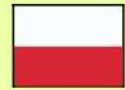


Polish



ITALY (LOMBARDY)

Primary Care Task Shifting to Family Nurses



Co-funded by
the European Union



Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of EACEA. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

GRANT AGREEMENT NUMBER – 10111173

Włochy (Lombardia) – Przesunięcie zadań w opiece podstawowej na pielęgniarki rodzinne

Tło i kontekst: PoliS-Lombardia, instytucja odpowiedzialna za szkolenie zarówno lekarzy rodzinnych (GP), jak i nowo utworzonych pielęgniarek rodzinnych (FNP) w regionie Lombardii, wykorzystuje finansowany przez UE projekt TaSHI, aby wyjść poza wspólną edukację w kierunku formalnego przesunięcia zadań. Lombardia stoi w obliczu rosnącego zapotrzebowania na opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi, szybkiego tempa przechodzenia lekarzy rodzinnych na emeryturę, rosnących kosztów oraz obciążenia systemu po pandemii COVID-19. FNP, zatrudniane przez lokalne placówki medyczne i docelowo mające liczyć 1600 osób w całym regionie, już teraz szkolą się wspólnie z lekarzami rodzinnymi, ale ich dokładny zakres obowiązków nie jest jeszcze określony.

Poprzez ankiety wśród lekarzy rodzinnych i pielęgniarek rodzinnych (zarówno kursantów, jak i mentorów) oraz wywiady z interesariuszami, PoliS-Lombardia oceniło gotowość i chęć przeniesienia wybranych zadań związanych z wizytami domowymi i opieką nad pacjentami przewlekle chorymi z lekarzy rodzinnych na FNP. Inicjatywa musiała zmierzyć się z lukami w regulacjach prawnych i historycznym oporem wobec dzielenia zadań między zawodami medycznymi, jednak jej celem było utrzymanie dostępu do opieki, kontrola kosztów i poprawa jakości leczenia chorób przewlekłych poprzez rozszerzenie i redystrybucję ról w opiece podstawowej.

W związku z tym Lombardia dążyła do wzmocnienia opieki podstawowej poprzez włączenie FNP do ról w opiece nad pacjentem, które tradycyjnie pełnili lekarze rodzinni.

Zakres pilotażu:

Celem pilotażu było zbadanie, czy i w jaki sposób można wprowadzić przesunięcie zadań pomiędzy lekarzami rodzinnymi (GP) a pielęgniarkami rodzinnymi (FNP) w systemie opieki podstawowej Lombardii. Główne cele obejmowały:

- Ocenę obecnej gotowości Lombardii do wprowadzenia przesunięcia zadań;
- Wskazanie, które zadania kliniczne i organizacyjne mogłyby zostać przesunięte lub współdzielone pomiędzy GP a FNP;
- Zmapowanie kluczowych czynników sprzyjających i barier;
- Określenie dodatkowych umiejętności i wiedzy, jakich będą potrzebować GP i FNP (potrzeby szkoleniowe);
- Przeprowadzenie pilotażowego modułu szkoleniowego opracowanego w ramach TaSHI, odpowiadającego na te potrzeby;
- Ponowne przebadanie uczestników w celu oceny wpływu modułu i dopracowania przyszłych szkoleń.

Analiza zadań: We Włoszech, z powodu niedoboru pielęgniarek i rosnącej liczby pacjentów przewlekle chorych, wprowadzenie FNP miało na celu wzmocnienie opieki podstawowej. Poleganie wyłącznie na lekarzach rodzinnych nie jest rozwiązaniem trwałym, a dzielenie zadań między lekarzy i pielęgniarki stanowi obiecującą strategię skrócenia czasu oczekiwania na wizyty i poprawy jakości opieki.

Projekt obejmował różnych interesariuszy, w tym rady doradcze akademickie i polityczne. Wstępne badanie ankietowe oceniło gotowość ośrodka pilotażowego, docierając do 1393 lekarzy i 348 pielęgniarek. FNP wykazały bardzo wysoki odsetek odpowiedzi (96,6%) w porównaniu z lekarzami rodzinnymi (35%).

Świadomość idei przesunięcia zadań (TS) była niska (28%), ale zainteresowanie wysokie — 86% FNP i 59% lekarzy rodzinnych wyraziło chęć udziału w inicjatywach TS. Mniejszość miała bezpośrednie doświadczenie z TS. Co istotne, 59% lekarzy rodzinnych uważało, że część ich zadań (klinicznych, administracyjnych i edukacyjnych) mogłaby być wykonywana przez pielęgniarki.

Lekarze rodzinni i FNP w dużej mierze zgodzili się co do czynników sprzyjających i barier dla TS. Do najważniejszych czynników sprzyjających zaliczano: rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, sytuacje kryzysowe (np. COVID-19), zmianę pokoleniową w kadrze, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (PNRR), instytucjonalne uznanie roli FNP oraz bardziej zrównoważoną reprezentację płci wśród pracowników ochrony zdrowia. Najczęściej wymieniane bariery miały charakter regulacyjny, zarządczy, kontraktowy oraz medyczno-prawny. FNP dodatkowo podkreślały kulturę zawodową i organizacje zawodowe jako przeszkody, natomiast żadna z grup nie postrzegała technologii jako problemu.

FNP dostrzegały potencjał TS w obszarach zarządzania, opieki klinicznej i administracji, podczas gdy lekarze rodzinni ograniczali go głównie do zadań administracyjnych. W kwestii przepisywania leków 66% FNP i 23% lekarzy rodzinnych uważało, że pielęgniarki mogłyby przepisywać leki, szczególnie w terapii przewlekłej, w zakresie środków medycznych oraz leków dostępnych bez recepty. Podobnie 32% FNP i 19% lekarzy rodzinnych sądziło, że pielęgniarki mogłyby raportować dane kliniczne, takie jak wyniki EKG i badań laboratoryjnych.

Wyniki ujawniły również, że role i kompetencje pielęgniarek nie są szeroko znane, czasem nawet wśród samych pielęgniarek. Rodzi to pytanie, czy wykształcenie pielęgniarki wpływa na jej samoświadomość i otwartość na TS. Pomimo szerokiej zgody, że reorganizacja kadr medycznych jest konieczna, nadal istnieje opór wobec samej koncepcji przesunięcia zadań. Jednak lekarze wydają się bardziej otwarci na dzielenie zadań, a wszyscy interesariusze są zgodni, że każda zmiana powinna być napędzana potrzebami pacjentów.

Nieformalny, konkretny przykład przesunięcia zadań: Rada doradcza projektu TaSHI dla PoliS-Lombardia została zapytana, czy przesunięcie zadań już ma miejsce w podstawowej opiece zdrowotnej. Niedawno ukończony lekarz rodzinny podzielił się swoim doświadczeniem z pracy w grupowej praktyce lekarskiej na obrzeżach Mediolanu, gdzie przesunięcie zadań było praktykowane nieformalnie. W praktyce pracowało czterech lekarzy rodzinnych, trzy sekretarki oraz jedna pielęgniarka. Pielęgniarka wykonywała zaawansowaną opiekę nad ranami w gabinecie oraz przeprowadzała wizyty domowe w celu oceny higieny, odleżyn oraz ryzyka upadków, szczególnie u nowych pacjentów, osób niedawno wypisanych ze szpitala lub ze stanem zdrowia pogarszającym się. Podczas wizyt domowych pielęgniarka samodzielnie oceniała potrzeby pacjenta i rekomendowała konkretne środki pomocnicze (np. łóżka, materace, pieluchy). Na podstawie szczegółowej oceny pielęgniarki lekarz rodzinny formalnie wystawiał receptę. Takie podejście usprawniło organizację opieki, skróciło czas oczekiwania i zmniejszyło niepotrzebne dojazdy pacjentów, jednocześnie pozwalając lekarzom skupić się na bardziej skomplikowanych przypadkach. Mimo że pielęgniarki we Włoszech nie mają prawa do przepisywania leków, ta współpraca skutecznie wspiera podział zadań, wykorzystując oceny pielęgniarek w procesie wystawiania recepty.

Potrzeby szkoleniowe: Dane z ankiet, spotkań i wywiadów wskazują, że większość pielęgniarek jest zainteresowana przesunięciem zadań (TS) i chętna do rozszerzania swojej wiedzy oraz umiejętności. Kurs szkoleniowy TaSHI dla lekarzy rodzinnych (GP) i praktykujących pielęgniarek rodzinnych (FNP) stanowił cenną okazję do wprowadzenia modułów szkoleniowych związanych z TS. Poziom podstawowej wiedzy uczestników na temat przesunięcia zadań został oceniony za pomocą ankiety, a następnie zaproponowano wykłady wideo oraz symulacje cyfrowe.

Włochy, Litwa i Estonia przetestowały ogólny moduł przesunięcia zadań, oparty na materiałach szkoleniowych TaSHI, który również obejmował obowiązujące przepisy prawne. Ponadto, wspólne szkolenia i staże dla lekarzy rodzinnych i praktykujących pielęgniarek rodzinnych pomogły zwiększyć wzajemne zrozumienie ról oraz wzmocnić współpracę międzyprofesjonalną.

Szanse i ograniczenia:

SZANSE	MECHANIZMY ZMIANY – CZYNNIKI WSPIERAJĄCE	MECHANIZMY ZMIANY – BARIERY	RYZYKA I ŚRODKI ZARADCZE
Zwiększenie kompetencji i transfer umiejętności	1. Zrozumienie codziennego życia pacjenta	1. Brak ram normatywnych 2. Brak wspólnych protokołów 3. Brak zasobów na szkolenia 4. Brak wyznaczonego czasu na naukę 5. Trudności w komunikacji z pacjentem i jego zaangażowaniu	1. Konieczność rewizji ram normatywnych dla pielęgniarek 2. Niejasne przywództwo 3. Brak finansowania na opracowanie materiałów edukacyjnych 4. Trudności z utrzymaniem motywacji wśród personelu
Współpraca zawodowa między lekarzami rodzinnymi a pielęgniarkami specjalistkami (FNP – Family Nurse Practitioners)	1. Zrozumienie wzajemnych umiejętności i kompetencji 2. Brak hierarchii (ponieważ pielęgniarki specjalistki FNP nie są pracownikami lekarzy rodzinnych)	1. Brak wzajemnego uznania i zaufania 2. Brak ścisłej współpracy, jak ma to miejsce w szpitalach lub gabinetach lekarzy rodzinnych 3. Ograniczone możliwości dyskusji koleżeńskiej i uzyskania informacji zwrotnej	1. Nieporozumienia dotyczące ról i zakresu odpowiedzialności
Uwolnienie zasobów i	1. Skuteczne wykorzystanie usługi w opiece	1. Brak zaufania ze strony pacjentów, którzy wolą być	1. Komunikacja z pacjentami

skrócenie czasu oczekiwania	nad odpowiednimi pacjentami 2. Brak konieczności podróży pacjenta	przyjmowani przez lekarza	2. Komunikacja między lekarzami rodzinnymi a pielęgniarkami specjalistkami (FNP)
-----------------------------	--	---------------------------	--

Kluczowe ustalenia:

- Przesunięcie zadań ma już miejsce, choć w sposób nieformalny.
- Większość profesjonalistów wcześniej nie słyszała o przesunięciu zadań, ale wyraziła zainteresowanie udziałem w takich inicjatywach.
- Ponad połowa lekarzy rodzinnych uważa, że różne zadania obecnie wykonywane wyłącznie przez lekarzy w przyszłości mogłyby być bez problemu realizowane przez pielęgniarki. Szczególnie dostrzegają potencjał w zadaniach administracyjnych.
- Pielęgniarki natomiast są zdania, że przesunięcie zadań może być skutecznie stosowane w obszarach zarządzania, klinicznych i administracyjnych.
- Przepisywanie leków i środków medycznych przez pielęgniarki jest mniej popierane przez lekarzy rodzinnych. Jednak pielęgniarki uważają, że powinny mieć możliwość przepisywania w określonych przypadkach, takich jak recepty powtarzalne na terapię przewlekłą, środki medyczne czy niektóre leki przeciwbólowe.
- W odniesieniu do raportowania badań diagnostycznych lekarze rodinni generalnie mniej popierają przepisywanie i raportowanie przez pielęgniarki takich badań jak EKG, spirometria czy pomiar parametrów życiowych. Z kolei pielęgniarki czują się kompetentne także do raportowania badań ultrasonograficznych i laboratoryjnych.
- Edukacja i szkolenia międzyprofesjonalne zostały wprowadzone w trakcie obowiązkowego kształcenia zarówno lekarzy rodzinnych, jak i pielęgniarek rodzinnych i środowiskowych.
- Obie grupy zawodowe wyraziły zadowolenie z prowadzonego wspólnego szkolenia.

Główne źródła:

- TaSHI Project. *The Project – Empowering EU Health Policies on Task Shifting*. Available at: <https://tashiproject.eu/the-project/>).
- TaSHI Project - D5.1 CASE STUDIES OF IMPLEMENTATION SITES Available at: [D5.1-Case-studies-of-implementation-sites.pdf](#)
- TaSHI Project - D5.2 GUIDEBOOK ON TASK SHIFTING Available at: [D5.2-Guidebook-on-task-shifting_revised_final_ISBN.pdf](#)