

Warszawa, dnia 07 marca 2018 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Bartłomiej Chmielowiec

RzPP-WPR.420.143.2017.PR.AGL

Pan

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

W związku z analizą informacji własnych oraz docierających do Rzecznika Praw Pacjenta ze strony przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie warunków pracy pielęgniarek i położnych, na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: ustawa), zwracam się z uprzejmą prośbą do Pana Ministra o odniesienie się do poniższego.

Na wstępie chciałbym zaznaczyć, iż z zadowoleniem przyjąłem deklarację Pana Ministra o konieczności pochylenia się nad problem zmniejszającej się liczby lekarzy specjalistów², jednakże należy mieć także na uwadze iż jednym z głównych elementów gwarantujących należytą opiekę medyczną oraz właściwy poziom udzielania świadczeń zdrowotnych jest również dostateczna liczba zatrudnionego personelu pielęgniarskiego.

Sytuacja niedoboru personelu pielęgniarskiego – zgodnie z realnymi potrzebami podmiotu leczniczego – może rzutować bezpośrednio na bezpieczeństwo zdrowotne Pacjentów. Rzecznik Praw Pacjenta już w 2015 r. sygnalizował ówczesnemu Ministrowi Zdrowia³ powyższy problem, wnosząc o podjęcie działań o charakterze systemowym.

Dotychczasowe informacje przekazywane przez Ministerstwo Zdrowia⁴ wskazują, iż ustalanie przez kierowników kontrolowanych podmiotów minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych było realizowane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.

²<http://www.rmfm24.pl/tylko-w-rmf24/populudniowa-rozmowa/news-minister-zdrowia-zawiesza-pomysl-dyuzowania-jednego-lekarza,nId,2519890>.

³ Pismo z dnia 24 września 2015 r., znak: RzPP-ZPR.420.114.2015.KW.

⁴ Pismo z dnia 31 maja 2016 r., znak: PP-WPS.075.15.2016.

Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁵. Niemniej jednak, jak podnoszą środowiska pielęgniarek i położnych, w Polsce nadal utrzymuje się sytuacja niekorzystna dla rozwoju środowiska zawodowego pielęgniarek. Powszechne są obawy o spadającą liczbę pielęgniarek i położnych, a dotychczas notowany niedobór kadr może ulec pogłębieniu również z uwagi na niższy wiek emerytalny i niekorzystną piramidę demograficzną⁶. Powyższe może skutkować brakiem zapewnienia odpowiedniego nadzoru nad pacjentem, w szczególności w leczeniu szpitalnym. Dane o spadającej liczebności pielęgniarek i położnych stale podawane są przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych⁷. Jednocześnie z raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*⁸ wynika również stały wzrost liczby wydawanych zaświadczeń na potrzeby uznawania kwalifikacji celem emigracji zarobkowej, co również ma i będzie miało jeszcze większy, negatywny wpływ na polski system opieki zdrowotnej.

Niepokój Rzecznika Praw Pacjenta wzbudza również praktyka pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w podmiotach leczniczych. Powyższy problem został przedstawiony Rzecznikowi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, która w stanowisku nr 10 z dnia 14 września 2017 r. informuje⁹, iż przedmiotowa praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki z należytą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Stosownie do opinii środowiska, *przeciążone obowiązkami pielęgniarki i położne nie są wynagradzane adekwatnie do skali i specyfiki zadań, do których często dołączane są usługi pomocnicze. Z powodu braków w zatrudnieniu na dyżurze pracuje zwykle jedna, dwie pielęgniarki*. Jednoosobowe dyżury w ocenie środowiska oznaczają, że pielęgniarki nie mogą

⁵ Dz. U z 2012 r. poz. 1545.

⁶<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/W-2017-roku-znacznie-spadnie-liczba-pielęgniarek,173490,14.html>.

⁷ <http://nipip.pl/liczba-pielęgniarek-polożnych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>.

⁸<http://nipip.pl/raport-naczelnej-rady-pielęgniarek-polożnych-zabezpieczenie-społeczeństwa-polskiego-swiadczenia-pielęgniarek-polożnych/>, strona 35.

⁹ Przekazane do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 20 września 2017 r.

zająć się wszystkimi pacjentami. Jak wynika z raportu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, *co czwarta pielęgniarka pełniła taki dyżur w ciągu ostatnich trzech miesięcy*¹⁰.

W konsekwencji dochodzi do sytuacji, w których jedna pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych na rzecz kilkudziesięciu Pacjentów. Z powodu zmęczenia i pośpiechu łatwo może wtedy dojść do niedopatrzenia i niedopilnowania procedur medycznych. Oznacza to ewentualne pomyłki w podaniu leku oraz szybkie i mniej staranne wykonywanie zabiegów. W toku postępowań wyjaśniających często okazuje się, iż przyczyną naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest niewłaściwa organizacja pracy personelu medycznego, wynikająca z niedoborów kadrowych.

Reasumując, w mojej ocenie należy podjąć pilne działania celem poprawy sytuacji we wskazanym obszarze. Zasadnym wydaje się podjęcie ściślejszej współpracy i dyskusji z samorządem reprezentującym pielęgniarki i położne. Nie ulega bowiem wątpliwości, że odpowiednie warunki pracy osób wykonujących zawód medyczny wpływają także na bezpieczeństwo Pacjentów.

Wartym rozważenia jest pomysł wprowadzenia nowego zawodu medycznego, np. asystenta pielęgniarskiego, który mógłby stanowić realną pomoc dla realizowanych zadań i procedur¹¹. W mojej ocenie istnieje w szczególności możliwość modyfikacji systemu nauczania pielęgniarek i położnych poprzez utworzenie dwuetapowego systemu kształcenia: średniego i wyższego, a następnie określenie uprawnień do czynności medycznych w zależności od stopnia wykształcenia. Pomimo, że przedmiotowe rozwiązanie wzbudza wątpliwości z uwagi m.in. na zarzut obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, należy jednoznacznie stwierdzić, iż już w chwili obecnej świadczenia zdrowotne udzielane są z nienależyłą starannością w sytuacjach opieki nad znaczną liczbą pacjentów przez niedoszacowany personel. W przedmiotowych stanach faktycznych pielęgniarka lub położna nie może w pełni wykorzystać swoich kwalifikacji zawodowych, działając w sytuacji wymuszonej przez obiektywne czynniki. W polskim systemie opieki zdrowotnej funkcjonowały uprzednio licea medyczne. Środowiska pielęgniarek i położnych w latach osiemdziesiątych podjęły starania o stworzenie szkoły wyższej, co miało służyć nobilitacji zawodu i zwiększeniu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W związku z przyjęciem przez Parlament Europejski i podpisaniem w dniu 16 kwietnia 2003 r. Traktatu Akcesyjnego

¹⁰ Dane przedstawione przez „Pielęgniarki i Położne Rzeczypospolitej Polskiej” w piśmie skierowanym do Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 17 września 2017 r.

¹¹ Przykładem takiej instytucji jest *physician associate* w Wielkiej Brytanii, pracownik medyczny wspierający pracę lekarza, z ograniczonymi uprawnieniami m.in. do przeprowadzania wstępnego wywiadu z pacjentem.

w sprawie przystąpienia Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii i Węgier do Unii Europejskiej podjęto analizę polskich aktów prawnych w świetle ich zgodności z normami prawa Unii Europejskiej i deklaracjami wspólnych wartości. W konsekwencji dokonywane analizy odnośnie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych wykazywały konieczność procedowania zmiany ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa z dnia 5 lipca 1996 r. W związku z przyjęciem zobowiązań międzynarodowych, kwalifikacje polskich pielęgniarek i położnych, posiadających wykształcenie wyższe, były uznane automatycznie, jednakże istniał duży procent pielęgniarek i położnych, które nie mogły skorzystać z procedury automatycznego uznania kwalifikacji zawodowych. Były to pielęgniarki, które ukończyły 5- letnie licea, oraz dwu, dwu i pół letnie szkoły policealne pielęgniarek i położnych, które nie spełniły wymogu wykształcenia. Tym samym, w przedmiotowym momencie historii zawodu można było mówić o odmiennych uprawnieniach poszczególnych grup osób przynależących do tego samego zawodu, wynikających z przyjętego standardu prawnego. Wydaje się za zasadne, aby w świetle wszystkich historycznych doświadczeń, przekładających się na istniejący szeroki zasób wiedzy prawnej i medycznej odnośnie wad i zalet poszczególnych systemów kształcenia, rozważyć modyfikację kształcenia pielęgniarek i położnych celem dostosowania go do aktualnych potrzeb i wyzwań.

Wobec powyższego, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy, uprzejmie proszę o stanowisko Pana Ministra w niniejszej sprawie i przedstawienie planowanych działań. Jednocześnie deklaruje wolę współpracy i pełne wsparcie przy wdrażaniu rozwiązań korzystnych dla Pacjentów w omawianym obszarze. Zapewniam, iż rozumiem złożoność problemu, niemniej wydaje się, iż obecna sytuacja wymaga zdecydowanych działań oraz przyjęcia konkretnego planu ich realizacji.