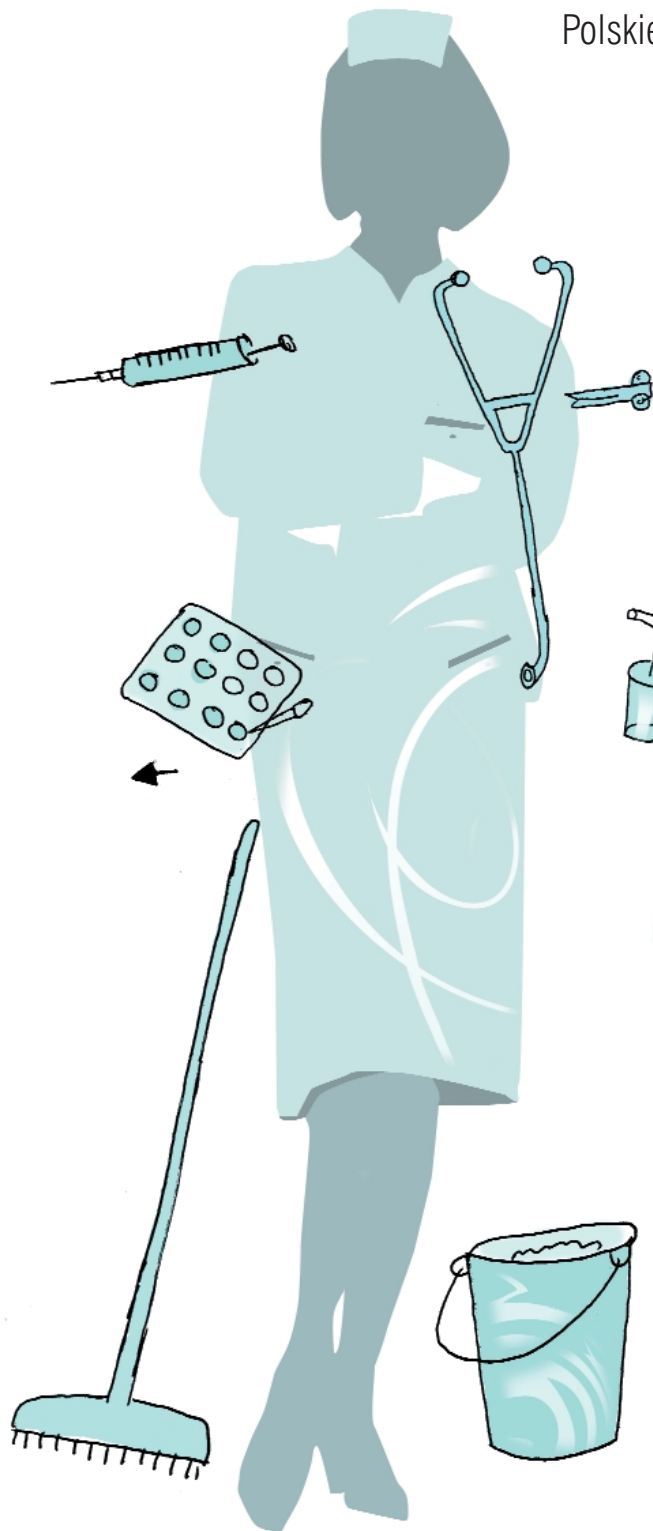


Polskie pielęgniarki pracują na trzech etatach – lekarzy, salowych i swoich własnych



Pielęgniarka **orkiestra**

Wojciech Kapała, Małgorzata Sawicka

Członkowie zespołów pielęgniarskich, w zależności od miejsca pracy, działają w większej lub mniejszej zależności od lekarzy. Tymczasem w codziennej praktyce pielęgniarki spotykają się często z przymusem wykonywania prac i z koniecznością podejmowania decyzji niezgodnych z ich wykształceniem. Jak pokazały badania, polskie pielęgniarki pobierają gazometrię, usuwają szwy oraz opracowują chirurgicznie rany.

Pielęgniarki niekiedy są zirytowane, że zmuszone są wykonywać czynności, które powinny wykonywać osoby z niższym wykształceniem, tj. salowa, oraz nie akceptują części czynności i konieczności podejmowania decyzji, którymi obarczają je lekarze, a które należą do ich obo-

wiązków. W celu zobrazowania i przedstawienia tego zagadnienia szerszemu gronu decydentów średniego szczebla w służbie zdrowia (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe) przygotowano stosowne badania i napisano prezentowany artykuł.

Praca za innych

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów I, II i III roku zaocznych studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej w Słupsku. Ankietowane osoby zapytano, czy uważają, że w swojej pracy zawodowej wykonują wyłącznie zadania zgodne ze swoim wykształceniem. Spośród trzech możliwości wypowiedzenia się na ten temat (*tak, nie, nie mam zdania*) zdecydowana większość przedstawicieli środowiska pielęgniarstwa (82 proc.) zakreśliła odpowiedź przeczącą, zaś odpowiedzi twierdzącej udzieliło tylko 18 proc. respondentów (ryc. 1.).

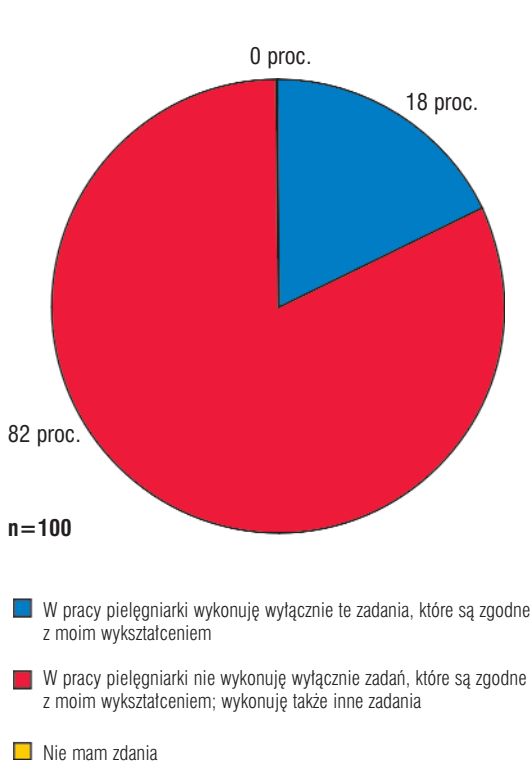
Pielęgniarka jak lekarz

Następnie zapytano respondentów, jak często wykonują pracę *za salową*. Odpowiedzi były zróżnicowane: najczęściej, bo 37 proc. ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, że czasami wykonuje coś za salową, 33 proc., że często wykonuje różne prace za salową a 19 proc. bardzo często – tj. przynajmniej kilka razy dziennie musi podejmować się takich czynności. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek (72 proc.) stwierdziła, że nie godzi się z tym, 16 proc. stwierdziło, że akceptuje taki stan rzeczy, a pozostałe 12 proc. ankietowanych określiło swój stosunek do tego zagadnienia jako obojętny.

„ Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek przyznaje się do samodzielnego podawania leków „

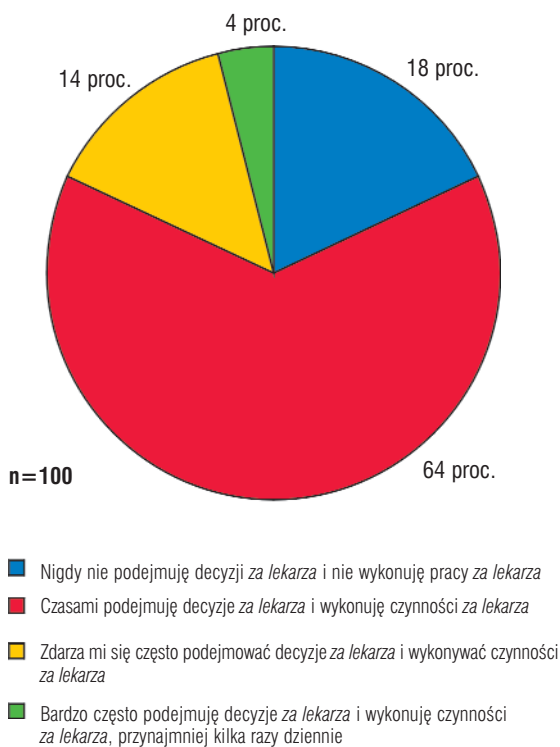
Aż 47 osób stwierdziło prawie jednomyślnie, że wykonuje pracę za innych, wskazując przy tym na lekarzy i salowe. Pielęgniarki stwierdzały, że *często wykonują pracę za lekarzy, bo np. zakładają mężczyznom cewniki, a niekiedy zamiast lekarzy muszą podłączać drenaż opłucnej*. Takich wypowiedzi było więcej.

Na pytanie o częstość podejmowania decyzji i wykonywania pracy *za lekarzy* odpowiedzi były następujące: 64 proc. ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, że podejmuje decyzje i wykonuje coś *za lekarza* czasami, 18 proc., że nigdy nie podejmuje decyzji ani nie wykonuje czynności *za lekarza*. Dalsze 14 proc. stwierdziło, że często po-



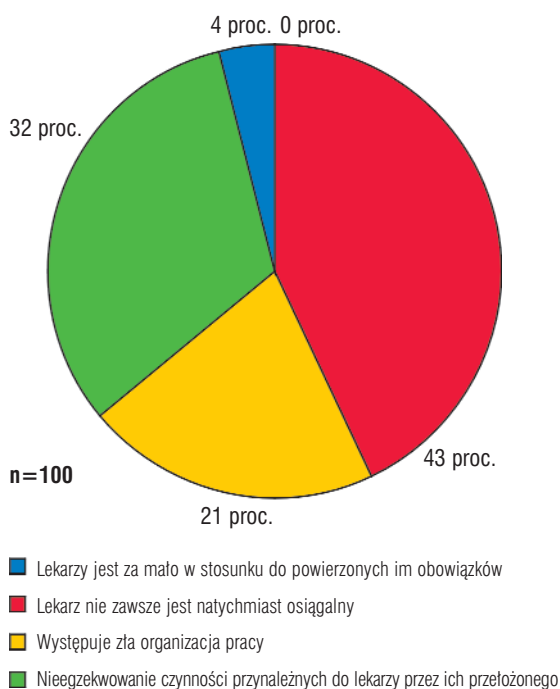
Ryc. 1. Postrzeganie charakteru swojej pracy przez członków zespołu pielęgniarstwa

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 2. Częstość podejmowania decyzji i wykonywania pracy za lekarza przez członków zespołu pielęgniarstwa

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 3. Określana przez członków zespołu pielęgniarskiego przyczyna podejmowania decyzji i realizacji zadań za lekarza

Źródło: opracowanie własne

dejmując decyzje i wykonując różne prace *za lekarza*, a 4 proc. ankietowanych, że bardzo często, tj. przynajmniej kilka razy dziennie podejmuje decyzje i wykonuje czynności *za lekarza* (ryc. 2.).

43 proc. respondentów stwierdziło, że przyczyną podejmowania decyzji *za lekarza* i wykonywania za niego określonych prac przez pielęgniarki jest fakt, że lekarz nie zawsze jest natychmiast osiągalny. Jednak co trzecia ankietowana osoba wskazała, że przełożeni lekarzy nie egzekwują od nich wykonywania czynności. 21 proc. ankietowanych wskazało złą organizację pracy (ryc. 3.).

Jak wynika z ankiety, *za lekarzy* pielęgniarki wykonują chirurgiczne opracowania ran, samodzielne intubowanie chorego, podawanie leków przeciwbólowych dożylnie i domięśniowo bez zlecenia lekarza, przetaczanie krwi i środków krwiopochodnych bez obecności lekarza, same zmieniają dawki insuliny, wypisują recepty czy wykonują rozliczenia z NFZ.

Codzienna praktyka

W literaturze pielęgniarskiej w Polsce podkreśla się obecnie fakt, że – jak podaje M. Bartusek – *pielęgniarka to samodzielny praktyk, profesjonalista przygotowany do efektywnego pielęgnowania i kierowania opieką pielęgniarską*. Jednak mimo że w pewnym stopniu może samodzielnie podejmo-

wać decyzje i wykonywać określone czynności względem chorego, musi pamiętać, że w większości przypadków powinna lub wręcz musi konsultować się z lekarzem. Jak piszą L. Wołowicka i D. Dyk, można wyszczególnić trzy rodzaje interwencji pielęgniarskich, które określają jednocześnie stopień podległości i samodzielności pielęgniarek:

- 1) niezależne interwencje pielęgniarskie, które mogą być podejmowane samodzielnie przez pielęgniarki. Dotyczą one kwestii samego pielęgnowania chorego;
- 2) zależne interwencje pielęgniarskie, czyli działania wykonywane przez pielęgniarkę wyłącznie na zlecenie lekarza;
- 3) współzależne interwencje pielęgniarskie, czyli zabiegi wykonywane na podstawie współpracy z lekarzem czy wręcz z interdyscyplinarnym zespołem leczącym (lekarze różnych specjalności, rehabilitanci, psychologowie etc.).

Jak powyższe ma się do praktyki? W swojej codziennej pracy zawodowej pielęgniarki często realizują czynności, które można określić jako niezależne interwencje pielęgniarskie, podejmują również interwencje zależne i współzależne, jednak dość częste są obecne sytuacje, w których pielęgniarki spotykają się niejako z przymusem wykonywania prac i z koniecznością podejmowania decyzji niezgodnie z ich wykształceniem. W środowisku pielęgniarskim w Polsce dość nieśmiało mówi się o tym problemie. Same pielęgniarki w szerszym gronie nie chcą o tym mówić, ale prawdą jest, że są one najczęściej poirytowane koniecznością wykonywania czynności i podejmowania decyzji, którymi obarczają ich przede wszystkim lekarze, a które nie należą do ich obowiązków.

Wykonywanie obowiązków lekarzy przez pielęgniarki jest w Polsce o wiele bardziej przemilczane niż wykonywanie przez nie prac *za salowe*. W polskim społeczeństwie od dawna utarło się, że pielęgniarka może przecież zrobić wszystko, tj. wykona choremu zastrzyk, poda tabletkę, zawiezie na badania, w przerwie poda basen innemu pacjentowi oraz wytrze podłogę.

Kobieta omnibus

Pielęgniarki wskazały czynności, które wykonują, a które ich zdaniem powinien wykonywać lekarz. Do takich przykładów zaliczyły pobieranie gazometrii (30 proc. wskazań), uzupełnianie dokumentacji (16 proc.), wykonywanie opatrunków (14 proc.), uzgadnianie konsultacji (14 proc.), przetaczanie krwi (6 proc.), usuwanie szwów (6 proc.), cewnikowanie (4 proc.), opra-

cowanie chirurgiczne ran (2 proc.), informowanie pacjentów (2 proc.).

56 proc. ankietowanych przyznało się do samodzielnego podawania leków, z czego 70 proc. stanowiły leki przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwgorączkowe, 10 proc. leki uspokajające, 4 proc. leki obniżające ciśnienie tętnicze. Ponad połowa respondentów poinformowała o zwyczajnie samodzielnego modyfikowania dawek leków podawanych bez zlecenia lekarza.

Gdzie tkwi przyczyna takiego stanu rzeczy? Kto odpowiada za wykonywanie przez pielęgniarkę (czy też może mówiąc wprost: kto niekiedy przymusza ją do wykonywania) w jej codziennej pracy zawodowej szeregu czynności, które nie należą do jej kompetencji zawodowych? Jak pisze P.F. Drucker, *zadaniem pielęgniarek w szpitalu jest opieka nad pacjentem. Ale wszystkie badania pokazują, że pielęgniarki spędzają ponad trzy czwarte swego czasu na aktywności, która nie jest opieką nad pacjentem. Zamiast niej dwie trzecie lub trzy czwarte czasu pracy pielęgniarka z reguły spędza na wypełnianiu formularzy.*

Warto jednak pamiętać, że te dwa ostatnie postulaty powinny być realizowane zgodnie z literą prawa. Aby tak było, środowisko pielęgniarskie w Polsce postuluje zwiększenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych i umożliwienie im samodzielnego wykonywania zadań przynoszących bardziej wymierne efekty zdrowotne, widoczne zarówno dla samych pielęgniarek, jak i ich pacjentów. Jednak do momentu prawnego usankcjonowania tego zagadnienia, tj. rozszerzenia kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, każda pielęgniarka musi samodzielnie rozważyć, czy wykonywane przez nią czynności i podejmowane przez nią decyzje nie leżą już przypadkiem poza granicą jej kompetencji.

Warto też podkreślić, że migracja personelu pielęgniarskiego za granicę i niedobór kadry pielęgniarskiej zmuszą zarządzającymi szpitalami w Polsce do zrewidowania struktury stanowisk pracy pracowników medycznych i pomocniczych, tak aby w pełni wykorzystać mniej wykwalifikowanych pracowników oraz stworzyć bardziej stymulujące i lepiej płatne stanowiska

” Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek (72 proc.) nie godzi się z wykonywaniem prac przynależnych innym grupom zawodowym ”

Należy także pamiętać, że za organizację pracy oddziału szpitalnego odpowiada ordynator i pielęgniarka oddziałowa. To od nich zależy wykorzystanie w pełni potencjału ludzkiego, jakim kierują, w tym realizowanie funkcji zawodowych przez członków podległego im zespołu pielęgniarskiego.

Marginalny problem

Środowisko pielęgniarskie w Polsce coraz częściej mówi, że chce być samodzielne i kompetentne. Zresztą powoli do tego zmierza. Wzrasta liczba uczelni kształcących średni personel medyczny. Co roku odbywają się liczne kursy, specjalizacje i szkolenia z zakresu poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa. Jak piszą same pielęgniarki, aby podnieść prestiż zawodu pielęgniarskiego, należy systematycznie pogłębiać wiedzę zawodową, doskonalić własne umiejętności, podnosić kwalifikacje zawodowe. Trzeba też podnieść poziom usług pielęgniarek i położnych, zmierzać do aktywniejszej współpracy z zespołem lekarskim, dążyć do samodzielności w zawodzie oraz wykazywać się samodzielną pracą, a nie tylko biernym wykonywaniem zleceń. Nie nale-

ży jednak zapominać, że te dwa ostatnie postulaty powinny być realizowane zgodnie z literą prawa. Aby tak było, środowisko pielęgniarskie w Polsce postuluje zwiększenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych i umożliwienie im samodzielnego wykonywania zadań przynoszących bardziej wymierne efekty zdrowotne, widoczne zarówno dla samych pielęgniarek, jak i ich pacjentów. Jednak do momentu prawnego usankcjonowania tego zagadnienia, tj. rozszerzenia kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, każda pielęgniarka musi samodzielnie rozważyć, czy wykonywane przez nią czynności i podejmowane przez nią decyzje nie leżą już przypadkiem poza granicą jej kompetencji.

Warto też podkreślić, że migracja personelu pielęgniarskiego za granicę i niedobór kadry pielęgniarskiej zmuszą zarządzającymi szpitalami w Polsce do zrewidowania struktury stanowisk pracy pracowników medycznych i pomocniczych, tak aby w pełni wykorzystać mniej wykwalifikowanych pracowników oraz stworzyć bardziej stymulujące i lepiej płatne stanowiska

Wojciech Kapata jest magistrem pielęgniarstwa.
Pracuje na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urazów
Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii
Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej
Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu

Małgorzata Sawicka jest magistrem pielęgniarstwa.
Pracuje w Katedrze Pielęgniarstwa Wydziału
Matematyczno-Przyrodniczego Pomorskiej Akademii
Pedagogicznej w Słupsku
Tekst oryginalny został skrócony.
Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji.