KONGRES POZ - SOPOT 5 maja 2016

5 maja 2016 odbył się w Sopocie Kongres POZ zorganizowany przez Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych. KOPIP jest organizacją działającą jak sama nazwa wskazuje w obronie pielęgniarek i położnych. Celem KOPIP jest informowanie społeczeństwa o problemach pielęgniarek i położnych, ale też przekonanie pacjentów, że postulaty środowiska pielęgniarek i położnych mają na celu podniesienie jakości świadczeń, a więc są to działania na rzecz pacjenta.

Kongres POZ zorganizowano w związku ze zmianami jakie Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić w POZ, a mianowicie doprowadzenie do rozwiązań, które będą miały charakter skoordynowany, a koordynatorem tej szeroko pojętej opieki miałby być lekarz rodzinny.

W kongresie uczestniczyli przedstawiciele Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych z całej Polski, Prezes Naczelnej Rady Zofia Małas, Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych Lucyna Dargiewicz, przedstawiciele Związku Pracodawców, samorządowcy, pielęgniarki i położne z całej Polski.

Kongres rozpoczęli liderzy KOPIP Anna Czarnecka, Ilona Kwiatkowska-Falkowska, Krystyna Dębkowska oraz Sebastian Irzykowski. Zaprezentowali oni zebranym min. wypowiedzi Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, Prezesa PZ Jacka Krajewskiego , z których wynikało, że wg. ich koncepcji należy dążyć do tworzenia w POZ zespołów składających się z lekarza, pielęgniarki , położnej i innych pracowników medycznych, w celu zapewnienia szeroko pojętej opieki z ogromnym naciskiem na profilaktykę i wczesne rozpoznanie, a liderem i koordynatorem tej opieki miałby być lekarz POZ.

Po wystąpieniach liderów KOPIP rozpoczęła się druga część Kongresu. Jako pierwsza głos zabrała Dorota Kiliańska, która przedstawiła obecne oczekiwania-zadania WHO wobec pielęgniarek POZ, skutkujące wprowadzeniem do ochrony zdrowia Pielęgniarki Zdrowia Rodziny, jako kluczowego ogniwa podstawowej opieki zdrowotnej, które może wzmocnić system ochrony zdrowia i pomóc w poprawie dostępności do świadczeń, zmniejszając tym samym wykluczenie pacjentów. Zadania wyznaczone dla Pielęgniarki Zdrowia Rodziny (FHN) mają stanowić wsparcie dla społeczności lokalnych, i uważane są za niezbędne do realizacji kompleksowej opieki w POZ. Kompetencje FHR pozwolą na promowanie , ochronę i przywracanie zdrowia jednostki i rodziny środowisku, w ciągu całego życia, poprzez redukcję głównych problemów zdrowotnych, wypadków i urazów. Analizując zaproponowane przez WHO kompetencje FHN oraz zadania pielęgniarki POZ , można zauważyć wiele podobieństw i można uznać, że w Polsce kompetencje Pielęgniarki Zdrowia Rodziny realizuje pielęgniarka POZ, od której społeczeństwo oczekuje wszechstronnej, całościowej opieki. jako

następna wystąpiła Beata Wieczorek –Wójcik, która jako rozwinięcie poprzedniego wystąpienia przedstawiła szwedzkie doświadczenia w opiece skoordynowanej, oraz postulowaną rolę i usytuowanie pielęgniarki w systemie POZ.

Izabela Ćwiertnia Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego z Krakowa przedstawiła idee pielęgniarstwa rodzinnego , oraz swoje doświadczenia w pracy jako pielęgniarka rodzinna. Z przedstawionych przez nią analiz jasno wynikało, że rozkład pracy pielęgniarki w ciągu jednego dnia w domu chorego i gabinecie w zależności od formy zatrudnienia pielęgniarki środowiskowej jest uzupełnia różny. Pielęgniarka środowiskowa pracująca jako samodzielny świadczeniodawca spędza w środowisku-domu chorego 80% swojego czasu, a tylko 20% w gabinecie, podczas gdy pielęgniarka zatrudniona w strukturach lekarza POZ 85% czasu w gabinecie, a 15% w środowisku wykonując głównie zlecenia lekarskie. Na podstawie swoich obserwacji wskazała też, że odrębne kontraktowanie świadczeń medycznych określonej grupy zawodowej wchodzącej w skład zespołu interdyscyplinarnego zwiększa samodzielność poszczególnych świadczeniodawców, co przynosi wymierne korzyści dla pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Największe zainteresowanie wzbudziło jednak wystąpienie Pani Marii Matusiak, członka NRPIP, członka zespołu do opracowania strategii rozwiązań systemowych zakresie POZ. Rozpoczęła Ona od informacji, iż w skład 22 osobowego zespołu wchodzą tylko 4 pielęgniarki i od 4 maja 1 położna (zespół pracuje od stycznia 2016), głosowanie odbywa się zwykłą większością głosów - w związku z tym szanse „wprowadzenia" do ustawy proponowanych przez środowisko pielęgniarek i położnych założeń są małe, a wypracowane przez zespół założenia mają być wykorzystane do przygotowania projektu założeń do ustawy o POZ. Ustawa ma przyczynić się do: poprawy dostępności, jakości, bezpieczeństwa; zwiększenia efektywność POZ , ułatwienia działalności personelu medycznego; przyczynić się do zachowania i poprawy zdrowia społeczeństwa. Założenia te mają być osiągnięte poprzez wprowadzenie koordynowanej opieki zdrowotnej, określonej jako sieć współpracujących ze sobą dostawców usług medycznych, utworzonych przez menagerów przejmujących odpowiedzialność finansową i organizacyjną za zapewnienie dostępu do stosownie szerokiego zakresu usług medycznych, koordynujących opiekę nad swoim pacjentem, zapewniając ciągłość leczenia i wewnętrzny nadzór nad jakością.

<u>O co postulowali przedstawiciele pielęgniarek i położnych</u>:

-powrót do nazwy pielęgniarka, położna <u>rodzinna,</u>

-wprowadzenie definicji oraz zakresu zadań dla pielęgniarki pracującej w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień, a tym samym rozdzielenie zadań pielęgniarki rodzinnej od pielęgniarki pracującej w gabinecie zabiegowym, punkcie szczepień,

-zachowanie samodzielności zawodowej i gospodarczej poprzez:

-zachowanie odrębnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki POZ , położnej POZ,

-odrębne kontraktowanie świadczeń dla poszczególnych zakresów POZ tj. pielęgniarek rodzinnych, położnych rodzinnych, pielęgniarek w środowisku nauczania wychowania

-wprowadzenie e-dokumentacji,

-wdrożenie ICNP,

-dodatkowe zadania dla pielęgniarek, położnych finansowane odrębnie,

-wprowadzenie rezydentur w specjalizacjach dla pielęgniarek i położnych,

-wprowadzenie do POZ Pielęgniarki Zdrowia Rodziny.

Jakie korzystne zapisy uzyskaliśmy:

-powrót do nazwy pielęgniarka, położna rodzinna,

-wprowadzenie rezydentur w specjalizacjach dla pielęgniarek i położnych,

-promowanie rozwoju pielęgniarstwa rodzinnego,

-zapewnienie równomiernego finansowania świadczeniodawców w poszczególnych zakresach tj. lekarzy, pielęgniarek, położnych POZ , bez różnicowania ze względu na formę organizacyjno-prawną podmiotu,

-utrzymanie odrębnie finansowanej medycyny szkolnej,

-wprowadzenie obowiązkowych szkoleń podnoszących kwalifikacje pielęgniarek i położnych POZ,

-promowanie oraz uświadamianie pacjenta o możliwości wyboru pielęgniarki POZ, położnej POZ udzielającej świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta,

-zwiększenie w POZ personelu medycznego, w tym pielęgniarek i położnych,

-zwiększenie roli pielęgniarki w zapewnianiu ciągłej opieki prewencyjnej nad pacjentem,

-poszerzenie zakresu zadań pielęgniarki, położnej POZ wraz z zapewnieniem odpowiedniego finansowania,

-zwiększenie roli i zadań pielęgniarek i położnych w realizacji programów profilaktycznych.

Zapisy niekorzystne:

-wymóg deklaracji współpracy lekarzy i pielęgniarek,

-zachęty finansowe do tworzenia zespołów medycyny rodzinnej, świadczącej wszechstronną opiekę lekarza, pielęgniarki, położnej, koordynowanych przez lekarza,

-promocja i wspieranie przez instytucje państwowe funkcji koordynacyjnej lekarza POZ,

-rozwój budżetu powierzonego obejmującego zakres POZ (świadczenia nocnej i świątecznej opieki, świadczenia w środowisku nauczania),zakres AOS (konsultacje jednorazowe i stałe leczenie) i inne zakresy świadczeń w ramach opieki skoordynowanej.

Tylko tych kilka niekorzystnych zapisów może znacznie ograniczyć samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych (wspólne z lekarzem listy pacjentów, preferencje finansowe dla zespołów

medycyny rodzinnej z wiodącą rolą lekarza), ale też są one niekorzystne dla pacjenta. Pielęgniarka świadczeniodawca zapewniała pacjentowi kompleksową opiekę i pełną dyspozycyjność, podczas gdy po wprowadzeniu ustawy realizacja zadań może być utrudniona, bo uzależniona od pracodawcy, dla którego zadania pielęgniarki rodzinnej nie muszą być priorytetem. Ograniczenie czasu pracy w środowisku powodować będzie ograniczenie czynności pielęgniarskich i leczniczych co skutkować będzie dłuższym czasem powrotu do zdrowia i sprawności pacjenta, wzrostem liczby hospitalizacji, a odczuwany brak wsparcia i profesjonalnej porady skutkuje utratą zaufania do pracowników medycznych oraz podmiotów leczniczych. Ograniczona opieka pielęgniarska/ położnicza może doprowadzić do wzrostu patologii w rodzinie spowodowanych brakiem przygotowania przyszłych matek do macierzyństwa i brakiem zaangażowania rodziny do opieki nad nowo narodzonym członkiem tej rodziny.

Pielęgniarka/ położna pracą i zaangażowaniem buduje markę i zaufanie w środowisku pacjenta, które przekłada się na deklaracje. Brak powiązania jakości pracy z deklaracjami , które będą sztywno powiązane z deklaracjami lekarza, można uznać za jakościowy krok do tyłu. Podobnym krokiem może być brak czasu na doskonalenie zawodowe, a wykonywane przez nas zawody wymagają od ciągłego aktualizowania i poszerzania wiedzy i umiejętności zawodowych.

Kongres po burzliwych dyskusjach zakończył się wystosowaniem Apelu do Premier Beaty Szydło. Także położne środowiskowe dodatkowo zaniepokojone jeszcze wówczas projektem (dziś są już ogłoszone postępowania konkursowe) koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) wystosowały list do pacjentów w którym dzielą się swoimi obawami. Oba listy zamieszczam poniżej.

Izabela Oszmiana

Pełny tekst analizy funkcjonowania POZ w Polsce oraz propozycje strategii rozwiązań systemowych wypracowany przez Zespół do opracowania strategii rozwiązań systemowych w zakresie POZ znajduje się na naszej stronie internetowej www.sipip.kielce.pl

Apel do Beaty Szydło w sprawie POZ

Szanowna Pani Premier,

Na początku tego listu chcemy wyrazić podziękowania za zainteresowanie się tematyką Podstawowej Opieki Zdrowotnej w kontekście Pielęgniarek i Położnych. Rzeczywiście, na całym świecie istnieje szereg rozwiązań, które warto implementować w celu wzmocnienia roli Pielęgniarki i Położnej. Wierzymy, iż intencje ministra zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła były i są słuszne, jednakże ostateczny owoc działań, które podjął resort są dalekie od oczekiwań naszego środowiska.

Niestety, z wielkim bólem musimy przypomnieć, że minister zdrowia jest ministrem wszystkich Pacjentów i Podopiecznych. Ta oczywistość niesie za sobą konkretny przekaz – Decydenci powinni reprezentować również interes Pielęgniarek i Położnych, gdyż leży on właśnie ——————————w interesie wyżej wymienionych. Koncentrując się na interesie środowiska lekarskiego obecny Rząd dystansuje się jednocześnie od instytucji dialogu społecznego, opartego na partnerstwie ——————————i kompromisie. To bardzo surowa teza, jednakże wynikająca z podjętych działań. Do prac w zespole ds. POZ nie zostały zaproszona odpowiednia liczba reprezentantów środowiska Pielęgniarek ——————————i Położnych, co jednoznacznie obrazuje politykę resortu wobec naszych Koleżanek i Kolegów.

Ważne są również elementy makro – polityczne, które powinny dać do myślenia członkom zespołu, z którym ministerstwo prowadzi współpracę. Zarówno zalecenia WHO, jak i te znajdujące się w Deklaracji Monachijskiej z 2000 roku są oparte o silną rekomendację poszerzania niezależności zawodu Pielęgniarki i Położnej. Uzasadnienie tejże rekomendacji wynika z kryzysu demograficznego.

Rozwiązania propagowane przez ministerstwo zdrowia nie wiedzieć do końca czemu (trudno o logiczne uzasadnienie) są oparte, o dogmatyczną negację zaleceń międzynarodowych instytucji badających system opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Polska, jak Pani Premier zapewne dobrze wie, również dotknięta jest kryzysem demograficznym. Nie sposób pominąć faktu, iż w naszym kraju brakuje około 100 tysięcy pielęgniarek. Co roku setki z nich opuszcza nasz kraj za przysłowiowym chlebem, ponieważ ojczysty system nie spełnia ich oczekiwań. Tracą nie tylko same pielęgniarki, ale przede wszystkim społeczeństwo, które z racji starzenia się wymaga opieki ——————————w stopniu bardziej zaawansowanym niż jeszcze dziesięć, piętnaście lat temu.

Retoryka, która została przyjęta przez ministerstwo zdrowia to w efekcie odebranie niezależności zawodu Pielęgniarki i Położnej, zepchnięcie jej na margines praktyk Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Za komunikowaną narracją nie przemawia niestety matematyka. W 2015 roku na świadczenia lekarzy POZ NFZ zawarł 6226 umów, a na świadczenia Pielęgniarek i Położnych POZ odpowiednio 6393 i 4684. Rozumiemy podstawy ekonomiczne w kontekście interesu lekarzy, ale nie Pacjentów i Podopiecznych.

Przede wszystkim, lekarz nie jest w stanie zbadać środowiska domowego. Wielokrotnie Pacjent wymaga nie tyle leczenia, co opieki, troski i pomocy. W razie wątpliwości zalecamy powtórne zapoznanie się z liczbami dotyczącymi świadczeń w roku uprzednim. Proszę zwrócić uwagę, że cały szereg problemów, które mają wpływ na stan Pacjenta wynika z ekosystemu, w jakim przebywa. Ogromna ilość działań może pozostać w obrębie właśnie środowiska Pacjenta, bez potrzeby udawania się do lekarza. Warto rozważyć taki sposób myślenia.

To samo tyczy się środowiska Położnych. W imię jakiego paradygmatu lekarz miałby nadzorować proces pielęgnacji? Położne uzyskały odpowiednie uprawnienia, które pozwalają im na samodzielność. Czy rządzący są w stanie wyjaśnić, dlaczego zamiast dążyć do realizacji i ustaleń dotyczących niezależności Położnych przyswaja się koncepcje nie służące interesowi milionów Polek. Proszę nie zapominać, że

Położna jest przewodnikiem po świecie kobiecości. Próba ingerencji w tą ważną społecznie więź jest trudna do zrozumienia. Apelujemy, aby i w tej sprawie niezłomnie podążać już dawno wytyczoną ścieżką.
Podsumowując – marginalizacja środowiska Pielęgniarek i Położnych, hibernacja tysięcy ludzi w przestrzeni gabinetów lekarskich, swoiste odcięcie od Pacjenta można nazwać pewnego rodzaju daleko idącym wynaturzeniem zawodu, którego esencją jest budowanie integralnej więzi ze społeczeństwem.
Zespół ds. POZ, który został powołany 23 marca 2016 roku na wniosek ministra zdrowia, Pana Konstantego Radziwiłła wypracował analizę dotyczącą Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Stanowić ma ona merytoryczną podstawę do prac legislacyjnych nad ustawą o POZ. Z przykrością informujemy, iż nie możemy zaakceptować tez postawionych w w/w wymienionym dokumencie ze względu na nadreprezentację środowiska lekarskiego w składzie zespołu, co przyczyniło się ——————————————w efekcie do zagłuszenia postulatów zgłaszanych przez Pielęgniarki i Położne.
Apelujemy o powołanie nowego zespołu, który będzie oparty o parytet poszczególnych grup zawodowych. W naszej ocenie jest to jedyny sposób na zbudowanie strategii, która będzie służyć interesowi Pacjenta. Każdy inne rozwiązanie jest dalekie od zasad szeroko pojętego dialogu społecznego.

Z wyrazami szacunku,

podpisano

Anna Czarnecka – Lider KOPiPu
Krystyna Dębkowska – Lider KOPiPu
Sebastian Irzykowski – Lider KOPiPu
Ilona Kwiatkowska Falkowska – Lider KOPiPu
Zofia Małas – Prezes NRPiP
Lucyna Dargiewicz – Przewodnicząca OZZPiP
dr Grażyna Wójcik – Prezes ZG PTP
Grażyna Aksamit – Prezes Zarządu KZPL
Maria Łapko – Prezez KPiPR w Olsztynie