

Pielęgniarki i położne w POZ muszą przygotować się na wiele zmian



Fot. PAP/Wojtek Kamiński

Cicha rewolucja w POZ

Nowoczesny system ochrony zdrowia powinien opierać się na dobrze zorganizowanej podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Nowe rozwiązania prawne wprowadzone ustawą o POZ będą miały przełożenie nie tylko na sposób realizacji świadczeń przez lekarzy, lecz także na zmiany w pracy pielęgniarek i personelu administracyjnego.

Już od kilku miesięcy obowiązuje nowa ustawa o POZ. Pierwsze założenia do ustawy i projekty budziły gorące dyskusje, dotyczące przede wszystkim dostępu do lekarzy pediatrów w POZ czy zasad współpracy i przekazywania danych pomiędzy podmiotami. Fundamentalnym pytaniem było jednak, czy celowe jest tworzenie nowej ustawy, skoro zgodnie z zasadami techniki prawodawczej ustawa powinna wyczerpująco regulować daną dziedzinę spraw, nie pozostawiając poza zakresem swego unormowania jej istotnych fragmentów.

Złudne poczucie bezpieczeństwa

W przypadku ustawy o POZ można mówić jedynie o osobnej ustawie dla jednego z zakresów świadczeń gwarantowanych, która nie zawiera szczególnych rozwiązań prawnych, odwołuje się natomiast do zapisów

i siatki pojęciowej występujących w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa weszła w życie w rekordowo szybkim tempie. Opublikowana została 30 listopada 2017 r., a obowiązywała już od dnia następującego po jej ogłoszeniu, czyli 1 grudnia 2017 r. Zawarte w niej liczne przepisy przejściowe spowodowały jednak odsunięcie w czasie skutków jej wdrożenia. Podobnie zatem jak w przypadku sieci szpitali, gdzie po 1 października 2017 r. ani świadczeniodawcy, ani pacjenci nie odczuli, że funkcjonują w nowej rzeczywistości prawnej, tak i w POZ 1 grudnia 2017 r. nie nastąpiło żadne trzęsienie ziemi. Stosunkowo długie terminy dostosowawcze dały świadczeniodawcom złudne poczucie bezpieczeństwa.

Mimo to trzeba mieć świadomość, że samo przygotowanie się do nowych rozwiązań wymaga czasu.

Zarówno kwalifikacje personelu, organizacja udzielania świadczeń, jak i zasady rejestracji to problematyka, która już teraz powinna być przedmiotem większego zainteresowania podmiotów świadczących usługi w ramach POZ.

Nowe rozwiązania

Ustawa o POZ ma całkowicie zmienić dotychczasowy model systemu ochrony zdrowia. Wprowadzane zmiany mają przede wszystkim wymusić na świadczeniodawcach POZ racjonalne wykorzystanie zasobów, zwiększenie nadzoru nad przebiegiem procesu diagnostyczno-leczniczego oraz wdrożenie odpowiednich standardów w zakresie profilaktyki. Obecnie bowiem niewiele czasu poświęca się na edukację pacjentów i ich bliskich, mimo że wiele czynników ryzyka można ograniczyć. Badania bilansowe są przeprowadzane wyłącznie u dzieci oraz młodzieży do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej. Osoby dorosłe mogą liczyć na kwalifikację do jednego z realizowanych w POZ programów profilaktycznych dotyczących chorób układu krążenia, gruźlicy czy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

W ramach opieki nad pacjentem w nowym modelu POZ świadczeniodawcy mają otrzymać opłatę zadaniową za realizację profilaktyki. Profilaktyka będzie obejmować badania bilansowe pozwalające na identyfikację osób potencjalnie chorych. Z perspektywy rejestracji oznacza to przede wszystkim konieczność odmiennej niż do tej pory organizacji terminarza wizyt, tak aby podzielić czas pracy lekarzy i pielęgniarek na świadczenia dla osób zdrowych, osób chorych przewlekle i chorych incydentalnie. Jest to spore wyzwanie logistyczne, bo bilanse będą przeprowadzane co pięć lat u wszystkich pacjentów od 20. do 65. roku życia, którzy złożyli deklarację wyboru danego lekarza POZ. Trzeba dodać, że świadczeniodawcy będą musieli wykazać się odpowiednim współczynnikiem skuteczności wzywania na badania bilansowe.

Za część wstępną bilansu odpowiadają koordynator i pielęgniarka POZ. Pogłębiony wywiad będzie przeprowadzany przez lekarza POZ. Pielęgniarkom powierzono również edukację pacjentów, u których na podstawie bilansu stwierdzono taką potrzebę. Wizyty edukacyjne mają dotyczyć w szczególności zdrowego żywienia, aktywności fizycznej czy zwalczania uzależnień. To oznacza konieczność merytorycznego przygotowania się do nowych zadań.

Zespół POZ

Koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą, za której zapewnienie będzie odpowiadać lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką i położną POZ, ma polegać na zintegrowaniu udzielania świadczeń zdrowotnych. Koordynacja powinna objąć wszystkie etapy i elementy procesu realizacji świadczeń, ze szczegól-

„ Stosunkowo długie terminy dostosowawcze dały świadczeniodawcom złudne poczucie bezpieczeństwa „

nym uwzględnieniem ich jakości i efektywności, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Na poziomie POZ spójność działania ma zapewnić ograniczenie pacjentowi wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ do osób tworzących łącznie zespół POZ.

Decydującą rolę w zespole POZ odgrywa lekarz, który koordynuje jego działania. Utworzenie zespołów POZ to nowe podejście do organizacji udzielania świadczeń, ale i ryzyko dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych. W najtrudniejszej sytuacji znajdują się położne POZ. Obecnie bowiem zaleca się, aby pod opieką lekarza POZ oraz pielęgniarki POZ było 2500 pacjentów. Jest zatem możliwe, by określona populacja pozostawała pod opieką jednej pielęgniarki POZ i lekarza POZ. Rekomendowana liczba pacjentek objętych opieką położnej POZ z uwagi na specyfikę udzielanych przez położną świadczeń wynosi natomiast 6600. Położna będzie więc skazana na funkcjonowanie w ramach kilku zespołów POZ, bo tylko w takiej formule uzyska odpowiednią liczbę pacjentów.

Kwalifikacje

Katalog kwalifikacji uprawniających do uzyskania statusu pielęgniarki POZ został ograniczony do posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, ukończonego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub bycia w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo uczestniczenia w kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Ponadto pielęgniarką POZ może zostać pielęgniarka, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa – już bez wymogu posiadania trzyletniego doświadczenia w pracy w POZ. Podobnie wygląda sytuacja położnych. Możliwość realizacji świadczeń w POZ docelowo będą miały tylko położne posiadające kwalifikacje w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego.

Zastanawiająca jest niekonsekwencja prawodawcy. Po licznych głosach krytycznych wobec wyłączenia lekarzy pediatrów z POZ dokonano autopoprawki do projektu ustawy, wskazując, że pediatra, który ukończy kurs w zakresie medycyny rodzinnej, będzie mógł utrzymać status lekarza POZ. Wśród pielęgniarek uprawnionych do realizacji świadczeń w ramach POZ nie znalazły się natomiast pielęgniarki posiadające



Fot. © iStockphoto.com

„Położna będzie skazana na funkcjonowanie w ramach kilku zespołów POZ, bo tylko w takiej formule uzyska odpowiednią liczbę pacjentów”

kwalifikacje w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, mogące współpracować z lekarzem pediatrą.

Pielęgniarka w szkole

Zgodnie z nadal obowiązującym rozporządzeniem dotyczącym świadczeń gwarantowanych świadczenia w POZ obejmują:

- świadczenia lekarza POZ,
- świadczenia pielęgniarki POZ,
- świadczenia położnej POZ,
- świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania,
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- transport sanitarny.

W ustawie o POZ znalazły się jedynie zapisy dotyczące trzech pierwszych z wymienionych aspektów funkcjonowania POZ.

Przyjęcie nowej, odrębnej ustawy o medycynie szkolnej wymieniane jest jako jeden z najważniejszych planów Ministerstwa Zdrowia na 2018 r. Założenia do projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym opublikowane we wrześniu 2017 r. jasno wskazują na dążenie do zwiększenia roli medycyny szkolnej, monitorowania opieki sprawowanej nad uczniami oraz zainteresowania tą tematyką i zaangażowania w optymalizację opieki zdrowotnej nad uczniami jednostek samorządu terytorialnego, które pełnią

funkcję organów prowadzących dla szkół. O tym, jak silny akcent ma zostać położony na zapewnienie opieki medycznej w środowisku nauczania i wychowania, może świadczyć chociażby ujęcie środków na wyposażenie gabinetów medycyny szkolnej we wrześniowej specustawie finansowej.

Obecny model opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nie przewiduje stałej obecności lekarza i lekarza dentystry w szkole. Opiera się on na świadczeniach realizowanych przez pielęgniarki szkolne i higienistki szkolne. Aby zapewnić lepsze efekty opieki, zakłada się nie tylko objęcie uczniów opieką stomatologiczną, lecz także zmniejszenie liczby uczniów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki przy jednoczesnym rozszerzeniu katalogu jej zadań.

Pielęgniarka ma m.in. sprawować pieczę nad realizacją zaleceń wydanych uczniowi przez lekarza i lekarza dentystry czy przypominać opiekunom dziecka o bilanсах i szczepieniach. Zakłada się zacieśnienie współpracy pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania a dyrektorem szkoły i nauczycielami, zwłaszcza w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej lub rówieśniczej oraz poprawy bezpieczeństwa uczniów, organizacji żywienia czy warunków sanitarnych. Realizacja tych założeń ma się odbywać poprzez doradzanie w sprawie programów oświatowych czy uczestnictwo w radach pedagogicznych. To zupełnie nowe sfery aktywności pielęgniarek szkolnych, które będą wymagały zaangażowania i pogłębionej analizy środowiska szkolnego.

Wewnętrzne rozstrzygnięcia

Zainicjowana programem pilotażowym POZ+ ewolucja podstawowej opieki zdrowotnej będzie wymagała zwrócenia większej uwagi na współpracę z podmiotami zewnętrznymi. Pierwszym krokiem do nawiązania prawidłowych relacji musi jednak być uporządkowanie wewnętrznych procedur i precyzyjne zdefiniowanie zadań zarówno poszczególnych członków zespołu POZ, jak i personelu administracyjnego. Wspólny mianownik dla wszystkich podejmowanych działań będzie stanowić dokumentacja medyczna umożliwiająca sprawny dostęp do informacji niezbędnych określonego podmiotowi do zapewnienia pacjentowi świadczeń zdrowotnych czy opieki socjalnej.

Ustawa o POZ wskazała na konieczność określenia szczegółowych zasad organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie w regulaminie organizacyjnym. Kierownicy podmiotów leczniczych stają zatem wobec niełatwego zadania stworzenia w ciągu niespełna półtora roku takich regulacji wewnętrznych, by nie ograniczając praw pacjenta, zapewnić placówce efektywne funkcjonowanie.

Iwona Magdalena Aleksandrowicz
Autorka jest ekspertem kancelarii doradczej Rafał Janiszewski.