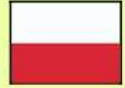


Polish



LITHUANIA

Task Delegation from Family Physicians and Psychiatrists



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

Litwa – Delegowanie zadań przez lekarzy rodzinnych i psychiatrów

Tło i kontekst: System opieki zdrowotnej na Litwie zmaga się z nierównomiernym rozmieszczeniem personelu oraz długimi czasami oczekiwania. Główne wyzwania dotyczące kadry medycznej to:

- Ogólnie wysoka liczba świadczeniodawców i lekarzy specjalistów, korzystanie z usług lekarzy rodzinnych bez wyraźnego spadku wskaźnika możliwych do uniknięcia zgonów;
- Nierównomierne rozmieszczenie lekarzy (medyków) i pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej w różnych regionach;
- Nierówności regionalne w zakresie dostępności i jakości usług;
- Długie czasy oczekiwania, ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów i lekarzy rodzinnych.

Pielęgniarki są zachęcane do przejmowania rozszerzonych ról w celu poprawy efektywności i jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia planuje transformację sieci placówek opieki zdrowotnej, co stanowi idealną okazję do wdrożenia innowacji opartych na dowodach – takich jak przesunięcie zadań – z uwzględnieniem wyników projektu pilotażowego.

Zakres projektu pilotażowego: Dwie główne placówki podstawowej opieki zdrowotnej (Centro poliklinika i Kauno miasto poliklinika) nawiązały współpracę z Ministerstwem Zdrowia w celu identyfikacji zadań, które można przesunąć z lekarzy i psychiatrów na pielęgniarki, psychologów i asystentów pielęgniarskich. Przesunięcia będą dotyczyć:

- Od lekarzy rodzinnych/medyków do pielęgniarek;
- Od pielęgniarek do asystentów pielęgniarskich;
- Od psychiatrów do psychologów i pielęgniarek psychiatrycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- Od pracowników medycznych do rozwiązań IT;
- Od lekarzy rodzinnych i psychiatrów do pielęgniarek, asystentów pielęgniarskich, psychologów.

Dodatkowo planowane są:

- Rozwój kompetencji pielęgniarek i asystentów pielęgniarskich;
- Rekomendacje dla instytucji wdrażających politykę. W razie potrzeby zostaną zainicjowane zmiany legislacyjne.

Analiza zadań: Zidentyfikowano zadania takie jak przepisywanie sprzętu, przedłużanie recept, zarządzanie programami profilaktycznymi i opieka nad ranami. Grupy fokusowe i ankiety potwierdziły chęć personelu do przesunięcia zadań, ale wskazały na potrzebę szkoleń i problemy z zaufaniem pacjentów. W szczególności w dyskusjach grup fokusowych zidentyfikowano:

- **Zadania, które zgodnie z przepisami są obecnie przypisane lekarzom rodzinnym, ale mogłyby zostać przesunięte:**
 - Przepisywanie środków medycznych/sprzętu do opieki domowej (np. wózki inwalidzkie);
 - Konsultacje pacjentów;
 - Zarządzanie programami profilaktyki zdrowotnej;
 - Wystawianie skierowań na badania, skany lub konsultacje specjalistyczne;
 - Przepisywanie leków;
 - Przedłużanie recept;
 - Udzielanie pomocy kontrolnej;
 - Odwiedziny domowe.
- Bariery w przesunięciu zadań:
 - Ograniczenia regulacyjne i prawne;
 - Brak odpowiednich kompetencji;
 - Oczekiwania pacjentów (pacjenci często uważają, że pielęgniarki nie są w stanie poradzić sobie nawet z prostymi przypadkami i wolą konsultować się z lekarzem w bardziej złożonych kwestiach);
 - Niewystarczające szkolenia.
- Proponowane działania:
 - Rozwój programów edukacyjnych dla pielęgniarek;
 - Reformy legislacyjne (w tym regulacje dotyczące lekarzy rodzinnych, psychiatrów i pielęgniarek);
 - Wdrożenie ukierunkowanych programów szkoleniowych (np. opieka nad ranami, interpretacja EKG itp.).

Nieformalny przykład przesunięcia zadań: Pielęgniarz pracujący w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej (Zespół Zdrowia Rodzinnego) podzielił się doświadczeniem z rzeczywistego przesunięcia zadań. Przesunięcie zadań między lekarzem rodzinnym a pielęgniarem miało miejsce nieformalnie z powodu zwiększonego obciążenia pracą i obowiązkami administracyjnymi lekarza. Pielęgniarz przejął różne zadania – głównie administracyjne, ale także niektóre kliniczne – na podstawie wzajemnego zaufania, choć działania te nie były oficjalnie zgłaszane, ponieważ nie są jeszcze uregulowane normami medycznymi.

Potrzeby edukacyjne: Ankietowane pielęgniarki wyraziły duże zainteresowanie przejmowaniem nowych obowiązków, ale podkreśliły znaczenie odpowiednich szkoleń i aktualizacji programów edukacyjnych dla wszystkich pracowników służby zdrowia.

Szanse i ograniczenia:

Szanse obejmują lepsze rozłożenie zadań i zmniejszenie obciążenia lekarzy. Ograniczenia to opór pacjentów, ograniczenia prawne i niewystarczające szkolenia.

Kluczowe wnioski:

- Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki popierają przemyślenie i potencjalne rozszerzenie lub pogłębienie swoich kompetencji. W związku z tym zidentyfikowano i uzgodniono z profesjonalistami szereg zadań, które można przekazać pielęgniarkom pracującym w podstawowej opiece zdrowotnej.
- Zadania zostały podzielone na trzy grupy:
 1. Zadania, które pielęgniarki mogą wykonywać samodzielnie;
 2. Zadania, które pielęgniarki mogą wykonywać przy konsultacji lub wsparciu lekarza;
 3. Zadania, których pielęgniarki nie są jeszcze w stanie wykonywać z powodu braku umiejętności lub wiedzy.
- Jeśli chodzi o zadowolenie interesariuszy, pacjenci byli najbardziej sceptyczni. Generalnie preferowali konsultacje z lekarzem, co wskazuje na potrzebę dalszych działań edukacyjnych i informacyjnych.

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](#)