



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

- **ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**
- **ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

• **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

- **ΘΕΜΑ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:
Σακελλάριου Μαρία

Σπουδάστρια:
Γιαντσή Φανή



Καλαμάτα 2000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1-2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Νοσηλευτική Υπηρεσία –Επιστήμη	
1.1. Έννοιες και ορισμοί	5
1.2 Ιστορική Αναδρομή	5-6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η διαχρονική εξέλιξη την Νοσηλευτικής Υπηρεσίας από την αρχαιότητα μέχρι τώρα και η χρησιμότητα της	
2.1 Ο προϊστορικός άνθρωπος, οι ανάγκες υγείας και της ζωής του	7-8
2.2 Το απόγειο των αρχαίων πολιτισμών μέχρι το Μεσαίωνα (1200 π.Χ. –500 μ.Χ.)	8
2.3 Μεσαίωνας (500 μ.Χ. –1200 μ.Χ.)	9
2.4 Νοσηλευτική –Νοσηλευτικές ομάδες (13 ^{ος} –20ος αιώνας)	9-10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Επιδράσεις στην Νοσηλευτική	
3.1 Παράγοντες που διαμόρφωσαν την σημερινή Νοσηλευτική Υπηρεσία	11-12
3.2 Η σπουδαιότητα της διοίκησης στην Νοσηλευτική	12-13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Η Νοσηλευτική Υπηρεσία σήμερα	
4.1 Προγραμματισμός	14
4.2 Οργάνωση	15-21
4.3 Στελέχωση	21-22
4.3.1 Ο ρόλος της γυναίκας διαχρονικά στην παροχή υγείας	22-23
4.4 Διεύθυνση –Συντονισμός –Ηγεσία Νοσηλευτικών μονάδων	23-25
4.5 Τομείς ασκήσεως Νοσηλευτικής	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Διαπροσωπικές σχέσεις στην Νοσηλευτική	
5.1 Η σύγχρονη Νοσηλευτική έργο συνεργασίας	26-27
5.2 Προβλήματα κίνδυνοι στην εργασία των Νοσηλευτών (μαρτυρίες –δημοσιεύσεις)	27-29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Εξέλιξη νοσηλευτικού επαγγέλματος – Νομολογία –Νομοθεσία –Αναβάθμιση του Νοσηλευτή	
6.1 Επαγγελματική νομοθεσία, εξέλιξη της νοσηλευτικής	30-33
6.2 Νομολογία	33-34
6.3 Αναβάθμιση του Νοσηλευτή	34-36
6.3.1 Τρόποι οργάνωσης –ανάπτυξης προσωπικού	36-38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : Νοσηλευτική έρευνα –Ποιότητα στην υγεία	
7.1 Ρόλος –Τάσεις της Νοσηλευτικής έρευνας	39-40
7.2 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	40-42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : Ερευνητικό μέρος	
8.1 Εισαγωγή στο ερευνητικό μέρος	43-44
8.2 Περίληψη	44
8.3 Διαχρονική εξέλιξη του νοσηλευτικού δυναμικού στην Ελλάδα 74'85, νοσηλευτική κάλυψη και δείκτες υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, Η.Π.Α. και την Ελλάδα	45-77
8.4 Συμπεράσματα έρευνας	77-79
8.5 Προτάσεις	79-81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : Βιβλιογραφία	
9.1 Βιβλιογραφία	82

Συντομογραφίες

- Α.Ε.Π.= Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.
Γ.Δ. = Γενικός Διευθυντής.
Δ.Σ. = Διοικητικό Συμβούλιο.
Ε.Σ.Υ.= Εθνικό Σύστημα Υγείας.
Ε.Σ.Υ.Ε. =Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας.
Ε.Ο.Κ. = Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα.
I.C.N.= International Council of Nurses.
Κ.Ε.Π.Ε = Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
Κ.Ε.Σ.Υ.= Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.
Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.= Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές.
Ν.Υ. = Νοσηλευτική Υπηρεσία.
Ο.Ο.Σ.Α =Οικονομικός Οργανισμός Συναλλαγών και Ανάπτυξης.
Ο.Ο.Κ.Δ. = Organization of Economical changing and development.
Π.Ε. = Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση.
Τ.Ε. = Τεχνική Εκπαίδευση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την εποχή που ο άνθρωπος δέχεται φροντίδα από τον συνάνθρωπο του, αναπτύσσεται η νοσηλευτική δραστηριότητα. Οι ανάγκες υγείας συνεχώς αυξάνονται και διευρύνονται. Για την αντιμετώπιση και την ικανοποίηση αυτών των αναγκών αναπτύσσονται μέσα και τρόποι θεραπείας που εφαρμόζονται στην αρχαιότητα από τους πρακτικούς θεραπευτές και ιατρούς και την σύγχρονη εποχή από ειδικευμένους νοσηλευτές και πτυχιούχους ιατρούς.

Η ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος μελετάται συγχρόνως με την Ιστορία της νοσηλείας, την Ιστορία της Ιατρικής και της ανάπτυξης του ιατρικού επαγγέλματος.

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση διαχρονικά της εξέλιξης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και η επιμέρους νοσηλευτική κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδος συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Η έκβαση ουσιαστικών συμπερασμάτων για την πιο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας από τους σύγχρονους νοσηλευτές.

Το κείμενο της εργασίας χωρίζεται σε δύο μέρη, στο θεωρητικό (Μέρος Α') και το ερευνητικό (Μέρος Β'). Το Α' Μέρος περιλαμβάνει την παρουσίαση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο παρελθόν, το παρόν και βλέψεις για το μέλλον. Τέλος το Β' Μέρος περιλαμβάνει αναλυτικά την έρευνα πάνω στους δείκτες υγείας για το νοσηλευτικό προσωπικό των χωρών της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων και της Ελλάδας και των Η.Π.Α και συγκριτικά αποτελέσματα αυτών με τελικά συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Νοσηλευτική Υπηρεσία- Επιστήμη

1.1 Έννοιες και ορισμοί, στόχοι της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Η Νοσηλευτική είναι μια εφαρμοσμένη επιστήμη, δηλαδή εκτός από την θεωρητική πλευρά διαθέτει και την πρακτική της όψη. Η ισόρροπη ανάπτυξη και των δύο μερών της (θεωρητικού- πρακτικού) αναμφισβήτητα προάγει την Νοσηλευτική Επιστήμη για το καλό της ανθρωπότητας. Ο πρώτος επιστημονικός ορισμός της Νοσηλευτικής έχει διατυπωθεί από τη μεγάλη για την Ιστορία της Νοσηλευτικής Florence Nightingale, που στις «Σημειώσεις Νοσηλευτικής» γράφει: "Έκείνο που έχει να κάνει η Νοσηλευτική είναι να θέσει τον άρρωστο σε τέτοιες συνθήκες ώστε να επιδράσει πάνω σ' αυτόν η φύση".¹ Πιο σύγχρονες αντιλήψεις ορίζουν την Νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη που επιδιώκει κανόνες και μεθόδους βελτίωσης και αποκατάστασης Υγείας των ασθενών. Επίσης, προάγει την υγεία, τη διατήρηση της ζωής και την ανακούφιση του πόνου και δίνει ώθηση για καλύτερη ποιότητα ζωής. Η Νοσηλευτική Επιστήμη αναπτύσσεται και θα συνεχίσει να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται. Η εξέλιξη αυτή θα προχωρήσει με την ανάπτυξη της Νοσηλευτικής Έρευνας και με μεθόδους Νοσηλευτικής Πράξης καθοδηγούμενες από το παράδειγμα και τις θεωρίες της Νοσηλευτικής Επιστήμης.²

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Από τότε που ο άνθρωπος άρχισε να χρησιμοποιεί το νου του για να ερμηνεύσει το γύρω κόσμο του, τα πράγματα και τα φαινόμενα, παρατήρησε και διέκρινε την σκοπιμότητα της φροντίδας κάθε αρρώστου δηλαδή τη νοσηλεία του. Βασικό κίνητρο στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής ήταν ο νόμος αυτοσυντήρησης που αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης ζωής. Από αυτόν τον νόμο πηγάζει με ενστικτώδη τρόπο η τάση για εύρεση μέσων και τρόπων θεραπείας των ασθενών, η ανάπτυξη

¹ Ανθούλα Γεωργάκη -Κυριακή Νάνου, "Νοσηλευτική Ι", έτος Εκ. 1986, σελ. 15

² Αικατερίνη Καμενίδου, "Νοσηλευτική Δεοντολογία", έτος Έκδ. 1985, σελ. (1-4)

επομένως της Ιατρικής και παράλληλα της Νοσηλευτικής. Με την ιστορική εξέλιξη και ύστερα από τις μεγάλες επαναστάσεις, που έφεραν κοινωνικές μεταβολές, το θέμα της νοσηλείας έπαψε να αποτελεί υπόθεση ιδιωτική, ατόμων ή ομάδων, αλλά άρχισε να αναλαμβάνεται από την οργανωμένη κοινωνία, το Κράτος, γιατί μέσα στους σκοπούς του είναι και η δημόσια Υγεία, της οποίας βασικός συντελεστής είναι η Νοσηλευτική.³

³ Ανθούλα Γεωργάκη -Κυριακή Νάνου, Αθήνα 1986, σελ. 18-41, Οργανισμός εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και η χρησιμότητά της.

2.1 1^η Περίοδος μέχρι το 1200 π.Χ. (προϊστορικός άνθρωπος, οι ανάγκες υγείας και ζωής του).

Ο προϊστορικός άνθρωπος έχει ανακαλύψει τρόπους για να αντιμετωπίζει τις φυσικές ανάγκες της ζωής και της υγείας του.⁴ Η νοσηλευτική φροντίδα είναι παρούσα όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας και επίσης δεν υπάρχει ούτε οργανωμένη νοσηλεία ή πρόνοια. Όλοι οι αρχαίοι λαοί ασχολούνται με τη θεραπευτική και τη νοσηλευτική, εμπειρικά εξυπηρετώντας και τις ανάγκες υγείας και πρόνοιας σε επίπεδο οικογενειακό και μικρών κοινοτήτων. Ο Μινωικός Πολιτισμός έχει αφήσει θαυμαστά δείγματα και οι ερευνητές που μας πληροφορούν ότι στην Κρήτη είχαμε έργα υγιεινής του περιβάλλοντος εκείνη την εποχή (ύδρευση, αποχέτευση, λουτήρες με τρεχούμενο νερό). Ο Όμηρος σαν πηγή πληροφοριών για τους προϊστορικούς λεγόμενους χρόνους περιγράφει χειρουργικές πράξεις με λεπτομέρεια αλλά και νοσηλευτικές πράξεις και διαγνώσεις θεραπειάς νοσημάτων που θεωρούνται αθεράπευτα. Είναι σημαντικό επίσης να αναφέρουμε τον Κώδικα του Χαμουραμπί, ο οποίος βρίσκεται ακόμη και σήμερα στο Μουσείο του Λούβρου. Ο Κώδικας αυτός είναι "νόμοι" που δόθηκαν σχετικά με τη θεραπευτική τέχνη και εισάγει θέματα νομικής δεοντολογίας, αναφέρεται στις αμοιβές και στις ποινές των τότε ιατρών (χειρουργών –νοσηλευτών) Επομένως συμπεραίνουμε ότι οι θεραπευτές άσκησαν μεταγενέστερα τη νοσηλευτική φροντίδα σαν επάγγελμα. Επικρατεί και αναπτύσσεται περαιτέρω προς το τέλος της περιόδου ο Ελληνικός Πολιτισμός, ο οποίος γίνεται γέφυρα από την Ανατολή στη Δύση και θα δώσει δείγματα ανάπτυξης μοναδικής, στο πνεύμα, τα γράμματα, τις επιστήμες και βέβαια στην Ιατρική.

⁴ Χάρης Ν. Ρούσσου, "Ιστορική Αναδρομή Νοσηλευτικής", Αθήνα 1993, σελ. 15-40

Τέλος, έχουμε ανάπτυξη της Πρόνοιας που συμπεριλαμβάνει και τη συστηματική νοσηλευτική δραστηριότητα.

2.2 Το απόγειο των αρχαίων Πολιτισμών μέχρι το Μεσαίωνα (1200 π.Χ.-500 μ.Χ.)

Στην περίοδο αυτή έχουμε εξάπλωση του ελληνικού πνεύματος και της λογικής του. Οι Έλληνες προστατεύουν τους ξένους, το σύστημα πρόνοιας των Αρχαίων Ελλήνων είναι πλήρες για την εποχή του. Συγκεκριμένα για την ιατρική άσκηση, είχαν εκ των πραγμάτων επιλεγεί ή καθιερωθεί τα Ασκληπιεία –ναοί του θεού Ασκληπιού, όπου με τα χρόνια αυτά τα “νοσηλευτήρια”, μετατράπηκαν σε Ιατρικές Σχολές. Οι Ελληνίδες δεν μετείχαν στην επιστημονική και πνευματική εξέλιξη του καιρού τους, ωστόσο εμφανίζονται ιέρειες που βέβαια βοηθούσαν στο “θεραπευτικό” έργο τους ιερείς στα Ασκληπιεία. Οι γυναίκες ασκούσαν ιδιαίτερο μαιευτικό έργο και μάθαιναν την τέχνη. Στην περίοδο αυτή εμφανίζεται ο Ιπποκράτης, ιδρυτής της Ιατρικής Επιστήμης, γεννήθηκε στο ιερατείο του Ασκληπιείου της Κω το 460 π.Χ. Αυτός άφησε γραπτό έργο που βέβαια δεν σώζεται όλο, είναι γνωστοί “οι αφορισμοί” (κλινικές σημειώσεις), “τα προγνωστικά” (ιατρικές μελέτες γνωστές ως “Ιπποκράτειο Προσωπείο”).⁵

Αυτό το έργο του καθορίζει τη συμπεριφορά των Ιατρών και νοσηλευτικών σχολών σήμερα. Οι Ρωμαίοι την ίδια εποχή, ενώ δεν συμπαθούσαν τους Έλληνες, κατέληξαν τελικά να τους αντιγράφουν. Ο Πλίνιος γράφει ότι οι Ρωμαίοι έζησαν 600 χρόνια χωρίς ιατρούς, αργότερα, όμως, αναγκάστηκαν να ιδρύσουν το πρώτο Ασκληπιείο και έτσι να διεισδύσει η ελληνική ιατρική επιστήμη στη Ρώμη. Το 5^ο αιώνα π.Χ. έχουμε την αρχή της Βυζαντινής περιόδου στην οποία παρατηρείται ανάπτυξη συστημάτων περίθαλψης πάνω στη βάση της Χριστιανικής θεωρίας.

Ο Χριστιανισμός εξίσωσε την γυναίκα με τον άντρα. Έτσι στην περίοδο αυτή είδαμε να ασκείται ομαδική νοσηλεία από γυναίκες και στην επόμενη περίοδο θα αναπτυχθούν ομάδες ανδρών. Τελειώνοντας μπορούμε να πούμε ότι οι αιώνες αυτοί χαρακτηρίζονται από την εξέλιξη της “εμπειρικής θεραπευτικής τέχνης” προς την Ιατρική Έρευνα – Επιστήμη και στην προνοιακή νοσηλευτική άσκηση.

⁵ Χάρρης Ν. Ρούσσου, “Νοσηλευτική – Ιστορική Αναδρομή”, Αθήνα 1993, σελ. 41-94.

2.3 Μεσαίωνας (500 μ.Χ.-1200 μ.Χ.)

Σύμφωνα με ιστορικά στοιχεία μετά το 12^ο αιώνα έχουμε στη Ευρώπη πάρα πολλά Νοσοκομεία –Άσυλα που ιδρύουν μοναχοί, εκκλησίες και φιλάνθρωποι.⁶ Καμία ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση δεν γίνεται με επιστημονικά κριτήρια. Δεν έχουν σχηματιστεί ως τότε λαϊκές επαγγελματικές ομάδες και τα νοσοκομεία διευθύνονται από μοναχούς. Η νοσηλευτική δραστηριότητα εντοπίζεται και φαίνεται να αναπτύσσεται σε ιδρύματα πρόνοιας των εκκλησιών, είτε προσφερόμενη από τους μοναχούς σαν θυσία για τον πλησίον με έμμεση αμοιβή (κατοικία, τροφή), είτε προσφερόμενη ως “υπηρετική εργασία” (λαϊκοί) με αμοιβή άμεση και έμμεση. Το σχήμα νοσοκομείο –νοσοκόμος και μοναστική ή λαϊκή κοινότητα, αναπτύχθηκε και έτσι έχουμε πάρα πολλά τάγματα ή κλάδους τους που ασχολούνται με τη νοσηλεία – πρόνοια απόρων στο σπίτι, στις Καθολικές και Προτεσταντικές χώρες. Οποσδήποτε οι πρακτικοί ή με στοιχειώδη επιστημονική κατάρτιση ιατροί και βοηθοί αρρώστων, υπάρχουν και αμείβονται για αυτές τους τις υπηρεσίες. Επειδή, όμως, ούτε για τους ιατρούς, ούτε για τους βοηθούς αρρώστων υπάρχει συγκροτημένη επιστημονική εκπαίδευση, ούτε και αναγνωρισμένο επάγγελμα από την Πολιτεία, με νόμο, η ανάπτυξη αναγνωρισμένων σωμάτων ιατρών και βοηθών αρρώστων θα πραγματοποιηθεί στην επόμενη χρονική περίοδο. Ταυτόχρονα θα πάψει να συγχέεται η ιατρική, με τη νοσηλευτική φροντίδα όπως μέχρι τότε.

2.4 Νοσηλευτική –Νοσηλευτικές ομάδες (13^{ος} – 20^{ος} αιώνας)

Φθάνοντας στη τελευταία φάση εξέλιξης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας διαπιστώνουμε ότι αναπτύχθηκε τον 16^ο αιώνα ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον ιατρικό χώρο, έτσι η νοσηλευτική, συνυφασμένη με την πρόνοια –φιλανθρωπία δεν μπορούσε να μην επηρεασθεί από την ιατρική εξέλιξη. Μάλιστα στις 23/11/1633, ιδρύθηκε από τον Vincent (Άγιο Βικέντιο) η πρώτη σχολή νοσοκόμων στον κόσμο.⁷ Αυτές ήταν οι επισκέπτριες των φτωχών και των αρρώστων (λαϊκές). Στην Αγγλία τον 16^ο αιώνα η νοσηλεία θεωρείται κατώτερο και δυσάρεστο έργο, γυναίκες άσχετες και αμόρφωτες προσφέρονται να νοσηλεύουν με ελάχιστη αμοιβή.

⁶ Χάρης Ν. Ρούσσου, “Νοσηλευτική –Ιστορική Αναδρομή”, Αθήνα 1993, σελ. 95-136.

⁷ Χάρης Ν. Ρούσσου, “Νοσηλευτική –Ιστορική Αναδρομή”, Αθήνα 1993, σελ. 153.

Αυτή η κατάσταση αλλάζει ριζικά τον 19^ο προς 20^ο αιώνα από μία από τις σημαντικότερες προσωπικότητες στο τομέα της νοσηλευτικής την Φλώρενς Νάιτινγκείλ. Η Φλώρενς Νάιτινγκείλ είναι αυτή η οποία προσπάθησε να δημιουργήσει μια πηγή ανανέωσης του ήδη ασκούμενου νοσηλευτή με διάφορες μορφές νοσηλευτικού επαγγέλματος. Το επάγγελμα που θα δημιουργηθεί θα είναι τιμητικό και η ίδια προέτρεπε τις γυναίκες να προσέλθουν σ' αυτό. Το 1892 εγκρίθηκε το καταστατικό του Βρετανικού Βασιλικού Συνδέσμου των Nurses (τροφός, νοσηλεύτρια, νοσοκόμος), όπως ονομάστηκε και πραγματοποιήθηκε η ένωση όλων των Αγγλίδων νοσοκόμων σε σώμα αναγνωρισμένου επαγγέλματος. Είναι το πρώτο γυναικείο επάγγελμα που αναγνωρίζεται επίσημα. Ταυτόχρονα στην Ελλάδα, το 1881 ιδρύεται το θεραπευτήριο Ευαγγελισμός "προς θεραπεία ασθενών" και ιδίως προς εκπαίδευση και συντήρηση νοσοκόμων γυναικών. Την ιδιωτική πρωτοβουλία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στο νοσοκομειακό και μη χώρο εκπροσώπησε στην Ελλάδα ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (1865). Το ελληνικό κράτος άρχισε να ιδρύει τα δημοτικά –κρατικά νοσοκομεία για απόρους από το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα και τα κρατικά προγράμματα νοσηλευτικής πολύ αργότερα. Το 1948 έχει κατοχυρωθεί το νοσοκομειακό επάγγελμα αλλά δεν έχει απαγορευτεί η άσκησή του από τον οποιοδήποτε. Τον 20^ο αιώνα πια γίνεται δεκτή ακόμη και η ίδρυση του I.C.N. (International Council Nursing –Εθνικό Συμβούλιο Νοσηλευτών) με σκοπό την αυτοδιοίκηση νοσηλευτριών μέσα στο σύλλογό τους, τη συνεχή άνοδο του επιπέδου του επαγγέλματος κατάρτισης και ήθους και τέλος το συντονισμό των συμφερόντων των σκοπών και των ιδανικών τους.⁸

Η γνώση του παρελθόντος αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη σωστότερη αντιμετώπιση του μέλλοντος. Απ' αυτή τη γνώση συνάγουμε συμπεράσματα πολύ σημαντικά. Φάσεις που πέρασε στη μακραίωνη πορεία της ανάμεσα στους λαούς και περισσότερο στην Ελλάδα, που είναι αντιπροσωπευτική στην εξέλιξη και στην θεμελίωση της. Αναμφισβήτητα θα μας κατευθύνει στην παραπέρα πρόοδο στη σημερινή εποχή της τεχνολογίας και τεχνοκρατίας που τα πράγματα εξελίσσονται ταχύτατα.⁹

⁸ Χάρης Ν. Ρούσσου, "Νοσηλευτική –Ιστορική Αναδρομή", Αθήνα 1993, σελ. 137-199.

⁹ Ανθούλα Γεωργάκη –Κυριακή Νάνου, "Νοσηλευτική Ι'", Αθήνα 1996, σελ. 64-65, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Επιδράσεις στην Νοσηλευτική

3.1 Παράγοντες που διαμόρφωσαν τη σημερινή Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Η νοσηλευτική σαν μια βασική ανθρώπινη ενέργεια και σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας, επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς τόσο της τοπικής, όσο και της διεθνούς ζωής. Είναι απαραίτητο λοιπόν να διερωτηθούμε ποιες μεγάλες αλλαγές και τάσεις επηρέασαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες οι οποίες είχαν και έχουν σημαντική επίδραση στην Νοσηλευτική.¹⁰

Πρωταρχικός και ίσως από τους πιο σημαντικούς παράγοντες είναι η εξαιρετική ταχύτητα με την οποία αυξήθηκε και εξαπλώθηκε η γνώση και η τεχνολογία σε σχέση με την θεραπεία τις τελευταίες δεκαετίες. Υπήρξε επικέντρωση των επιστημονικών προσπαθειών και όλων των διαθέσιμων πηγών στη διάγνωση και την θεραπεία. Έτσι η νοσηλευτική, βαδίζει παράλληλα με το ιατρικό επάγγελμα, στην εφαρμογή της πολύπλοκης θεραπευτικής αγωγής. Η σκέψη αυτή όμως άρχισε σταδιακά να αλλάζει. Η νοσηλευτική είναι ανάγκη να αναγνωριστεί ως ανεξάρτητος επιστημονικός κλάδος και ο σκοπός αυτός έχει ήδη επιτευχθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες.

Ταυτόχρονα οι δημογραφικές και κοινωνιολογικές αλλαγές συντέλεσαν στην εξέλιξη της Νοσηλευτικής. Ο ρυθμός των γεννήσεων έχει μειωθεί και ο μέσος ορος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε σημαντικά, ιδιαίτερα η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, προσθέτει ακόμη περισσότερες ευθύνες και υποχρεώσεις στις υπηρεσίες υγείας. Οι νοσηλευτές αποτελούν την καλύτερη πηγή προσφοράς επιστημονικής εργασίας για την αξιολόγηση, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων και συνεπώς ο αυξημένος αριθμός αποτελεί προαγωγή για το νοσηλευτικό επάγγελμα.

¹⁰ Κυριακίδου Ελένη, "Κοινωνική Νοσηλευτική", Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Έκδοση II, σελ. 21-52

Επίσης, ο πολίτης του 20^{ου} αιώνα θεωρεί πια αναφαίρετο δικαίωμα να έχει στη διάθεσή του καλά οργανωμένες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών του. Ο άνθρωπος συνειδητοποίησε ότι μια σωστά οργανωμένη υγειονομική υπηρεσία πρέπει να προσφέρει πολύ περισσότερο από τη διάγνωση και θεραπεία μιας ασθένειας. Η αλλαγή αυτή επηρέασε και εξακολουθεί να επηρεάζει σημαντικά τη σημερινή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, οι ίδιοι οι πολίτες αναζητούν εναλλακτικές λύσεις για τα συστήματα που ήταν προσανατολισμένα στην αρρώστια και τη θεραπεία και είχαν μέχρι τώρα κέντρο το νοσοκομείο. Ζητούν υπηρεσίες που προσανατολίζονται στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας.

Βασικό εμπόδιο στην εφαρμογή των διαφόρων συστημάτων και των αλλαγών του τρόπου συνεργασίας στην Νοσηλευτική αποτέλεσε η έλλειψη πηγών και συγκεκριμένα, νοσηλευτικού δυναμικού. Η είσοδος στα συστήματα υγείας και ο διορισμός ατόμων με περιορισμένη, ελάχιστη ή καθόλου νοσηλευτική εκπαίδευση το μόνο που πέτυχε είναι η επιδείνωση της κατάστασης, τόσο στα νοσοκομεία, όσο και σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η λύση βέβαια στο πρόβλημα αυτό δεν μπορεί να είναι η ίδια σε όλες τις χώρες, είναι ανάλογα με τις δυνατότητες και τις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε μία από αυτές. Αυτονόητο είναι λοιπόν ότι η Νοσηλευτική σε όλα τα επίπεδα από το βασικό μέχρι το μεταπτυχιακό πρέπει να διδάσκεται από καταρτισμένους νοσηλευτές. Αυτή η πραγματικότητα δεν συνειδητοποιήθηκε σε πολλά ιδρύματα και κράτη με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Τελειώνοντας τους παράγοντες που διαμόρφωσαν τη νοσηλευτική σήμερα, η ανάπτυξη και η ευρεία χρησιμοποίηση της έρευνας σε όλες τις επιστήμες δεν μπορούσε να αφήσει αδιάφορη τη νοσηλευτική. Σκοπός της είναι να βελτιώσει τη ποιότητα της Νοσηλευτικής Φροντίδας, να αυξήσει και να στηρίζει σχετικά με κάθε αλλαγή που εμφανίζεται στη Νοσηλευτική Οργάνωση, εκπαίδευση. Σύμφωνα με το διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (I.C.N.) τονίζεται ότι "ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι να προσαρμόζει και να διευρύνει τον ρόλο της ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και να ερευνά". Επισημαίνεται και η σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής επιστήμης με σκοπό όσο το δυνατό καλύτερη ανάπτυξη και πρόοδο και των δύο επιστημών.

3.2 Η σπουδαιότητα της διοίκησης στη Νοσηλευτική.

Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι υπηρεσίες που στηρίζουν την ύπαρξή τους στη συνεργασία πολλών οργανισμών επομένως η διοίκηση

είναι αναγκαία εξασφάλιση του συντονισμού των ατομικών προσπαθειών τους.¹¹ Η διοίκηση περιλαμβάνει δραστηριότητες και λειτουργίες που αποβλέπουν στη καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (ανθρωπίνων – υλικών) προς επίτευξη προεπιλεγμένων αντικειμενικών σκοπών.

Κάθε οργανισμός, όπως υγείας, οικονομικός, εκπαιδευτικός προσφέρει ωφέλεια προς το κοινωνικό σύνολο, προς εκείνους οι οποίοι τον συνέστησαν και ειδικότερα προς όσους χρησιμοποιούν τα αγαθά ή τις υπηρεσίες του. Οι φορείς κάθε οργανισμού, όπως και της υγείας έχουν διοίκηση που εκδηλώνεται σε σειρά ενεργειών: α) τον σχεδιασμό, β) την εξεύρεση και εξασφάλιση της διαθεσιμότητας των κατάλληλων και αναγκαίων μέσων, γ) διεύθυνση αυτών, δ) τον έλεγχο στη διαδικασία της παραγωγικής λειτουργίας. Έτσι, λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η διοίκηση είναι αναμφισβήτητα η βάση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών και χρησιμοποιείται σε κάθε υπηρεσία – μονάδα Υγείας (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδρύματα). Συγκεκριμένα έχουν διατυπωθεί και επιμέρους αρχές νοσηλευτικής διοίκησης για τις Υπηρεσίες Υγείας: α) η ευθύνη για λήψη αποφάσεων είναι καθορισμένη, β) η ανάθεση ευθύνης είναι και αυτή καθορισμένη, δίνεται σε άτομα που μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις, γ) το άτομο, εντός του οργανισμού, γνωρίζει τα όρια της αρμοδιότητας του, δ) υπάρχει συντονισμός και συνεργασία που επιτυγχάνονται με την οργάνωση της εργασίας, ικανοποιητικό σύστημα επικοινωνίας, προγραμματισμό εκ των προτέρων και θεληματική προσπάθεια.

Συμπερασματικά, ο προγραμματισμός, η πρόοδος και η ανάπτυξη του προσωπικού, η επίβλεψη της εργασίας και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων αποτελούν λειτουργίες της διοίκησης.

¹¹ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 19-27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Νοσηλευτική Υπηρεσία Σήμερα

4.1 Προγραμματισμός –σχεδιασμός.

Ο προγραμματισμός είναι η πρώτη και η βασικότερη λειτουργία της διοίκησης, περιλαμβάνει τη διαδικασία και επιλογή μεταξύ εναλλακτικών λύσεων μια μελλοντικής πορείας δράσης και ενεργειών, καθορίζει αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού και επί μέρους υπηρεσιών και τμημάτων, την επιλογή προσδιοριζόμενων τρόπων ενέργειας από εκείνους οι οποίοι είναι γνωστοί και προσιτοί και απαιτούνται για την πραγμάτωση τους, καθώς και επίλυση παρόντων ή μελλοντικών προβλημάτων. Κατά τον προγραμματισμό είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ορθολογισμός, καθώς και αξιόπιστες διαθέσιμες πληροφορίες.¹²

Ο προγραμματισμός είναι αυτός οποίος κατευθύνει όλες τις άλλες διοικητικές λειτουργίες Οργάνωση –στελέχωση –υγεία –συντονισμός –διεύθυνση. Ο διευθυντής των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών χρειάζεται να είναι εξοικειωμένος με τη διεργασία και τις μεθόδους λήψης αποφάσεων για να είναι σε θέση να γνωρίζει το σκοπό του ιδρύματος, να καθορίζει τη φιλοσοφία, να προσδιορίζει στόχους και αντικειμενικούς σκοπούς. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία χρησιμοποιεί λογικά κριτήρια για την αξιολόγηση των σκοπών τα οποία επιβεβαιώνονται στην πράξη. Ένα κριτήριο από αυτά είναι η εμπειρία του νοσηλευτή ο οποίος μπορεί να εξάγει κανόνες από την πείρα της νοσηλείας αρρώστων. Επίσης, άλλο κριτήριο είναι ο ποιοτικός έλεγχος που επιδιώκει ορισμένη συμπεριφορά σαν αποτέλεσμα. Το τρίτο κριτήριο είναι η ατομική πρόοδος που χρησιμοποιείται πολύ συχνά.

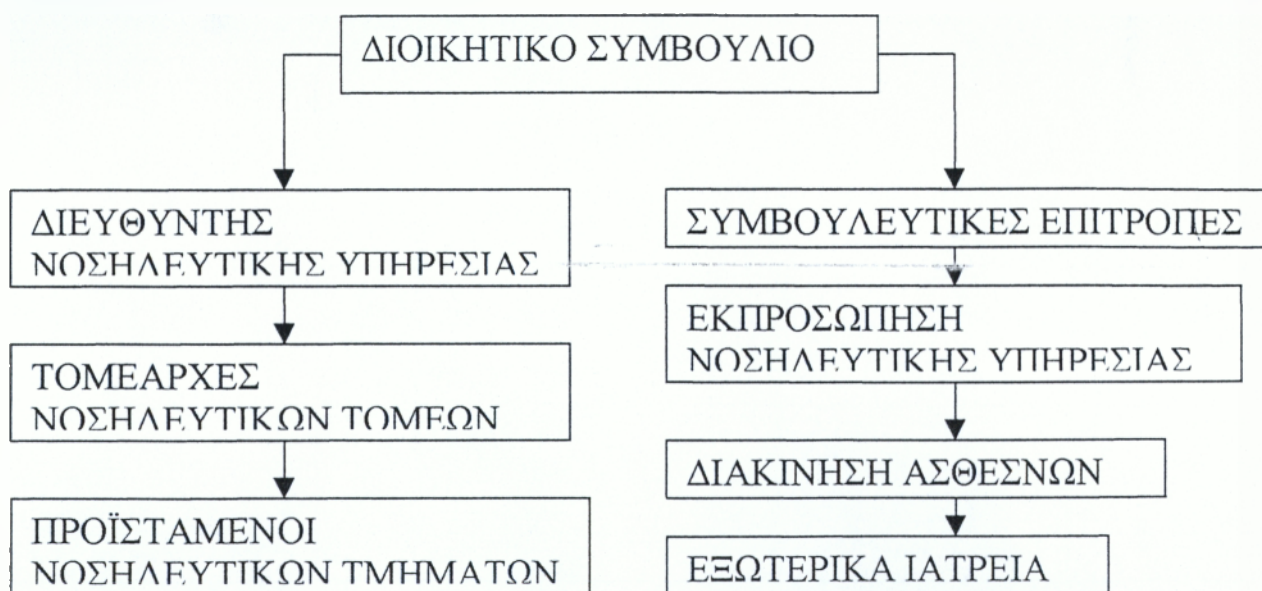
Οι σύγχρονοι φοιτητές της νοσηλευτικής, διδάσκονται περισσότερο αρχές παρά διαδικασίες –νοσηλείες. Το νέο προσωπικό και οι μετακινούμενοι ή αλλάζοντες ιδρύματα νοσηλευτές, αποτελούν πολύτιμες συμβουλευτικές πηγές για τα υπεύθυνα στελέχη. Καταλήγοντας καταλαβαίνουμε ότι οι αρχές του προγραμματισμού προέχουν στη Νοσηλευτική Διοίκηση.

¹² Βασιλική Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 179-221.

4.2 Οργάνωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

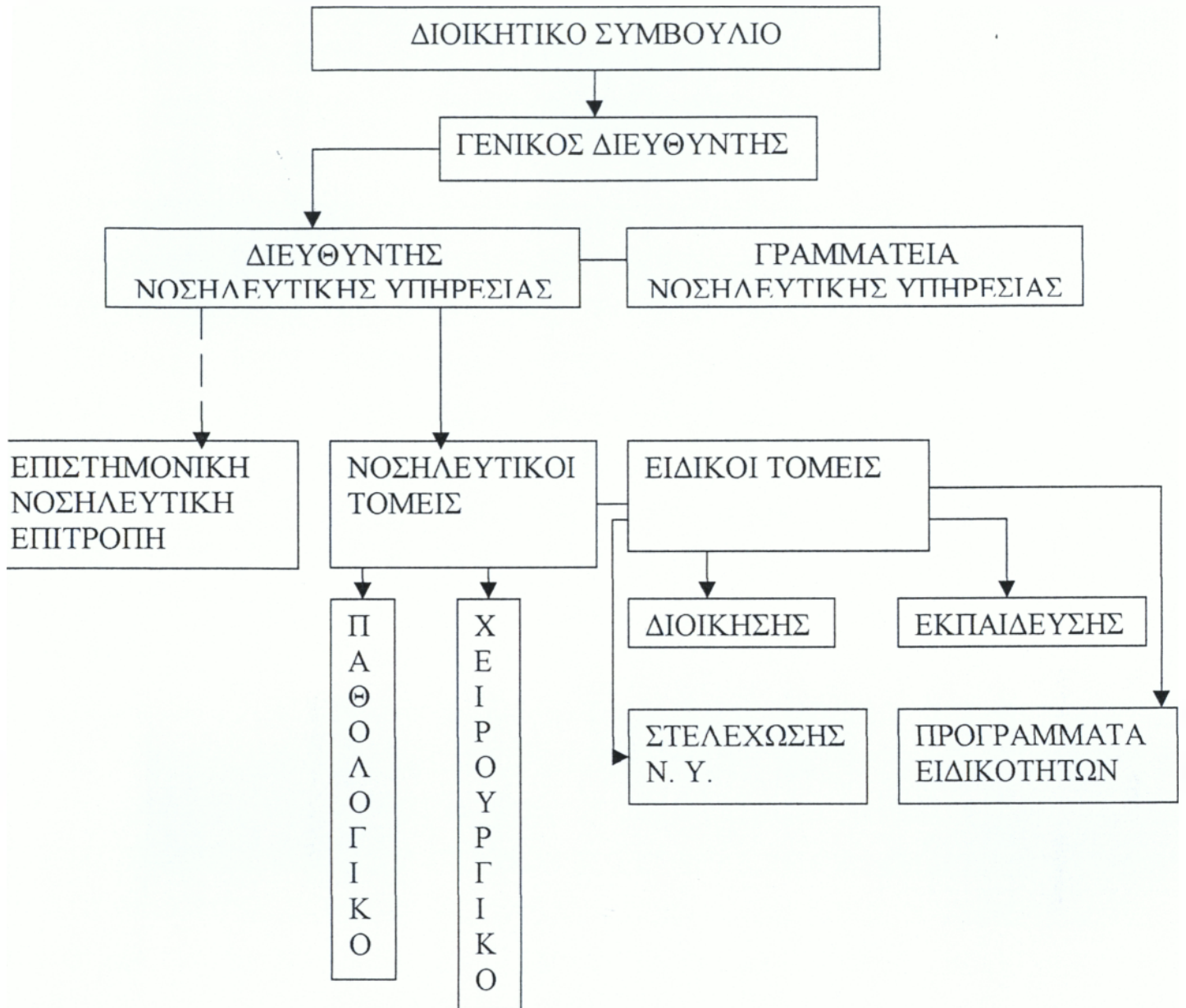
Η οργάνωση είναι μία από τις λειτουργίες της διοίκησης η οποία αναλαμβάνει τον καταμερισμό των ενεργειών και καθιερώνει απαιτούμενες ιεραρχικές σχέσεις. Οι σχέσεις αυτές καθορίζονται μεταξύ των παραγόντων, οι οποίοι χρησιμοποιούνται συνειδητά και συντονισμένα προς επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του ιδρύματος ή της υπηρεσίας που έχουν τεθεί με τον προγραμματισμό. Είναι, επίσης, κινητοποίηση των διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων για την κάλυψη των αντικειμενικών σκοπών.

Η οργάνωση είναι δυναμικό φαινόμενο, γιατί χαρακτηρίζεται από δύο βασικά στοιχεία που την διαφοροποιούν, τη ροπή προς τάξη λόγω ύπαρξης ανθρωπίνου παράγοντα και την τάση προς σταθεροποίηση με την ικανότητα ανταλλαγής ύλης, ενέργειας ή πληροφοριών με το περιβάλλον, καθώς και δημιουργίας μεταβολών και αλλαγών. Η οργάνωση της εργασίας και οι λειτουργικές σχέσεις απεικονίζονται σε ένα διάγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει τις διάφορες θέσεις καθώς και τη γραμμική εξουσία μεταξύ αυτών των θέσεων. Το οργανόγραμμα μοιάζει σαν μία φωτογραφία, η οποία παρουσιάζει τμήματα και σχέσεις σε δεδομένη χρονική στιγμή. Δεν δείχνει πάντοτε ότι υπάρχει σήμερα. Γενικά αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο το οποίο λαμβάνει τη μορφή που του δίνει ο δημιουργός, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να παραβιασθεί.



Διοικητικό Οργανόγραμμα 4.1, πηγή ¹³

¹³ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 250.

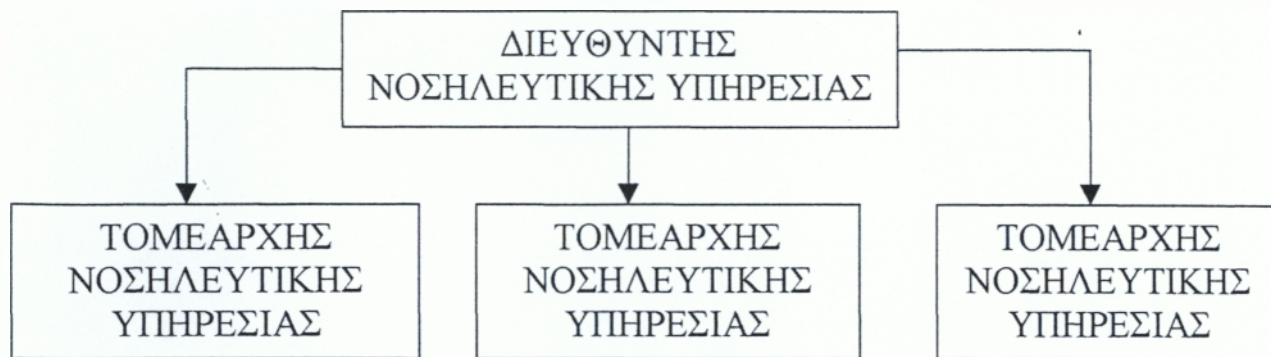


Διοικητικό οργανόγραμμα 4.2. Πηγή¹⁴

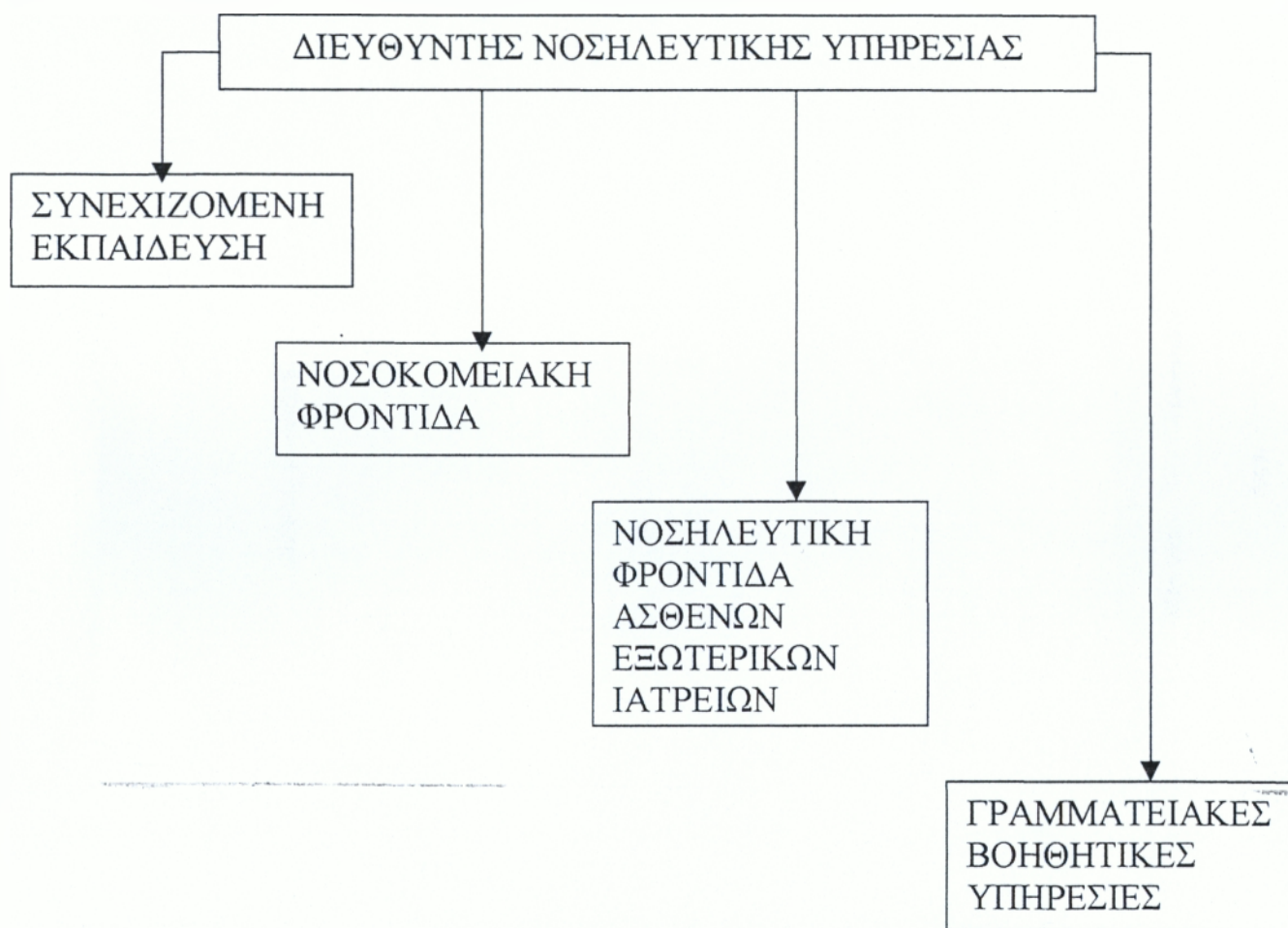
Υπόμνημα: ----- συμβουλευτική σχέση
 —————> Επιτελική σχέση

Το οργανόγραμμα είναι γραφική παράσταση της μεθόδου τμηματοποίησης. Τα περισσότερα οργανογράμματα συντάσσονται σύμφωνα με τις θέσεις, με τίτλο και ιεραρχία.

¹⁴ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 251.

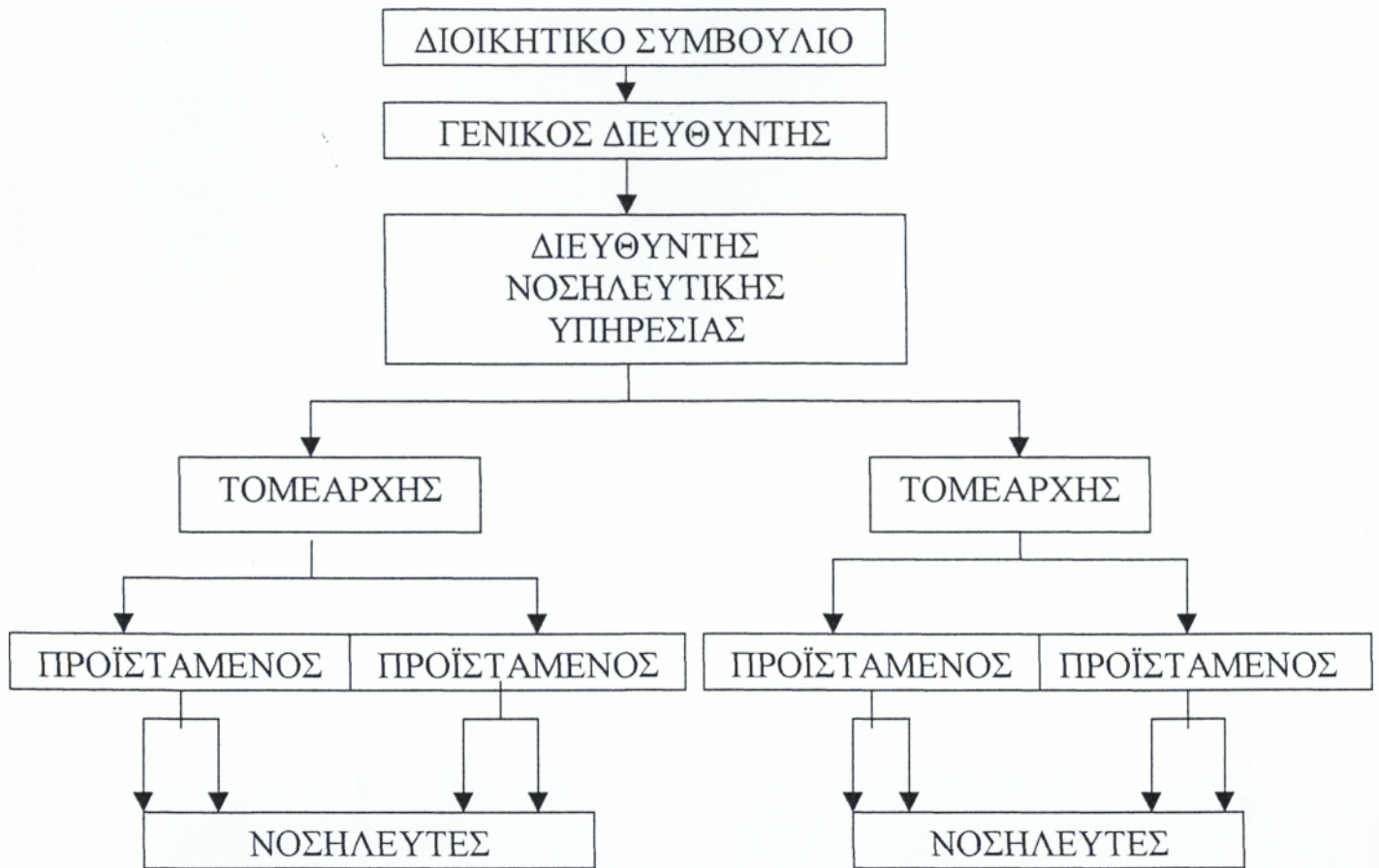


Οργανόγραμμα θέσεων 4.3

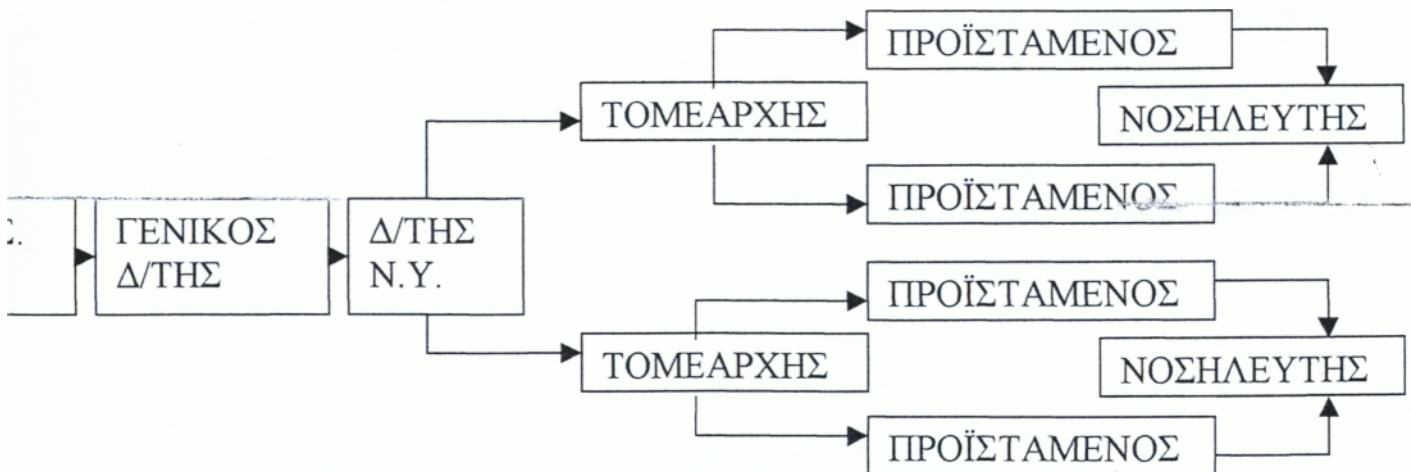


Οργανόγραμμα λειτουργιών 4.4

Η γραφειοκρατική δομή χαρακτηρίζει τους περισσότερους οργανισμούς υγείας, σήμερα. Η δομή αυτή διατηρεί την εντολή –διαταγή και ενθαρρύνει την εξουσία. Παρέχει επίσημο σύστημα επικοινωνίας εκ των άνω προς τα κάτω, προς όλα τα επίπεδα και διαμέσου όλων των τμημάτων. Σύμφωνα με αυτή τη δομή γίνεται η οργάνωση των συστημάτων υγείας σε δύο διαστάσεις, κάθετη και οριζόντια.



Οργανόγραμμα 4.5 (κάθετη οργάνωση), πηγή ¹⁵



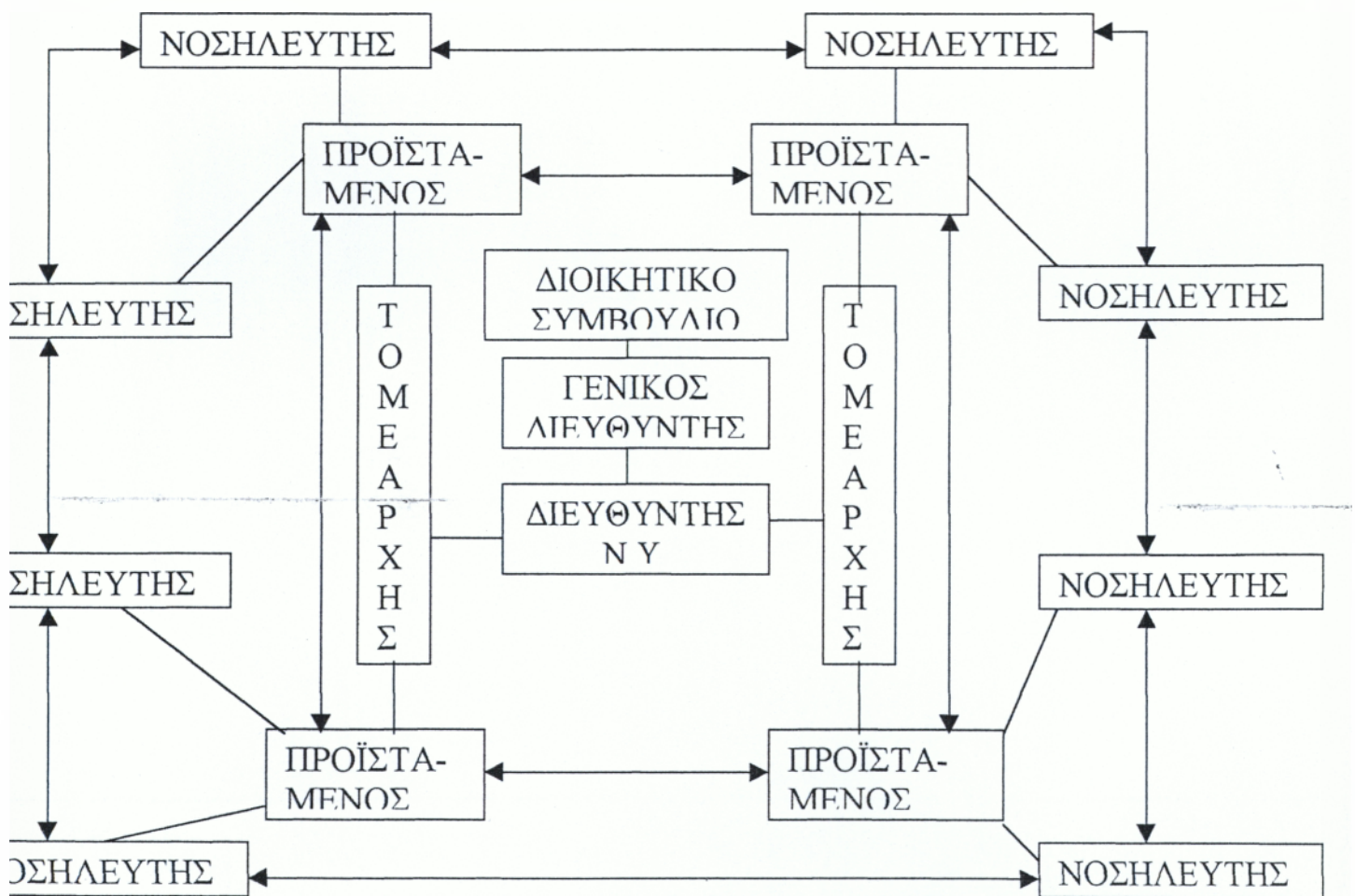
Οργανόγραμμα 4.6 (οριζόντια οργάνωση), πηγή ¹⁶

¹⁵ Βασιλική Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ.253

¹⁶ Βασιλική Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 254

Σύμφωνα με την κάθετη διάσταση διαμορφώνονται κάθετα επίπεδα στα οποία η ουσιαστική ευθύνη υπάρχει στη κορυφή και ελαττώνεται προς τα κάτω. Η κορυφή είναι τα εκτελεστικά στελέχη τα οποία αναλαμβάνουν αποστολή και κατεύθυνση του οργανισμού, όπως Δ.Σ., Διευθυντής. Έπειτα, έχουμε τη μέση διοίκηση που συντονίζει και ελέγχει τις λειτουργικές δραστηριότητες των ομάδων των νοσηλευτών, δηλαδή που ακολουθούν στο επόμενο επίπεδο. Οι νοσηλευτές είναι οι υπεύθυνοι για την επίτευξη των στόχων με αποτελεσματικότητα. Η οριζόντια είναι η άλλη διάσταση οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας που συναντάμε σήμερα. Η οριζόντια διάσταση συνδέεται με την ειδίκευση εργασίας και την κατάρτιση του προσωπικού. Στα νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των τμημάτων προκειμένου να επιτευχθεί ποιοτικό και παραγωγικό έργο.

Πάντως με δεδομένη την αναγκαιότητα αλληλεξάρτησης και αλληλοσύνδεσης των τομέων οργάνωσης θεωρείται απαραίτητη η αντικατάσταση της ιεραρχικής οργάνωσης των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών από την κυκλική.



Οργανόγραμμα 4.7, (κυκλική διάσταση), πηγή ¹⁷

¹⁷ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 256.

Με την κυκλική οργάνωση προτείνεται ένας τύπος οργάνωσης επίπεδης που κυριαρχεί η ευθύνη για πρωτοβουλία και δράση. Τα μέλη αναμένεται να συνεργάζονται αρμονικά σε ομάδες για λύση προβλημάτων, αντιμετώπιση θεμάτων και συνεχιζόμενο προοδευτικό έργο. Όπως πρέπει να λειτουργούν οι νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό στις σύγχρονες Νοσηλευτικές Υπηρεσίες.

Οι διάφορες μέθοδοι ή τα συστήματα οργάνωσης εργασίας που η νοσηλευτική έχει χρησιμοποιήσει μέχρι τώρα, αντικατοπτρίζουν την εξέλιξη της νοσηλευτικής σκέψης και είναι οι ακόλουθες:¹⁸

- Κατά ασθενή μέθοδος
- Λειτουργική ή κατεργασία (Functional assignment).
- Ομαδική Νοσηλευτική (Team Nursing).
- Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική (Primary Nursing).
- Προσωπική διευθέτηση ασθενούς (Case management).

Η εξέλιξη των συστημάτων είναι ανταπόκριση στην αλλαγή των αναγκών της κοινωνίας που παρουσιάζονται. Στη δεκαετία του '20 η κατά ασθενή μέθοδος ήτα ενδεικνύομενη. Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο (1950) η λειτουργική μέθοδος κυριάρχησε λόγω έλλειψης προσωπικού. Στην ίδια δεκαετία αναπτύχθηκε ομαδική νοσηλευτική για την μέγιστη αξιοποίηση γνώσεων και δεξιοτεχνιών. Στο τέλος της δεκαετίας του '70 παρατηρήθηκε στροφή στη Πρωτοβάθμια νοσηλευτική και πρόσφατα αναπτύχθηκε νέα προσέγγιση με ατομική διαχείριση του αρρώστου. Η οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στις διάφορες χώρες επηρεάζεται από παράγοντες, όπως δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, πληθυσμιακές ή δημογραφικές μεταβλητές (όπως ηλικία, φύλο και γεωγραφική επικράτηση κοινών ασθενειών, κλίμα και εγκατάσταση επικοινωνιών).

Τελειώνοντας είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στην περίπτωση της Ελλάδας την οργάνωση στον τομέα της υγείας αναλαμβάνει το κράτος το οποίο μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς την εξασφάλιση υγείας όλων των πολιτών. Κεντρικός φορέας οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο είναι του Υπουργείου Υγείας, που σκοπός του είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η διοίκηση των πάσης μορφής περιεχομένων υπηρεσιών υγείας σε όλη την ελληνική επικράτεια. Οποσδήποτε, δεν υπάρχει στερεότυπος κανόνας για την οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, διαμορφώνεται ανάλογα με τον χώρο, χρόνο, γεωγραφική θέση και κτιριακή δομή, καθώς και από τον αριθμό των νοσηλευτών που υπάρχει σε κάθε μονάδα υγείας. Στην Ελλάδα

¹⁸ Βασιλική Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 243-287

φέρθηκαν σε συνεργασία.¹⁹

4.3 Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Μετά την οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παραθέσαμε παραπάνω ακολουθεί η στελέχωση με προσωπικό για να επιτευχθούν οι στόχοι του ιδρύματος –υπηρεσίας.²⁰ Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού, καθώς και την τοποθέτηση του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση. Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα πράγματα του προσωπικού.

Έτσι, λοιπόν, είναι φανερό ότι για την στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια προσέλκυσης και διατήρησης κατάλληλων νοσηλευτών για να υπάρχει αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών. Όλο το έργο της νοσηλευτικής μονάδας μοιράζεται μεταξύ του προσωπικού σύμφωνα με το πρόγραμμα που οργανώνεται. Ο προβλεπόμενος ή ο υπάρχων αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και οι κατηγορίες θέτουν περιορισμούς στην επιλογή του συστήματος εργασίας. Γενικά η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητας τους, των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της έλλειψης ή πλεονασμού ορισμένων κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού. Η στελέχωση ειδικά νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμα πιο δύσκολη εξ' αιτίας πολλών παραγόντων που εμπλέκονται, κυρίως από τη μόνιμη σχεδόν έλλειψη προσωπικού. Γεγονός είναι, ότι υπάρχει έλλειψη σε καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό σε αρκετές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, με συνέπεια την ανεπαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την υποβάθμιση της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Ιδιαίτερα η στελέχωση νοσοκομείων με κατάλληλο προσωπικό είναι δύσκολο και πολύπλοκο πρόβλημα, Έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς διάφορα πρότυπα βασισμένα σε διαφορετική βάση το καθένα. Η εφαρμογή του, όμως, από νοσοκομείο σε νοσοκομείο δεν είναι κατορθωτή λόγω των ειδικών συνθηκών του καθενός, ακόμα και σε εκείνα που διαθέτουν τον ίδιο αριθμό κρεβατιών. Διάφοροι παράγοντες, φυσικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί επηρεάζουν τη στελέχωση.

¹⁹ Λεωνίδας Παρασκευόπουλος, "Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας", σελ. 28-35

²⁰ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 290-315

Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι εύκολο να προβλεφθούν και να ελεγχθούν, άλλοι όμως δεν μπορούν να ελεγχθούν. Κάθε χώρα και ο οργανισμός υγείας της, παρουσιάζει μία μοναδικότητα ως προς τη δομή του πληθυσμού, τον τύπο νοσηρότητας και θνησιμότητας, τις πολιτιστικές αξίες, τις πολιτικές πεποιθήσεις, τις πηγές που διαθέτει και τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης. Γι' αυτό και κάθε χώρα διαθέτει δικούς της τρόπους και στρατηγικές που ανταποκρίνονται στις εθνικές ανάγκες. Η ισορροπία αφενός μεν της προσεκτικής εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού και αφ' ετέρου ο αριθμός και η κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη για να καλύψει αυτές τις ανάγκες.

Τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύχθηκαν ειδικές μέθοδοι στελέχωσης υπηρεσιών και ιδρυμάτων υγείας με νοσηλευτικό προσωπικό. Οι μεγαλύτερες αδυναμίες στις σύγχρονες μεθόδους είναι η ανεπάρκεια και η έλλειψη τρόπων μέτρησης της ποιότητας της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην κλινική νοσηλευτική. Η μέθοδος εκλογής στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών των περισσότερων χωρών είναι "η σχέση πληθυσμού με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Άλλες μέθοδοι στελέχωσης υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιούνται είναι αναφορικά: α) τα πρότυπα καλής υπηρεσίας –συγχρονίζονται με την Νοσηλευτική Φροντίδα ειδικού πληθυσμού, υπάρχει αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη –αναλογία μεταξύ επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού, β) Ανάλυση επικεντρωμένη στο προσωπικό, γ) Ανάλυση επικεντρωμένη στον άρρωστο. Κάθε μία από αυτές τις μεθόδους στελέχωσης διαδραματίζει το δικό της σκοπό και είναι απαραίτητη. Η πιο, όμως, διαδεδομένη από αυτές είναι "η σχέση πληθυσμού προς νοσηλευτικό προσωπικό" λόγω της απλότητας της, του χαμηλού κόστους και την ευκολία με την οποία ερμηνεύεται. Η μέθοδος αυτή αποτελεί γενικό δείκτη σύγκρισης του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας με άλλες χώρες.

4.3.1 Ο ρόλος της γυναίκας, διαχρονικός στη παροχή υγείας

Είναι πολύ σημαντικό να παραθέσουμε αφού αναφερθήκαμε στην στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και τον ρόλο της γυναίκας διαχρονικά στην παροχή της υγείας. Η ενασχόληση των γυναικών σε ζητήματα υγείας αποτελεί μία πανάρχαια παράδοση. Στην αρχαία Ελλάδα, η κοινωνική θέση της γυναίκας δεν προέβλεπε την ενεργή συμμετοχή της στην ενασχόληση των γυναικών με την υγεία. Στα Ομηρικά βιβλία, στις αναφορές του Θουκυδίδη, Ξενοφώντα για τη θεραπεία και την φροντίδα των ασθενών περνώντας στη Ρωμαϊκή περίοδο, αναφέρονται αρκετές

γυναίκες που γνωρίζουν να θεραπεύουν.²¹ Τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του Χριστιανισμού, οι γυναίκες σαν δείγμα αφοσίωσης στο Χριστό και αγάπης προς το πλησίον παρείχαν φροντίδες στους πάσχοντες και τους γέροντες. Μέχρι το 13^ο αιώνα παρά τις διώξεις που είχαν ήδη αρχίσει να εφαρμόζονται εναντίον τους, συνέχιζαν να ασχολούνται είτε σαν θεραπεύτριες, είτε σαν "νοσοκόμες" της εποχής. Η ενασχόληση της γυναίκας με τη φροντίδα, τη θεραπεία και η γνώση βοτάνων τα οποία κατείχε τη περιέλαβε με ένα μυστήριο που προκαλούσε φόβο. Την μεσαιωνική, αλλά και αναγεννησιακή περίοδο οι γυναίκες θεραπεύτριες ήταν τα κύρια θύματα της ιεράς εξέτασης που κήκων και απαγχονίστηκαν.

Στη σύγχρονη πια εποχή παρατηρείται το φαινόμενο της αύξησης της απασχόλησης εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Η παράδοση της αριθμητικής κυριαρχίας των γυναικών στο χώρο της υγείας συνεχίζεται με 80% των εργαζομένων στο χώρο να αποτελείται από γυναίκες. Οι γυναίκες εργάζονται σαν νοσηλεύτριες, παρασκευάστριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι. Το παράδοξο σύστημα υγείας είναι ότι αν και η πλειονότητα των εργαζομένων είναι γυναίκες οι δομές του συστήματος είναι πατριαρχικές –περισσότερη διοικητική εξουσία έχει ο άντρας. Οι σχέσεις που επιθυμούν να έχουν οι γυναίκες μέσα στο χώρο της υγείας με τους άνδρες συναδέλφους είναι η ισότιμη συνεργασία όπως πρέπει να είναι διαμορφωμένες οι σχέσεις αυτές. Οι γυναίκες που στη σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας αντιλαμβάνονται το ρόλο τους και δυσανασχετούν για τις διακρίσεις σε βάρος τους, οργανώνουν ομάδες πίεσης για να επιτύχουν καλύτερες συνθήκες εργασίας και τη βελτίωση υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στη γυναίκα. Αυτό που πρέπει να προωθηθεί είναι ο συντονισμός των ενεργειών ανδρών και γυναικών νοσηλευτών ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο νοσηλευτικό έργο.

4.4 Διεύθυνση Συντονισμός – Ηγεσία Νοσηλευτικών Μονάδων.

Διεύθυνση –Ηγεσία –Συντονισμός είναι η ενεργοποίηση και καθοδήγηση του προσωπικού για τη διεκπεραίωση των απαιτούμενων έργων προς την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του ιδρύματος – υπηρεσίας.

²¹ Περιοδικό, "Επιθεώρηση Υγείας", Τεύχος Ιανουαρίου –Φεβρουαρίου 1999, σελ. 32-39.

Η διεύθυνση είναι ο συνδετικός κρίκος που συνδέει τα μέρη του οργανισμού σε ένα ενιαίο και συντονισμένο σύνολο. Είναι η ανάπτυξη και άσκηση ηγετικών ικανοτήτων, καθηκόντων και αρμοδιοτήτων. Η ηγεσία είναι από τα παλαιότερα φαινόμενα ομαδικής ζωής του ανθρώπου. Αποβλέπει στην καθοδήγηση τον επηρεασμό και έλεγχο των πράξεων, σκέψεων και αισθημάτων άλλων ατόμων προς επίτευξη καθορισμένων σκοπών. Υπάρχουν διάφορα είδη ηγεσίας, αυταρχική, φιλελεύθερη –Δημοκρατική και η Laisser Faire (τα μέλη ενεργούν, σύμφωνα με τη κρίση τους).²²

Αναφερόμενοι στη νοσηλευτική διεύθυνση, αποβλέπει στην κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων και των υπηρεσιών, με την καθοδήγηση του προσωπικού προς κατάλληλη άσκηση –πράξη, βοήθεια για την επιτυχία των στόχων του ιδρύματος υποστήριξη των αναγκών τους, επικοινωνία για την απόδοση τους, ενθάρρυνση και αυτοανάπτυξη. Ο σημαντικότερος παράγοντας για την επίτευξη του στόχου του νοσηλευτή είναι η επικοινωνία, γιατί όλες οι ενέργειες και λειτουργίες που διεκτονονται περιέχουν επικοινωνία. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι επικοινωνίας στα διάφορα συστήματα, όπως και της υγείας είναι:

- η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο (μέσο)
- χρησιμοποίηση τηλεπικοινωνιακών μέσων (εικόνες)
- γραπτά –λέξεις –αριθμοί, σύμβολα
- χειρονομίες, μορφασμοί, κινήσεις
- συμπεριφορά, όπως πράξεις –παραλήψεις

Τα εμπόδια της επικοινωνίας είναι πολλά, γιατί συνδέονται με τον ανθρώπινο παράγοντα. Συνήθως, προέρχονται από εξωγενείς οργανικές αδυναμίες, την ιδιοσυγκρασία των ατόμων, τις προσωπικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων και τις αδυναμίες της γλώσσας.

Σε σύγκριση με την παλαιά γενιά-εργαζομένων, οι νέει εργαζόμενοι σήμερα είναι περισσότερο εκπαιδευμένοι με υψηλά επίπεδα τεχνικής γνώσης. Έχουν μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας και απαιτήσεις περισσότερες. Θέλουν να συμμετέχουν και επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν πλήρως τις ικανότητες τους. Έτσι και οι περισσότεροι νοσηλευτές αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους και καθίστανται υπεύθυνοι για τις πράξεις τους μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα που βρίσκονται, έτσι η νοσηλευτική προβάλλεται και προωθείται σύμφωνα με τις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής. Ο νοσηλευτής απαιτείται να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με όλες τις ομάδες εργασίας από τις οποίες αποτελείται η νοσηλευτική μονάδα και με αυτές που έρχεται σε επαφή από το εξωτερικό περιβάλλον. Η επαφή του νοσηλευτή γίνεται σύμφωνα με τις

²¹ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 318-334

απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής. Ο νοσηλευτής απαιτείται να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με όλες τις ομάδες εργασίας από τις οποίες αποτελείται η νοσηλευτική μονάδα και με αυτές που έρχεται σε επαφή από το εξωτερικό περιβάλλον. Η επαφή του νοσηλευτή γίνεται σύμφωνα με τις αρχές που διδάχτηκε, αλλά και με ανάλογο είδος διεύθυνσης και ηγεσίας που εφαρμόζεται στην νοσηλευτική μονάδα.

4.5 Τομείς ασκήσεως Νοσηλευτικής.

Οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι μπορούν να ασκήσουν τη νοσηλευτική στους εξής τομείς:

- Γενικά και ειδικά νοσοκομεία, καθώς και κλινικές. Ειδικά νοσοκομεία είναι αυτά των παιδικών λοιμωδών νόσων, ψυχιατρεία κ.α.
- Υγειονομικά κέντρα, παιδικούς –ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς
- Σχολεία και κατασκηνώσεις
- Γηροκομεία και κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων
- Οργανωμένα κρατικά ή ιδιωτικής πρωτοβουλίας προγράμματα προλήψεως και καταπολέμησης επιδημικών ή ορισμένων ασθενειών, όπως είναι οι εμβολιασμοί του πληθυσμού, αντικαρκινικός αγώνας. Τελευταία στην Αμερική γίνεται προσπάθεια αναπτύξεως της διαστημικής νοσηλευτικής σαν μία νέα ειδικότητα. Οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι μπορούν να εργάζονται στον τομέα της νοσηλείας, της διδασκαλίας, της διοίκησης και της επιστημονικής έρευνας, που αποβλέπει στην ανεύρεση πιο αποτελεσματικών μεθόδων νοσηλευτική φροντίδας, εκπαίδευσεως των νοσοκόμων.

Παρά τις αξιόλογες προόδους στον τομέα προλήψεως της ασθένειας, των τεχνικών μέσων στην νοσοκομειακή αντιμετώπιση των ασθενών, της προαγωγής της υγείας και της επιστημονικής έρευνας, η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου παραμένει ως πρωταρχικό μέσο. Παραμένει σαν η ουσιαστική αποστολή κάθε νοσηλευτή και επιτυγχάνεται μόνο με την αρμονική σύνθεση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της προσωπικής ανθρωπιστικής προσέγγισης του αρρώστου.

²³ Δ. Υ. Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα Σεπτέμβριος 1999, σελ. 21-34.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Διαπροσωπικές σχέσεις στη Νοσηλευτική

5.1 Η σύγχρονη νοσηλευτική, έργο συνεργασίας.

Η παροχή υγείας είναι "πρώτης γραμμής" ευθύνη της διοίκησης κάθε κράτους προς τα μέλη της. Βέβαια ο βαθμός της ευθύνης και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας ποικίλει από κράτος σε κράτος.²³ Η ευθύνη και το τρόπος παροχής των υπηρεσιών υγείας σήμερα που εκφράζονται μέσα από τα συστήματα υγείας (Ε.Σ.Υ) που οργανώνονται σε κάθε κράτος ξεχωριστά. Παρατηρείται ότι παρά τις διαφορές που έχουν τα διάφορα συστήματα η βάση τους βρίσκεται στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παροχή υγείας. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο στις περισσότερες χώρες προάγεται η υγεία, η πρόληψη της νόσου ή αναπηρίας, στη παροχή φροντίδας για την προσπάθεια επαναφοράς του ασθενούς στη φυσιολογική κατάσταση. Ο ιατρός συνεργάζεται με τους συναδέλφους, ειδικευόμενους νοσοκόμους, μιλάμε για παροχή φροντίδας σε Κέντρα Υγείας.

Στο δεύτερο επίπεδο στη παροχή υγείας περιλαμβάνονται το νοσοκομείο στο οποίο μπορούν να προσέλθουν ασθενείς από την ευρύτερη περιφέρεια για την περίθαλψή τους. Πάντως είναι γεγονός ότι το σύστημα υγείας ενισχύεται αλλά και ανακουφίζεται αν αποφευχθούν οι εισαγωγές ασθενών στο νοσοκομείο όπου είναι βέβαιο κατορθωτό.

Το τρίτο και τελευταίο επίπεδο περίθαλψης περιλαμβάνει την πανεπιστημιακή φροντίδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ του ειδικευομένου νοσοκομείου, ιατρικής σχολής και Κέντρου Ιατρικών ερευνών.

Σύμφωνα με όσα αναφέραμε παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι η βάση της σύγχρονης νοσηλευτικής είναι η συνεργασία. Όπου υπάρχει στενή και αρμονική συνεργασία, εκεί υπάρχει η δυνατότητα εμφάνισης δημιουργικών έργων. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην πιστεύει στην αξία της συνεργασίας. Η καθημερινή πείρα αποδεικνύει ότι "το μέγεθος του ομαδικού έργου υπερβαίνει αξιολογικά το άθροισμα των προσπαθειών κάθε ατόμου".²⁵

²⁵ Δ. Χ. Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα 1991, σελ. 133-152

Έτσι, λοιπόν, στην αρμονική συνεργασία των πολλών στηρίζεται και η νοσηλευτική επιστήμη. Το έργο της νοσηλείας, με την σημερινή του έκφραση και μορφή είναι έργο συνεργασίας. Χωρίς συνεργασία η νοσηλευτική δεν μπορεί να αποκτά τους υψηλούς σκοπούς της, να επιτυγχάνει, δηλαδή της πρόληψη της αρρώστιας, την ανακούφιση και θεραπεία του αρρώστου, την προστασία. Χρειάζεται επομένως ση νοσηλευτική φροντίδα συνένωση γνώσεων, ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων για την εκπλήρωση προγραμματισμένου σκοπού. Είναι απαραίτητη επομένως η συνεργασία της αδελφής νοσοκόμου με τον άρρωστο, με τον ιατρό και με το προσωπικό άλλων υπηρεσιών που έρχονται σε επαφή (π.χ. διαιτολόγος, κοινωνιολόγος). Οι καλές σχέσεις του νοσηλευτή με όλες τις υπηρεσιακές ομάδες συντελούν στην αποτελεσματική ολοκληρωμένη φροντίδα του αρρώστου.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι αυτό που χρειάζεται η σύγχρονη νοσηλεία είναι να προάγει, να προωθεί ειδική εκπαίδευση και άσκηση φοιτητών της νοσηλευτικής και άλλων επαγγελματιών υγείας. Χωρίς την ειδική αυτή εκπαίδευση δεν μπορούμε να έχουμε αρμονική και δημιουργική συνεργασία στη νοσηλευτική, στην θεραπευτική και στην ευρύτερη επαγγελματική ομάδα, αν δεν προηγηθεί η άσκηση των μελών των συνεργαζόμενων ομάδων. Η συνεργασία είναι μορφή διαλόγου, που αποδεικνύει τη νοσηλευτική ως αληθινό διαπροσωπικό έργο.

5.2 Προβλήματα κίνδυνοι στην εργασία των νοσηλευτών (μαρτυρίες –δημοσιεύσεις).

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν συνεχώς κρίσιμες καταστάσεις και εργάζονται στη πρώτη γραμμή, αντιμετωπίζοντας καθημερινά κινδύνους. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύονται μόνοι τους, σχετικά με τους κινδύνους στο χώρο εργασίας και πρέπει να διεκδικούν ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες σε όλο τον κόσμο φροντίζουν τους ασθενείς τους, ταυτόχρονα όμως σκέφτονται να φροντίζουν και τον εαυτό τους. Φροντίζοντας τους εαυτούς τους, φροντίζουν καλύτερα τους ασθενείς.

Η Linda Roseustock, Διευθύντρια του Εθνικού Ινστιτούτου Επαγγελματικής Ασφάλειας και υγείας των Η.Π.Α., είπε ότι οι Αμερικανοί σαν έθνος υποεκτιμούν τους εργασιακούς κινδύνους που απειλούν τους εργαζόμενους στο κλάδο της υγείας.²⁶

²⁶ Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος Ιουλίου –Αυγούστου 1999, σελ. 33

Αυτό, όμως, αποτελεί ένα τεράστιο υγειονομικό και οικονομικό πρόβλημα. Εννέα χιλιάδες εργαζόμενοι στο Υγειονομικό Τομέα στις Η.Π.Α. υποφέρουν από τραύματα αναπηρίας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Ειδικά για τους νοσηλευτές έχει διαπιστωθεί ότι απειλούνται από αλλεργίες και διάφορους ιούς, οι οποίοι μπορεί να είναι και θανατηφόροι (Έιτς, Έμπολα, Ηπατίτιδα Β'). Το 30% που προκλήθηκαν από τον ιό του έμπολα στο Ζαΐρ, της Αφρικής ήταν νοσηλευτές.²⁷ Στη περίπτωση της μετάδοσης του Έιτς, το ποσοστό μόλυνσης των νοσηλευτών είναι πολύ μικρό σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στην χώρα μας και στο εξωτερικό. Οι μεμονωμένες περιπτώσεις λοιμώξεων από Έιτς σε νοσηλευτικό προσωπικό προέρχονται από απροσεξία και μη τήρηση των απαραίτητων μέτρων κατά τη νοσηλεία των ασθενών αυτών των λοιμώξεων. Έχει υπολογιστεί ότι η πιθανότητα λοίμωξης από τυχαία λήψη μόλυνσης βελόνας με Έιτς είναι μικρότερη από 1%. Η μεταδοτικότητα του Έιτς είναι μικρότερη από την αντίστοιχη της ηπατίτιδας Β'. Ο μικρός αριθμός οροθετικών στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να προκαλεί εφησυχασμό, η υποτίμηση του κινδύνου του Έιτς αποτελεί το κυριότερο επαγγελματικό κίνδυνο για τον νοσηλευτή. Στα πλαίσια της προσπάθειας για έλεγχο πρόληψης και αντιμετώπισης των ασθενειών γενικά μέτρα ισχύουν κατά τη νοσηλεία όλων ανεξαρτήτως των ασθενών και αυτά που αφορούν τη πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων είναι η χρήση γαντιών, μάσκας και γυαλιών, αποφυγή τραυματισμού κατά τη νοσηλεία, απολύμανση, αποστείρωση.

Είναι παραδεκτό ότι παρατηρούνται έντονα φαινόμενα βίας στο νοσηλευτικό χώρο. Σύμφωνα με έρευνα σε επτά πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών πρόσφατα βρέθηκε ότι το 30% των νοσηλευτών – νοσηλευτριών υπήρξαν θύματα βίας στο χώρο της εργασίας τους. Η έρευνα αυτή έγινε από την ειδική ομάδα μελέτης για τη βία στο χώρο εργασίας στο Κολοράντο και απαιτήθηκε από 786 νοσηλευτές στις Πολιτείες του Κολοράντο, Αλαμπάμα, Ντέλγουερ, Γιλνίς, Κάνσας, Μισούρι και Χαβάης. Από αυτούς το 93,7% ήταν γυναίκες, το 51% ήταν επικεφαλείς νοσηλευτές, το 80% υπήρξαν νοσηλευτές για διάστημα περισσότερο των 55 ετών και 55% είχαν εργασθεί για περισσότερα από 10 χρόνια. Ένα ποσοστό 72% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι δέχθηκαν επίθεση με όπλα μαχαίρια, ψαλίδια, καρέκλες. Περισσότεροι από το 90% των νοσηλευτών αυτών διευκρίνισαν ότι η βία στην εργασία περιλαμβάνει τη φυσική βία, όπως κλωτσιές, σπρώξιμο και χαστούκια και τη φυσική βία με όπλα, σεξουαλική επίθεση και τη λεκτική βία.

²⁷ Νικολάου Δίον. Κουλουγλώτη, "Θέματα Κοινωνιολογίας της Υγείας για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.", Εκδόσεις Πελεκάνος, Αθήνα 1995, σελ. 263-281.

Η σεξουαλική παρενόχληση συμπεριλήφθηκε στο ορισμό της βίας στο εργασιακό χώρο από το 78% των νοσηλευτών του δείγματος. Όταν του δόθηκε η δυνατότητα να αναφέρουν άλλη μορφή βίας συχνά αναφέρθηκαν στον "έκφοβισμό" τον οποίο εννοούσαν ως απειλή. Ένα ποσοστό 50% των νοσηλευτών απάντησαν ότι αυτά τα περιστατικά βίας τα ανέφεραν στους προϊσταμένους τους, ενώ το 26% είπε ότι ανέφεραν μερικά. Περισσότεροι από 70% των νοσηλευτών ζήτησαν προγράμματα εκπαίδευσης για την πρόληψη και τη διαχείριση της συμπεριφοράς των επιτιθεμένων, το 55% τόνισαν την ανάγκη για την συμμετοχή όλων των εργαζομένων στη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας και τα νοσοκομεία δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αναφορά επεισοδίων βίας. Αυτή ή επισκόπηση ήταν ένα βήμα για τη δημιουργία σχεδίασης μείωσης της βίας, με το να εκπαιδεύσουμε και να πληροφορήσουμε τους νοσηλευτές σχετικά με τη βία στην εργασία.²⁸

Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στους συναδέλφους τους, στους ασθενείς –πελάτες τους, στους χώρους εργασίας τους. Στην Ελλάδα δεν παρατηρείται τόσο έντονο το φαινόμενο της βίας. Μέσα από ένα αποτελεσματικό προγραμματισμό και μια προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων μπορούν να συνεργαστούν όλοι οι νοσηλευτές και με τα άτομα άλλων ειδικοτήτων για να βελτιώσουν το μέλλον της υγιεινής φροντίδας και να απαιτείται ασφαλώς και ποιοτική φροντίδα για τους ασθενείς τους, πρέπει να γίνουν και αυτοί κήρυκες για ασφαλέστερο περιβάλλον εργασίας για τους εαυτούς τους.

²⁸ "Επιθεώρηση Υγείας", τεύχος Ιουλίου –Αυγούστου 1999, σελ. 32-39

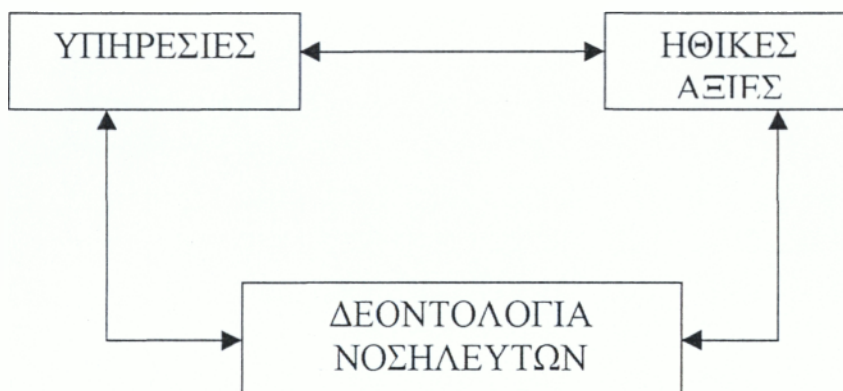
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Εξέλιξη Νοσηλευτικού Επαγγέλματος – Νομοθεσία – Νομολογία. Αναβάθμιση νοσηλεύτη.

6.1 Επαγγελματική Νομοθεσία Νοσηλεύτη.

Σύμφωνα με το νόμο ασκεί το νοσηλευτικό επάγγελμα όποιος κατά τρόπο συστηματικό και με αμοιβή παρέχει υπηρεσίες και φροντίδες σε αρρώστους, ηλικιωμένους, παιδιά και γενικά σε ανήμπορους ανθρώπους. Η νοσηλευτική είναι η φροντίδα με ότι περιλαμβάνεται σε μία σύγχρονη φροντίδα σήμερα, μέσα και έξω από το νοσοκομείο. Το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται κάτω από κανόνες ηθικής, αλλά και δικαίου και νοσηλευτικής ευθύνης. Οι ηθικές αξίες σαν βάση της νοσηλευτικής δεοντολογίας παρουσιάζονται στο ακόλουθο σχήμα.²⁹

6.1



Η νοσηλευτική είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες και ασκείται, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη καθηκόντων. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι νοσηλευτές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες και απρόβλεπτες καταστάσεις στις οποίες αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά διλήμματα στην πράξη. Η σύγχρονη διεθνής νοσηλευτική βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα της επιστημονικής και επαγγελματικής ευθύνης των νοσηλευτών.

²⁹ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Αθήνα 1999, σελ. 128-137.

Η νοσηλευτική έρευνα δείχνει την αναζήτηση ακριβούς προσδιορισμού του χώρου ευθύνης και ορθού προσανατολισμού της νοσηλευτικής για αποτελεσματική άσκηση του επαγγέλματος και κάλυψης των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Η νοσηλευτική κατοχύρωση της νοσηλευτικής ευθύνης και των νοσηλευτικών πράξεων βασίζεται στις απόψεις που παρουσιάζονται στο βιβλίο "Lesnik & Anderson, Nursing Practice and the Law" και έχουν νομοθετηθεί από τη διεθνή νοσηλευτική, μερικές από τις οποίες παραθέτονται παρακάτω.

1. Επίβλεψη του ασθενούς -ατόμου, η οποία περιλαμβάνει την όλη διεύθυνση της φροντίδας του και απαιτεί την εφαρμογή αρχών βασιζόμενων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
2. Ακριβής αναφορά και καταγραφή συμβάντων και στοιχείων ή οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της όλης φροντίδας του αρρώστου. (2/Νόμος 2071/92).
3. Επίβλεψη άλλων πλην ιατρών που συμβάλλουν στη περίθαλψη και φροντίδα του αρρώστου.
4. Εφαρμογή και εκτέλεση νοσηλείων και νοσηλευτικών τεχνικών.

Τα σύγχρονα γραφειοκρατικά και τεχνολογικά συστήματα υγείας απαιτούν από τους νοσηλευτές αυξανόμενη ευθύνη στη λήψη τελικών αποφάσεων. Η εκπαίδευση για θέματα ηθικής και δεοντολογίας αλλά και η συνεχιζόμενη κατάρτιση των νοσηλευτών, όπως και όλων των λειτουργιών υγείας αποτελούν βασική ανάγκη και όχι πολυτέλεια.

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που μπορεί να ασκηθεί επικίνδυνα και επομένως πρέπει να διέπεται από νομοθεσία που προστατεύει το δημόσιο συμφέρον, αλλά και τους ίδιους τους επαγγελματίες. Το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται μέσα σε πλαίσια δημοσίων υπηρεσιών, αλλά και αυτόνομα (ιδιωτικό). Η απόλυτη γνώση των ευθυνών, των περιορισμών, των συνθηκών άσκησης του είναι καθήκον όλων των ασκούντων. Ο σύγχρονος νοσηλευτής είναι συνειδητός πολίτης, είναι υπάλληλος ή ελεύθερος επαγγελματίας του κλάδου του, είναι πολίτης -επαγγελματίας της Ενωμένης Ευρώπης και δυναμικά εργαζόμενος πολίτης όλου του κόσμου.

Η νοσηλευτική ως επάγγελμα αναγνωρίστηκε στη Ελλάδα από τον 19^ο αιώνα με ειδικό διάταγμα 18.15 του 1914²⁹ και από τα τέλη αυτού του αιώνα έχουμε στην Ελλάδα τις πρώτες προσπάθειες για εκπαίδευση νοσοκόμων και για κατοχύρωση του επαγγέλματος. Το διάταγμα αυτό έχει περάσει στη Ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα σαν το πλησιέστερο για τον καιρό του. Σαράντα και χρόνια μετά, τα νέα

²⁹ Χάρη Ν. Ρούσου, "Μαθήματα Επαγγελματικής Νοσηλευτικής", Αθήνα 1994, σελ. 59-108.

νομοθετήματα δεν είναι τίποτα περισσότερο από επανάληψη του με κάποιες προσαρμογές στις νέες συνθήκες άσκησης επαγγελματικής υγείας.

Εδώ είναι σημαντικό να αναφέρουμε το βασικό και πρωτοπόρο για την οργάνωση της υγείας νομοθέτημα 2592/1953³⁰ " περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως" στη χώρα μας, διατάξεις που ισχύουν μέχρι σήμερα. Επίσης, διατάγματα όπως 196/69 και 78/70 είναι αυτά που "αναφέρουν τα καθήκοντα των επισκεπτριών αδελφών και την εκπαίδευση και άσκηση της αδελφής νοσοκόμου, μαίας –επισκέπτριας – φυσιοθεραπεύτριας". Περνώντας μία δεκαετία με νόμο 1397/83 και 207/92 αναθεωρήθηκε καθορίζοντας τα νέα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Έντονος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθορίστηκε στο συνέδριο τις Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1978. Αυτός ο όρος έχει αντικαταστήσει τη εξωνοσοκομειακή ιατρική και προληπτική ιατρική. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο ανήκαν οι υπηρεσίες του γενικού ιατρού, του οικογενειακού ιατρού, τα κέντρα υγείας, κινητές νοσηλευτικές μονάδες, πολυκλινικές, πολυϊατρεία, εξωτερικά ιατρεία. Αυτό τον όρο πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει να συμπληρώσει η δευτεροβάθμια περίθαλψη προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία. Η οργάνωση, η διοίκηση, η λειτουργία, η μορφή και η ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών παρουσιάζουν έντονες διαφορές από χώρα σε χώρα που αποδίδονται κυρίως στην πολιτιστική, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κάθε τόπου. Ωστόσο ο θεσμός του νοσοκομείου αναπτύχθηκε σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η ολοκλήρωση της νοσηλευτικής φροντίδας πετυχαίνεται με την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας που προσφέρεται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία –κλινικές.

Ακόμη στην Ελλάδα με διάφορα προεδρικά διατάγματα γίνεται διάκριση των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε: α) ιατρική, β)νοσηλευτική, γ) διοικητική. Επίσης, η διάκριση της νοσηλευτικής σε τομείς και τμήματα (π.χ. νοσηλευτική υπηρεσία –νοσηλευτικός τομέας). Καθορίζονται επιμέρους αλλαγές οργάνωσης –διοίκησης. Γίνεται η ανάλογη στελέχωση (π.χ. Π.Ε. νοσηλευτικού προσωπικού, Τ.Ε. νοσηλευτικού προσωπικού). Καθορίζονται προσόντα διορισμού. Συνεχώς εξελίσσονται οι νοσηλευτικές υπηρεσίες, αναδιοργανώνεται η δομή τους και η λειτουργία, αυξάνονται οι θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και των νοσηλευτικών ειδικοτήτων.

³⁰ Νικόλαος Γιώγλου, " Αρχές Δικαίου – Νομοθεσία Επαγγέλματος Νοσηλευτή", έτος 1999, σελ. 76-97.

Τέλος, συνίσταται και Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής που εκτελεί ανάλογο ρόλο με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (I.C.N.) και ιδρύθηκε το 1899³¹, αλλά σε εθνικό επίπεδο. Το I.C.N. είναι η παλαιότερη διεθνής οργάνωση στο χώρο της υγείας και το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι το πρώτο επάγγελμα στο χώρο της υγείας που οργανώθηκε σε διεθνή κλίμακα.

6.2 Νομολογία.

Η νομολογία³² είναι το σύνολο των δικαστικών αποφάσεων που δίνουν τη δυνατότητα πρακτικής ερμηνείας των νόμων. Εκτός των νόμων έχουν και άλλα νομοθετικά κείμενα που οπωσδήποτε, όμως αυτά απορρέουν από νόμους π.χ. προεδρικά διατάγματα για εφαρμογή νόμων, υπουργικές αποφάσεις. Επειδή πολλές υποθέσεις του χώρου υγείας έχουν φθάσει στα δικαστήρια για αναζήτηση ευθυνών κυρίως από ιατρούς, για να αντιμετωπιστούν οι συγκεκριμένες περιπτώσεις δόθηκαν ερμηνείες ενδιαφέρουσες σε πολλά ερωτήματα εκεί που ο νομοθέτης δεν έχει προχωρήσει σε λεπτομέρειες.

Σύμφωνα με την νοσηλευτική νομολογία παραθέτονται τα εξής: α) δεν είναι υπεύθυνος ο ιατρός για την αμέλεια ή τις πλάνες νοσοκόμου που προσελήφθη και αμείβεται από τον πελάτη του όταν μάλιστα αποδείξει ότι δόθηκαν οι αναγκαίες οδηγίες, β) δεν ευθύνεται ο ιατρός για τις καθαρά νοσηλευτικές φροντίδες την παροχή των οποίων ο νοσοκόμος δεν ενεργεί υπό τον έλεγχο ή τις οδηγίες του χειρουργού, γ) είναι δυνατόν σε συγκεκριμένη περίπτωση από προσωπικό σφάλμα του νοσοκόμου και από έλλειψη της απαιτούμενης επίβλεψης του ιατρού να ανακαλύψει και κοινή συνυπαιτιότητα. Στα δείγματα νομολογίας που παραθέσαμε γίνεται αντιληπτό ότι:

1^ο Για υπαλλήλους νοσηλευτές και βοηθούς την ευθύνη για τα σφάλματα τους επωμίζεται η ιεραρχία χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο υπάλληλος είναι ανεύθυνος. Δύσκολα ξεχωρίζονται οι ευθύνες ιατρών και νοσηλευτών –βοηθών.

2^ο Ο ιατρός ευθύνεται σαν επιχειρηματίας γιατί είναι αυτός που προσλαμβάνει προσωπικό το μεν ανειδίκευτο δεν έχει επαγγελματικές ευθύνες καθορισμένες ενώ το ειδικευόμενο προσωπικό έχει νομοθετημένα καθήκοντα –πράξεις και εξουσιοδότηση από την πολιτεία να ασκεί υπεύθυνα το επάγγελμα.

³¹ Χάρης Ν. Ρούσσου, "Μαθήματα Επαγγελματικής Νομοθεσίας", Έκδοση Δ', Αθήνα 1994, σελ. 107-108.

³² Χάρης Ν. Ρούσσου, "Νομοθεσία Υγειονομική Νοσηλευτική Επαγγελματική", Εκδόσεις ΖΥΜΕΛ, Αθήνα 1990, σελ. 83-86.

3° Οι ιατροί δεν έχουν ευθύνη για τα σφάλματα των αποκλειστικών νοσοκόμων που προσλαμβάνονται από τους ίδιους τους αρρώστους ή τους οικείους τους.

6.3 Αναβάθμιση του νοσηλευτή.

Είναι πραγματικότητα ότι κανένα υγειονομικό σύστημα όσο τέλειο και αν είναι, δεν μπορεί να εγγυηθεί τη διαρκή ικανότητα των εργαζομένων του. Χρειάζεται επανεκτίμηση των γνώσεων, των δεξιοτεχνιών των εργαζομένων λόγω των γρήγορων και μεγάλων αλλαγών στην νοσηλευτική, στην κοινωνία και στην υγειονομική φροντίδα. Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να εκλαμβάνεται σαν το αρχικό σημείο μιας συνεχιζόμενης μάθησης, η οποία εκτείνεται σε όλη την επαγγελματική σταδιοδρομία του νοσηλευτή.³³ Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι θέμα μεγάλης σπουδαιότητας και αναβάθμισης του νοσηλευτή, είναι απαραίτητη σε κάθε χώρα αν αυτή θέλει να πετύχει το μέγιστο όφελος από την προσφορά των νοσηλευτών στις επιμέρους μονάδες υγείας. Η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση από πολλά χρόνια είναι μέρος της διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκόμου. Χρησιμεύει στο να βρίσκει και να καλύπτει τις ανάγκες της μάθησης, τόσο του νεοπροσληθέντα νοσηλευτή όσο και του έμπειρου νοσηλευτή. Στόχος της στην ουσία είναι η επαγγελματική και προσωπική ικανοποίηση και πρόοδο των νοσηλευτών. Υπολογίζεται ότι η διάρκεια της επιστήμης και της τεχνολογίας που επηρεάζουν τις μεθόδους νοσηλευτικής φροντίδας κυμαίνεται μεταξύ τριών και πέντε ετών. Έτσι η ιδέα της "ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης", διαμορφώθηκε σε "συνεχιζόμενη εκπαίδευση" εντός και εκτός του ιδρύματος. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελείται από συστηματικές εμπειρίες μάθησης σχεδιασμένες να οικοδομηθούν πάνω σε γνώσεις και σε δεξιοτεχνίες που αποκτήθηκαν στη βασική εκπαίδευση. Περιλαμβάνει αφ' ενός ένα σχεδιασμένο οργανωμένο πρόγραμμα, αφ' ετέρου ανεξάρτητα επιδιώξεις από την πλευρά του μαθητευομένου. Σε πολλές χώρες επικρατεί μια σύγχυση ως προς τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τις ειδικότητες των νοσηλευτών. Η συμβουλευτική επιτροπή για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων καθόρισε την συνεχιζόμενη εκπαίδευση ως μέσο διατήρησης και εκσυγχρονισμού της νοσηλευτικής γνώσης και των δεξιοτεχνιών καθ' όλο το διάστημα της επαγγελματικής ζωής.

³³ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 376-403.

Για να καλύπτονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να χρησιμοποιούνται όλες οι πηγές. Μια από αυτές είναι η ανάπτυξη προσωπικού που αποτελεί μέρος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Αναζητώντας μεθόδους αντιμετώπισης των προκλήσεων και προσδοκιών γίνεται όλο και περισσότερο απαραίτητο οι διευθυντές νοσηλευτικών υπηρεσιών να επικεντρώνονται στην ανάπτυξη προσωπικού και τη χρησιμοποίηση του ως τρόπο εισαγωγής αλλαγών με σκοπό τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται και ανάπτυξης της σε διάφορους κλάδους.

Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι υπάρχουν και άλλες προσέγγισης εκπαίδευσης οι οποίες αναθεωρούνται παρακάτω:

- Ευκαιρία για χρησιμοποίηση ατομικά καθορισμένων συστημάτων.
- Παροχή γενικών γνώσεων με ειδικότητες.
- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προοδευτικών.
- Πρόβλεψη για περιορισμένο αριθμό εγγραφής ή κριτήρια συμμετοχής σε ειδικά προγράμματα.
- Πρόνοια για εκπαιδευτικές ευκαιρίες που προετοιμάζουν άτομα να αναλαμβάνουν ευθύνη διδασκαλίας άλλων.

Απαραίτητη είναι η περιοδική αναθεώρηση των προγραμμάτων των συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, για να ανταποκρίνονται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες. Ανεξάρτητα της χρησιμοποιούμενης προσέγγισης, τα προγράμματα πρέπει να είναι ευέλικτα στην εφαρμογή τους. Έτσι θα πετύχουμε να διερευνηθεί εύκολα η δράση των νοσηλευτών και να συνειδητοποιήσουν τις ανάγκες της νέας τεχνολογίας στον νοσηλευτή.

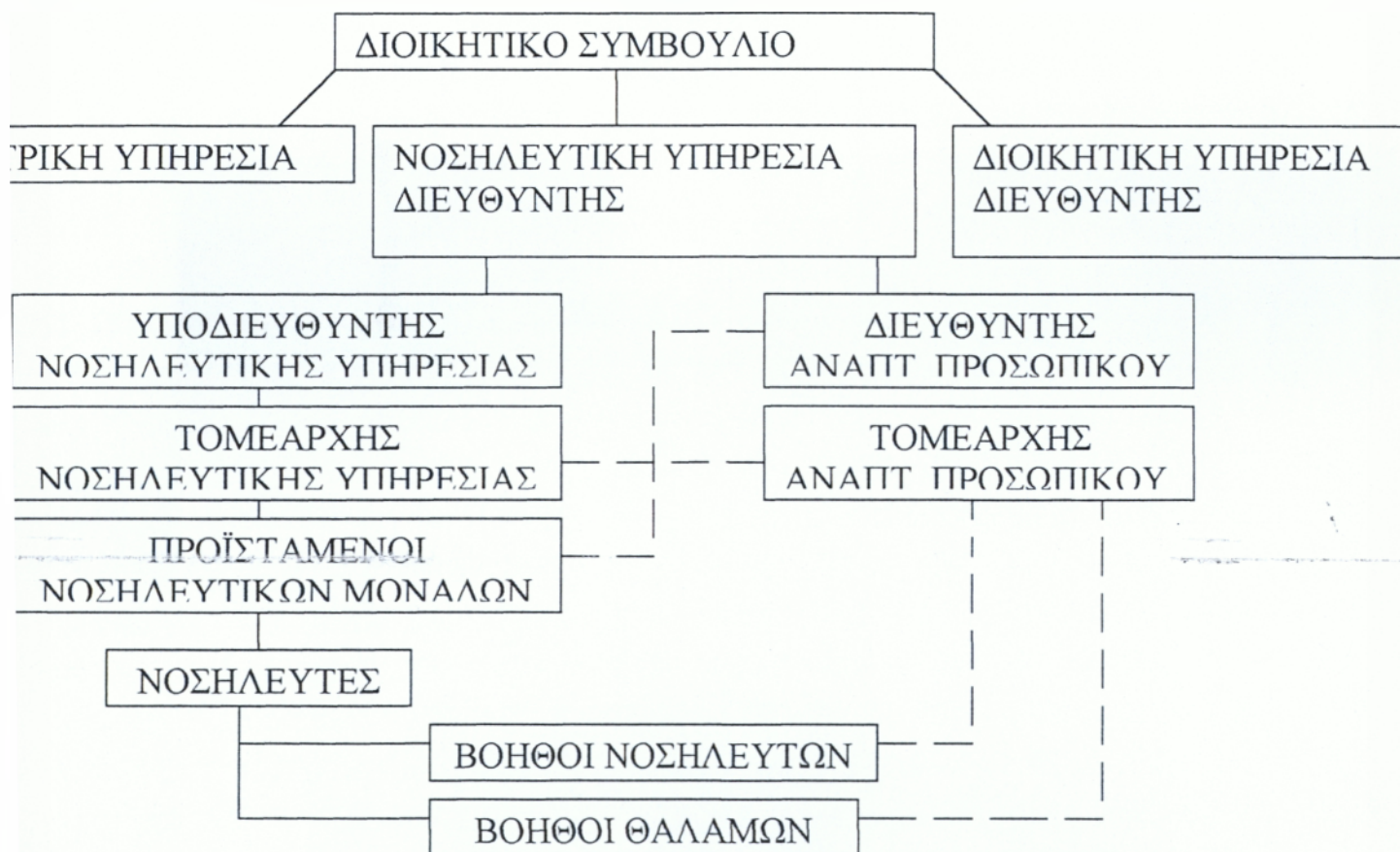
Γενικότερα σήμερα η τάση της νοσηλευτική στρέφεται στην ανάπτυξη επιμέρους κλάδων. Σύμφωνα με τη σύσταση ΝοR(83)5 –26/05/1983³⁴ του Συμβουλίου της Ευρώπης για τις ειδικότητες των νοσηλευτών – νοσηλευτριών αναφέρουν τις εξής ειδικότητες εκ των οποίων οι πιο διαδεδομένες είναι οι παρακάτω: –νοσηλευτής –νοσηλευτής βασικού επιπέδου –ειδικός νοσηλευτής –ιατροχειρουργικός νοσηλευτής – νοσηλευτής α΄ επιπέδου (διπλωματούχος) –διοικητικός νοσηλευτής – νοσηλευτής διαχείρισης –ψυχιατρικός νοσηλευτής –κλινικός νοσηλευτή –υγειονομικός νοσηλευτής –κοινοτικός νοσηλευτής. Σχετικά με τους κοινοτικού νοσηλευτές είναι ειδικότητα της γενικής νοσηλευτικής, γίνεται συνδυασμός της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγιεινής, δίνει έμφαση στη προαγωγή της υγείας και προωθεί έντονα τη συμμετοχή του κοινού.

³⁴ Χάρης Ν. Ρούσσου, " Νομοθεσία Υγειονομική Νοσηλευτική Επαγγελματική", Εκδόσεις ZYMEL, Αθήνα 1990, σελ. 144-151.

Είναι απαραίτητη η προώθηση αυτού του κλάδου της νοσηλευτικής γιατί στο άμεσο μέλλον για λόγους οικονομικούς, κοινωνικούς, υγειονομικούς η κατ' οίκον νοσηλεία θα πρέπει να αναπτυχθεί όσο στο εξωτερικό, είτε ο κλάδος της κοινοτικής νοσηλευτικής, είτε της ψυχιατρικής και γίνονται προσπάθειες για την άμεση προώθηση τους στο νοσηλευτικό τομέα γιατί η παρουσία τους είναι πλέον απαραίτητη.

6.3.1 Τρόποι οργάνωσης και ανάπτυξης προσωπικού.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι οργάνωσης της λειτουργίας προγραμμάτων ανάπτυξης προσωπικού. Σε μεγάλα και σύνθετα ιδρύματα η ευθύνη για την εκπαίδευση προσωπικού είναι στο επίπεδο νοσηλευτικής διοίκησης. Αν το ίδρυμα και τα τμήματα είναι αποκεντρωμένα η ευθύνη μπορεί να ανατεθεί σε κλινικό εκπαιδευτή, όπως στο παρακάτω οργανόγραμμα.



Οργανόγραμμα 6.1, πηγή ³⁵

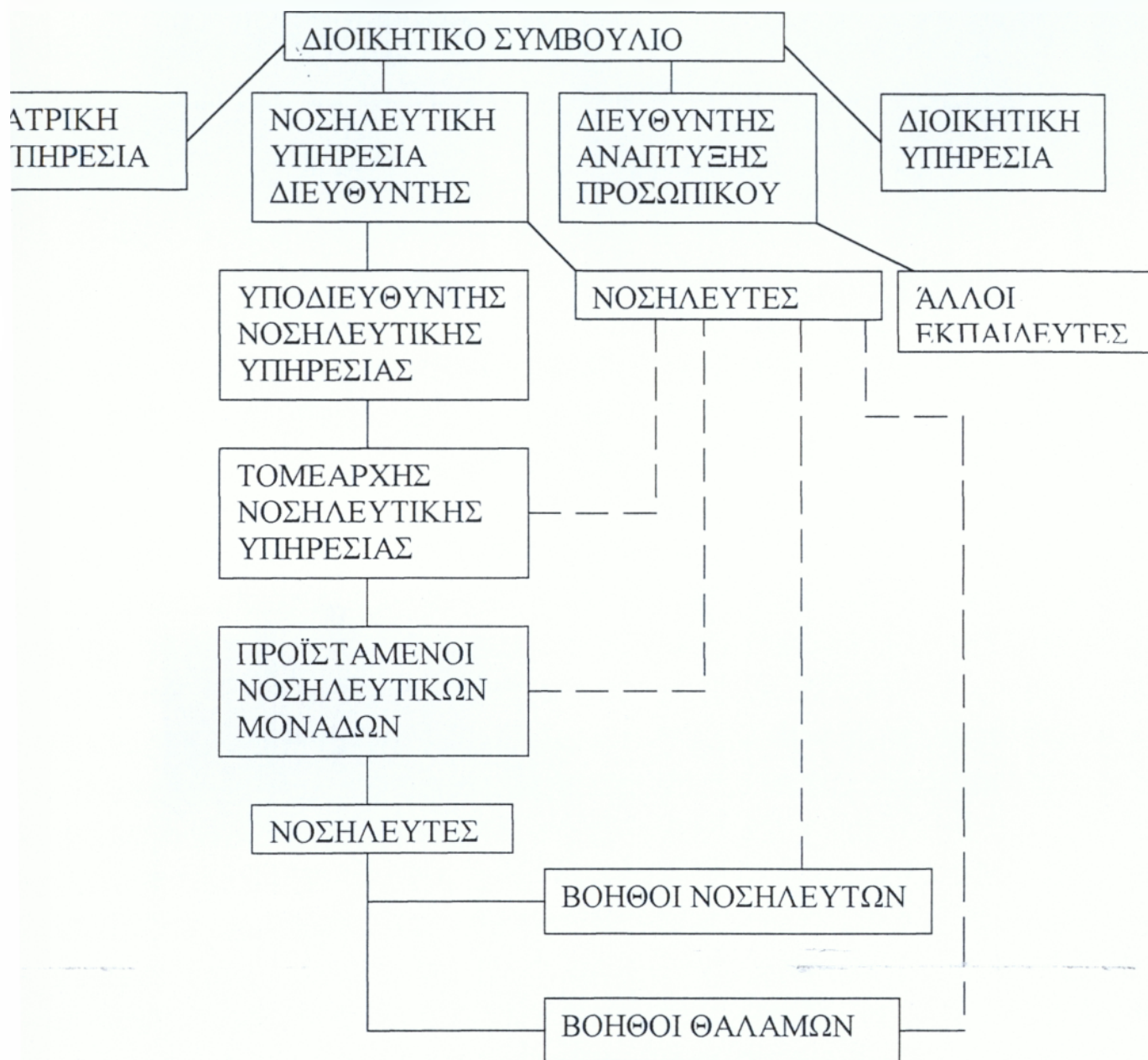
Υπόμνημα

— Διοικητική σχέση

- - Συμβουλευτική σχέση

³⁵ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, " Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 400

Υπάρχουν ιδρύματα που αναθέτουν την ανάπτυξη προσωπικού σε ειδικό τμήμα εκπαίδευσης.



Οργανόγραμμα 6.2, πηγή³⁵

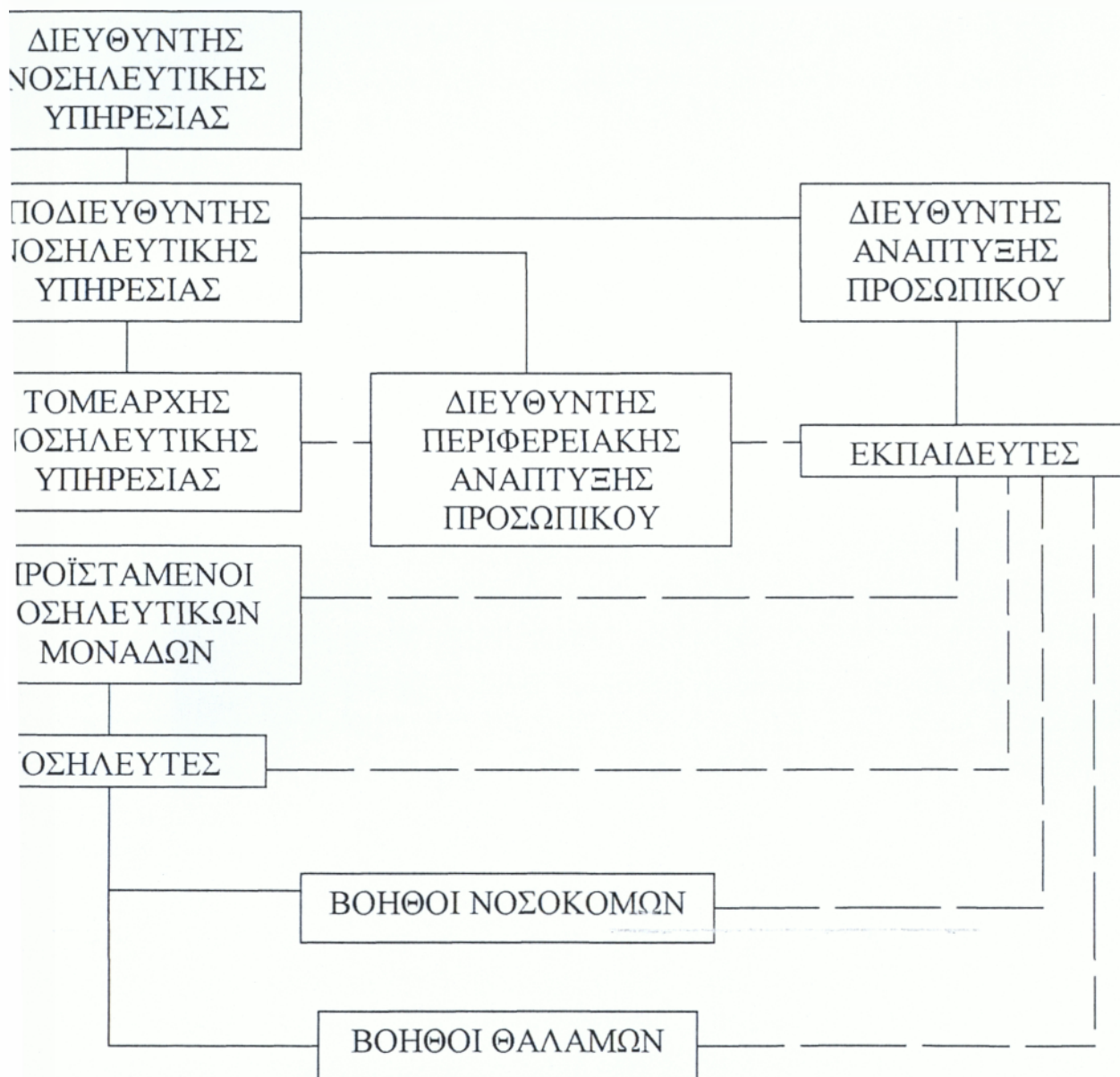
Υπόμνημα

- Διοικητική Σχέση
- - - - Συμβουλευτική Σχέση

³⁶ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 401.

Αυτός ο τύπος φαίνεται ότι επικρατεί και θεωρείται αναγκαίος γιατί αναγνωρίζεται η ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό. Η ανάπτυξη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο μεγαλύτερος τομέας αυτού του οργανωτικού τύπου.

Η 3^η μέθοδος οργάνωσης είναι η κατά κλινικούς τομείς.



Οργανόγραμμα 6.3, πηγή ³⁶

Υπόμνημα

- Διοικητική Σχέση
- - - - - Συμβουλευτική Σχέση

³⁷ Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 402

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Νοσηλευτική έρευνα – Ποιότητα στην υγεία

7.1 Ρόλος –τάσεις της Νοσηλευτικής έρευνας.

Πέρα από την ανάπτυξη των επιμέρους ειδικοτήτων ή κλάδων της νοσηλευτικής που αναφέραμε παραπάνω είναι και απαραίτητη στην νοσηλευτική η έρευνα. Η νοσηλευτική έρευνα είναι βοηθητικό μέσο της νοσηλευτικής και της διοίκησης για τη πραγμάτωση των σκοπών τους εφ' όσον αποτελεί προσπάθεια αύξησης γνώσεων με ανακάλυψη νέων στοιχείων διαμέσου συστηματικής επιστημονικής αναζήτησης. Η έρευνα δεν μπορεί να χωριστεί από την ίδια την νοσηλευτική πράξη η οποία χαρακτηρίζεται σαν τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας της κατάστασης της υγείας των αρρώστων και συμβάλλει και στη ποιότητα ζωής του ανθρώπου σε όλες τις καταστάσεις υγείας. Η νοσηλευτική έρευνα έχει σκοπό τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας, της κατάστασης της υγείας των αρρώστων και συμβάλλει και στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου σε όλες τις καταστάσεις υγείας. Κυρίως παρέχει πληροφορίες για λήψη αποφάσεων, εφοδιάζει νοσηλευτές με απαραίτητες μεθόδους αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας φροντίδας και βελτιώνει και προάγει την κλινική άσκηση και την διοίκηση όταν ευρήματα ερευνών εφαρμόζονται στην πράξη.

Η έρευνα στην νοσηλευτική άρχισε με τη Florence Nightgale. Ο τύπος της νοσηλευτικής έρευνας μετά την Florence Nightgale³⁸ στις αρχές του 20ου αιώνα ήταν στενά συνδεδεμένος και ευθυγραμμισμένος με τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η νοσηλευτική και ακολούθησε την εξέλιξη της γενικής διοικητικής σκέψης

Η χρονολογική εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας κατατάσσεται ως εξής³⁹ :

1. Υπηρεσιακή Σχολή (1900-1940). Έρευνες προσανατολισμένες στην πραγματικότητα.
2. Διοικητική Σχολή (1940-1950). Μελέτες για την οργάνωση των συστημάτων νοσηλευτικών υπηρεσιών.
3. Ακαδημαϊκή Σχολή (1950-1964). Έρευνες για την ακαδημαϊκή κατάταξη νοσηλευτών.

38 Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 97.

39 Βασιλική Ανδ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 95-101

4. Κλινική Σχολή (1964-1970). Έρευνες σε όλους τους τομείς κλινική ιατρικής.
5. Ερευνητική Σχολή (1970 μέχρι σήμερα). Μελέτη της νοσηλευτικής και ερμηνεία φαινομένων και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, βελτίωση της φροντίδας Υπηρεσιών Υγείας.

Η έρευνα ενεργείται στην εκπαίδευση, στη διοίκηση και στην άσκηση. Στη σύγχρονη εποχή πια η έρευνα εδραιώνεται από οργανισμούς σε όλο τον κόσμο όπως π.χ. από το Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου – Κέντρο έρευνας, Panish Institute For Health and Nursing Research στην Κοπεγχάγη και άλλους πολλούς τέτοιους οργανισμούς. Η ίδρυση του κέντρου νοσηλευτικών ερευνών στο εθνικό ίδρυμα Υγείας των Η.Π.Α. αποτελεί μεγάλο σταθμό στην ανάπτυξη της έρευνας στην νοσηλευτική έρευνα σε όλο τον κόσμο. Η τάση προς την κλινική έρευνα θα συνεχιστεί και στο μέλλον. Το επίπεδο και η ανάπτυξη της έρευνας στη νοσηλευτική σε κάθε χώρα εξαρτάται από το οικονομικό υπόβαθρο της χώρας, τα χρηματικά κονδύλια για την έρευνα, την εκπαίδευση και την παρακολούθηση της έρευνας, που είναι διατεθειμένη να προσφέρει η χώρα για αυτό το σκοπό. Στην Ελλάδα το επίπεδο της νοσηλευτικής έρευνας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό λόγω οικονομικών παραγόντων. Αυτό που στην ουσία πρέπει να γίνει είναι η προώθηση της έρευνας σε κάθε χώρα σύμφωνα με τις δυνατότητες της ώστε να προβληθεί και να προαχθεί ταυτόχρονα η καλύτερη ποιότητα υγείας.

7.2 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.

Η ποιότητα είναι το βασικότερο στοιχείο των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να αναπτυχθεί. Ο καθορισμός της έννοιας "ποιότητα" στις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολο πρώτον να γίνει και δεύτερον να μεταφερθεί από τις λέξεις στην πράξη. Έτσι ο ορισμός της ποιότητας διαμορφώνεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας που προσδιορίζει την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ή υπονοούμενες ανάγκες. Έτσι συμπεραίνουμε ότι η υπόθεση της ποιότητας δεν είναι απλά ένα διαχειριστικό τεχνικό θέμα, αλλά μια ολική προσέγγιση που περικλείει την αποδοτικότητα των ιατρικών πράξεων, την ίση δυνατότητα πρόσβασης και την αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών υγείας⁴⁰.

⁴⁰ Περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", τεύχος Μαρτίου –Απριλίου 1995

Δύο είναι τα βασικά σημεία της ποιότητας της υγείας: α) είναι η προσεκτική σύνδεση της απαιτούμενης από τους ασθενείς φροντίδας και των δυνατοτήτων –ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας και β) η ποιότητα είναι ένας ‘‘κινούμενος στόχος’’, που ποτέ δεν επιτυγχάνεται τέλεια.

Η προσπάθεια αυτή της βελτίωσης της ποιότητας, ξεκίνησε από της Η.Π.Α. τη δεκαετία του 1970, με στόχο την έξοδο του υγειονομικού τομέα από την κρίση⁴¹. Ακόμα στην αρχαιότητα οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του ιατρικού επαγγέλματος την εποχή του Ιπποκράτη έδιναν έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον ασθενή. Στην Ευρώπη η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ποιότητα ξεκίνησε κυρίως από τον προβληματισμό γύρω από το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Από το 1990 262 νοσοκομεία από 15 διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες συμμετείχαν σε ένα κοινό πρόγραμμα για τη διασφάλιση ποιότητας το οποίο ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 1993. Πολλές χώρες δημιούργησαν εθνικό πρόγραμμα δράσης για την ποιότητα στην Υγεία όπως το Βέλγιο, η Ισπανία, η Ιταλία, η Δανία. Άλλες χώρες πάλι συμπεριέλαβαν τη διασφάλιση της ποιότητας στην νομοθεσία τους όπως η Γαλλία και η Γερμανία. Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας ολοκληρωμένα συστήματα ποιοτικού ελέγχου ή διασφάλισης της ποιότητας με στόχο ένα ολοκληρωμένο management δεν έχουν αναπτυχθεί. Ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα απορροφά το 80% των δημοσίων δαπανών υγείας που αποτελούν το 4% του Α.Ε.Π. ενώ το εργατικό δυναμικό στο χώρο της υγείας υπερβαίνει το 3% του συνολικού. Σύγχρονα συστήματα διοίκησης ολικής ποιότητας σε συνάφεια με τα χρηματοδοτικά μοντέλα που βασίζονται στη κατηγοριοποίηση ασθενών ή ασθενειών είναι γνωστά μόνο σε ακαδημαϊκούς χώρους. Ο εσωτερικός ή εξωτερικός έλεγχος πρέπει να βασίζεται σε σαφώς προκαθορισμένα πρότυπα, περιβάλλον που εξασφαλίζει την υπευθυνότητα και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του προσωπικού με τελικό σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών.

Ο στόχος διασφάλισης της ποιότητας είναι ουσιαστικός για τις υπηρεσίες υγείας και πρέπει να είναι επιθυμητός και εφικτός για τους διαχειριστές σε όλα τα επίπεδα μιας και πρόσφατα είναι ένα ζήτημα του management με τη μορφή που παίρνει μέσα από τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την στελέχωση, την διεύθυνση και τον τελικό έλεγχο.

⁴¹ Περιοδικό ‘‘Επιθεώρηση Υγείας’’, τεύχος Μαρτίου –Απριλίου 1995.

Η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του τα επικοινωνιακά δεδομένα της ομάδας των ανθρώπων που θα τον εφαρμόσουν, έτσι ώστε να υπάρχει "ατμόσφαιρα" εμπιστοσύνης μεταξύ τους για να έχουμε τα βέλτιστα αποτελέσματα για τη υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ερευνητικό μέρος

8.1 Εισαγωγή.

Η σπουδαιότητα του έργου του νοσηλευτικού δυναμικού αναφορικά με τον τομέα της υγείας είναι γνωστή και αναμφισβήτητη. Η εκπαίδευση, ο αριθμός και η ποιοτική στάθμη του νοσηλευτή έχει βαρύνουσα σημασία στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και ο ρόλος του είναι εξίσου σημαντικός με αυτό του ιατρικού σώματος. Όπως τονίστηκε στην έκθεση της ομάδας εργασίας για την υγεία, του ΚΕΠΕ 1976⁴² ένα καλά οργανωμένο και εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να εξασφαλίσει υψηλής στάθμης νοσηλευτικές υπηρεσίες, να βοηθά το ιατρικό προσωπικό στην αποτελεσματική εκτέλεση της εργασίας του. Διαχρονικά ο ρόλος του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας έγινε όλο και πιο πολυσύνθετος και πολύπλοκος και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να απαιτούνται περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες για τον χειρισμό πολύπλοκων συσκευών, ενώ παράλληλα διευρύνθηκε το πεδίο δραστηριότητας και έχει αυτοδύναμο ρόλο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Η νοσηλευτική ασκείται στη χώρα μας από μία μεγάλη αριθμητικά κατηγορία, διαφορετικά εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Παραδοσιακά η εκπαίδευση του νοσηλευτικού δυναμικού ακολούθησε τις εξελίξεις στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α. και αυτό έχει ως συνέπεια της έλλειψη επαρκούς αριθμού του δυναμικού υγείας σε σχέση με άλλες χώρες. Παρατηρείται επίσης, έντονα το φαινόμενο στελέχωσης με προσωπικό που δεν έχει θεωρητική εκπαίδευση λόγω έλλειψης εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού γεγονός που δεν παρατηρείται σε καμία άλλη χώρα.

Έτσι ανάλογα με την στάθμη της εκπαίδευσης το προσωπικό διακρίνεται σε:

- A) Πρακτικές νοσοκόμες χωρίς θεωρητική εκπαίδευση
- B) Βοηθούς νοσηλεύτριες με εκπαίδευση ενός ή δύο ετών.
- Γ) Διπλωματούχες –ανωτέρων σχολών αδελφών νοσοκόμων.
- Δ) Απόφοιτοι του τμήματος νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου με τετραετή εκπαίδευση.

Σύμφωνα με την οδηγία 77/453 που εξέδωσε το συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στα πλαίσια της ελεύθερης μετακίνησης των εργαζομένων στις χώρες της Ε.Ο.Κ., όρισε ως νοσηλευτή ή νοσηλεύτρια το άτομο το οποίο έχει αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών για να ασκεί τη νοσηλευτική στη χώρα και έχει περατώσει εκπαιδευτικό κύκλο διάρκειας τριών ετών. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει μαθήματα νοσηλείας,

βασικών και κοινωνικών επιστημών, έντονη πρακτική άσκηση, κλινική διδασκαλία της νοσηλευτικής.

8.2 Περίληψη.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρακάτω παρατίθενται χρονολογικές σειρές του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετεί στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας και δίδονται οι αντιστοιχίες τους προς άλλους δείκτες υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη.

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να δείξει την κατάσταση της νοσηλευτικής κάλυψης στην Ελλάδα, την Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και μετά από συγκρίσεις να διεξαχθούν συμπεράσματα ουσιαστικά για το επίπεδο της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην Ελλάδα και σε διεθνή επίπεδα.

Οι συγκρίσεις που επιχειρούνται, φέρνουν τη χώρα μας από πλευράς αναλογίας και ποιοτικής επάρκειας όσο αφορά τα μεγέθη του νοσηλευτικού δυναμικού σε μία από τις χειρότερες θέσεις διεθνώς. Η ελλιπής στελέχωση των νοσηλευτριών της χώρας μας αντανακλάται στην χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην υποβάθμιση της κοινωνικοπολιτικής ταυτότητας του ασθενή.

Παράλληλα γίνεται αναφορά σε σύγχρονες μεθόδους προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού ως προτάσεις για αποτελεσματική παροχή υγείας, κατάλληλη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων, σύμφωνα με την εμπειρία του και την ανάλογη επιστημονική του γνώση.

8.3 Διαχρονική εξέλιξη του νοσηλευτικού δυναμικού στην Ελλάδα 74'85, νοσηλευτική κάλυψη για τις χώρες της Ευρώπης, ΗΠΑ και την Ελλάδα.

Διαχρονική εξέλιξη του Νοσηλευτικού Προσωπικού στη χώρα μας 1974-1985.

Πίνακας 8.1

	Πληθυσμός	Κρεβάτια	Μαίες	Α' κατηγ. Νοσοκόμοι 3 ή 4 έτη	Α' κατηγ. Νοσοκόμοι 1 έτος	Β' κατηγ. Πρακτικές Νοσ.	Σύνολο
1974	8962	56885	1564	2928		9503	13995
1975	9047	58501	1411	3624		10132	15187
1976	9167	58574	1465	3824		10497	15786
1977	9308	59117	1563	4545		10484	16592
1978	9508	58994	1790	4460		10759	17009
1979	9548	60073	1736	4883	3180	8462	18261
1980	9643	60067	1691	5030	3562	8371	18654
1981	9729	59914	1728	5455	3800	8820	19803
1982	9789	58938	1898	5838	4248	9066	21050
1983	9847	57496	1783	6080	4640	9323	21826
1984	9896	57081	1831	6286	4914	8775	21811
1985	9935	54438	1907	6606	5690	10264	24467
λο	114379	700078	20367	59559	30034	114456	224441

Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε. Διαχρονικές σειρές 1975'86⁴³

⁴³ Δέσποινα Ανδριώτη, "Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία", έτος 1993, σελ.18.

Ποσοστιαία μεταβολή του Νοσηλευτικού Προσωπικού και του πληθυσμού στην Ελλάδα από το 1974 ως το 1985.

Πίνακας 8.2

Έτος	Πληθυσμός %	Κρεβάτια %	Μαίες %	Ν. Α' ΚΑΤ. %	ΠΡΑΚ. Ν. %	Σύνολο %
1974	7,8	8,1	7,7	4,9	8,3	6,2
1975	7,9	8,35	6,9	6,1	8,85	6,75
1976	8	8,36	7,1	6,4	9,1	7
1977	8,1	8,44	7,7	7,6	9,15	7,4
1978	8,3	8,42	8,8	7,5	9,4	7,6
1979	8,34	8,6	8,5	8,3	7,4	8,1
1980	8,43	8,6	8,3	8,4	7,3	8,3
1981	8,5	8,55	8,5	9,15	7,7	8,8
1982	8,55	8,41	9,3	9,8	7,9	9,4
1983	8,6	8,21	8,75	10	8,14	9,7
1984	8,65	8,15	9	10,5	7,6	9,7
1985	8,68	7,8	9,4	11,35	9	10,9
Σύνολο	100	100	100	100	100	100

Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε. Διαχρονικές Σειρές 1975'86

Σχολιασμός Πίνακα 8.1

Παρατηρώντας τα στοιχεία του πίνακα 8.1 βλέπουμε τα εξής: Αρχικά ότι έχουμε κάποια έλλειψη από αριθμητικά στοιχεία της Β' κατηγορίας των νοσοκόμων εκπαίδευσης 1^{ου} έτους, το κενό αυτό είναι 5 χρόνια. Αυτό συμβαίνει γιατί μέχρι το 1979 υπήρχαν μόνο μαίες – νοσοκόμοι της Α' κατηγορίας και πρακτικές νοσοκόμοι και μετά το 1979 προστέθηκε και η Β' κατηγορία των νοσοκόμων εκπαίδευσης 1^{ου} έτους. Ταυτόχρονα με την παραπάνω καινοτομία παρατηρείται ιδιαίτερα μετά το 1978 η σταδιακή μείωση των πρακτικών αδελφών και για τα επόμενα 3 χρόνια ίσως να επηρεάστηκε από την είσοδο της νέας κατηγορίας νοσοκόμων. Πάντως στη συνέχεια ο αριθμός των πρακτικών νοσοκόμων από το 1982 και μέχρι το 1985 παρουσιάζει αυξομειώσεις, ενώ το 1985 παρουσίασε την μεγάλη αύξηση της τάξεως του 1,4% (βλέπε Πίνακα 8.2) σε σχέση με το 1984 και την μικρότερη 0,1% από το 1976 έως το 1977.

Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε στην πρόσληψη και απασχόληση στα νοσοκομεία πρακτικών αδελφών. Ακόμη από τον πίνακα 8.1 παρατηρείται ότι ο αριθμός των διπλωματούχων

αδελφών αυξάνει με μικρό ρυθμό παρά την ίδρυση των νέων σχολών, ενώ ο αριθμός των βοηθών αυξάνει με ταχύτερο ρυθμό αν και περιλαμβάνει αποκλειστικά νοσοκόμες μονού έτους φοίτησης όπου οι σχολές που έχουν καταργηθεί, είναι πιθανόν σε αυτή την κατηγορία να μετακινήθηκε αριθμός πρακτικών αδελφών.

Όσο αφορά τώρα τις μαίες, ο αριθμός τους παρουσιάζει τη μεγαλύτερη άνοδο την περίοδο 1977 έως 1978 με 1% και γενικά παρουσιάζει αυξομειώσεις.

Παρατηρώντας το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού από το 1974 έως το 1985 παρουσιάζει μία αρκετά μεγάλη αύξηση της τάξεως των 4,7% τα έτη 1974 έως 1985, η οποία κορυφώνεται το 1984 έως το 1985 με αύξηση 1,2%.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής σε νοσηλευτικό προσωπικό η παραπάνω αύξηση είναι απαραίτητη και πρέπει να συνεχιστεί και τα επόμενα χρόνια ειδικά ο αριθμός των διπλωματούχων νοσηλευτών γιατί είναι ανεπαρκής σε αντιστοιχία με τον πληθυσμό της χώρας μας.

Σχολιασμός Πίνακα 8.2

Ο Πίνακας 8.2 παρουσιάζει την ποσοστιαία μεταβολή του πληθυσμού στην Ελλάδα από το 1974 έως το 1985 και των κλινών, μαϊών, νοσηλευτών Α' κατηγορίας και των πρακτικών νοσοκόμων.

Αρχικά η ποσοστιαία αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας από το 1974 έως το 1985 είναι 0,88% , αύξηση η οποία δεν θεωρείται σημαντική για τον πληθυσμό της χώρας.

Επίσης το ποσοστό των κλινών την ίδια περίοδο (1974-1985) παρουσιάζει μικρή μείωση της τάξεως του 0,3 %.

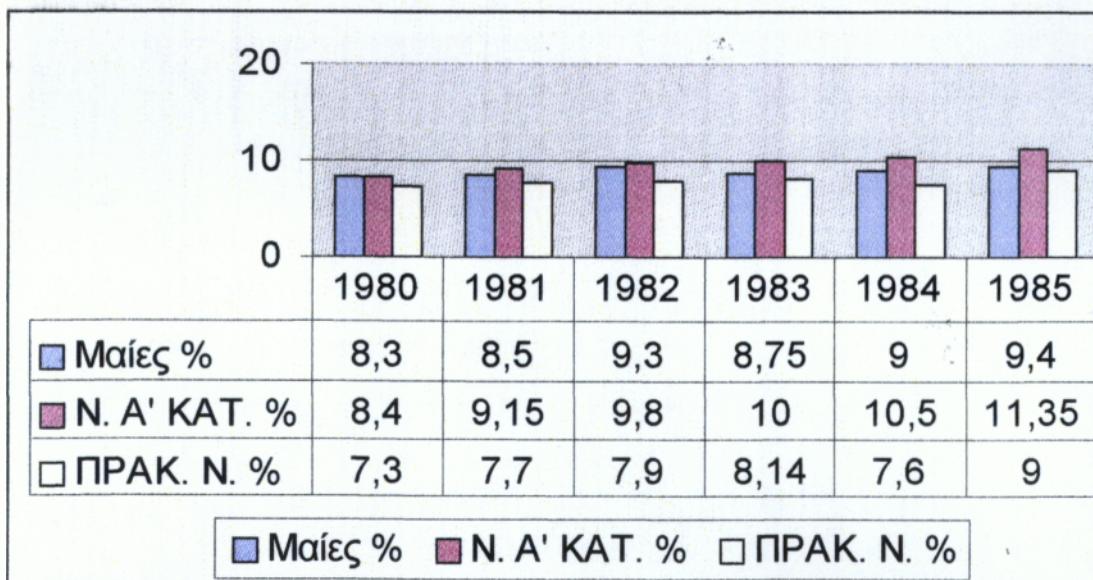
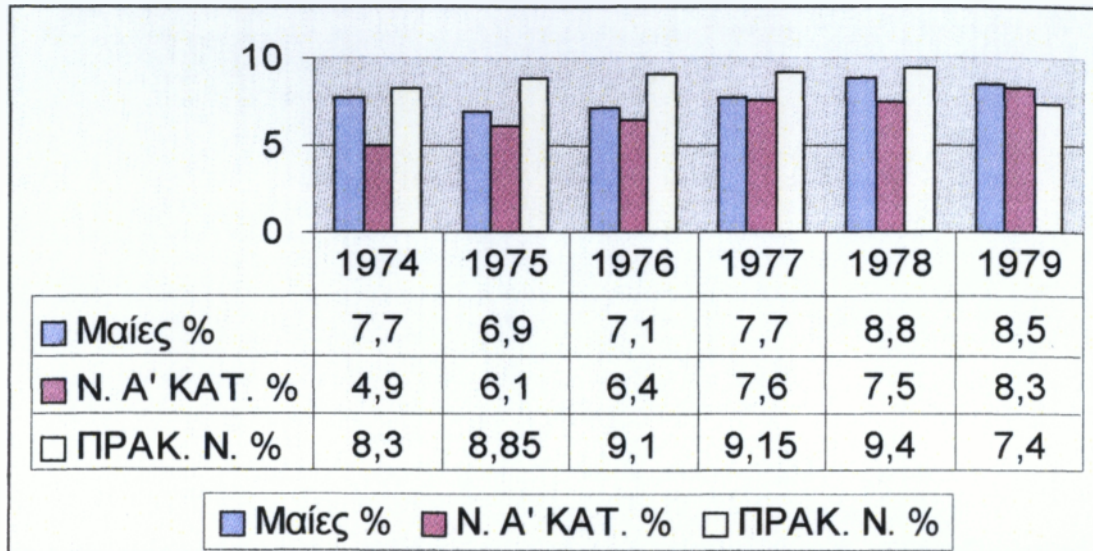
Οι μαίες παρουσιάζουν σταδιακή άνοδο την περίοδο 1974 έως 1985 με ποσοστό 1,7%, ενώ ραγδαία ποσοστιαία αύξηση παρατηρούμε στους νοσηλευτές Α' κατηγορίας, η οποία επέρχεται σε 6,45%.

Ακόμη, με τα δεδομένα του Πίνακα οι πρακτικές νοσοκόμες παρουσιάζουν άνοδο το 1974 έως το 1985, 0,7%. Ταυτόχρονα το 1978 η σταδιακή μείωση των πρακτικών αδελφών για τα επόμενα τρία χρόνια ίσως να επηρεάστηκε από είσοδο μιας νέας κατηγορίας (Α' κατηγορία Νοσοκόμοι 1^{ου} έτους) (βλέπε πίνακα 8.1). Πάντως, στη συνέχεια η ποσοστιαία μεταβολή που παρουσιάζουν οι πρακτικές νοσοκόμες αυξομειώνεται, ενώ το 1985 παρουσιάζει τη μεγάλη αύξηση της τάξεως του 1,4% σε σχέση με το 1984 και την μικρότερη αύξηση 0,1% το 1976-1977.

Για την καλύτερη μελέτη του Πίνακα 8.2 παρουσιάζουμε τα παρακάτω ραβδογράμματα.

Σχήμα 1^ο:

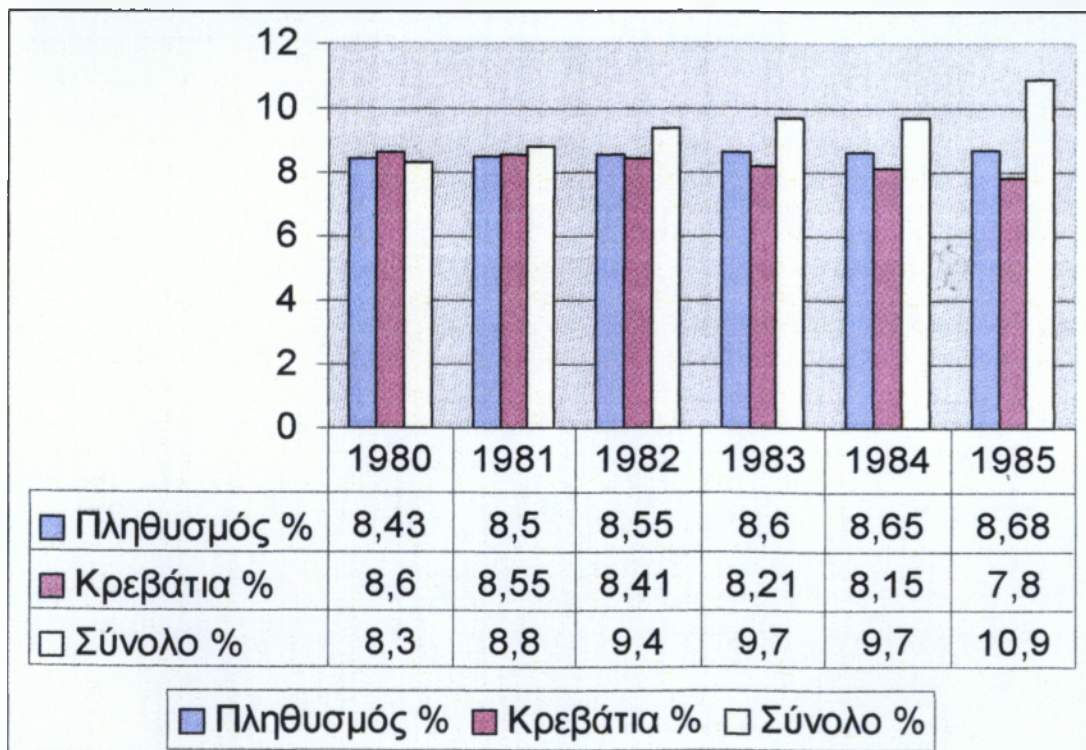
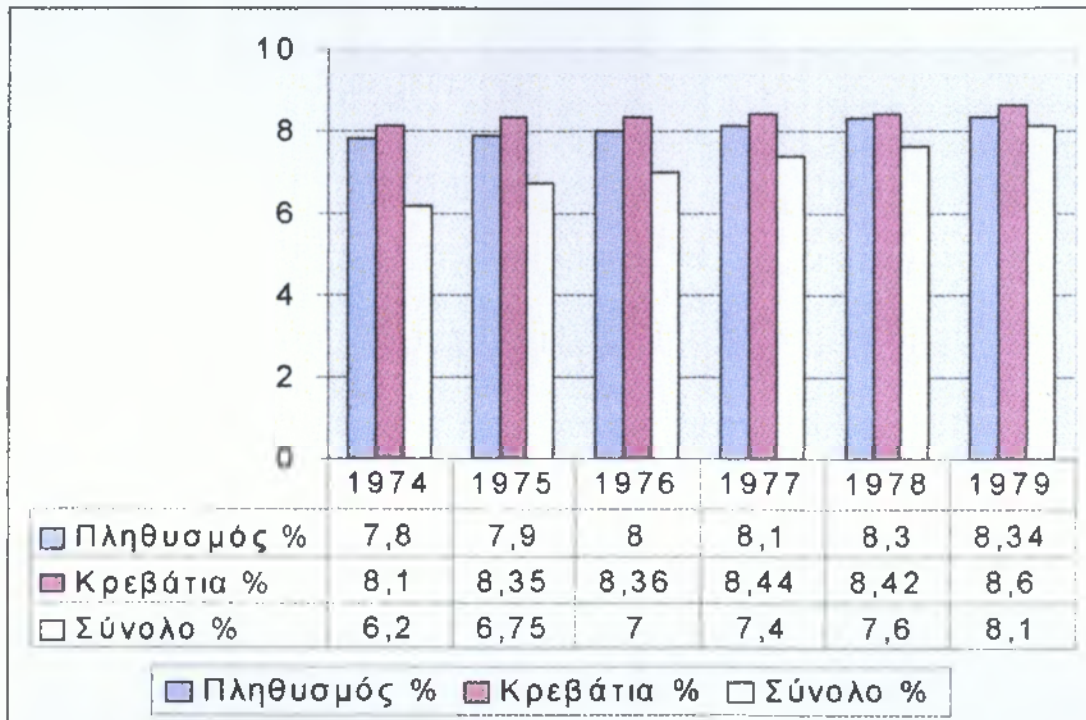
Παρουσίαση ποσοστών ανά ειδικότητα νοσοκόμων.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 2^ο:

Παρουσίαση ποσοστιαίας μεταβολής Πληθυσμού –Κλινών –Συνόλου προσωπικού.



Πηγή ίδια έρευνα.

Δείκτες νοσηλευτικής κάλυψης στην Ελλάδα

Πίνακας 8.3

τη	Αριθμός	Κλίνες	Κλίνες	Κλίνες	Κλίνες	Κλίνες	Κάτοικοι	Νοσοκ.
	Κλινών	Νοσ. Δυναμ.(1)	Μαίες	Νοσ. Α' Κατηγ.	Νοσ. Β' Κατηγ.	Πρακτικές Νοσοκομ.	Νοσ. Δυν.	ανά 1000 Κάτοικοι
974	56885	4,06	36,37	19,42		5,98	640	15,1
975	58501	3,86	41,46	16,14		5,77	596	16,9
976	58574	3,71	49,98	15,31		5,59	380	17,6
977	59117	3,56	37,82	13		5,63	564	18,5
978	58994	3,47	32,95	13,22		5,48	554	18,9
979	60073	3,29	34,6	12,3	18,89	7,09	523	20,3
980	60667	3,22	35,52	11,94	16,86	7,17	517	20,8
981	59914	3,03	34,67	10,98	15,76	6,79	491	22
982	58938	2,86	31,05	10,09	13,87	6,5	465	23,4
983	57496	2,63	39,2	9,45	12,39	6,16	451	24
984	57081	2,62	31,17	9,08	11,61	6,5	454	24,3
985	54438	2,22	28,5	8,24	9,56	5,3	406	27,3

(1) Περιλαμβάνει όλων των βαθμίδων τις Νοσοκόμες και τις Μαίες.

Δείκτες Νοσηλευτικής Κάλυψης στην Ελλάδα 1974'85, διπλωματούχων

Πίνακας 8.4

τη	Αριθμός	Κλίνες	Κάτοικοι	Διπλωματούχοι
	Κλινών	Διπλωματούχοι Νοσοκομ. (1)	Διπλωματούχοι Νοσοκομ.	Νοσοκόμοι ανά 10000 Κατοίκους
1974	56885	12,66	1995	5
1975	58501	11,62	1797	5,6
1976	58574	11,08	1733	5,8
1977	59117	9,68	1524	6,6
1978	58994	9,44	1509	6,6
1979	60073	9,08	1441	6,9
1980	60067	8,94	1435	7
1981	59914	8,34	1354	7,3
1982	58938	7,62	1265	7,9
1983	57496	7,31	1252	8
1984	57081	7,03	1219	8,2
1985	54438	6,35	1167	8,6

(1) Περιλαμβάνει μόνο τις διπλωματούχες νοσηλεύτριες και μαίες.

Πηγή ίδια έρευνα.

(1) Περιλαμβάνει μόνο τις διπλωματούχες νοσηλεύτριες και μαιές.

Σχολιασμός πίνακα 8.3

Παρατηρώντας τον Πίνακα 8.3 βγάζουμε τα εξής συμπεράσματα. Ο δείκτης κλίνες / Νοσηλευτικό Δυναμικό βελτιώνεται συνεχώς από το 1974 (4,06), φθάνει το 1985 (2,22). Αυτό συμβαίνει γιατί από το 1979 έχουμε μία πτώση του αριθμού των κλινών η οποία όλο και γίνεται μεγαλύτερη μέχρι το 1985 και το σύνολο του νοσηλευτικού δυναμικού, βλέπε πίνακα 8.1 από το 1979 αυξάνεται συνεχώς. Αντιστοιχούν επομένως λιγότερες κλίνες στο νοσηλευτή.

Αν αναλύσουμε ξεχωριστά κάθε ειδικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε αναλογία με της κλίνες συμπεραίνουμε τα εξής: Ο δείκτης που αντιστοιχεί στις μαιές από το 1974 (36,37) φθάνει το 1985 στα (28,5). Εμφανίζει αυξομειώσεις έντονες και καταλήγει σε μία αρκετά βελτιωμένη αναλογία. Αυτό συμβαίνει λόγω των αυξομειώσεων του αριθμού των μαιών και την σταθερή πτώση του αριθμού των κλινών. Στην Α' κατηγορία νοσοκόμων παρατηρείται συνεχώς αύξηση σε μεγάλα ποσοστά και έτσι παρατηρείται ταυτόχρονη βελτίωση του δείκτη. Κρεβάτια / Νοσοκόμοι Α' κατηγορίας από 9,42 φθάνει έως 8,24.

Το 1979 εμφανίζονται οι νοσοκόμοι Β' κατηγορίας που συνεχώς αυξάνονται και ο δείκτης σε αναλογία με τις κλίνες βελτιώνεται. Όμως, ταυτόχρονα οι πρακτικές νοσοκόμες μέχρι το 1979 είχαν σταθερή αύξηση και βελτιωμένο δείκτη από το 1979 και μετά μειώθηκε ο αριθμός τους και ταυτόχρονα αυξήθηκε ο δείκτης τους ο οποίος εντέλει θα φθάσει το καλύτερο επίπεδο το 1985 (5,3).

Η αναλογία κάτοικοι / Νοσηλευτικό Δυναμικό παρουσιάζει συνεχώς βελτίωση καθώς παρουσιάζει συνεχώς αύξηση του πληθυσμού μικρότερη από την αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού. Το ίδιο συμβαίνει και με τον δείκτη Νοσοκόμοι / 10000 Κάτοικοι που συνεχώς αυξάνεται. Από 15,1 γίνεται 27,3 και το 1985, ανά 10000 κατοίκους. Έτσι ο δείκτης αυτός βελτιώνεται.

Σχολιασμός Πίνακα 8.4

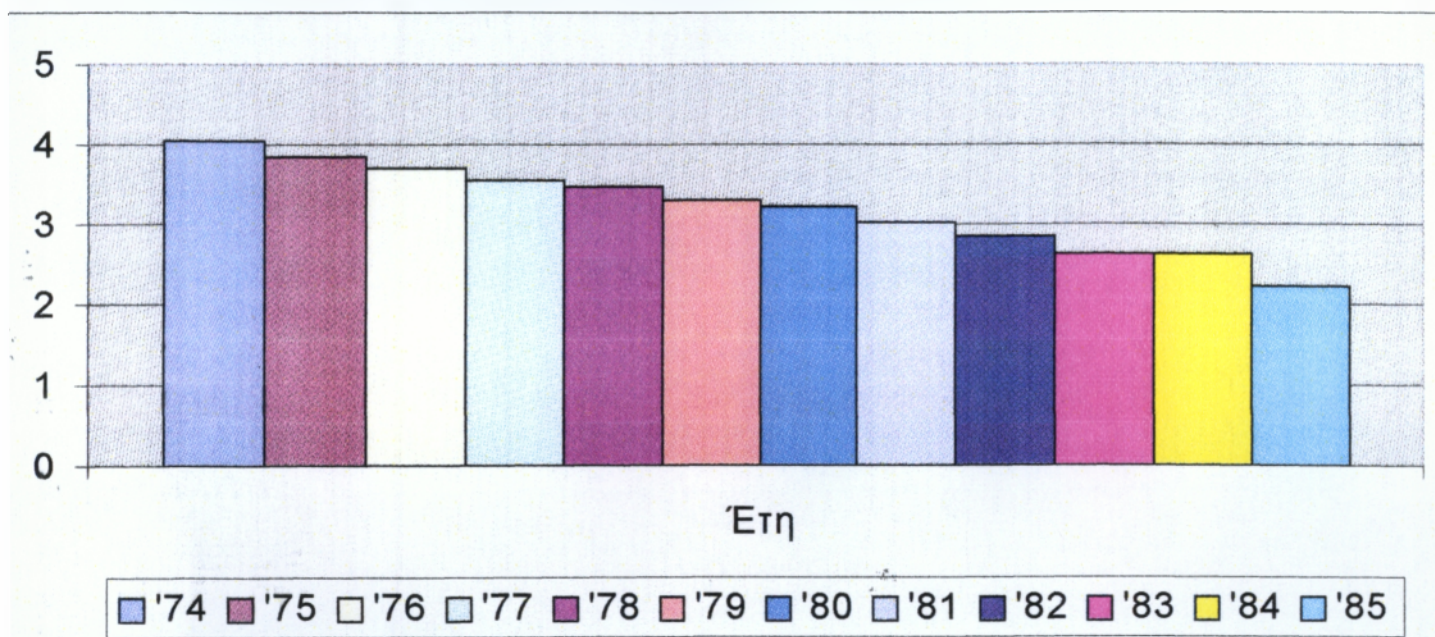
Κάποια βασικά συμπεράσματα είναι ότι ο αριθμός των κλινών μειώθηκε το 1981 και μετά, ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών αυξάνεται με μικρό ρυθμό (βλέπε Πίνακα 8.2). Η αύξηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα η αναλογία Κλίνες / Διπλωματούχοι Νοσηλευτές από 12,66 που ήταν το 1974 να μειωθεί στο 6,35 το 1985. Παρατηρούμε επίσης ότι ο αριθμός των κατοίκων ανά διπλωματούχο νοσηλευτή το 1974 ήταν 1995 και το 1985 ήταν 1167. Αυτό συνέβει πιθανόν γιατί αυξήθηκαν οι διπλωματούχοι νοσηλευτές. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού με κάποια τουλάχιστον εκπαίδευση αν συγκριθεί σε επίπεδο ποσοτικής επάρκειας και αντιστοιχίας του με τον πληθυσμό της Ελλάδας και τις

ανάγκες τις χώρας, πρέπει να θεωρηθεί εξαιρετικά ανεπαρκής συγκρινόμενος και με αντίστοιχους αναλογικούς αριθμούς άλλων Ευρωπαϊκών χωρών με ανεπτυγμένα συστήματα περίθαλψης, όπως θα δούμε σε άλλους πίνακες παρακάτω.

Για την καλύτερη μελέτη του Πίνακα 8.3 παρουσιάζουμε τα παρακάτω ραβδογράμματα.

Σχήμα 1^ο:

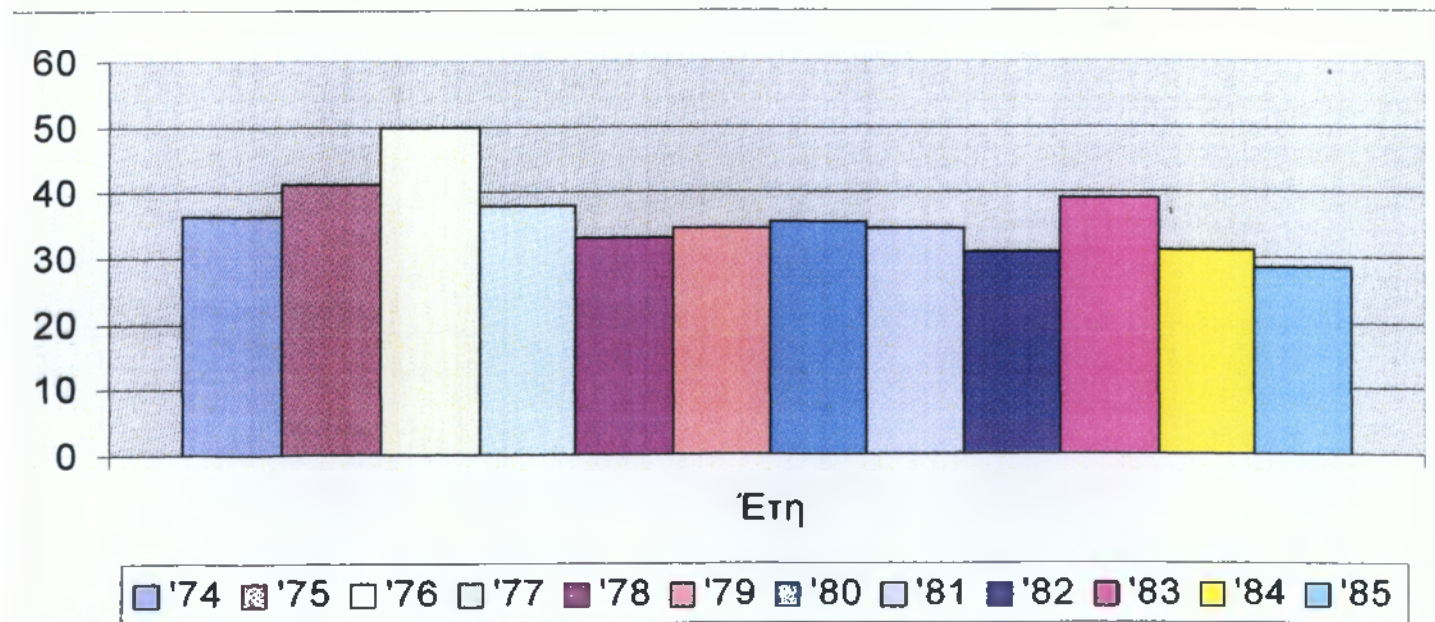
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες / Νοσηλευτικό Δυναμικό.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 2ο :

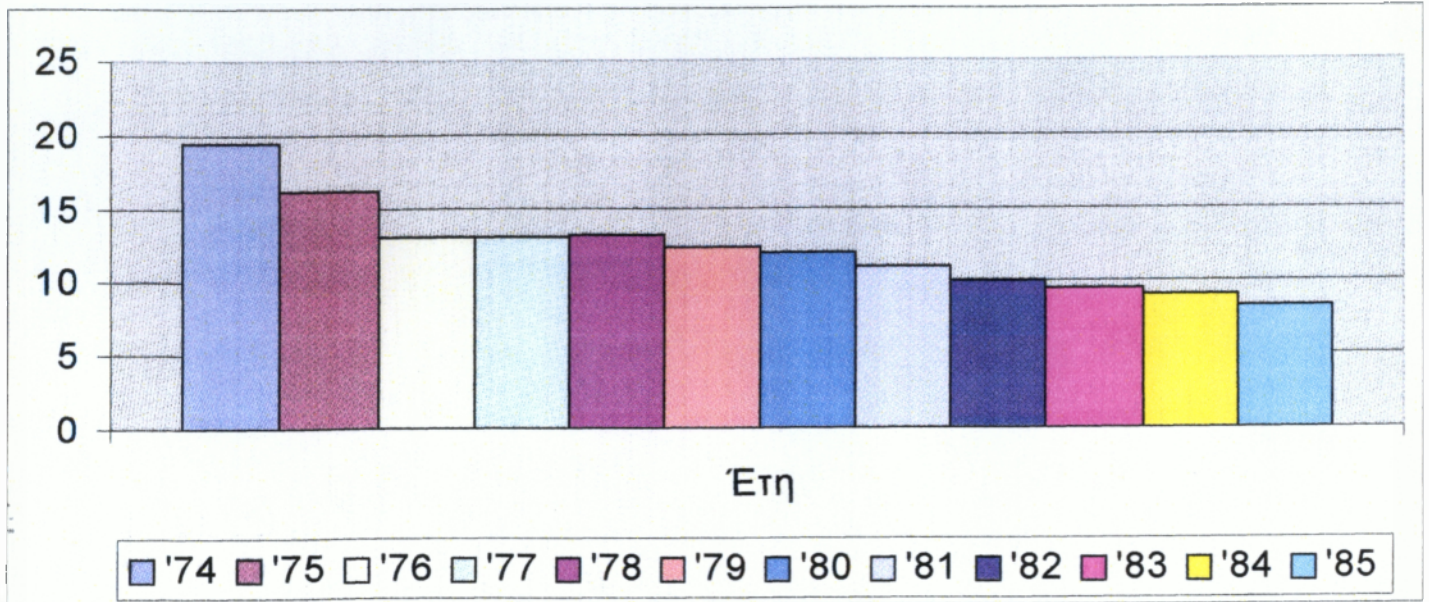
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες/ Μαιίες.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 3^ο :

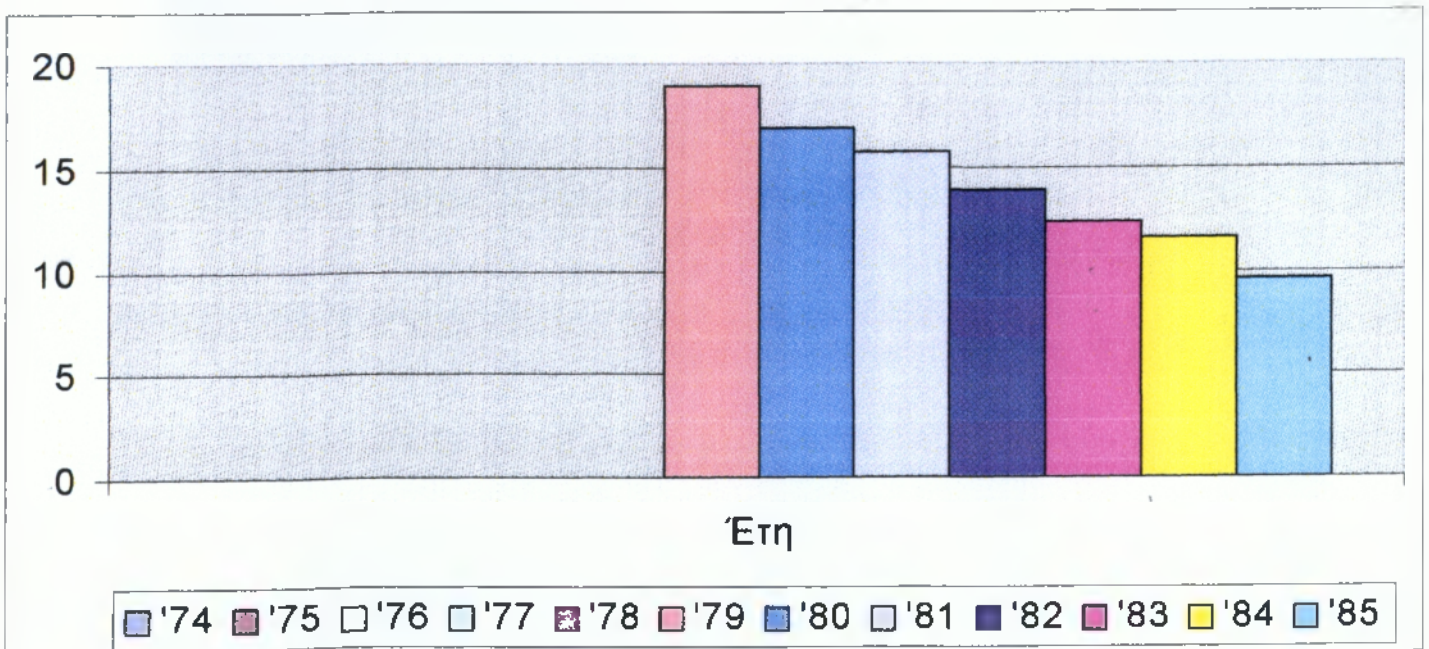
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες/ Νοσηλευτές Α' Κατηγορίας.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 4^ο :

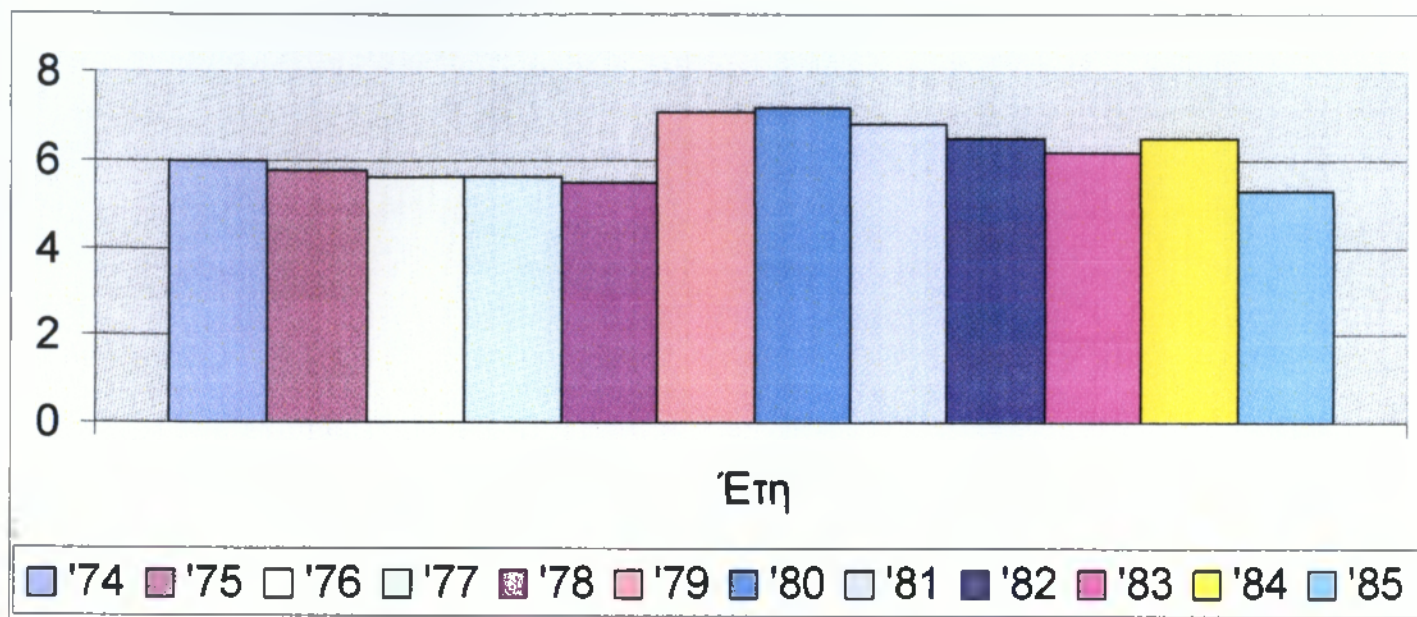
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες/ Νοσηλευτές Β' κατηγορίας.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 5^ο :

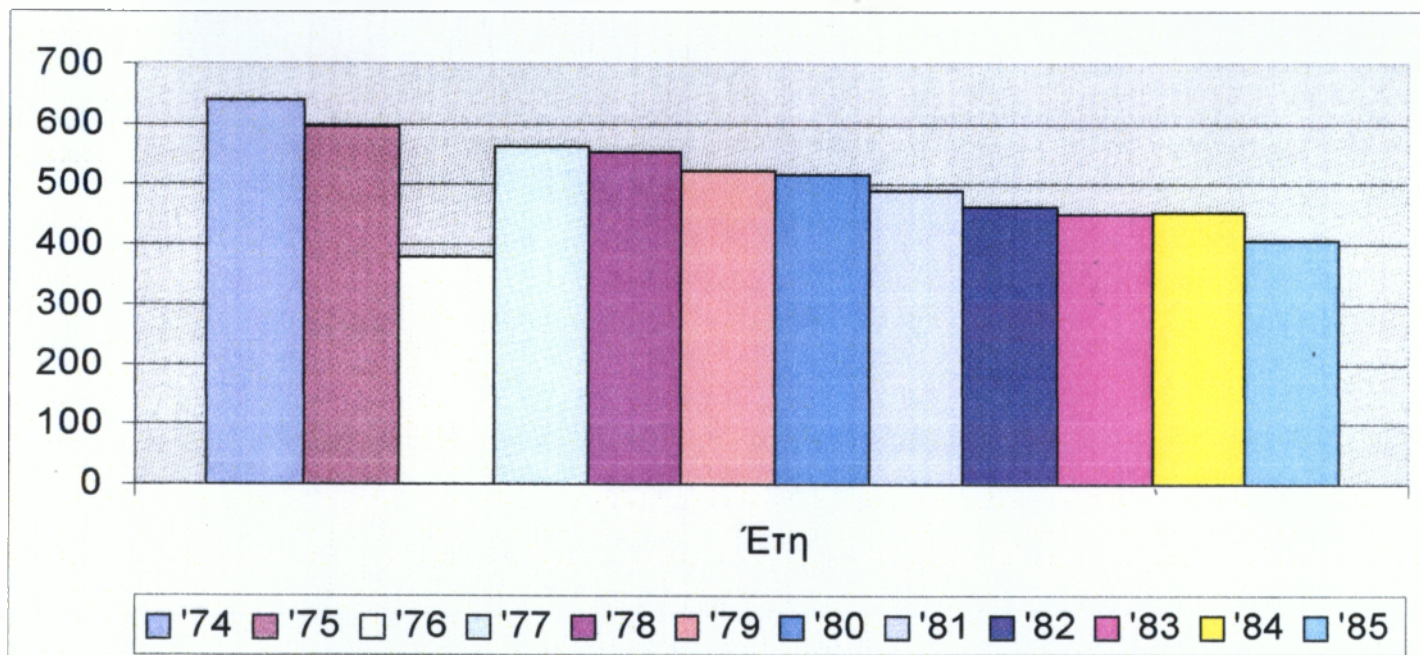
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες/ Πρακτικές Νοσηλεύτριες.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 6^ο :

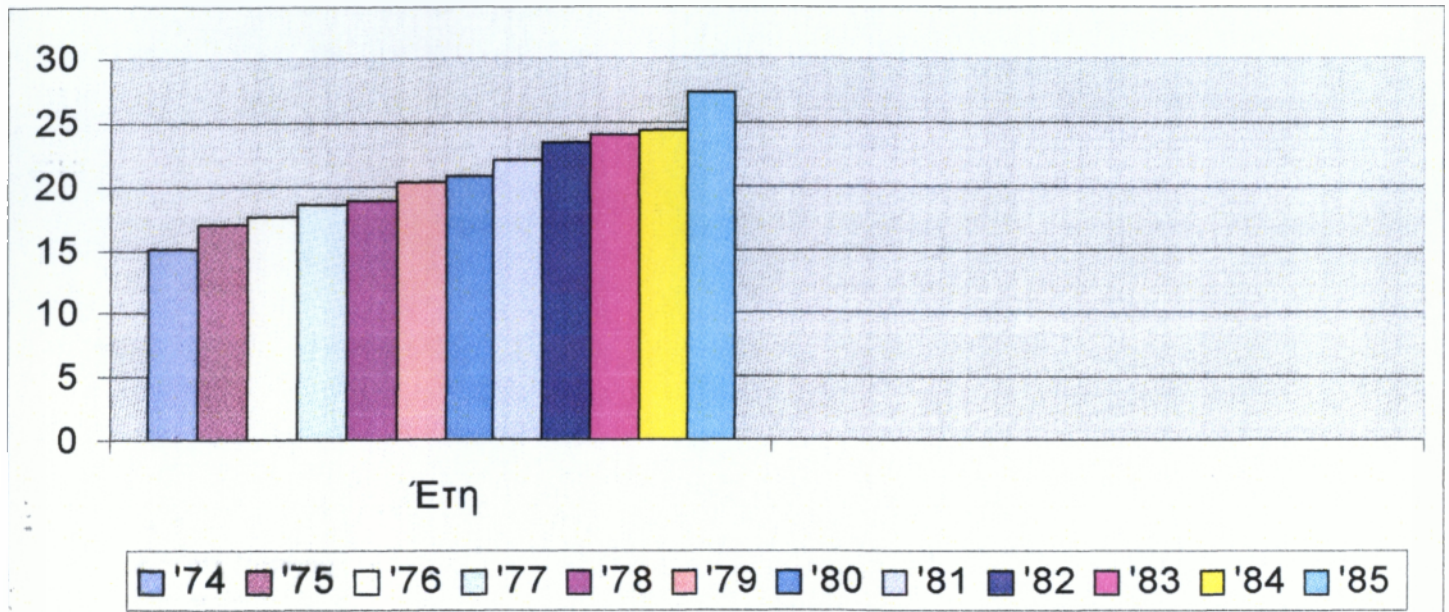
Παρουσίαση δείκτη Κάτοικοι/ Νοσηλευτές.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 7° :

Παρουσίαση δείκτη Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

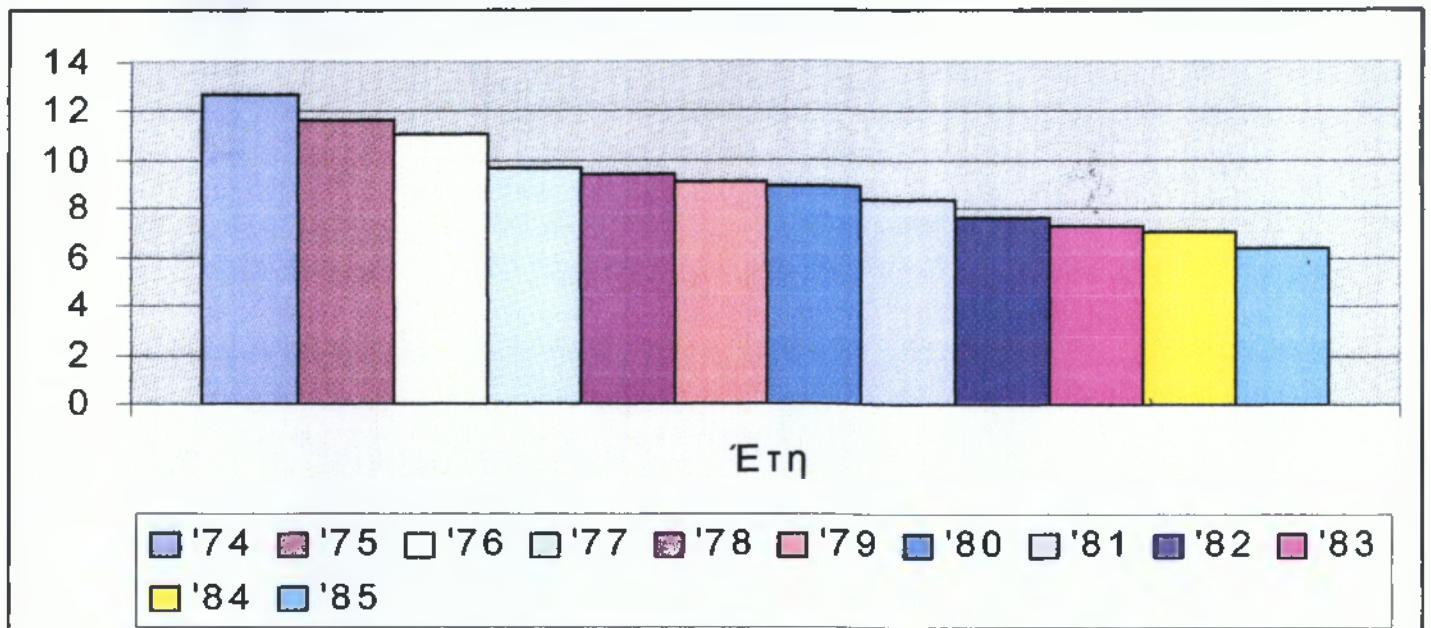


Πηγή ίδια έρευνα.

Παρουσίαση ραβδογραμμάτων Πίνακα 8.4

Σχήμα 1° :

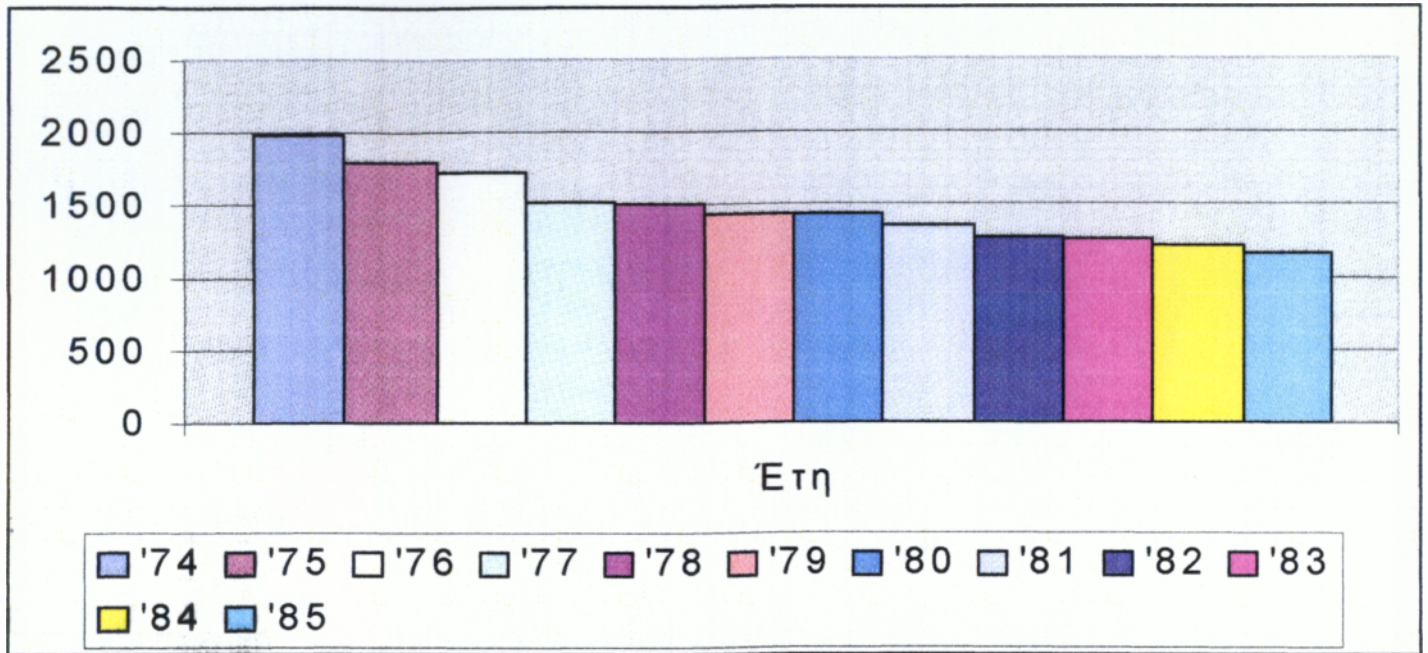
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες/ Διπλωματούχοι Νοσοκόμοι.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 2° :

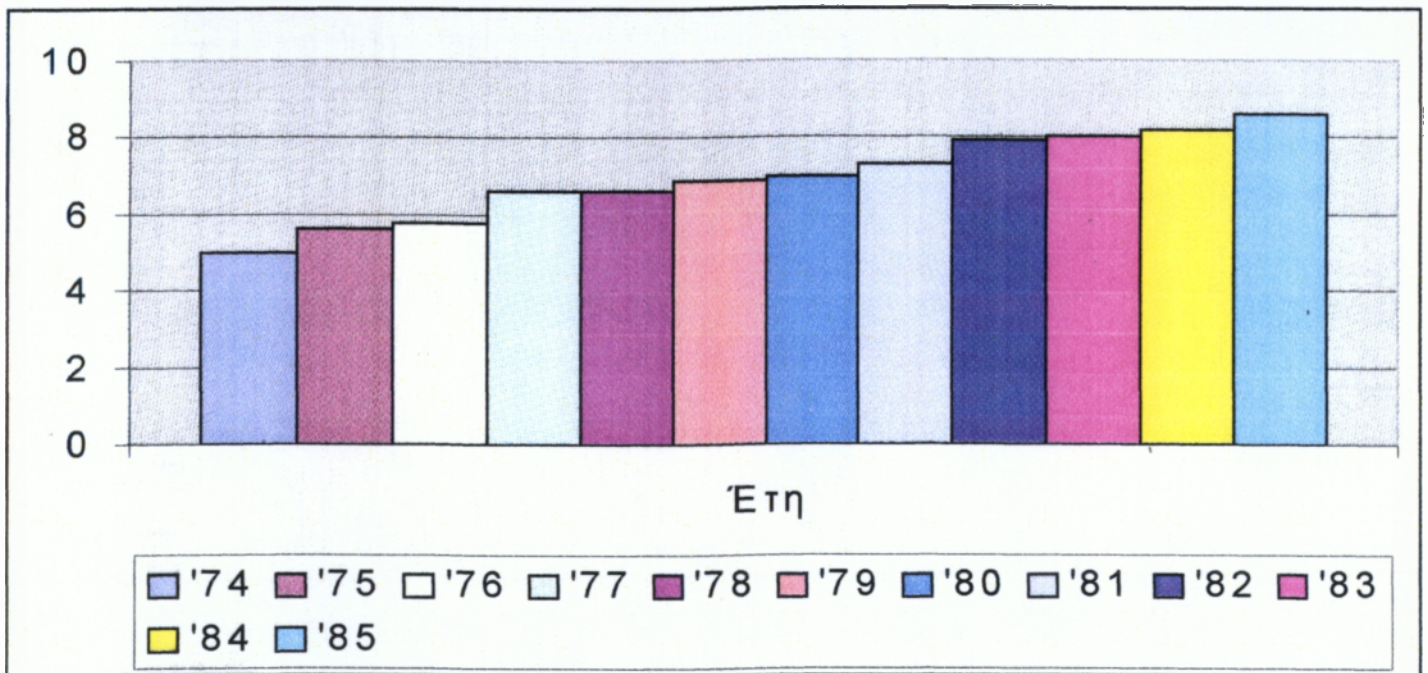
Παρουσίαση δείκτη Κάτοικοι/ Διπλωματούχοι Νοσοκόμοι.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σχήμα 3° :

Παρουσίαση δείκτη Διπλωματούχοι Νοσοκόμοι ανά 10000 κατοίκους.



Πηγή ίδια έρευνα.

Συγκεντρωτικά στοιχεία για το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα για τα έτη 1960, 1970, 1980, 1990.

Πίνακας 8.5

Έτος	Αριθμός	Κάτοικοι	Κάτοικοι	Νοσηλευτές	Νοσηλευτές
	Νοσ. Προσωπ στην Ελλάδα	Νοσηλευτές στον ΟΟΣΑ	Νοσηλευτές στην Ελλάδα	ανά 10000 κατ στον ΟΟΣΑ	ανά 100000 κατ στην Ελλάδα
1960	-----	min 3294	-----	min 30	-----
		mo 910		mo 191	
		max 324		max 309	
1970	10416	min 1266	676	min 79	183
		mo 483		mo 304	
		max 158		max 633	
1980	18793	min 1333	517	min 75	198
		mo 322		mo 494	
		max 118		max 847	
1990	34616	min 1255	290	min 1428	345
		mo 226		mo 662	
		max 118		max 80	

Αναλογία		1970	1980	1990
Κατοίκων ανά	Αττική	255	261	240
Νοσηλευτή	Ήπειρος	1856	1189	295
Στην	Θράκη	2393	972	417
Ελλάδα	Στερ. Ελλάδα			969

Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε. ΟΟΣΑ

Σχολιασμός Πίνακα 8.5

Παρατηρώντας τον πίνακα 8.5 βλέπουμε ότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού από το 1970 έως το 1990 αυξήθηκε κατά 33,7%. Σύμφωνα με τις αναλογίες κάτοικοι ανά νοσηλευτή σε σχέση με την ίδια αναλογία στην Ελλάδα το 1970, ο ΟΟΣΑ έχει 483 και η Ελλάδα έχει 676 κατοίκους ανά νοσηλευτή. Η αναλογία σταδιακά βελτιώθηκε έως το 1990 που έφθασε κοντά στα επίπεδα του ΟΟΣΑ., το 1990, 226 κάτοικοι ανά νοσηλευτή και αντίστοιχα στην Ελλάδα 290 κάτοικοι ανά νοσηλευτή.

Η αναλογία νοσηλευτές ανά 100000 κατοίκους χειροτερεύει σταδιακά ώσπου το 1990 από 183 κατοίκους ανά νοσηλευτή φθάνει στους 345 κατοίκους ανά νοσηλευτή.

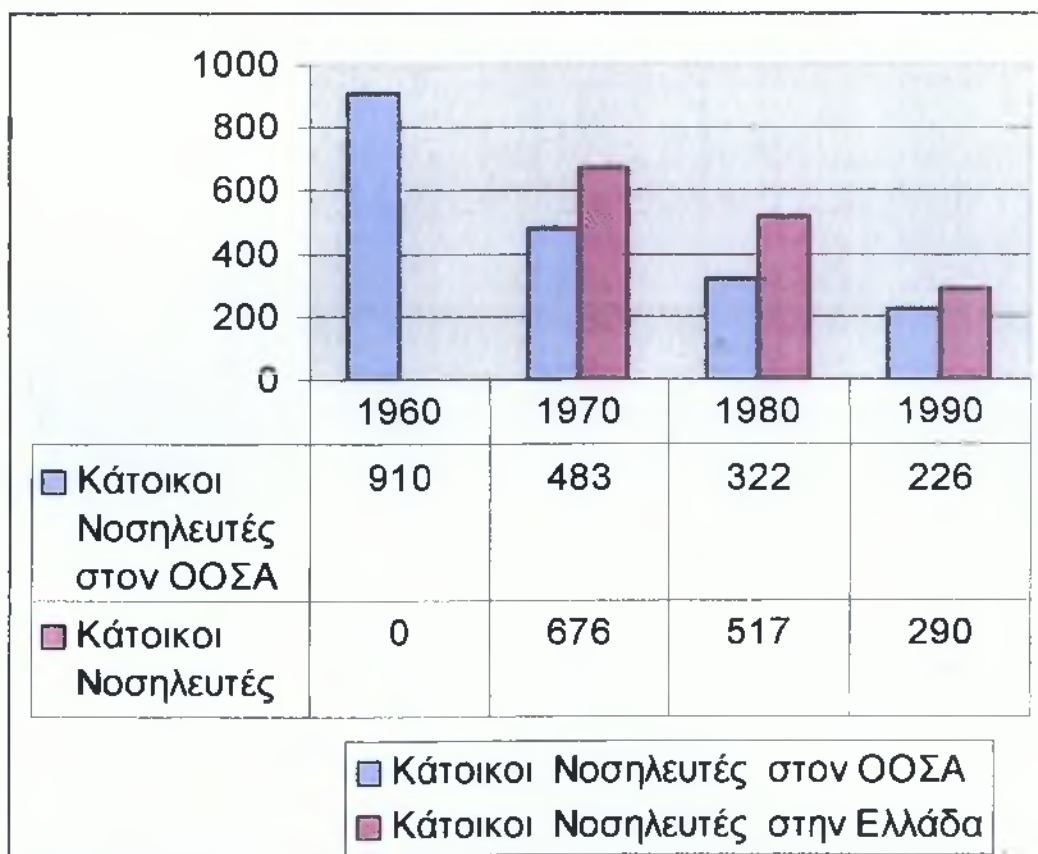
Τελειώνοντας παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα την καλύτερη κάλυψη ανά νοσηλευτή την έχουν οι κάτοικοι της Αττικής η οποία αναλογία φθάνει στα επίπεδα των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ την χειρότερη αναλογία έχει η Στερεά Ελλάδα 969 κάτοικοι ανά νοσηλευτή.

Στην Ήπειρο παρατηρείται αισθητή βελτίωση από 1189 κάτοικοι ανά νοσηλευτή το 1980 σε 295 κατοίκους ανά νοσηλευτή.⁴⁴

Παρουσίαση ραβδογραμμάτων Πίνακα 8.5.

Ραβδόγραμμα 1^ο :

Παρουσίαση δείκτη κάτοικοι ανά νοσηλευτή στην Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ

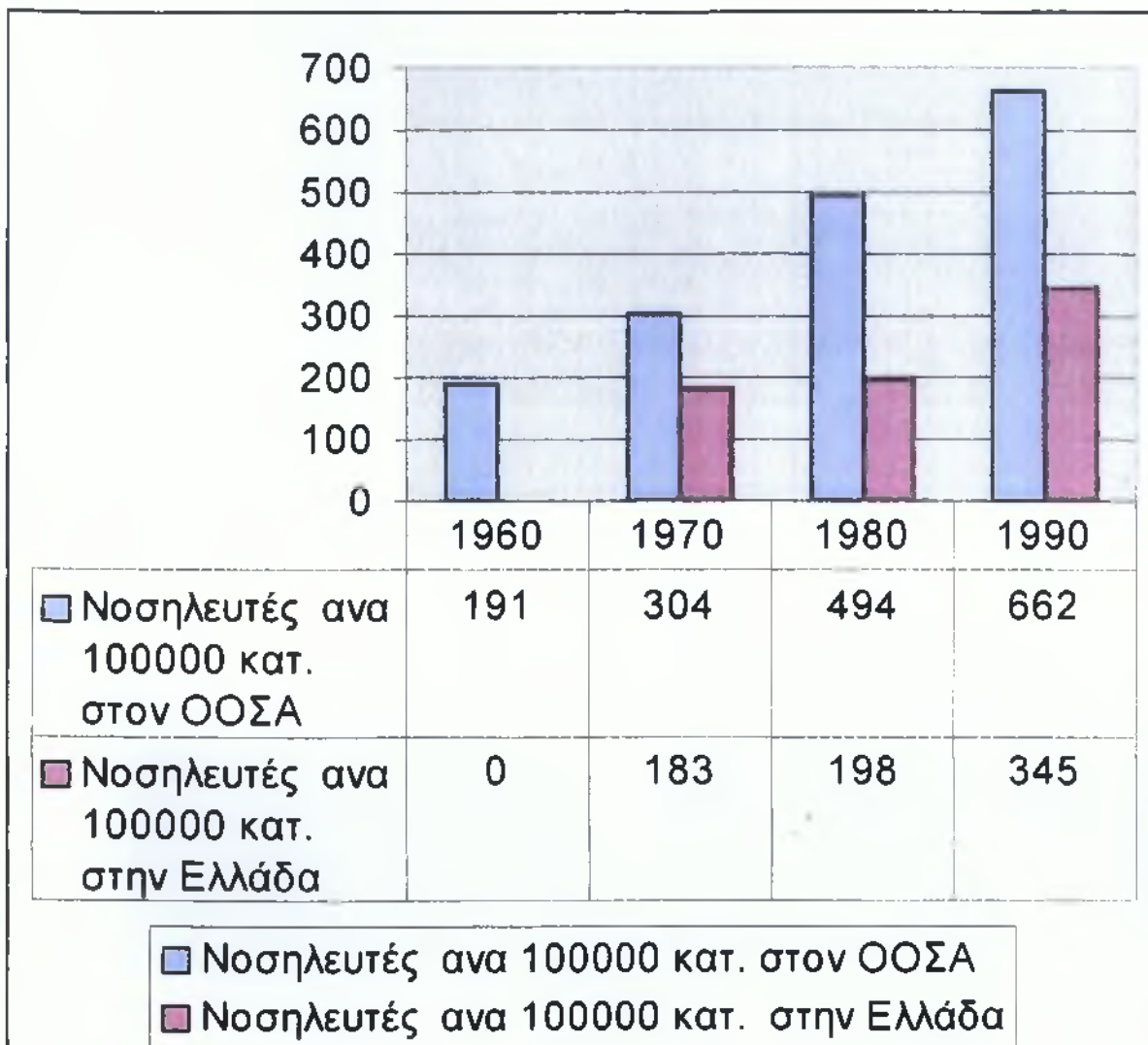


Πηγή ίδια έρευνα.

⁴⁴ Μάμας Θεόδωρος –Μάρκος Άρης –Σωτήρης Σούλης, "Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα", Έκδοση Β', Αθήνα 1996, σελ. 235.

Ραβδόγραμμα 2^ο :

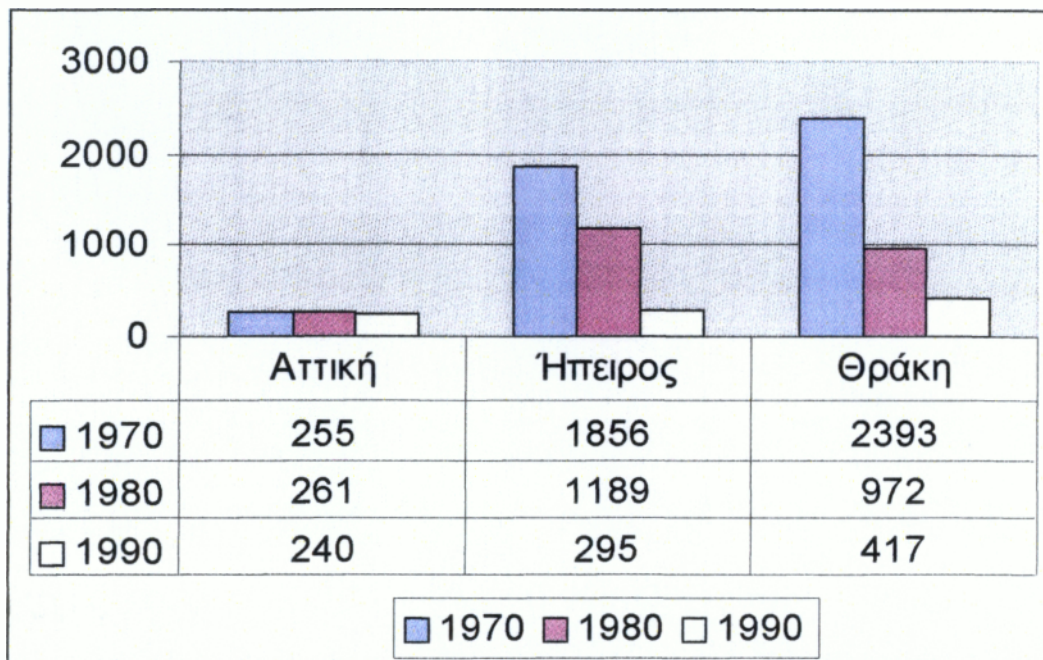
Παρουσίαση δείκτη κάτοικοι ανά νοσηλευτή ανά 100000.



Πηγή ίδια έρευνα.

Ραβδόγραμμα 3^ο :

Παρουσίαση αναλογίας κατοίκων ανά νοσηλευτή στην Ελλάδα.



Πηγή ίδια έρευνα.

Νοσηλευτικό προσωπικό στις Υπηρεσίες Υγείας (Νοέμβριος 1991)**Πίνακας 8.6**

Κατηγορία		Αριθμός	
Νοσηλευτές	ΠΕ	172	
	ΤΕ	10990	
Μαιευτές	ΤΕ	2189	
Επισκέπτες Υγείας	ΤΕ	889	
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	ΔΕ	B 660	
	Βοηθοί Νοσηλευτών		
	ΔΕ		6477
	Πρακτικοί		34377

Πηγή ΟΟΣΑ και Στατιστικές Παγκόσμιας Υγείας.

Εκπαιδευόμενοι στη Νοσηλευτική (Νοέμβριος 1991)**Πίνακας 8.7**

Εκπαίδευση	Αριθμός	Σύνολο
Τριτοβάθμια	400	9252
Φοιτητές Παν/μιου		
Σπουδαστές ΤΕΙ	8852	
Δευτεροβάθμια – Μαθητές ΜΤΕΝΣ	5287	5287
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		14539

Πηγή ΟΟΣΑ και Στατιστικές Παγκόσμιας Υγείας.

Σχολιασμός.

Σύμφωνα με στοιχεία ελληνικών στατιστικών της παγκόσμιας Στατιστικής Υγείας, καθώς και έρευνας του τμήματος νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο αριθμός του ενεργού νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας όλων των επιπέδων βρέθηκε (Νοέμβριο 1991) ότι ήταν 34,377 (Πίνακας 8.6)

Ο επιθυμητός αριθμός για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας υπολογίστηκε σε 40,000 νοσηλευτές και 20,000 βοηθούς. Η επιθυμητή αναλογία των επιπέδων καθορίστηκε σε 2(δύο) νοσηλευτές προς 1(ένα) βοηθό.

Ο αριθμός φοιτητών και σπουδαστών σε Τμήματα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίων και Τεχνολογικών Ιδρυμάτων ήταν 9,252. Ο αριθμός μαθητών στις Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές ήταν 5,287. Το γενικό σύνολο των εκπαιδευομένων ήτα 14,539.

Γενική εικόνα της νοσοκομειακής περίθαλψης, έτος 1992**Πίνακας 8.8**

1. Δημόσιος Τομέας	Αριθμός	Κλίνες	Κάλυψη	Νοσ/κη
A) ΕΣΥ				
ΓΕΝΙΚΑ	119	27848	69%	28209
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	9	6198	92%	2266
ΣΥΝΟΛΟ	128	34046	74%	30475
B) ΕΚΤΟΣ ΕΣΥ				
ΓΕΝΙΚΑ	21	3669	66%	2024
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	2	394	84%	96
ΣΥΝΟΛΟ	23	4063	68%	2120
2. Ιδιωτικός Τομέας	Αριθμός	Κλίνες	Κάλυψη	Νοσ/κη
ΓΕΝΙΚΑ	209	11060	47%	3557
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	40	4219	60%	871
ΣΥΝΟΛΟ	249	15279	50,50%	4428
3. ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	400	53388		37023

Πηγή Υπουργείο Υγείας –ΚΕΣΥ –Τμήμα Πληροφορικής 1992⁴⁵

⁴⁵ Μάμας –Θεοδώρου, Μάρκος –Σαρρής, Σωτήρης Σούλης, "Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα", Έκδοση Β', Αθήνα 1996, σελ. 294.

Σχολιασμός Πίνακα 8.8

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη το 1992 στη χώρα μας αποτελείται από 400 δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία και κλινικές με 53,338 κλίνες.

Αναλυτικότερα, η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από:

- 1) 128 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (119 γενικά και ειδικά με 27,848 κλίνες και 9 ψυχιατρικά με 619 κλίνες). Τα 23 παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη, ενώ τα 95 δευτεροβάθμια.
 - 2) Από τα 23 δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. τα 21 είναι γενικά με 3,669 κλίνες και τα 2 ψυχιατρικά με 394 κλίνες.
 - 3) Από τα 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές τα 205 είναι γενικά με 11,060 κλίνες και τα 10 ψυχιατρικά με 4,219 κλίνες.
- Με βάση αυτά τα στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης και στελέχωσης που παρουσιάζονται στον πίνακα 8.8 το 1992 η νοσηλευτική κάλυψη των δημοσίων νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. γενικών –ψυχιατρικών ήταν 74%, σε εκτός Ε.Σ.Υ. νοσοκομεία γενικά –ψυχιατρικά 68%, ενώ στον ιδιωτικό τομέα η νοσηλευτική κάλυψη των γενικών –ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι 50,50%, αισθητά χαμηλότερη από αυτή του δημοσίου.

Νοσηλευτικό δυναμικό στα Γενικά Νοσοκομεία ανά υγειονομική περιφέρεια (1992).

Πίνακας 8.9

Πίνακας 8.9 Υγειονομικές Περιφέρειες	Κλίνες ^α	Νοσηλευτές ^γ	(α/γ)
1. Αν. Μακ. & Θράκη	1788	1613	1,1
2. Κεντρ. Μακεδονία	7895	6037	1,3
3. Δ. Μακεδονία	941	584	1,6
4. Ήπειρος	1178	1460	0,8
5. Θεσσαλία	1928	1400	1,4
6. Ιόνια Νησιά	622	450	1,4
7. Δ. Ελλάδα	1957	1952	1
8. Στερ. Ελλάδα	1121	697	1,6
9. Αττική	20162	15947	1,3
10. Πελοπόννησος	1413	1081	1,3
11. Β. Αιγαίο	581	405	1,4
12. Ν. Αιγαίο	559	369	1,5
13. Κρήτη	2432	1795	1,3
Σύνολο	42577	33790	1,3

Πηγή⁴⁶ Υπουργείο Υγείας –ΚΕΣΥ –Τμήμα Πληροφορικής 1992.

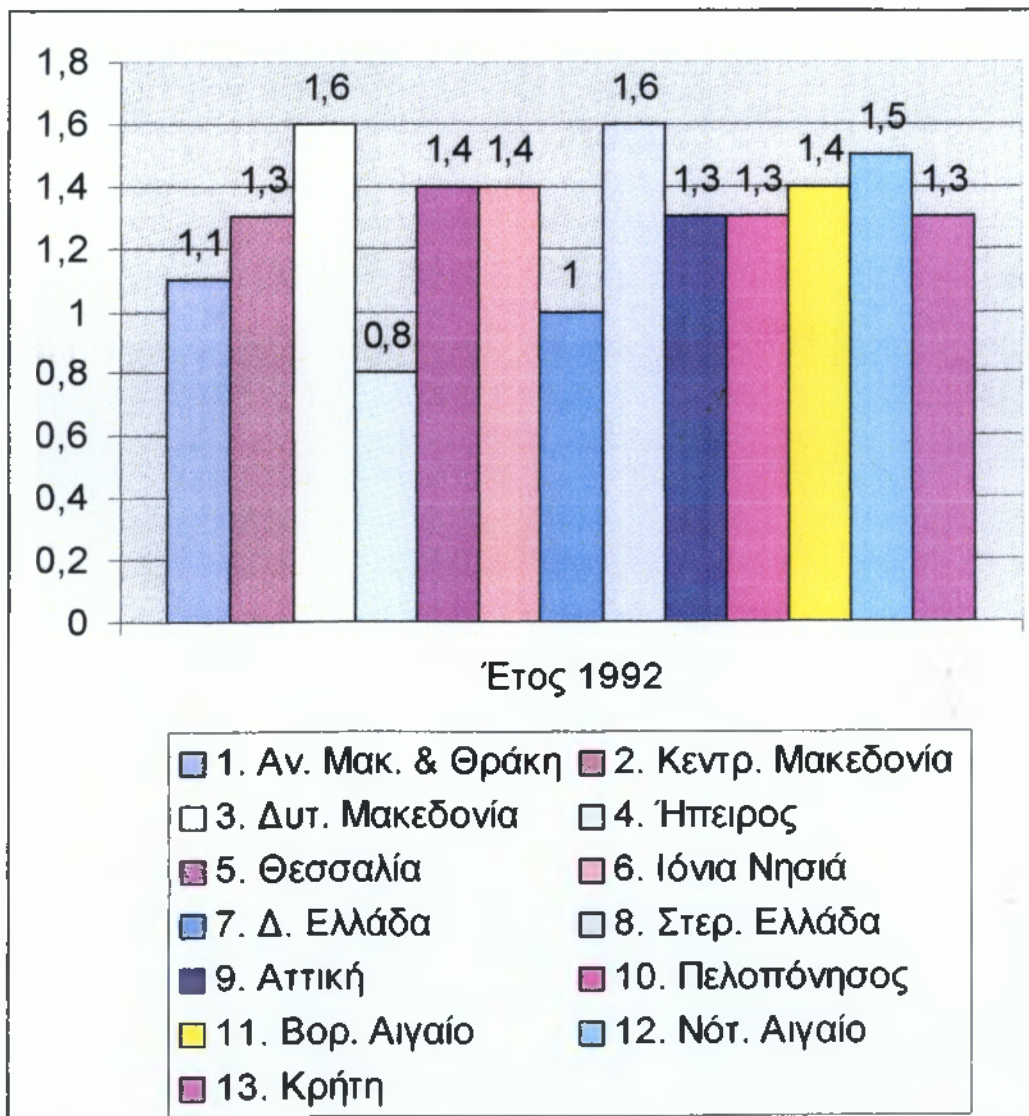
⁴⁶ Μάμας –Θεοδώρου, Μάρκος –Σαρρής, Σωτήρης Σούζης, "Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα", Έκδοση Β', Αθήνα 1996, σελ. 318.

Σχολιασμός Πίνακα 8.9

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 8.9 την καλύτερη αναλογία ανά υγειονομική περιφέρεια στην Ελλάδα την έχει η Ήπειρος με 0,8 Κλίνες ανά νοσηλευτή και αμέσως μετά με 1 η Δ. Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο αριθμός των νοσηλευτών στην περίπτωση της Ηπείρου είναι περισσότερος από τον αριθμό των κλινών, ενώ και στην Δ. Ελλάδα η διαφορά είναι μικρή. Την χειρότερη αναλογία Κλίνες ανά νοσηλευτή κατέχει τη Δυτική Μακεδονία και η Στερεά Ελλάδα.

Ραβδόγραμμα Πίνακα 8.9:

Παρουσίαση δείκτη Κλίνες ανά Νοσηλευτή.



Πηγή ίδια έρευνα.

Ανθρώπινο νοσηλευτικό δυναμικό στα Γενικά Νοσοκομεία (Δημόσια και Ιδιωτικά) ανά κλίνες και υγειονομική περιφέρεια.

Πίνακας 8.10

Υγειονομικές Περιφέρειες	Γενικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ (1992)		Γενικά Νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (1992)		Ιδιωτικά νοσοκομεία & κλινικές (1990)	
	Νοσηλ.	Κλίνες/νοσ.	Νοσηλ.	Κλίνες/νοσ.	Νοσηλ.	Κλίνες/νοσ.
	Αν. Μακ. & Θράκη	1501	0,9	55	2	57
Κεντρ. Μακεδονία	5192	1	318	1,7	527	3,9
Δ. Μακεδονία	531	1,1	7	4,3	46	6,8
Ήπειρος	1411	0,7	13	1,6	36	4,3
Θεσσαλία	1201	0,8	25	4,8	174	4,4
Ιόνια Νησιά	420	1,3	0	0	30	2,7
Δ. Ελλάδα	1856	0,8	0	0	96	4,7
Στερ. Ελλάδα	656	1,2	0	0	41	7,7
Αττική	11981	1	1592	1,7	2734	2,4
0. Πελοπόννησος	1038	1,1	6	4,1	37	5,6
1. Β. Αιγαίο	379	1,3	0	0	26	5,6
2. Ν. Αιγαίο	364	1,4	0	0	5	8
3. Κρήτη	1679	1	8	1,3	108	5,1
ύνολο	28209	1	2024	1,8	3917	3,1

Πηγή, Υπουργείο Υγείας –ΚΕΣΥ –Τμήμα Πληροφορικής⁴⁷.

Σχολιασμός Πίνακα 8.10

Στον Πίνακα 8.10 παρουσιάζεται η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα., όπου διαπιστώνεται σημαντική διαφορά στο απασχολούμενο ανά υγειονομική περιφέρεια, νοσηλευτικό προσωπικό. Στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ η αναλογία είναι ένας νοσηλευτής ανά κλίνη, ενώ στα γενικά δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ αναλογεί ένας νοσηλευτής σε 1,8 κλίνες. Αντίθετα, στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλίνες το 1990 αναλογούσε ένας νοσηλευτής ανά 3 κλίνες.

⁴⁷ Μάμας –Θεοδώρου, Μάρκος –Σαρρής, Σωτήρης Σούλης, "Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα", Έκδοση Β', Αθήνα 1996, σελ. 319.

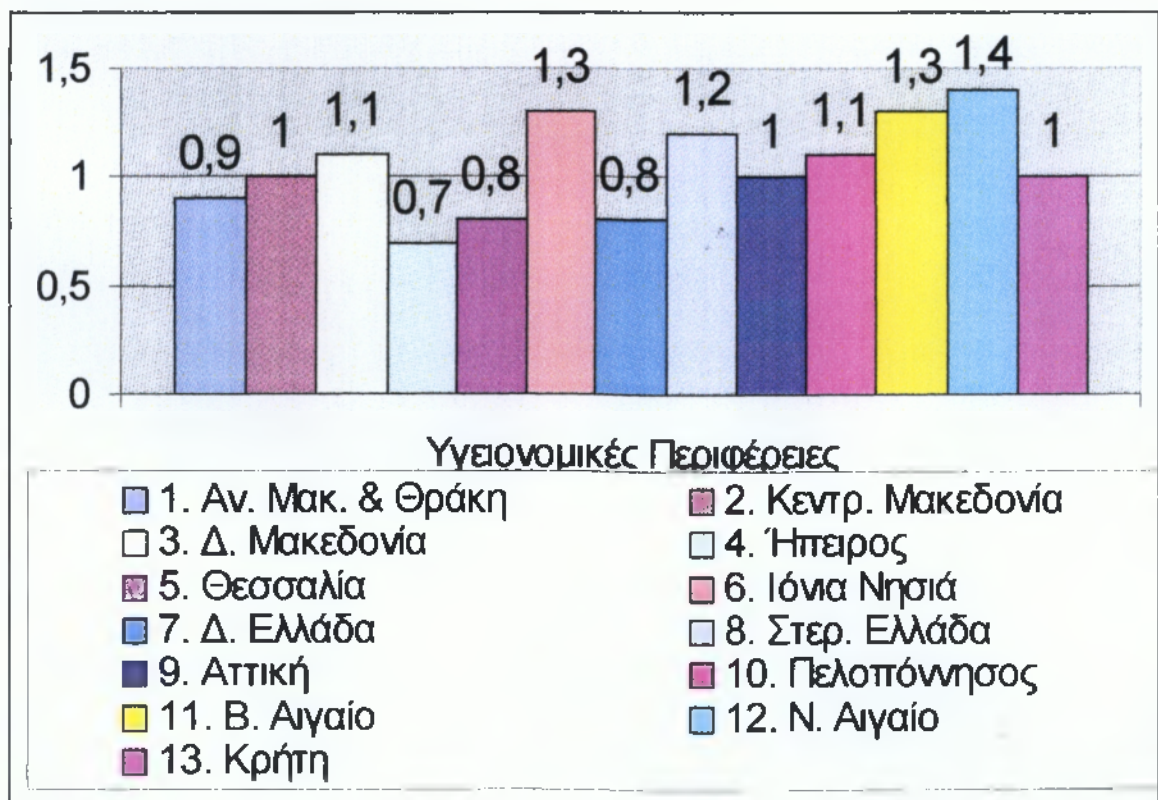
Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, η Αττική, η Κεντρική Μακεδονία, η Ήπειρος, η Δυτική Ελλάδα και η Κρήτη είναι σε πλεονεκτικότερη θέση όσο αφορά την στελέχωση σε σχέση με την Δυτική Μακεδονία, τα νησιά του Ιονίου και του Αιγαίου, καθώς και την Πελοπόννησο, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία η Αττική και τα νησιά βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση σε σχέση με την Στερεά Ελλάδα, την Κρήτη, την Δυτική Μακεδονία και την Ήπειρο.

Στα Ιόνια Νησιά, την Δυτική Ελλάδα, την Στερεά Ελλάδα, το Βόρειο Αιγαίο και το Νότιο Αιγαίο δεν υπάρχουν Γενικά Νοσοκομεία εκτός του ΕΣΥ.

Ραβδογράμματα Πίνακα 8.10

Ραβδόγραμμα 1^ο :

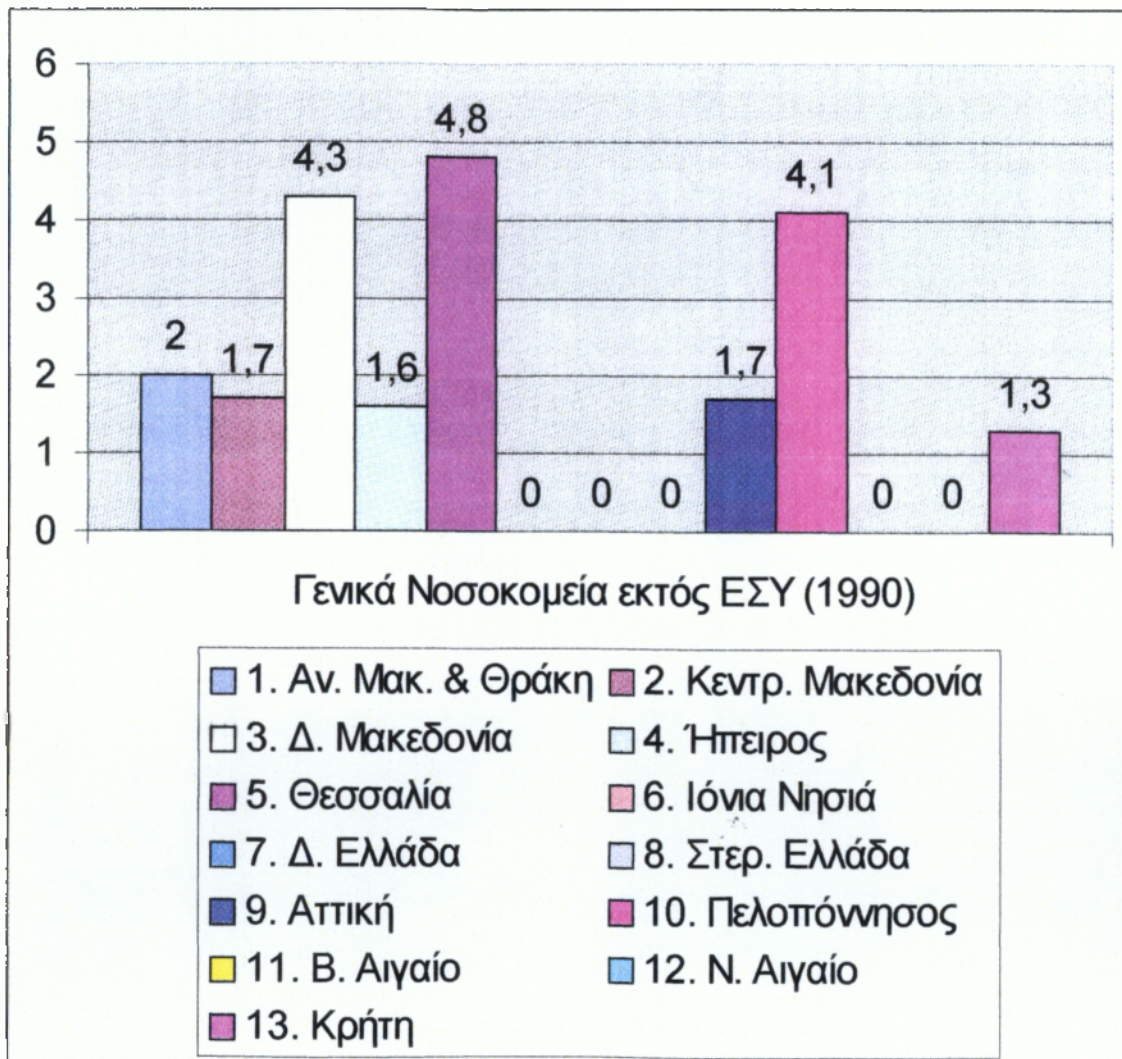
Παρουσίαση δείκτη κλίνες ανά νοσηλευτικό προσωπικό σε Γενικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.



Πηγή ίδια έρευνα.

Ραβδόγραμμα 2^ο :

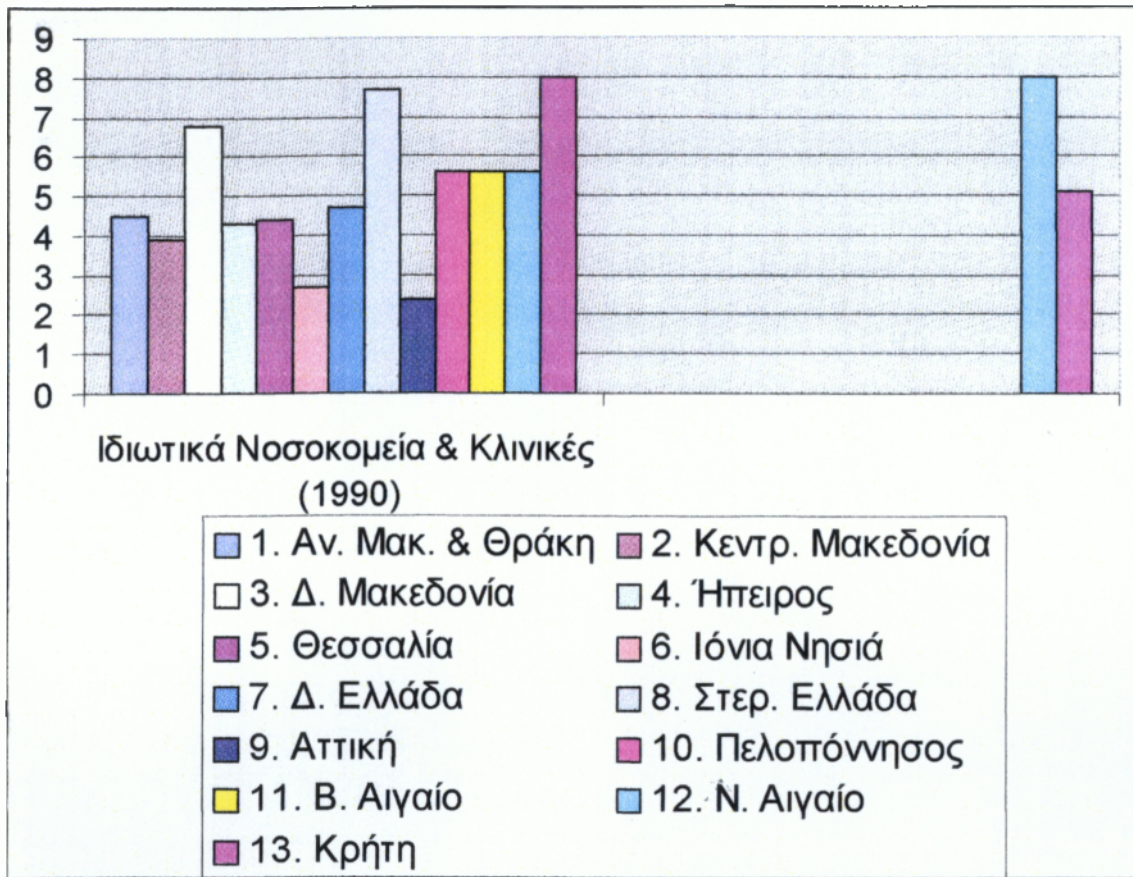
Παρουσίαση δείκτη κλίνες ανά νοσηλευτή σε Γενικά Νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ.



Πηγή ίδια έρευνα.

Ραβδόγραμμα 3^ο :

Παρουσίαση δείκτη κλίνες ανά νοσηλευτή σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (1990).



Πηγή ίδια έρευνα.

Καταγραφή Νοσηλευτικού Προσωπικού Ευρώπης, Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και Ελλάδας για το 1981.

Πίνακας 8.11

Χώρα	Κλίνες	Νοσ/προσωπ.	Πληθυσμός	Διπλωματούχοι
Αυστρία	81248	40481	7508	22751
Βρετανία	45490	474497	56379	175090
Γερμανία	659603	206053	61682	137991
Ελλάδα	59914	19803 ^{XX}	9729	7185
Ελβετία	72900	47755	6429	41746
Δανία	40182	35900	5122	24047
Η.Π.Α	1362000	2551000	230019	1116597
Ισπανία	202969	130373	37654	128075
Ιταλία	459578	216335	56502	209266
Νορβηγία	28949	30522	4100	28472
Γαλλία	601051	257829	53963	222988
Ισλανδία	2548	1427	231	1178
Βέλγιο	92686	77642	9852	52904
Σουηδία	116739	59860	8324	55866
Φιλανδία	7441	29983	4800	28402
Γιουγκοσλαβία	133999	7271	22516	16629
Σύνολο	3967297	4166928		2269187

Πηγή: OECD ΕΣΥΣ, 1981^{XX}. Περιλαμβάνει και τις πρακτικές.⁴⁸

⁴⁸ Δέσποινα Ανδριώτη, " Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία", Τεύχος 2^ο, έτος 1993, σελ. 17.

Ποσοστιαία αναλογία ανά χώρα για κλίνες, διπλωματούχους νοσηλευτές και μη.

Πίνακας 8.11β

Χώρα	Κλίνες %	Νοσ./ Προσωπ. %	Διπλωματούχοι/ Νοσ. %
Αυστρία	2,14	0,95	1,05
Βρετανία	1,16	11,15	7,7
Γερμανία	16,3	4,84	6,08
Ελλάδα	1,5	0,46	0,3
Ελβετία	1,8	1,12	1,8
Δανία	0,1	0,84	1
Η.Π.Α.	33,7	60	49,2
Ισπανία	5	3,06	5,6
Ιταλία	11,4	5,08	9,2
Νορβηγία	0,7	0,7	1,25
Γαλλία	14,9	6,06	9,8
Ισλανδία	0,06	0,03	0,005
Βέλγιο	2,3	1,8	2,3
Σουηδία	2,9	1,4	2,4
Φιλανδία	1,8	0,7	1,25
Γιουγκοσλαβία	3,9	1,7	0,73
Σύνολο	100	100	100

Πηγή ίδια έρευνα.

Σχολιασμός Πίνακα 8.11 και 8.11β

Από τα δεδομένα που παρουσιάζονται στον πίνακα 8.11β συμπεραίνουμε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν την καλύτερη ποσοστιαία αναλογία τόσο στις κλίνες 33,7% όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό 60% και τους διπλωματούχους νοσηλευτές 49,2%. Παρουσιάζουν οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής την υψηλότερη κάλυψη τόσο σε νοσηλευτικό προσωπικό όσο και σε διπλωματούχους νοσηλευτές σε σχέση με τις νοσηλευτικές κλίνες.

Η Ελλάδα παρουσιάζει ποσοστιαία αναλογία 1,5% στις κλίνες, 0,46% σε νοσηλευτικό προσωπικό και 0,53% σε διπλωματούχο προσωπικό. Φαίνεται το ουσιαστικό πρόβλημα της Ελλάδας στην στελέχωση, αλλά και στην ύπαρξη νοσηλευτικών κλινών. Στην Ελλάδα ισχύει το μοντέλο σύγχυσης.

Η Σουηδία, η Νορβηγία και η Δανία είναι σε αξιόλογα επίπεδα κάλυψης από νοσηλευτικό προσωπικό και παραγωγικότητα και ανήκουν και οι τρεις στο Σκανδιναβικό μοντέλο.

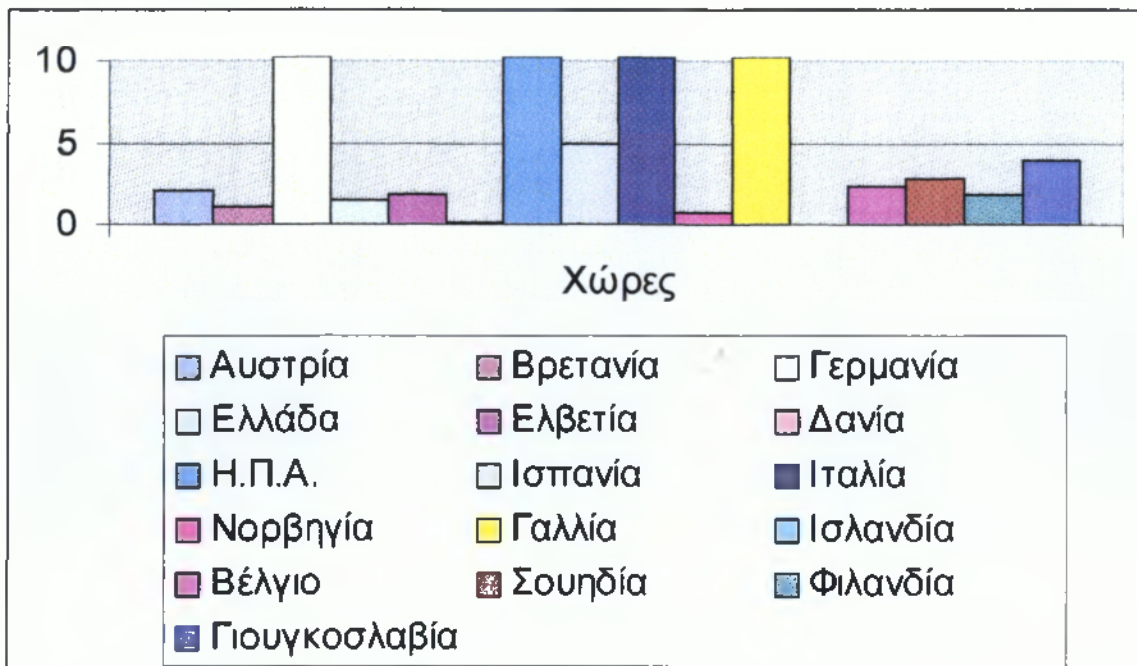
Ενώ η Γερμανία, η Αυστρία και η Ελβετία ανήκουν στο μοντέλο των χωρών της Κεντρικής Ευρώπης και δεν έχουν ανάλογο επίπεδο κάλυψης κλινών από νοσηλευτικό προσωπικό, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες.

Σύμφωνα με το μοντέλο διοίκησης των Μονάδων υγείας κάθε χώρα έχει ανάλογο υγειονομικό επίπεδο.

Ραβδογράμματα Πίνακα 8.11β

Ραβδόγραμμα 1^ο :

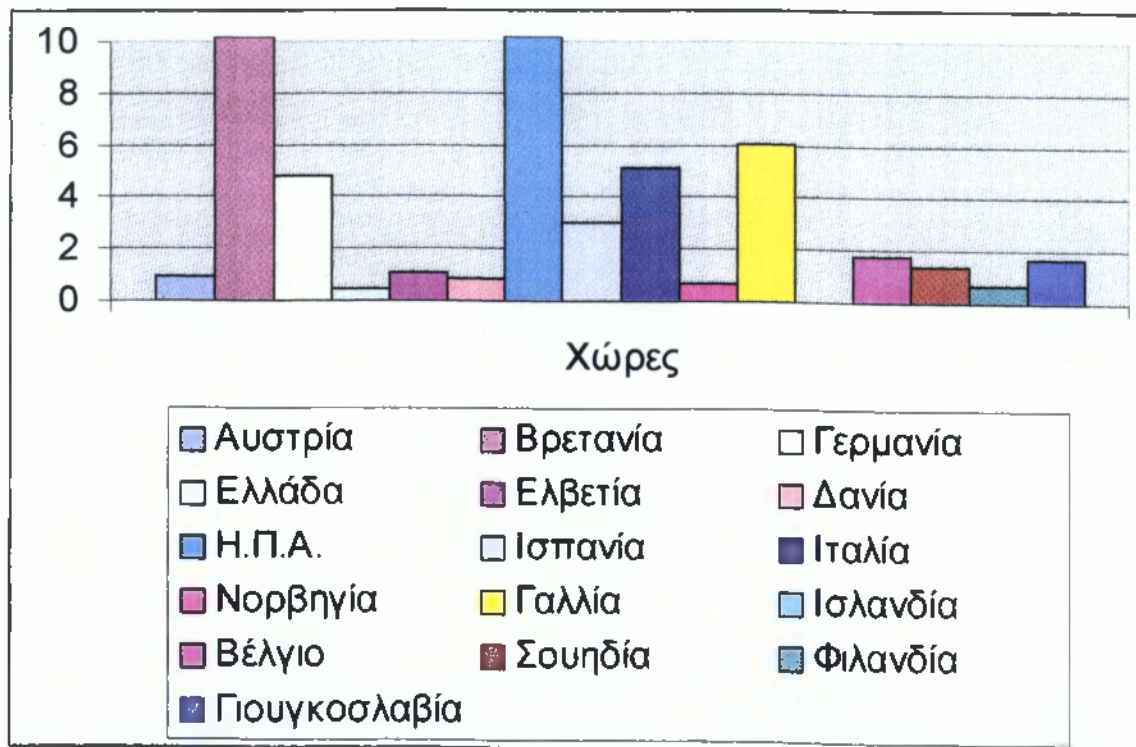
Παρουσίαση δείκτη Κλίνες %



Πηγή ίδια έρευνα.

Ραβδόγραμμα 2^ο :

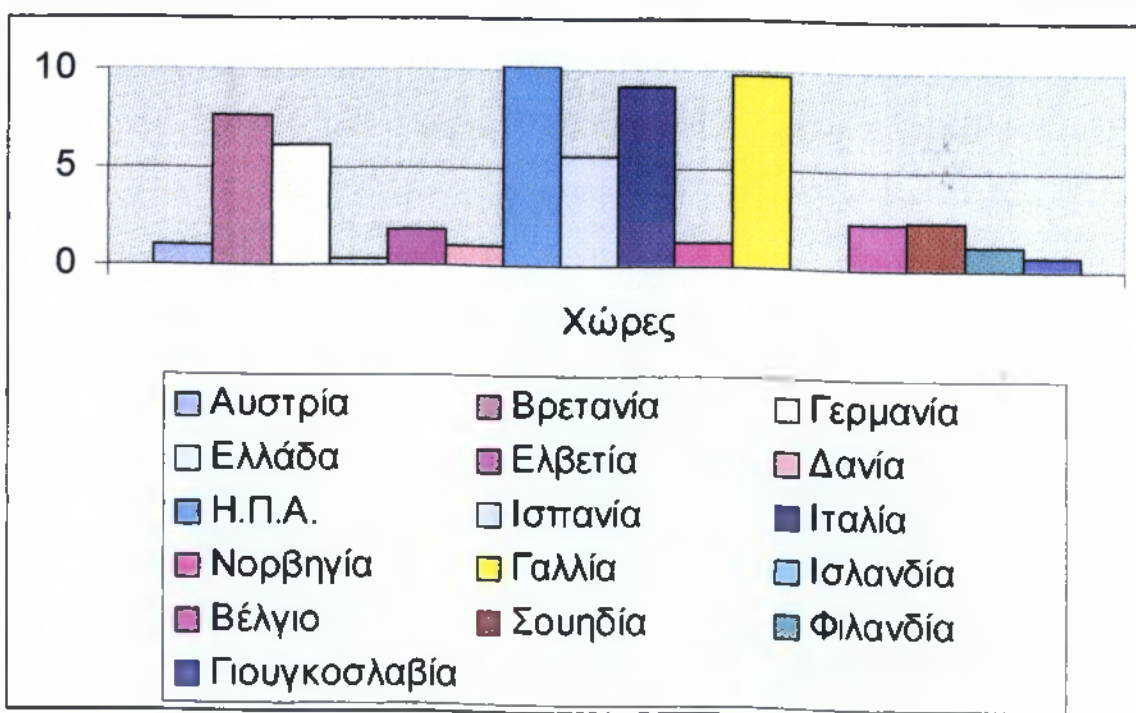
Παρουσίαση δείκτη Νοσοκ./ Προσωπικό %



Πηγή ίδια έρευνα.

Ραβδόγραμμα 3^ο :

Παρουσίαση δείκτη Διπλωμ/Νοσ. %



Πηγή ίδια έρευνα.

Δείκτες κάλυψης Νοσηλευτικού προσωπικού διαφόρων χωρών

Πίνακας 8.13.

Χώρα	Κλίνες/ Νοσ. Προσωπ.	Κάτοικοι/ Νοσ. Προσωπ.	Κάτοικοι/ Διπλωματούχοι
Αυστρία	2	185,4	330
Βρετανία	0,96	118,8	322
Γερμανία	3,38	299,4	447
Ελλάδα	3,03	491,3	1354
Ελβετία	1,53	134,6	154
Δανία	1,12	142,7	213
Η.Π.Α	0,53	90,2	206
Ισπανία	1,56	288,8	234
Ιταλία	2,12	261,2	270
Νορβηγία	0,95	134,3	144
Γαλλία	2,33	209,2	242
Ισλανδία	1,79	161,8	196
Βέλγιο	1,19	126,9	188
Σουηδία	1,95	134	149
Φιλανδία	2,54	163	169
Γιουγκοσλαβία	1,83	309,7	1354

Πηγή ίδια έρευνα

Σχολιασμός

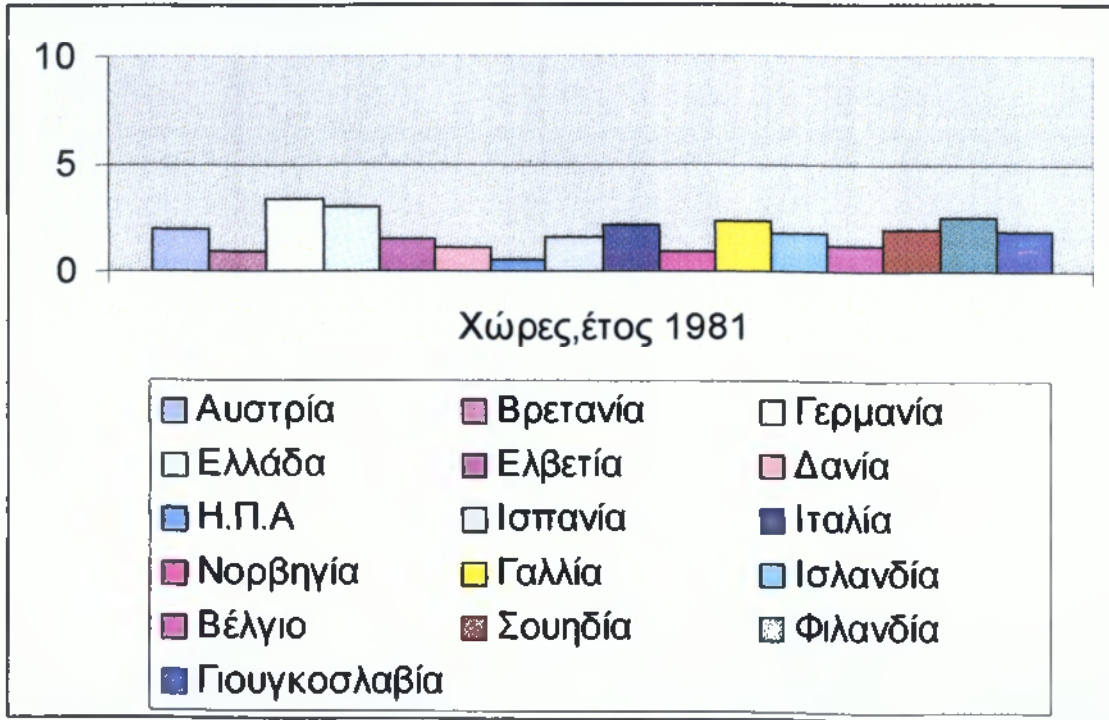
Η καλύτερη αναλογία κλίνες / νοσηλευτές είναι 0,53 που αντιστοιχεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και ακολουθεί η Νορβηγία με 0,95, ενώ από τις υψηλότερες αναλογίες είναι της Γερμανίας 3,38 και της Ελλάδας 3,03.

Αναφορικά με το πληθυσμό που αναλογεί στο νοσηλευτικό δυναμικό τη καλύτερη αναλογία έχουν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η Βρετανία και το Βέλγιο, ενώ η Ελλάδα και η Γιουγκοσλαβία παρουσιάζουν τον υψηλότερο δείκτη κατοίκων/ νοσηλευτών. Επίσης, δυσμενής αναλογία παρουσιάζει η Ελλάδα στον δείκτη κάτοικοι /διπλωματούχοι νοσοκόμοι διότι 1354 κάτοικοι αναλογούν σε έναν διπλωματούχο νοσοκόμο. Την καλύτερη αναλογία στο δείκτη αυτό έχει η Νορβηγία με 144 κατοίκους σε έναν διπλωματούχο νοσοκόμο, καθώς και η Σουηδία με 149 κατοίκους ανά διπλωματούχο νοσοκόμο. Η Γιουγκοσλαβία μαζί με την Ελλάδα έχουν την μεγαλύτερη αναλογία.

Ραβδογράμματα Πίνακα 8.13

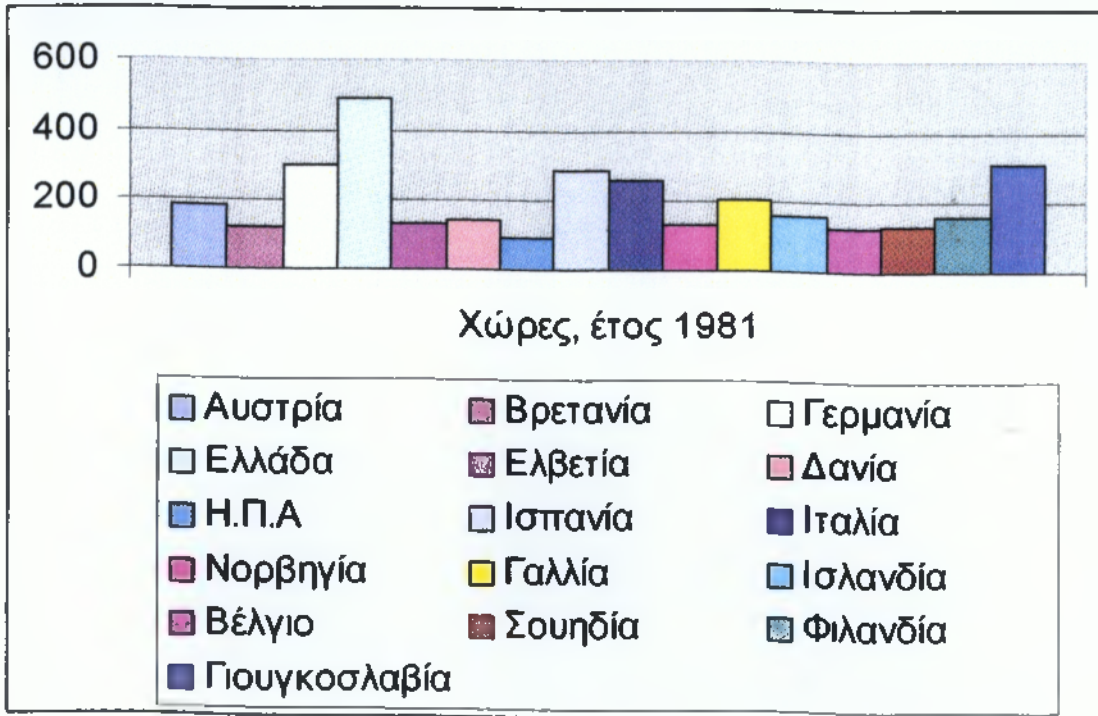
Ραβδόγραμμα 1^ο :

Παρουσίαση δείκτη Κλίνες /Νοσηλευτικό προσωπικό, έτος 1981.



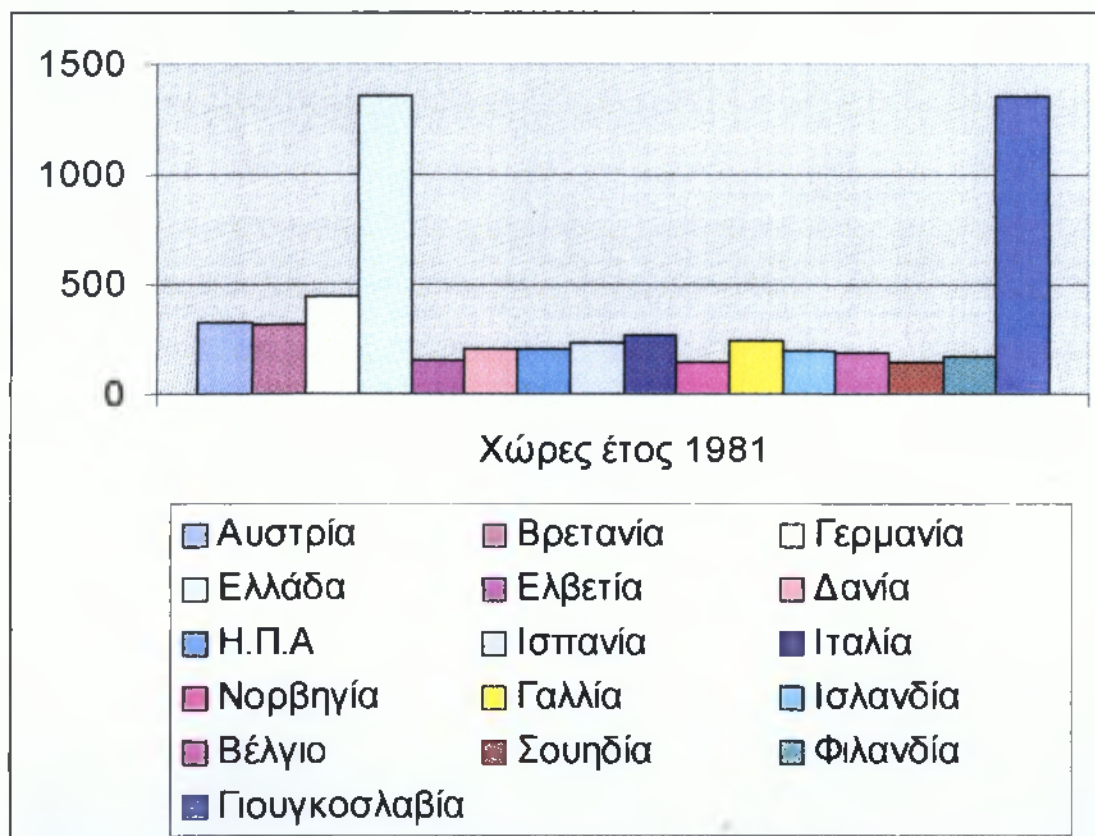
Ραβδόγραμμα 2^ο :

Παρουσίαση δείκτη /Νοσηλευτικό προσωπικό, έτος 1981.



Ραβδόγραμμα 3°:

Παρουσίαση δείκτη Νοσηλευτικό Προσωπικό, έτος 1981.



Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία το 1987 η αναλογία του Νοσηλευτή /Προσωπικό /1,000 είναι στις παρακάτω χώρες η ακόλουθη.

Πίνακας 8.14, Ν. Προσωπικό /1,000		1981
Κάτοικοι 1987		
Ελλάδα	3,3	2,8
Ιταλία	4,3	7,5
Ισπανία	0	6,86
Αγγλία	4,3	10,5
Γαλλία	5,3	13,6
Γερμανία	5	5,57
Βέλγιο	6,2	13,2
Πορτογαλία	2,8	0
Δανία	6	11,7
Ιρλανδία	6,5	0

Στατιστικές Παγκόσμιας Υγείας

Πηγή ΟΟΣΑ*

* Βασιλική Ανδρ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 307.

Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία το 1987 η αναλογία του Νοσηλευτή /Προσωπικό /1,000 είναι στις παρακάτω χώρες η ακόλουθη.

Πίνακας 8.14, Ν. Προσωπικό /1,000 Κάτοικοι 1987			1981
Ελλάδα	3,3		2,8
Ιταλία	4,3		7,5
Ισπανία	0		6,86
Αγγλία	4,3		10,5
Γαλλία	5,3		13,6
Γερμανία	5		5,57
Βέλγιο	6,2		13,2
Πορτογαλία	2,8		0
Δανία	6		11,7
Ιρλανδία	6,5		0

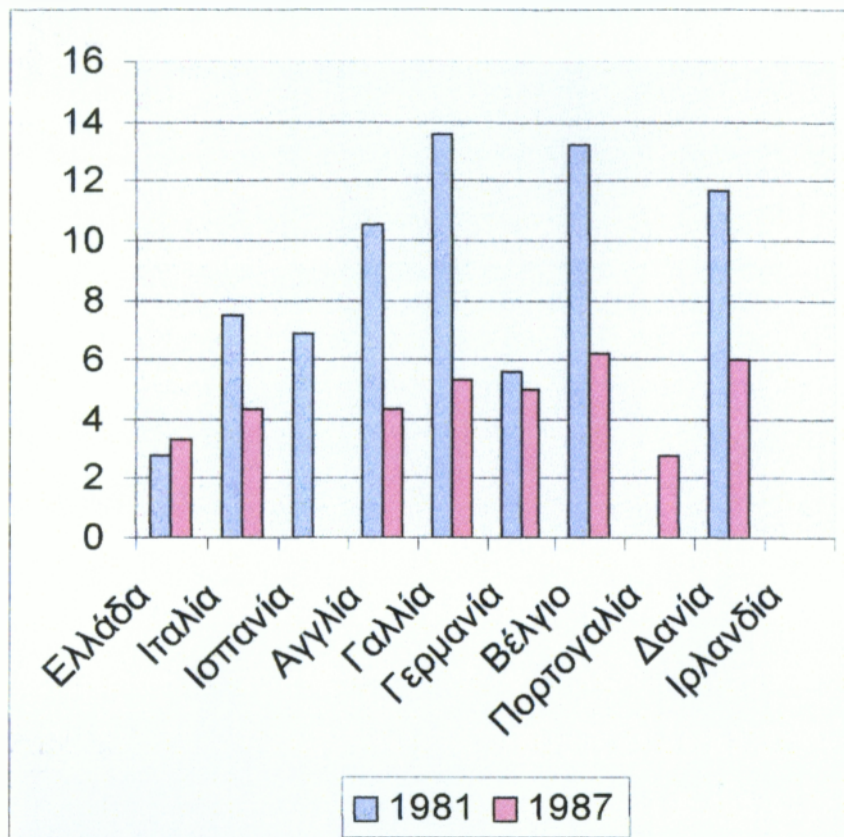
Στατιστικές Παγκόσμιας Υγείας
Πηγή ΟΟΣΑ⁴⁸

⁴⁸ Βασιλική Ανδρ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999, σελ. 307.

Ραβδογράμματα Πίνακα 8.14

Ραβδόγραμμα 1^ο :

Παρουσίαση δείκτη Νοσηλευτικό προσωπικό /1000 κάτοικοι.



Πηγή ίδια έρευνα.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 8.14 ο δείκτης Νοσηλευτικό προσωπικό /1,000 κάτοικοι από το 1981 έως το 1987 διαμορφώθηκε για την Ελλάδα από 2,8 σε 3,3, δηλαδή ο δείκτης αυξήθηκε κατά 0,5 γεγονός που σημαίνει μικρή αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Την καλύτερη αναλογία το 1981 καταλαμβάνει η Γαλλία με δείκτη 13,6 σε αυτά τα έξι χρόνια, ενώ το 1987 καταλαμβάνει η Ιρλανδία με δείκτη 6,5.

8.4 Συμπεράσματα έρευνας.

Μετά το 1979 έχουμε γενική μείωση των κλινών μέχρι το 1985. Η ραγδαία, όμως, και ταυτόχρονη αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού βελτίωσε την αναλογία κλίνες ανά νοσηλευτή από (4,06) το 1974 σε 2,2 το 1985 και ειδικότερα την αναλογία κλίνες ανά διπλωματούχο νοσηλευτή από (12,66) το 1974 σε 6,35 το 1985. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 8.7 την καλύτερη αναλογία κλίνες ανά νοσηλευτή

ανά υγειονομική περιφέρεια κατέχει η Ήπειρος και η Δυτική Ελλάδα. Ενώ ειδικότερα, σύμφωνα με νεότερα δεδομένα 1990-1992 ανά υγειονομική περιφέρεια στην Ελλάδα στα νοσοκομεία το ΕΣΥ η Αττική, η Κεντρική Μακεδονία, η Ήπειρος, η Δυτική Ελλάδα και η Κρήτη είναι σε πλεονεκτικότερη θέση όσο αφορά την στελέχωση σε σχέση με τη Δυτική Μακεδονία, τα νησιά του Ιονίου και του Αιγαίου, καθώς και την Πελοπόννησο, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία η Αττική και τα νησιά βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση από τις άλλες υγειονομικές περιφέρειες.

Τελειώνοντας παρατηρείται ραγδαία αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού από το 1970 έως το 1990 κατά 24,100, δηλαδή 33,7%.

Σύμφωνα με τις αναλογίες κάτοικοι /νοσηλευτές, την καλύτερη κάλυψη την έχουν οι κάτοικοι της Αττικής με 240 κατοίκους /νοσηλευτή, η οποία αναλογία φθάνει και στα επίπεδα των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ την χειρότερη κατέχει η Στερεά Ελλάδα με 969 κατοίκους /νοσηλευτή.

Είναι απαραίτητο η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα να συνεχιστεί γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό της Ελλάδος σε σχέση με τον πληθυσμό της χώρας είναι ανεπαρκές και ιδιαίτερα υπάρχει στενότητα στον αριθμό διπλωματούχων νοσοκόμων παρ' όλη την συνεχή τους αύξηση και πλειονότητα των πρακτικών νοσοκόμων που αναγκαστικά αναλαμβάνουν ευθύνες διπλωματούχων νοσηλευτών. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει έντονα μόνο στη χώρα μας και σε καμία άλλη χώρα και φυσικά σημαίνει υποβάθμιση της δημόσιας υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής καταλαμβάνουν την καλύτερη αναλογία κλίνες ανά νοσηλευτικό προσωπικό και είναι 0,53, μετά ακολουθεί η Νορβηγία με 0,95. Από τις χειρότερες αναλογίες καταλαμβάνει η Ελλάδα με 3,03 και η Γερμανία με 3,38.

Σύμφωνα, τώρα με τον πληθυσμό που αναλογεί στο δυναμικό, πάλι την καλύτερη αναλογία έχουν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με 90,2 κατοίκους ανά νοσηλευτή, η Βρετανία με 118,8 κατοίκους ανά νοσηλευτή και το Βέλγιο με 126,9 κατοίκους ανά νοσηλευτή. Αντίθετα η Ελλάδα και η Γιουγκοσλαβία παρουσιάζουν από τις χειρότερες αναλογίες. Η Ελλάδα με 491,3 κατοίκους ανά νοσηλευτή και η Γιουγκοσλαβία με 309,7 κατοίκους ανά νοσηλευτή.

Επίσης, ο δείκτης κάτοικοι ανά διπλωματούχο νοσηλευτή στην Ελλάδα είναι 1354 κάτοικοι. Η καλύτερη αναλογία είναι 144 κάτοικοι ανά διπλωματούχο νοσηλευτή στη Νορβηγία, καθώς και 149 κάτοικοι ανά διπλωματούχο νοσηλευτή στη Σουηδία. Φαίνεται ιδιαίτερα το πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα σε διπλωματούχους νοσηλευτές.

Σύμφωνα με συγκρίσεις στον δείκτη νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1,000 κατοίκους το 1981 στην Ελλάδα ο δείκτης ήταν 2,8 και το 1987

ήταν 3,3. Έτσι, παρατηρούμε μία άνοδο του δείκτη κατά 0,5 που σημαίνει ότι υπάρχει αισθητά μεγαλύτερη άνοδος του δείκτη του νοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με τον πληθυσμό της χώρας. Την καλύτερη αναλογία νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1,000 κατοίκους το 1981 καταλαμβάνει η Γαλλία, ενώ το 1987 το Βέλγιο. Φανερό είναι η πτώση του δείκτη αυτού σε διάφορες χώρες από το 1981 έως το 1987 λόγω του ότι η αύξηση του πληθυσμού ήταν μεγαλύτερη από την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η Σουηδία, η Νορβηγία και η Δανία που είναι σε αξιόλογα επίπεδα κάλυψης από νοσηλευτικό προσωπικό και παραγωγικότητα ανήκουν και οι τρεις στο Σκανδιναβικό μοντέλο με χαρακτηριστικό γνώρισμα την αυτονομία της τοπικής αυτοδιοίκησης πάνω στο σχεδιασμό οργάνωσης, δαπανών και λειτουργίας των μονάδων υγείας⁵⁰.

Ενώ, η Γερμανία, η Αυστρία και η Ελβετία ανήκουν στο μοντέλο των χωρών της Κεντρική Ευρώπης, στο οποίο η ευθύνη οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων υγείας έχει ανατεθεί στις περιφερειακές κυβερνήσεις (καντόνια στην Ελβετία, κρατίδια στην Γερμανία). Η Βρετανία μέσω των κρατικών υπηρεσιών σε συνδυασμό με την τοπική αυτοδιοίκηση προσφέρουν πλήρες κάλυψη υγείας στο βρετανικό λαό.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι οποίες έχουν καλύτερες προϋποθέσεις για την υγεία, δεν ακολουθείται ένα συγκεκριμένο μοντέλο συστήματος υγείας. Έχουν πλήθος συστημάτων και υποσυστημάτων που δεν θεωρούνται κομμάτια ενός συστήματος υγείας, αλλά πολλών, εκ των οποίων επικρατεί η ιδιωτική ασφάλεια και κάποια αποτελεσματικά κυβερνητικά προγράμματα.

Τέλος, η Ελλάδα και η Γιουγκοσλαβία, όπως φαίνεται από τα ποσοστά ανήκουν σε ένα μοντέλο σύγχυσης και αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι οι αντιλήψεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Μονάδων Υγείας εναλλάσσονται με τις αλλαγές των πολιτικών.

8.5 Προτάσεις.

Είναι γνωστό ότι οι ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα αριθμούνται ίσως περισσότερες των 20,000 χιλιάδων οργανικών θέσεων. Ταυτόχρονα, οι αναλογίες των νοσηλευτών –νοσηλευτριών ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι δυσμενείς. Το κράτος μας αδιαφόρησε για την ποσότητα και την ποιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και αυτό έχει ως συνέπεια την μείωση του ενδιαφέροντος προς το νοσηλευτικό επάγγελμα.

⁵⁰ Φώτιος Δρούμπαλης, "Σύγχρονες μονάδες Υγείας", σελ. 1-4.

Είναι απαραίτητο, λοιπόν, να επικεντρωθούμε στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας με διάφορες μεθόδους –προτάσεις που συνοψίζονται στα παρακάτω σημεία:

1. Είναι απαραίτητο να γίνει προσέλευση, εκπαίδευση και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με το κατάλληλο καταρτισμένο και σε επαρκή αριθμό νοσηλευτικό προσωπικό, με μεθόδους που ανταποκρίνονται στην ελληνική πραγματικότητα. Έτσι, είναι δυνατόν να περιορισθεί και ο ρόλος των πρακτικών νοσοκόμων που ανέλαβαν ευθύνες ανώτερες από τις δυνατότητες τους.
2. Για να υπάρξει κατάλληλο προσωπικό είναι χρήσιμο να χρηματοδοτηθούν προγράμματα ώστε να σταλούν νοσηλευτές στο εξωτερικό για μετεκπαίδευση σε σύγχρονες εξειδικεύσεις της νοσηλευτικής επιστήμης, αλλά και τις διοίκησης των νοσηλευτικών τμημάτων. Αυτό το προσωπικό θα μπορέσει να στελεχώσει τα νοσοκομεία, τις σχολές και να εκσυγχρονίσει τις διοικητικές δομές τους.
3. Για να έχουμε ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας είναι χρήσιμο να προσδιορίσουμε τις πραγματικές ανάγκες της υγείας, δηλαδή το είδος και την ποσότητα των φροντίδων που είναι απαραίτητες. Επίσης, οι στόχοι μιας υπηρεσίας πρέπει να προσδιορίζονται σύμφωνα με τις προτεραιότητες των υγειονομικών αναγκών και τις διοικητικές, οικονομικές και τεχνικές δραστηριότητες. Έτσι, είναι δυνατό να μειωθούν σημαντικά οι δαπάνες για την υγεία.
4. Είναι χρήσιμο να προβάλλουμε και να προάγουμε την σημασία της Πρωτοβάθμιας – Φροντίδας, περίθαλψης και να προωθήσουμε την πρόληψη. Έτσι, θα ανακουφίσουμε τα νοσοκομεία και την περίθαλψη το οποίο είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα.
5. Αυτό που πρέπει να συνειδητοποιήσει η χώρα μας είναι ότι η υγεία προέχει και είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ανάπτυξης σε μία χώρα (λαός υγιής –υγιή ανάπτυξη). Γι' αυτό και πρέπει το κράτος να κάνει ότι είναι δυνατό είτε νομοθετικές μισθοδοτικές τροποποιήσεις στα επαγγέλματα υγείας, είτε να αναγνωρίσει και να αναβαθμίσει τα μέλη της Ομάδας Υγείας και φυσικά να προάγει την ποιότητα. Η ποιότητα είναι το βασικότερο στοιχείο στην διοίκηση υπηρεσιών υγείας.
6. Για την διοίκηση των νοσοκομείων είναι απαραίτητη η τοποθέτηση managers ως επικεφαλής. Το μέτρο αυτό προσβάλλεται εδώ και πολλά χρόνια και αναπτύσσεται σιγά, σιγά.
7. Είναι, επίσης απαραίτητο σιγά σιγά να εκλείψει το φαινόμενο του λεγόμενου "δημοσιουπάλληλικού συνδρόμου". Αυτό είναι πλέον κυρίαρχο φαινόμενο στα νοσοκομεία μας, ιδιαίτερα επικίνδυνο σε ένα τόσο ευαίσθητο τομέα, ο οποίος έχει έντονες συνέπειες στον πολίτη –ασθενή. Πρέπει να προαχθεί το στοιχείο του εθελοντισμού

που είναι εμφανές σε όσους εργάζονται με συνέπεια χωρίς μέσα υποκίνησης από τους διοικούντες τους. Αυτό ίσως επιτευχθεί με την μετατροπή την νομικής μορφής των νοσοκομείων από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου σε κρατικές ανώνυμες εταιρείες και αυτό θα συμβάλει στην κατάργηση της νομοθετικής νομιμότητας των προσλαμβανομένων στο μέλλον υγειονομικών υπαλλήλων και θα πάψει να υπάρχει ή θα ελαχιστοποιηθεί το δημοσιοϋπαλληλικό σύνδρομο.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ο σύγχρονος ρόλος της νοσηλεύτριας, όπως έχει ήδη ειπωθεί είναι πολυσύνθετος. Αρχικά ενεργεί για τον ασθενή, εφαρμόζει επιστημονικές γνώσεις, αξιολογεί θεραπείες, προσεγγίζει τον ασθενή, επικοινωνεί μαζί του ψυχικά και πνευματικά. Όμως, στην χώρα μας οι νοσηλευτές δεν έχουν αποκτήσει την θέση που τους αρμόζει, όπως σε άλλες χώρες που αναφέραμε παραπάνω. Οι λόγοι είναι, είτε η ιεραρχική δομή στα νοσοκομεία, είτε η έλλειψη κινήτρων για να αναπτύξουν την διεκδικητικότητα στους ρόλους και στα καθήκοντα τους, τα οποία έχουν διδαχθεί και πρέπει να τα εφαρμόσουν. Αναμένεται ότι ένας επαρκής αριθμός νοσηλευτών θα συμβάλλει θετικά στην παροχή ποιοτικής φροντίδας και στην αναβάθμιση του επιπέδου υγείας.

Η αναγνώριση του σύγχρονου ρόλου της νοσηλεύτριας από την πολιτεία είναι ένα από τα κλειδιά της επίλυσης των προβλημάτων υγείας. Αυτό, όμως, δεν είναι καθόλου εύκολο. Χρειάζονται ριζικές νομοθετικές αλλαγές και μεγαλύτερη ευελιξία και κινητικότητα στην στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αξίζει να γίνουν προσπάθειες για την υγεία, γιατί προέχει και πρέπει να ξεκινήσουμε από το σημαντικότερο παράγοντα ανάπτυξης της υγείας, ο οποίος είναι το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο Βιβλιογραφία

9.1 Βιβλιογραφία

1. Αικατερίνη Καμενίδου, "Νοσηλευτική Δεοντολογία", Θεσσαλονίκη 1985.
2. Ανθούλα Γεωργάκη -Κυριακή Νάνου, "Νοσηλευτική Ι'", Αθήνα 1986.
3. Χάρης Ν. Ρούσσο, "Νοσηλευτική Ιστορική Αναδρομή", Αθήνα 1993.
4. Κυριακίδου Ελένη, "Κοινοτική Νοσηλευτική", Έκδοση Β', Αθήνα 1992.
5. Βασιλική Ανδρ. Λανάρα, "Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών", Έκδοση Ε', Αθήνα 1999.
6. Λεωνίδας Παρασκευόπουλος, "Όργάνωση και διοίκηση μονάδων υγείας", Καλαμάτα 1995.
7. Φώτιος Δρούμπαλης, " Σύγχρονες μονάδες υγείας", Καλαμάτα 1995.
8. Αχιλλέας Ραγιάς, "Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα 1991.
9. Νικόλαος Διον. Κουλουγλιώτης, "Κοινωνιολογία", (θέματα κοινωνιολογίας της υγείας για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.), Έκδοση 1995.
10. Χάρης Ν. Ρούσσο, "Μαθήματα Επαγγελματικής Νομοθεσίας στη Νοσηλευτική", Έκδοση Ε', Αθήνα 1994.
11. Νικόλαος Γιώγλου, "Αρχές Δικαίου -Νομοθεσία επαγγέλματος Νοσηλευτικής.
12. Αγγελική Παπαθανασίου Αλβάλλου, "Κοινοτική Νοσηλευτική", Έκδοση Β', Αθήνα 1991.
13. Περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τεύχος Ιανουαρίου - Φεβρουαρίου 1999, σελ. 32-39.
14. Περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τεύχος Ιουλίου - Αυγούστου 1999, σελ. 32-39.
15. Περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τεύχος Μαΐου -Ιουνίου 1999, σελ. 32-39.
16. Περιοδικό "Διοίκηση ολικής ποιότητας", Τεύχος Μαρτίου - Απριλίου 1999, σελ. 31-38.
17. Χάρης Ν. Ρούσσο, "Νομοθεσία Υγειονομική, Νοσηλευτική, Επαγγελματική", Εκδόσεις ΖΥΜΕΛ, έτος 1990.
18. Μάμας Θεόδωρου -Μάρκος Σαρρής -Σωτήρης Σούλης, "Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα", Αθήνα 1996.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Νόμος 2071/92

Άρθρο 47

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπείά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί

άλλα στοιχεία σε ειδική προς τούτο βιβλιοθήκη προς ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Θα οργανώνει ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, που θα απευθύνονται στα επαγγέλματα υγείας και σε συγγενείς επιστήμες. Θα εντείνει τη συνεργασία με παρόμοια κέντρα και παρόμοιες δραστηριότητες των χωρών της Ε.Ο.Κ., του συμβουλίου της Ευρώπης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

3. Η συγκρότηση του Συμβουλίου ενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από επιστήμονες διακριθέντες στον τομέα της υγείας, νομικούς, θρησκευτικούς λειτουργούς και γενικώς από πρόσωπα αναγνωρισμένου επιστημονικού κύρους. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα περί της λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά τη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου των νοσοκομείων, των ιδιωτικών κλινικών και του Εθνικού Συμβουλίου Ηθικής και Επιστημών Υγείας συνιστώνται στα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ., καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές, τοπικές επιτροπές ηθικής των επιστημών υγείας, με έργο τη γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής, καθώς και τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

5. Οι τοπικές επιτροπές θα είναι πενταμελείς με τριετή θητεία, θα αποτελούνται δε από επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θα ρυθμισθεί οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στη συγκρότηση και λειτουργία των τοπικών επιτροπών.

6. Τυχόν δαπάνες που θα προκύψουν για τα λειτουργικά έξοδα του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα εγκατασταθεί το κέντρο αυτό.

Άρθρο 62

Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του

κάθε νοσηλευτικό τομέα, γ) έναν (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

3. Τα μέλη των περ. β) και γ) της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΕ και ΤΕ κατηγορίας σε αντίστοιχες με τη θέση που κατέχουν, θέσεις της ΝΟ.Ε. Δικαίωμα ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η ψηφοφορία των μελών της Ε.Ν.Ε. γίνεται κατά τομέα.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟ.Ε., η συγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά εν γένει τη ΝΟ.Ε.

λιών, που παρέχει το ίδρυμα για μελέτες και έρευνα που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους και το προσωπικό.

13. Δημιουργεί ευκαιρίες και προωθεί την έρευνα στη διοίκηση, την επίβλεψη και τη νοσηλευτική άσκηση.

14. Παρέχει όλες τις ευκολίες, εφόδια και τον εξοπλισμό που απαιτούνται, προκειμένου να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί σκοποί και οι στόχοι της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

15. Συμμετέχει στο σχεδιασμό για την εισαγωγή νέων προγραμμάτων νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, καθώς και την ανάπτυξη άλλων υπηρεσιών, που έχουν σχέση με την ομαλή και αποδοτική λειτουργία της υπηρεσίας.

16. Προσυπογράφει κοινή συμφωνία με το αντίστοιχο εκπαιδευτικό ίδρυμα για την άσκηση φοιτητών/σπουδαστών νοσηλευτικής, με σκοπό την κατοχύρωση της ευθύνης και ασφάλεια των αρρώστων.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει γνωστοποιήσει τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές και καθορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς, που εκφράζουν τους σκοπούς και του ιδρύματος και κατευθύνουν το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη διατύπωση, κριτική και αναθεώρηση βασικών αρχών, καθώς και των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

β. Οι αντικειμενικοί σκοποί και οι βασικές αρχές που διατυπώθηκαν γίνονται γνωστές σε όλα τα μέλη της νοσηλευτικής υπηρεσίας και των άλλων υπηρεσιών του ιδρύματος.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία χρησιμοποιεί τους αντικειμενικούς σκοπούς και τη φιλοσοφία της σαν βάση για τη λήψη αποφάσεων.

δ. Η εκτελεστική επιτροπή της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι εξουσιοδοτημένη να επεκτείνει τους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει την αρμοδιότητα, την ευθύνη και την εξουσία για την οργάνωση και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας στο ίδρυμα.

εξασφαλίζει την ποιοτική νοσηλευτική και θεραπευτική φροντίδα των αρρώστων.

ε. Η οργάνωση προβλέπει το διορισμό καταλλήλου νοσηλευτικού προσωπικού.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5

Η νοσηλευτική υπηρεσία επιδοτείται με τα απαραίτητα κεφάλαια για την εκτέλεση του νοσηλευτικού της προγράμματος.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Ο διευθυντής των νοσηλευτικών υπηρεσιών προετοιμάζει τον οικονομικό προϋπολογισμό για τις διάφορες δαπάνες του νοσηλευτικού τομέα, που αποτελεί μέρος του προϋπολογισμού του ιδρύματος.

β. Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας χρησιμεύουν σαν βάση κατάρτισης του προϋπολογισμού.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία καταγράφει τις οικονομικές της δαπάνες, οι οποίες αναθεωρούνται και αναλύονται κάθε χρόνο.

δ. Οι άμεσες ανάγκες της νοσηλευτικής υπηρεσίας για το προσωπικό, υλικό και εξοπλισμό καθορίζονται και εκτιμούνται με οικονομικούς όρους.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6

Με την εφαρμογή των καθορισμένων κριτηρίων της νοσηλευτικής, εξασφαλίζεται η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές μελετούν και αναθεωρούν τα προγράμματα της νοσηλευτικής φροντίδας, όταν το κρίνουν απαραίτητο.

β. Ο νοσηλευτής προγραμματίζει, επιβλέπει και αξιολογεί τη νοσηλευτική φροντίδα κάθε αρρώστου.

γ. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς συντονίζεται με την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή.

δ. Οι εθνικές και θρησκευτικές διαφορές των ασθενών αναγνωρίζονται στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας και δεν επιτρέπονται οι διακρίσεις στη νοσηλεία τους, εξ αιτίας φυλής, χρώματος ή κοινωνικής θέσης.

ε. Κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, μελετάται και λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη η ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού.

στ. Ο νοσηλευτής αναθέτοντας τη νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να έχει υπόψη τις ανάγκες κάθε αρρώστου, τη δυνατότητα ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης κάθε ατόμου καθώς και την επάρκεια του υπάρχοντος προσωπικού.

ε. Ο κανονισμός εργασίας και πολιτικής του ιδρύματος δίνεται σε κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού.

στ. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στον καθορισμό πολιτικής που αφορά το προσωπικό του ιδρύματος.

ζ. Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και προώθηση του προγράμματος παρακολούθησης υγείας των εργαζομένων.

η. Οι φάκελοι που τηρούνται από τη νοσηλευτική υπηρεσία, συντονίζονται με εκείνους της υπηρεσίας προσωπικού.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9

Η νοσηλευτική υπηρεσία οργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα και κατάλληλες ευκαιρίες για την επιμόρφωση του προσωπικού.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Εκπαιδευτικά προγράμματα οργανώνονται για το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό να το καταστήσουν ικανό να αποκτήσει απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες και να το βοηθήσουν να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του ιδρύματος.

β. Για τα προγράμματα επιμόρφωσης του προσωπικού χρησιμοποιούνται διάφορες πηγές εντός και εκτός του ιδρύματος.

γ. Για κατάρτιση ή ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών στο νοσηλευτικό τομέα, επιλέγονται και ενθαρρύνονται νέα μέλη του προσωπικού.

δ. Προκαταβολικά καταρτίζονται σχέδια για την προετοιμασία προσωπικού, που έχει επιλεγεί για να ασχοληθεί ειδικά με την αναθεώρηση και εκπόνηση νέων προγραμμάτων.

ε. Μέλη του προσωπικού με δυνατότητες εξέλιξης ενθαρρύνονται να αναπτύξουν επαγγελματικά ενδιαφέροντα και δεξιότητες.

στ. Το ίδρυμα διαθέτει βιβλιοθήκη με σύγχρονα βιβλία και περιοδικά, το δε προσωπικό παροτρύνεται να τα χρησιμοποιεί.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 10

Η νοσηλευτική υπηρεσία ενεργά υποστηρίζει την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η ευθύνη του νοσηλευτή για την ευημερία των ασθενών, που είναι υπό την επίβλεψή του, αναγνωρίζεται από τα άτομα που ρυθμίζουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα.

β. Οι προϋποθέσεις παροχής υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντί-

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 13

Η νοσηλευτική υπηρεσία εισηγείται και προωθεί μελέτες, ενθαρρύνει την έρευνα στη διοίκηση, επίβλεψη και τη νοσηλευτική πράξη.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην εξεύρεση κατάλληλων πεδίων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για μελέτες και έρευνα.

β. Η εξέλιξη των μελετών και τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας είναι στη διάθεση του καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία ενσωματώνει εφαρμόσιμα ερευνητικά ευρήματα στις δικές της ανάγκες.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 14

Όλες οι τεχνικές ευκολίες, το υλικό και ο εξοπλισμός παρέχονται, ώστε να υλοποιούνται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας και η ποιοτική φροντίδα των αρρώστων.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στο σχεδιασμό νέων εγκαταστάσεων ή στη διαμόρφωση υπαρχόντων χώρων και κτιρίων.

β. Οι νοσηλευτές μελετούν με διοικητικούς προϊσταμένους και με το προσωπικό συντήρησης την επάρκεια των μέσων της νοσηλευτικής φροντίδας.

γ. Αποτελεσματικά μέτρα λαμβάνονται για τη διασφάλιση και διατήρηση μηχανημάτων, υλικού και των άλλων τεχνολογικών μέσων.

δ. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την ενημέρωσή της στις νέες τεχνολογικές προόδους, σχετικά με τον εξοπλισμό, εργαλεία, μηχανήματα και άλλα μέσα που δημοσιεύονται σε περιοδικά ή επιδεικνύονται σε συνέδρια.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 15

Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στην αναθεώρηση και το σχεδιασμό νέων προγραμμάτων φροντίδας των ασθενών και στην προέκταση των υπηρεσιών που την επηρεάζουν.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Στη νοσηλευτική υπηρεσία οι ανάγκες για προσωπικό εκτιμούνται εκ των προτέρων και τα προσόντα του προσωπικού είναι καθορισμένα.

β. Για κάθε καινούργια θέση υπάρχει περιγραφή καθηκόντων.

γ. Το σχέδιο οργάνωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες.

δ. Για το νέο προσωπικό λειτουργεί πρόγραμμα προσανατολισμού.

3. Δελτία αξιολόγησης προσωπικού



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ή Ν.Π.Δ.Δ.

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Αριθ. Πρωτ.:

Ε Ν Τ Υ Π Ο Α'

(Προσταμένων Διευθύνσεων
Τμημάτων και Γραφείων ή
ενδιαμέσου ή αντιστοίχου
επιπέδου οργανικών μονάδων)

Ε Κ Θ Ε Σ Η Α Ξ Ι Ο Λ Ο Γ Η Σ Η Σ

Χρονική περίοδος

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

(Επώνυμο με κεφαλαία)	(Όνομα)	(Πατρώνυμο)
(Κατηγορία & Κλάδος)	(Βαθμός)	(Τίτλος θέσης)

Β. ΠΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ – ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

Γ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΤΕΛΕΣΘΗΚΕ:

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Περιγράφονται οι δραστηριότητες και τα αποτελέσματα που επέτυχε και εκείνες που του ανατέθηκαν πέρα από τα κύρια καθήκοντά του):

α) Συνοπτική περιγραφή του έργου:

β) Μελέτες – άρθρα – προτάσεις – βραβεύσεις:

- 5 -

Ε. ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ (Συμπληρώνονται από τον Α' αξιολογητή βάσει πραγματικών στοιχείων)**α. Αξιολογητής:**

β. Κρίση ειδικής επιτροπής αξιολόγησης:

(Αν οι εξαιρετικές επιδόσεις γίνουν δεκτές από την ειδική επιτροπή τα κριτήρια που κατά την εκτίμηση της επιτροπής συνδέονται με τις εξαιρετικές επιδόσεις βαθμολογούνται με το βαθμό 10 άλλως δεν βαθμολογούνται καθόλου).

Α/Α	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	Βαθμός 10
1	ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ	
2	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	
3	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	
4	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	
ΣΥΝΟΛΟ		

Ημερομηνία :

Υπογραφή Προέδρου:

Όνομ/μο Προέδρου :

ΣΤ. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ

(Προτείνονται από τον Α' Αξιολογητή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
 ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ή Ν.Π.Δ.Δ.
 ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Ε Ν Τ Υ Π Ο Β'
 (Υπαλλήλων των κατηγοριών
 ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ)

Αριθ. Πρωτ.:

Ε Κ Θ Ε Σ Η Α Ξ Ι Ο Λ Ο Γ Η Σ Η Σ

Χρονική περίοδος

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

(Επώνυμο με κεφαλαία)	(Όνομα)	(Πατρώνυμο)
(Κατηγορία & Κλάδος)	(Βαθμός)	(Τίτλος θέσης)

Β. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ – ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

Γ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΤΕΛΕΣΘΗΚΕ:

(Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Περιγράφονται οι δραστηριότητες και τα αποτελέσματα που επέτυχε και εκείνες που του ανατέθηκαν πέρα από τα κύρια καθήκοντά του):

α) Συνοπτική περιγραφή του έργου:

β) Μελέτες – άρθρα – προτάσεις – βραβεύσεις:

- 5 -

Ζ. ° ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣΥΠΟΓΡΑΦΕΣΗ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Β' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ:Θ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

α/α	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	1 Απειρο- πείρα (1-10)	2 Β' Αξιο- λογητής (1-10)	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				7 Συνολικότητα βαθμο- λογίας για ετήσιας αξιολόγησης (10)
				*** Οριστική Βαθμολογία				
				3 Α' Αξιο- λογητής (1-10)	4 Α' Αξιο- λογητής (1-10)	5 Β' Αξιο- λογητής (1-10)	6 Μέσος όρος βαθμολογίας Α' ή Β' Αξιολογητή (1-10)	
1	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ							
2	ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ							
3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ							
							Γενικός μέσος όρος	ΣΥΝΟΛΟ

Ι. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΡΙΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΠΟΛΟΓΙΑ
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΙΑ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΟΝ ΕΝΣΤΑΣΗΣ
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Α' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ _____

(Όνοματεπώνυμο) (Τίτλος θέσης & Βαθμός)

(ημερομηνία)

(υπογραφή)

Β' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ _____

- * Πραγματοποιείται πριν από την αξιολόγηση, κατά την κρίση του αξιολογητή, οπωσδήποτε όμως εφόσον ζητηθεί από τον αξιολογούμενο.
- ** Τίθεται ο μέσος όρος της βαθμολογίας των επί μέρους κριτηρίων με προσέγγιση εκατοστού.
- *** Τίθεται η βαθμολογία αφού ληφθούν υπόψη τα αποτελέσματα της κρίσης της Ειδικής Επιτροπής αξιολόγησης για την ειδική απολογία και του Υπηρεσιακού Συμβουλίου για τυχόν ενστάσεις.

μπορούσε να διευκολυνθεί από τη δημιουργία περιφερειακών πολυεθνικών κέντρων με γλωσσικούς και πολιτισμικούς δεσμούς.

Η συνόδος των Υπουργών υπενθυμίζει τις πραγματοποιηθείσες εργασίες από το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Ε.Ο.Κ.

Συνιστάται στις Κυβερνήσεις των κρατών μελών

1) να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων ειδικότητας α) κλινικής νοσηλευτικής β) εκπαίδευσης γ) διαχείρισης διοίκησης

Η ειδικευση να πραγματοποιείται με πρόγραμμα πλήρους ωραρίου ή μερικής απασχόλησης και κατά προτίμηση να εντάσσονται στο πρόγραμμα οι νοσηλευτές -τριες που διαθέτουν επαρκή πείρα.

2) να επικεντρώνεται η συμπληρωματική κατάρτιση στην έρευνα σε θέματα νοσηλευτικών φροντίδων και εφαρμογής εννοιολογικών προτύπων

- η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να αναπτύσσει την ικανότητα των σπουδαστών για να αναγνωρίζουν τα ειδικά χαρακτηριστικά των διαφόρων ομάδων πελατών ασθενών λαμβάνοντας υπόψη το περιβάλλον, να ενσωματώνει τη θεωρία στην πράξη και να ενισχύει την ομαδική εργασία.

3) να χορηγείται εθνικό δίπλωμα αντιστοιχού του επιπέδου και ταρτίσης (ειδικότητας) μετά το πέρας της προβλεφθείσας περιόδου κατάρτισης με επιτυχία.

4) να πάρουν πρωτοβουλίες συνεργασίας κυρίως με γειτονικά κράτη με τα οποία έχουν γλωσσικούς και πολιτισμικούς δεσμούς για τη δημιουργία κέντρων συμπληρωματικής κατάρτισης για τις παρακάτω κατηγορίες νοσηλευτών -τριών και να λαμβάνουν υπόψη τους τα μέτρα που προτείνονται στο παρόντημα που ακολουθεί.

Παράρτημα στη Σύσταση R (83) 5

1. Ορισμοί

«1 Νοσηλεύτης -τρια άτομο με δίπλωμα βασικής κατάρτισης νοσηλεύτη και την έγκριση στη χώρα του (άδεια) να παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες – γενικές –

Η βασική κατάρτιση παρέχεται βάσει αναγνωρισμένου επίσημου προγράμματος που δίνει στέρεες βάσεις για τη νοσηλευτική άσκηση αλλά και για περαιτέρω ειδίκευση.

Στο επίπεδο αυτό της βασικής εκπαίδευσης ο υποψήφιος νοσηλεύτης προετοιμάζεται με τη μελέτη

- των επιστημών της συμπεριφοράς, της ζωής και των νοσηλευτικών φροντίδων

και με κλινική πείρα που αποκτάται με πρακτική νοσηλευτική άσκηση

για να ασκήσει αποτελεσματικά τη νοσηλευτική μέσα στα όρια ενός ρόλου παισίωσης.

Ο -η νοσηλεύτης -τρια του βασικού επιπέδου

- προβλέπει (πραγματοποιεί), παρέχει και αξιολογεί τις νοσηλευτικές φροντίδες σε όλες τις καταστάσεις (αυτιχυνεί τη νόσο, παρακολουθεί τους ασθενείς και τους αποκαθιστά) είναι μέλος ομάδας φροντίδων.

Στις χώρες όπου υπάρχουν πολλά επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού στο αμέσως ανώτερο επίπεδο μελετάται η θεωρία των νοσηλευτικών φροντίδων και η κλινική πρακτική σε συνεργασία με το -τη νοσηλεύτη -τρια της βασικής εκπαίδευσης και υπό την επίβλεψη αυτού του νοσηλεύτη γενικών φροντίδων* (Βασική εκπαίδευση - κατάρτιση Νοσηλευτών - βλ. Ευρωπαϊκή Συμφωνία για τη μόρφωση και κατάρτιση των Νοσηλευτών Συμβούλιο Ευρώπης, 25/10/1967).

* Διεύθυνση Συμβουλίου Νοσηλευτών News Release, αριθ. 6, Σεπτέμβριος 1975 (II C N/75/155/E).

2 Εκπαίδευση - κατάρτιση ειδικών νοσηλευτών
(Συμπληρωματική εκπαίδευση νοσηλευτή -τριας)

Η νοσηλευτική ειδικότητα παρέχεται στα πλαίσια επίσημου προγράμματος σε νοσηλευτές -τριες (πτυχίο βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης - γενικών φροντιδών).

α) η ειδικότητα δίνεται σε ίδρυμα ανώτερο υπό εκείνο της βασικής εκπαίδευσης π.χ. πανεπιστήμιο.

β) ο χρόνος για την εκπαίδευση στην ειδικότητα ορίζεται ετήσιος (δεν πρόκειται δηλαδή για σειρά μαθημάτων μετεκπαίδευσης ούτε για σεμινάριο).

γ) η ειδικότητα είναι επίσημα αναγνωρισμένη από το Κράτος (δηλαδή υπάρχει πτυχίο - τίτλος).

δ) έχουν προβλεφθεί ειδικά κριτήρια εισαγωγής (επιλογή) στο πρόγραμμα

ε) το διδακτικό σώμα εργάζεται με πλήρες ωράριο* (αυτό προϋποθέτει τακτική εκπαίδευση και όχι περιστασιακή)

3 «Συνεχής εκπαίδευση νοσηλευτών -τριών» **

Παρέχεται στους νοσηλευτές -τριες μετά το πέρας της βασικής εκπαίδευσης ή κάθε άλλης συμπληρωματικής εκπαίδευσης ή ειδικότητας, προς βελτίωση των πρακτικών ικανοτήτων τους. Αφορά κυρίως τις πραγματικές πρακτικές ανάγκες και την ποιότητα των φροντιδών

4 «Ίδρυμα Ανωτ. Εκπαίδευσης».

Σαν τέτοιο Ίδρυμα θεωρείται το Πανεπιστήμιο και άλλο αναγνωρισμένο ισότιμου επιπέδου ίδρυμα (πολυτεχνικό ινστιτούτο, σχολή δημόσιας υγείας κ.λπ.)

5 «Ιατρο-χειρουργικός νοσηλευτής -τρια».

Καλείται να ασχοληθεί με ασθενείς των οποίων η κατάσταση απαιτεί σχεδόν συνεχείς φροντίδες. Ασθενείς που μπορεί να πάσχουν από οξεία ή χρόνια νόσο ή έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση ή περνούν συχνά από τη μια κατάσταση στην άλλη.

* Π.Ο.Υ. de Barroff. Επιτροπή εμπειρογνομητών για νοσηλευτικές φροντίδες 1966

** Π.Ο.Υ. Ομάδα Εργασίας στη συνεχή εκπαίδευση του υγ/κου προσωπικού 1976 και 1980

(Σε ορισμένες χώρες η κατάρτιση αυτή μπορεί να επεκτείνεται στις εντατικές φροντίδες).

6. Νοσηλεύτης -τρια Α' επιπέδου.

Είναι κάτοχος διπλώματος βασικής εκπαίδευσης και άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Η βασική εκπαίδευση πραγματοποιείται βάσει αναγνωρισμένου επίσημου προγράμματος που προβλέπει

- σύνολο αναγκαίων γνώσεων για την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και

- συμπληρωματικές γνώσεις που καταλήγουν σε ειδικευση.

Στο πρώτο αυτό επίπεδο το πρόγραμμα προβλέπει

- μελέτη των επιστημών συμπεριφοράς και ζωής

- μελέτη των φροντίδων

- κλινική εμπειρία για μια αποτελεσματική πρακτική ή τη διοίκηση των φροντίδων και την προετοιμασία για υπεύθυνο ρόλο

Ο νοσηλεύτης -τρια του πρώτου επιπέδου επιφορτίζεται με τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και αξιολόγηση των φροντίδων σε όλα τα πλαίσια για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νόσων, τη θεραπεία των ασθενών και την αποκατάσταση και αποτελεί μέλος της ομάδας νοσηλείας*

7 «Νοσηλεύτης -τρια κοινότητας» (κοινοτικός νοσηλεύτης -τρια)

Απασχολείται στην κοινότητα με νοσηλευτικές υπηρεσίες που οργανώνονται γενικά εκτός νοσοκομείου. Γράφεται για πλήρεις φροντίδες σε κέντρα ή μέσα στην οικογένεια, σε άτομα όλων των ομάδων ηλικιών στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης των νόσων, της θεραπείας των ασθενών και της αποκατάστασης.

Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την αγωγή υγείας και την επίβλεψη (γενικά) με έμφαση στην αυτοθεραπεία, στις προσωπικές προσπάθειες και στον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου στην οικογένεια ή στην κοινότητα, στην εκπαίδευση των μελών και στη μεταφορά και σε άλλες υπηρεσίες υγείας, αν είναι αναγκαίο, στη συνεργασία και στο συντονισμό με τον κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό τομέα της κοινότητας, που συμβάλ-

* Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών -τριών (6N, 1975)

λουν στην γενική ανάπτυξη της κοινωνίας.

8 Διοικητικός νοσηλευτής -τρια.

Η διοίκηση των νοσηλευτικών φροντίδων συνίσταται στην επεξεργασία ή στη συμμετοχή στην επεξεργασία των αποφάσεων της γενικής πολιτικής που θα εκτελεσθούν σε χαμηλότερο επίπεδο:

9 Νοσηλευτής -τρια διαχείρισης.

Η διαχείριση των νοσηλευτικών φροντίδων περιλαμβάνει τη συμμετοχή, τον καθορισμό της γενικής πολιτικής, της οποίας η επεξεργασία έγινε σε ανώτερο επίπεδο, στην εφαρμογή της, στον καθορισμό της πολιτικής στο δικό της επίπεδο και στην οργάνωση, συντονισμό, αξιολόγηση των νοσηλευτικών φροντίδων που προσφέρονται από την ομάδα περιθαλάψης.

Νοσηλευτής -τρια πρώτου επιπέδου.

Είναι υπεύθυνος για την ποιότητα των φροντίδων που παρέχονται σε ομάδα ασθενών/πελατών σε οικογένεια με διάφορες έννοιες (ιδρύματα ή κοινότητα).

Νοσηλευτής -τρια μεσαίου επιπέδου.

Είναι υπεύθυνος για την ποιότητα των νοσηλευτικών φροντίδων σε επίπεδο νοσοκομείου, τμήματος νοσοκομείου ή κοινοτικού ιδρύματος ή γεωγραφικού τομέα. Η διευθύνουσα σχολής νοσηλευτικής θα ήταν αυτού του επιπέδου.

Νοσηλευτής -τρια διαχείρισεως ανώτερου επιπέδου.

Είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη της ποιότητας των νοσηλευτικών φροντίδων και τη διδασκαλία τους σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

10. «Ψυχιατρικός νοσηλευτής -τρια».

Οι φροντίδες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν τη διατήρηση, προαγωγή και προστασία της ψυχικής υγείας, όπως επίσης και τις φροντίδες στους ψυχοσθενείς και στους μειονεκτούντες, την αποκατάστασή τους, σε νοσοκομεία και στην κοινότητα.

11 Ειδικός κλινικός νοσηλευτής -τρια.

Είναι διπλωματούχος γενικών φροντίδων με συμπληρωματική αρμοδιότητα στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

12. Υγιεινολόγος νοσηλευτής -τρια.

Είναι διπλωματούχος στις γενικές φροντίδες με συμπληρω-

ματική αρμοδιότητα στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον.»

Συμπερασματικά στο κεφάλαιο της επαγγελματικής νομοθεσίας θα μπορούσαμε να πούμε ότι:

Η Νοσηλευτική έχει αναγνωρισθεί σαν επάγγελμα και μάλι στα ελεγχόμενο από την Πολιτεία εδώ και 75 χρόνια (1914)

Πολλοί νόμοι, διατάγματα και άλλα νομοθετικά κείμενα έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα, χωρίς όμως σημαντικό αποτέλεσμα, για το ίδιο το επάγγελμα. Το νοσηλευτικό επάγγελμα δεν προστατεύθηκε αποτελεσματικά από την Πολιτεία. Συνέπεια της μή εφαρμογής ή της χαλάρωσης εφαρμογής των νόμων υπήρξε η πλημμελής ανάπτυξη του νοσηλευτικού κλάδου στα επίπεδα εκπαίδευσης που έχουν προβλεφθεί για τις ευθύνες του. Αλλά και η σε μεγάλο βαθμό ανεξέλεγκτη άσκηση του από εμπειρικούς. Η πρόσφατη νομοθεσία για τα επαγγελματικά δικαιώματα θα έχει την ίδια τύχη με τις προηγούμενες νομοθεσίες. Και αυτό γιατί δεν υπάρχει υποδομή για τον έλεγχο εφαρμογής της επαγγελματικής νοσηλευτικής νομοθεσίας.

Η μόνη εφικτή λύση που προτείνεται είναι η ίδρυση Νοσηλευτικού Συλλόγου Ν.Π.Δ.Δ. ή η εξουσιοδότηση από την Πολιτεία ενός των υπάρχοντων επαγγελματικών συλλόγων (Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. ή Π.Ε.Δ.Ε.Υ.) να ελέγξει την άσκηση του επαγγέλματος (μητρώο ασκούντων νόμιμα, χορήγηση αδειών άσκησης, πάταξη της παράνομης άσκησης κ.λπ. και εφαρμογή της Δεοντολογίας. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν οι παρακάτω *επαγγελματικές εκκρεμότητες*.

1) Κωδικοποίηση των διατάξεων που αφορούν στο νοσηλευτικό επάγγελμα γιατί δεν γνωρίζει κανείς επακριβώς ποιες διατάξεις παλαιές ισχύουν και πώς, ενώ οι πρόσφατες διατάξεις δεν καλύπτουν όλα τα θέματα που ενδιαφέρουν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

2) Υποδομή για την εφαρμογή της επαγγελματικής νομοθεσίας.

α) μητρώο όλων των ασκούντων και τήρηση αυτού

β) υπηρεσία χορήγησης αδειών άσκησης επαγγέλματος

γ) Δεοντολογικός Κανονισμός

δ) Φορέας Ν.Π.Δ.Δ. υποχρεωτικής εγγραφής όλων των ασκούντων

ε) Σύλλογοι επαγγελματικοί, συνδικαλιστικοί για διαπραγματεύσεις προς υπογραφήν Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης

3) Συμπλήρωση της υφιστάμενης επαγγελματικής νοσηλευτικής νομοθεσίας.

4) Μισθολόγιο ειδικό για τους υπάλληλους νοσηλευτές - τριες

Από την υποδομή που προαναφέραμε τα υπό στοιχεία

α) προβλέπεται από την εμφάνιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, αλλά δεν εφαρμόζεται

β) προβλέπεται επίσης αλλά δεν εφαρμόζεται επαρκώς - συμπλήρωση νομοθετική απαιτείται για την αναθεώρηση των αδειών -

γ) δεν υπάρχει - κάποιες διατάξεις διάσπαρτες υπάρχουν που δεν γνωρίζει κανείς αν πραγματικά ισχύουν -

δ) δεν υπάρχει - είναι απόλυτη ανάγκη να υπάρξει

ε) δυνατότητες υπάρχουν αλλά κανένας Σύλλογος δεν προχωρεί

Κεφ. ΙΙΙ. Γενική δημοσιο-υπαλληλική νομοθεσία και Συνδικαλιστική νομοθεσία

Επειδή ο μεγαλύτερος αριθμός πτυχιούχων νοσηλευτών προ-
κειται να γίνουν μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι, περιλαμβάνουμε
βασικά νομοθετήματα που αφορούν στην υπαλληλική κατάστα-
ση των υπαλλήλων του δημοσίου

-1. ν.1505/1984 ΦΕΚ 194/3-12-84 τ. Α´

Αναδιάρθρωση μισθολογίου προσωπικού της δημόσιας διοική-
σης και άλλες συναφείς διατάξεις.

-άρθ 2 Μισθολογική εξέλιξη υπαλλήλων -αποσύνδεση μισθού
από βαθμό.

-παρ. 1. Το προσωπικό του άρθ 1 του νόμου αυτού (μόνιμοι και
δόκιμοι δημ. υπάλληλοι) εξελίσσεται, ανεξάρτητα από το βαθμό
που κάθε φορά έχει σε μισθολογικά κλιμάκια όπως αυτά ορι-
ζονται στο άρθ.3 του νόμου αυτού.

-παρ 2. Σε κάθε μισθολογικό κλιμάκιο αντιστοιχεί ίδιος βασικός
μισθός. Οι υπάλληλοι που έχουν το ίδιο μισθολογικό κλιμάκιο
δικαιούνται το βασικό μισθό που αντιστοιχεί σ´ αυτό, ανεξάρτη-
τα από τον κλάδο στον οποίο ανήκει η θέση τους.

-άρθ.3. Μισθολογικά κλιμάκια

1. Τα μισθολογικά κλιμάκια των υπαλλήλων των κλάδων ΑΤ, ΑΡ,
ΜΕ και ΣΕ ορίζονται σε 28.

Ο νόμος εξαντλεί στις λεπτομέρειες του το οικονομικό θέμα
των δημ. υπαλλήλων (επιδόματα, προϋπηρεσίες, υπερωρίες,
κ λπ)

-άρθ 19 παρ.1 εδάφ 1γ κατάργηση του ειδικού νοσοκομειακού
επιδόματος.