i duża liczba chorych na cukrzycę spowodowała, że pielęgniarki odgrywają dużą rolę w opiece i przepisywaniu leków dla tych pacjentów [3].

W Wielkiej Brytanii zakres leków do przepisywania których pielęgniarki są uprawnione, zależy od kategorii posiadanych uprawnień. Pielęgniarki środowiskowe i rejonowe posiadają szczegółową listę leków, jakie mogą zostać przepisane. Pielęgniarki z uprawnieniami uzupełniającymi mogą przepisywać wszystkie dopuszczone leki z pełnego Brytyjskiego Receptariusza Narodowego, zawarte w planie leczenia pacjenta zatwierdzonym przez lekarza, z uwzględnieniem wybranych leków psychotropowych. Jedynie pielęgniarki z niezależnymi uprawnieniami mogą przepisywać wszystkie leki z pełnego Brytyjskiego Receptariusza Narodowego we wszystkich wskazaniach terapeutycznych ze swojego obszaru kompetencji z uwzględnieniem leków psychotropowych w ściśle określonych wskazaniach [12, 19]. W Polsce zgodnie z Ustawą określono 16 grup leków, które mogą zlecać pielęgniarki: przeciwwymiotne, przeciwważące do stosowania miejscowego i ginekologiczne, leki sto-

sowane w niedokrwistości, leki przeciwważące do stosowania w chorobach gardła, ucha i zatok, dróg moczowych, chorób przyzębia i tkanki okostnej, w chorobach skóry, środki znieczulające miejscowo, przeciwbólowe, anksjolityki, przeciwpasożytnicze, rozszerzające oskrzela, witaminy i płyny infuzyjne [10]. Należy zauważyć, że jest to niewielka liczba w porównaniu do innych państw. W Irlandii rejestrowane pielęgniarki posiadają uprawnienia do przepisywania leków oraz wybranych środków psychotropowych i odurzających, związanych z wykonywaną pracą, a lista leków musi być zatwierdzona przez ich pracodawcę, zaś pacjenci muszą być objęci również opieką lekarza [20-22]. Pielęgniarki praktyki w USA mają uprawnienia w pełni autonomiczne, obejmujące również leki odurzające i psychotropowe. Zestaw uprawnień jest różny w poszczególnych stanach, a najczęściej recept wypisują pielęgniarki pracujące w służbach ratunkowych i pielęgniarki rodzinne [22].

Dla przykładu w krajach z niewielkim dofinansowaniem służby zdrowia i w obliczu szybko rozprzestrzeniających się chorób (szczególnie HIV/AIDS), w biednych krajach Afryki, pielęgniarki odgrywają ważną rolę w przepisywaniu leków antyretrowirusowych [23, 24]. W RPA pielęgniarki POZ posiadają uprawnienia do wypisywania leków wyszczególnionych na tzw. Liście Leków Podstawowych, z ograniczeniem do trzech pozycji na jednej recepcie. Lista leków jest aktualizowana co dwa lata. Jeżeli pacjent wymaga zastosowania leków innych niż w wykazie, jest kierowany do lekarza [12].

Pacjenci zdecydowanie wykazywali chęć bycia informowanymi o działaniach niepożądanych leków. Zapytani – wyrażali sprzeciw wystawianiu recept bez kontaktu z pacjentem i receptom wystawianym przez Internet. Z ich opinii możemy wnioskować, że sprawowanie kontroli nad receptami wystawionymi przez pielęgniarki powinni sprawować lekarze. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że taka postawa klientów ma charakter powszechny we wszystkich badanych krajach [2, 12]. Jedynie silna polityka państwa, wspierająca akademickie programy nauczania i kształcenie podyplomowe, wsparcie pielęgniarek menedżerów oraz pomoc ze strony lekarzy, zwiększy świadomość opinii publicznej na temat nowych uprawnień pielęgniarek i przekona pacjentów POZ. Warto wspomnieć, że w Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii i Szwecji pielęgniarki spełniające wymagane kryteria są rejestrowane na szczeblu krajowym, z kolei w USA, Australii i Kanadzie są rejestrowane na szczeblu poszczególnych stanów lub prowincji [12, 20].

Zależności pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a stanowiskiem pacjentów POZ w zakresie omawianej tematyki pokazuje, że osoby starsze i emeryci niechętnie odnoszą się do recept

przepisanych przez pielęgniarki. Większą aprobatę wykazywali mieszkańcy wsi, co wydaje się być zrozumiałe w związku z koniecznością poświęcenia większej ilości czasu i wyższe koszty dojazdu do najbliższego zakładu ochrony zdrowia. Jeżeli przypatrzemy się wykształceniu respondentów, to oczywistym jest, że osoby z wyższym wykształceniem akceptują nowe zadania pielęgniarek popierając je.

Z doświadczeń europejskich wynika, że powyższe rozwiązania przynoszą korzyści dla pacjentów oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Wskazuje się na profesjonalne przygotowanie pielęgniarek, dobre efekty kontaktu z pacjentem, co w rezultacie przynosi pozytywne skutki ekonomiczne, satysfakcję pacjentów i oszczędność czasu. Powyższe zmiany wpływają na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami ochrony zdrowia oraz wydajność poszczególnych członków zespołu terapeutycznego.

Ze względu na innowacyjność wprowadzonych zmian, ewaluacja efektów będzie możliwa do oceny dopiero po upływie pewnego okresu czasu, np. 1-2 lat. Kryterium oceny będzie liczba wystawianych recept pielęgniarskich, liczba porad zakończonych skierowaniem na badania diagnostyczne oraz poziom zadowolenia pacjentów.

Przytoczone wyniki badań wskazują na potrzebę ciągłego monitorowania wprowadzonych uprawnień, ich efektywności, zaangażowania pielęgniarek do podjęcia nowych kompetencji oraz poziomu zadowolenia pacjentów z wprowadzonych zmian. Przykłady światowych rozwiązań stanowią poważny argument w ciągle toczącej się dyskusji w naszym kraju nad zaufaniem, jakim Ministerstwo Zdrowia obdarzyło

pielęgniarki, przygotowując rozwiązania prawne poszerzające ich uprawnienia.

Wnioski

1. Pacjenci POZ do nowych rozwiązań podchodzą z rezerwą, deklarują w większości, że pielęgniarki powinny mieć uprawnienia do wypisywania zleceń na wyroby medyczne i leki wcześniej zlecone przez lekarza (powtórne recepty).
2. Zwiększenie kompetencji pielęgniarek jest pozytywnie oceniane wśród mężczyzn, osób młodszych, z wyższym wykształceniem, uczących się oraz wśród mieszkańców wsi.
3. Świadomość opinii publicznej na temat nowych uprawnień nadanych ustawowo pielęgniarkom oraz ich przygotowania do profesjonalnego ordynowania leków i wypisywania recept jest niewielka.
4. Należy zwiększyć świadomość populacji otwartej na temat nowych uprawnień pielęgniarskich, dotyczących ordynowania leków i wypisywania recept.

Autorzy chcieliby podziękować wszystkim kierownikom podmiotów leczniczych POZ, którzy wyrazili zgodę na realizację badań, w szczególności dr Mariuszowi Małeckiemu – Prezesowi Porozumienia Zielonogórskiego na Podkarpaciu, mgr piel. Małgorzacie Łyszczek – Pielęgniarkie Koordynującej NZOZ Sokrates z siedzibą w Rzeszowie, mgr piel. Kindze Harpuli – Naczelnaj Pielęgniarkie SPZOZ Nr 2 w Rzeszowie – za wsparcie i pomoc logistyczną w zbieraniu materiału badawczego oraz wszystkim pacjentom biorącym udział w badaniu.

Piśmiennictwo / References

1. Carey N, Stenner K. Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nurs Times* 2011, 107(26): 14-16.
2. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Med J Islam Repub Iran* 2014, (28)77: 2-12.
3. Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *Inter J Nurs Stud* 2012, 49: 1002-1012.
4. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers* 2010, 54 (online).
5. Gleeson P. New horizons for nurses. *WIN* 2008, 16(10): 48-49.
6. Report on the fifth meeting of the regional advisory panel of nursing and consultation on advanced practice nursing and nurse prescribing: implications for regulation, nursing education and practice in the Eastern Mediterranean. Islamabad, Pakistan 24-26 June 2001. http://applications.emro.who.int/docs/who_em_nur_348_3_1_en.pdf (10.12.2015).
7. Barrowman LM. Review of the Implementation of the Nurse Prescribing Role. http://www.nipec.hscni.net/download/projects/previous_work/provide_adviceguidanceinformation/nurseprescribing/publications/NursePrescribingFinalRpt.pdf (03.12.2015).
8. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. *Dz.U.* z 2014 r., poz. 1136.
9. Sobolewski P. Opinia prawna w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy 2504) z dnia 07.07.2014 r. [http://orka.sejm.gov.pl/RexDomk7.nsf/0/7E7F5235BBB3684EC1257D01004185A7/\\$file/i1487%20-%202014.rtf](http://orka.sejm.gov.pl/RexDomk7.nsf/0/7E7F5235BBB3684EC1257D01004185A7/$file/i1487%20-%202014.rtf) (13.10.2015).

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych. Dz.U. z 2015 r., poz. 1739.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne. Dz.U. z 2015 r., poz. 1971.
12. Ball J. Implementing Nurse Prescribing. An updated Review of Current Practice Internationally, ICN 2009. http://www.ptp.na1.pl/pliki/nurse_prescribing/Nurse%20prescribing_PL%2002.01.2012.pdf (13.10.2015).
13. <http://marketing.umcs.lublin.pl/rmacik/MBR702.pdf> (13.10.2015).
14. Kroezen M. Nurse prescribing. A study on task on substitution and professional jurisdictions. Academisch proefschrift. Utrecht, Netherlands 2014. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Marieke-Kroezen-2014.pdf> (13.10.2015).
15. Carryer J, Gardner G, Dunn S, Gardner A. The capability of nurse practitioners may be diminished by controlling protocols. *Aust Health Rev* 2007, 31(1): 108-115.
16. van Ruth L, Mistiaen P, Francke A. Effects of nurse prescribing of medication: a systematic review. *Internet J Healthc Adm* 2007, 5(2): 1-31.
17. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, et al. The effects of nurse prescribing: A systematic review. *Int J of Nurs Stud* 2014, 51: 1048-1061.
18. Banning M. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review of the literature. *Nurs Educ Today* 2004, 24: 420-427.
19. Wilhelmsson S, Foldevi M. Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus group study in primary health care. *J Clin Nurs* 2003, 12: 643-650.
20. Courtenay M. Prescribing 2007. *J Community Nurs* 2007, 21(7): 11-13.
21. An Bord Altranais. The Introduction of Nurse and Midwife Prescribing in Ireland: An Overview. Department of Health & Children, Health Service Executive, National Council for the Professional Development of Nursing & Midwifery 2007. <http://www.nursingboard.ie/GetAttachment.aspx?id=f094a1ad-6da4-421b-bbbf-e18d350fe2b7> (13.10.2015).
22. International experiences of nurse prescribing. [in:] Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medicinal Products. Final Report, June 2005: 9-23. https://www.pna.ie/images/ncnm/Prescrib_Full_Report_2005.pdf (01.10.2015).
23. Goolsby MJ. 2004 AANP National Nurse Practitioner Sample Survey. Part II: Nurse practitioner prescribing. *J Am Acad Nurse Pract* 2005, 17(12): 506-511.
24. Mullan F, Frehywot S. Non – physician clinicians in 47 sub – Saharan African countries. *Lancet* 2007, 370(9605): 2158-2163.