

Czas skończyć z pozornym oszczędzaniem

Z **Zofią Małas**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, rozmawiają **Natalia Klein** i **Tomasz Michałek**

Pani Prezes, proszę przyjąć gratulacje z okazji objęcia funkcji Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jakie są najważniejsze wyzwania oraz cele, które założyła sobie Pani obejmując tę funkcję?

Dziękuję bardzo. Ten wybór jest dla mnie ogromnym wyzwaniem. Przede wszystkim, środowisko oczekuje, że w tej kadencji uda nam się zatrzymać pauperyzację zawodu pielęgniarki i położnej, bo nastąpiła ona w dużym stopniu. Z jednej strony, zawody pielęgniarki i położnej, jeżeli są oceniane przez społeczeństwo, znajdują się bodaj na trzeciej pozycji wśród zawodów zaufania społecznego. Z drugiej strony, mamy problem z ciągle zmniejszającą się liczbą pielęgniarek w systemie. Problem stanowi także średnia wieku pielęgniarek, która grozi brakiem zastępowalności, widocznym już teraz. Ponadto w większości krajów Unii Europejskiej, funkcjonuje zawód pomocniczy, którego zadaniem jest wykonywanie prostych czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, oczywiście pod nadzorem pielęgniarskim. To jest tańsze rozwiązanie, bo pielęgniarki i położne wykonują wtedy czynności wysoce specjalistyczne i mogą więcej czasu poświęcić na edukację pacjenta i jego rodziny. A jeśli pacjent wyjdzie ze szpitala wyedukowany, być może opóźni to jego powrót do leczenia zamkniętego. Obecnie jednak, wciąż brakuje pielęgniarkom czasu na edukację pacjenta.

Jak ocenia Pani obecny stan świadczeń opieki długoterminowej w Polsce w kontekście starzejącego się społeczeństwa?

Uważam, że opieka długoterminowa w Polsce jest bardzo niewydolna, biorąc pod uwagę fakt kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej domowej. W Polsce nie wystarcza środków na szeroki dostęp do opieki domowej, na przykład dla pacjentów starszych, niewydolnych psychosomatycznie. Co więcej, na Zachodzie dawno już stwierdzono, że tańsza jest opieka długoterminowa domowa niż szpitalna. Dla przykładu, w systemie niemieckim, pielęgniarka spędza cały dzień z pacjentem chorym psychosomatycznie, ponieważ jest to tańsze niż pobyt tego pacjenta w szpitalu. Według mnie, powinno się przenieść opiekę długoterminową do domu, do środowiska pacjenta. Tymczasem w Polsce, pacjenci często przebywają na oddziałach

szpitalnych, dlatego że opieka pielęgniarska w środowisku jest niewystarczająca ze względu na niskie kontraktowanie.

Proszę określić jak, według Pani Prezes, powinien wyglądać optymalny model opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce? Jaka rola miałaby być przypisana pielęgniarce w takim modelu?

Dla pielęgniarek w opiece długoterminowej domowej, priorytetem powinno być zapobieganie powstawaniu odleżyn i przykurczów. Praca pielęgniarki opieki długoterminowej domowej powinna rozpocząć się od oceny ryzyka powstawania odleżyn - obejrzenia ciała pacjenta od czubka głowy do pięt. To zajmuje czas, ale przy systematycznym wykonywaniu takich czynności, pielęgniarce nie umknie ryzyko powstania odleżyny.



Zofia Małas

Na rynku ochrony zdrowia coraz bardziej odczuwalny jest brak pielęgniarek. Co zamierza Pani zrobić jako Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, aby powstrzymać ten niepokojący trend?

Jest to bardzo duże wyzwanie. Praca pielęgniarki daje bardzo dużą satysfakcję, co wiem z własnego doświadczenia. Jest to jednak praca trudna i fizycznie, i psychicznie, wymagająca dużego profesjonalizmu. Polskie pielęgniarki często są przeciążone, mają pod opieką zdecydowanie zbyt dużą liczbę pacjentów. Co więcej, w grupie zawodów specjalistycznych, średnie wynagrodzenie pielęgniarki jest na samym końcu - 3300 zł brutto. Mamy także bardzo dużo absolwentek, które są zatrudniane na najniższej płacy - ok. 1850 zł brutto. Jeżeli młode osoby wiedzą, że otrzymają tak niewielkie pieniądze, a w pracy będą przeciążone i być może nie zdążą wykonać wszystkich obowiązków, zniechęcają się do zawodu. Jest to także praca obciążona dużą odpowiedzialnością. W związku z tym, średnio tylko 40% absolwentek wydziałów pielęgniarskich podejmuje zawód pielęgniarki lub położnej, a pozostałe 60% wybiera inne zawody - np. administrację. Dlatego rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia o możliwym programie stażów podyplomowych dla młodych absolwentek pielęgniarstwa, w ramach którego młode pielęgniarki otrzymałyby większe niż obecnie wynagrodzenie. Być może to przyciągnęłoby więcej młodych osób do zawodu pielęgniarki.

Wśród osób niesamodzielnych, dużą część stanowią pacjenci cierpiący na problem nietrzymania moczu. NTM dotyczy jednak zróżnicowanej grupy społecznej, w tym osób młodszych i aktywnych zawodowo. W jaki sposób, Pani zdaniem, można przełamywać tabu towarzyszące problemowi NTM?

W naszym społeczeństwie pokutuje tabu dotyczące wstydlivych chorób. Jednakże, oczywiste jest, że choroba głowy czy choroba serca niczym nie różni się od chorób związanych z dysfunkcją czynności fizjologicznych, takich jak nietrzymanie moczu. Takie tabu nie powinno zatem występować. Wymaga to jednak edukacji pacjenta - chory powinien otwarcie, bez wstydu mówić o swojej dysfunkcji. Istnieje tu ogromne pole do edukacji pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne, bo problem dotyczy również młodych kobiet w okresie prokreacyjnym. Najważniejszą kwestią jest zbudowanie świadomości pacjenta, żeby bez wstydu mówił o problemie.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Bardzo duży odsetek młodych matek odkrywa problem z utrzymaniem moczu po porodzie. Zazwyczaj nikt im wcześniej o tym nie mówi, w konsekwencji na początku nie wiedzą, jak z tym sobie radzić. Czy widzi tutaj Pani rolę położnych, które mogłyby wprowadzać w tę tematykę przyszłe matki już na etapie szkoły rodzenia?

Za mało mamy jeszcze w Polsce profesjonalnych szkół rodzenia, w których kobiety mogłyby być edukowane również w zakresie możliwych powikłań związanych z NTM, a podczas ciąży lekarze nie mają czasu edukować pacjentek. Marzy się mi model, w którym kobieta jest pod opieką jednej położnej przez cały okres trwania ciąży. To właśnie położna prowadząca pacjentkę powinna diagnozować ewentualne patologie ciąży oraz edukować kobietę zarówno w trakcie ciąży, jak i po urodzeniu dziecka, także odnośnie możliwych dysfunkcji związanych z trzymaniem moczu.

Dużym problemem dla osób cierpiących na NTM w Polsce jest limit na refundowane środki absorpcyjne. Obecnie wynosi on 60 sztuk miesięcznie, co daje średnio 2 sztuki na dobę. Co więcej, samo nietrzymanie moczu nie uprawnia pacjentów do otrzymania refundowanych środków – muszą oni dodatkowo posiadać jedną z określonych w rozporządzeniu jednostek chorobowych. Jak ocenia Pani obowiązujące przepisy w zakresie dostępu do środków absorpcyjnych?

Uważam, że pacjent powinien otrzymać tyle środków absorpcyjnych i innych środków pomocniczych, ile potrzebuje. W zasadzie, wyroby te nie powinny być limitowane. Zaopatrzenie w wyroby medyczne to wciąż nierozwiązany problem. Według mnie, limity, podobnie jak w przypadku stomii, są niewystarczające. Dwie sztuki to zdecydowanie

za mało. Porównuję tę sytuację do noworodków i do tego, ile pieluch zużywa się w ich pielęgnacji. A przecież mówimy o osobach dorosłych.

Według mnie, limitowanie tego typu wyrobów jest pozorną oszczędnością. Jest to nieuzasadnione ekonomicznie. Zbyt drogie jest oszczędzanie na podstawowych akcesoriach pielęgnacyjnych, ponieważ rodzi to daleko idące konsekwencje zdrowotne u pacjenta. Jeżeli pacjent będzie leżał w mokrych pieluchomajtkach, ponieważ ma tylko dwie sztuki

na dobę, bardzo szybko powstanie u niego odleżyna. Później taki pacjent trafi do szpitala, a leczenie ran przewlekłych związanych z odleżynami jest bardzo

drogie. Nie mówiąc już o cierpieniu, bólu pacjenta, zakażeniach z tych związanych i całym łańcuszkiem zdarzeń, których można by uniknąć, gdyby pacjent miał na przykład cztery, a nie dwie sztuki środków na dobę. Dwóch sztuk nie można nawet nazwać minimum.

Po urodzeniu dziecka, przez sześć tygodni, młodym matkom przysługuje pomoc położnych środowiskowych. Zastanawiające jest, że taka położna musi posiadać kwalifikację z zakresu ginekologii, neonatologii, seksuologii, psychologii, socjologii itd. ale już nie obejmuje to uroginekologii. Czy nie należałoby tego zmienić?

Jako samorząd zawodowy, chcielibyśmy opracować standardy, w tym standardy uroginekologiczne. Obecnie jednak, położne zdobywają wiedzę o tym problemie, np. uczestnicząc w konferencjach dla lekarzy ginekologów i urologów. Na takich kongresach lekarze ginekolodzy rozmawiają wspólnie z lekarzami urologami o problemach związanych z nietrzymaniem moczu i dysfunkcjami układu moczowego. Obszar edukacji w tym zakresie powinien być zdecydowanie zwiększony.

Jaka jest Pani opinia na temat możliwości wypisywania przez pielęgniarki recept oraz zleceń na wyroby medyczne?

Pielęgniarki już wypisują zlecenia na wyroby medyczne. Środowisko nie oprotestowało tej zmiany. Natomiast, w przypadku wypisywania recept, sytuacja wygląda trochę inaczej. Pielęgniarka nie może być skrybą, czyli przepisywać recepty na zlecenie lekarza. Kształcenie pielęgniarki jest zbyt drogie, aby zajmowała się ona przepisywaniem recepty, ponieważ z powodzeniem tą czynnością może zajmować się sekretarka medyczna. Czym innym jest ordynowanie leków. Środowisko zgadza się na wykonywanie tej czynności, ale niekoniecznie w szpitalu. Lepszym rozwiązaniem jest ordynowanie leków w środowisku, w domu, np. w sytuacji, gdy konieczna jest kontynuacja leczenia. Jednakże, uważamy, że wraz z większą ilością obowiązków, powinny iść również większe wynagrodzenia.