Społeczne problemy zawodu pielęgniarki na przykładzie służby zdrowia powiatu bytowskiego

Spis treści

Wprowadzenie

Rozdział I: System opieki zdrowotnej w Polsce
1.1. Historia i ewolucja systemu opieki zdrowotnej
1.2. Reforma opieki zdrowotnej z 1999 roku
1.3. Wpływ gospodarki rynkowej na system opieki zdrowotnej

Rozdział II: Zawód lekarza
2.1. Obowiązki i kompetencje lekarza
2.2. Kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodu
2.3. Etyka zawodowa i jej znaczenie
2.4. Problemy i wyzwania w pracy lekarzy

Rozdział III: Zawód pielęgniarki
3.1. Historia i rozwój zawodu pielęgniarki
3.2. Kwalifikacje i obowiązki pielęgniarki
3.3. Przepisy prawne regulujące zawód pielęgniarki
3.4. Problemy i wyzwania w pracy pielęgniarki

Rozdział IV: Społeczne problemy zawodu pielęgniarki
4.1. Starzejące się społeczeństwo i jego wpływ na pielęgniarstwo
4.2. Akcesja Polski do Unii Europejskiej i jej wpływ na pielęgniarstwo
4.3. Zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych
4.4. Zmiana roli pacjenta i jego rodziny
4.5. Zagrożenia zdrowotne i problemy zdrowotne społeczeństwa

Rozdział V: Analiza sytuacji w powiecie bytowskim
5.1. Ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w powiecie bytowskim
5.2. Problemy i wyzwania w lokalnej służbie zdrowia

5.3. Praktyczne aspekty pracy pielęgniarek w powiecie bytowskim
5.4. Porównanie z innymi regionami

Zakończenie
Bibliografia
Aneksy

Wstęp

Na mocy wielu aktów wykonawczych w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w kolejnych latach wielokrotnie przeprowadzana była reorganizacja systemu opieki zdrowotnej. W istocie przedsięwzięcia tego rodzaju nigdy nic doprowadziły do gruntownego zreformowania systemu, wręcz przeciwnie obowiązywały jednolite rozwiązania i struktury organizacyjne, najczęściej nieadekwatne do zróżnicowanej sytuacji jednostek terytorialnych kraju i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa[1].

Z perspektywy czasu można zadać pytanie, dlaczego reforma opieki zdrowotnej rozpoczęta w 1999 r. była potrzebna. Jakie wady starego systemu zadecydowały o jej niezbędności? Na wstępie trzeba zauważyć, że system ochrony zdrowia do 1999 r. nie pozostawał statyczny. Przeciwnie, ulegał cząstkowym zmianom dostosowując się gorzej bądź lepiej do gospodarki rynkowej, a także – w pewnym zakresie – do wyższych wymagań lekarzy i pielęgniarek co do warunków pracy, a także oczekiwań obywateli i pacjentów w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych[2].

System opieki zdrowotnej to zbiór wielu instytucji z ogromną grupą profesjonalistów różnych zawodów medycznych, dla których celem jest ochrona zdrowia społeczeństwa, promocja zdrowia, profilaktyka, leczenie i pielęgnowanie, rehabilitacja.

Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, natomiast wykonywanie zawodu lekarza stomatologa polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń, określonych

w ustawie, w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością[3].

Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa osobie, która:

- jest obywatelem polskim,
- posiada dyplom lekarza, lekarza stomatologa wydany przez polską uczelnię bądź uzyskany w innym państwie dyplom uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami.
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- odbyła staż podyplomowy,
- złożyła państwowy egzamin kończący staż podyplomowy,
- posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza,
- wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 8 wyraźnie podkreśla, iż ” Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. Ten właśnie artykuł częstokroć staje się przedmiotem szczególnego zainteresowania nie tylko ze strony wykonujących zawód lekarza, ale przede wszystkim ze strony wymiaru sprawiedliwości, w ramach którego sądy coraz częściej muszą zmagać się z dochodzonymi przez pacjenta roszczeniami naprawienia „szkód lekarskich”. „W procesach lekarskich sądy badają obowiązki lekarza, a następnie ustalają, czy dołożył on staranności, jakiej można wymagać od lekarza w danych warunkach, stawiają sobie pewien abstrakcyjny wzorzec postępowania porównując z nim postępowanie danego lekarza. Jeśli jego zachowanie odbiega od tego wzorca, można mu przypisać winę”[4].

Pielęgniarstwo jest niezmienną częścią tego systemu, która zmienia się bardzo

szybko. Takim przykładem może być rozwój nowych form świadczenia usług pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, które głównie skupiają się na promocji zdrowia w rodzinie, profilaktyce i poprawie jakości życia osób z chorobą i niepełnosprawnością. Należy pamiętać, że rolą zawodową każdej pielęgniarki nie zależnie w jakim systemie ją realizuje jest pielęgnowanie.

Jest to działalność samodzielna i musi być oparta na solidnej wiedzy teoretycznej i umiejętnościach praktycznych oraz zasadach etycznych i moralnych[5]. Pielęgniarka odpowiedzialna jest za organizację opieki jej jakość i podejmowanej współpracy z wszystkimi odbiorcami niezależnie od wieku, stanu zdrowia i innych czynników. Kierunki zmian zachodzących we współczesnym pielęgniarstwie determinowane są przede wszystkim sytuacją samych odbiorców usług i systemem opieki zdrowotnej.

Do najważniejszych które należy wymienić to:

- starzejące się społeczeństwo i wynikające z tego duże oczekiwania w zakresie opieki pielęgniarskiej;
- akcesja Polski do Unii Europejskiej;
- przekształcenia systemowe opieki zdrowotnej – finansowanie świadczeń zdrowotnych;
- zmiana roli samego pacjenta jego rodziny- jako odbiorcy tych usług, świadomego swoich praw;
- zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne społeczeństwa polskiego.

Pielęgniarstwo to działalność realizowana na rzecz człowieka lub grupy społecznej[6], którego wykonywanie jako zawodu regulowały od 1935 roku ustawa o pielęgniarstwie, a od 1996 roku ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej[7].

W tej ostatniej regulacji, w art. 2 ustawodawca określił, że zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi. Ustawa wskazuje również, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.

Zawód pielęgniarki/położnej może wykonywać osoba, która uzyskała kwalifikacje zgodne z art. 8 cytowanej wyżej ustawy, posiada tytuł zawodowy: pielęgniarki, licencjata pielęgniarstwa, magistra pielęgniarstwa/ analogicznie w stosunku do

położnej/, posiada zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu wydane przez samorząd zawodowy na terenie którego wykonuje zawód zgodnie z ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych[8].

Te dwie koronne ustawy wyznaczyły miejsce pielęgniarstwa jako profesji o wysokim stopniu autonomii.

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych uregulowane zostały rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej[9] wydanym na podstawie art. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej[10]. Określane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia szczegółowe zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu lecznictwa szpitalnego, nie regulują ilości zatrudnianych w szpitalach pielęgniarek i położnych. Jak wynika z przepisów powyższego rozporządzenia, ustalanie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej należy do zakresu kompetencji kierownika zakładu[11].

W odróżnieniu od sektora pielęgniarek i położnych[12] nie ma żadnych ministerialnych norm zatrudnienia lekarzy w szpitalu. Pielęgniarki i położne strajkami wywalczyły sobie w roku 2000 rozporządzenie ministra zdrowia, które określa, ile ich powinno pracować w oddziale w zależności od liczby i stanu zdrowia chorych. W przypadku zespołów lekarskich w zasadzie decydują o liczbie zatrudnionych wyłącznie potrzeby zgłaszane przez ordynatora, udokumentowane koniecznością pełnienia dyżurów, obsługą poradni i historycznie utrwalonym modelem zatrudnienia 6, 7 lub więcej lekarzy w danym zespole[13].

Pomocne mogą być normy czasu trwania porady specjalistycznej narzucone przez NFZ. Skoro porada ma trwać 20 min., to po pomnożeniu tej normy przez liczbę porad i podzieleniu przez godziny etatu można wyliczyć, ilu specjalistów trzeba zatrudnić w poradni i ilu ich ubędzie w tym czasie z oddziału.

W oddziale musi stale przebywać co najmniej jeden lekarz do interwencji nagłych i niespodziewanych. Jeżeli jest to oddział zabiegowy, to bez dwóch zdań koniecznych jest kolejnych dwóch lub trzech lekarzy, w tym zazwyczaj ordynator do wykonania operacji.

Od tzw. wskaźnika przelotowości pacjentów, a także profilu leczonych chorób zależy: ile wypisów, ile badań przedmiotowych, podmiotowych i innych należy

wykonać w trakcie dnia oddziałowego. Od biedy może to wykonać ten jeden wspomniany wcześniej lekarz „pilnujący" oddziału, ale z uszczerbkiem dla jakości świadczeń. Wypisy, konsultacje w innych oddziałach i interwencje w izbie przyjęć będą wykonane z opóźnieniem.

Wydawać by się mogło, że mniejszy zespół lekarski potrzebny jest w tzw. oddziałach „niezabiegowych". Ale takich już prawie nie ma! Postęp technologiczny, rozwój diagnostyki endoskopowej i innej poszedł tak daleko, że w każdym oddziale wykonuje się jakieś „zabiegi", prawie równie pracochłonne i skomplikowane jak chirurgiczne, wymagające obecności i nadzoru lekarza.

Należy także uwzględnić w planie kadrowym stałą nieobecność lekarza, który zszedł po ciężkim dyżurze (to się może zmienić po 1 maja 2004) oraz obecność co najmniej jednego młodego (lub jednej młodej) zdolnego, wchodzącego w profesję kandydata na przyszłego starszego asystenta, a może nawet ordynatora[14].

W Polsce, podobnie jak w krajach Unii Europejskiej, na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się zintensyfikowane działania podejmowane na rzecz wzmocnienia roli i znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ochronie zdrowia. Staje się ona niekwestionowanym filarem zmian dokonujących się w systemie opieki zdrowotnej również w naszym kraju.

Stale poszerza się zakres świadczeń zdrowotnych i zadań realizowanych przez kadrę medyczną zatrudnioną w podstawowej opiece zdrowotnej. [15]

W tych nowych uwarunkowaniach świadczeniodawcom zaczęły towarzyszyć nie tylko wzrastające oczekiwania ilościowe i jakościowe ze strony pacjentów, ale także płatnika, poszukujących (przy wciąż zmniejszających się nakładach finansowych na ochronę zdrowia) sposobów zagwarantowania i wyegzekwowania optymalnego zapewnienia świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych.

Wszyscy zgadzają się z zasadą, że niezależnie od zamożności danego kraju wskazana jest rywalizacja o środki finansowe, które przekazywane są z budżetu państwa na świadczenia medyczne. Dlatego też w tak wielu różnych systemach ochrony zdrowia, szuka się form alternatywnych w zakresie finansowym opieki medycznej. Każdy dysponent środków finansowych, niezależnie od wielkości zasobów finansowych, zainteresowany jest głównie zawarciem takich kontraktów, które będą zabezpieczać wysoką jakość usług o najniższych kosztach ich finansowania.

W Polsce wielkość tych środków jest wszystkim znana i dlatego też należy dokonać przede wszystkim rzetelnej analizy zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Świadczenia medyczne na przykładzie podstawowej opieki medycznej, to nie tylko usługa lekarza lecz również usługa pielęgniarki realizowana w samej praktyce/ poradni jak i – a może przede wszystkim – w środowisku zamieszkania.

Wiadome jest, że pacjent przebywający w swoim naturalnym środowisku szybciej powraca do zdrowia, a żaden nawet najlepszy szpital nigdy nie zastąpi środowiska domowego. Dlatego taki ogromny nacisk we wszystkim systemach opieki zdrowotnej kładzie się na krótki pobyt w szpitalu i dalszą efektywną opiekę lekarsko –pielęgniarską w domu pacjenta. Jest to forma ze wszech miar najtańsza i na pewno bardziej korzystna dla samego pacjenta – odbiorcy usług medycznych.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w Dziale I wskazuje między innymi pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego.

Jest nią zgodnie z wolą ustawodawcy pielęgniarka/położna z którą Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarki/położne mogą realizować swoje świadczenia w różnych formach.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej[16] umożliwia pielęgniarkom, położnym wykonywanie indywidualnej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki, po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk właściwej ze względu na miejsce jej wykonywania, okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

[1] Frączkiewicz-Wronka A., Owcorz-Cydzik B., Samorząd terytorialny jako podmiot polityki ochrony zdrowia [w:] Frączkiewicz- Wronka A., Jasłowski J., Owcorz-Cydzik B., Sobusik D., Samorządowa polityka zdrowotna, Katowice 2004, s. 50-71.

[2] Por. Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W, Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 2001, s. 314.

[3] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zmianami); oraz Ustawa z dnia 10 kwietnia 2003 roku o zmianie

ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 90, poz. 845);

[4] Nesterowicz M., Prawo Medyczne, Dom Organizatora, Toruń 1998, s. 21.

[5] Marody M., Wilkin J.. (red.), Meandry instytucjonalizacji; dostosowanie Polski do Unii Europejskiej. Monitoring VI MSAP, AE, Kraków 2002, s. 136.

[6] Początki nowoczesnego pielęgniarstwa, o charakterze świeckim rozpoczęła w roku 1860 Florencja Nightingale, Angielka, która w Londynie założyła pierwszą szkołę pielęgniarską. W Polsce pierwsza szkoła pielęgniarska powstała w 1911 roku w Krakowie. Od tego czasu pielęgniarstwo na świecie i w Polsce stało się zawodem. Przez prawie 140 lat nastąpiło wiele zmian, ewolucje dotknęły różne obszary tego zawodu. Obecnie mówimy o pielęgniarstwie w wielu aspektach i tak na przykład w aspekcie specjalności zawodowej, specjalizacji, działalności gospodarczej, systemu edukacji i przedmiotu nauczania. Cyt. za Dercz M., Izdebski H., Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej, PWP, Warszawa – Poznań 2001.

[7] Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. z dnia 30 lipca 1996 r.) z póz. zm.

[8] Por. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz. U. 91.41.178 póz. zm.

[9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1999 r., Nr 111, póz. 1314)

[10] art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1999 r. Nr 91, póz. 408 ze zm.)

[11] Wótowicz M., Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zozach: E=emcekwadrat, czyli zróbmy to same, „Służba zdrowia” 2000, nr 10-11.

[12] Frączkiewicz-Wronka A., Owcorz-Cydzik B., Samorząd terytorialny jako podmiot polityki ochrony zdrowia…, op. cit., s. 67..

[13] Wótowicz M. ,Ilu lekarzy na oddziale?, „Gazeta Lekarska” 2004, nr 04.

[14] Funkcje zawodowe to duży zbiór zadań zawodowych określony dla danego zawodu i dla niego charakterystyczny. Funkcje zawodowe/ zadania zawodowe w pielęgniarstwie zorientowane są na odbiorcę pracy pielęgniarki – czyli na pacjenta / człowieka zdrowego, jego rodzinę, środowisko nauczania i pracy/.

[15]Standardy kwalifikacji zawodowych Teoria Metodologia Projekty Kwiatkowski S. M. (red.), Krzysztof Symela IBE Warszawa 2001.

[16] Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57 poz. 602 z późn. zm.)

To jest gotowa, obroniona praca. Gdyby chcieli Państwo zlecić napisanie zupełnie nowej pracy, to zapraszamy na stronę pisanie prac - sprawdzony serwis!