

„MINIMALNE NORMY ZATRUDNIENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
JAKO OPTYMALIZACJA SŁUŻĄCA PODNIESIENIU JAKOŚCI I EFEKTYWNOŚCI
UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ”

Odnosząc się do artykułu „Albo będzie więcej pielęgniarek, albo kłopoty z Narodowym Funduszem Zdrowia”, który w zeszłym tygodniu ukazał się w „Dzienniku Gazecie Prawnej” (<https://edgp.gazetaprawna.pl/e-wydanie/56123,12-grudnia-2018/66682,Samorzad-i-administracja/684711,Albo-bedzie-wiecej-pielegniarek-albo-klopoty-z-Narodowym-Funduszem-Zdrowia.html>), zauważamy, że powodem ewentualnych problemów nie są nowe normy zatrudnienia i „widzi mi się” środowisk pielęgniarskich, a wieloletnie zaniedbania i bierna postawa rządzących wobec sygnalizowanych przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (dalej OZZPiP) od dawna braków kadrowych i polityki organizacyjnej prowadzonej w wielu szpitalach w kraju. Uzależniania minimalnej liczby pielęgniarek od liczby łóżek na oddziale OZZPiP domagał się od lat. Od lat też toczyły się – niestety to ostatnie należy rozumieć dosłownie - rozmowy dotyczące realizacji ww. postulatu. Nieobojętnego przede wszystkim dla milionów pacjentów, bo to przecież pacjent jest (a w każdym razie POWINIEN BYĆ) najważniejszy w systemie. To on powinien być najlepiej zaopiekowany i zabezpieczony. Nie w łóżka (które zdaniem wielu ekspertów ds. ochrony zdrowia w Polsce występują w nadmiarze), bo one nie obsłużą się same. Powinien być zabezpieczony w opiekę pielęgniarską i położniczą, a wraz ze wzrostem liczby łóżek przy stałym spadku liczby rąk do pracy znacząco rośnie niebezpieczeństwo dla tegoż właśnie pacjenta. W tym ryzyko utraty zdrowia (nietrudno np. o powikłania w przypadku ewentualnego niedopatrzenia, do którego z dużym prawdopodobieństwem może dojść w związku z ogromem obowiązków spoczywających na jednej pielęgniarsce), a nawet życia. Jak słusznie zauważyły Beata Wieczorek-Wójcik i Dorota Kilańska (<https://www.termedia.pl/mz/Samotny-jak-pielegniarka-na-oddziale,25841.html>) w ciągu ostatnich dziesięcioleci udowodniono, że obsady pielęgniarskie (odpowiednia liczba kadr do potrzeb) to jeden z kluczowych czynników, który w ogromnym stopniu wpływa na końcowy wynik leczenia.

Rozmowy o standardach w pielęgniarstwie i położnictwie, a więc także o normach zatrudnienia, nabrały tempa dopiero wówczas, gdy w na czele Ministerstwa Zdrowia stanął obecny Minister Łukasz Szumowski. W końcu zaczęto słuchać argumentów i traktować poważnie tragiczne perspektywy dotyczące losów polskiego pielęgniarstwa. Dalsza bierna postawa rządzących wobec utrzymującej się fikcji szpitali działających na rzekomo należyтым poziomie pozbawiłaby społeczeństwo faktycznego bezpieczeństwa zdrowotnego już w niedalekiej przyszłości. Dlatego też, mając na uwadze, że część pracodawców bagatelizuje problem i z dostosowywaniem się do nowych przepisów czeka na ostatnią chwilę, licząc jeszcze na pojawienie się zmian uchylających ściśle wyliczalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych czy na wydłużenie okresu przejściowego (o czym mowa w artykule „Dziennika Gazeta Prawna”), przestrzegamy, że - jako inicjatorzy i uczestnicy tych wielomiesięcznych działań mających swoje efekty w zmianach prawa (tj. październikowej nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego) - nie pozwolimy na powrót do dotychczasowej samowoli pracodawców, która przekładała się często na tragiczne warunki pracy pielęgniarek i położnych, a co za tym idzie – prowadziła do narażania zdrowia i życia pacjentów! Przypominamy, że wdrożenie ustalonych norm (0,6 na oddziałach zachowawczych i 0,7 na oddziałach zabiegowych od stycznia 2019 r., kolejnych od lipca 2019 r. na oddziałach dziecięcych) stanowi jeden z elementów Porozumienia zawartego w lipcu tego roku przez OZZPiP, NRPiP, Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ. Strony powzięły więc zobowiązanie w tym zakresie. Pragniemy podkreślić, iż doceniamy konsekwencję Ministra we wprowadzeniu tego zobowiązania, tj. przełożenie złożonych obietnic na treść powszechnie obowiązującego prawa. Nie wyobrażamy sobie, żeby Ministerstwo pod wpływem

jakichkolwiek nacisków zewnętrznych mogło się z tych zmian wycofać - nie trudno bowiem wyobrazić sobie tego skutek...

Jak słusznie w ww. artykule zauważono, nie jest tak, że obecnie żadne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie obowiązują. Tyle w świetle prawa. W rzeczywistości niestety pracodawcy niewiele sobie z tego robią. Otóż w praktyce wspomniane „skomplikowane zasady” wyliczeń pozostawiają szerokie pole do popisu „kreatywnym” dyrektorom, którzy najwidoczniej zapominają, że zarządzają szpitalami (odpowiadają więc za ludzkie życie), a nie np. bankami czy parkami wodnymi. Nie bez znaczenia jest brak sankcji i narzędzi nacisku na pracodawców, by ci rozsądnie, a nie wyłącznie w oparciu o kryteria ekonomiczne podchodzili do zabezpieczania pacjentów w opiekę pielęgniarską.

Pochylając się nieco nad historią, należy przypomnieć, że rozporządzenie z 2012 r. dotyczące sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w brzmieniu, w jakim weszło następnie w życie, od samego początku było ostro krytykowane przez stronę związkową – właśnie ze względu na brak jednoznacznych wytycznych dotyczących wskaźników obsady pielęgniarskiej. Po tym jak na etapie konsultacji społecznych zaprotestowali pracodawcy, strasząc premiera kosztami, jakie w związku z wprowadzeniem ściśle ustalonych norm miałby rzekomo ponieść system, rozporządzeniu nadano bowiem nowe brzmienie, zupełnie odbiegające od pierwotnych ustaleń strony rządowej i strony społecznej (w pierwotnym projekcie, ogłoszonym 18 października 2012 r., znajdował się np. zapis gwarantujący obsady co najmniej dwóch pielęgniarek na zmianie – dla zapewnienia bezpieczeństwa samego personelu, a także ze względu na normy BHP, zgodnie z którymi kobiety nie mogą dźwigać więcej niż 25 kg, co oznacza, że jedna pielęgniarka nie może sama podnosić pacjenta; w projekcie było też zastrzeżenie, że w minimalne normy nie wlicza się kadry kierowniczej, bo ona nie pracuje bezpośrednio przy łóżku pacjenta). Co więcej – coraz liczniejsze podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami od początku uchylały się od realizacji rozporządzenia, uznając, iż dotyczy ono wyłącznie podmiotów niebędących przedsiębiorcami (co ciekawe, bycie przedsiębiorcami nie przeszkadzało im pozyskiwać środków od publicznego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia – z uprawnień korzystali więc niezwykle chętnie, kiedy zaś przychodziło do realizacji obowiązków, bywało znacznie gorzej). Dopiero zainicjowane apelem OZZPiP stanowiska NFZ i MZ w tej sprawie wyprowadziły ww. pracodawców z błędnego przekonania, że można pozyskiwać publiczne środki na prowadzoną działalność jednocześnie nie stosując jakichkolwiek norm. W efekcie ww. perturbacji rozporządzenie w swoim ostatecznym brzmieniu pozwala na dowolną interpretację przepisów przez pracodawców, co z kolei uniemożliwia egzekwowanie rozsądnego planowania opieki. W skrajnych – choć niestety coraz częstszych - przypadkach nie stoi na drodze stosowaniu rozwiązań ekstremalnie nieodpowiedzialnych, jak np. planowanie jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich, krytykowane nie tylko przez OZZPiP oraz OIPiP, ale także przez Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka.

Dziś pojawiają się pełne oburzenia głosy dyrektorów podmiotów leczniczych, którzy mają pretensje, że większość szpitali nie podola z dnia na dzień spełnieniu nowych norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Pozostaje chyba tylko również się oburzyć i zapytać: jak to z dnia na dzień?! Z całą stanowczością pragnę przypomnieć, że pilnego wprowadzenia jednoznacznie wyliczalnych norm środowisko pielęgniarskie domagało się od lat (o czym wspomniano już wyżej). Rozmowy o ustaleniu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych skorelowanego z liczbą łóżek prowadzono już z Ministrem Zembalą, równoległe do rozmów w sprawie wzrostu wynagrodzenia, wprowadzonego rozporządzeniem we wrześniu 2015 r. Te pierwsze jednak, dotyczące tzw. koszyka świadczeń, na rezultaty w postaci rozporządzenia czekały aż do października 2018 r. (!!!) Tegoroczna nowelizacja jest

więc efektem rozmów prowadzonych w tym zakresie co najmniej od 2015 r. i chociażby od tamtej pory pracodawcy mieli czas, by przygotować się do nieuniknionych zmian.

Wszelkie próby zrzucania winy za potencjalne zamykanie szpitali (w dramatyczniejszych wizjach) czy redukowanie liczby łóżek na oddziałach (w wizjach bliższych rzeczywistości) na pielęgniarki i położne są absurdalne. Proszę pamiętać, że przede wszystkim najważniejszym ogniwem systemu jest pacjent i to w obronie jego praw oraz interesów walczymy o JAKOŚĆ wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jakość, o której dziś tyle się przecież mówi, a która w rzeczywistości gubi się gdzieś między cyferkami, fakturami i – ba! - coraz częściej pojawiającą się w wypowiedziach zarządzających opłacalnością prowadzenia podmiotów leczniczych. Bo podczas gdy od pielęgniarek po dziś dzień powszechnie wymaga się poczucia misji i służenia pacjentowi, od kadr kierowniczych szpitali słyszymy, że liczą się zyski, kontrakty, zamykanie roku, inwestycje w sprzęt itd. Pytamy więc, gdzie zgubiła się JAKOŚĆ o której wszyscy mówią? Gdzie w tym wszystkim podział się PACJENT któremu pielęgniarka i położna poświęca najwięcej czasu podczas swojego dyżuru?

Pracodawców z jednej strony bulwersuje to, że będą zmuszeni redukować łóżka, z drugiej zaś przyznają, że ich wykorzystanie rzadko przekracza 60%. Jak zauważył jeden z dyrektorów: „Średnie obłożenie łóżek w szpitalu oscyluje na poziomie 60%. To znaczy, że nie wykorzystujemy w pełni potencjału miejsc hospitalizacyjnych, a mimo wszystko, kontrakty są wyrabiane. Zmniejszenie ilości łóżek, nie wpłynie w żaden sposób na bezpieczeństwo pacjentów czy jakby się mogło wydawać, wydłużenie kolejki oczekujących, bo to zależy głównie od wynegocjowanego kontraktu z NFZ. Widać, że nie ma, po prostu, zapotrzebowania na tyle łóżek.” (<https://raciborz.com.pl/2018/12/01/redukcja-lozek-w-szpitalu-zamiast-wiekszej-liczby-pielegniarek.html>). Powyższe zdaje się potwierdzać, że chęć pozyskania wyższego kontraktu (ryczałtu) z NFZ w związku z posiadaniem większej liczby łóżek przy ich niepełnym wykorzystaniu nie ma głębszego sensu. Fundusz ma przecież możliwość wpływania na wysokość kontraktu (ryczałtu), kiedy ten nie jest wypracowywany w ustalonym uprzednio wymiarze. Nie liczba posiadanych (acz niewykorzystywanych) łóżek ma więc kluczowe dla szpitali znaczenie. Do słów innego z dyrektorów – o tym, że aby spełnić normy „musiałby zatrudnić dodatkowych 12 osób albo zredukować liczbę łóżek do 25. Ale ich zmniejszenie o 30 proc. przekłada się na mniejszą liczbę przyjmowanych pacjentów, a więc docelowo na obniżenie ryczałtu” - pozostaje nam wyłącznie dodać: „i na mniej przepracowanych pielęgniarek, a tym samym więcej bezpieczeństwa i komfortu pacjentów”. Jeśli natomiast któryś ze szpitali może pochwalić się niemal całkowitym wykorzystaniem łóżek na oddziałach, logika nakazuje wnioskować, że widocznie przyjmuje tak wielu pacjentów, iż wymagałoby to zatrudnienia proporcjonalnie większej liczby pielęgniarek, niezbędnych dla zapewnienia tym pierwszym jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa. W takich przypadkach bezwzględnie należy pozyskać do pracy dodatkowe osoby.

Jeśli zaś w którejś z placówek brak pielęgniarek jest tak dramatyczny, że wejście w życie nowych norm zatrudnienia wiązałoby się z koniecznością zamykania oddziałów, należałoby nie tyle teraz płakać nad tymi oddziałami, ile raczej zastanowić się, jak to możliwe, że funkcjonowały dotychczas. O jakim bezpieczeństwie (a raczej niebezpieczeństwie! – tak pracowników, jak i pacjentów) można było tam mówić?! Czy nie lepiej dla pacjenta byłoby w razie potrzeby dotrzeć do innego szpitala, który jest w stanie zaoferować opiekę medyczną na należytym poziomie? Puste szpitalne mury same w sobie nie ratują ludzi. To personel medyczny, w tym pielęgniarski i położniczy, stanowi o bezpieczeństwie pacjenta. Im tego personelu będzie więcej, tym większy komfort i szanse na wyzdrowienie, czy niejednokrotnie nawet na przeżycie.

Odnosnie do analogicznej sytuacji dotyczącej innej grupy zawodowej, bo policjantów, którzy również odpowiadają za powszechne bezpieczeństwo obywateli, Władysław Kosiniak-Kamysz w jednym z programów telewizyjnych („Fakty po faktach” z dnia 14 grudnia 2018 r.) zapytał retorycznie, po co są te wszystkie komisariaty, skoro brakuje policjantów (jak podkreślił, stale rośnie liczba wakatów w tej grupie funkcjonariuszy). Powyższy przykład pokazuje, jak w obliczu braku kadr wyciągnięto prosty wniosek – należy zamykać placówki (tutaj komisariaty). Trudno więc zrozumieć, dlaczego takiego wniosku nie przeprowadza się w kontekście szpitalnictwa – o brakach personelu mówi się tu od lat. Środowisko regularnie sygnalizuje, że problem będzie coraz większy, aż dojdziemy do ściany. I teraz, kiedy pielęgniarek faktycznie zabrakło, nikt nie przyjmuje za naturalne zamykania opustoszałych, niemogących więc zapewnić pacjentom bezpieczeństwa, szpitali. Wielu za to oburza się, że Minister Zdrowia przychylił się do apeli naszego środowiska zawodowego i zrealizował powzięte zobowiązanie. Tradycyjnie już na pielęgniarki przerzuca się winę za całe zło niedofinansowanego od lat sektora ochrony zdrowia. Obciąża się je winą za wieloletnie zaniedbania kolejnych rządów, odpowiedzialnych za kreowanie polityki zniechęcającej do wykonywania tak ciężkich zawodów. Jedne z najniższych wynagrodzeń przy ogromnym ciężarze fizycznym i psychicznym towarzyszącym wykonywanej pracy skutecznie zraziły kolejne pokolenia do podejmowania się profesji pielęgniarki lub położnej. No i mamy lukę pokoleniową, która – gdyby nie nasze intensywne i stanowcze negocjacje z Ministrem – nigdy nie przestałaby się pogłębiać.

Nie bez przyczyny do powszechnego użycia weszły ostatnimi czasy wyrażenia takie jak: „samotny jak pielęgniarka na oddziale” czy zwroty typu: „jestem pielęgniarką, a jaka jest twoja supermoc?”. Normą stały się sytuacje niedopuszczalne, z czym w końcu podjęto walkę. Nie można z niej już zrezygnować, nie pozwolimy na to. Jeśli nie powiemy dzisiaj STOP NAGINANIU NORM ZATRUDNIENIA, coraz częściej będziemy napotykać na newsy medialne dotyczące nieudzielenia pomocy pacjentowi oczekującemu w kolejce do lekarza (bo na szpitalnym oddziale ratunkowym była tylko jedna pielęgniarka z ratownikiem, który właściwie wyłącznie wpada na oddział z kolejnymi pacjentami między następnymi wezwaniem karetki; podkreślmy – kilkanaście lat temu ta sama pielęgniarka, przyjmując się na ów SOR, pracowała na dyżurze w sześciuosobowym zespole pielęgniarskim), samodzielnych porodach pacjentek między łózkami szpitalnymi (bo położna miała pod opieką kilkanaście pacjentek ulokowanych na kilku piętrach i akurat wykonywała świadczenia na innym piętrze) czy pacjentach geriatrycznych całą noc pozostających bez opieki (bo pielęgniarka na jednoosobowym dyżurze straciła przytomność i znalazła ją dopiero koleżanka, która przysłała na poranną zmianę). **TO SIĘ MUSI SKOŃCZYĆ.** Sposób wdrożenia zmian niewątpliwie będzie sprawdzianem umiejętności zarządzających szpitalami. Oby kierowali się nie tylko optymalizacją kosztów, ale przede wszystkim nadrzędnym celem działalności leczniczej – dobrem pacjenta i niezbędnymi dla osiągnięcia powyższego bezpiecznymi warunkami pracy personelu medycznego.

Minister Zdrowia w ocenie skutków regulacji towarzyszącej październikowemu rozporządzeniu dotyczącemu norm wskazuje, że wprowadzone zmiany będą skutkować poprawą jakości i dostępności do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, a tym samym zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom i właściwym zatrudnieniem pielęgniarek. Wśród korzyści płynących z wdrożenia nowych rozwiązań wymienia się także zmniejszenie liczby powikłań i zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz związanych z tym kosztów, zmniejszenie liczby błędów medycznych, a co za tym idzie zmniejszenie kosztów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych. Minister zwraca uwagę, że w sytuacji niewystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego może dochodzić między innymi do takich zdarzeń jak wydłużenie hospitalizacji, zwiększenie liczby powikłań np. zapalenia płuc, zakażenia odcewnikowe, odleżyny, zwiększenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenia liczby upadków, zwiększenia

śmiertelności pacjentów, zwiększenia liczby błędów medycznych a w konsekwencji ponownych hospitalizacji - przed czym OZZPiP przestrzega od lat.

Przypominamy też, bo większości zdaje się to umykać, że obowiązujące od stycznia wskaźniki pozwalają na wyliczenie **minimalnych norm**. A skoro już one wywołują tyle poruszenia, kiedy zaczniemy rozmawiać o **normach optymalnych**? Kiedy zapewnimy Polakom, członkom europejskiej społeczności, obywatelom świata, godne warunki opieki zdrowotnej na **NAJWYŻSZYM POZIOMIE**? Cóż z tego, że medycyna rozwija się z niesamowitą szybkością, dając niemal nieograniczone możliwości, kiedy dla zarządzających szpitalami od pacjenta ważniejszy zdaje się pieniądz... Wszystko wskazuje na to, że ciągle jeszcze zamiast **JAKOŚCI** mamy **BYLEJAKOŚĆ**. Z tym, proszę Państwa, jako strona społeczna, ale też jako przedstawiciele grupy zawodowej, która pacjentowi towarzyszy przez 80% czasu spędzonego przezeń w szpitalu, walczymy. Walczymy dla nas wszystkich – prędzej czy później każdy z nas będzie pacjentem wymagających opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Autor: Aleksandra Klimczyk

