

Mamy za mało pielęgniarek czy za mało personelu pomocniczego

Uszczęśliwianie na siłę



W związku z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie norm czasu pracy oraz zatrudnienia pielęgniarek i położnych rozgorzała dyskusja na temat organizacji pracy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego. Przyjrzyjmy się zatem wszystkim obecnym i potencjalnym interesariuszom, tworzącym grupę zawodową tzw. personelu medycznego nielekarskiego, kiedyś zwanego średnim i niższym.

Obecnie najtrafniej określa się tę grupę jako personel sfery opieki nad pacjentem, czyli opiekujący się chorym, ale niepodjemujący samodzielnych decyzji leczniczych.

Pielęgniarki

Pielęgniarki są największą medyczną grupą zawodową na świecie, liczącą według WHO ok. 19,3 mln osób, posiadającą wielowiekowe tradycje, etykę zawodową oraz ugruntowaną rolę w każdym systemie ochrony zdrowia. W naszym kraju kwalifikacje zawodowe pielęgniarek w ostatnich dziesięcioleciach systematycznie wzrastają. W ubiegłym wieku standardem było wykształcenie zawodowe na poziomie licealnym i policealnym, a obecnie jest to wykształcenie na poziomie uniwersyteckim – licencjackie czy magisterskie.

Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce mamy 309 493 zarejestrowane pielęgniarki i położne, z czego pracują 239 193. Wskaźnik zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na 100 tys. obywateli wynosi 803, a jeśli weźmiemy pod uwagę tylko wykazane w statystykach NIPiP jako zatrudnione – 621.

Według KE (statystyka ECHI za rok 2009) średni wskaźnik pielęgniarek i położnych na 100 tys. populacji w UE wynosi 646. Dla porównania, w Wielkiej Brytanii statystyki Rady Pielęgniarek i Położnych (NMC) wykazują 676 tys. zarejestrowanych pielęgniarek i położnych, co daje wskaźnik 1008 na 100 tys. populacji. Interesujący jest fakt, że 49 tys. pielęgniarek brytyjskich ma prawo wypisywania recept i zlecania leków. W USA jest zatrudnionych 2,6 mln pielęgniarek i położnych (RN), a wskaźnik wynosi 836 na 100 tys. osób. W USA 106 tys. pielęgniarek ma prawo do działań leczniczych jako tzw. pielęgniarki praktykujące. Dodatkowo w USA funkcjonują niżej kwalifikowane pielęgniarki, tzw. LPN – ok. 700 tys. Dla porównania, wskaźnik liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych w odniesieniu do liczby lekarzy kształtuje się następująco (liczba pielęgniarek i położnych na jednego lekarza): Polska 2, Wielka Brytania 2,85, USA 2,75, UE 1,86. Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że Europa kontynentalna cechuje się mniejszą liczbą pielęgniarek w odniesieniu do liczby obywateli oraz liczby praktykujących lekarzy niż USA i Wielka Brytania, a polskie wskaźniki w zasadzie nie odbiegają od średniej europejskiej. Poza Wielką Brytanią w UE raczej nie spotkamy pielęgniarek uprawnionych do prowadzenia leczenia, w tym do wypisywania recept na leki i wydawania zleceń.

Asystenci medyczni

W grupie asystentów medycznych mieszczą się zawody pomocnicze sfery opieki nad pacjentem. Jednym z nich są opiekunowie medyczni (pomocnicy pielęgniarek), kie-

dyś znani u nas jako sanitariusze. Można śmiało powiedzieć, że jest to grupa dość dynamicznie się rozwijająca i znacznie odciążająca wyżej kwalifikowane pielęgniarki w czynnościach pielęgnacyjnych, takich jak higiena pacjenta, karmienie, transport wewnętrzny czy nawet ocena podstawowych funkcji życiowych, jak to jest szeroko praktykowane np. w USA. W USA na pielęgniarkę przypada około 0,5 opiekuna medycznego, tam zwanego pomocnikiem pielęgniarskim (NA), nie licząc innych zawodów pomocniczych. Asystenci medyczni są dobrym uzupełnieniem zespołów medycznych w praktyce ambulatoryjnej, to właśnie oni wazą, mierzą pacjentów, kierują ich ruchem i przygotowują do badania lekarskiego.

Sekretarki medyczne

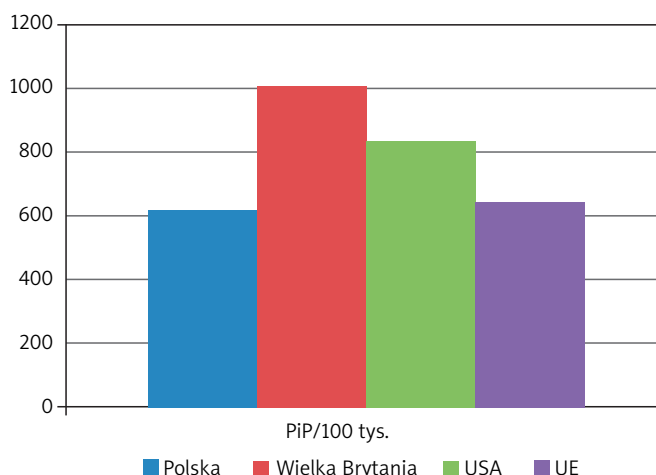
Rola sekretarki medycznej wybiega poza sprawy związane z historiami chorób i wypisami. Dobrze funkcjonująca asystentka biurowa danego obszaru medycznego jest w stanie znacznie odciążyć pielęgniarki, a także lekarzy w czynnościach biurowych i komunikacyjnych. W naszym kraju dominuje raczej funkcja typowo sekretarska, najczęściej przy gabinecie ordynatora. Takie rozwiązanie znacznie ogranicza efektywność i szersze wykorzystanie możliwości tego zawodu. W szpitalach brytyjskich czy amerykańskich każdy obszar medyczny ma swojego urzędnika biurowego (tzw. *Unit Clerk*), który jest uważany za postać niemalże kluczową.

Technicy medyczni

Postępująca technicyzacja medycyny wymaga czasochłonnej obsługi coraz to większej liczby urządzeń. Biegłość w obsłudze aparatury wiąże się z odpowiednim przeszkoleniem, które oczywiście może być i jest częścią kompetencji pielęgniarek. Wymagania efektywności kosztowej i ergonomiki wskazują jednak na znaczne korzyści z zatrudniania techników do obsługi bardziej skomplikowanej aparatury. Standardem jest u nas obsługiwanie aparatów RTG przez techników, ale optymalizacja nie dokonała się jeszcze w obsłudze USG (technik USG), respiratorów (technik terapii oddechowej) czy urządzeń monitorujących zapis EKG (technik telemetrii). Choć część z tych zadań należy do lekarzy, to jednak częściowo np. technik terapii oddechowej może wyręczać pielęgniarki w podawaniu tlenu, preparatów wziewnych i inhalacjach. Technik laboratoryjny, tzw. flebotomista, może już znacznie odciążyć pielęgniarki, gdyż nie ma merytorycznej potrzeby, aby wszystkie pobrania krwi od pacjentów hospitalizowanych wykonywały pielęgniarki. Technik EKG może wykonywać wszystkie zapisy EKG, a także zastąpić całkowicie pielęgniarki w funkcji asystenta testów wysiłkowych.

Ratownicy medyczni

Ratownicy medyczni to coraz liczniejsza i bardziej doświadczona grupa zawodowa, która już prawie całkowicie zastąpiła pielęgniarki w ambulansach. Ratownicy

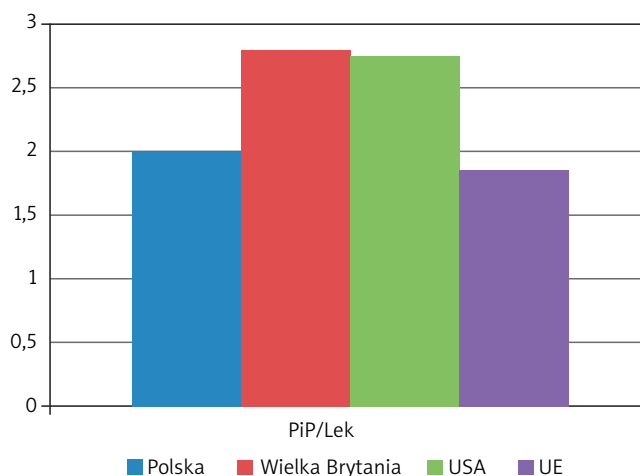


Rycina 1. Wskaźnik liczby pielęgniarek i położnych (PiP) na 100 tys. obywateli (referencje w tekście, wyliczenia własne)

z powodzeniem pomagają także w izbach przyjęć oraz SOR szpitali. Ich przykład może być wzorem do wykorzystania w innych obszarach, gdzie priorytetem powinno być wykorzystanie personelu zgodnie z zasadą optymalizacji kadrowej (o ratownikach pisałem szczegółowo w poprzednim numerze „Menedżera Zdrowia”). Tu ciekawa uwaga: ze względu na brak lub niedobór urzędów do podnoszenia pacjentów z łóżka w polskich szpitalach tę czynność najczęściej wykonują pielęgniarki, w ponad 90 proc. kobiety, pracując ponad swoje siły. Szersze wykorzystanie ratowników w szpitalu mogłoby odciążyć (dosłownie) pielęgniarki także od tego obowiązku.

Menedżerowie medyczni średniego stopnia

Funkcję menedżerów medycznych średniego stopnia od wielu lat pełnią u nas prawie wyłącznie lekarze (ordynatorzy) oraz pielęgniarki (oddziałowe). Wielu dyrektorów szpitali i ekspertów uważa, że właśnie na tym szczeblu zarządzanie jest kluczowe i wymaga znacznej poprawy. Oczywiście lekarze i pielęgniarki są w stanie nauczyć się zarządzania i być skutecznymi menedżera-



Rycina 2. Wskaźnik liczby pielęgniarek i położnych (PiP) przypadających na lekarza (Lek) (referencje w tekście, wyliczenia własne)

mi. Należy zadać sobie jednak pytanie, czy w obliczu konieczności utrzymania wysokiej sprawności klinicznej oraz wypalania się zawodowego, nie należałoby spróbować znacznie szerzej wprowadzić menedżerów bez wykształcenia medycznego do naszych szpitali. Liczne przykłady z krajowego sektora ambulatoryjnego oraz międzynarodowa praktyka zarządzania szpitalami wskazują na spore możliwości odciążenia personelu medycznego także w obszarze zarządczym na szczeblu średnim. Kolejną dziedziną jest zarządzanie ryzykiem. Ten temat, jakże aktualny w obecnej sytuacji, to szansa dla pielęgniarek, a może i nowego zawodu menedżera ryzyka i zarządzającego jakością w ochronie zdrowia.



„ Pielęgniarki to największa medyczna grupa zawodowa na świecie, licząca według danych WHO ok. 19,3 mln osób „

Kalifornia i jej doświadczenia

W roku 1999 w stanie Kalifornia rozpoczęto prace nad ustawą AB394, która po raz pierwszy w USA wprowadzała normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach. Stanowe ministerstwo zdrowia przez ponad kilka lat prowadziło rozmowy i negocjacje ze stanowym stowarzyszeniem pielęgniarek oraz stanową federacją szpitali celem wypracowania optymalnych norm zatrudnienia. Do rozmów zaproszono także związki zawodowe. Bardzo interesującym tematem w dyskusji była obawa, że wprowadzenie (wyższych) norm zatrudnienia pielęgniarek może negatywnie wpłynąć na liczbę pomocniczego personelu medycznego. Oczywiście celem wprowadzenia norm było zapewnienie bezpieczeństwa i lepszej jakości opieki nad pacjentami. Ostatecznie ustawę uchwalono w 2003 r., a jej zapisy wprowadzono w życie z początkiem 2004 r. Całkiem niedawno prestiżowe Narodowe Biuro Badań Ekonomicznych z Cambridge w stanie Massachusetts pod-

dało szczegółowej analizie efekty wprowadzonej ustawy. W raporcie NBER opublikowanym w czerwcu 2010 r. stwierdzono, że choć ustawa była skuteczna we wprowadzeniu norm zatrudnienia pielęgniarek, nie stwierdzono jej wpływu na poprawę bezpieczeństwa pacjentów.

Plan dla Polski

Można zaryzykować stwierdzenie, że w porównaniu ze średnimi unijnymi pielęgniarek w naszym kraju nie jest za mało. Problem starzenia się tej grupy zawodowej jest odczuwalny, ale występuje on także w innych krajach UE. Więcej pielęgniarek, szczególnie w stosunku do liczby lekarzy, jest w USA i Wielkiej Brytanii oraz innych krajach o modelu anglosaskim ochrony zdrowia (Kanada, Australia i Nowa Zelandia). Bardzo niepokojący jest natomiast fakt tradycyjnego myślenia o roli pielęgniarki w szpitalu jako osoby, która wykonuje wszystkie czynności opieki nad pacjentem, a dodatkowo liczne prace biurowe, ostatnio zaś też zarządcze i jakościowe. Tego typu myślenie prowadzi do niesłusznego – moim zdaniem – wniosku o konieczności zwiększenia czy też, co jest nawet bardziej niebezpieczne, usztywnienia i centralnego uregulowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Takie myślenie nie sprzyja także wprowadzaniu nowoczesnych metod zarządzania i racjonalizacji gospodarki polskimi podmiotami leczniczymi. Nie należy traktować dyrektorów szpitali, dyrektorów medycznych ani pielęgniarek naczelnych jako osób dążących do narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo i wspólnie niezdolnych do podejmowania dobrych decyzji.

Podczas niedawnej konferencji programowej Polskiej Federacji Szpitali, w której wzięło udział prawie 50 menedżerów szpitali, stwierdzono, że rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które jest wymagane ustawą, powinno wyglądać następująco: kierujący przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego zobowiązany jest do zapewnienia takiej liczby pielęgniarek, położnych oraz pomocniczego personelu medycznego, która zapewni bezpieczeństwo pacjentów oraz sprawne funkcjonowanie podmiotu (i tu koniec, kropka, jedno zdanie!). Dalszych regulacji (czytaj: nadregulacji) na poziomie centralnym nie potrzeba. Konieczne są natomiast szybkie prace legislacyjne i edukacyjne nad wprowadzeniem do polskiego systemu ochrony zdrowia kosztowo efektywnych rozwiązań kadrowych, na przykład możliwości znacznie szerszego szkolenia i zatrudniania pomocniczego personelu medycznego i uwzględniania tego typu nowoczesnych rozwiązań jako spełniających standardy zatrudnienia i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. W trudnej sytuacji ochrony zdrowia w naszym kraju musimy myśleć przede wszystkim kategoriami efektywności kosztowej, a unikać mechanicznego produkowania wymagań pozornie zapewniających wyższą jakość rzekomo bez ponoszenia kosztów.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali