

Częstochowa, dn.2019.08.02r.

Uwagi do projektu dokumentu rządowego

pn „ Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”

W opinii Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Opieki Paliatywnej powyższy dokument daje podstawy do poprawy sytuacji pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Dzięki proponowanym strategiom dojdzie do poprawienia sytuacji ochrony zdrowia w Polsce.

Jednak dużym niepokojem napawa nas fakt zmniejszenia ilości specjalizacji do 10.

Praktyka powinna zmierzać nie tylko do ilościowego zmniejszenia (z góry ustalonego na 10), ale do jakościowego i merytorycznego.

Uważamy, że wśród specjalizacji pozostawionych powinna znaleźć się specjalizacja pielęgniarstwa opieki paliatywnej, ponieważ:

1. Pielęgniarka, jako członek wielodyscyplinarnego zespołu, w codziennym kontakcie z człowiekiem chorym i umierającym, we wszystkich formach opieki paliatywnej realizuje świadczenia ciągłe i systematyczne, często samodzielnie, z uwagi na szybko zmieniający się stan ogólny pacjenta. Często zajmuje miejsce koordynatora działań poszczególnych członków zespołu. Bierze udział w planowaniu opieki poszczególnych członków zespołu, koordynuje działania opiekuńcze najbliższej rodziny chorego, która w sytuacji ciężkiej choroby potrzebuje wsparcia i pokierowania ich działaniami. Podejmowanie decyzji poprzedzone jest planowaniem, monitorowaniem i regularną weryfikacją indywidualnego planu opieki z chorym, z rodziną i członkami zespołu. Specjalistyczne przygotowanie wszystkich członków opieki paliatywnej, w tym również pielęgniarek to konieczność wpływająca na należyłą realizację opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2. Dotyczy znaczącej populacji mieszkańców naszego kraju (obecnie opieka paliatywna zajmuje się zawężoną grupą pacjentów, z powodu braku specjalistek z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a powinna dotyczyć wszystkich pacjentów u kresu życia z powodu chorób przewlekłych, postępujących i nie poddających się leczeniu przyczynowemu)
3. Wymaga od pielęgniarek nie tylko szerokiej wiedzy medycznej, psychologicznej, społeczno-socjalnej, ale także wykształcenia odpowiednich postaw i rozumienia wszystkich sfer ludzkiej egzystencji
4. Ciężar opieki powinien być w większym stopniu przeniesiony z lekarskiej na pielęgniarzką-specjalistyczną, np. pielęgniarka specjalistka jest przygotowana do kwalifikacji pacjenta do domowej opieki paliatywnej.

Tylko w toku kształcenia specjalistycznego pielęgniarka uzyskuje wysokospecjalistyczne i samodzielne uprawnienia do:

- Doraźnego modyfikowania dawki i drogi podawania leków analgetycznych w zależności od stanu pacjenta oraz natężenia bólu.
- Doraźnego modyfikowania dawki i drogi podawania leków stosowanych w celu łagodzenia dokuczliwych objawów ze strony układu oddechowego, pokarmowego, moczowopłciowego i nerwowego.
- Doraźnego modyfikowania dawki i drogi podawania leków stosowanych u pacjentów w stanach nagłych.
- W stanach nagłych w przypadku braku kontaktu z lekarzem i/lub wpisanych wcześniej zleceń lekarskich, podawania doraźne leków zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik do programu kształcenia.
- Podawania na zlecenie lekarskie różnymi drogami (z uwzględnieniem drogi zewnątrzoponowej) leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (np. analgezji sterowanej przez pacjenta).
- Prowadzenia tlenoterapii w opiece paliatywnej.

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, jako odrębna i dynamicznie rozwijająca się dziedzina praktyczna i naukowa stanowi istotny element specjalistycznej i profesjonalnej opieki nad pacjentami w zaawansowanej fazie choroby u kresu życia.

Prezes Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej
Anna Kaptacz