



Sektorowa Rada ds. Kompetencji

Opieka Zdrowotna
i Pomoc Społeczna

Szanowni Państwo,

przekazujemy na Państwa ręce kolejny newsletter, który powstaje w ramach projektu Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna.

Bieżące wydanie newslettera porusza m.in. tematykę projektu specjalizacji w dziedzinie Chirurgiczny Asystent Lekarski.

Więcej informacji na temat działalności Rady, a także wcześniejsze wydania newsletterów możecie Państwo znaleźć na stronie projektu: www.rada.pracodawcyrp.pl.

Informacje z zakresu ochrony zdrowia

Projekt specjalizacji w dziedzinie Chirurgiczny Asystent Lekarski

Od kilku już lat mówi się o potrzebie powołania nowego zawodu w polskim systemie ochrony zdrowia – asystenta lekarza. Podczas posiedzenia Rady Sektorowej w grudniu 2018 r., prof. dr hab. n. med. Marian Zembala, Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, wraz ze współpracownikami przedstawił prezentację dotyczącą tej nowej medycznej profesji. Propozycja ta, została wypracowana pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. Michała Zembali, kardiochirurga ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Obecnie trwają prace nad takową specjalizacją w dziedzinie chirurgii, a zespół ekspertów opracował projekt programu specjalizacji: Chirurgiczny Asystent Lekarski (ChAL). Celem studiów specjalizacyjnych byłoby wykształcenie samodzielnego ChAL posiadającego nowoczesną wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające na skuteczną pomoc i asystę podczas procedur chirurgicznych oraz pomoc w leczeniu chorych przebywających w warunkach szpitalnych oddziałów zabiegowych.

Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego i uzyskaniu tytułu ChAL uzyskałby kwalifikacje uprawniające do uczestniczenia w procesie diagnostycznym i terapeutycznym – zabiegowym, jako czynna asysta do procedur chirurgicznych pod nadzorem lekarza specjalisty w danej dziedzinie zabiegowej.

Ponadto byłby uprawniony do wydawania opinii i zaświadczeń w zakresie czynności, które wykonał osobiście oraz do udzielania konsultacji leżących w zakresie swoich kompetencji, a także do kierowania specjalizacją kandydatów na ChAL.

Szkolenie specjalizacyjne miałyby trwać 24 miesiące (dwa lata). W tym czasie szkolący się odbyłby obowiązkowe staże szkoleniowe i kursy specjalizacyjne. Szkolenie kończyłoby się Państwowym Egzaminem, złożonym z egzaminu testowego i egzaminu ustnego.

Pracem nad specjalizacją ChAL przewodniczy prof. dr hab. n. med. Michał Zembala, który przybliży założenia tego projektu.

Jakie korzyści przemawiają za utworzeniem specjalizacji ChAL?

„Proszę pamiętać, że u podstaw wprowadzonego w latach 60 w USA zawodu Assistant Physician leżały dwa elementy: 1) niedostatek wykwalifikowanej kadry lekarskiej, szczególnie silnie odczuwalny w obszarach mało zurbanizowanych (wiejskich) oraz 2) potencjał dobrze wykształconych i zaprawionych w boju ratowników/paramedyków, którzy wrócili do kraju po skończonej służbie wojskowej i działaniach zbrojnych w Korei czy Wietnamie. Choć czasy są nieporównywalne, coraz silniej doświadczamy problemu niedostatku kadr w naszym systemie ochrony zdrowia. Publikowane dane i raporty wskazują jednoznacznie, że mimo starań środowiska, regulatora, ale i zachęcających młodych ludzi uniwersytetów medycznych, kryzys kadrowy jest faktem. Mamy najniższe w Unii Europejskiej wskaźniki zatrudnienia zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców. Co więcej – w 72% polskich szpitali brakuje pielęgniarek, a w 68% szpitali brakuje lekarzy. W szczególnej sytuacji są specjalności zabiegowe, które od lat zmagają się z niedostatkami kadr – mimo wielu otwartych miejsc chętnych do rozpoczęcia specjalizacji w chirurgii ogólnej, onkologicznej, ortopedii czy kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej jest niestety niewielu. Stąd też, wszelkie działania, które zmierzałyby ku poprawie tej sytuacji – zaczynając od kształcenia przyszłych (i obecnych) kadr medycznych, poprzez poprawę warunków pracy i płacy oraz właściwej alokacji i wykorzystania kompetencji doświadczonej kadry, powinny być dziś w centrum naszej uwagi.

Jeśli spojrzymy na profesję Asystenta Lekarza przez pryzmat jego głównej funkcji – asysty – jasnym staje się, że będzie to osoba, która pomoże lekarzowi (a w szczególności chirurgowi) w świadczeniu wysokiej jakości usług medycznych, poprzez pomoc w trakcie przeprowadzanych interwencji czy zabiegów operacyjnych. Rola drugiej czy może nawet pierwszej asysty, tak często niegdyś wypełniana przez młodych adeptów specjalności zabiegowych, zostałaby powierzona dobrze wykształconemu asystentowi.

W takim modelu pracy wykorzystamy lepiej potencjał istniejącej (ale niewielkiej i topniejącej) kadry lekarskiej poprzez adekwatną alokację zasobów kadrowych (mniej specjalistów/zabieg) oraz umożliwimy szybsze i bardziej efektywne kształcenie rezydentów, pozostawiając asystentowi szkolenie podstaw chirurgii, a specjaliście – kształcenie rezydenta na dalszym etapie rozwoju zawodowego (operator pod nadzorem). Ważnym aspektem pozostanie korzyść ekonomiczna (która do dziś jest podstawą funkcjonowania zawodu w USA), gdzie wynagrodzenie lekarza-chirurga specjalisty pozostaje w stosunku od 2-10 do 1 w relacji do wynagrodzenia asystenta.

Jaka byłaby rola asystenta lekarza w tym zakresie?

Profesja asystenta lekarza, a w szczególności ChAL wychodzi naprzeciw wspomnianym oczekiwaniom. Z jednej strony pozwoli lepiej wykorzystać szczupłe zasoby kadry lekarskiej, a z drugiej – umożliwi młodym, specjalizującym się rezydentom lepszy start w chirurgiczną dorosłość. Dziś środowisko młodych lekarzy martwi się, że asystenci zajmą ich miejsce, że nie będą mogli asystować czy też operować samodzielnie. Nic bardziej mylnego. Jeśli przyjmiemy, że proces kształcenia chirurga jest procesem wieloetapowym (a takim właśnie jest), gdzie w pierwszym etapie specjalizujący się uczestniczy w trakcie zabiegów operacyjnych w charakterze II asysty, później w charakterze pierwszej asysty, a dopiero później – w charakterze operatora, to widzimy, że na każdym etapie potrzeba innego przewodnika – nauczyciela. Chirurgiczny Asystent Lekarza nie tylko pomoże wyszkolić rezydenta chirurgii w tej podstawowej fazie jego specjalizacji, ale także umożliwi mu szybszy awans do kolejnych etapów szkolenia. Nierzadko bowiem rezydenci chirurgii zatrzymywani byli na etapie „haków” bo „nie ma kto tego robić”. Proszę pamiętać, że ścieżka kariery Asystenta jest ograniczona – lekarza nie.

Kto mógłby ukończyć specjalizację ChAL?

Być pionierem zawsze jest trudno, szczególnie w naszym kraju, gdzie innowacje przyjmowane są wolno, z dużą dozą sceptycyzmu i niechęci. Stąd też do pierwszego naboru zapraszamy osoby, które mają wolę, chęć ale i siłę by iść do przodu mimo trudności i spodziewanego oporu środowisk medycznych. Chcemy pokazać oblicze zawodu, który uzupełnia a nie wypiera czy konkuruje z kompetencjami lekarza lub pielęgniarki. Tej interdyscyplinarności zespołu leczącego: opiekun pielęgniarstwa-pielęgniarz-asystent lekarza-lekarz powinniśmy się uczyć, bowiem dla każdego jest miejsce, przestrzeń i rola do wypełnienia. Pamiętam, gdy pracując w Nowym Jorku pierwszy raz zetknąłem się z asystentami na oddziale tamtejszej kardiochirurgii. Nosili przypięte do fartucha plakietki z napisem „PA – partners in medicine”. Zdziwiło mnie (wówczas młodego chirurga), że byli odpowiedzialni za przygotowanie badań laboratoryjnych i obrazowych, raportów bakteriologicznych, schematów farmakoterapii i planu leczenia i rehabilitacji, które przedstawiali lekarzowi prowadzącemu podczas codziennej porannej wizyty o godzinie 6:15. Zlecenia lekarza były ustalane z asystentem, który przekazywał i nadzorował proces ich wykonania z pielęgniarkami, by o godzinie 15:00 odbyć kolejną wizytę podsumowującą dzień pracy. W międzyczasie inny zespół asystentów brał czynny udział w zabiegach operacyjnych, gdzie (ze względów kosztowych) zabieg wykonywał

jeden specjalista kardiochirurg z dwoma asystentami lekarza lub z rezydentem i asystentem. Mocno wierzę, że podobny proces sprawowania opieki jest możliwy w naszym kraju – mamy przecież dobrze przygotowaną młodzież zarówno w specjalnościach lekarskich, pielęgniarstwie, fizjoterapii, jak i ratownictwa medycznego, która dzięki prężnie działającym organizacjom studenckim i fundacjom miała szansę odbyć praktyki i staże zagraniczne. Ci ludzie widzieli i żyli realiami systemów opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Hiszpanii czy Holandii. Oni chcą przenieść na rodzimy grunt rozwiązania służące choremu, ale także i leczącemu.

Jakie byłyby wymogi formalne, a także proces kształcenia i przygotowania do pełnienia takiej roli?

Pracując nad projektem Asystenta Lekarza gremium jest podzielone co do wstępnych kompetencji czy kwalifikacji, którymi kandydat na ChAL powinien się legitymować: z jednej strony zgadzamy się, że profesja powinna być otwarta zarówno dla ratowników medycznych, jak i dla osób, które ukończyły pielęgniarstwo, z drugiej – debatujemy nad tym, czy podstawą przyjęcia do szkolenia powinien być tytuł magistra czy też licencjat. Mamy w pamięci, iż środowisko ratowników – wysoko wykwalifikowanych praktyków nierzadko pozostało bez tytułu magistra ruszając do pracy w zawodzie zaraz po ukończeniu studiów, podczas gdy na uczelniach pozostały osoby z tytułem magistra, które mimo wiedzy mają mniejsze doświadczenie zawodowe. Staramy się wypośrodkować, by szczególnie teraz, gdy otworzymy pilotażowy program udowodnić jego przydatność medyczną, kadrową i ekonomiczną w naszym kraju.

Program szkolenia, który przygotowujemy jest przy współdziałaniu m.in. konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii, przedstawiciela CMKP, konsultanta krajowego w dziedzinie ratownictwa medycznego jest na ostatnim etapie przygotowania. Będzie on programem dwuletnim, modułowym, składającym się w głównej jego części ze szkolenia w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz intensywnej terapii pooperacyjnej. Po ich ukończeniu adept będzie kontynuował szkolenia w jednym z wybranych modułów specjalizacyjnych np. w kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej czy ortopedii. Liczymy na stały rozwój programu specjalizacji wraz z rozwojem profesji i zapotrzebowania rynku.

Mocno wierzę, że za dziesięć lat spojrzemy wstecz pytając się, dlaczego wprowadziliśmy profesję asystenta lekarza do polskiego systemu ochrony zdrowia tak późno. Przez ostatnie dziesięć lat, pracując z trzema asystentami w naszym zabrzańskim ośrodku nie wyobrażam sobie innego systemu pracy. Ich kompetencje i umiejętności pozwoliły wyszkolić dziesiątki rezydentów i studentów, ale także pielęgniarek i fizjoterapeutów, dla których prowadzą oni regularne szkolenia w zakresie opieki nad chorymi z sztucznymi komorami serca. W trakcie III fali pandemii staliśmy ramię w ramię: opiekun pielęgniarstwa-student pielęgniarstwa-pielęgniarka-asystent lekarza-lekarz – tacy sami w obliczu trudnej choroby, pomagając sobie wzajemnie na każdym etapie działania. Nie „Profesor Zembala”, a „Michał”, nie „Asystent Lekarza”, a „Jacek”, podobnie ubrani, podobnie spoceni pod białym fartuchem.

Nasze kompetencje są różne, wiedza i odpowiedzialność także. To co nas łączy to chęć pomocy chorym i sobie nawzajem, by proces sprawowania opieki był spójny, profesjonalny, bezpieczny dla pacjenta, opłacalny dla systemu i przyjazny dla pracownika”.

IV edycja konkursu Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia

Trwa IV edycja konkursu Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia. Leaders of VBHC. Celem inicjatywy jest docenienie podmiotów leczniczych, które rozwijają praktyki nakierowane na jak najlepszy efekt zdrowotny w stosunku do nakładów poniesionych na opiekę, czyli działają zgodnie z koncepcją Value Based Health Care (VBHC). W wyjątkowo trudnym czasie pandemii i w realiach przeciążonej służby zdrowia tym bardziej należy docenić podmioty, które rozwijają innowacje z myślą o efektywnym zarządzaniu i pacjentach.

Udział w konkursie jest bezpłatny na każdym etapie i otwarty dla wszystkich przedstawicieli rynku zdrowia. Na zgłoszenia swoich projektów podmioty lecznicze mają czas do 23 lipca 2021 r.

W tegorocznej edycji podmioty lecznicze będą mogły przesyłać zgłoszenia swoich rozwiązań w kategoriach:

- Zarządzanie jakością – zarządzanie procesami;
- Zarządzanie jakością – zarządzanie bezpieczeństwem pacjenta;
- Zarządzanie jakością – zarządzanie skutecznością medyczną;
- Zarządzanie kapitałem ludzkim
- Organizacja przyjazna pacjentowi;
- Skuteczna profilaktyka i edukacja;
- **Przychodnia zorientowana na jakość – nowa kategoria.**

Laureatów wyłonią dwa niezależne organy: Jury Preselekcyjne oraz Kapituła, w skład których wchodzi eksperci rynku medycznego – m.in. przedstawiciele administracji państwowej, podmiotów gospodarczych i fundacji.

„W polskim systemie ochrony zdrowia jest wiele świetnie zorganizowanych i znakomicie rozwijających się placówek, które dostarczają nie tylko wysokiej jakości medycynę, która znajduje uznanie na arenie międzynarodowej, ale również dbają zarówno o swoich pacjentów, jak i swoich pracowników. W ten sposób czynią polski system ochrony zdrowia aktywnym uczestnikiem transformacji w kierunku systemu nakierowanego na wartość zdrowotną. Przesłanką do uwzględnienia wątku Value Based Healthcare w naszym konkursie było dostrzeżenie tych, którzy już dzisiaj promują rozwiązania, których adresatem jest pacjent, jego zdrowie, kondycja psychiczna, jego satysfakcja z korzystania z systemu ochrony zdrowia” – wyjaśnia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego oraz Center of Value Based Healthcare, Przewodnicząca Kapituły Konkursu.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 22 września 2021 r. podczas uroczystej gali, którą poprzedzi II edycja Konferencji Zmiany w Ochronie Zdrowia. Konkurs jest wspólną inicjatywą Wolters Kluwer Polska oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Więcej informacji o konkursie oraz formularz zgłoszeniowy znajduje się na stronie:

www.liderzy-zmian.pl

VI Kongres Wyzwań Zdrowotnych

VI Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC) odbył się w dniach 14-16 czerwca 2021 r. w formule hybrydowej oraz online.

Specjalizacje lekarskie

Niezwykle interesującą sesją z punktu widzenia kompetencji w obszarze ochrony zdrowia była debata „Specjalizacje lekarskie”, w której udział wzięli:

- Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca, Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- prof. dr hab. n. med. Paweł Buszman, Katedra i Zakład Epidemiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny;
- dr n. med. Jerzy Friediger, członek Prezydium, Naczelna Rada Lekarska, dyrektor, Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie;
- prof. dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prorektor ds. kształcenia podyplomowego i ustawicznego, adiunkt, Zakład Żywienia Człowieka, Katedra Dietetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierownik, Pracownia Elektrofizjologii i Stymulacji Serca, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu;
- dr hab. n. med. Zbigniew Nawrat, dyrektor kreatywny, Fundacja Rozwoju Kardiologii im. prof. Z. Religi, prezydent, Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Robotyki Medycznej, adiunkt, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- prof. dr hab. n. med. Iwona Niedzielska, lekarz kierujący, Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny,
- dr n. med. Mariusz Wójtowicz, prezes zarządu, Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o.o., prezes zarządu, Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego;
- Piotr Wróbel, zastępca redaktora naczelnego, Rynek Zdrowia.

„77 specjalizacji lekarskich to chyba rekord europejski” – rozpoczął dyskusję dr Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, a także członek Prezydium NRL, dodając, że wśród nich są „specjalizacje od jednej choroby” lub takie, których nikt dotąd nie podjął. „Uważam, że jeśli czegoś mamy mało, a nie ulega wątpliwości, że mamy mało lekarzy, to trzeba oszczędzać i zastanowić się, jak tym racjonalnie gospodarować” – dodał.

„Wydaje się, że system, w którym lekarz po odbyciu określonego okresu specjalizacji, miałby usankcjonowane określone kompetencje zawodowe byłby systemem lepszym. Poważnie się zastanawiam, czy nie należałoby, zwłaszcza w tej sytuacji, którą mamy w tej chwili z kadrami medycznymi, jednak się zastanowić nad powrotem do dwustopniowej specjalizacji, bądź nad powrotem do specjalizacji ogólnych i szczegółowych. Obawiam się, i zresztą widać to wyraźnie, że zabraknie nam chętnych na specjalizacji tak zwane szerokie, czyli zabraknie nam chętnych do specjalizacji z interny, specjalizacji z pediatrii, specjalizacji z chirurgii ogólnej, że koleżanki i koledzy kończący studia będą woleli od razu skierować się na specjalizację wąską, która wymaga poświęcenia na pewno mniej energii w pracy niż specjalizacja szeroka” – mówił dr Jerzy Friediger.

Prof. dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prorektor ds. kształcenia podyplomowego i ustawicznego, adiunkt, Zakładu Żywienia Człowieka, Katedry Dietetyki, Wydziału Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik, Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, zwrócił uwagę, że ogólnie kształcenie kadr medycznych jest ogromnym problemem w chwili obecnej: „Możemy powiedzieć, że powinniśmy wszystko robić lepiej, zaczniemy od kształcenia studentów, gdzie naszym teoretycznie celem powinno być zmniejszenie grup studenckich do 7 osób w grupie. Tylko skąd wziąć lekarzy, którzy będą kształcili tych studentów, skoro w tej chwili grupy są dwukrotnie większe albo i więcej, a i tak nam brakuje specjalistów do kształcenia studentów. To samo można przełożyć na każdy wyższy poziom kształcenia”.

W kolejnej części spotkania dyskutowano o tym, w którą stronę powinien ewaluować system kształcenia, aby był optymalny i jakie są postulowane kierunki zmian w kształceniu podyplomowym.

„Należy przejrzeć i przebudować wszystkie wymogi dotyczące kadr medycznych w Polsce różnego szczebla, należy przejrzeć warunki szkolenia młodych adeptów medycyny, ale generalnie należy dążyć do tego, a żeby zarówno specjaliści, jak i rezydenci potrafili wziąć na siebie pewną odpowiedzialność i powinni mieć pewną odwagę do tego, żeby zająć się leczeniem naszych chorych” – powiedział podsumowując dyskusję prof. dr hab. n. med. Paweł Buszman, z Katedry i Zakładu Epidemiologii, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

„Myślę, że naszym największym problemem nie jest liczba specjalizacji, musimy tak zorganizować naszą pracę i kształcenie, żeby młodzi lekarze, młode pielęgniarki, młodzi technicy, żeby ci młodzi ludzie chcieli tutaj zostać, bo widzieli dla siebie szansę i perspektywę rozwoju” – podsumował prof. dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prorektor ds. kształcenia podyplomowego i ustawicznego, adiunkt, Zakładu Żywienia Człowieka, Katedry Dietetyki, Wydziału Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik, Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Kadry w ochronie zdrowia

Kolejną szczególnie interesującą sesją z punktu widzenia rozwoju kompetencji kadr, wydaje się debata „Kadry w ochronie zdrowia”, w której udział wzięli:

- dr n. med. Tadeusz Urban, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach;
- dr Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP;
- Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- prof. dr hab. n. med. Michał Zembala, koordynator oddziału, Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia;
- dr hab. n. med. Zbigniew Nawrat, dyrektor kreatywny Fundacja Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Z. Religi, prezydent Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Robotyki Medycznej, adiunkt Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- Alina Niewiadomska, prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
- Katarzyna Ciemny, kierownik Działu Aparatury Naukowo-Medycznej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie;
- Krzysztof Tłoczek, wiceprezes zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych.

Dr Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP, rozpoczął debatę mówiąc: „Sytuacja jest trudna. Zarówno jednostki świadczące usługi w trybie NFZ, jak jednostki prywatne, mają te same problemy. Dotyczą one dwóch grup zawodowych: lekarzy i pielęgniarek. Staramy się przyjrzeć temu problemowi, jak najgłębiej. Mamy parę propozycji, które mogą to zmienić”. „Po pierwsze: jak zwiększyć liczbę studentów? Już dziś zwiększa się liczbę studentów przyjmowanych na pierwszy rok studiów lekarskich, ale to jest grupa wciąż niewystarczająca. Mówię tu też o grupie obcokrajowców, których umieszczamy w najlepszych naszych ośrodkach i nie wiemy co dalej. Próbowaliśmy się tego dowiedzieć już trzy lata temu, ale nie dostaliśmy odpowiedzi. A to grupa 20 proc. wszystkich studentów. Przecież mamy możliwości, sytuacja w naszym kraju nie jest najgorsza, przeszliśmy pandemię w miarę dobrze, dlatego może warto pochylić się nad tym tematem” – zwrócił uwagę wiceprezydent Pracodawców RP.

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przytoczyła dane z raportu Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce, według którego obecnie jest 260 tysięcy pracujących pielęgniarek i położnych (położne stanowią 10 procent tej liczby). W tym 63 tysiące pracujących emerytowanych pielęgniarek i położnych (stanowi to prawie 25 procent) oraz ponad 80 tysięcy – znacznie po 50-tym roku życia. Wskaźnik liczby pielęgniarek w naszym kraju to 5 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców (średnia w krajach UE to 9 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców).

„Aby utrzymać niechlubny status quo, to powinno do systemu wchodzić i rozpoczynać pracę 10 tysięcy pielęgniarek i położnych rocznie” – mówiła Zofia Małas. By poprawić ten wskaźnik powinien to być poziom 15 tysięcy – 20 tysięcy rocznie. Jeżeli nic się nie poprawi, to w 2030 roku średnia wieku pielęgniarki i położnej wyniesie 60 lat. Kolejna dana, która przedstawiła Zofia Małas, to średnia wieku umieralności pielęgniarek i położnych, która wynosi 62 lata.

„Jeżeli chodzi o diagnostów laboratoryjnych jest to w tej chwili wśród zawodów medycznych, które mają ustawowo regulowany zawód, najmniej liczebna grupa zawodowa. W tej chwili w swoich rejestrach mamy 17 tysięcy ale czynnych zawodowo jest około 15 tysięcy diagnostów laboratoryjnych” – mówiła podczas panelu Alina Niewiadomska, prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Podkreśliła także, że jak niezwykle ważne jest uchwalenie ustawy o medycynie laboratoryjnej. Wskazała, że istnienie ustawy zdecydowanie pomogłoby w organizacji pracy podczas walki z koronawirusem.

W kolejnej części debaty poruszono temat nowych zawodów medycznych, takich jak opiekun medyczny czy asystent lekarza. Następnie także kwestię wprowadzania nowych technologii do szpitali, co powoduje odciążenie przedstawicieli zawodów medycznych.

Dr hab. n. med. Zbigniew Nawrat, dyrektor kreatywny Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Z. Religi, prezydent Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Robotyki Medycznej, adiunkt Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach mówił podczas debaty:

„Technologia i technika, to jest to, co może nas uratować i jedyna szansa na zorganizowanie służby zdrowia, usług zdrowotnych zarówno w domu – w opiece domowej, jak i w szpitalu, gdzie powinny po prostu sprawę dezynfekcji, prania i tych innych czynności najpierw przejąć roboty, a dopiero potem te bardziej skomplikowane rzeczy włączyć z teleoperacjami, telediagnostyką itd., które oczywiście są rozwinięciem tej idei high-tech”.

Retransmisje sesji dostępne są na stronie internetowej wydarzenia www.hccongress.pl

III edycja konferencji „RODO w sektorze medycznym – gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy”

25 maja 2021 r. odbyła się konferencja „RODO w sektorze medycznym – gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy – Edycja III”. Wydarzenie miało formułę online.

Konferencja została zorganizowana w ramach cyklu „RODO w zdrowiu”, który stanowi największe wydarzenie dotyczące ochrony danych medycznych w Polsce, skupiające największe, liczące się organizacje branżowe, a także przedstawicieli strony publicznej. Celem Konferencji jest stworzenie platformy wymiany wiedzy i doświadczeń związanych ze stosowaniem RODO w sektorze medycznym oraz dobrymi praktykami w zakresie bezpieczeństwa danych, skoordynowanie działań i inicjatyw związanych z ochroną danych osobowych oraz standardami cyberbezpieczeństwa w sektorze medycznym.

Wydarzenie ma na celu także zwiększanie świadomości pacjentów i personelu ochrony zdrowia w zakresie ochrony danych osobowych.

W trakcie Konferencji szczegółowo przedstawiono „Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia”, który w dniu 23 lutego 2021 roku został pozytywnie zaopiniowany przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Stosowanie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą zatwierdzonego kodeksu postępowania będzie mogło służyć do wykazania części obowiązków wynikających z RODO. Ponadto, w trakcie Konferencji zostały przedstawione zagadnienia związane z bezpieczeństwem danych medycznych w środowisku cyfrowym.

Więcej informacji na temat tej inicjatywy znaleźć można na stronie: <http://rodowzdrowiu.pl/>
Na stronie znajdują się także szczegóły na temat możliwości uzyskania nagrania z konferencji.

O „Sektorowej Radzie ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”

„Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna” tworzy przestrzeń do wymiany opinii pomiędzy trzema elementami systemu kształtowania kompetencji i potrzeb kompetencyjnych w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej: pracodawcami, systemem edukacji i przedsiębiorcami działającymi w danym sektorze. Zadaniem Rady jest także identyfikacja i prognozowanie potrzeb kompetencyjnych dla obu podsektorów oraz monitoring legislacji i zmian merytorycznych dotyczących zawodów w tych obszarach. Rada ma także tworzyć rekomendacje i zalecenia dotyczące badań i rozwoju kompetencji w nowych zawodach dla obu sektorów. Więcej informacji:

<http://rada.pracodawcyrp.pl/>

Realizatorzy projektu „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”



Newsletter powstaje w ramach projektu: Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.