

# Nowy zawód medyczny - opiekun medyczny

Elżbieta Szwałkiewicz

**Po latach oczekiwań został utworzony nowy zawód opiekuna medycznego. Ten moment jest szczególnie ważny dla wszystkich osób niesamodzielnych oraz ich rodzin. Poniżej przedstawiamy artykuł Elżbiety Szwałkiewicz - współinicjatorki powołania tego zawodu.**

**P**rawne zaistnienie zawodu opiekuna medycznego nastąpiło w 2007 roku z chwilą wpisania go do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860).

Zawód opiekun medyczny został także wpisany do projektu ustawy o zawodach medycznych. W połowie sierpnia ubiegłego roku, Departament Nauki i Szkolnictwa Wzszego Ministerstwa Zdrowia zamieścił na stronie internetowej informację, iż zainteresowane szkoły począwszy od roku szkolnego 2007/2008 mogą prowadzić nabór na kształcenie w ww. zawodzie. Ministrem właściwym dla zawodu opiekun medyczny jest Minister Zdrowia.

Kształcenie w zawodzie opiekun medyczny może być realizowane w:

#### **szkołach policealnych:**

- dla młodzieży w jednorocznym okresie nauczania;
  - dla dorosłych (w systemie stacjonarnym i zaocznym) w jednorocznym okresie nauczania;
- zasadniczych szkołach zawodowych wyłącznie dla dorosłych w dwuletnim okresie nauczania.**

Kluczowe słowa dla tego zawodu to: niepełnosprawność, niesamodzielność, podstawowe potrzeby, pielęgnacja, opieka, kompensowanie, adaptacja.

Istotą profesji są działania pielęgnacyjne i opiekuńcze, świadczone w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą lub urazem są niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnej egzystencji. Zakres profesjonalnego postępowania odnosi się do podstawowych potrzeb życiowych osoby niesamodzielnej oraz jej adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością.

Profesjonalizm opiekuna medycznego wyrażać się będzie w umiejętności rozpoznania i uaktywnienia rezerw somatycznych i psychicznych człowieka niesamodzielnego oraz wykorzystania nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności w realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Przełoży się to bezpośrednio na efekt adaptacji i lepszą jakość życia człowieka chorego i niesamodzielnego.

Opiekun medyczny powinien mieć świadomość znaczenia swego oddziaływania i wpływu na tworzenie warunków do zwiększania niezależności chorej osoby niepełnosprawnej, co wyrażać się będzie w poczuciu odpowiedzialności za skutki swego postępowania.

Zakres kompetencji i odpowiedzialności opiekuna medycznego

#### **I. Podstawowa pielęgnacja (czynności pielęgnacyjne) - pomoc przy:**

- higienie osobistej (kąpiel, prysznic, mycie, mycie zębów, czesanie, golenie)
- żywieniu (przygotowanie pokarmów do spożycia, jedzenie i picie)
- wydalaniu
- poruszaniu się (opuszczanie i wracanie do łóżka, ubieranie i rozbieranie, wstawanie i chodzenie, chodzenie po schodach, wychodzenie z mieszkania i wracanie do niego),

#### **II. Bezpieczeństwo (czynności opiekuńcze):**

- fizyczne (bezpieczeństwo w otoczeniu)

- socjalne (podstawowe potrzeby społeczne - zwykłe, regularnie powtarzane czynności, niezbędne w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym: zakupy, gotowanie, sprzątanie mieszkania, zmywanie, wymiana i pranie bielizny oraz odzieży, ogrzewanie)

#### **III. Komunikowanie się:**

- pełnienie ról społecznych,
- załatwianie spraw w urzędach, przychodni,
- wsparcie psychiczne w doświadczeniach egzystencjalnych (samotność, cierpienie, umieranie).

Najważniejszą metodą postępowania będzie proces pielęgnowania rozpoczynający się od rozpoznania potrzeb, a następnie ustalenie i zrealizowanie planu postępowania oraz ocena osiągniętego efektu.

Założony efekt działania, opiekun medyczny, może osiągnąć poprzez indywidualnie dobrane metody pracy, np. asystowanie, wspieranie, wyłączenie osoby niesamodzielnej, wykorzystanie nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności.

Celem powołania do życia tego zawodu, było przede wszystkim zapobieganie skutkom zdrowotnym wynikającym z zaniedbań pielęgnacyjnych. Pod uwagę brano także społeczne i ekonomiczne skutki niesamodzielności. Pozytywne skutki ekonomiczne wynikać będą z ograniczenia kosztów leczenia szpitalnego, kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań pielęgnacyjnych takich jak odleżyny, zapalenia płuc, przykurcze, urazy, niedożywienie i odwodnienie. Możliwość zatrudnienia opiekunów medycznych w szpitalach, zwolni pielęgniarzy z konieczności wykonywania czasochłonnych czynności pielęgnacyjnych. Pomoże także dyrektorom szpitali poradzić sobie, chociaż częściowo, z narastającym brakiem pielęgniarek.

Powstanie licznej kadry opiekunów medycznych umożliwi wielu chorym osobom, niepełnosprawnym i niesamodzielnym, stałe przebywanie w swoim środowisku, poprawę jakości ich życia oraz podtrzymanie aktywności społecznej.

Etos zawodowy wyrażać się będzie w profesjonalnej trosce personelu pielęgniarzkiego i opiekuńczego o człowieka, który z powodu choroby lub urazu ma zaburzony mechanizm przystosowywania się do środowiska i bez pomocy innych osób nie może przetrwać. ■

▶ z kilku złotych za sztukę zrobią się dziesiątki milionów, których zabraknie na zaopatrzenie pierwszej potrzeby. A trzeba tu podkreślić fakt rzadko gdzie podkreślany, że bieżący rok jest wyjątkowo napiętnowany niesprawdliwym dla przedmiotów ortopedycznych i pomocniczych podziałem budżetu NFZ. W tym roku za ledwie około 1,3% tego budżetu przeznaczają się na ten cel. Tak źle już dawno nie było. Nie chcę za wszystko winić poprzedniej ekipy rządowej ale, no cóż, fakty same mówią za siebie. Bez większych środków wszelkie zmiany rozporządzeń, to będzie tylko pisanie patykiem na wodzie. Oczywiście, wlanie góry pieniędzy w obecny system, nie da oczekiwanej poprawy

sytuacji w zaopatrzeniu, ponieważ jest kilka koncernów, które potrafią przekonywać lekarzy do zalecania określonego produktu, nawet, gdy nie bardzo on już służy pacjentowi. Tak, moim zdaniem jest np. w kwestii aparatów słuchowych. Jednym z największych braków obecnego systemu zaopatrzenia jest brak odpowiedzialnych i weryfikowalnych lekarzy specjalistów zlecających określony sprzęt. Dziś trudno uzyskać fachową poradę lekarza, który dobrałby protezę, gorset, czy wózek do rzeczywistych potrzeb i możliwości aktywnego życia pacjenta. Tzw. porada, za którą płaci NFZ ogranicza się do wypisania zlecenia na sprzęt. Jest ono na tyle nieprecyzyjne, że pacjent jest zdany na facho-

wość i uczciwość firmy sprzedającej dany asortyment, a z tym bywa różnie. W tym układzie w zasadzie nie ma możliwości zweryfikowania faktu, czy pacjent otrzymał to, czego potrzebuje, czy też to co chce sprzedać mu sklep. Dlatego będę postulował o to, aby zlecenia na sprzęt ortopedyczny były bardziej szczegółowe i aby wydawali je lekarze o wyższych kwalifikacjach, co zmniejszy nadużycia. Udostępnienie pacjentowi fachowej i pełnej porady przed nabyciem sprzętu uważam za trzeci element niedozwolny do wprowadzenia w system zaopatrzenia, o którym mówimy. Z powodzeniem stosuje się to rozwiązanie np. w Czechach. ■