

Pacjenci bez opieki?

14 stycznia 2014

Sytuacja w służbie zdrowia jest coraz gorsza. Potwierdza to niedawny apel lekarzy rodzinnych do parlamentarzystów, w którym ostrzegają przed „zdeństowaniem podstawowej opieki zdrowotnej”. Grupą zawodową, która w sposób szczególny doświadcza na sobie kryzysu polskiej opieki zdrowotnej i może mu się z bliska przyglądać, są jednak przede wszystkim pielęgniarki. O kłopotach systemu, zagadnieniach związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem pacjentów oraz o coraz dalej idącej komercjalizacji leczenia rozmawiamy z Małgorzatą Aulejtner z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP).

KRZYSZTOF WOŁODŹKO: Jak wygląda dzień pracy pielęgniarek? Podobno coraz częściej muszą w pojedynkę opiekować się rosnącą liczbą pacjentów, a coraz więcej czasu i energii zajmuje biurokracja.

MAŁGORZATA AULEJTNER: Zaczniemy od standardowych czynności w pracy pielęgniarki. Są to przygotowywanie i podawanie leków, robienie iniekcji domięśniowych i dożylnych, zapoznanie się z pacjentem, jego rodziną. Ważna jest także rola edukacyjna wobec pacjenta, uświadczenie mu chociażby konieczności zdrowego trybu życia, co u nas wciąż jest zaniedbywane. Do tego dochodzi pielęgnacja pacjentów, wykonywanie opatrunków, wstępna rehabilitacja i wprowadzenie do „samoopieki”, czyli nauki samodzielnej pielęgnacji przez chorych.

W szpitalach mamy coraz częściej do czynienia z obniżaniem ilości pielęgniarek na oddziałach ze względu na cięcia kosztów. Co prawda to wciąż największa grupa zawodowa w szpitalach, ale bardzo łatwo się ją zwalnia, choćby dlatego, że w wielu placówkach nie ma organizacji związkowych. Bardzo często jest dziś tak, że na nocnym dyżurze zostaje jedna pielęgniarka, która ma pod opieką 35, 40, a słyszałam nawet o

60 pacjentach. Część tych chorych jest w stanie ciężkim. Niech to będzie 8 osób – nie ma możliwości, żeby pielęgniarka wykonała wszystkie konieczne czynności przy takich pacjentach.

Ponadto wypełniamy bardzo dużo dokumentacji medycznej. Mamy procedury pielęgniarskie, związane z wykonywaniem naszego zawodu. To forma koniecznego zabezpieczenia choćby na wypadek jakichś komplikacji, dotyczy to np. cewnikowania. Oprócz tego zdajemy raporty pielęgniarskie. Często pielęgniarka po dwunastogodzinnym dyżurze musi zostać jeszcze godzinę, by wypełnić taki raport, by „przekazać” pacjentów następnej zmianie. W wielu szpitalach za to się nie płaci, choć powinno.

Procedury to karty pacjenta, karty gorączkowe... Tego jest bardzo dużo. W moim szpitalu mamy około 50 procedur. Z tym że na jednym oddziale będzie to ponad 20 kart do wypełnienia, na innym 30, w zależności od specyfiki chorób. Bardzo często czas, który należałoby poświęcić choremu, zużywamy na wypełnianie tych papierków. Moim zdaniem to około 40 proc. czasu w ciągu dwunastogodzinnego dnia pracy pielęgniarki. Nierzadko pacjenci mają o to do nas żal, i nie dziwią się im.

– Na tym koniec?

– Następna kwestia, bardzo ważna, wiąże się z ustawą o zawodzie pielęgniarki. Jest tam wyraźnie powiedziane, że leki pielęgniarka przygotowuje sama i sama je podaje. U nas, w większości placówek medycznych, jedna pielęgniarka szykuje leki, a inne je podają, bo nie ma innej możliwości – jest nas za mało. W związku z tym łatwo może dojść do pomyłek. Mamy samorząd zawodowy, wiele naszych koleżanek odpowiada przed nim w sytuacji, gdy dojdzie do niepożądanych zdarzeń medycznych, wynikających z błędów pielęgniarek.

To nasza zmora, bo to przede wszystkim dotyka chorych. Mówi się, że dziś pacjent szybko otrzymuje odszkodowanie. Ale mało pisze się o tym, że obecne komisje działają długo, opieszale. Nie każdy wie, że może się zgłosić i otrzymać odszkodowanie.

Zgodnie z prawem pielęgniarki muszą zapłacić pacjentowi do trzech swoich pensji odszkodowania. Jeżeli jednak pójdzie on do sądu i wystąpi na drogę cywilną – a ma do tego prawo – mogą to być dużo większe kwoty. Ale straty takiego człowieka są i tak nieporównywalnie większe, niezależnie od pieniędzy, jakie uzyska. Mówimy tu przecież o zdrowiu i życiu naszych pacjentów.

– Ponadto mamy coraz mniej pracowników i pracowników personelu pielęgniarskiego.

– To już poważny kryzys. Przede wszystkim rząd nie chce sobie uświadomić, że jest nas za mało. W jaki sposób ten deficyt jest „uzupełniany”? Mamy choćby pielęgniarki kontraktowe, które pracują w kilku miejscach. Poza tym pielęgniarki etatowe mają jeszcze dodatkowe kontrakty, czyli de facto pracują na dwóch-trzech etatach. Jest to już nagminna praktyka. Pielęgniarki pracują po 36 godzin niemal bez przerwy, przejeżdżają z jednego szpitala do drugiego. Na to się pozwala. Osobiście nie chciałabym mieć takiej pielęgniarki na oddziale, dlatego że to zagraża przede wszystkim pacjentowi.

Dzieje się tak, ponieważ pielęgniarki z licencjatem mają prawo podpisać klauzulę opt-out, czyli oświadczenie o wyrażeniu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Powoduje to, że pielęgniarka albo lekarz mogą pracować nawet 24 godziny na dobę. Nikt tego nie sprawdza, kontraktowych pielęgniarek nie kontroluje Państwowa Inspekcja Pracy, a pracodawca cieszy się, że ma pracownika. Według mnie taka praktyka równa się także – nie boję się tego powiedzieć – odbieraniu pracy innym pielęgniarkom, które są na bezrobociu. W Warszawie obecnie niemal nie przyjmuje się pielęgniarek na etaty we wszystkich szpitalach. Nie patrzy się na jakość opieki pielęgniarskiej, ale na to, żeby było tanio. Wynika to także z tego, że pacjent jest towarem, a medycyna to usługi...

– Średnia wieku w tym zawodzie wynosi 45,6 lat i szybko się

podnosi.

– W moim szpitalu średnia wieku pielęgniarek to prawie 48 lat. A to jest problem choćby dlatego, że kobiety po menopauzie częściej chorują, a długotrwała praca na zmiany zaburza rytm biologiczny. Najwięcej jest pielęgniarek pomiędzy 35. a 52. rokiem życia. To są te osoby, które kończyły jeszcze licea medyczne, wiele z nich podniosło swoje wykształcenie, mają tytuły licencjatów i magistrów. Obecnie bardzo mała grupa kobiet podejmuje studia pielęgniarskie – jest to zawód nisko opłacany, a jednocześnie ciężki i niewdzięczny. Pielęgniarka zaczynająca pracę w szpitalu w stolicy otrzyma najczęściej najniższą pensję – 1800-2300 zł brutto. Oczywiście, łącznie z dyżurami nocnymi i świątecznymi zarobi więcej, ale wiadomo, że młoda pielęgniarka musi się wdrożyć do zawodu, a na to nakładają się jeszcze różne realia i układy na poszczególnych oddziałach szpitalnych: to starsze pielęgniarki zwykle otrzymują dodatkowe dyżury. Pielęgniarka, która zaczyna pracę, musi się przyuczać, bo przygotowanie praktyczne na studiach jest teraz bardzo różne. Koleżanki mają dziś o wiele mniej praktyk niż moje roczniki.

Łatwo sobie wyobrazić konsekwencje takiej struktury wiekowej, jaką mamy w pielęgniarstwie: starszych pielęgniarek nie ma kim zastąpić. W moim szpitalu na dwieście pielęgniarek mamy może z dwadzieścia młodych.

– Na Festiwalu Obywatela wspominała Pani, że na protestach pielęgniarek zawsze zyskiwali przede wszystkim lekarze. Na Portalu Pielęgniarek i Położnych znalazłem informację, że rozwarstwienie płac w szpitalach może sięgać nawet kilkudziesięciu tysięcy złotych.

– My protestowałyśmy, a głównymi beneficjentami naszych manifestacji była grupa lekarzy i innych pracowników, także administracyjnych, ochrony zdrowia. Tak było choćby po protestach w „białym miasteczku” za rządów Prawa i Sprawiedliwości w ramach tzw. ustawy wedłowskiej, gdzie

zagwarantowano 40-procentowy wzrost wynagrodzeń pielęgniarkom i innym pracownikom służby zdrowia.

W Polsce w większości szpitali dyrektorami są lekarze. Co prawda związek zawodowy lekarzy jest niewielki, nie należy do żadnej dużej centrali związkowej, ale zawsze mają tzw. dojścia do ministra, wiceministra itp. Pielęgniarki muszą wystać swoje i wychodzić na ulicach. Często musiałyśmy bardzo twardo negocjować, choć nie zawsze się to udawało. W niektórych szpitalach dyrektorzy dawali pielęgniarce podwyżkę pięć złotych brutto za godzinę. Dodam, że praca pielęgniarki nie jest również wyceniana przez NFZ. Lekarze mają procedury lekarskie, za które szpitale otrzymują wyższe kontrakty z NFZ, natomiast my do tej pory walczymy o wycenę pielęgniarskich usług medycznych. Tego nikt nie chce nam przyznać.

– Dlaczego?

– Moim zdaniem wynika to z faktu, że w systemie nie ma pieniędzy. Dofinansowanie nie wzrasta, koszty utrzymania rosną, choćby opłaty za energię, wywóz śmieci, za wodę itd. Wiadomo, że szpitale prędzej zapłacą za media, sprzęt i leki, niż podwyższą pensje pielęgniarkom. Lekarze z kolei mają zwykle bardzo dobre kontrakty – za godzinę pracy lekarza szpitale płacą od 60 zł wzwyż. Niektórzy lekarze mówią, że nie staną do pracy, jeśli nie dostaną 100 zł na godzinę. To wysokie zarobki, które równocześnie stają się zaporą uniemożliwiającą podniesienie płac pielęgniarce czy salowej. A te ostatnie są zatrudnione na minimalnych pensjach...

Nasza praca bezpośrednio przy pacjencie jest mało ceniona. I tu znów kłania się kwestia niedoboru personelu. Bardzo często pielęgniarki kończą dyżur ze świadomością, że nie wszystko zostało zrobione tak, jak byśmy chciały. To powoduje duże zniechęcenie wśród pielęgniarek, poczucie frustracji. A przecież do tego zawodu naprawdę trafiają osoby, które po prostu lubią ludzi, są na nich otwarte, potrafią z nimi być. Ale zmęczenie zawodowe i poczucie niesprawiedliwości

finansowej jest duże. Tymczasem rośnie dysproporcja między zarobkami naszymi a kadry lekarskiej.

Oczywiście, są i takie pielęgniarki, które otrzymują dobre wynagrodzenie, ale zazwyczaj wynika to z tego, że szpital ma bardzo dobre procedury medyczne. Dzieje się tak w typowych szpitalach prywatnych. Nie znam natomiast szpitala-spółki, który dobrze płaci pielęgniarkom i/lub ich nie zwalnia.

– Następną kwestią jest to, że pielęgniarki są dziś coraz częściej wypychane na samozatrudnienie.

– Teoretycznie ustawa o działalności leczniczej stwierdza, że dyrektor nie może zmusić pielęgniarki do pracy kontraktowej. Ale metody szefostwa są bardzo różne. Wzywa się pojedyncze osoby i mówi: „albo przejdzie pani na samozatrudnienie, albo dostanie wypowiedzenie”. Dziewczyny stawiane są pod ścianą. Z obawy przed utratą pracy otwierają działalność gospodarczą. A to prowadzi do wspomnianej już pracy w wielu placówkach, w ciągłym pośpiechu i nakładającym się zmęczeniu. Chcą wykonać pracę, dostać pieniądze i wyjść. W dodatku nie znają specyfiki danego oddziału, czyli nie ma dobrego kontaktu z pacjentami, w dodatku ktoś musi poświęcać czas, żeby wprowadzić takie osoby w zadania, co znów skutkuje mniejszą efektywnością pracy. I ponownie dzieje się ze szkodą pacjenta. Dziwię się, że nie rozumie tego kadra dyrektorska i menedżerska, także spośród pielęgniarek wyżej postawionych w hierarchii.

Dodam do tego jeszcze jedną kwestię, dotyczącą kształtu umów kontraktowych. Przypomnę, że przed zawarciem kontraktów ogłaszane są konkursy na wykonywanie czynności pielęgniarskich lub ratowniczych. Pielęgniarka nie jest prawnikiem. I zwykle nie pójdzie do prawnika, żeby zapytać, czy umowa jest skonstruowana z korzyścią dla niej. Umowy kontraktowe są formułowane jak umowy między przedsiębiorcami. Wygrywa ten, który ma lepszego prawnika. W przypadku umowy cywilnoprawnej normą są klauzule, że pielęgniarka musi znaleźć kogoś na swoje miejsce, gdy chce wziąć urlop. Czasem mniej doświadczone

pielęgniarki nie wiedzą też, ile mają żądać za podstawową godzinę pracy. Albo w umowie jest zapis, że po roku można... zmniejszyć stawkę godzinową, na przykład z 35 zł na 25 zł. Obecnie słyszałam nie tylko o zmniejszeniu stawki godzinowej do 17 zł, ale również o obniżeniu czasu pracy do $\frac{1}{4}$ etatu.

Nie znam kraju na Zachodzie, gdzie w publicznej służbie zdrowia pracowałyby pielęgniarki kontraktowe. To jest dopuszczone tylko w Polsce. Owszem, działają tam agencje pielęgniarskie, ale na zupełnie innych zasadach. Tam dba się o to, by na oddziałach pracowała odpowiednia liczba pielęgniarek, także po to, żeby nie było odszkodowań w związku ze skutkami źle wykonanej pracy.

– Wróćmy jeszcze do kosztów, które ponoszą pacjenci w związku z trudną sytuacją pielęgniarek.

– Mówiłam już o niepożądanych zdarzeniach medycznych: podanie nie tego leku, co trzeba; przetoczenie niewłaściwej grupy krwi – to najczęstsze przyczyny pozwów przeciw pielęgniarkom. Często jest też tak, szczególnie wśród starszych pielęgniarek, że wykonują zlecenie lekarskie nie poparte wpisem lekarza „bo pan doktor powiedział...”. Bo się znają, bo pielęgniarka czuje się niemal jak poddana lekarza. A ten, gdy popełni błąd, mówi: „nie zleciłem tego”. To chora zależność, wynikająca jeszcze z systemu edukacji pielęgniarek, szczególnie tych starszych. Lekarz jawił się jako ktoś wszechwiedzący, my byłyśmy wykonawczyniami, nie partnerkami. Na szczęście czasy się zmieniły, mamy ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej. Wiemy dokładnie, co wolno nam robić, a czego nie wolno. A jednak wiele pielęgniarek wbrew ustawie wykonuje pewne czynności, które zleca lekarz. Brakuje refleksji, że można odmówić wykonania zlecenia lekarza, jeżeli pielęgniarka wie, że niesie ono zagrożenie dla pacjenta.

– A jak wygląda dziś sytuacja pielęgniarek środowiskowych?

– Powstało bardzo dużo niepublicznych zakładów opieki

zdrowotnej. Kiedyś pielęgniarka środowiskowa rzeczywiście pracowała przede wszystkim „w terenie”, choć dokumentacja pacjenta była oczywiście w przychodni. Dziś taka osoba zatrudniona w niepublicznym ZOZ idzie na trzy godziny do pacjentów, a przez pięć godzin jest pielęgniarką zabiegową. Dawna metoda pracy miała także znaczenie społeczne: pielęgniarki przeprowadzały choćby wywiady środowiskowe. Pielęgniarka również kupowała leki i zanosila je pacjentowi. Wtedy opieka społeczna była znacznie bardziej związana z przychodnią, można było całościowo widzieć problemy pacjenta, konsultować wiele różnych spraw. Żaden niepubliczny ZOZ nie będzie się zajmował takimi sprawami: pielęgniarka ma podać antybiotyki, wpisać w kartę, ograniczenia w wykonywaniu czynności nakłada również NFZ. Najważniejsze są procedury, a nie pacjent, oraz to, żeby zsumowały się punkty w systemie i można było wziąć pieniądze z NFZ.

– Czyli zanika społeczny wymiar tej pracy?

– Pielęgniarka jest po prostu wykonawcą usługi. Dostaje zlecenie, że ma zmienić opatrunek, więc to robi. Nawet jeśli koleżanki angażują się bardziej, to mają zdecydowanie utrudnione możliwości świadczenia pomocy. Kiedyś w każdej przychodni był pracownik socjalny, któremu można było zgłosić pewne problemy środowiskowe, jakie dotyczą pacjenta. Dziś zawężone jest to do szpitali. Zgłaszający się pacjent bez ubezpieczenia poddawany jest procedurze wyjaśniającej, która gmina w Polsce poniesie koszt ubezpieczenia zdrowotnego. Oddziały szpitalne zgłaszają pomocy społecznej przypadki braku opieki nad pacjentem w domu. Według mojej opinii brak jest kompleksowej pomocy dla osób w trudnej sytuacji życiowej, dodatkowo obciążonych ciężkimi chorobami.

– Podobny jest temat, o którym mówiła Pani na Festiwalu Obywatela: mamy do czynienia z poważnym problemem związanym z troską o brak zdrowia młodego pokolenia. Jak wygląda dziś obecność pielęgniarek w szkołach?

– Jest ich znacznie mniej, bo zmienił się charakter zatrudniania pielęgniarek w szkołach. Kiedyś były zatrudniane bezpośrednio przez szkołę. Obecnie są zatrudniane za pośrednictwem agencji pielęgniarskich, które podpisują umowę ze szkołami w ramach ich „obsługi”. W warszawskich realiach na jedną pielęgniarkę przypada od jednej do trzech szkół, wszystko zależy od liczby uczniów danej szkoły – takie warunki określa NFZ. No i tutaj też pojawia się całe mnóstwo szkolno-medycznej biurokracji, więc z tych czterech godzin dziennie znów trzeba to odjąć.

Nadal do szkół przychodzi także lekarz, robione są szczepienia. Wszystko zależy od tego, ile gmina ma pieniędzy i czy jest zainteresowana zdrowiem młodzieży. Trudno to nazwać opieką systemową. Tymczasem dzieci w Polsce naprawdę mają kłopoty zdrowotne. Dodać do tego należy kwestię posiłków szkolnych. Tutaj wygrywa catering albo sklepiki z batonami. Posiłki są źle zbilansowane w białka, tłuszcze i węglowodany, niedostosowane do potrzeb uczącego się dziecka. A już dziś mamy ogromną skalę otyłości wśród młodzieży. Nikt nie patrzy na to, że będzie to tworzyć problemy społeczne i zdrowotne w ciągu następnych kilkunastu, kilkadziesiąt lat. Już teraz widzę w izbie przyjęć, o ile wzrosła liczba osób otyłych, które ledwie ukończyły osiemnasty rok życia. Dodajmy do tego, że w skali Europy mamy największy odsetek problemów kardiologicznych. Ale jeśli już w szkole dzieci są uczone, że się je byle jak i byle co, to takie nawyki zostaną im na przyszłość. To zresztą szerszy problem, dostrzegany w naszym zawodzie: brak solidnej edukacji pacjenta, która również jest naszym zawodowym obowiązkiem, a na którą nie ma czasu.

W Polsce walczy się z problemami społeczno-zdrowotnymi przez organizowanie medialnie nagłaśnianych programów. Przykładowo: zrobimy odpowiedni program i „wyleczymy Polskę” z nowotworów. W ogóle nie patrzy się na rzeczywiste efekty i na faktyczną profilaktykę, która powinna zaczynać się w przedszkolu i szkole, a dzięki której społeczeństwo będzie zdrowsze i

sprawniejsze.

– Wspominała Pani, że ubywa chętnych na przejście procesu kształcenia w tym zawodzie i rozpoczęcie pracy. Jak wyglądał Pani proces kształcenia? Jakie zmiany w nim zaszły na przestrzeni lat?

– Uczęszczałam do pięcioletniego liceum medycznego. Najpierw uzyskałam dyplom pielęgniarski, a po miesiącu zdałam maturę. W moim roczniku taki był system kształcenia. Pielęgniarka mogła zacząć pracę już po uzyskaniu dyplomu, bez konieczności zdawania matury. Z mojego rocznika, w jednej tylko szkole, w VI Liceum Medycznym w Warszawie uzyskało dyplom pielęgniarski i maturę ok. 140 osób. Wtedy jeszcze – przynajmniej w moim szpitalu – pielęgniarka zaczynająca pracę miała trzymiesięczny okres adaptacyjny, który pozwalał zapoznać się z miejscem pracy i wdrożyć do obowiązków. Każda pielęgniarka oddziałowa chciała wówczas mieć liczną obsadę oddziału. Było to zrozumiałe zarówno dla oddziałowych, przełożonych, jak i dla dyrekcji szpitala. Przyjmowano pielęgniarki do pracy pomimo tego, że każdą szkołę kończyła znaczna ilość dziewczyn. Dzisiaj, gdy jest nas coraz mniej, blokuje się zatrudnienie.

Po wejściu do Unii Europejskiej zmieniły się zasady kształcenia. Obecnie obowiązuje tylko system studiów wyższych dla pielęgniarek. Dzięki ogromnym staraniom OZZPiP i samorządu zawodowego pielęgniarki kształcone w innym systemie mogą kończyć darmowe studia pomostowe. Wiele pielęgniarek w Polsce musiało je ukończyć za własne pieniądze. Ja zaliczam się do wybrańców losu: mogłam zrobić licencjat z pielęgniarstwa za darmo. Dziś pielęgniarki zobowiązane są ukończyć studia licencjackie, ale mamy mnóstwo magistrów pielęgniarstwa, a także sporo osób z tytułem doktora w dziedzinie pielęgniarstwa. To jest zmiana na lepsze, bo kiedyś dalsze kształcenie było dla nas zamknięte.

Niedawno Ministerstwo wpadło na pomysł, że da adeptkom pielęgniarstwa chesne na dalsze studia, ale w zamian one

zobowiążą się, że przez pewien czas nie wyjadą z kraju. Przypomina to trochę nakaz pracy dla pielęgniarek z czasów PRL. A nikt nie myśli o tym, dlaczego dziewczyny nie chcą pracować w tym fachu – wiele nie odbiera nawet dokumentu potwierdzającego prawo do wykonywania zawodu... Wiedzą, co je czeka – na praktykach mogą się przyjrzyć realiom dzisiejszej pracy, są świadome, jakie są zarobki. Dziś dodatkowo trzeba robić mnóstwo kursów dokształcających, kwalifikacyjnych i specjalistycznych.

Pielęgniarki uczą się bardzo dużo za własne pieniądze, a równocześnie nie idzie za tym godziwe wynagrodzenie. Rzadko kto zdaje sobie sprawę, że pielęgniarstwo to wysoce specjalistyczny zawód, odnoszący się do tak delikatnej materii jak ludzkie zdrowie i życie, a zarazem tak nisko płatny. Stąd nieporadne próby Ministerstwa Zdrowia nie zapobiegną dalszym wyjazdom pielęgniarek.

– Ale do nas przyjedzie z kolei biały personel z byłych państw Związku Radzieckiego.

– Pielęgniarki ze Wschodu nie przyjadą masowo do Polski. One też umieją liczyć i wiedzą, ile mogą zarobić w Europie. Poza tym mało kto wie, że w Rosji płacą pielęgniarkom bardzo dobrze. Białorusinki i Ukrainki bardzo często jadą właśnie tam do pracy. Znam również polskie pielęgniarki, które pracują w Sankt Petersburgu, bo im się to opłaca.

– Czy potrafi Pani wskazać takie decyzje polityczne w ciągu ostatnich ponad dwóch dekad, które zdecydowanie wpłynęły na charakter pracy pielęgniarek i położonych?

– Uważam, że wszystkie pozytywne zmiany wywalczyłyśmy sobie same. Mamy ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej, ustawę o samorządzie zawodowym. To Izby Pielęgniarskie wystawiają dokumenty o prawie do wykonywania zawodu, a nie wojewoda. Jesteśmy zawodem wolnym. W samym środowisku są one różnie oceniane, ale moim zdaniem dobrze, że one powstały. Wiele

zależy od ich obsady.

Mamy własny związek zawodowy, OZZPiP, zrzeszający około 80 tys. pielęgniarek. Dzięki przynależności do Forum Związków Zawodowych możliwe było choćby uczestniczenie w pracach Komisji Trójstronnej, której procedowanie zostało jednak zerwane. Prawo do konsultacji ustaw i rozporządzeń pozwala związkowi i samorządowi mieć pewien wpływ na to, co się dzieje w ochronie zdrowia. Niestety dialog społeczny prowadzony pod dyktando pracodawców przez obecny rząd nie służy ani dobru pacjenta, ani pracownikom ochrony zdrowia.

Przez trzy lata trwały prace nad rozporządzeniem o normach zatrudnienia dla pielęgniarek. Projekt wypracowany wspólnie przez przedstawicieli samorządu i związków zawodowych oraz wybitne osoby związane z naszym zawodem nie wszedł w życie, za to uchwalono bubeł prawny, podpisany przez ministra Bartosza Arłukowicza, z którego wycięto „normy SPZOZ-owe” [Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – przyp. K. W.]. Powoduje to, że prywatny pracodawca może bez żadnych konsekwencji zatrudnić jedną pielęgniarkę na 60 czy nawet 100 pacjentów. Natomiast w państwowych szpitalach te SPZOZ-owe normy zatrudnienia obowiązują. Nie możemy się pogodzić z tym, że doszło do uchwalenia takiego bubla. Naszą troską jest to, by pacjent był właściwie zabezpieczony. Tymczasem dziś okazuje się, że pracodawca w zależności od statusu prawnego podmiotu publicznego może postępować tak, jak zechce. Odstajemy od zachodnich standardów. W Anglii ilość pielęgniarek na oddziale jest dwu-trzykrotnie wyższa.

– Tymczasem podstawowy problem jest pewnie taki, że służba zdrowia jest niedofinansowana.

– To prawda. Ale to wiąże się z szerszą sytuacją społeczną. Mamy znaczne bezrobocie, jest dużo umów śmieciowych, co negatywnie wpływa na wysokość kwot wpływających ze składek do NFZ. Od dwóch lat nie zmieniają się stawki przeznaczane na lecznictwo: na alarm biją lekarze i pielęgniarki. Z pewnością

do tego dochodzi nieprawidłowe wydatkowanie pieniędzy.

Byłam niedawno na konferencji zdrowia medycznego. Tam jasno i wyraźnie powiedziano nam, że idą znaczne zmiany. Służba zdrowia ma być prywatna – po to zrobiono także ustawę o działalności leczniczej. Jej beneficjentami będą osoby związane z partiami politycznymi. I nie jest to żadna teoria spiskowa. Wystarczy już dziś sprawdzić, jakie w szpitalach-spółkach są powiązania zarządu. Wszystko jest w ogólnodostępnych zapisach KRS, czarno na białym. Kwestie merytoryczne nie są oczywiście najważniejsze przy doborze prezesa szpitala-spółki – ważne jest, czy dany człowiek zna prezydenta, wiceprezydenta miasta... To świetny sposób na „uwłaszczenie po cichu”. W dodatku dla prezesów to jest świetny zarobek – mówi się nawet o 50 tys. złotych miesięcznego wynagrodzenia w takich placówkach – oczywiście z pieniędzy NFZ.

Poza tym zawsze można sprzedać taką instytucję wielkiej, prywatnej firmie, jeśli coś pójdzie źle. W Polsce działają dwie duże grupy, w tym Nowy Szpital, znany z bardzo złej polityki wobec pielęgniarek. W Olkuszu, gdzie mają placówkę, już ponad pół roku trwają negocjacje z zarządem spółki. Jeśli radni myślą, że taka spółka zabezpieczy dostęp do służby zdrowia dla mieszkańców danej gminy, to się mylą. Oni wykonują tylko takie usługi, które się opłacają. W dodatku umowy z prywatnymi podmiotami są tak skonstruowane, że nie można ich wypowiedzieć, a są zawierane np. na 25 lat. Prawnicy takich prywatnych podmiotów lepiej dbają o interesy tych, którzy im płacą, niż gmina o bezpieczeństwo obywateli. Patrzę na to z przerażeniem. Znakomitym przykładem jest wojewódzki szpital w Siedlcach, przekształcony w spółkę dwa lata temu niezgodnie z prawem, co orzekł sąd. Nie miał długów. Obecnie generuje ogromne długi, miał już kilku prezesów, pensje pracowników obniżono o 23 proc. w ciągu półtora roku! Mówimy o tych sprawach jako OZZPiP, ale to głos wołającego na puszczy.

W Warszawie mamy dziś cztery szpitale będące spółkami

miejskimi, w tym jeden ginekologiczno-położniczy, który działał i nadal działa bardzo dobrze, jest rentowny. Poza tym prawie trzy lata temu sprywatyzowano szpital na Solcu, w lipcu szpital praski, a w październiku grochowski. One nadal będą się borykały z ogromnymi problemami finansowymi pomimo oddłużenia ze względu na niewystarczające kontrakty z NFZ. I pewnie z czasem dojdzie do sytuacji, że zostaną sprzedane spółce prywatnej. Chyba że opór społeczny nasili się na tyle, że znajdą się wreszcie pieniądze.

– Wspominała Pani, że w szpitalach prywatnych pielęgniarki zarabiają lepiej. Zatem może to jest faktyczna recepta na wasze zawodowe bóle?

– Znam dwa prywatne szpitale, w których pielęgniarek jest wystarczająca liczba i zarobki są dobre. Ale znam i takie, gdzie personelu jest za mało. Byłam zatrudniona w pewnej prywatnej firmie, gdzie pracę sześciu osób wykonywały cztery pielęgniarki, a do tego przychodził tak zwany kierownik zmiany i mówił, że „pacjent VIP-owski” czeka już 15 minut na zastrzyk. Ale on siedział i czekał nie dlatego, że nie chciało się nam pracować, tylko dlatego, że byłyśmy zajęte.

Poza tym większość tych niepublicznych ośrodków i tak ma zawarte kontrakty z NFZ, bo inaczej by nie przeżyli. Ich „usługi medyczne” są tak skalkulowane, żeby mogli zarobić. To nie jest kompleksowa opieka zdrowotna, która może spełniać potrzeby ogólnospołeczne. Niepubliczne ośrodki specjalizują się w pewnych procedurach medycznych, ale gdy „coś się popsuje”, to wiezie się pacjenta do publicznego szpitala. Bo przecież w prywatnych ośrodkach nie ma odpowiedniego zaplecza choćby dla ciężiej chorych pacjentów, czyli Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, bo to już jest mniej zyskowne. Oni nie muszą mieć OIOM-u czy zespołu reanimacyjnego. Mają dobrze wykonywać jedną wysokopłatną procedurę medyczną i na niej zarabiać. Tak jest z zaćmami, kolonoskopiami, hemodynamiką. A państwowy szpital musi przyjąć pacjenta w bardzo ciężkim stanie, którego „podrzucą” mu z prywatnej

kliniki.

– Jak wygląda polityka rządowa odnośnie do tych wszystkich problemów? Przecież stosowne raporty trafiają na rządowe i ministerialne biurka.

– Ani w rządzie, ani w Ministerstwie Zdrowia, ani w departamencie pielęgniarstwa nikt nie dorósł do tego, by zobaczyć te problemy. Rząd dąży do prywatyzacji. To jest zresztą szerszy problem, wszystko rozgrywa się między rządem, Ministerstwem Zdrowia i NFZ. Liczą się jeszcze interesy lekarzy i lobby pracodawców ochrony zdrowia. Pacjent przegrywa, bo zwycięża logika: „szpital ma na siebie zarabiać”. Proszę zwrócić uwagę, jak skonstruowana jest ustawa refundacyjna – ona także spycha coraz więcej kosztów na pacjenta. Ale to jest błędne koło. Bo jeśli pacjent nie wykupi leków, to trafi do szpitala. Przecież już dziś przyjmujemy tych samych pacjentów kilka razy w miesiącu do szpitala, bo nie biorą leków. Nie dlatego, że są lekkomyślni. Nie stać ich, żeby za nie zapłacić.

Lekarze nierzadko powinni wystawiać recepty na tańsze leki. Ale zwykle tego nie robią, także dlatego, że wcześniej odwiedzili ich przedstawiciele firmy farmaceutycznej i „przekonali”, że lek „X” jest lepszy od leku „Y”. Sytuacja społeczna pacjenta kompletnie nie interesuje wielu lekarzy, zresztą przy wysokich dochodach po prostu nie znają pewnych problemów. Nie wiedzą, co to znaczy zastanawiać się nad alternatywą: wykupić leki czy zostawić pieniądze na jedzenie.

Co do raportów... Mamy świetne Towarzystwa Pielęgniarskie, w których pracuje kadra naukowa pielęgniarek. Opracowują mnóstwo materiałów na temat sytuacji pacjentów oraz o warunkach pracy naszej grupy zawodowej. Mało kto wie, że te raporty są publikowane także w obcych językach, wyjeżdżamy z nimi za granicę. Ta praca jest doceniana w świecie. Ale w Polsce, w świecie politycznym, nikogo to nie interesuje. Mogę tylko życzyć wszystkim Polakom dobrego zdrowia...

Będziemy mieli poważne problemy społeczne i gospodarcze wynikające z faktu, że nasza służba zdrowia pogrąża się w kryzysie. Zapomnijmy choćby o dobrych pracownikach w schorowanym społeczeństwie. A trzeba wielu lat i nakładów, żeby odbudować np. solidne zespoły pielęgniarskie. Już w 2000 r. biłyśmy na alarm, że jest nas za mało i będzie jeszcze mniej. Nikt nas nie słuchał. Póki co braki łątane są za pomocą systemu kontraktowego. Ale te pielęgniarki też mają powyżej 50 lat i niedługo skończą pracę. A młodych nie ma...

Polacy powinni wyjść na ulice razem z pielęgniarkami i innymi pracownikami ochrony zdrowia – technikami laborantami, ratownikami czy salowymi, które pracują za 1300 zł na rękę i w nieskończoność przedłuża im się umowy na czas określony. Jeśli nie wyjdziemy na ulice, to politycy dalej się będą z nas wszystkich śmiali, bo dla nich i dla ich rodzin jest leczenie z najwyższej półki w resortowych szpitalach.

– Dziękuję za rozmowę.

Z Małgorzatą Aulejtner rozmawiał Krzysztof Wołodźko

Źródło: [Nowy Obywatel](#)