

Rok 2017 w położnictwie – nowości, zmiany, wydarzenia



KOMENTARZ EKSPERTA
dr hab. n. o zdr. Beata Pięta, prof. UM

DEBATA POŚWIĘCONA PROBLEMOM WSPÓŁCZESNEGO PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA W POLSCE

Niewątpliwie ważnym wydarzeniem tego roku była debata poświęcona problemom

współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, która odbyła się 27 marca 2017 roku. Organizatorem debaty był Minister Zdrowia wraz z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskim Uniwersytem Medycznym. Powyższa debata była przyczynkiem do powołania w kwietniu br. zespołu do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa. W skład zespołu, któremu przewodniczy sekretarz stanu w MZ pani Józefa Szczurek-Żelazko, weszli przedstawiciele samorządu zawodowego i związków zawodowych pielęgniarzek i położnych, towarzystw naukowych oraz eksperci i przedstawiciele merytoryczni Ministerstwa Zdrowia.

Kształcenie

Członkowie zespołu skupili się na pięciu obszarach. Pierwszy z nich dotyczył kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarzek i położnych. Mając na uwadze obecne braki kadrowe, zespół starał się wypracować i wprowadzić mechanizmy pozwalające zwiększyć liczbę studentów na kierunku położnictwo

i pielęgniarstwo. Kolejnymi ważnymi zagadnieniami w tym obszarze była poprawa jakości kształcenia podyplomowego, wsparcie kształcenia przed- i podyplomowego ze środków UE oraz ustalenie priorytetowych obszarów badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa.

Zawód pomocniczy

Drugim kontrowersyjnym obszarem do dyskusji była propozycja wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej profesji współuczestniczącej w bezpośredniej opiece nad pacjentem, wspomagającej pracę pielęgniarek. Zdaniem wielu członków zespołu idealnym rozwiązaniem byłoby pozostawienie obecnie funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia zawodów pomocniczych, lecz konieczne byłoby ponowne przeanalizowanie programów kształcenia w tych zawodach.

Kompetencje zawodowe

Kolejny obszar prac to określenie ról i kompetencji pielęgniarzek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Nadrzędnym celem jest opracowanie standardów organizacyjnych z określeniem ról i kompetencji pielęgniarzek i położnych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów priorytetowych. Kolejny krok to określenie poziomów kompetencji dla poszczególnych poziomów kształcenia oraz utworzenie i wdrożenie ścieżki awansu zawodowego.

Określenie „faktycznej” liczby pielęgniarzek i położnych w systemie ochrony zdrowia, wraz z określeniem docelowych wskaźników

na tysiąc mieszkańców, a także wypracowanie regulacji dotyczących liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń to kolejne zadania, jakie zostały postawione przed członkami zespołu ds. opracowania strategii rozwoju.

Warunki pracy

Ostatni obszar dotyczy poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych poprzez m.in. możliwość posługiwania się dokumentacją elektroniczną, wzmocnienie prestiżu zawodów pielęgniarki i położnej np. dzięki przeprowadzeniu kampanii społecznej mającej na celu ukształtowanie pozytywnego wizerunku pielęgniarek i położnych w mediach. W tym obszarze pojawiły się również propozycje utworzenia banku ofert pracy w ramach platformy internetowej.

ZMIANY W USTAWODAWSTWIE

Wynagrodzenie pracowników medycznych
29 czerwca 2017 roku Senat bez poprawek poparł przygotowaną przez rząd ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych. Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia będzie osiągnięta po upływie okresu przejściowego – do końca 2021 roku. Zgodnie z ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym. Na podstawie prognozy wysokości przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej resort zdrowia przedstawił szacunkowe wyliczenia docelowej wysokości minimalnego wynagrodzenia. Pielęgniarka, położna z tytułem magistra i ze specjalizacją ma zarabiać co najmniej 5,3 tys. zł, bez tytułu magistra, ale ze specjalizacją 3,7 tys. zł, natomiast bez specjalizacji 3,2 tys. zł. Wprowadzenie tej regulacji stało się przedmiotem licznych kontrowersji.

Zmiany w POZ

W br. pojawił się projekt nowej ustawy POZ, zgodnie z którym koordynatorem opieki

nad pacjentem ma być lekarz POZ, który będzie współpracował z pielęgniarką i położną. Lekarz POZ będzie podejmował także współpracę z lekarzami innych specjalności, którzy opiekują się pacjentem np. podczas jego pobytu w szpitalu. Nadrzędnym celem projektowanych zmian są: lepsza opieka skoncentrowana na pacjencie, zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej, optymalizacja procesu leczenia poprzez poprawę organizacji i funkcjonowania POZ, zwiększenie efektywności POZ i skoordynowanie działań na różnych poziomach opieki zdrowotnej oraz zapewnienie ciągłości leczenia i wewnętrznego nadzoru nad jakością świadczeń w POZ. Doświadczenia innych krajów pokazują, że dobrze zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna jest w stanie zaspokoić 90% zdrowotnych potrzeb populacji.

Dokumentacja medyczna

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 23 marca 2017 roku, poza zmianami odnoszącymi się do zasad udostępniania dokumentacji medycznej, określa nowe zasady jej przechowywania, zwłaszcza po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej. Przed wszystkim wprowadza jednak kolejny termin przechowywania dokumentacji, a dokładniej jednego dokumentu – skierowania na badanie lub zlecenia lekarskiego. Dotychczas dokument taki miał być przechowywany przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Dostrzeżono jednak, że pacjent, pomimo uzyskania takiego skierowania, a nawet zapisania się na badanie, może (z różnych przyczyn) nie stawić się w umówionym terminie. Wyróżniono zatem sytuację, w której świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta, chyba że pacjent odebrał skierowanie. Termin przechowywania takiego skierowania wynosi 2 lata.

Utrzymano natomiast dotychczasowe terminy przechowywania dokumentacji medycznej: 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1. dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, przechowywanej przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
2. dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, przechowywanej przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
3. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
4. dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, przechowywanej przez okres 22 lat.

Po upływie wymienionych okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego ona dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być także wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez niego upoważnionej.

W omawianej nowelizacji wiele miejsca poświęcono ustaleniu zasad przechowywania oraz udostępniania dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej. Ustawodawca wyodrębnił przypadki:

1. zaprzestania wykonywania działalności leczniczej,
2. śmierci osoby prowadzącej praktykę zawodową,
3. wykreślenia danego podmiotu z odpowiedniego rejestru.

Co do zasady, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej dokumentację medyczną przejął podmiot, który kontynuował jego zadania.

Odrębnie uregulowana została dosyć często występująca sytuacja, w której losy dokumentacji medycznej muszą być określone ze względu na śmierć lekarza. Wówczas obowiązek zapewnienia przechowywania oraz udostępniania dokumentacji medycznej został nałożony na okręgową izbę lekarską (OIL). Analogiczne rozwiązanie zostało przyjęte w razie śmierci pielęgniarki lub położnej, które prowadziły praktykę zawodową. W takim jednak przypadku wskazana została do wykonania tego zadania okręgowa izba pielęgniarek i położnych (OIPiP).

Prawa pacjenta

Powołana nowelizacja doprecyzowała także niektóre prawa pacjenta. Przede wszystkim uznano, że pacjent powinien mieć możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia nie tylko od lekarza (jak było do tej pory), ale też od innych osób wykonujących zawód medyczny, np. pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego. Informacja o stanie zdrowia nadal musi być przystępna, przy czym powinna być ona przekazana w zakresie udzielanych przez daną osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi uprawnieniami. Dotyczy ona pacjentów, którzy ukończyli 16. rok życia.

Istotnej zmianie uległo prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności. Pacjent uzyskał bowiem nowe uprawnienie dotyczące leczenia bólu. Przysługuje ono wszystkim pacjentom – dotychczas gwarantowano je jedynie chorym w stanie terminalnym. Dodatkowo podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, jego leczeniu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Doprecyzowano ponadto uprawnienie pacjenta do obecności osób bliskich przy udzielanych świadczeniach. Podkreślono, że uprawnienie to wprawdzie przysługuje tym osobom, ale na wyraźne życzenie pacjenta. To jego zdanie, a nie osób bliskich ma w tym zakresie decydujące znaczenie.