

## STANOWISKO KOALICJI „NA POMOC NIESAMODZIELNYM”

do projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 lutego 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego

### Uwagi do załącznika nr 20:

a) podstawa programowa kształcenia w zawodzie OPIEKUN MEDYCZNY otrzymuje brzmienie:

„OPIEKUN MEDYCZNY 532102

**KWALIFIKACJA WYODRĘBNIONA W ZAWODZIE**

MED.14. Świadczenie usług **medyczo**-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej”

#### Uwaga 1:

Zawód **opiekun medyczny**<sup>1</sup> został zakwalifikowany do grupy pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewnych jako pomocniczy personel medyczny i w klasyfikacji zawodów otrzymał symbol cyfrowy zawodu 532102.

Powyższa kwalifikacja wskazuje wprost, że celem kształcenia jest uzyskanie efektu w postaci wiedzy i umiejętności do świadczenia osobistych usług osobie, która stała się niesamodzielna w związku z chorobą lub urazem. Pojęcie opiekun wiąże się bezpośrednio z niezdolnością do samodzielnej egzystencji, a zakres jego zadań m.in. z podstawową pielęgnacją i opieką. Pielęgnacja to dbanie o kondycję ciała, a opieka to dbanie o bezpieczeństwo funkcjonalne. Słowo medyczny oznacza, że pielęgnacja i opieka ma tu związek z procesem leczenia bo dotyczy osób chorych. Nie ma znaczenia rodzaj choroby czy urazu oraz miejsce pobytu osoby objętej opieką medyczną, a jedynie konieczność wspierania jej w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych (odżywianie, wydalanie, higiena ciała, mobilność, bezpieczeństwo funkcjonalne). Dodanie w nazwie kwalifikacji określenia „usług medycznych” wykracza poza sens i znaczenie słowa opiekun, a ponadto wchodzi w zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

W zakresie zadań opiekuna powinno być jedynie wykonywanie poleceń głównie poprzez pomaganie i wspieranie pacjenta w przestrzeganiu zaleceń wyżej wymienionych pracowników medycznych.

#### Uwaga 2:

Cele kształcenia opiekunów medycznych powinny być ograniczone do pkt 1 oraz 2.

Natomiast pkt. 4 powinien być uszczegółowiony:

4) *wykonywanie zleceń oraz współpraca z pielęgniarkami, lekarzami i fizjoterapeutami w zakresie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych;*

Należy podkreślić, że cel główny kształcenia wyrażony w zdaniu: *„Absolwent szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowany do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji MED.14. Świadczenie usług medyczo-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej:”* w całości dotyczy kompetencji pielęgniarских. Zawód

<sup>1</sup> Rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2016 r. poz. 1876) - rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2017 roku.

pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i zgodnie z prawem tylko samorząd pielęgniarski jest kompetentny do podejmowania decyzji o przekazaniu swych medycznych (czyli leczniczych) kompetencji zawodowych innemu zawodowi. Tylko podstawowa pielęgnacja i podstawowa opieka odnosząca się do pomocy w codziennych czynnościach życiowych przypisana jest jako specyficzna zawodom opiekuńczym.

**Czynności medyczne z zakresu pielęgnacji specjalistycznej, diagnostyki, leczenia, fizjoterapii, terapii zajęciowej są zastrzeżone do kompetencji innych zawodów medycznych.** Nie ma żadnych racjonalnych przesłanek do mieszania tych kompetencji i zmiany istoty zawodu opiekuna, tj. zmiany z opiekuna chorej osoby niesamodzielnej na pomoc w sali operacyjnej, w sali dializoterapii czy w laboratorium.

**Podsumowanie uwag:** Opiekun medyczny ma profesjonalnie pomagać osobie chorej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i pielęgniarki w realizowanych przez nią procesach pielęgnowania. Wszystkie inne zaprojektowane zmiany np. dobór procedur terapeutycznych odpowiednich dla określonego pacjenta czy udzielanie wybranych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem leczonym hemodializą, dializą otrzewnową i technikami pokrewnymi nie są możliwe do wprowadzenia w 1-kwalifikacyjnym zawodzie opiekuna. Nie jest też możliwe nabycie tak specjalistycznych umiejętności podczas kształcenia w proponowanym przez Ministra Edukacji i Nauki rozporządzeniu. Wątpliwe też wydaje się uznawanie tych kwalifikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontaktowaniu usług, a co za tym idzie uznawaniu ich przez placówki medyczne. W związku z tym, w naszej opinii, nie doprowadzi to do znaczącego zabezpieczenia ich w dodatkowy personel o znaczących kwalifikacjach. Musimy także pamiętać, że opiekun medyczny nie jest zawodem samodzielnym, a co za tym idzie nie będzie miał możliwości wykonywania tak specjalistycznych świadczeń bez nadzoru pielęgniarki czy lekarza. Mając na uwadze powyższe nie ma przesłanek do nadawania tak wysokich specjalistycznych kwalifikacji nie dając możliwości ich samodzielnego wykonywania.

Tylko Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych może zdecydować na ile opiekun medyczny może wykonywać czynności z zakresu pielęgnacji specjalistycznej (czynności lecznicze) i innych działań związanych z procesem opieki nad niesamodzielnym pacjentem. Wprowadzenie takich zmian kompetencyjnych w zawodzie opiekuna medycznego wymaga więc zmiany ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Z uwagi na potrzeby kadrowe zakładów opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej oraz całodobowe placówki opieki), zamiast burzyć zasadniczy cel zawodu opiekuna medycznego, przyczyniając się w ten sposób do rozrastania szarej strefy, można rozważyć wprowadzenie ścieżki rozwoju zawodowego opiekuna medycznego w formie kursów specjalistycznych, ukierunkowanych na konkretne świadczenia, np. kwalifikacje:

- ✓ „pomoc / asystent fizjoterapeuty”
- ✓ „opieka hospicyjna / paliatywna”
- ✓ „opieka psychiatryczna”
- ✓ „opieka nad osobami starszymi”
- ✓ „opieka nad dziećmi”
- ✓ „opieka neurologiczna” itd.

Pozwoliłoby to na podnoszenie swoich kwalifikacji, zdobywanie nowych kompetencji i tym samym dalszy rozwój zawodowy tym opiekunom medycznym, którzy wykażą potrzebę i chęć realizowania swoich

dalszych ambicji zawodowych w jednostkach opieki długoterminowej lub szpitalnej. Jednocześnie pozwoliłoby to na zabezpieczenie w niezbędne świadczenia zakładów, w których obecnie obserwujemy największy deficyt personelu.

Natomiast proponowana zmiana spowoduje de facto wykształcenie osób, których kompetencje nie będą w pełni wykorzystywane. Jako Koalicja „Na pomoc niezależnym” popieramy podniesienie prestiżu zawodu opiekuna medycznego, ale oceniamy proponowane rozwiązania za niespójne z obowiązującymi dokumentami strategicznymi oraz ustawami regulującymi funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności dotyczącymi opieki długoterminowej nad osobami niezależnymi. Naszym wspólnym celem powinna być konsolidacja środowisk zaangażowanych w proces opieki długoterminowej, tak aby usytuować opiekuna medycznego w systemie opieki zdrowotnej, zamiast szukać rozwiązań, które w efekcie domina pozbawią osoby chore i niezależne opieki podstawowej.

**Podsumowując, z uwagi na obowiązujące prawo oraz uznany, społecznie i naukowo, sens użytych w projekcie słów, nowa koncepcja, cele i efekty nauczania nie mogą być zaakceptowane w zaproponowanym projekcie rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki.**

Z wyrazami szacunku,



*Magdalena Osińska-Kurzywilk*  
Prezes Zarządu