

**Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΙΣΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**



## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***Με θέμα:***

**Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**Σπουδάστριες:**  
**ΤΡΑΚΑΔΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**  
**ΚΟΥΘΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2001**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### 1.1 ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### 1.3 ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

#### 1.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

#### 1.3.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

##### 1.3.2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

##### 1.3.2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

##### 1.3.2.3 ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 1.3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

##### 1.3.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

##### 1.3.3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

##### 1.3.3.3 ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

##### 1.3.3.4 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

##### 1.3.3.5 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

### 1.4 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.2 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ»

3.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

3.2 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

3.3 ΚΥΡΙΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

3.4 ΜΟΝΙΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

3.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

4.1.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

4.1.3 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

4.1.4 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1.5 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

- 4.1.6 ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ
- 4.1.7 ΘΕΣΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ
- 4.1.8 ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
- 4.1.9 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
- 4.1.10 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
- 4.1.11 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
- 4.2 ΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΤΥΧΙΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
- 4.3 ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
- 4.4 ΤΟ ΟΡΑΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ
- 4.5 ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
- 4.6 ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
  - 4.6.1 Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΕΣΔΝΕ)
  - 4.6.2 Η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.)
  - 4.6.3 ΛΑΒΔΑ
- 4.7 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ
  - 4.7.1 ΣΚΟΠΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ Ν.Π.Δ.Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
- 4.8 21<sup>ΟΣ</sup> ΑΙΩΝΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

### 5.1 ΕΝΝΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

#### 5.1.1 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

#### 5.1.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

### 5.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

### 5.3 ΠΡΟΤΥΠΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

### 5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

#### 5.4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.4.2 ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

#### 5.4.3 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

### 5.5 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

### 6.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 6.1.1 ΠΡΩΤΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

#### 6.1.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

#### 6.1.3 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

### 6.2 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 6.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΙΣ Η.Π.Α.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

### 7.1 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

### 7.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- 7.2.1 ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
- 7.2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ
- 7.2.3 ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ
- 7.3 ΑΝΑΛΥΣΗ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

- 8.1 ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
- 8.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- 8.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
- 8.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
- 8.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>: ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ**

- 9.1 ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- 9.1.2 ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1997 ΚΑΙ 2001

- 9.1.3 ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- 9.1.4 ΟΙ ΜΙΣΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

- 9.1.5 Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥΣ

- 9.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ

- 9.2.1 ΑΡΙΘΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

- 9.2.2 ΜΙΣΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

9.2.3 ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

9.2.4 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΚΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

9.2.5 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΙΠΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ

9.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΑΠΟΨΕΙΣ- ΣΧΟΛΙΑ –ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ**

10.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

10.2 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.2.1 ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ;

10.2.2 ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΑΡΚΕΣ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ;

10.2.3 ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ ΠΑΡΑ ΤΙΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ;

10.2.4 ΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ;

10.2.5 ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΤΟΙ;

10.3 ΜΕΤΡΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΛΥΣΕΙΣ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ρυθμοί ανάπτυξης των διαφόρων χωρών δεν εξαρτώνται μόνο από τις ποσοτικές αυξήσεις κεφαλαίου και εργασίας, αλλά και από την ύπαρξη εκπαιδευμένου – εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Επειδή η εκπαιδευτική διαδικασία είναι μακρόχρονη, τα αριθμητικά μεγέθη και η σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να σχεδιάζονται και να προγραμματίζονται με κατάλληλες μεθόδους ώστε να τροφοδοτούν τον παραγωγικό τομέα της οικονομίας. Ειδικότερα, όσον αφορά το νοσηλευτικό δυναμικό, πρέπει εκτός από τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό του ολικού μεγέθους που είναι απαραίτητο για τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας, να προσδιοριστούν και να μετρηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την εκπαιδευτική διαδικασία και την στελέχωση των υπηρεσιών.

Έχει επισημανθεί επανειλημμένα τόσο σε ερευνητικές εργασίες όσο και σε επιστημονικές εκθέσεις ότι ο αριθμός και η ποιοτική στάθμη του νοσηλευτικού προσωπικού διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας όσο και ο αριθμός και η εκπαίδευση των γιατρών. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι στη χώρα μας ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι η έλλειψη επαρκούς αριθμού κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών και νοσηλευτριών. Παρόλα αυτά δεν έχει μέχρι σήμερα επιχειρηθεί ποσοτικοποίηση των αναγκών αυτών με εναλλακτικές προσεγγίσεις και αξιολόγηση των συνεπειών που θα είχε η κάλυψη του διαπιστωθέντος ελλείμματος στη ποιότητα των γενικώς παρεχομένων υπηρεσιών όπως αυτές αντανακλώνται στο κατ' εξοχήν ευαίσθητο ιατροκοινωνικό χώρο.

Ο τομέας της υγείας μεταβάλλεται παγκοσμίως και μαζί με αυτόν αλλάζει και ο ρόλος που πρέπει να διαδραματίσει η νοσηλευτική. Σε όλα τα κράτη της Ευρώπης κυριαρχεί μια ώθηση –εσωτερική και εξωτερική- των επαγγελματιών, ώστε να αγκαλιάσουν την καινούργια διάταξη για την υγεία. Ο 21<sup>ος</sup> αιώνας προσφέρει απaráμιλλες ευκαιρίες επαγγελματίες να δράσουν με έναν διαφορετικό τρόπο, από κάθε άλλη φορά.



Οι αλλαγές στον τομέα της φροντίδας υγείας, σε μεγάλο ποσοστό, ανάγκασε τα κράτη να μεταρρυθμίσουν τα συστήματά τους, ώστε να αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος, τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των καταναλωτών υγείας και τις δημογραφικές αλλαγές. Πολλά κράτη μέλη της Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ( Π.Ο.Υ.) οδεύουν προς τη νομοθέτηση μιας αυτονομίας νοσηλευτών κυρίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το υγεία για όλους, όπως το οραματίστηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), στηρίζεται σε νοσηλευτές με ένα ρόλο επαγγελματία ο οποίος δεν επικεντρώνεται μόνο στην αρρώστια αλλά και στην υγεία.

Η ύλη της παρούσης εργασίας στοχεύει στο να παρουσιάσει την νοσηλευτική ως όρο, λειτουργία, διάρθρωση, στοιχείο αγοράς εργασίας, τομέα εκπαίδευσης, θεωρία αλλά και την πραγματική εικόνα έλλειψης ή πληρότητας που προσδίδει ο δότης και λαμβάνει ο δέκτης. Στα οκτώ πρώτα κεφάλαια προσπαθήσαμε να περιγράψουμε τον όρο της νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας, κυρίως στην Ελλάδα με κάποιες αναφορές σε άλλες χώρες. Στα πλαίσια αυτού τού στόχου καταγράφονται, αναλύονται ή και σχολιάζονται οι έννοιες της νοσηλευτικής χθες, σήμερα, αύριο, το συνδικαλιστικό και θεσμικό πλαίσιο της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην Ελλάδα, η εκπαίδευση, οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των νοσηλευτών, οι αρχές και οι θεωρίες διοίκησης, προγραμματισμού, διεύθυνσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών, η συμβολή του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κάλυψη των αναγκών υγείας, οι μέθοδοι νοσηλευτικού προγραμματισμού καθώς και οι μέθοδοι μέτρησης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στο ένατο κεφάλαιο, που στηρίζεται σε στοιχεία προσωπικής έρευνας αλλά και σε καταγραφή δεδομένων από την πρότυπη υγειονομικά χώρα της Μεγάλης Βρετανίας, προσπαθεί να στηρίξει μια γενικότερη σύγκριση και έναν σχολιασμό για το επίπεδο κάλυψης, άσκησης και ικανοποίησης που προσδίδει το νοσηλευτικό επαγγελματικό καθήκον στην ελληνική κοινωνία. Η προβλεπόμενη αλλά και η υπάρχουσα στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στον ελληνικό δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, κάνει δυνατή την κατανόηση της διαφοροποίησης που υπάρχει μεταξύ του θεωρητικού και του πρακτικά εφαρμόσιμου.

Στο δέκατο και τελευταίο κεφάλαιο, προκειμένου να επιτύχουμε μια συμπερασματολογία όχι αποκλειστικά ορμώμενη από προσωπικές κρίσεις, συμπεριλαμβάνουμε συνεντεύξεις ατόμων με δυνατότητα θέσης και άποψης σε νοσηλευτικά ζητήματα. Αυτή η προσπάθεια έγινε με την λογική του να μπορέσει το συγκεκριμένο βιβλίο να δημιουργήσει την εικόνα μιας πραγματικά υπάρχουσας και καθημερινά αντιμετωπιζόμενης κοινωνικά κατάστασης. Πρόκειται για το συγγραφικό μέρος που μέσω συμπερασμάτων, εκτιμήσεων και λύσεων, δίνει τον επίλογο στην αναλυτικά εκφρασμένη παρουσίαση του εργασιακού θέματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας, όπως καταγράφεται στα επτά προηγούμενα κεφαλαιακά τμήματα.

Η συγγραφή μιας τέτοιας εργασίας αποσκοπεί στο να παρουσιάσει, κατά τον καλύτερο τρόπο, τη θέση, την κατάσταση και το επίπεδο της νοσηλευτικής στην Ελλάδα, καθώς και το κατά πόσο η οργάνωση και η διάρθρωση της ανταποκρίνονται στους οραματισμούς και τις ανάγκες που προβάλλουν οι σύγχρονες απαιτήσεις υγείας βάση των δεδομένων που θέτει ο Π.Ο.Υ..

Το νοσηλευτικό επάγγελμα, εξάλλου είναι αυτό που πρωταγωνιστεί του νέου μοντέλου υγείας και του νέου τύπου φροντίδας. Αυτή η άποψη αποτέλεσε το κίνητρο αλλά και το συμπέρασμα μελέτης, επιλογής, έρευνας και καταγραφής.

Τέλος για την συγγραφή της παρούσης εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε ευχαριστήρια σε όλους τους ανθρώπους που στήριξαν την απόφαση μας. Συγκεκριμένα οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας και στον καθηγητή μας κ. Πισιμίσση Θεόδωρο που υπήρξε τυπικός και ο ουσιαστικός άξονας σύνδεσης μεταξύ ημών και της εργασίας. . Επίσης ευχαριστούμε τον πρόεδρο της ΠΟΕΔΗΝ κ. Κουτσουμπέλη Σπύρο και τον πρόεδρο της ΑΔΕΔΥ κ. Παπασπύρου Σπύρο, οι οποίοι μας έδωσαν χρήσιμες πληροφορίες μέσα από την διαδικασία της συνέντευξης και της ενημέρωσης που δέχτηκαν με ιδιαίτερη προθυμία να μας παραχωρήσουν.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι εργασία, καθήκον και λειτούργημα σημαντικό γιατί ασχολείται με την ανθρώπινη φροντίδα. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς και ευθύνεται για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα.

Η νοσηλευτική, σύμφωνα με τις θεωρίες του Perla όπως ορίστηκαν το 1952, είναι ανθρωποκεντρική επιστήμη γιατί αφορά την υγεία και τη νόσο του ανθρώπινου είδους. Έχει εκπαιδευτική αποστολή στην κοινωνία, είναι εκπαιδευτικό μέσο, δύναμη συντελούσα στην ωρίμανση της ανθρώπινης προσωπικότητας και αποσκοπεί σε δημιουργική προσωπική και κοινωνική ζωή.

Η νοσηλευτική δεν έχει μικρές και ασήμαντες εργασίες. Όλες οι εργασίες είναι αξιόλογες και ενέχουν σπουδαιότητα εφόσον χρησιμοποιούνται για το καλό του συνανθρώπου.

Η νοσηλευτική είναι καθημερινή σύνθεση πνευματικού μεγαλείου συμπορευόμενο με την τραγωδία του πόνου και της θλίψης της ζωής αλλά και μάχη για την αντιμετώπιση του μυστηρίου του θανάτου.

Τι συμβαίνει όμως σήμερα; Πως είναι δυνατόν να αναβαθμίζεται η νοσηλευτική σε επιστημονικό επάγγελμα αλλά και να υφίσταται υποβιβασμό;

Το υψηλό οικονομικό κόστος της υγειονομικής φροντίδας, η μεταβολή της νοσοκομειακής περίθαλψης, το δημογραφικό πρόβλημα, ένα χαμηλό κοινωνικό γόητρο του νοσηλευτή, οι χαμηλές αμοιβές, τα πολλαπλά επίπεδα εκπαίδευσης είναι αιτίες που επιδρούν στην ποσοτική και ποιοτική διάρθρωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, στην ελλιπή παρουσία αποτελεσματικών επιλογών αλλά και την δυσκολία επίτευξης μιας υγείας για όλους.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας η νοσηλευτική είναι υποσύστημα φροντίδας με ίδια χαρακτηριστικά και δική του εσωτερική φιλοσοφία. Θεωρητικά η φιλοσοφία αυτή έχει μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη υγεία και την ασθένεια. Ουσιαστικά όμως η πλειοψηφία των νοσηλευτών έχει μια νοσοκεντρική προσέγγιση στον άνθρωπο, έχει ως σημείο αναφοράς τη νόσο και όχι την υγεία. Η λέξη νοσοκόμος έχει σαν ρίζα την λέξη « νόσος », στοιχείο που δίνει το δικό του στίγμα στην όλη επαγγελματική ταυτότητα και στην αντίληψη του κοινωνικού περιγύρου για αυτόν τον κοινωνικό ρόλο.

Τα στοιχεία των δύο παραπάνω παραγράφων κάνουν προβληματική την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη χώρα μας και εγείρουν ερωτηματικά, επιστημονικό και κοινωνικό προβληματισμό για το τι θα συμβάλλει στη θετική ποιοτική και ποσοτική πορεία της νοσηλευτικής στη χώρα μας.

Στόχος μας η παρουσία του ιδεατού, η καταγραφή του πραγματικού, η εμφάνιση συγκρίσεων, συμπερασμάτων, απόψεων, κρίσεων αλλά και η δυνατότητα μιας αισιόδοξης αντιμετώπισης ενός υπαρκτού προβληματισμού.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η νοσηλευτική έχει οικουμενική αποστολή, είναι πάνω από εθνικότητα, φυλή θρησκευτική πεποίθηση, χρώμα, φύλο, ηλικία, πολιτική και κοινωνική πεποίθηση. Είναι η διατήρηση της υγείας συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας υγιών παιδιών και ενηλίκων, η αγωγή της ψυχής και του σώματος, η υγειονομική διαπαιδαγώγηση, η νοσηλεία του ασθενούς αλλά και φροντίδα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς. Η νοσηλευτική είναι η φροντίδα της υγείας της κοινωνίας, της οικογένειας και του ατόμου. ( National League of Nursing Education, 1937) ·

### 1.1 ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής που εφαρμόζεται στα διάφορα Υγειονομικά Ιδρύματα ποικίλλει, αγαλόγως του είδους του οργανισμού, των νοσηλευομένων ασθενών, των εξυπηρετούμενων ατόμων της κοινότητας κ.λ.π. Εντούτοις, όλες οι απόψεις αντανακλούν τον σεβασμό στην αξία και την αξιοπρέπεια των υπηρετούμενων ατόμων ενώ τονίζουν την υποχρέωση για την παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Ορισμένοι νοσηλευτικοί οργανισμοί τονίζουν ότι σκοπός της νοσηλευτικής είναι η εξυπηρέτηση των ποικίλων αναγκών του ασθενούς- σωματικών, κοινωνικών, ψυχικών, συναισθηματικών, πνευματικών και οικονομικών. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής είναι υπεύθυνη για την παροχή ανώτερης ποιοτικά νοσηλείας στους ασθενείς. Η έννοια της νοσηλείας ανώτερης ποιότητας είναι : Η δημιουργία θεραπευτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος εντός του οποίου

επισημαίνονται οι κοινωνικές, οι φυσικές και οι ψυχολογικές ανάγκες κάθε ασθενούς, η θεραπεία και η αποκατάσταση αυτού δια των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων.

Ο κανονισμός του Ψυχιατρικού Ινστιτούτου του Illinois συνοψίζει την νοσηλευτική φιλοσοφία ως εξής:

Ο άνθρωπος είναι ένα συγκροτημένο βιολογικό, ψυχολογικό, διανοητικό και κοινωνικό όν του οποίου οι εμπειρίες του αποτελούν μέρος της ύπαρξής του.

Ο άνθρωπος διέρχεται από διάφορες φάσεις ανάπτυξης προς την κατεύθυνση της ωριμότητας και της προσωπικής συγκρότησης.

Ο άνθρωπος δεν δύναται να ζήσει μόνος. Ό,τι έχει λάβει κατά την γέννηση του το επαυξάνει με την επαφή του και την επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους.

Ο άνθρωπος έχει έμφυτη την επιθυμία να ζήσει την ζωή στην πληρότητα της.

Όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται την ανάγκη να συνδέονται με τους άλλους ανθρώπους.

Κάθε άτομο είναι χωριστό και μοναδικό όν και υπεύθυνο για τον εαυτό του.

Η συμπεριφορά έχει πάντοτε νόημα και πρέπει να κατανοείται.

Το άγχος μπορεί να είναι κινητήριο ή αναχαιτίζουσα δύναμη για την πρόοδο.

Οι παραπάνω απόψεις συνιστούν την θεωρία της Νοσηλευτικής, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την άσκηση της νοσηλείας και την κατανόηση του ασθενούς.

Ο θεωρητικός προσανατολισμός των νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου περιγράφεται με τις εξής αρχές και απόψεις:

- Η νοσηλεία είναι τέχνη και επιστήμη.
- Η υγεία του ασθενούς επιτυγχάνεται μέσω υπηρεσιών βασιζόμενων σε όλες τις ανθρώπινες ανάγκες.

- Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Σκοπός της νοσηλευτικής είναι η παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλείας και η προστασία των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και του σεβασμού κάθε ασθενούς.

Η θεωρία της νοσηλευτικής εκφράζεται και μέσω δηλώσεων διαφόρων προσωπικών απόψεων και πεπειθήσεων.

Η Harmer γράφει: Η νοσηλευτική έχει τις ρίζες της στις ανάγκες της ανθρωπότητας και θεμελιώνεται με την αρχή της διακονίας. Σκοπός της δεν είναι μόνο να θεραπεύσει τον ασθενή και τραυματία, αλλά να φέρει υγεία και άνεση, ανάπαυση και ανακούφιση στη ψύχη και το σώμα, να προσφέρει καταφύγιο, τροφή, προστασία και διακονία σε όλους τους ανάπηρους και αβοήθητους, νέους και υπερήλικες. Η Νοσηλευτική, επομένως συνεργάζεται με όλους τους κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδιώκουν την πρόληψη της νόσου και την διατήρηση της υγείας. Η αδελφή δεν ασχολείται μόνο με την νοσηλευτική φροντίδα του ατόμου, αλλά και με την υγεία ολόκληρου του λαού.

Η McManous χαρακτηρίζει την νοσηλευτική, τέχνη και επιστήμη, στην οποία κυριαρχεί το ιδεώδες της προσφοράς και ασχολείται εξίσου με την πρόληψη της νόσου και την διατήρηση της υγείας. Πλήρης νοσηλεία περιλαμβάνει το όλον πρόσωπο δηλαδή την σωματική, πνευματική και ψυχική του ευημερία.

Η Abdallah περιγράφει τη νοσηλευτική ως υπηρεσία σε άτομα και οικογένειες, στηριζόμενη σε μια τέχνη και επιστήμη που μορφώνει ψυχικώς, διανοητικώς και τεχνικώς την αδελφή. Κατά αυτό τον τρόπο η αδελφή αναπτύσσει την ικανότητα να βοηθάει τους ανθρώπους, ασθενείς ή υγιείς, στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας τους.

Η Johnson εκλαμβάνει την νοσηλεία ως έργο το οποίο παρέχεται εις άτομα ή ομάδες ανθρώπων που βρίσκονται σε κατάσταση stress, λόγω διαταραχής της υγείας τους. σκοπός της νοσηλείας είναι η ανακούφιση της έντασης και των νοσηρών συμπτωμάτων για την αποκατάσταση ή διατήρηση της ισορροπίας του ανθρώπου. Η ίδια συγγραφέας τονίζει ότι η Αδελφή επεμβαίνει σε καταστάσεις stress ή έντασης για να ελαττώσει τα δυσμενή ερεθίσματα του ασθενή και να του αναπτύξει μηχανισμούς

άμυνας, δημιουργώντας ένα κατάλληλο περιβάλλον και παρέχοντας υποστήριξη.

Η Wiedenbach θεωρεί τρεις ιδέες βασικές για την φιλοσοφία της νοσηλευτικής :

- 1) Δέος για το δώρο της ζωής,
- 2) σεβασμό προς την αξία, την αξιοπρέπεια και την ατομικότητα κάθε ανθρώπου και
- 3) αποφασιστικότητα για να ενεργεί κανείς δυναμικά και σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του.

Η Henderson αναγνωρίζει την μοναδικότητα του νοσηλευτικού έργου κατά την εξής έννοια : Η αδελφή βοηθάει τον άνθρωπο, ασθενή ή υγιή, με την εκτέλεση ενεργειών οι οποίες συντελούν στην υγεία ή την ανάρρωση ή στον ειρηνικό θάνατο. Ενέργειες τις οποίες θα έπραττε το άτομο, χωρίς βοήθεια, αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση. η αδελφή θα πρέπει να ενεργεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία από την παρεχόμενη βοήθεια όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Η Rogers περιγράφει την νοσηλευτική επιστήμη ως ανθρωπιστική επιστήμη αφιερωμένη στο φιλεúσπλαχνο ενδιαφέρον για την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την πρόνοια για την αποκατάσταση του ασθενούς. Στηρίζει την άποψη στο ότι ο άνθρωπος είναι ένα ενιαίο σύνολο, σύστημα, ο οποίος δεν είναι δυνατόν να ερμηνευθεί με την γνώση των επί μέρους τμημάτων του.

Η Lambersten γράφει: Η Νοσηλευτική είναι δυναμικό, θεραπευτικό και εκπαιδευτικό λειτούργημα, το οποίον αντιμετωπίζει τις ανάγκες υγείας της κοινωνίας. Η νοσηλεία αποτελεί ουσιώδη κοινωνική υπηρεσία.

Για να συνοψίσουμε την νοσηλευτική θεωρία θα μπορούσαμε να πούμε ότι η νοσηλεία αποτελεί ουσιώδη κοινωνική προσφορά και επηρεάζει ταυτόχρονα τον νοσηλευτή/τρια και τον νοσηλευόμενο. Οι αδελφές εκλαμβάνουν την υγεία ως βασικό δικαίωμα του ανθρώπου όλων των κοινωνικών τάξεων χωρίς καμία διάκριση. Επίσης, η νοσηλευτική είναι υπηρεσία η οποία καλύπτει τις ανθρώπινες ανάγκες για φροντίδα, ασφάλεια και κατανόηση με την αναγνώριση, την ανακούφιση και την



θεραπεία. Η νοσηλευτική αναγνωρίζει και διατηρεί την ατομικότητα κάθε ασθενούς, την ακεραιότητα του ως προσώπου, την ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση. Τέλος, η νοσηλευτική σε συνεργασία με τους άλλους κλάδους της Υγιεινής, συμβάλλει στη βελτίωση της κοινωνίας μέσα από την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των πολιτών. (Λαναρά 1977)

## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Ιπποκράτης δεν έθεσε μόνο τα θεμέλια της επιστημονικής Ιατρικής, αλλά επέδειξε χαρακτηριστικό ενδιαφέρον για την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή. Δίδαξε την νοσηλεία και τόνισε την σπουδαιότητα της, ειδικότερα για τους κληήρεις ασθενείς. Στα συγγράμματά του, η τεχνική την οποία σήμερα αποκαλούμε νοσηλευτική, διδάσκεται με κάθε λεπτομέρεια. Πλην των διαφόρων νοσηλειών, ιδιαίτερος τονίζεται η δίαιτα, ο καθαρός αέρας, η φυσική άσκηση και άλλα μέτρα υγιεινής.

Ο Ιπποκράτης αφαίρεσε από τους δούλους την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς και την ανέθεσε στους σπουδαστές της Ιατρικής. Η Hurd-Mead σημειώνει, ότι ο Ιπποκράτης είχε ιδρύσει σχολές στις οποίες οι γυναίκες σπούδαζαν μαιευτική και γυναικολογία. Η Stewart αναφέρει ότι κατά την εποχή του Ιπποκράτη πολλά από τα καθήκοντα, τα οποία σήμερα αποκαλούμε νοσηλευτικά, συμπεριλαμβάνονταν στην εργασία των γυναικών-ιατρών, όπως επίσης και των ανδρών-ιατρών.

Συνοπτικά μπορεί να ειπωθεί ότι στην Κλασσική Ελλάδα απορρέουν οι εξής νοσηλευτικές αξίες :

- α. Θεώρηση του ασθενή ως ενιαίου προσώπου κατά την νοσηλεία του και όχι θεραπεία μεμονωμένων οργάνων.
- β. Θεραπεία του όχι μόνο του σώματος αλλά και της ψυχής.
- γ. Συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειας του με ελεύθερη βούληση στο προγραμματισμό της νοσηλείας.

Κατά την Βυζαντινή περίοδο ο Χριστιανισμός δημιούργησε ένα νέο πνευματικό κλίμα, ιδιαίτερα ευνοϊκό για την ανάπτυξη της

Νοσηλευτικής. Η αγάπη και η διακονία προς τους συνανθρώπους ήταν κυρίαρχη αξία στην Βυζαντινή κοινωνία. Η Νοσηλευτική ως έκφραση αγάπης αναπτύχθηκε από την Χριστιανική θρησκεία στο Βυζάντιο όπου εντός της περιοχής των Μονών βρίσκουμε τα πρώτα οργανωμένα Νοσοκομεία, που ιδρύθηκαν από τους Πατέρες της Εκκλησίας. Η νοσηλευτική φροντίδα, ως επί τον πλείστον, ήταν έργο των Μοναχών, ανδρών και γυναικών και υπό την έμπνευση της Χριστιανικής πίστης εξέφραζε την εφαρμοσμένη εκδήλωση της αγάπης και της αφιέρωσής τους στο Θεό. Με βάση τα παραπάνω, η Νοσηλευτική αναδείχθηκε ως η υψηλότερη αποστολή και ιερή διακονία, και αποτελεί για τους Νοσηλευτές και τις Νοσηλεύτριες «τρόπον θεωρίας» του Θεού.

Οι νοσηλευτικές γνώσεις της Βυζαντινής περιόδου εξαπλώθηκαν στη δυτική Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο, σε σημείο τέτοιο ώστε η κοινωνική θέση της Νοσηλευτικής να εξυψωθεί και η πνευματική θεμελίωση του έργου της να προβληθεί κατά την βυζαντινή περίοδο. Από τότε η Νοσηλευτική επεκτάθηκε και εξελίχθηκε ως επιστήμη και ως βιοποριστικό έργο, το οποίο ασκείται από νοσηλευτές, οι οποίοι δεν απαιτείται να έχουν απολύτως θρησκευτικό προσανατολισμό.

Εντούτοις, υπάρχουν και σήμερα θρησκευτικά τάγματα αδελφών, οι οποίες ασκούν τη νοσηλεία ως μέσο αφιέρωσης στο Θεό. Η σύγχρονη νοσηλευτική συνεχίζει να αντλεί από την Χριστιανική Θρησκεία το πνεύμα της, τη φιλοσοφία της και τις κυριαρχικές της αξίες. (Λαναρά 1977)

Η Χριστιανική αγάπη αποτελεί το θεμέλιο λίθο της Νοσηλευτικής και της προσδίδει πνευματικό προσανατολισμό. Η επιστημονική ανάπτυξη όμως ήταν απαραίτητη εφόσον η Νοσηλευτική έπρεπε να συμβαδίσει με την πρόοδο της Ιατρικής και της τεχνολογίας των καιρών και να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας. Μια μεγάλη Αδερφή ένας άνθρωπος με Χριστιανική πίστη, αποφασιστικότητα, ευρεία μόρφωση και διορατικότητα, που ανταποκρίθηκε στην μεγάλη πρόκληση της εποχής ήταν η Florence Nightingale (1820-1910).

Η Florence Nightingale κατάφερε να υπολογίσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των Άγγλων στρατιωτών και όλων των εμπλεκέντων στον Κριμαϊκό πόλεμο, ανταποκρίθηκε στην επείγουσα ανάγκη για την αποτελεσματική οργάνωση στρατιωτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών και αναγνωρίσθηκε από την κοινωνία ως η μεγαλύτερη μορφή

της Νοσηλευτικής εποχής. Είδε την νοσηλευτική εκπαίδευση ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της επιστημονικής Νοσηλευτικής και εγκαινίασε την περίοδο της νεωτέρας επιστημονικής Νοσηλευτικής με την ίδρυση της πρώτης επίσημης Σχολής Αδελφών στο Λονδίνο.

Τα γραπτά της Florence Nightingale αντικατοπτρίζουν τις φιλοσοφικές της απόψεις. Τονίζει την σπουδαιότητα του σεβασμού των ατομικών διαφορών των ασθενών και την σημασία της εξατομικευμένης φροντίδας. Γράφει η Florence Nightingale: « Η Αδερφή οφείλει να διακρίνει την ιδιοσυγκρασία των ασθενών. Ένας ασθενής προτιμά να περνά τον πόνο του μόνος και να έχει μικρή φροντίδα. Άλλος επιθυμεί να έχει διαρκή περιποίηση, συμπάθεια και συνεχή παρουσία κάποιου προσώπου στο πλευρό του. Η Αδερφή οφείλει να αναγνωρίζει και τους δύο περιπτώσεις και να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών της.»

Σε ένα σημείο η Nightingale επισημαίνει τα προσόντα και την ακεραιότητα της Αδερφής, ως επίσης και την ευαισθησία αυτής έναντι στους πάσχοντες: «Κάθε αδελφή οφείλει να εμπνέει την εμπιστοσύνη στους άλλους, δηλ. να είναι αξιόπιστη Αδελφή... εγκρατής και τίμια πέραν τούτου οφείλει να πιστεύει στο Θεό και να είναι αφοσιωμένη στο καθήκον της διότι το πολυτιμότερο δώρο του Θεού, η ζωή του ανθρώπου, κυριολεκτικά βρίσκεται στα χέρια της...Πρέπει επίσης η αδερφή να έχει λεπτά και ευγενή αισθήματα.» (Λαναρά 1972)

Αργότερα η Florence Nightingale ομιλεί περί «ηρωικών αρετών» της Νοσηλευτικής όπως: «Καθήκον, Αγάπη, Αγαθότητα και γράφει: Θέλεις να είσαι ήρωας στο καθημερινό σου έργο; ... όσοι γνωρίζουμε την ζωή μπορούμε να σου προσφέρουμε ένα ινσιπούτο για την μόρφωσή σου, άλλα από σένα εξαρτάται να διαθέτεις το ηρωικό πνεύμα κατά την άσκηση του καθήκοντος σου με όλη σου την επιμέλεια. Αφού χωρίς το ηρωικό πνεύμα η εκπαίδευση της αδερφής και οι Σχολές Αδελφών είναι έδεσμα άνευ άλατος».

Αξίζει να σημειωθεί, η Florence Nightingale εκλαμβάνει την αδερφή ως ηρωίδα κατά την καθημερινή άσκηση του έργου της. Σε ένα σημείο περιγράφει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της «εκπαιδευμένης» αδερφής ως ακολούθως:

- Η αδερφή πρέπει να διαθέτει μεθοδικότητα, αυτοθυσία, άγρυπνη δραστηριότητα, αγάπη για την εργασία και αφοσίωση στο καθήκον της.
- Να έχει το θάρρος και την ψυχραιμία του στρατιώτη, την τρυφερότητα της μητέρας, να είναι απαλλαγμένη από την αλαζονεία (δηλ. ουδέποτε να πιστεύει ότι έφθασε στην τελειότητα ή ότι δεν υπάρχει κάτι καλύτερο).
- Να δείχνει τρισδιάστατο ενδιαφέρον προς την εργασία της: επιστημονικό, ανθρωπιστικό και νοσηλευτικό. Επιστημονικό ενδιαφέρον για την περίπτωση της νόσου, ενδιαφέρον με αγάπη για τον ασθενή, πρακτικό ενδιαφέρον για την φροντίδα και την θεραπεία του ασθενούς.
- Πρέπει να πιστεύει, ότι χρέος της αδερφής είναι η περίθαλψη των ασθενών.

Η φιλοσοφία της Florence Nightingale είναι σύνθεση της αρχαίας Ελληνικής και της Χριστιανικής σκέψεως, καθώς και σύγχρονων φιλοσοφικών ιδεών. Είναι γνωστό δε το ενδιαφέρον της για τα κοινωνικά προβλήματα της εποχής της. Θεωρεί την πολιτική ισότητα ως μέγιστο παράγοντα για την καταπολέμηση των κοινωνικών σφαλμάτων. Γράφει: *«Είμαι πεπεισμένη, ότι η πολιτική δύναμη αποτελεί μέγιστο μέσον, το οποίο δύναται να χρησιμοποιηθεί για την ευημερία του ανθρώπου. Επομένως, δεν επιδοκιμάζω τις γυναίκες εκείνες, οι οποίες παραιτούνται της κοινωνικής ευθύνης τους ούτε τους άνδρες εκείνους που αποκλείουν τις γυναίκες από την άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων τους. Μέχρι την, στιγμή, κατά την οποία οι γυναίκες θα ασκούν τα πολιτικά τους δικαιώματα κατά τρόπον ελεύθερον και ορθό, είμαι πεπεισμένη, ότι τα κοινωνικά προβλήματα ουδέποτε θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικώς».*( Λαναρά 1972)

## 1.3 ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Στην αρχική έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης για την Υγεία, που δημοσιεύθηκε το 1950, η νοσηλευτική ασκείται με τις ακόλουθες λειτουργίες:

α) Διεκπεραίωση του θεραπευτικού προγράμματος, που σχεδιάστηκε από τους γιατρούς, για τους ασθενείς. Συμπεριλαμβάνονται και οι προσωπικές υπηρεσίες που έχουν σκοπό την υγιεινή και την άνεση.

β) Διατήρηση του ψυχικού και φυσικού περιβάλλοντος του ασθενούς με σκοπό τη

συμβολή στην ανάρρωση και την υγεία.

γ) Προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς και της οικογένειας του στην ανάρρωση και την αποκατάσταση.

δ) Εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα προαγωγής της υγείας. .

στ) Ισότιμη συνεργασία του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας και με ομάδες της κοινότητας. ([www.who.dk/document/e73039pdf](http://www.who.dk/document/e73039pdf) )

Με την πάροδο του χρόνου μειώθηκε η έμφαση στην αντιμετώπιση της ασθένειας και οι ενέργειες των νοσηλευτών αλλά και της γενικότερης ομάδας υγείας επικεντρώθηκαν στον ασθενή ως άτομο. Η προσέγγιση αυτή γίνεται ανάλογα με τις ψυχοκοινωνικές του και πνευματικές του ανάγκες. Παράλληλα δημιουργήθηκε η δυνατότητα της επιλογής της θεραπείας από τον ασθενή αφού προηγουμένως έχει προετοιμαστεί κατάλληλα αυτός και οι συγγενείς του.

Στην ομάδα υγείας ο γιατρός έχει την ευθύνη για τη διάγνωση και την θεραπεία ενώ ο νοσηλευτής έχει την ευθύνη της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον πάσχοντα άνθρωπο. Ειδικότερα ο νοσηλευτής ανώτερης εκπαίδευσης ενεργεί για λογαριασμό του πάσχοντα, εφαρμόζει τις επιστημονικές του γνώσεις με υπευθυνότητα, ικανότητα και σωστή κρίση, συγκεντρώνει στοιχεία για τον προσδιορισμό του νοσηλευτικού προβλήματος και σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί την θεραπεία που

επιλέχθηκε από τον γιατρό.( Λαναρά 1985). Το νοσηλευτικό έργο μπορεί να ασκείται

- στα νοσηλευτικά ιδρύματα στα πλαίσια και υπό την εποπτεία της νοσηλευτικής υπηρεσίας
- με την μορφή κοινοτικής νοσηλευτικής
- ως φροντίδα στο σπίτι ή αλλιώς κατ' οίκον νοσηλεία.

### **1.3.1 Νοσηλευτικό έργο στα νοσηλευτικά ιδρύματα**

Στα νοσηλευτικά ιδρύματα το έργο των νοσηλευτών είναι σαφέστατα καθορισμένο και συνοψίζεται στην αναγνώριση των βασικών συμπτωμάτων και την παροχή των πρώτων βοηθειών σε επείγουσες περιπτώσεις, στο χειρισμό του τεχνολογικού εξοπλισμού των νοσοκομείων, καθώς και στην παροχή συμβουλών και πληροφοριών στον ασθενή και την οικογένεια του όσον αφορά την διάγνωση της νόσου και τη θεραπεία που ακολουθείται. Επιπλέον ο νοσηλευτής στα νοσοκομεία μπορεί ( με την σύμφωνη γνώμη του γιατρού), να παίρνει το ιστορικό, να συνταγογραφεί και να επεξηγεί απλές εργαστηριακές εξετάσεις που υπέδειξε ο γιατρός , να αναλύει τρόπους αποκατάστασης ασθενούς και να εκφέρει γνώμη για φάρμακα που δίδονται στον ασθενή. Μετά τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ( Π.Ο.Υ.) σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη το 1978, δημιουργήθηκε η ανάγκη για μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη. Τα νοσηλευτικά καθήκοντα διευρύνθηκαν σημαντικά για να περιλάβουν την προληπτική φροντίδα σε σχέση με το περιβάλλον. ([www.who.dk/document/e70876](http://www.who.dk/document/e70876)).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο γιατί συνδέουν την παραδοσιακή ιατρική και τις καινούργιες υπηρεσίες υγείας προκειμένου να επιτύχουν αποτελεσματική πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντικές είναι οι νοσηλευτικές δραστηριότητες σε πλαίσιο πρωτοβάθμιας υγείας και κυρίως η πρόληψη και η διαφώτιση του πληθυσμού με σκοπό την προαγωγή της υγείας.

Οι νοσηλευτές, κυρίως ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, αναλαμβάνουν την λήψη ιστορικού του πάσχοντα, διενεργούν εμβολιασμούς, διαφωτίζουν τον πληθυσμό σε θέματα πρόληψης, παρέχουν πρώτες βοήθειες, συμμετέχουν στον οικογενειακό προγραμματισμό, παρακολουθούν και εκτελούν φυσικό τοκετό. ( Λαναρά 1985)

Οι υπηρεσίες υγείας στα περιστατικά χρόνια νοσηλείας έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν συμπτωματική θεραπεία, διατήρηση και αποκατάσταση. Το νοσηλευτικό έργο σε αυτή τη μορφή νοσηλείας συνοψίζεται στην παροχή νοσηλείας με ασκήσεις και φαρμακευτική αγωγή, στην παρατήρηση των αντιδράσεων των ασθενών και στην επισήμανση νέων συμπτωμάτων του ασθενή, τα οποία ο νοσηλευτής αναφέρει στο γιατρό και αυτός κάνει τις αναγκαίες αλλαγές στη θεραπεία. Ακόμα ο νοσηλευτής μακράς θεραπείας μπορεί να εκφέρει γνώμη για τα φάρμακα και να εκτελεί συνταγογράφηση απλών εργαστηριακών εξετάσεων, να τις επεξηγεί και να τις διδάσκει στον ασθενή και την οικογένειά του προκειμένου να τις συνεχίσει στο σπίτι. ( Ανδριώτη 1989)

### **1.3.2 Κοινωνική νοσηλευτική**

#### **1.3.2.1 Τι είναι η κοινωνική νοσηλευτική**

Τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια ο τομέας της υγείας γνώρισε σε παγκόσμιο επίπεδο μια εκ βαθέων αλλαγή στον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Ο αναπροσανατολισμός αυτός έχει τις ρίζες του στη διακήρυξη της Alma-Ata, η οποία διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1978, στην οποία σημείο αναφοράς αποτελεί το μήνυμα "υγεία για όλους το 2000". Καρπός του αναπροσανατολισμού αυτού υπήρξε μια σταδιακή μεταρρύθμιση στη φροντίδα υγείας, η οποία συνίσταται στη μεταφορά της συγκέντρωσης πόρων για την υγεία από το περιβάλλον του νοσοκομείου στο χώρο της κοινότητας. Έτσι η κοινότητα κατέλαβε κεντρική θέση στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας αλλά και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία προσδιορίστηκε στην Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης ως το μέσο για την κατάκτηση της υγείας για όλους 2000.

Ο ορισμός που διατυπώθηκε το έτος 1978 για την πρωτοβάθμια υγεία ήταν ο εξής: «η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μία βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, οι οποίες εφαρμόζονται με ανάλογες μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμιστεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στα πλαίσια της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης.»

Η θέση της νοσηλευτικής σε όλα τα παραπάνω κρίνεται ως κάτι παραπάνω από σημαντική καθώς επίσημοι διεθνείς και ευρωπαϊκοί υγειονομικοί οργανισμοί και ιδιαίτερα ο ΠΟΥ ζητούν από αυτή να αναπτύξει ηγετικό ρόλο και να αναλάβει πρωτοβουλίες για την προώθηση του στόχου της Alma-Ata, κυρίως στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έχοντας ως πυρήνα την φροντίδα, εμπλέκεται στη φροντίδα υγείας ατόμων, οικογενειών και κοινότητας περισσότερο από άλλους υγειονομικούς κλάδους διότι διαχρονικά δείχνει ευαισθησία για τα κοινωνικά αίτια που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων, διατηρεί άμεση και συνεχή επαφή με τον πληθυσμό και συνήθως αποτελεί τον κύριο συνδετικό κρίκο μεταξύ ατόμων και οικογενειών και του συστήματος υγείας.

Κατά συνέπεια τα κύρια επίπεδα εφαρμογής της νοσηλευτικής δεν διαφέρουν από τα αντίστοιχα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στα οποία ανήκουν η πρόληψη, η αγωγή υγείας και η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Συνεπώς η θέση της νοσηλευτικής στην κοινότητα είναι απαραίτητη και με την προϋπόθεση αυτή η ενημέρωση γύρω από το πεδίο της κοινοτικής νοσηλευτικής κρίνεται θεμελιώδης.

Η άσκηση της νοσηλευτικής έξω από το χώρο του νοσοκομείου έχει σε μερικές χώρες ιστορία πολλών δεκαετιών. Στη Μ. Βρετανία συμβαδίζει σχεδόν με την εμφάνιση της νοσηλευτικής ως επαγγέλματος. Ήδη από τον προηγούμενο αιώνα υπήρχαν στη χώρα αυτή νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε εργοστάσια και σχολεία ή απασχολούμενες στην κατ'οίκον φροντίδα των ασθενών, ενώ στα τέλη του ίδιου αιώνα πραγματοποιήθηκε η ίδρυση μιας υπηρεσίας επισκεπτριών υγείας, με σκοπό την προαγωγή της υγείας των νηπίων και των μικρών παιδιών, μέσο της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των μητέρων.



Για άλλα ευρωπαϊκά κράτη όπως το Βέλγιο, η Δανία, η Ιρλανδία, και η Ολλανδία, αναφέρεται η ύπαρξη μακράς παράδοσης στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως η παρεχόμενη φροντίδα δεν είχε καθολικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι δεν απευθυνόταν στο σύνολο του πληθυσμού σε ανάγκη και αυτό επειδή οι προσφερόμενες υπηρεσίες αποτελούσαν πρωτοβουλία φιλανθρωπικών φορέων, χωρίς κρατική ανάμιξη.

Η θεσμοθέτηση της παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσα από την εφαρμογή του εθνικού συστήματος υγείας. Στην Μ. Βρετανία η κοινοτική νοσηλευτική δοκιμάστηκε μέσα από την της παρεχόμενης φροντίδας από το νοσοκομειακό μοντέλο στο πρότυπο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Στην Ελλάδα η πρώτη νομοθετική ρύθμιση στο πεδίο της κοινοτικής φροντίδας εμφανίστηκε το 1937 και αφορούσε στην ίδρυση της Ανώτερης Σχολής Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων (ΑΣΕΑΝ) με σκοπό την υγειονομική διαφύλαξη του πληθυσμού και την αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας. Πολύ αργότερα, μόλις το 1983, ψηφίστηκε νόμος, ο οποίος καθόρισε την ίδρυση κέντρων υγείας και έδωσε τη δυνατότητα και σε νοσηλευτές να εμπλακούν σε θέματα κοινοτικής νοσηλευτικής, δεδομένου ότι ως τότε αρμοδιότητα απασχόλησης στο περιβάλλον της κοινότητας πάνω σε θέματα δημόσιας υγείας είχαν κατά κύριο λόγο οι επισκέπτες υγείας, εφόσον είχαν αποφοιτήσει από τη σχολή νοσηλευτικής.

Με το νόμο 2071/1992 οριοθετήθηκε το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενώ ορίστηκε και η σύσταση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα κέντρα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού καθ' όλο το 24ωρο. Πρόσφατα η ελληνική νομοθεσία προσανατολίστηκε στην κάλυψη ακόμα ενός μη ενεργού τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με το άρθρο 7 του νόμου 2519/1997 αποφασίστηκε η δημιουργία κεντρικής διεύθυνσης και περιφερειακών διευθύνσεων σχολικής υγείας, με αποστολή την κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής, της υγείας, τη μέριμνα για την εφαρμογή των κανόνων της δημόσιας υγείας στο σχολικό περιβάλλον και την τήρηση στοιχείων ατομικής υγείας των μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Συνολικά και σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία η κοινοτική νοσηλευτική ασκούνται στην ελληνική επικράτεια στο επίπεδο: κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικών ιατρείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σχολικών μονάδων και ειδικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από πλευράς εφαρμογής, η κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως με την μορφή της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Τέτοιες υπηρεσίες προσφέρονται από το 1970, δηλαδή πριν την νομική σύσταση των κέντρων υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών το 1986 " Η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής προάγει και προστατεύει την υγεία των πληθυσμών, εννοποιώντας τις δεξιότητες και τις γνώσεις που σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική όσο και με τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι ευρεία και δεν περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή διαγνωστική ομάδα. Είναι συνεχής και δεν περιορίζεται σε αποσπασματική φροντίδα. Αν και η νοσηλευτική κοινοτικής υγείας σε επίπεδο εφαρμογής απευθύνεται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες, η κυρίαρχη ευθύνη της είναι ως προς τον πληθυσμό στο σύνολο." Φαίνεται επομένως ότι η κοινοτική νοσηλευτική προσανατολίζεται περισσότερο προς την υγεία παρά προς την ασθένεια, εμφανίζοντας βασική διαφοροποίηση στη φιλοσοφία που τη διέπει σε σχέση με τη νοσηλευτική στο χώρο του νοσοκομείου.

Η άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής προϋποθέτει την ύπαρξη πτυχιούχων νοσηλευτών. Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν τουλάχιστον δύο επίπεδα εκπαίδευσης των νοσηλευτών που παρέχουν κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία. Στο πρώτο ανήκουν νοσηλευτές με βασική εκπαίδευση 3 ή 4 έτη σπουδών, ενώ στο δεύτερο νοσηλευτές που έχουν ειδικότητα στη κοινοτική νοσηλευτική ή μεταπτυχιακό master ή διδακτορικό. Αντίθετα σε άλλες χώρες όπως η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Ισπανία και η Πορτογαλία, στον τομέα αυτόν, ασχολούνται μόνο νοσηλευτές βασικής εκπαίδευσης. Παρά την διαφορά στην εκπαίδευση, η διάκριση των νοσηλευτικών καθηκόντων μεταξύ των δύο επιπέδων εκπαίδευσης των νοσηλευτών παραμένει σε αρκετές χώρες ασαφής, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αβεβαιότητας σχετικά με τις επιμέρους νοσηλευτικές αρμοδιότητες και την ύπαρξη αλληλοεπικάλυψης ρόλων.

### 1.3.2.2 Χαρακτηριστικά κοινοτικής νοσηλευτικής

- Ασκείται έξω από τον οργανωμένο χώρο του νοσοκομείου και επομένως μακριά από το νομοθετικό πλαίσιο του νοσοκομείου, τους συναδέλφους, τους έμπειρους συνεργάτες, τον εξοπλισμό έκτακτης ανάγκης και τις τελευταίες τεχνολογικές μεθόδους διάγνωσης. Αυτό δημιουργεί υπολογίσιμες απαιτήσεις από τον κοινοτικό νοσηλευτή, ο οποίος καλείται να εργαστεί στηριζόμενος σχεδόν αποκλειστικά στις δικές του δυνάμεις, δεξιότητες και γνώσεις. Έτσι ο κοινοτικός νοσηλευτής χρειάζεται να έχει ικανότητες αξιολόγησης της φυσικής και της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, καθώς και ικανότητες αξιολόγησης της ανάπτυξης, όταν πρόκειται για παιδιά και μάλιστα τόσο πιο αναπτυγμένες όσο πιο πολύπλοκη είναι η κατάσταση των ατόμων που καλείται να νοσηλεύσει. ακόμη χρειάζεται ικανότητες αξιολόγησης σε ψυχολογικό, πολιτισμικό και περιβαλλοντικό επίπεδο, επειδή η προσέγγιση του κάθε ξεχωριστού ατόμου είναι ολιστική και δεν μπορεί να πραγματοποιείται ανεξάρτητα από το φυσικό του περιβάλλον. Παράλληλα ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει ανάγκη από ένα άρτιο υπόβαθρο τεχνικής κατάρτισης και κλινικών δεξιοτήτων, τις οποίες θα πρέπει να είναι σε θέση να προσαρμόζει στο περιβάλλον της οικίας του ατόμου, όπου σε πολλές περιπτώσεις οι προσφερόμενες ευκολίες είναι πλημμελείς, αν όχι ανύπαρκτες.
- Η κοινοτική νοσηλευτική ασκείται σε ιδιωτικό χώρο. Αυτό σημαίνει ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής εμφανίζεται ως επισκέπτης και αυτό γίνεται πιο εμφανές όταν προσφέρει υπηρεσίες στους πελάτες του ακόμη και όταν εκείνοι δεν τις επιδιώκουν, πράγμα που αποτελεί χαρακτηριστικό της εργασίας του. Κατά συνέπεια και η αλληλεπίδραση που δημιουργείται μεταξύ νοσηλευτή πελάτη είναι διαφορετικής φύσεως. Ο παράγοντας κλειδί είναι η επικοινωνία καθώς η ικανότητα επικοινωνίας εξασφαλίζει στο νοσηλευτή πολύτιμες πληροφορίες για τον πελάτη του μέσω της συνέντευξης, αλλά και διοχετεύει πληροφορίες προς τον πελάτη μέσω της συμβουλευτικής νοσηλευτικής. Πριν απ' όλα, βέβαια, βοηθάει τον πελάτη του στο να κατανοήσει το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή και των παρεμβάσεων του. Μια άλλη συνέπεια του ιδιωτικού χώρου αφορά στη διάρκεια της σχέσης νοσηλευτή-πελάτη, η οποία μπορεί να είναι απροσδιόριστου χρόνου, δεδομένου ότι η κοινοτική φροντίδα απευθύνεται

κατεξοχήν σε υγιή άτομα, με σκοπό την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας. Έτσι ο νοσηλευτής αναπτύσσει συνεργατική σχέση με τους πελάτες και επομένως εργάζεται με αυτούς και όχι για αυτούς. Η ιδέα είναι να βοηθηθεί ο πελάτης να κατανοήσει την δυνατότητα του για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του και να προχωρήσει σε τροποποίηση του τρόπου ζωής του μαθαίνοντας να κάνει υγιεινές επιλογές και να προλαβαίνει μικρά προβλήματα υγείας. Έτσι αποδίδεται στον κοινοτικό νοσηλευτή ο ρόλος του ατόμου που ενεργεί προς ενεργοποίηση και καθοδήγηση των πελατών, παρά ρόλος του ατόμου που εφαρμόζει κατεξοχήν πράξεις για λογαριασμό του πελάτη.

- Η κοινοτική νοσηλευτική αναφέρεται στην κοινότητα. Σύμφωνα με τον ορισμό του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών η κοινοτική νοσηλευτική απευθύνεται σε άτομα, οικογένειες και ομάδες στοχεύοντας στην υγεία όλου του πληθυσμού. Επομένως ο τελικός πελάτης είναι ο πληθυσμός όλης της κοινότητας. Είναι χρήσιμο ο νοσηλευτής να επισκοπεί όλη την κοινότητα ως ολότητα. Επίσης ο στόχος για συνολική ευημερία του πληθυσμού και για ανάπτυξη της κοινότητας προϋποθέτει και τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών και των λειτουργιών της κοινότητας. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί η επίλυση των προβλημάτων του ασθενή και η κάλυψη των αναγκών του συνήθως απαιτούν και τη συνδρομή και άλλων προσώπων ή φορέων της κοινότητας.

Όσα εκτέθηκαν παραπάνω στα πλαίσια των βασικών χαρακτηριστικών της κοινοτικής νοσηλευτικής σκιαγραφούν το ιδανικό προφίλ του κοινοτικού νοσηλευτή όσον αφορά τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες και αναδεικνύουν το φάσμα των δραστηριοτήτων του ως ανεξάρτητου επαγγελματία της υγείας. Ταυτόχρονα ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας κοινοτικής υγείας. Η συνεργασία αυτή είναι και ο συνδετικός κρίκος του με την υπόλοιπη κοινότητα. Ο νοσηλευτής παρίσταται στις συναντήσεις της ομάδας, μεταφέρει τις παρατηρήσεις του σχετικά με την αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή και διασφαλίζει ότι οι όποιες ανάγκες του ασθενή γνωστοποιούνται στα μέλη της ομάδας με σκοπό την ολιστική προσέγγιση του.

### **1.3.2.3 Νέες τάσεις και προτάσεις**

Στις ΗΠΑ και την Μ. Βρετανία οι κοινοτικοί νοσηλευτές που φέρουν τον τίτλο του nurse practitioners έχουν νομοθετική κάλυψη για συνταγογράφηση. Οι νοσηλευτές αυτοί εξασκούν την εν λόγω δραστηριότητα επιλέγοντας από ένα ευρύ φάσμα κατηγοριών σκευασμάτων. Μία μελέτη αυτής τους της δραστηριότητας απέδειξε ότι οι νοσηλευτές συνταγογραφούν ικανοποιητικά και ότι με προϋποθέσεις το κατάλληλο επίπεδο κλινικής εκπαίδευσης και την τήρηση της νοσηλευτικής φιλοσοφίας μπορούν να ενεργούν με σύνεση.

Επίσης αποδείχθηκε ότι το κοινό και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποδέχονται καλύτερα τους κοινοτικούς νοσηλευτές ως επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα υγείας. Ο περιορισμός στην πλήρη αυτονομία τίθεται από την ανάγκη επικύρωσης των ενεργειών τους από τον γενικό ιατρό.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία τάση και επιθυμία πολλών φορέων για την δημιουργία κέντρων υγείας με νοσηλευτική διεύθυνση στα πλαίσια της μείωσης του κόστους για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Έχει αναφερθεί η δημιουργία τέτοιων κέντρων για την κάλυψη διαφόρων τομέων της κοινοτικής νοσηλευτικής. Ο προσανατολισμός που τίθεται σε σχέση με τα κέντρα αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων που διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει η ανάγκη για νομοθέτηση και εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής αλλά και η εξειδίκευση κλινικών νοσηλευτών στον τομέα της κοινοτικής νοσηλευτικής και της κατ' οίκον νοσηλείας. (Κατσουλάκη, Νταφογιάννη 1999)

### **1.3.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

#### ***1.3.3.1 Ορισμός και σκοποί της νοσηλείας στο σπίτι***

Ως “νοσηλεία στο σπίτι” ορίζονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και τις οικογένειες τους μέσα στο χώρο που ζουν κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Οι πέντε βασικοί στόχοι της είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευσης τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος. (Μωραΐτης 1985)

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας, διεθνώς και θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές.

#### ***1.3.3.2 Ιστορική αναδρομή***

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη

άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από την χριστιανική εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκησε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightingale ήταν γνωστό ότι οι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία.

Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν το νοσοκομείο Μεταξά που άρχισε να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και του νοσοκομείου Άγιοι Ανάργυροι. (Π. Μπρατάνη 1996)

### **1.3.3.3 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι**

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολο της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με αποτέλεσμα την αυξημένη προσέλευση αρρώστων σε αυτό. Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη

κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα τελευταία όμως χρόνια παρατηρείται μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές - εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν:

- Η φροντίδα στο σπίτι είναι φθηνότερη από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωση τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας. Αυτό επιβάλλει ένα φορέα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι έτσι ώστε να παρέχεται συνεχιζόμενη φροντίδα απ' το νοσοκομείο στο σπίτι μέχρι την ανάρρωση ή τον θάνατο.
- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει ως συνέπεια την ανάγκη παροχή περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.
- Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειας του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα <sup>1</sup>στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειες τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειας τους και το περιβάλλον που ζουν.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.
- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά



άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα π.χ. να γίνει χημειοθεραπεία, φορητή περιττιναική κάθαρση, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου, στη εκμάθηση του αναπηρικού καροτσιού, στη λήψη δειγμάτων, οδηγίες για την εντερική ή παρεντερική διατροφή, κ.λ.π

Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων που χρειάζεται νοσηλευτικές παρεμβάσεις, υποστηρικτικές θεραπείες , αφορούν άτομα που πάσχουν από καρκίνο, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, καρδιοπάθειες, ψυχιατρικά προβλήματα. Υπάρχει επίσης ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό ηλικιωμένων στους οποίους υπάρχει, αφ' ενός μεν ένα μεγάλο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών και αφ' ετέρου διατίθενται γι' αυτούς λίγοι πόροι και προσωπικό να τους φροντίζει.

Πρόσφατα επίσης δημιουργήθηκε και η ανάγκη παροχής υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι σε ασθενείς με AIDS. Στις Η.Π.Α. το 22% των προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι που είναι συνδεδεμένα με νοσοκομείο παρέχουν φροντίδα και σε ασθενείς με AIDS.

Πέρα από τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα που έχουν τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι, υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη. Μερικά από αυτά είναι :

- Είναι λιγότερο αποτελεσματική για το νοσηλευτή από το να εργάζεται με ομάδες ή να βλέπει πολλά άτομα σε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- Ο χρόνος μετακίνησης μπορεί να είναι τέτοιος που πολλές φορές να κρίνεται ακόμα και ασύμφορος
- Τα άτομα μπορεί να φοβούνται με την οικειότητα που αποκτάται στις επισκέψεις στο σπίτι.
- Μπορεί να τεθεί θέμα και η ασφάλεια του νοσηλευτή κατά την επίσκεψη σε ένα άγνωστο περιβάλλον. ([www.mednet.gr](http://www.mednet.gr). 1980)

#### **1.3.3.4 Αρχές οργάνωσης νοσηλείας στο σπίτι**

1. Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

2. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

3. Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

4. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση της υγείας.

5. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών.

6. Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και την αποκατάσταση της υγείας.

7. Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειας του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδο του όσον αφορά την επίτευξη στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

8. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

9. Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

10.Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

11.Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

12.Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη

Για την εκτίμηση των υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

- Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από την νοσηλεία των ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.
- Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα αν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.

Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου. .(Π. Σουρτζή 1997)

### **1.3.3.5 Πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι**

Στη χώρα μας η εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας έχει συναντήσει αρκετά προβλήματα εάν και ο νομοθέτης προσπάθησε με τους νόμους 1397/1983 περί εθνικού συστήματος υγείας και 2071/1992 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας, να θέσει τις βάσεις λειτουργίας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι που αποτελεί το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας και προϋποθέτει σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναπτύχθηκε κυρίως σαν συνέχεια της φροντίδας από το

νοσοκομείο στο σπίτι και αφορά κυρίως φροντίδα καρκινοπαθών και ηλικιωμένων.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη φροντίδα στο σπίτι:

**Ανθρώπινο δυναμικό.** Η υγειονομική ομάδα αποτελείται από επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων: κοινοτικοί νοσηλευτές, ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, άτομα των εργαστηρίων, άτομα των εργαστηρίων και βοηθητικό προσωπικό (οικιακοί βοηθοί, οδηγοί, γραμματείς, καθαρίστριες κ.λ.π.)

**Είδος ασθενών.** Θα πρέπει να διευκρινισθεί α) εάν οι ασθενείς ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα π.χ. καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι ή αφορούν όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιου είδους υπηρεσίες και β) εάν οι ασθενείς προέρχονται από συγκεκριμένο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνδεδεμένη η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι ή αφορούν όλα τα άτομα της κοινότητας.

**Χώρος ευθύνης.** Αφορά στην περιοχή που πρέπει να ανήκουν τα άτομα για να μπορούν να γίνουν αποδεκτά στο πρόγραμμα.

**Χώροι λειτουργίας.**

**Διάρκεια λειτουργίας.** Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι μπορεί να είναι μακράς ή μικρής διάρκειας. Επίσης ρυθμίζεται ο χρόνος λειτουργίας το 24ωρο, αλλά και οι ημέρες λειτουργίας στο διάστημα της εβδομάδας.

**Χρηματοδότηση.** Υπάρχουν οι κρατικές υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που συνήθως συντηρούνται από το κράτος και είναι συνήθως συνδεδεμένοι με κάποιο νοσοκομείο και οι ιδιωτικοί. Στις κρατικές υπηρεσίες μπορούν οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Οι ιδιωτικές χωρίζονται σε αυτές που λειτουργούν με κέρδος και τις αφίλοκερδείς και στηρίζονται σε εθελοντές ιδιώτες.

Για να γίνει αποδεκτή αυτή η μορφή νοσηλείας από τους Έλληνες πολίτες θα πρέπει να προηγηθεί η κατάλληλη και πλήρης ενημέρωση τους για τα πλεονεκτήματα της καθώς και η σωστή ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών ( Ε. Γεωργούση, Γ. Κυριόπουλος 1996)

## 1.4 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

- Η νοσηλευτική επιστήμη έχει μια δική της και ξεχωριστή γνώση που περιέχει παραδείγματα, θεωρητικά πλαίσια και θεωρίες. Έχει ουσιαστική διάρθρωση και περιλαμβάνει τόσο τις διαδικασίες όσο και το αποτέλεσμα αυτών. 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 τα παραδείγματα και τις θεωρίες της νοσηλευτικής επιστήμης. (Αυστραλία)
- Η νοσηλευτική επιστήμη είναι ένα σύνολο επιλεγμένων πεπιοθήσεων και εννοιών που βρίσκονται σε σαφή και διαρθρωμένα θεωρητικά πλαίσια. Τα θεωρητικά αυτά πλαίσια υπάρχουν για να καθοδηγούν και να δίνουν νόημα στις ερευνητικές και κλινικές δραστηριότητες. Οι πεπιοθήσεις και οι έννοιες κάθε θεωρίας καθορίζουν την σχέση άνθρωπος-υγεία, την κλινική και ερευνητική δραστηριότητα. Οι έννοιες αυτές είναι που δίνουν πνοή στις πεπιοθήσεις για να ενσωματωθούν όλα μαζί με ενέργειες, λέξεις, και διαδικασίες. Πεπιοθήσεις και έννοιες μαζί αποτελούν την διάρθρωση εκείνη από την οποία απορρέουν οι τρόποι που παρέχεται η φροντίδα. Σε όλες τις θεωρίες εμπεριέχονται απόψεις για το πώς είναι η συνύπαρξη με άλλους, πώς σκέφτεται κανείς όταν συνυπάρχει με άλλους και τι περιμένει από τον ίδιο και τους άλλους σε καθημερινή επαφή ασθενή νοσηλευτή. Όλες αυτές οι απόψεις είναι ότι καλούμε νοσηλευτική επιστήμη.

Η νοσηλευτική θεωρία θέλει εντατική και αφοσιωμένη μελέτη για να κατανοηθεί η σημασία της στην ανθρωπότητα γενικότερα. χρειάζεται χρήση σε επίπεδο με τους ασθενείς γιατί τότε μόνο θα φανεί αν έχει νόημα ή όχι. Αυτό θα εξαρτηθεί από την συνέπεια και τις ευκαιρίες που παρέχει η θεωρία κατά την επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή και του ερευνητή νοσηλευτή με τα αντικείμενα της έρευνας του. Η διάρθρωση της θεωρίας της νοσηλευτικής επιστήμης είναι όπως το σενάριο ενός έργου. Οι νοσηλευτές που επιλέγουν να παίξουν σε αυτό το έργο κάνουν ο καθένας την δική του εκτέλεση στην κάθε διαφορετική φάση της επιστημονικής τους πράξης και έρευνας. Η θεωρία παρέχει το μοτίβο του έργου και εξασφαλίζει

μια ομαλή σειρά για να υπάρχει συνέπεια. Το έργο όμως έχει ήδη ζωή πριν την εμφάνιση της θεωρίας.

Νοσηλευτική θεωρία είναι αυτό που υποθάλπει, θρέφει, συντηρεί τις νοσηλευτικές διαδικασίες. Είναι η μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής στην ανθρωπότητα. Για όλους εμάς που πιστεύουμε ότι ο κορμός της νοσηλευτικής είναι η συγκεντρωτική διαδικασία διατήρησης της υγείας από ανθρώπους με μοναδικό και ιδιόμορφο τρόπο για τον καθένα, ακόμα και για τα ίδια τα προβλήματα. Νοσηλευτική επιστήμη είναι αυτό που μας δίνει τις ευκαιρίες, τις προοπτικές και τις υποχρεώσεις μας απέναντι σε αυτούς. (Καναδάς)

- Η νοσηλευτική επιστήμη στοχεύει να αναπτύξει τη γνώση σχετικά με την ανθρώπινη φύση και υγεία. Στην νοσηλευτική επιστήμη ευελπιστούμε να ανακαλύψουμε το άλλο. Η ζωή και η ανθρώπινη φύση είναι πιο πολύπλοκα φαινόμενα από ότι μπορεί ο καθένας να γνωρίζει. Στόχος της νοσηλευτικής είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής. Η νοσηλευτική επιστήμη προσπαθεί να εξηγήσει ερωτήματα της ανθρώπινης ύπαρξης όπως αυτά αντικατοπτρίζονται μέσα από τη σχέση ανθρώπου σύμπαντος και περιβάλλοντος. Η νοσηλευτική έρευνα διευρύνει τη γνώση του αγνώστου της ηθικής και της αισθητικής πλευράς της νοσηλευτικής φροντίδας. Το αγνωστο είναι πάντοτε παρόν στη νοσηλευτική πράξη και επιστήμη. Οι απαντήσεις ποτέ δεν απαντώνται ολοκληρωτικά και οι όποιες ερωτήσεις πρέπει να εξετασθούν ξανά και ξανά. (Φιλανδία)
- Η νοσηλευτική επιστήμη είναι απαραίτητη για το μέλλον της επαγγελματικής νοσηλευτικής πράξης, προκειμένου να ξεφύγει αυτή από τις τάσεις να είναι υποχείριο άλλων όπως και η νοσηλευτική πράξη είναι απαραίτητη προκειμένου να μην παγιδευτεί η επιστήμη σε αφηρημένες θεωρίες και δόγματα. η επιστημονική γνώση, ο ρόλος της επιστήμης, το κατάλληλο περιβάλλον για επιστημονική εξερεύνηση στη νοσηλευτική έχουν από καιρό γίνει αντικείμενο σκέψης και συζήτησης τόσο εντός όσο και εκτός νοσηλευτικής. νοσηλευτική επιστήμη είναι όλη η γνώση εκείνη που προκύπτει από τις απαντήσεις επί των ερωτημάτων που οι νοσηλευτές θέτουν και εξετάζουν συγχρόνως, πάνω στη σχέση της τριάδας άνθρωπος-υγεία-περιβάλλον. Μπορεί βέβαια να ανακαλύψουμε ότι η νοσηλευτική επιστήμη δεν είναι τίποτα άλλο παρά η ίδια η αναζήτηση, ότι το μόνο

σίγουρο είναι η δίψα μας για γνώση, ότι το Είναι, είναι απλώς όπως είπε ο Hegel η διαδικασία της δικής του ολοκλήρωσης. (Μεγάλη Βρετανία)

- Η επιστημολογία στην νοσηλευτική είναι ένα νέο προϊόν στο στερέωμα της ανθρώπινης γνώσης. Ως επιστήμη απαιτεί την χρήση αυστηρών και μοναδικών διαδικασιών και μεθόδων οι οποίες παρατηρούν, ταξινομούν και σχετίζουν τις διαδικασίες με τις οποίες οι άνθρωποι αλλάζουν το επίπεδο της υγείας τους. Το πεδίο της νοσηλευτικής αυξάνεται με τη χρήση αυτών των μεθόδων. Η νοσηλευτική επιστήμη έχει επίκεντρο την διατήρηση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψή της ασθένειας, την φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών και των πασχόντων γενικότερα. Ο στόχος της νοσηλευτικής επιστήμης είναι να δοκιμάσει νέες ερμηνείες και να εξερευνήσει διάφορες άλλες ερμηνείες κάτω από γενικούς νόμους για φαινόμενα όπως φροντίδα, υγεία, αυτονομία και αυτοφροντίδα των ανθρώπων. Έτσι η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να παρέχει συνειδητά στέρεες κριτικές σε λαϊκές ερμηνείες και να αμφισβητήσει παραδοσιακές επιστημονικές ερμηνείες. (Ιταλία)
- Νοσηλευτική επιστήμη είναι μια μοναδική ανθρωπιστική επιστήμη που ασχολείται με φαινόμενα της ανθρώπινης υγείας. Υγεία δεν είναι το αντίθετο της ασθένειας αλλά το πώς αντιλαμβάνεται και τι σημαίνει για τον καθένα υγεία. Αντίθετα από τις φυσικές επιστήμες όπως η ιατρική η νοσηλευτική επιστήμη ενδιαφέρεται για την ποιότητα ζωής ενώ δεν ερευνά τι προκαλεί προβλήματα στην υγεία. Αντί αυτού ερευνά το πώς ο καθένας βιώνει την υγεία του, τις συνέπειες της και τα προβλήματα της. Η νοσηλευτική επιστήμη ως ανθρωπιστική επιστήμη θα αναπτυχθεί και θα ξεχωρίσει στον 21<sup>ο</sup> αιώνα μέσα από μοναδικές και ξεχωριστές ερευνητικές μεθοδολογίες καθαρά νοσηλευτικές. το αποτέλεσμα θα είναι οι νοσηλευτές σαν είναι πιο περήφανοι για την νοσηλευτική. (Ιαπωνία)
- Στην Σουηδία η έρευνα που γίνεται στη νοσηλευτική και η έρευνα που γίνεται με ασθενείς από άλλους επιστήμονες ονομάζονται " νοσηλευτική έρευνα" και "νοσηλευτική επιστήμη ". Μπορεί επίσης να μεταφραστούν ως έρευνα φροντίδας και επιστήμη φροντίδας αντίστοιχα. Νοσηλευτική επιστήμη σημαίνει γνώση. Οι θεωρίες πηγάζουν από αυτή την αφηρημένη γνώση. Η νοσηλευτική επιστήμη έχει τόσο θεωρητικό όσο και πρακτικό αντικείμενο. Υπάρχει και ηθική υποχρέωση γιατί η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός η έρευνα είναι απαραίτητη και

αυτό είναι και το θεωρητικό αντικείμενο της νοσηλευτικής επιστήμης. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ερευνητές νοσηλευτές έχουν υποχρέωση οι πρώτοι να πράττουν και οι δεύτεροι να αμφισβητούν διάφορα ζητήματα σχετικά με την υγεία. Έτσι θα συνεισφέρουν στη νοσηλευτική κάτι το οποίο δεν θα φέρει αλλαγές στη φροντίδα υγείας αλλά επανάσταση ή μια αλλαγή παραδείγματος, όπως είπε και ο Κιην. συνεπώς η νοσηλευτική επιστήμη ως ένα σώμα αφηρημένης γνώσης είναι η δύναμη για μία επανάσταση στη φροντίδα υγείας.

- Νοσηλευτική επιστήμη είναι η 'ουσιώδης αφηρημένη γνώση που περιγράφει τα μοναδικά φαινόμενα της νοσηλευτικής που είναι η φύση της ολότητας, του ανθρώπου και του περιβάλλοντος. Αυτή η γνώση προκύπτει μέσα από την σύνθεση καθώς και από ποιοτικούς και ποσοτικούς τρόπους έρευνας και αναζήτησης. Η νοσηλευτική επιστήμη έχει τις ρίζες της στην προεπιστημονική νοσηλευτική περίοδο και σε νέες επιστημονικές κοσμοθεωρίες. Έτσι η νοσηλευτική επιστήμη σαν βασική επιστήμη δεν προέρχεται από άλλες αλλά είναι η γνώση για ανθρώπινες αδιαίρετες οντότητες και το μοναδικό τους περίγυρο, το περιβάλλον. Σε μία τέτοια επιστήμη οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί από ότι το σύνολο των επιμέρους οργάνων τους. Η νοσηλευτική επιστήμη βρίσκεται σε μία δυναμική κατάσταση εξαιτίας της νέας γνώσης από τη συνεχή έρευνα. Η φύση αυτής της γνώσης έχει σημαντικές εφαρμογές στη νοσηλευτική επιστήμη και μια συνεισφορά γενικά στις επιστήμες. Η νοσηλευτική επιστήμη δίνει τρόπους κατανόησης ακατανόητων προηγούμενων συμπεριφορών των ανθρώπων και μελλοντικά καινούργιων συμπεριφορών στο μεταβαλλόμενο σύγχρονο περιβάλλον που ζούμε. Η νοσηλευτική επιστήμη του μέλλοντος θα αποτυπώνει παγκόσμια χαρακτηριστικά και θα οδηγήσει σε νοσηλευτική πρόοδο. (Η.Π.Α.)

( Σ. Πλακάς 1999)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

# Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

## 2.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το δεύτερο συνέδριο του Π.Ο.Υ. που έγινε στο Μόναχο στις 15-17 Ιουνίου του 2000 είχε ως σκοπό να προσεγγίσει μια ικανοποιητική διακήρυξη για το τι μπορεί να μεγιστοποιήσει την δυνατότητα των νοσηλευτών στο να συμμετέχουν και να επιλύουν τις κυρίαρχες ανάγκες υγείας που προδιαγράφει ο 21<sup>ος</sup> αιώνας. Το συνέδριο, που πραγματοποιήθηκε μια δεκαετία μετά το πρώτο συνέδριο της Βιέννης το 1988, τόνισε την ανάγκη να παρευρεθούν όλοι οι υπουργοί υγείας για να συζητήσουν τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες που οι νέες ανάγκες υγείας επιφέρουν και για να βρουν τρόπους επίλυσης αυτών μέσω του νοσηλευτικού και μαιευτικού προσωπικού που η κάθε χώρα διαθέτει.

Ο Dr. Franklin Apfel, ο υπεύθυνος για θέματα επικοινωνίας και δημοσίων σχέσεων του Π.Ο.Υ., εξήγησε ότι το συνέδριο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν ένα πολιτικό γεγονός, σκοπός του οποίου είναι η προώθηση των νοσηλευτικών οργανισμών και η έμφαση της δυνατότητας της νοσηλευτικής στην επίλυση σύγχρονων προβλημάτων δημόσιας υγείας.

Τα προβλήματα δημόσιας υγείας επικεντρώθηκαν στους εξής τομείς:

### α) Γυναίκες και παιδιά

Από τις αναλύσεις που έγιναν στο συγκεκριμένο θέμα φανερώθηκε μια ανισότητα υγείας ως προς αυτές τις ομάδες και τονίστηκε η ανάγκη

αντιμετώπισης του προβλήματος με τα δεδομένα μέσα που η κάθε χώρα διαθέτει μιας και η αλλαγή της νομοθεσίας δεν θεωρείται δυνατή λύση για το σύνολο των συμμετασχόντων χωρών. Η ομάδα του συνεδρίου που ασχολήθηκε με το θέμα επικεντρώθηκε στις ακόλουθες κατά σειρά ενέργειες:

- να γίνει μια κριτική και συγκέντρωση αριθμών από τις Ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με τις κοινωνικές και οικογενειακές αποβολές εφήβων.
- να διαπιστωθεί η καλή νοσηλευτική και μαιευτική άσκηση, οι τομείς που πρέπει να μεταρρυθμιστούν και τα κενά που εμφανίζονται στο γνωστικό επίπεδο.
- να γίνει ένα σχεδιάγραμμα σχετικά με την αποβολή εφήβων, τους λόγους που την προκαλούν και κατά πόσο κάτι τέτοιο αποτελεί πρόκληση για το νοσηλευτικό επάγγελμα
- να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης και ένα σχέδιο δράσης.

Αυτές οι ενέργειες θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος από τον οργανισμό στο σύνολο του.

### **β) Προστασία ηλικιωμένων**

Οι ενέργειες για το συγκεκριμένο θέμα θα πρέπει να επικεντρωθούν στο νοσηλευτικό προσωπικό που ειδικεύεται στην φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων σε καθημερινή βάση. Η ομάδα εργασίας ασχολήθηκε με:

- την βασική ιδέα για την φροντίδα ηλικιωμένων
- το ρόλο και τον οραματισμό των νοσηλευτών που έχουν προσανατολιστεί σε αυτόν τον τομέα φροντίδας
- την διάθεση συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς τους χώρους απασχόλησης.

### **γ) καταπολέμηση και μεταχείριση χρόνιων ασθενειών**

Όσον αφορά αυτό το θέμα, ένα ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και δόθηκε σε όλες τις χώρες και τους οργανισμούς καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. Από τους συμμετάσχοντες ζητήθηκε να το συμπληρώσουν και να το επιστρέψουν στη γραμματεία.

Τα κύρια θέματα που διαπραγματευόταν ήταν τα εξής:

- η συγκέντρωση πληροφοριών για τον τρέχοντα ρόλο των νοσηλευτών που συνεργάζονται με ασθενείς χρόνιων νοσημάτων και τις οικογένειες τους.
- η χρησιμοποίηση των πληροφοριών για τον καθορισμό του ρόλου και των λειτουργιών των νοσηλευτών στα διάφορα επίπεδα νοσηλείας.
- ο έλεγχος και η διόρθωση του σχεδίου δράσης
- η ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή και την εξάπλωση του σχεδίου δράσης

### **δ) καταπολέμηση της συνήθειας του καπνίσματος**

Ο αντικειμενικός σκοπός της ομάδας εργασίας του συγκεκριμένου τομέα ήταν η συγκέντρωση και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται πάνω σε θέματα καπνίσματος στον ευρωπαϊκό χώρο. Η εργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές διαφορετικών χωρών περιλαμβάνει την συγκέντρωση ιατρικών στοιχείων, εξέταση μοντέλων και πρακτικών που να έχουν δυνατότητα εφαρμογής σε όλες τις συμμετάσχοντες χώρες και την ανάπτυξη τεχνικών που να βοηθούν το νοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή του καπνίσματος σε προσωπικό επίπεδο.

## 2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι διαπιστώσεις που προέκυψαν από μελέτες που έγιναν στην Λιθουανία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία και Αγγλία έδειξαν τα εξής:

- η συλλογή στοιχείων θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως ένα δυνατό εργαλείο και αποδοτικό υλικό στις συζητήσεις με τις κυβερνήσεις σε θέματα ανισότητα στην υγεία.
- παρά τις πολιτικές προσπάθειες για μείωση των ανισοτήτων, τα κενά στο εσωτερικό αλλά και μεταξύ των χωρών έχουν αυξηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Αύτη η κατάσταση τονίζει την ανάγκη για εξακρίβωση των αιτιών που προκαλούν αυτή την αύξηση.
- χώρες με μικρότερες διαφορές μεταξύ των κοινωνικών τάξεων εμφανίζουν καλύτερες συνθήκες για την προσφορά φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού.
- η φτώχεια παραμένει ο κυριότερη αιτία κακής υγείας
- παρόλη την βελτίωση της οικονομίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά 70%, ο αριθμός των νέων θέσεων εργασίας έχει αυξηθεί μόνο κατά 10%. Λιγότερα άτομα εργάζονται περισσότερες ώρες με αρνητικές συνέπειες στην υγεία των ιδίων και των οικογενειών τους την στιγμή που ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είναι άνεργο.
- τα έξι εκατομμύρια νοσηλευτές και μαίες στην Ευρώπη θα έπρεπε να είχαν πιο δυνατή πολιτική φωνή.

Επίσης λέγοντας ισότητα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας εννοούμε:

- πρόληψη
- φροντίδα για όλους
- καταμερισμός κόστους
- επιλογή με βάση την ανάγκη και όχι την δυνατότητα πληρωμής

- υψηλά ηθικά standards χωρίς όφελος από τους ασθενείς
- φροντίδα για τους περιθάλπτοντες, ιδίως για όσους απασχολούνται στο χώρο του σπιτιού
- σωστός και ακριβής υπολογισμός.

Έχοντας σαν δεδομένο τις παραπάνω διαπιστώσεις αλλά και γνωρίζοντας την σημασία της ισότητας μπορούμε να προσδιορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διενεργεί σε μεγάλο ποσοστό πρακτικό έργο, να προσδιορίζει τον τρωτό και ευάλωτο πληθυσμό μιας κοινωνίας και να εργάζεται με αυτόν και για λογαριασμό αυτού.

Τέτοια παραδείγματα συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού σε διαδικασίες ίσης παροχής υγειονομικής φροντίδας μπορούμε να βρούμε σε ένα ανοσοποιητικό σχέδιο που έγινε για τις νομάδες βεδουίνων στο Ισραήλ και σε σχέδιο που έγινε για καλύτερη εξασφάλιση φροντίδας στον μετακινούμενο πληθυσμό της Ιρλανδίας. Ενώ οι νοσηλευτές ήταν καλοί σε αυτά τα προγράμματα η δυσκολία ήταν να τα ενσωματώσουν στην κεντρική πολιτική υγείας αυτών των περιοχών .

Οι νοσηλευτές στην Ευρώπη αντιμετωπίζουν αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από τις επιμέρους κοινότητες τους. Οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν πρόκληση για το επάγγελμα του νοσηλευτή, ώστε να μπορέσει να προχωρήσει και να αναπτυχθεί πέρα από τις παραδοσιακές μεθόδους εργασίας. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας είναι το απαραίτητο κομμάτι μιας διαδικασίας κατά την οποία οι νοσηλευτές πρέπει να υπολογίζουν τι κάνουν και γιατί.

Οι κυβερνήσεις, οι υπεύθυνοι πολιτικής στρατηγικής και οι διευθυντές του νοσηλευτικού επαγγέλματος αντιμετωπίζουν συχνές και κοινές προκλήσεις για υγεία και υπηρεσίας υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο. τα προβλήματα αυτά μπορεί να ποικίλουν ανά κοινότητα αλλά παρουσιάζουν και θεματολογία που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από κοινού κάτω από κοινή πολιτική. Παρόλη την συνεχή βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, η Ευρώπη εμφανίζει ανισότητες στην ασθένεια και την θνησιμότητα μεταξύ πλουσίων και φτωχών μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών αλλά και στο εσωτερικό του καθενός χωριστά.

Ενώ η εικόνα της υγείας και τα ποσοστά ασθένειας και θνησιμότητας ποικίλουν στο εσωτερικό της Ευρώπης βάσει της ηλικίας, του γένους και του φύλου, κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα και φτώχεια παραμένουν μια μόνιμη απειλή για την υγεία. Ανισότητες στην υγεία αντανακλούν ανισότητες στο κοινωνικοοικονομικό προφίλ του πληθυσμού. Η αύξηση των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής φαίνεται να μειώνονται δυσανάλογα με την φτώχεια ιδίως στις χώρες της κεντρικής και δυτικής Ευρώπης.

Την ίδια στιγμή οι Ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν αυξημένες ανάγκες για υγεία ως αποτέλεσμα ενός γηραιότερου σε ηλικία πληθυσμού, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της μείωση των γεννήσεων. Έτσι η μετανάστευση και η μη σωστή κατανομή πληθυσμών τονίζει μια σύγχρονη κατάσταση όπου τα αμιγώς προβλήματα υγείας δεν είναι η μοναδική πρόνοια για τα μεμονωμένα κράτη. Συνεπώς τα κράτη που ανεξάρτητα καθορίζουν τις πολιτικές υγείας θα πρέπει συνεργάζονται μεταξύ τους και να αναπτύσσουν κοινά προγράμματα και στρατηγικές υγείας για την διευθέτηση των ανισοτήτων.

## **2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η εκτίμηση των αναγκών υγείας αρχίζει με την συστηματική συλλογή πληροφοριών από το προφίλ της υγείας (θνησιμότητα, ασθένεια), τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και τις τοπικές πηγές υγείας σε ένα δεδομένο και καθορισμένο πληθυσμό. Ο τύπος των πληροφοριών που απαιτείται να συλλεχθούν αφορούν τέσσερις γνωστικές περιοχές:

1. Θα πρέπει να καθοριστούν τα χαρακτηριστικά της κοινότητας Ποια είναι τα γεωγραφικά της σύνορα, η ηλικιακή της σύνθεση, οι εθνικότητες που την αποτελούν, αν είναι αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη, αν διακρίνεται για σταθερότητα ή για μια κινητικότητα πληθυσμού.
2. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το προφίλ υγείας της κοινότητας. Από τι πεθαίνουν οι άνθρωποι; Πόσοι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας; Πως αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι την υγεία τους και πως χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται;

3. Πληροφορίες επίσης θα πρέπει να συγκεντρωθούν στους κατά τόπους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Που εργάζονται; είναι ικανοποιητικές οι συνθήκες εργασίας; υπάρχει φτώχεια και σε τι ποσοστό; Ποιες είναι συνθήκες κατοικίας, υγιεινής και μεταφοράς;
4. Τέλος θα πρέπει να προσδιορισθούν οι τοπικές και οι εθνικές προτεραιότητες του κάθε κράτους.

Οι πληροφορίες πρέπει να περιέχουν όχι μόνο ικανοποιητικές πληροφορίες αλλά ποιοτικά στοιχεία αλλά και απόψεις ειδικών στο θέμα.

Στην συνέχεια έχοντας καθορίσει τις ανάγκες υγείας μιας κοινότητας, είναι απαραίτητη η επικέντρωση και η προτεραιότητα σε κάποιες συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας. Για την μεγιστοποίηση του οφέλους από την υγεία, η επιλογή των συγκεκριμένων υπηρεσιών θα πρέπει να γίνει κάτω από μια συστηματική διαδικασία. Για να επιτευχθεί μία αλλαγή θα πρέπει ένας αριθμός συνηθισμένων εργασιών και πρακτικών να διακοπεί ενώ προτεραιότητες θα πρέπει να δοθούν στην επιλογή κριτηρίων για μια ασθένεια ή μια κατηγορία πληθυσμού. Αυτή η διαδικασία θα πρέπει να λάβει υπόψη της τις εξής ερωτήσεις:

Πόσοι άνθρωποι επηρεάζονται;

Ποια είναι η πιθανή επίδραση στην υγεία;

Μερικές ανάγκες υγείας μπορεί να επηρεάζουν ένα μικρό ποσοστό ατόμων αλλά το αντίκτυπο σε αυτά τα άτομα μπορεί να είναι ιδιαίτερος σημαντικό. Συγκεκριμένες μειονότητες, όπως άτομα με χρόνια νοσήματα ή με μαθησιακές δυσκολίες, ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ατόμων που αναφέρθηκε άνωθεν. Επίσης μειονότητες, όπως πρόσφυγες και άστεγοι που έχουν σίγουρα αυξημένες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας, κατατάσσονται εδώ.

Υπάρχουν οι απαραίτητες και αποτελεσματικές μεσολαβήσεις;

Όπου οι μεσολαβήσεις υγείας είναι καθορισμένες είναι σημαντικό να είναι βασισμένες στοιχεία αποτελεσματικότητας, ότι δηλαδή θετικά αποτελέσματα επιφέρονται από ένα σχέδιο παροχής υγείας και ότι τι κόστος ανταποκρίνεται στο όφελος.

Πόσο απαραίτητες είναι οι τρέχουσες υπηρεσίες υγείας;

Ανάλυση αυτών των πληροφοριών μπορεί πιθανόν να δείξει μία έλλειψη υπηρεσιών σε φροντίδα, πρόληψη ή σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών. Το προφίλ του πληθυσμού μπορεί να περιγράψει έναν αύξοντα ηλικιωμένο πληθυσμό χωρίς να έχει αλλάξει η υπηρεσία υγείας την συγκεκριμένη χρονική περίοδο γιατί μπορεί να έχει γίνει κάποια αλλαγή στις τοπικές συνθήκες ή να έχει εμφανιστεί μια νέα ασθένεια.

Ποιες είναι οι τοπικές και ποιες είναι οι σε εθνικό επίπεδο προτεραιότητες;

Οι τοπικές ανάγκες υγείας θα πρέπει να είναι μέρος του εθνικού και διεθνούς προγράμματος δημόσιας υγείας.

Έχοντας περιγράψει την διαδικασία εκτίμησης αναγκών και έχοντας υπογραμμίσει τα πιθανά αποτελέσματα που αυτή η προσέγγιση μπορεί να επιτύχει, είναι σημαντικό να δούμε πως μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό να συνεισφέρει σε αυτή τη διαδικασία.

· Για έναν αριθμό από λόγους οι νοσηλευτές είναι ιδανικοί στο να αναλάβουν έναν ενεργό ρόλο στην εκτίμηση αναγκών.

- Οι νοσηλευτές είναι παντού. Υπάρχουν περίπου πέντε εκατομμύρια εργαζόμενοι νοσηλευτές στην ευρωπαϊκή κοινότητα, κάνοντας αυτήν την επαγγελματική κατηγορία την μεγαλύτερη ομάδα στην παροχή φροντίδας υγείας. Σε πολλές χώρες οι νοσηλευτές δεν βρίσκονται μόνο σε νοσοκομεία αλλά και σε διάφορους εργασιακούς χώρους, σχολεία, σπίτια, κέντρα υγείας, κλινικές, κατασκηνώσεις προσφύγων, φυλακές και κοινοτικά κέντρα. Αυτό δίνει στους νοσηλευτές δυνατότητα πρόσβασης σε μεγάλες κατηγορίες πληθυσμού, παρέχοντας τους συχνά την πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας.
- Οι θέσεις που εργάζονται οι νοσηλευτές τους δίνει την δυνατότητα συλλογής πληροφοριών σε θέματα υγείας και αναγκών καθώς και την δυνατότητα να γίνονται μάρτυρες όσον αφορά το αντίκτυπο που έχει η κοινωνία, το περιβάλλον και οι οικονομικοί παράγοντες στην υγεία. Οι νοσηλευτές μέσα, από την μακροχρόνια επαφή τους με οικογένειες, γίνονται μάρτυρες των αποτελεσμάτων της φτώχειας, της έλλειψης στέγης, των οικονομικών προβλημάτων στο επίπεδο υγείας κάποιων ανθρώπων. Στην προσπάθεια για την μείωση των ανισοτήτων, οι νοσηλευτές είναι αυτοί που προσφέρουν τα αποδεικτικά στοιχεία και οι



οποίοι ενεργούν ως δυναμικοί υποστηρικτές των περιθωριοποιημένων ομάδων.

- Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν υπευθυνότητες που τους κατατάσσουν σαν το κλειδί στην καθοδήγηση και τον σχεδιασμό προγραμμάτων για την βελτίωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Σε πολλά μέρη της Ευρώπης οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την διεξαγωγή και την προώθηση προγραμμάτων υγείας σε θέματα όπως πρόληψη ατυχημάτων, μείωση χρήσης αλκοόλ και σωστής διατροφής.
- Παράλληλα με την πρόσβαση τους στην κοινότητα και το πλάτος της εργασίας τους, η φιλοσοφική διάσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος δείχνει την ικανότητα των νοσηλευτών να καταλαβαίνουν και εκτιμούν την παράλληλη από την κοινότητα εκτίμηση των αναγκών υγείας. Η διαδικασία που ακολουθείται στην νοσηλευτική προσέγγιση των νοσηλευτικών αναγκών είναι ολιστική και παρουσιάζει ομοιότητες με την διαδικασία που ακολουθείται από την κοινότητα για τον ίδιο σκοπό .
- Τέλος η επικέντρωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην υγεία περισσότερο από ότι στην ασθένεια και μι ευαίσθητη προσέγγιση που ενθαρρύνει την αυτοϊκανοποίηση και αποφασιστικότητα τους προσδίδει την ικανότητα εκτίμησης των αναγκών υγείας. Η εκπαίδευση και η εμπειρία των νοσηλευτών τους προσδίδει τα απαραίτητα προσόντα ώστε για να μπορούν να εργασθούν σε ένα πολυμερές περιβάλλον. Έχουν την δυνατότητα να βλέπουν τις ανάγκες φροντίδας άμεσα και να βοηθούν τους υπολοίπους να προσδιορίζουν τα προβλήματα υγείας της περιοχής της αρμοδιότητάς τους.

Η εκτίμηση των αναγκών υγείας θα πρέπει να είναι ο πυρήνας ενεργειών για την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία, την βελτίωση και την προαγωγή της υγείας των πληθυσμών, για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό της υγείας και για την εξασφάλιση της συμμετοχής της κοινότητας. Σε πολλές χώρες η συμμετοχή των νοσηλευτών-τριών στην εκτίμηση των αναγκών υγείας θα πρέπει να γίνει πιο σαφής ενώ σε άλλες αυτό σημαίνει επέκταση και ανάπτυξη των ήδη σαφώς καθορισμένων ρόλων. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα νοσηλευτών σε διάφορα μέρη της Ευρώπης που χρησιμοποιούν την εκτίμηση των αναγκών για να κατευθύνουν τα προβλήματα υγείας προς πιο αποτελεσματικές οδούς.

Για να μπορέσει όμως το νοσηλευτικό προσωπικό να παίξει έναν πιο ουσιαστικό και κεντρικό ρόλο στις προκλήσεις υγείας που αντιμετωπίζουμε θα πρέπει να καθοριστούν σαφώς τα εξής θέματα:

### **Υπευθυνότητα**

Το μοντέλο εκτίμησης των αναγκών υγείας όπως ορίζεται από το WHO, μπορεί να βοηθηθεί, να πραγματοποιηθεί και να κατευθυνθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό. Για το λόγο αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διακρίνονται για την υπευθυνότητα τους απέναντι σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, κοινότητα αλλά και την δυνατότητα τους να αναλαμβάνουν την προώθηση προληπτικής ιατρικής τόσο καλά όσο και της κλινικής φροντίδας.

### **Αυτονομία**

Η αυτονομία πάει μαζί με την υπευθυνότητα. Αυτό σε ατομικό επίπεδο σημαίνει ότι ο νοσηλευτής/τρια έχει την ευελιξία και την ελευθερία να αποφασίζει τι είδους νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται ο/η ασθενής. Αλλά αυτό θα πρέπει να στηρίζεται σε μια εκτίμηση της ανάγκης και μια γνώση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών νοσηλευτικών επεμβάσεων και μεσολαβήσεων. Επίσης κάτι τέτοιο προϋποθέτει ότι έχει ο νοσηλευτής την αυτονομία να αποφασίζει ποιόν μέσα στην κοινωνία μπορεί να ωφελήσει περισσότερο από την φροντίδα του έτσι ώστε να επιτύχει ισότητα. Σε ένα σύστημα υγείας που είναι στηριζόμενο στο νοσοκομείο και που οι εργασίες των νοσηλευτών καθορίζονται από άλλους όπως τους γιατρούς, περιορίζεται η ικανότητα των νοσηλευτών να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ατομικές και κοινοτικές ανάγκες υγείας.

### **Εκπαίδευση**

Η ανάληψη της εργασίας εκτίμησης των αναγκών υγείας απαιτεί ένα καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό δυναμικό που να εκτιμούνται από την κοινότητα και την κοινωνία. Καμία μεμονωμένη εργασιακή ομάδα δεν μπορεί να αναλάβει τον υπολογισμό των αναγκών υγείας μόνη, έτσι και οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει να εργάζονται ως κομμάτι μιας πολυμηματικής ομάδας. Καθένας που εμπλέκεται σε αυτήν την διαδικασία εκτίμησης θα πρέπει να δουλεύει αρμονικά και να μαθαίνει από τους υπολοίπους, αναγνωρίζοντας την ιδιαιτερότητα των επιμέρους επαγγελματιών και πληθυσμών. Η προετοιμασία του νοσηλευτικού

προσωπικού προς αυτή την λογική εργασίας απαιτεί την παρακολούθηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που θα μπορεί να τους εφοδιάσει με τα απαραίτητα προσόντα, γνώσεις και συμπεριφορές. Όλα τα παραπάνω είναι χρήσιμα για να μπορέσει το συγκεκριμένο προσωπικό να προωθήσει την υγεία, να πάρει αποφάσεις, να διαχειριστεί τις διαθέσιμες πηγές, να συνεργαστεί με άλλους και να εργαστεί σε συνεργασία με τους κατά τόπους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, απαιτείται γνώση σε αντικείμενα όπως επιδημιολογία, οικονομία και αποτελεσματικότητα υγείας, μεθοδολογία, κοινοτική ανάπτυξη, μεθοδολογία έρευνας αλλά και παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για νοσηλευτές/τριες που εργάζονται στην πρωτοβάθμια υγεία.

### **Ανάπτυξη κοινής προσέγγισης**

Όλοι όσοι ασχολούνται με τον υπολογισμό των αναγκών υγείας θα πρέπει να δέχονται μια καθοδήγηση και να ακολουθούν ένα ευέλικτο και άμεσο μοντέλο που να ανταποκρίνεται στις τοπικές ανάγκες και στη συλλογή στοιχείων. Οι αρχές αυτού του μοντέλου θα πρέπει να είναι κοινές και διαθέσιμες σε όλους, όπου και αν αυτό εφαρμόζεται. αυτό σημαίνει ότι θα μπορεί να εφαρμοστεί ακόμα και σε χώρες που υπάρχουν υποστεί μια καταστροφή ή που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα αλλά και σε χώρες με σταθερότητα και γενικότερη άνθηση. Κάτω από ένα κοινό οργανισμό όπως το WHO, οι νοσηλευτές μπορούν να ανταλλάσσουν εμπειρίες και γνώσεις και να τις χρησιμοποιούν σε τοπικό επίπεδο. αυτό αντικατοπτρίζει μια αναπτυσσόμενη κοινή στρατηγική στηριζόμενη σε κοινά προβλήματα υγείας που αφορούν μια κοινότητα πολλών και διαφορετικών χωρών.

Η εκτίμηση των αναγκών υγείας είναι ένας μηχανισμός κλειδί που βοηθάει όσους εργάζονται στον χώρο της υγείας ή αποφασίζουν για αυτόν να βασίζονται στην ανάγκη, να εμποδίζουν τις ανισότητες και να εμπλέκουν όλους τους κατοίκους σε μια διαδικασία λήψης αποφάσεων.

## 2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνειδητοποίηση της αύξησης των ανισοτήτων στην υγεία και στην φροντίδα, τόσο στο εσωτερικό των χωρών όσο και μεταξύ αυτών.

Αναγνώριση του ότι τα άτομα με μειονεκτήματα έχουν και την χειρότερη υγεία αλλά και την μικρότερη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Κατανόηση του ότι οι οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι ο πιο καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία των πληθυσμών.

Ενδιαφέρον για να μπορέσει η έννοια της ισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας να είναι δικαίωμα όλων των πολιτών μιας κοινωνίας.

Οι νοσηλεύτριες και μαίες θα πρέπει να χρησιμοποιούν και να διαθέτουν την μόρφωση, τα προσόντα και την εμπειρία τους για την διαμόρφωση επαγγελματικών, νοσοκομειακών και κυβερνητικών πολιτικών αλλά και να υποστηρίζουν και άλλα διεθνή προγράμματα υγείας. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να εξασφαλιστεί η πρόσβαση των περιθωριοποιημένων ατόμων μίας κοινωνίας προς ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.

Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να καθορίσουν τις ανισότητες στην υγεία και την αιτία για αυτές, να διενεργήσουν τις απαραίτητες διαδικασίες για να μπορέσουν να όσοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη να λαμβάνουν και μεγαλύτερη πρόνοια και να αναγνωρίσουν και υποστηρίξουν τον ρόλο του νοσηλευτή ως επάγγελμα που βελτιώνει την υγεία ενός πληθυσμού και κοινωνίας. (Peter Yuen,2000)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

# ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ»

### 3.1 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 10 του νόμου 1397/83 από τρεις υπηρεσίες:

- A) την Ιατρική
- B) την Διοικητική και
- Γ) την Νοσηλευτική.

Κάθε υπηρεσία έχει την δική της, ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διοίκηση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ιεραρχικά ισότιμες και υπάγονται στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

A) Η Ιατρική Υπηρεσία κάθε νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς. Οι τομείς αυτοί, σύμφωνα με το άρθρο 11 του νόμου 1397/1983 είναι:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής

Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα καθώς και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα. Στα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία, σύμφωνα με τις παραγράφους 1,2 του άρθρου 8 του νόμου 1397/83 λειτουργούν στον Παθολογικό τομέα τουλάχιστον τα εξής τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό και Παιδιατρικό

Χειρουργικό τομέα τουλάχιστον τα εξής τμήματα: Χειρουργικό, Μαιευτικό - Γυναικολογικό και Αναισθησιολογικό

Εργαστηριακό τομέα τουλάχιστον τα εξής τμήματα: Μικροβιολογικό, Ακτινοδιαγνωστικό και Αιματολογικό. Στα Ειδικά Νοσοκομεία εκτός από τα τμήματα της κύριας ειδικότητας λειτουργούν και τα τμήματα Παθολογικό, Καρδιολογικό, Μικροβιολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό. Αυτά τα τμήματα εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών-πελατών που νοσηλεύονται στα τμήματα της κύριας ειδικότητας, υπαγόμενα στους αντίστοιχους τομείς.

**Β) Η Διοικητική Υπηρεσία** κάθε νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Υποδιευθύνσεις, Τμήματα και Αυτοτελή Γραφεία. Στα νοσοκομεία με δυναμικότητα τουλάχιστον εκατό (100) κρεβατιών, η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται στα

**Τμήματα:** Προσωπικού, Γραμματείας, Οικονομικού, Τεχνικού, Πληροφορικής-Οργάνωσης, Βιοιατρικής Τεχνολογίας και στα

**Αυτοτελή Γραφεία:** Κίνησης Αρρώστων, Διατροφής, Γραμματείας, Εξωτερικών Ιατρείων, Κοινωνικής Υπηρεσίας, Επιστάσις, Ιματισμού.

### **3.2 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ, ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ, ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Νοσηλευτική Υπηρεσία καλείται η υπηρεσία που έχει ως αρμοδιότητες

- την παροχή νοσηλείας στους πελάτες-ασθενείς, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των σε κάθε περίπτωση υπευθύνων ιατρών

- την προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και εκπαίδευσης στον τομέα αυτό
- τον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Ν/Υ αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε Τομείς και Τμήματα. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτει από είκοσι (20) μέχρι σαράντα-πέντε (45) νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε ειδική μονάδα μπορεί να καλύπτεται από νοσηλευτικό τμήμα όση δύναμη κρεβατιών και αν έχει. Κάθε 4 με 8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν έναν τομέα. Σε νοσοκομεία με λιγότερα από 4 τμήματα δεν συγκροτούνται τομείς. Όπου υπάρχουν 4 έως 6 τμήματα μπορεί να συγκροτείται ένας τομέας για την κάλυψη των μονάδων εσωτερικής νοσηλείας και ένας για την κάλυψη των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στη Ν/Υ προϊστάται:

- α) Στη Διεύθυνση, υπάλληλος Νοσηλευτικού Προσωπικού κάτοχος πτυχίου ή διπλώματος αντίστοιχου τμήματος Α.Ε.Ι. (Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα) της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο αντίστοιχης ειδικότητας σχολών της αλλοδαπής, του κλάδου ΠΕ ή υπάλληλος κάτοχος πτυχίου ή διπλώματος αντίστοιχου τμήματος Τ.Ε.Ι (Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα) ή ισότιμων σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή πτυχίο Κ.Α.Τ.Ε.Ε ή ισότιμων σχολών, του κλάδου ΤΕ. Όταν πρόκειται για Ειδικό Μαιευτήριο ο συγκεκριμένος υπάλληλος μπορεί να είναι του κλάδου ΤΕ Μαιών. Ο προϊστάμενος Διεύθυνσης Ν/Υ θα πρέπει να είναι υπάλληλος με βαθμό 3<sup>ο</sup> – 2<sup>ο</sup>.
- β) Σε κάθε Τομέα, υπάλληλος του κλάδου ΠΕ ή ΤΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού ή του κλάδου ΤΕ Μαιών ανάλογα με την εξειδίκευση με βαθμό 4<sup>ο</sup> – 3<sup>ο</sup>.
- γ) Σε κάθε τμήμα, υπάλληλος του κλάδου ΠΕ ή ΤΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού ή του κλάδου ΤΕ Μαιών για τα Μαιευτικά τμήματα ή του κλάδου ΤΕ Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων για τμήματα Κοινωνικής Ιατρικής με βαθμό 5<sup>ο</sup> – 4<sup>ο</sup>. Εφόσον δεν υπάρχει υπάλληλος των παραπάνω κλάδων προϊστάται κάτοχος τίτλου τμήματος τεχνικού ή επαγγελματικού λυκείου αντίστοιχου τμήματος ή ειδικότητας, του κλάδου ΔΕ νοσηλευτών με βαθμό 5<sup>ο</sup>-4<sup>ο</sup>.

Σε κάθε Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- α) Το Διευθυντή-τρια της Ν/Υ ως Πρόεδρο.
- β) Έναν (1) Προϊστάμενο Τμήματος από κάθε τομέα
- γ) Έναν (1) Διπλωματούχο Τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του προϊστάμενου αυτού.

Στα νοσοκομεία που δεν υπάρχουν τομείς η εκλογή γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της Ν/Υ, που συνέρχεται με πρόσκληση του διευθυντή της.

Τα μέλη της νοσηλευτικής επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τον Γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχείων (γ) μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και την λειτουργία της Ν/Υ και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρο της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου.

Στα μικρά νοσοκομεία η νοσηλευτική Επιτροπή αποτελείται από τον Διευθυντή-τρια ως Πρόεδρο και μέλη τους προϊστάμενους των τμημάτων.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω αναφερόμενων κλάδων:

- α) Κλάδος ΠΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- β) Κλάδος ΤΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- γ) Κλάδος ΤΕ Μαιών
- δ) Κλάδος ΤΕ Επισκεπτριών Αδελφών Υγείας
- ε) Κλάδος ΔΕ Νοσηλευτικού Προσωπικού
- στ) Κλάδος ΔΕ Προσωπικού Θαλάμου
- ζ) Κλάδος ΔΕ Βρεφοκόμων



η) Κλάδος ΔΕ Πρακτικών Νοσοκόμων ( προσωρινός)

θ) Κλάδος ΥΕ Πρακτικών Νοσοκόμων ( προσωρινός )

Οι κλάδοι (η) και (θ) μετά την ολοκλήρωση εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου 6 του άρθρου 6 του Νόμου 1579/1985.

ι) Κλάδος ΥΕ βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού (για εργασίες μεταφοράς ασθενών, φροντίδας ασθενών στους θαλάμους και άλλες συναφείς εργασίες).

Όπως αναφέρεται στο άρθρο 9 του Προεδρικού Διατάγματος υπ' αριθμόν 87 του Φ.Ε.Κ 32/Γ.Α/27.5.86 (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας με αριθμό Φύλλου 32, τεύχος πρώτο και εκδοθέν στις 27/5/86), ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού της Ν/Υ κάθε νοσοκομείου ορίζεται σε ποσοστό 35-45% επί της συνολικής δύναμης κρεβατιών του νοσοκομείου πολλαπλασιάζοντας με τον συντελεστή:

α) για τα Γενικά Νοσοκομεία από 2-3,

β) για τα ειδικά νοσοκομεία, πλην Ψυχιατρικής 1,8-4,8 και

γ) για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία από 0,5-2.

### 3.3 ΚΥΡΙΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ο κύριος σκοπός της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας περιλαμβάνει τις παρακάτω έννοιες:

- Παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους πελάτες-ασθενείς.
- Πρόβλεψη και υποστήριξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Πρόβλεψη και υποστήριξη ερευνητικών προσπαθειών.

και παρουσιάζεται με παραδείγματα:

Σκοπός της Ν/Υ είναι να παρέχει ποιοτική νοσηλεία σε όλους τους πελάτες-ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο (επιθυμητή οργάνωση).

Σκοπός της Ν/Υ είναι να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε πελάτη ασθενή με την μέθοδο της αντιμετώπισης των προβλημάτων του (επιθυμητή μέθοδος).

Σκοπός της Ν/Υ είναι να εξασφαλίζει για τον κάθε πελάτη-ασθενή ικανοποιητική ανάρρωση και διατήρηση της υγείας του στον δυνατότερο εφικτό βαθμό (επιθυμητά αποτελέσματα).

Ενώ ο σκοπός της Ν/Υ δίνει τη γενική κατεύθυνση της νοσηλευτικής οργάνωσης, οι υποσκοποί εκφράζονται στα επιμέρους νοσηλευτικά τμήματα:

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ**

Σκοπός των χειρουργείων είναι η οργάνωση, διεύθυνση και παροχή ειδικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, που συμβάλλουν στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πελάτη-ασθενή κατά την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φάση.

## **ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Σκοπός της μονάδας εντατικής νοσηλείας είναι η παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εκτάκτου ανάγκης νοσηλευτικής φροντίδας σε βαριά πάσχοντες πελάτες-ασθενείς, η διατήρηση και διάσωση της ζωής, καθώς και η διατήρηση της λειτουργικότητας σε επεισόδια κρίσης. (Λαναρά 1999)

### **3.4 ΜΟΝΙΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ**

Υπάρχουν *μόνιμοι* αντικειμενικοί σκοποί, οι οποίοι επιδιώκονται συνεχώς και διαρκώς, αλλά και *προσωρινοί* που επικεντρώνονται σε κάτι πιο συγκεκριμένο, που πρέπει να επιτευχθεί σε ορισμένο χρονικό διάστημα, λ.χ σε ένα χρόνο.

Σαν **Μόνιμοι αντικειμενικοί σκοποί** θεωρούνται:

1. Βελτίωση της κλινικής νοσηλευτικής και της παρεχόμενης νοσηλείας.
2. Εφαρμογή κατάλληλων αποτελεσμάτων έρευνας στην κλινική νοσηλευτική.
3. Εξασφάλιση ικανών μέσων για παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.
4. Εξασφάλιση ικανοποιητικού αριθμού και ποιότητας νοσηλευτικού προσωπικού για χορήγηση ποιοτικής νοσηλείας σε άριστο επιθυμητό επίπεδο.
5. Δημιουργία περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την έρευνα, την δημιουργικότητα, την αναζήτηση καλύτερων τρόπων εργασίας και την προσωπική ανάπτυξη του προσωπικού.
6. Διατήρηση προσωπικού στην υπηρεσία, που είναι ενημερωμένο στις σύγχρονες γνώσεις, εφαρμογές και διαστάσεις της νοσηλευτικής.
7. Διατήρηση παραγωγικών σχέσεων με άλλες υπηρεσίες και τμήματα του ιδρύματος.
8. Συμβολή παραγωγική στη διακλαδική έρευνα και εκπαίδευση καθώς και στη νοσηλευτική φροντίδα.

Σαν **Προσωρινοί αντικειμενικοί σκοποί** μπορεί να επιλεγούν θέματα εκλεκτικά που πρέπει να διορθωθούν ή να επιτευχθούν σε ορισμένο διάστημα, λ.χ τον προσεχή χρόνο, όπως:

1. Βελτίωση ποιοτικής φροντίδας κατά 10%
2. Ελάττωση απουσιών προσωπικού κατά 20%
3. Αναδιοργάνωση του γραφείου διευθυντή για μεγαλύτερη διοικητική απόδοση.

Η νοσηλευτική υπηρεσία χρησιμοποιεί λογικά κριτήρια για την αξιολόγηση των σκοπών, τα οποία επιβεβαιώνονται στην πράξη. Ένα κριτήριο είναι η εμπειρία. Από την πείρα νοσηλείας πελατών-ασθενών ο νοσηλευτής εξάγει κανόνες που εξηγούν και αξιολογούν τα αποτελέσματα

της φροντίδας και των ενεργειών του. Ο ποιοτικός έλεγχος είναι άλλο κριτήριο για τους σκοπούς της Ν/Υ, που επιδιώκει ορισμένη συμπεριφορά σαν αποτέλεσμα. Τρίτο κριτήριο αξιολόγησης των σκοπών είναι η ατομική πρόοδος, που χρησιμοποιείται πολύ συχνά. Παράδειγμα αποτελεί ο άρρωστος σε ανάρρωση, σε αποκατάσταση από ατύχημα ή μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η πρόοδος είναι ατομική και βαθμιαία και υπολογίζεται βάση αυτού.

Βάση της παραπάνω ανάλυσης, οι σκοποί της Ν/Υ μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σ' αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας του θεραπευτηρίου, καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
2. Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών και αντιμετώπιση ενδεχόμενων μαζικών καταστροφών.
3. Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού (2 νοσηλευτές προς 1 βοηθό) για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση.
4. Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.
5. Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
6. Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών μάθησης φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών της νοσηλευτικής, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, εκτός του ιατρικού.

7. Η ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή των ευρημάτων τους.
8. Η συμμετοχή νοσηλευτών στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.
9. Η από κοινού συνεργασία της Ν/Υ με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

(Χ. Πλατή 1990)

### **3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία κάνει γνωστό το "πιστεύω" της, ανακοινώνει τους αντικειμενικούς σκοπούς της, οι οποίοι εκφράζουν τους σκοπούς του ιδρύματος και κατευθύνει το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό το κριτήριο αξιολόγησης συνεπάγεται στα εξής:

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

β) Οι αντικειμενικοί σκοποί και οι βασικές αρχές γίνονται γνωστές σε όλα τα μέλη της Ν/Υ και των άλλων υπηρεσιών του ιδρύματος.

γ) Η Ν/Υ χρησιμοποιεί τους αντικειμενικούς σκοπούς και την φιλοσοφία σαν βάση για την λήψη αποφάσεων.

δ) Η εκτελεστική επιτροπή της Ν/Υ είναι εξουσιοδοτημένη να επεκτείνει τους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας

2. Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει την αρμοδιότητα, την ευθύνη και την εξουσία για την οργάνωση και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας στο ίδρυμα. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Η Ν/Υ είναι ενήμερη για την ποιοτική και ποσοτική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς.

β) Τα προγράμματα της νοσηλευτικής φροντίδας αναπτύσσονται, συνεχίζονται ή επεκτείνονται σύμφωνα με την επάρκεια νοσηλευτών και άλλου νοσηλευτικού προσωπικού.

γ) Η Ν/Υ αποφασίζει για την επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το διορισμό, την προαγωγή και την απόλυση από την υπηρεσία

3. Η Ν/Υ συμμετέχει στο σχεδιασμό και στις αποφάσεις που λαμβάνονται στο ίδρυμα, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία της και τη φροντίδα των πελατών-ασθενών. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Οι νοσηλευτές υπηρετούν σαν μέλη ειδικών επιτροπών στο ίδρυμα και στην κοινότητα

β) Η Ν/Υ καθορίζει σχέδιο επικοινωνίας με τις άλλες υπηρεσίες του ιδρύματος ως και με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

γ) Η Ν/Υ συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες του ιδρύματος για την προγραμματισμένη και την συντονισμένη αντιμετώπιση των αναγκών των πελατών-ασθενών.

4. Η Ν/Υ καθορίζει την οργανωτική και λειτουργική της δομή καθώς και τις σχέσεις του προσωπικού. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Η Ν/Υ διευθύνεται από νοσηλευτή με ειδικά διοικητικά και νοσηλευτικά προσόντα, όπως ακριβώς καθορίζεται από την αντίστοιχη νομοθεσία, τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον Οργανισμό του Ιδρύματος.

β) Τα καθήκοντα και τα ειδικά προσόντα για το άλλο νοσηλευτικό προσωπικό είναι επίσης καθορισμένα και περιγράφονται στον εσωτερικό κανονισμό της Ν/Υ.

γ) Οι ευθύνες του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σαφώς καθορισμένες και αναγνωρισμένες.

δ) Ο κανονισμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ενσωματωμένος στον οργανισμό του ιδρύματος, που προβλέπει επάρκεια προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζει την ποιοτική νοσηλευτική και θεραπευτική φροντίδα των πελατών-ασθενών.

ε) Η οργάνωση προβλέπει το διορισμό κατάλληλου νοσηλευτικού προσωπικού.

5. Η Ν/Υ επιδοτείται με τα απαραίτητα κεφάλαια για την εκτέλεση του νοσηλευτικού προγράμματος. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Ο διευθυντής των Ν/Υ προετοιμάζει τον οικονομικό προϋπολογισμό για τις διάφορες δαπάνες του νοσηλευτικού τμήμα, που αποτελεί μέρος του προϋπολογισμού του ιδρύματος.

β) Οι αντικειμενικοί σκοποί της Ν/Υ χρησιμεύουν σαν βάση κατάρτισης του προϋπολογισμού .

γ) Η Ν/Υ καταγράφει τις οικονομικές της δαπάνες, οι οποίες αναθεωρούνται και αναλύονται κάθε χρόνο.

δ) Οι άμεσες ανάγκες της Ν/Υ για προσωπικό, υλικό και εξοπλισμό καθορίζονται και εκτιμούνται με οικονομικούς όρους.

6. Με την εφαρμογή των καθορισμένων κριτηρίων της νοσηλευτικής, εξασφαλίζεται η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στον πελάτη- ασθενή. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Ο νοσηλευτής μελετάει και αναθεωρεί τα προγράμματα της νοσηλευτικής φροντίδας, όταν το κρίνει απαραίτητο.

β) Ο νοσηλευτής προγραμματίζει, επιβλέπει και αξιολογεί την νοσηλευτική φροντίδα του πελάτη-ασθενή.

γ) Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας συνεχίζεται με την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή.

δ) Οι εθνικές και θρησκευτικές διαφορές των πελατών - 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 υπ' όψη η ασφάλεια των πελατών-ασθενών και του προσωπικού.

στ) Ο νοσηλευτής παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς, που οι ανάγκες τους απαιτούν ειδικές γνώσεις, κρίση και δεξιότητες.

η) Η λεπτομερής, ακριβής και με σαφήνεια καταγραφή των νοσηλευτικών παρατηρήσεων δίνει μια πλήρη εικόνα της πορείας του πελάτη-ασθενή, διαγράφει το σχέδιο της νοσηλείας, συμβάλλει δε στην ασφαλή και αποτελεσματική συνέχιση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του.

θ) Η Ν/Υ προνοεί για την επίβλεψη, βοήθεια και υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, που ασχολείται με το σχεδιασμό και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

**7. Η Ν/Υ έχει σαφώς καθορίσει τις ευθύνες της στο σχεδιασμό εκτάκτων αναγκών του ιδρύματος. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:**

α) Η Ν/Υ αναλαμβάνει ευθύνη για την αποτελεσματική εκτέλεση των φάσεων του σχεδίου που επηρεάζει τις υπηρεσίες της.

β) Η Ν/Υ ενημερώνει το προσωπικό για το σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών.



γ) Κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καλά πληροφορημένο, κατέχει τις ανάλογες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης να διαθέτει την απαιτούμενη ετοιμότητα.

8. Η Ν/Υ έχει γραπτά καθορίσει την πολιτική της που αφορά στο προσωπικό και επιδιώκει την προσέλκυση ειδικευμένου προσωπικού, την δημιουργία κινήτρων, με σκοπό την εξασφάλιση και την διατήρηση σταθερότητας της στελέχωσης των υπηρεσιών. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Η επιλογή, ο διορισμός, η μονιμοποίηση και η προαγωγή του νέου προσωπικού γίνεται βάσει των ατομικών προσόντων και ικανοτήτων, αδιακρίτως φυλής, χρώματος ή δόγματος.

β) Το νέο προσωπικό προσανατολίζεται ως προς τη φιλοσοφία και την πολιτική του ιδρύματος και της Ν/Υ.

γ) Η οικονομική αμοιβή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ανάλογη με τα προσόντα, τη θέση και τη συγκριτική ευθύνη στο ίδρυμα

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

ε) Η Ν/Υ συμμετέχει στον σχεδιασμό, στην εφαρμογή και προώθηση του προγράμματος παρακολούθησης υγείας.

στ) Οι φάκελοι που τηρούνται από την Ν/Υ, συντονίζονται με εκείνους της υπηρεσίας προσωπικού.

9. Η Ν/Υ οργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα και κατάλληλες ευκαιρίες για την επιμόρφωση του προσωπικού. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

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 και ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών στο νοσηλευτικό τομέα, επιλέγονται και ενθαρρύνονται νέα μέλη του προσωπικού.

δ) Προκαταβολικά καταρτίζονται σχέδια για την προετοιμασίας 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.

10. Η Ν/Υ ενεργά υποστηρίζει την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων που επηρεάζουν τη φροντίδα των πελατών - ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

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

β) Οι προϋποθέσεις παροχής υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας εξασφαλίζονται για όλους τους πελάτες-ασθενείς, ώστε να αποφεύγονται ανεπιθύμητες επιπτώσεις.

γ) Ο αριθμός και το είδος των ατόμων που χρησιμοποιούν τις κλινικές μονάδες για εκπαιδευτικούς σκοπούς παραμένουν σε λογικά όρια.

δ) Τα μέσα που παρέχονται στα άτομα που χρησιμοποιούν τις κλινικές μονάδες για εκπαιδευτικούς σκοπούς καθορίζονται εκ των προτέρων.

11. Η Ν/Υ συνάπτει γραπτή συμφωνία με εκπαιδευτικά ιδρύματα για τη χρήση των κλινικών ευκολιών του ιδρύματος από φοιτητές της

νοσηλευτικής, η οποία διασφαλίζει τους πελάτες-ασθενείς και την ευημερία της. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Η Ν/Υ είναι υπεύθυνη για την κατεύθυνση και τον συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας των πελατών-ασθενών.

β) Το εκπαιδευτικό ίδρυμα είναι υπεύθυνο για τις εμπειρίες μάθησης των φοιτητών και την κλινική τους άσκηση.

γ) Η Ν/Υ και το εκπαιδευτικό ίδρυμα συνεργάζονται για την τοποθέτηση των φοιτητών.

**12. Η Ν/Υ συμμετέχει στο σχηματισμό πολιτικής,** που κατευθύνει τη χρησιμοποίηση των παρεχόμενων ευκολιών του ιδρύματος για μελέτες και έρευνα που μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα των πελατών-ασθενών, το περιβάλλον και το προσωπικό. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Η Ν/Υ ενημερώνει εκ των προτέρων το προσωπικό και τον πελάτη-ασθενή για την μελέτη και την έρευνα που πρόκειται να πραγματοποιηθεί.

β) Ο διευθυντής νοσηλευτικών υπηρεσιών και ο υπεύθυνος έρευνας συσκέπτονται από κοινού για το σχεδιασμό και την λειτουργία του προγράμματος που επηρεάζει τη φροντίδα των πελατών-ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

γ) Οι νομικές επιπτώσεις της μελέτης και της έρευνας που περιλαμβάνουν ασθενείς και προσωπικό λαμβάνονται υπόψη στο σχηματισμό της πολιτικής.

δ) Τα σημαντικά ευρήματα των μελετών και της έρευνας ανακοινώνονται στη Ν/Υ.

**13. Η Ν/Υ εισηγείται και προωθεί μελέτες, ενθαρρύνει την έρευνα στη διοίκηση, επίβλεψη και τη νοσηλευτική πράξη.** Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

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 προσωπικού για να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα.

γ) Η Ν/Υ ενσωματώνει εφαρμόσιμα ερευνητικά ευρήματα στις δικές της ανάγκες.

**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 πελατών-ασθενών. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

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 Ν/Υ είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση της στις νέες τεχνολογικές προόδους, σχετικά με τον εξοπλισμό, εργαλεία, μηχανήματα και άλλα μέσα που δημοσιεύονται σε περιοδικά ή επιδεικνύονται σε συνέδρια.

**15.** Η Ν/Υ συμμετέχει στην αναθεώρηση και τον σχηματισμό νέων προγραμμάτων φροντίδας των πελατών-ασθενών και στην προέκταση των υπηρεσιών που την επηρεάζουν. Αυτό συνεπάγεται στα εξής:

α) Στη Ν/Υ 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 Ν/Υ προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες.

δ) Για το νέο προσωπικό λειτουργεί πρόγραμμα προσανατολισμού.

ε) Η γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται υπόψη για το υλικό και τον εξοπλισμό που χρειάζεται σε κάθε νέα φάση της λειτουργίας του ιδρύματος. (Β. Λαναρά, 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

# ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

## 4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

· Με τον όρο “υγεία” θα εννοείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας, με τον όρο “ασθενή” θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, ενώ με τον όρο “πόνος” νοείται ο σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός.

### 4.1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Τα γενικά καθήκοντα των νοσηλευτών ορίζονται ως εξής:

- Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει κάθε τι που επιβάλλει το καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

- Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν

βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

- Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

- Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άλλα άτομα για την απόκτηση παράνομου οφέλους του ιδίου ή τρίτου ή συγκάλυψη των ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα.

-Οφείλει να διατηρεί αγαθές σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό.

#### **4.1.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ο νοσηλευτής οφείλει:

- απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή,
- να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου,

- απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να οδηγήσει στη διακύβευση της,
- να παρέχει τις υπηρεσίες του με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και τα όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει ο νοσηλεύτης να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,
- να προστατεύει τον ασθενή από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον καθώς και να διαφυλάττει τα ατομικά του δικαιώματα από οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους,
- να ενημερώνει ορθώς και στα πλαίσια σεβασμού τον ασθενή αναφορικά με τη διάγνωση, τη πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και να λαμβάνει την ενημερωμένη συναίνεση του πριν τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης,
- απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απέχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρίας της άσκησης των καθηκόντων του,
- να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν αυτό το επιβάλλουν δικαιολογημένα συμφέροντα του ίδιου ή τρίτου, εκτός και αν πρόκειται για έκτακτη ανάγκη, όταν κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα, όταν η ενδεδειγμένη αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις,



#### **4.1.3 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Επίσης θα πρέπει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία, ενώ απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις και αποδοκimasίες του έργου των συναδέλφων του.

Ο νοσηλευτή οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητα του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας, ενώ απαγορεύεται να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκimasίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

#### **4.1.4 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

#### **4.1.5 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΕΡΕΥΝΗΤΗ**

Ο νοσηλευτής-ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Ως ερευνητής, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων όσων συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου, ενώ δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων.

#### **4.1.6 ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ**

Η παροχή νοσηλευτικών απαιτεί σε όλες τις περιπτώσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέψει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

#### **4.1.7 ΘΕΣΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αναστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για τη παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί

προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατο του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης.

Έργο του νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του. Με βάση τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής μπορεί να αρνηθεί να παρέμβει σε διαδικασία αφαίρεσης οργάνων λόγω προσωπικών πεποιθήσεων.

#### **4.1.8 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού- ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

#### **4.1.9 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Ο νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

#### **4.1.10 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής οφείλει να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την

ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας. 1

#### **4.1.11 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Η νοσηλεία στο σπίτι επικεντρώνεται, σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο, τόσο στο άτομο που ζητάει φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό του σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώση και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο.

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν το συντονισμό του νοσηλευτικού με το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό για τη συνέχεια της φροντίδας, και το σύνδεσμο του συστήματος υγείας με τον ασθενή.

Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του ο νοσηλευτής θα πρέπει

- να οργανώνει και να παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα,
- να εκτιμά τη συνολική κατάσταση στο σπίτι, την καθαριότητα, την ασφάλεια και την καταλληλότητα του χώρου, το είδος του φαγητού, τη χορήγηση φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που παρέχονται στον πάσχοντα.,
- να προτείνει τον εξοπλισμό ή τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν για την καταλληλότητα του σπιτιού,
- να καθησυχάζει το άτομο από το τηλέφωνο και να του παρέχει υποστήριξη και στις μέρες που δεν υπάρχουν προγραμματισμένες επισκέψεις,

- να αξιολογεί τις άμεσες και τις μακροχρόνιες ανάγκες υγείας του ασθενή και της οικογένειάς του, εξασφαλίζοντας τις απαραίτητες προτεραιότητες,
- να δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστηρίζει και ηθική ενίσχυση. (www. esdne.gr)

## 4.2 ΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΤΥΧΙΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων του τμήματος της νοσηλευτικής καθορίζονται αναλυτικά στο άρθρο 1 του υπ' αριθμό 351 προεδρικού διατάγματος, όπως αναφέρεται στο Φ.Ε.Κ 159/24.6.1989/τ.Α.

Σύμφωνα με το με το προαναφερθέν προεδρικό διάταγμα, οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο “Νοσηλεύτης, Νοσηλεύτρια”, αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι με ποικίλα αντικείμενα και δραστηριότητες.

Σε αυτές τις δραστηριότητες περιλαμβάνονται πράξεις που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης, για κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα στους τομείς της υγιεινής ( του ίδιου και του περιβάλλοντος του), της ασφάλειας, της άνεσης, της υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών. Οι νοσηλευτικές αυτές δραστηριότητες, με δική τους απόφαση, πράξεις είναι:

- Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε όλους τους πελάτες ασθενείς, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη και επίλυση επιπλοκών
- Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- Στενή παρακολούθηση ασθενών-πελατών για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Απομόνωση ασθενών με λοιμώδη νοσήματα.
- Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του πάσχοντος, μεταθανάτια φροντίδα στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- Σίτιση του αρρώστου με όλους τους τρόπους.
- Πληροφόρηση του ασθενούς και των οικείων του σε θέματα που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου, την νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας και την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.
- Εκπαίδευση σχετικά με αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση στους οικείους του νοσηλευόμενου για τη συνέχιση της φροντίδας του στο σπίτι.
- Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου.

- Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.
- Συνεργασία στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

2. σε απουσία γιατρού εφαρμόζεται πρωτόκολλο επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξεία γεγονότα

3. μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος. Οι πράξεις αυτές είναι:

- χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
- Θεραπευτικά λουτρά
- Πλήρης παρεντερική θρέψη

Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα:

- να συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και έκτακτων αναγκών στη κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων
- να συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
- να καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με το τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- να καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.

- να ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας.
- να καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείψει ειδικών νοσηλευτών, αφού εκπαιδεύονται με ταχύρυθμα προγράμματα.
- να απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση και να επισημαίνουν προβλήματα για έρευνα ή μελέτη και να την διεξάγουν
- να ασκούν το επάγγελμα μετά την απόκτηση της άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

### **4.3 ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Κάθε επάγγελμα έχει τις δυσκολίες του, αλλά και τα πλεονεκτήματα του, τις ιδιομορφίες του που το κάνουν σημαντικό, ευχάριστο ή δυσάρεστο. Διάφοροι παράγοντες μπορούν να κάνουν πιο ευχάριστη τη νοσηλευτική, όμως λόγω έλλειψης πόρων και υποδομής είναι δύσκολο να εφαρμοστούν αυτή τη στιγμή. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι νοσηλευτές βιώνουν τις ίδιες δυσκολίες και πολλοί αναγκάζονται να αλλάξουν επάγγελμα, μη μπορώντας να αντέξουν τις ιδιαίτερα σκληρές συνθήκες. Από την άλλη πλευρά το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει τα τελευταία χρόνια έχει, τα τελευταία εκατό χρόνια, δώσει τόσες μάχες και έχει κερδίσει σε τόσες διεκδικήσεις, που αφήνουν ελπιδοφόρα μηνύματα για μια μελλοντική βελτίωση της κατάστασης, σε σχέση με τις συνθήκες που επικρατούν σήμερα στην Ελληνική Νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική, όπως κάθε εργασία έχει πολλές παραμέτρους που τη χαρακτηρίζουν και την κάνουν ευχάριστη ή όχι. Δεν είναι μόνο η αμοιβή, αλλά και διάφοροι άλλοι παράγοντες, μερικοί από τους οποίους κάνουν μια δουλειά ευχάριστη είναι και οι εξής:

- Το καλό εργασιακό κλίμα
- Η δουλειά που γίνεται να έχει κάποιο σκοπό



- Η, όσο το δυνατόν μονιμότητα στην εργασία
- Η χρησιμοποίηση όλων των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του εργαζόμενου
- Η αμοιβή να είναι ανάλογη της προσφοράς
- Τα αποτελέσματα της δουλείας να φαίνονται και να αξιολογούνται.

Περαιτέρω, αναφέρονται πέντε τομείς που δηλώνουν τι είδους ευχαρίστηση μπορεί να προσφέρει το νοσηλευτικό επάγγελμα.

### **1. Προσωπική ευχαρίστηση**

Αυτή η παράμετρος έχει να κάνει με το πόσο ο νοσηλευτής έχει τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να δίνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Αυτό αποτελεί κάτι δύσκολο για το οποίο το οποίο θα πρέπει να παρακολουθεί την έρευνα και τις τεχνολογικές εξελίξεις πολύ στενά. Αν δίνει ότι καλύτερο μπορεί, λαμβάνει και μεγαλύτερη ικανοποίηση για την προσφορά του. Ακόμα, ευχαρίστηση δέχεται όταν η δουλεία του τον προκαλεί και του δίνει ευκαιρίες να χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τα ταλέντα του.

### **2. Ικανοποίηση σε σχέση με το φόρτο εργασίας**

Αφορά την διαθέσιμη ώρα των νοσηλευτών για φροντίδα των ασθενών, την ώρα για διαχειριστικά γραφειοκρατικά θέματα και το αν αναγκάζονται να κάνουν τη δουλειά κάποιων άλλων. Αν δεν έχουν το χρόνο να εκπληρώσουν τα καθήκοντα τους, τότε η ευχαρίστηση της εργασίας μειώνεται.

### **3. Ικανοποίηση διαμέσου της επαγγελματικής υποστήριξης**

Για τον νοσηλευτή, η υποστήριξη του προϊστάμενου, η καλοπροαίρετη επιτήρηση και η καθοδήγηση, οι ευκαιρίες να συζητάει θέματα που τον απασχολούν, η ομαδική εργασία και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος, του προκαλούν ευχαρίστηση και τον ωθούν να συνεχίσει να εργάζεται σε ένα τέτοιο περιβάλλον

#### **4. Ικανοποίηση από την εκπαίδευση**

Ευκαιρίες για περαιτέρω εκπαίδευση και επιμόρφωση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο χώρο εργασίας, εκπαιδευτικές άδειες και οικονομική στήριξη για συμμετοχή σε εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πολύ θετικά στοιχεία για να κάνουν ένα επάγγελμα ευχάριστο.

#### **5. Ικανοποίηση από απολαβές και προοπτικές**

Εδώ έχουμε τον μισθό, την προοπτική για καριέρα και εξέλιξη καθώς και την μονιμότητα του επαγγέλματος.

Η νοσηλευτική έχει όλα εκείνα τα στοιχεία που χρειάζονται για να μπορούμε να την κατατάξουμε ως σημαντική εργασία. Έχει μεγάλη σημασία για την υγεία του πληθυσμού, απαιτεί μεγάλες δεξιότητες και ικανότητες, διαχειρίζεται την ζωή συνανθρώπων, βλέπει και αξιολογεί την πορεία τους.

Παρόλα αυτά, όμως, οι άσχημες συνθήκες εργασίας λόγω έλλειψης πόρων και υποδομής και ο ιδιαίτερα υψηλός φόρτος εργασίας λόγω έλλειψης επαρκούς αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού, κατατάσσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή στα προς αποφυγή επαγγέλματα. Το φαινόμενο της εγκατάλειψης της νοσηλευτικής είναι παγκόσμιο. Πάρα πολύ πτυχιούχοι αφήνουν τον συγκεκριμένο χώρο, μη μπορώντας να αντέξουν τις δύσκολες συνθήκες, την αδικία και την εκμετάλλευση σε βάρος τους.

Οι βασικοί λόγοι που ωθούν τον νοσηλευτή να εγκαταλείψει το επάγγελμα του είναι οι εξής:

- Το πολύ υψηλό στρες
- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας που δεν επιτρέπει την παροχή ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς.
- Το άσχημο εργασιακό κλίμα.
- Οι συνεχείς δυσκολίες από έλλειψη πόρων
- Η έλλειψη αυτονομίας στη πράξη.

- Η έλλειψη σεβασμού για τις κρίσεις του.
- Η μεγάλη γραφειοκρατική εργασία
- Η μειωμένη συμμετοχή στον καθορισμό των προτύπων για ποιοτική φροντίδα
- Η μειωμένη οικονομική και εργασιακή υποστήριξη για μεταπτυχιακές σπουδές.
- Η επιβάρυνση με μη νοσηλευτικά καθήκοντα.
- Ο μειωμένος κοινωνικός σεβασμός για τους νοσηλευτές.
- Οι συγκριτικά χαμηλότερες αποδοχές σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Πέρα από τα παραπάνω εμπόδια και δυσκολίες που πλήττουν το νοσηλευτικό επάγγελμα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που γίνονται οι νοσηλευτές θύματα βίας στα πλαίσια της εργασίας τους.

Περισσότεροι από το 30% των νοσηλευτών, που εξετάστηκαν πρόσφατα σε 7 πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα βίας στο χώρο εργασίας τους. Οι περισσότεροι από αυτούς δέχθηκαν επιθέσεις από ασθενείς. Η επισκόπηση αυτή, που έγινε από την ειδική ομάδα μελέτης για τη βία στο χώρο εργασίας του Κολοράντο, απαντήθηκε από 786 νοσηλευτές στις πολιτείες του Κολοράντο Αλαμπάμα, Ντελαγουέαρ, Ιλινόις, Κάνσας, Μισούρι και Χαβάης. Από αυτούς τους νοσηλευτές, 93,7% ήταν γυναίκες, 51% ήταν προϊστάμενοι νοσηλευτές, 80% υπήρξαν νοσηλευτές για διάστημα περισσότερο των 55 ετών και 55% είχαν εργασθεί για περισσότερο από 10 χρόνια στον ίδιο χώρο.

Επειδή μόνο ένα 5% των νοσηλευτών που απάντησαν στην μελέτη ήταν νοσηλευτές έκτακτων περιστατικών, είναι πιθανό ο αριθμός των νοσηλευτών που δέχθηκαν επιθέσεις στο χώρο εργασίας τους να είναι μεγαλύτερος από ότι αποκάλυψε η μελέτη. Οι νοσηλευτές των έκτακτων περιστατικών αντιμετωπίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο επίθεσης ενώ ένα 72% των ατόμων που απάντησαν καταφατικά στο ότι δέχθηκαν επίθεση ήταν προϊστάμενοι νοσηλευτές και σε κάποιους από αυτούς παρασχέθηκαν και υπηρεσίες υποστήριξης μετά το γεγονός. Ένα μικρό ποσοστό δέχθηκε

επίθεση με όπλα, περιλαμβανομένων και των μαχαιριών, ψαλιδιών, καρεκλών και πυροβόλων όπλων. Από πολλούς αναφέρθηκε φυσική βία και λεκτική βία. Επίσης στον περιγραφή προσδιορισμό της βίας δεν έλειψε και η σεξουαλική παρενόχληση ενώ ως μορφή βίας αναφέρθηκε και ο εκφοβισμός υπό την μορφή απειλής.

Κάποιοι από τους νοσηλευτές ανέφεραν το γεγονός στους προϊστάμενους θεωρώντας ότι θα πρέπει να ληφθεί μια συγκεκριμένη πολιτική για την αντιμετώπιση του θέματος και για την εξασφάλιση του αισθήματος ασφάλειας στους εργαζόμενους.

Στα πλαίσια αυτής της πολιτικής μπορεί να ενταχθεί και ένα είδος εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη και τη διαχείριση μίας βίαιης συμπεριφοράς.

( Σ. Πλακάς, 1997)

Οι νοσηλευτές προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στους συναδέλφους τους, στους ασθενείς-πελάτες και στους χώρος εργασίας τους. Μέσα από έναν αποτελεσματικό προγραμματισμό και μια προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων μπορεί να βελτιωθεί το μέλλον της υγειονομικής φροντίδας και να αναπτυχθούν ασφαλέστεροι εργασιακοί χώροι υγείας. Όπως απαιτείται ποιοτικά αναβαθμισμένη και ασφαλής φροντίδα για τους πελάτες θα πρέπει και το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι δέκτης ασφάλειας για να μπορεί να παρέχει τις σημαντικές υπηρεσίες που καλείται άρτια να εξυπηρετεί.

#### **4.4 ΤΟ ΟΡΑΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ**

Ο τομέας της υγείας μεταβάλλεται παγκοσμίως και μαζί με αυτόν αλλάζει ο ρόλος που πρέπει να διαδραματίσει η νοσηλευτική. Σε όλα τα κράτη της Ευρώπης κυριαρχεί μια εσωτερική και εξωτερική ώθηση των επαγγελματιών να αγκαλιάσουν την καινούργια διάταξη για την υγεία. Ο

21<sup>ος</sup> αιώνας προσφέρει απaráμιλλες ευκαιρίες στους νοσηλευτές-επαγγελματίες να δράσουν με ένα διαφορετικό τρόπο, από κάθε άλλη φορά.

Οι αλλαγές στον τομέα της φροντίδας υγείας ανάγκασε τα κράτη να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα τους, ώστε να αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος, τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των καταναλωτών υγείας και τις δημογραφικές αλλαγές. Πολλά από τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) οδεύουν προς την αλλαγή της νομοθεσίας, προκειμένου να υποδεχθούν τα νέα δεδομένα που επιφέρουν οι μεταρρυθμίσεις, ειδικά σε ότι αφορά την χρηματοδότηση.

Για παράδειγμα, η Αυστρία επιτρέπει την αυτόνομη άσκηση του επαγγέλματος από την στιγμή απόκτησης πτυχίου νοσηλευτικής, προσφέροντας αληθινό επαγγελματικό κύρος θέτοντας τον καθένα υπεύθυνο της πρακτικής του. Αυτή η νομοθεσία απαιτεί από τον επαγγελματία να βασίζεται στην καλύτερη δυνατή μαρτυρία, που είναι ένα πολύ μεγάλο βήμα για μία χώρα που βλέπει τους νοσηλευτές σαν βοηθούς των γιατρών. Και άλλες όμως χώρες κατευθύνονται σε αλλαγή νομοθεσίας, όπως οι χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Η Μεγάλη Βρετανία, επίσης, αυξάνει την αυτονομία των νοσηλευτών, κυρίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, επιτρέποντας τους να συνταγογραφούν ορισμένα φάρμακα για την καλύτερη παροχή υπηρεσίας στους πελάτες ασθενείς.

Το υγεία για όλους όπως το οραματίστηκε ο Π.Ο.Υ, πριν από δέκα χρόνια σήμερα μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Με τις νομοθετικές αλλαγές, οι νοσηλευτές αποκτούν ένα νέο ρόλο, τον ρόλο του επαγγελματία που δεν επικεντρώνεται μόνο στην αρρώστια. Το μέλλον της νοσηλευτικής εστιάζεται στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την παροχή φροντίδας κατά την διάρκεια της αρρώστιας και την αποκατάσταση.

Οι νοσηλευτές του μέλλοντος θα στηρίζονται στη λήψη αποφάσεων, θα παρέχουν και θα διαχειρίζονται τη νοσηλευτική φροντίδα, τη διδασκαλία των ασθενών, των άλλων επαγγελματιών υγείας, θα συμμετέχουν ενεργά στην ομάδα παροχής φροντίδας υγείας και θα αναπτύσσουν τη νοσηλευτική, βασισμένοι στην κριτική σκέψη και έρευνα. Είναι ανάγκη να

δημιουργηθεί νοσηλευτική που θα στηρίζεται στις ανάγκες των ανθρώπων, παρά στις ανάγκες του συστήματος ή τις ανάγκες του γιατρού.

Οι νέοι νοσηλευτές πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι, ώστε να έχουν το σεβασμό όλων των συνεργατών τους σαν ισότιμα μέλη στη παροχή φροντίδας υγείας. Η εστίαση των νοσηλευτών στην υγεία δε σημαίνει παραμέληση της μελέτης του νοσήματος και της φροντίδας όσων νοσούν αλλά ισοσκέλιση και των δύο. Εξάλλου θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν τους κοινωνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία και πως αυτοί επηρεάζουν κάθε άτομο.

Ιδιαίτερη σημασία έχει να κατανοήσουν οι νοσηλευτές και να λάβουν υπόψη τους τις πεποιθήσεις και τις αξίες των ανθρώπων, όπως και τις διαπολιτιστικές τους ανάγκες, προκειμένου να μην υιοθετήσουν την παραδοσιακή μειωτική άποψη που χρησιμοποιεί ετικέτες του τύπου ασθενείς με συγκεκριμένα νοσήματα ή ανικανότητα..

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι επαγγελματίες που να μπορούν να εργάζονται σε ποικίλους τομείς, να λαμβάνουν κλινικές και οργανωτικές αποφάσεις και όχι απλά να εκτελούν καθήκοντα. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι νοσηλευτές θα μπορούν να λειτουργούν σε ένα σταθερά μεταβαλλόμενο περιβάλλον που μπορεί να επιβαρύνει συναισθηματικά τους ίδιους ή και τους ασθενείς, θα μπορούν να εργάζονται σε ένα γενικό πλαίσιο που να μην υπάρχει ορθή λύση και να τους ωθεί στο να σκέφτονται πολύπλευρα με διαίσθηση και γνώση. Γι' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν δεξιότητες, κριτική σκέψη, δυνατότητα συντονισμού της ομάδας, κάτι που προϋποθέτει λογική αξιολόγηση για κάθε περίπτωση.

Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, ερχόμαστε σε επαφή με προγράμματα ορθολογικής οργάνωσης του νοσοκομείου, ενός νοσοκομείου «χωρίς τοίχους» με την έννοια της μη δομημένης παροχής φροντίδας. Η φροντίδα μετατοπίζεται προς τη θεραπεία των πιο σοβαρών υποθέσεων μέσα στο νοσοκομείο στην μικρότερη δυνατή περίοδο και την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι με μια κατ' οίκον νοσηλεία. Κάποιες χώρες κατάφεραν μια μέση διάρκεια νοσηλείας της τάξεως των 4 ημερών. Το ιατρικό μοντέλο της φροντίδας υγείας παραχωρεί τη θέση του στο μοντέλο που δέχεται ότι με την κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη κάποιοι ασθενείς θα είναι ικανοί να διαχειρίζονται την αυτοφροντίδα τους. Σε πολλές χώρες το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι αυτό που ηγείται

επιτυχώς της νέας αυτής ιδεολογίας. Η επιτυχία της νέας αυτής θέσης εξαρτάται από το κατά πόσο θα την ενστερνιστούν οι ίδιοι οι νοσηλευτές.

Οι δεξιότητες τους στην εκτίμηση, τον σχεδιασμό της φροντίδας και της εξ' αποστάσεως οργάνωσης με επίκεντρο τον ασθενή και την οικογένεια του, θα αποτελέσουν το κρίσιμο σημείο για την αποτελεσματικότητα της φροντίδας στο σπίτι. Η βοήθεια των μεγάλων ομάδων του πληθυσμού, που στο παρελθόν εξαρτιώνταν από τις υπηρεσίες υγείας, προς την κατεύθυνση της αυτοφροντίδας αποτελεί το κλειδί για την εφαρμογή του νέου μοντέλου υγείας, αλλά και για την καλή σχέση κόστους αποτελεσματικότητας με θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές μπορεί να είναι οι ενεργά μέλη του νέου μοντέλου υγείας και όχι μόνο απλοί συμμετέχοντες.

Χωρίς αμφιβολία, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και οι τηλεπικοινωνίες, θα διαδραματίσουν καταλυτικό ρόλο στην εκπαίδευση και την κατάρτιση των νοσηλευτών, καθώς υπάρχει ήδη ηλεκτρονική διασύνδεση όχι μόνο μέσα στα νοσοκομεία αλλά και μεταξύ νοσοκομείου και σπιτιού όπως και μεταξύ σπιτιού και νοσηλευτικών και ιατρικών σταθμών. Η τεχνολογία θα βοηθήσει στην επικοινωνία με στόχο την λήψη κλινικών αποφάσεων, εξασφαλίζοντας μας ότι οι οδηγίες και τα πρότυπα εφαρμόζονται κανονικά.

Πράγματι η τρέχουσα μαρτυρία δείχνει ότι πολλές χώρες ανταποκρίθηκαν στην πρόκληση της νέας εποχής, με στόχο την παροχή της φροντίδας που ζητείται αλλά και με τον τρόπο που αυτή ζητείται. Ενώ σε ότι αφορά τους ηλικιωμένους, διαπιστώθηκε ότι η χρήση εκπαιδευμένων νοσηλευτών σε συμβουλευτικούς ρόλους μειώνει τον αριθμό των μη αναγκαίων επισκέψεων στον οικογενειακό γιατρό, όπως επίσης και των εισαγωγών στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες στο κοινό ακόμα και μέσω τηλεφώνου, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι επισκέψεις σε γιατρούς αλλά και η χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών.

Η πρόκληση είναι μεγάλη σήμερα καθώς σημειώνονται πρωτοφανείς αλλαγές. Δεν είναι πλέον αποτελεσματικό να εκπαιδεύουμε νοσηλευτές με ένα εύρος γνώσης και δεξιοτήτων που μπορεί να ξεπεραστεί μέχρι να τελειώσουν την αρχική τους εκπαίδευση. Όπως αναφέρεται στη νέα Ευρωπαϊκή Εκπαιδευτική Στρατηγική του Π.Ο.Υ. , έμφαση πρέπει να δοθεί

στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, κάτω από το πρίσμα ενός νέου εύρους μεθοδολογιών, ώστε να τους καταστήσει ικανούς να ανακαλύψουν τη νέα γνώση και τις δεξιότητες, τις σχετικές με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού και των ασθενών που φροντίζουν. ( Β. Ραφτόπουλος 1999)

Σε αναγνώριση της συνεχώς αυξανόμενης πολυπλοκότητας της φροντίδας υγείας, πολλά από τα κράτη της Ευρώπης αναβαθμίζουν τα προγράμματα τους σε πανεπιστημιακά προγράμματα. Έτσι πολλοί επαναπροσδιορίζουν τα τρέχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές και ανάγουν την εκπαίδευση τους στα Πανεπιστήμια σε προπτυχιακό και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

## **4.5 ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Σε χώρες που είναι αναπτυγμένη η νοσηλευτική επιστήμη, όπως στις Η.Π.Α, Καναδά, Ιαπωνία και Μεγάλη Βρετανία, ο θεσμός του Ειδικού Νοσηλευτή έχει αναπτυχθεί εδώ και μια δεκαετία. Πρόκειται για την καλύτερη προοπτική ενός νοσηλευτή που βρίσκεται ακόμα στην κλινική πράξη και δεν έχει περάσει στο ακαδημαϊκό πεδίο δραστηριοτήτων. Αυτό γιατί σήμερα οι μεταπτυχιακές σπουδές θεωρούνται απαραίτητες και για την κλινική πράξη, ενώ πριν από μερικά χρόνια ήταν προϋπόθεση μόνο μιας ακαδημαϊκής καριέρας. Η χρησιμοποίηση των γνώσεων και δυνατοτήτων του ειδικού νοσηλευτή είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στο γενικό πληθυσμό. Από την άλλη, μια τέτοια προοπτική είναι η τελευταία ευκαιρία για τη νοσηλευτική να δείξει ότι είναι μια ξεχωριστή επιστήμη με πολύτιμο ρόλο.

Ο Ειδικός Νοσηλευτής δεν είναι ο ειδικός σε όλα στον τομέα του αφού είναι πάρα πολλά αυτά που θα πρέπει να ξέρει αλλά είναι αυτός που μπορεί να βρεί γρήγορα τις πηγές γνώσεων που απαιτούνται, να τις αξιολογήσει και να τις χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά. Στην Αμερική, ειδικός νοσηλευτής θεωρείται αυτός που με μελέτη και κλινική εργασία έχει γίνει πάρα πολύ καλός σε ένα συγκεκριμένο πεδίο νοσηλευτικής και όχι αυτός που απλά έχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Επίσης, θα πρέπει ο



ειδικός νοσηλευτής να είναι και καλός σαν εκπαιδευτής για να μπορεί να μεταφέρει την γνώση, σαν σύμβουλος, σαν ερευνητής και σαν οργανωτής της ομάδας του. Πρόκειται για τον νοσηλευτή που θα είναι κλινικά επιτήδειος, θα έχει πολλές γνώσεις, θα παίρνει γρήγορες και σωστές αποφάσεις, θα είναι υπεύθυνος, συνεργάσιμος και θα έχει αναπτυγμένα επίπεδα επικοινωνίας.

Σκοπός των ειδικών νοσηλευτών είναι η άριστη κλινική πράξη, ενώ τα κυριότερα προβλήματα στη δουλεία τους είναι η έλλειψη αναγνώρισης του ρόλου και της αξίας τους απ' τους άλλους καθώς και η έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης της θέσης τους.

Γενικά υπάρχει μπέρδεμα για το ρόλο του Ειδικού Νοσηλευτή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση, κακή συνεργασία, διαμάχες, εμπόδια στη βελτίωση γνώσεων και επιδεξιοτήτων του, ακόμα και στη κατάργηση της θέσης του. Ο ρόλος του επηρεάζεται από τις συνεχώς αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών, των οικογενειών τους, της ομάδας εργασίας, του οργανισμού του νοσοκομείου και της κοινότητας, δηλαδή του γενικού πληθυσμού. Ο ρόλος του Ε.Ν επίσης καθορίζεται από τις γνώσεις του αλλά και από το χώρο μέσα στον οποίο θα δραστηριοποιηθεί που πρέπει να είναι και ο χώρος αρμοδιοτήτων του.

Η επίδραση που θα έχει ο ρόλος του στην πράξη εξαρτάται από τον τρόπο που θα αποφασίσει και θα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του και τα προσόντα του. Για καλά αποτελέσματα θα πρέπει να έχει υποστήριξη και καλές σχέσεις συνεργασίας με τους άλλους νοσηλευτές, γεγονός που απαιτεί διάλογο.

Ο Ε.Ν έρχεται να κλείσει το χάσμα μεταξύ θεωρίας, έρευνας, ακαδημαϊκής επιστημολογίας και κλινικής πράξης. Δείχνοντας στους νοσηλευτές πώς να βρίσκουν και πώς να αξιολογούν μελέτες πάνω σε θέματα που αφορούν την καθημερινή τους πράξη, βελτιώνοντας στο μέγιστο την φροντίδα των ασθενών. Άρα ο Ε.Ν είναι και manager ανά περίπτωση με στόχο να παρέχεται η φροντίδα στον ασθενή πιο σύντομα και να ρυθμίζει τη χρησιμοποίηση του ανθρώπινου και τεχνολογικού δυναμικού του νοσοκομείου. Έτσι εξοικονομούνται πολλά χρήματα από την αποφυγή διπλών και περιττών διαδικασιών, την αξιολόγηση της έρευνας πάνω σε νέα προϊόντα, τις μειωμένες επανεισαγωγές, την πιο εύκολη και

αποδοτική αξιολόγηση των επανεισαγωγών, την συνεχή διασφάλιση της ποιότητας.

Σε μελέτη που έγινε σε ένα νοσοκομείο στην Αγγλία σε 26 Ειδικούς Νοσηλευτές βρέθηκε ότι οι Ε.Ν μπορούν να ταιριάξουν τους ρόλους του κλινικού, του εκπαιδευτή, του ακαδημαϊκού και του συμβούλου. συγκεκριμένα, 47% του χρόνου τους αφιέρωναν στην κλινική πράξη, 25% στην εκπαίδευση, 10% σε ακαδημαϊκή ερευνητική εργασία και 8% ως σύμβουλοι. Είχαν δημοσιεύσει εργασίες και είχαν διαμορφώσει κάποια πρότυπα στα νοσοκομεία τους από δικές τους επιδοτούμενες έρευνες.

Τα προγράμματα Μάστερ στα Αμερικάνικα πανεπιστήμια από 166 που ήταν το 1986 έφθασαν τα 276 το 1994 ενώ συνεχίζεται μια ανοδική πορεία. Τα πιο συνήθη είναι Μάστερ νοσηλευτικής επιστήμης, Μάστερ Νοσηλευτικής, Μάστερ τεχνών στη νοσηλευτική, Μάστερ εκπαίδευσης και Μάστερ στη νοσηλευτική Δημόσια Υγεία. οι περισσότεροι νοσηλευτές επιλέγουν εξειδίκευση ως επαγγελματίες νοσηλευτές μετά το Μάστερ τους. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τομείς όπου επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους οι μεταπτυχιακοί φοιτητές όπως η νοσηλευτική για τους συνοδούς και την οικογένεια του αρρώστου και η γηριατρική νοσηλευτική. Μικρό ενδιαφέρον παρουσιάστηκε για την εκπαίδευση και τη διοίκηση.

Η εφαρμογή του ρόλου του Ε.Ν στη σημερινή εποχή, με τη σύγχρονη και ποικιλόμορφη τεχνολογία, τις αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες για φροντίδα υγείας και τις πολλαπλές πηγές πληροφοριών, είναι αναγκαία. Ευελπιστούμε να δούμε αυτόν τον θεσμό μέσα στα ελληνικά νοσοκομεία και να προαχθεί η νοσηλευτική επιστήμη, προς όφελος όλων όσων χρειάζονται φροντίδα υγείας. ( Ε. Αδαμοπούλου, 1998)

## 4.6 ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το έτος 2002 θα συμπληρωθούν 103 χρόνια από την ίδρυση του Δ.Σ.Υ (Διεθνούς Συμβουλίου Υγείας) – ICN (International Council of Nurses), οι δραστηριότητες του οποίου αναπτύχθηκαν σε όλο το φάσμα των κοινωνικών εξελίξεων παρά την ύπαρξη των πολέμων, του οικονομικού χάους, τις ρατσιστικές και θρησκευτικές συγκρούσεις.

Το 1893 η Ethel Gordon Fenwick, ταξίδεψε στις ΗΠΑ προκειμένου να παρακολουθήσει το Παγκόσμιο Συνέδριο των Γυναικείων Αντιπροσωπειών στην Παγκόσμια Έκθεση του Σικάγο. Τα προηγούμενα χρόνια, ενώ προγραμματιζόταν το ίδιο συνέδριο στις ΗΠΑ, η ίδια επισκέφθηκε την Isabel Hampton στη Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική σχολή του νοσοκομείου John Hopkins της Baltimore του Maryland. Όταν συνάντησε τη Lavina Dock η ίδια ανέφερε χαρακτηριστικά “ ο σπόρος της διεθνούς νοσηλευτικής κίνησης είναι γεμάτος από ζωτικότητα”

Το 1899 η Fenwick πρότεινε σε νοσηλεύτριες από διάφορες χώρες να ενωθούν σε ένα διεθνή νοσηλευτικό οργανισμό. Ένα χρόνο αργότερα εγκρίθηκε το καταστατικό. Στο πρώτο συμβούλιο η εκλογή ανάδειξε : τις Ethel Fenwick Πρόεδρο, Lavina Dock Γραμματέα και την Καναδή Svinely ως Ταμεία. Η πρώτη συνάντηση του διοικητικού συμβουλίου πραγματοποιήθηκε στο Buffalo το 1901 με τη συνδρομή της έκθεσης της Pan American. Το ΔΣΝ καθιερώθηκε να είναι μία ομοσπονδία των Εθνικών Συνδέσμων Νοσηλευτών. Αυτή χαρακτηρίζεται ως η αρχή για μια συνδικαλιστική κάλυψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της αναζήτησης για νομοθετική κατοχύρωση. (Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ)

### **4.6.1. Ο Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Σ.Δ.Ν.Ε.)**

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος ιδρύθηκε το 1923. Είναι επιστημονικό – επαγγελματικό σωματείο και αποτελεί τον φορέα έκφρασης όλων των Ελλήνων Νοσηλευτών.

Προσπαθεί να προβάλλει τη νοσηλευτική στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) και διατυπώνει θέσεις και απόψεις για θέματα που απασχολούν το κοινωνικό σύνολο και έχουν σχέση με την υγεία.

Η ΕΣΔΝΕ λαμβάνει μέρος σε όλα τα συνέδρια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών που οργανώνονται ανά 2ετία και 4ετία σε διάφορες χώρες, όπως επίσης και σε όλες τις Συναντήσεις και Συνόδους των Ευρωπαϊκών Νοσηλευτικών Οργανώσεων και των Επιτροπών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η διοικητική του διάρθρωση περιλαμβάνει Περιφερειακά Τμήματα και Παραρτήματα σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας τα οποία δραστηριοποιούνται αυτόνομα σε συνεργασία με το Διοικητικό Συμβούλιο.

Η ΕΣΔΝΕ ιδρύει τομείς κατά ειδικότητες για την επιμόρφωση και μελέτη κοινών προβλημάτων όπως είναι οι:

- Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας,
- Τομέας Διοίκησης,
- Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
- Τομέας Αναισθησιολογικής Νοσηλευτικής,
- Τομέας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας,
- Τομέας Ψυχικής Υγείας

Μεταξύ των μέσων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των σκοπών του Συνδέσμου είναι η οργάνωση ετήσιων Πανελληνίων Νοσηλευτικών Συνεδρίων, η έκδοση τριμηνιαίου περιοδικού "Νοσηλευτική", του μηνιαίου ενημερωτικού "Νοσηλευτικού Δελτίου", τριμηνιαίου ενημερωτικού "Παλμός της ΜΕΘ" και άλλων εντύπων. Ακόμα ο ΕΣΔΝΕ προκηρύσσει κάθε χρόνο την υποτροφία "Ελένης Πατρινέλλη" για διεξαγωγή νοσηλευτικής έρευνας και χορηγεί το Βραβείο "Αικατερίνης Καυκιά". ([www.esdne.gr](http://www.esdne.gr))

Σκοπός του ΕΣΔΝΕ είναι:

- Η προαγωγή και η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως Επιστήμης και Τέχνης για την ανύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση παροχής υψηλής στάθμης νοσηλευτικής φροντίδας στο κοινωνικό σύνολο.
- Η κατοχύρωση του τίτλου και του έργου των Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-νοσηλευτών, ο καθορισμός των καθηκόντων των νοσηλευτών γενικής νοσηλευτικής και ειδικοτήτων, καθώς και των προσόντων που απαιτούνται για την κάλυψη ανάλογης θέσης.
- Ο καθορισμός ειδικών κριτηρίων άσκησης του νοσηλευτικού έργου σε ολόκληρο το φάσμα των επιμέρους ειδικοτήτων του, για την περιφρούρηση της Δημόσιας Υγείας καθώς και κανόνων νοσηλευτικής δεοντολογίας, για την εξύψωση του έργου των διπλωματούχων νοσηλευτών.
- Η εκπροσώπηση του κλάδου, η ελεύθερη και τεκμηριωμένη έκφραση απόψεων στα θέματα και ζητήματα που αφορούν αποκλειστικά νοσηλευτικό προσωπικό. Η συμμετοχή του κλάδου στο σχεδιασμό και την εκπόνηση ή την αναθεώρηση υγειονομικών προγραμμάτων σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, καθώς και την κατάρτιση σχετικών νομοσχεδίων σε συνεργασία με τους αρμόδιους υπηρεσιακούς παράγοντες της χώρας, φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, άλλους υγειονομικούς κλάδους, συνδικαλιστικά σωματεία και το ευρύτερο κοινό.
- Η αντιπροσώπευση του κλάδου σε διεθνή νοσηλευτικό χώρο και η στενή συνεργασία με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (I.C.N.) του οποίου μέλους είναι ο ΕΣΔΝΕ από το 1929, την Ευρωπαϊκή Νοσηλευτική Ομάδα (E.N.T.), την Ομάδα Εργασίας Ερευνητών Νοσηλευτών της Ε.Ο.Κ. (P.C.N.) και άλλους Διεθνείς Οργανισμούς. Με τη συνεργασία αυτή επιδιώκεται η εφαρμογή και στη χώρα μας των ψηφιζόμενων εκάστοτε Κατευθυντήριων Οδηγιών, Διακηρύξεων, Αποφάσεων, Συμβάσεων και Συστάσεων από το Δ.Σ.Ν, την Ε.Ο.Κ., άλλους διεθνείς νοσηλευτικούς οργανισμούς, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας και άλλες Διεθνείς Οργανώσεις.
- Η συσπείρωση και συνένωση όλων των διπλωματούχων νοσηλευτών που είναι στην ενεργό υπηρεσία ή συνταξιούχων, οπουδήποτε και αν εργάζονται, ιδιωτεύουν ή κατοικούν με σκοπό την αδελφική αλληλεγγύη, αμοιβαία κατά-νόηση, αλληλοβοήθεια και αλληλοεξυπηρέτηση, μακριά

από πολιτικές επιρροές εκδηλώσεις ή αντιδικίες. Η σύμπραξη και συνεργασία όλων των διπλωματούχων νοσηλευτών σε μια κοινή προσπάθεια επιλύσεως των εκάστοτε προβλημάτων του κλάδου και ανύψωσης του κύρους της κοινωνικής αποστολής και ποιοτικής στάθμης του νοσηλευτικού έργου για την ηθικοκοινωνική και υλική δικαίωση της τάξεως των νοσηλευτών αλλά και την όσο το δυνατόν καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου.

Η ΕΣΔΝΕ για την επίτευξη των σκοπών αυτών συνεργάζεται με πολλούς

φορείς.

Στο διεθνή χώρο συνεργάζεται:

1. Με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN), που από το 1977 η Πρόεδρος του κα. Β. Λαναρά εξελέγη μέλος του Δ.Σ
2. Με τη Μόνιμη Επιτροπή Νοσηλευτών Ευρώπης (PCN).
3. Την Ευρωπαϊκή Ομάδα Νοσηλευτών Ογκολογία (EONS).
4. Τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο Νοσηλευτών ΜΕΘ (EFCCN).
5. Τον Διεθνή Σύνδεσμο Νοσηλευτών Αναισθησιολογίας (IFNA).

Τα μέλη του ΕΣΔΝΕ χωρίζονται σε τακτικά και αρωγά. Η ΕΣΔΝΕ αποτελεί τον

φυσικό πόλο συσπείρωσης όλων των Ελλήνων νοσηλευτών. Η πολυετής ιστορία του, οι ποικίλες και συνεχώς αναπτυσσόμενες δραστηριότητες του και η σταθερότητα του αποτελούν την εγγύηση για το μέλλον της Ελληνικής Νοσηλευτικής. ([www.esde.gr](http://www.esde.gr))

#### **4.6.2 Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν)**

Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων είναι δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο με μέλη 250 πρωτοβάθμια εργασιακά σωματεία νοσοκομείων - προνοιακών ιδρυμάτων-κέντρων υγείας-ΕΚΑΒ. Ιδρύθηκε το 1978 και καλύπτει συνδικαλιστικά 80.000 επαγγελματίες υγείας στο χώρο της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

Η Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. έχει όργανα διοίκησης 33μελές Γενικό Συμβούλιο από το οποίο εκλέγεται 11μελής Εκτελεστική Επιτροπή με διάρθρωση: Πρόεδρο – 3 Αντιπροέδρους – Γενικό Γραμματέα – Ταμία – Αναπληρωτή Γραμματέα – οργανωτικό Γραμματέα – Αναπληρωτή Ταμία. Τα όργανα εκλέγονται κάθε τρία χρόνια από συνέδριο αντιπροσώπων. Οι συνεδριάσεις του Γενικού Συμβουλίου και της Εκτελεστικής Επιτροπής είναι τακτικές κάθε 2μηνο εκτός από τις έκτακτες. Η οργανωτική διάρθρωση της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. περιλαμβάνει και τη λειτουργία των περιφερειακών συμβουλίων σε κάθε υγειονομική περιφέρεια (νομό).

Οι θέσεις της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. αποτελούν τη βάση για ένα πλαίσιο διαπραγματεύσεων με τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Ενώ, ως η μεγαλύτερη ομοσπονδία του δημόσιου τομέα και μέλος της ΑΔΕΔΥ συμμετέχει σε όλο το φάσμα του δημοσιοπαλληλικού συνδικαλιστικού κινήματος. ([www.roedhn.gr](http://www.roedhn.gr))

#### **4.6.3 Τι είναι η Λάβδα**

Η Λάβδα είναι μία παντρεμένη εκτός σειράς, αριστοκρατική, αυτοτελής, αυτεξούσια, αυτοδιατιθέμενη, αυτοδιαχειριζόμενη, αυτοκαθοριζόμενη, χειραφετημένη, αυτόβουλη, δυνατή, υπερήφανη, αγέρωχη, λαμπρή, παρεκκλίνουσα, αιρετική, ακραία, ριζοσπαστική, τιμωρητική και κουτσή γυναίκα.

Λάβδα, Κορίνθια, θυγατέρα του Βακχιάδη Αμφίωνος, η οποία πήρε σύζυγό της έναν κοινό πολίτη, τον Υετίωνα, και όχι κάποιον από το αριστοκρατικό γένος των Βακχιαδών, όπως άρμοζε, επειδή ήταν σωματικά

ανάπηρη. Από τον Υετίωνα απέκτησε τον Κύψελο, τον μετέπειτα περιώνυμο τύραννο της Κορίνθου, ο οποίος ανέτρεψε το καθεστώς των Βακχιαδών (7ος αιώνας π.Χ.).

Η Λάβδα είναι γένους θηλυκού, όπως γένους θηλυκού είναι η αναπηρία, η ανικανότητα, η τρίτη ηλικία, η ασθένεια, η νόσος, η επιβίωση, η υπερηφάνεια, η αξιοπρέπεια, η ανεξαρτησία, η τεχνολογία, η αποκατάσταση, η αυτονομία, η τελειότητα.

Η Λάβδα είναι η πρώτη μηρεσία επαγγελματιών βοηθών, εξειδικευμένων νοσηλευτών και νοσηλευτριών και συνοδών που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα. Παρέχει εξειδικευμένους νοσηλευτές, νοσηλεύτριες και συνοδούς για ανθρώπους με αναπηρίες και εξωτερικούς ασθενείς.

Δημιουργήθηκε από το περιοδικό ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ, το οποίο είναι το μεγαλύτερο σε κυκλοφορία ελληνικό περιοδικό που αναφέρεται στα ζητήματα αναπηρίας και ειδικών αναγκών. Είναι μια μη κερδοσκοπική πρωτοβουλία αναπήρων. Δεν εισπράττει χρήματα, ούτε αποσκοπεί σε οικονομικό κέρδος.

Η Λάβδα διευθύνεται και συντονίζεται από ανθρώπους που ζουν υπό συνθήκες σοβαρής τετραπληγίας και έχουν μεγάλη εμπειρία στην υποστήριξη. Η Λάβδα προέκυψε από την προσωπική ανάγκη των εμπνευστών και των οργανωτών της και από την πραγματική ανάγκη πολλών ελλήνων που θέλουν να ζουν με ασφάλεια στα σπίτια τους και να οργανώνουν τον τρόπο και την ποιότητα ζωής τους.

Η Λάβδα παρέχει εξειδικευμένους βοηθούς, νοσηλευτές και νοσηλεύτριες αποκατάστασης και συνοδούς οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί για να υποστηρίξουν τις ανάγκες των ανθρώπων με αναπηρίες και των εξωτερικών ασθενών στις πιο αντίξοες συνθήκες. Επίσης υποστηρίζει τους χρήστες της με υψηλού επιπέδου υποστήριξη και νοσηλεία στο σπίτι ή στην εργασία ή ακόμα και σε ταξίδια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))



## 4.7 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Είναι γενικά αποδεκτό, τουλάχιστον τα τελευταία χρόνια ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό παίζει τον ουσιαστικότερο ρόλο στην ποιότητα της φροντίδας υγείας στον Έλληνα πολίτη σε όλα τα επίπεδα (Πρωτοβάθμιο – Δευτεροβάθμιο ,– Τριτοβάθμιο). Η προσπάθεια αναβάθμισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης τα τελευταία 20 χρόνια έχει ήδη φέρει αποτελέσματα τα οποία γίνονται εμφανή στον κάθε ένα που έρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Όμως είναι λυπηρό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα –λειτουργήμα δεν προσέχθηκε και δεν αξιολογήθηκε από την πολιτεία ανάλογα με τη σημαντικότητα του έργου που προσφέρει. Έτσι μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει καμία ουσιαστική επαγγελματική κατοχύρωση. Ακόμα χειρότερα δεν υπάρχει κανένας έλεγχος και ο οποιοσδήποτε μπορεί να εκτελεί νοσηλευτικές πράξεις χωρίς καμία συνέπεια για τον ίδιο αλλά με ανυπολόγιστες συνέπειες για τη ζωή και την υγεία των πολιτών της χώρας.

Ένα επίσης τεράστιο πρόβλημα είναι η μη δυνατότητα καταγραφής του υπάρχοντος και του αναγκαίου, με βάση τα διεθνή δεδομένα, αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας . Καταγεγραμμένο είναι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων ,ενώ δεν γνωρίζουμε τίποτα για τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, τους οργανισμούς και τους άνεργους.

Σημαντικό θέμα αποτελεί και η πολυμορφία της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), η οποία προκαλεί προβλήματα τόσο στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και στην εξασφάλιση ποιοτικής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η υποβαθμισμένη έως ανύπαρκτη μέχρι σήμερα αυτοτελής συμμετοχή της νοσηλευτικής στη χάραξη πολιτικής στο τομέα της υγείας είναι γεγονός που βρίσκεται σε ασυμφωνία με τις διεθνείς τάσεις και προοπτικές ,και έχει σαν συνέπεια την απουσία νομοθετημάτων ή εξελίξεων του κλάδου.

Όλα αυτά σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές, το ισχύον συνταξιοδοτικό καθεστώς και την εντατικοποίηση της εργασίας, έχουν σαν αποτέλεσμα το νοσηλευτικό επάγγελμα να είναι και σήμερα σε πολύ χαμηλή εκτίμηση ανάμεσα στους νέους ανθρώπους και να απογοητεύει πολύ γρήγορα τους νέους επαγγελματίες, οι οποίοι είτε δεν ασκούν το επάγγελμα καθόλου μετά τη λήψη του πτυχίου, είτε με την πρώτη ευκαιρία το εγκαταλείπουν.

Η λύση όλων των παραπάνω προβλημάτων που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη παροχή φροντίδας υγείας στον Έλληνα πολίτη είναι η δημιουργία ενός ΝΠΔΔ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ. Η σύσταση αυτού του φορέα αποτελεί σήμερα ώριμη διεκδίκηση του νοσηλευτικού κλάδου που δε χωράει καμία αναβολή ή καθυστέρηση στην υλοποίησή του.

#### **4.7.1 Σκοποί δημιουργίας ΝΠΔΔ Νοσηλευτών**

1. Η προαγωγή και ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης για την ανύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση υψηλής στάθμης φροντίδας υγείας στο κοινωνικό σύνολο.
2. Η έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και η σύνταξη και υποβολή επιστημονικώς ελεγμένων μελετών στα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας.
3. Η εισήγηση για γενικά και ειδικά νοσηλευτικά θέματα με δική της πρωτοβουλία ή εφόσον προσκληθεί από τον αρμόδιο υπουργό ή άλλο φορέα.
4. Η συμβολή στην εξεύρεση και εφαρμογή μεθόδων και τρόπων για παθολογική διοίκηση (οργάνωση – στελέχωση) και διαχείριση των πόρων με σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας και την αύξηση της παραγωγικότητας αυτών.
5. Η εισήγηση σε θέματα εκπαίδευσης – μετεκπαίδευσης – συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτικού κλάδου, η αξιοποίηση

προς το σκοπό αυτό υποτροφιών, εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και η υλοποίησή τους.

6. Η συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων επιχορηγούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, που έχουν άμεσα ή έμμεσα σχέση με τη νοσηλευτική.
7. Η χορήγηση ανανέωση στα μέλη του, της άδειας άσκησης επαγγέλματος και η παρακολούθηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, καθώς και η τήρηση μητρώων.
8. Ο έλεγχος φορέων και ατόμων που προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα.
9. Η αξιολόγηση φορέων που παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση και φορέων που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα.
10. Η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
11. Η συμμετοχή στα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ), ΕΣΑΝ και οποιοδήποτε άλλο το νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά και τη γενικότερη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας.
12. Η εκπροσώπηση της χώρας σε Διεθνείς και Ευρωπαϊκούς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου καθώς και σε όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως ICN, PCN, WHO, ILO, Συμβούλιο Ευρώπης κ.α.
13. Η έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού φυλλαδίου και άλλων συγγραμμάτων και φυλλαδίων που αφορούν τη νοσηλευτική για την ενημέρωση των μελών του αλλά και του κοινωνικού συνόλου.
14. Ο καθορισμός και η διασφάλιση της ελεύθερης άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
15. Ο έλεγχος τήρησης του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η προαγωγή των δεοντολογικών ηθών και εθίμων του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
16. Η μελέτη υγειονομικών θεμάτων και η οργάνωση επιστημονικών νοσηλευτικών συνεδρίων.
17. Η δημιουργία συναδελφικού πνεύματος μεταξύ των μελών της.

18. Η επιστημονική προαγωγή των μελών της.

19. Η συμβολή στη προστασία της υγείας του ελληνικού λαού. ([www.esdne.gr](http://www.esdne.gr))

## 4.8 21<sup>ος</sup> ΑΙΩΝΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Είναι γνωστό ότι ο 21<sup>ος</sup> αιώνας χαρακτηρίζεται από την ταχύτατη εξέλιξη της τεχνολογίας και την αναγκαστική προσαρμογή των νοσηλευτών σε αυτήν την νέα κατάσταση. Οι νοσηλευτές καλούνται επί εικοσιτετράωρου να χειρίζονται τα επιτεύγματα της τεχνολογίας. Ο 21<sup>ος</sup> αιώνας σημαίνει εδραίωση αλλαγών προκειμένου ο ρόλος των νοσηλευτών να είναι σημαντικός στη συμμετοχή και στη συνεργασία με τους άλλους επιστήμονες υγείας.

Το σύστημα υγείας παύει να είναι ιατροκεντρικό και γίνεται πολυεπαγγελματικό. Νέα επαγγέλματα αναδύονται, με ιδιαίτερη σπουδαιότητα, και όλοι μαζί καλούνται να δώσουν ότι καλύτερο για την επίτευξη κοινών σκοπών με γνώμονα το συμφέρον της ανθρώπινης οντότητας.

Το 1910 ο Abraham Flexner, πρώιμος αγγελιοφόρος ιδεών, προέβλεψε μια μετακίνηση στην περιοχή της Ιατρικής φροντίδα, από την θεραπευτική και ατομική προσέγγιση, σε ένα νέο ρόλο του γιατρού με μία κοινωνική και προσωπική προσέγγιση. Αυτό το μοντέλο που δεν έχει γίνει ακόμα πραγματικότητα στη χώρα μας, βασίζεται σε δύο αντιλήψεις:

- 1) Τον συνολικό πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας και το νέο ρόλο που παίζουν σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας και
- 2) Την αντίληψη ότι πρέπει να γίνουν ορισμένες υποχωρήσεις και συμβιβασμοί στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο σημερινός πληθυσμός των επαγγελματιών υγείας, εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, περιλαμβάνει και πολλές νέες ειδικότητες, όπως τους Κλινικούς Μηχανικούς, τους Βιοστατιστικούς, τους Πληροφορικούς, τους Επιδημιολόγους, τους Εκπαιδευτές σε θέματα υγείας, τους Managers Υπηρεσιών Υγείας, τους Ειδικούς στην Πρόληψη και άλλους. Οι νέοι κανόνες του 21<sup>ου</sup> αιώνα απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας να έχουν την ικανότητα της συνδιαλλαγής με τις μηχανές και τα συστήματα πληροφορικής αλλά και την ικανότητα διαπροσωπικής επαφής και μία τάση για παροχή φροντίδας και κατανόησης. Στην ουσία οι κανόνες αυτοί απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας να είναι υψηλά εξειδικευμένοι, εξοπλισμένοι με πλήρη αντίληψη για ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών, με επιστημονικές ικανότητες για την αξιολόγηση όλων των δράσεων που αφορούν την υγεία.

Έτσι σήμερα η νοσηλευτική χρειάζεται τον επιστήμονα νοσηλεύτη που να έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση, να μπορεί να συμμετέχει στα κέντρα λήψης αποφάσεων και να έχει αυτοδυναμία ως προς την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επίσης, είναι ανάγκη η οργάνωση της κοινοτικής νοσηλευτικής, για τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση των πολιτών όλων των ηλικιών της κοινότητας. Με τη σωστή οργάνωση και ανάπτυξη της κοινοτικής Νοσηλευτικής, θα παρέχεται ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας στην Κοινότητα. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων αλλά και την εξοικονόμηση κρατικών πόρων.

Η νοσηλευτική σαν επάγγελμα θα αποτελέσει τον μοχλό του Υγειονομικού Συστήματος στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, θα αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο και το σημείο αναφοράς όλων των επαγγελματιών υγείας, διότι η νοσηλευτική είναι πλέον ουσιαστικός κλάδος υγείας. Ο νοσηλευτής του νέου αιώνα είναι εργαζόμενος με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, με κύρος και αξιοπρέπεια τεχνοκράτη, ανάλογη με την βαρύτητα και την ιερότητα του επαγγέλματος. (Ε. Ντόβα, 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

# ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

## 5.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Νοσηλευτική διοίκηση είναι η περιοχή της νοσηλευτικής που αναφέρεται στη διοίκηση οργανωμένων νοσηλευτικών υπηρεσιών (Ν/Υ). Η νοσηλευτική διοίκηση σαν περιοχή ενδιαφέροντος γνωστικής ανάπτυξης έχει μεγάλη προοπτική, γιατί περιλαμβάνει την νοσηλευτική πράξη που διενεργείται στο πλαίσιο οργανωμένων υπηρεσιών, στις οποίες οι νοσηλευτές αποτελούν το κλειδί των διοικητικών στελεχών. Αν όλοι οι νοσηλευτές επρόκειτο να γίνουν ανεξάρτητοι επαγγελματίες συμβαλλόμενοι με πελάτες-ασθενείς, δεν θα υπήρχε ανάγκη νοσηλευτικής διοίκησης.

Η νοσηλευτική διοίκηση σαν εφαρμοσμένη επιστήμη εξαρτάται από δύο ανεξάρτητες μεταβλητές: τη νοσηλευτική και τη διοίκηση ενώ δημιουργεί δικό της μοναδικό σώμα γνώσης. Ο διοικητικός νοσηλευτής δεν είναι ούτε κλινικός με κύριο προσανατολισμό τη φροντίδα προσωπικών πελατών-ασθενών, ούτε διευθυντής με κύρια απασχόληση την αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα ολόκληρων οργανισμών. Με αυτό το σκεπτικό η νοσηλευτική διοίκηση ασχολείται βασικά με τη διοίκηση τριών ομάδων:

- τους πελάτες-ασθενείς ως σύνολο,
- τους νοσηλευτές που εργάζονται εντός του συστήματος οργανωμένων νοσηλευτικών υπηρεσιών,
- τον οργανισμό παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις οδηγούν στον καθορισμό μίας γνωστικής τυπολογίας νοσηλευτικής διοίκησης με τέσσερις κυριαρχούσες περιοχές:

1. Νοσηλευτικές ανάγκες
2. Παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών
3. Νοσηλευτική οργάνωση
4. Περιβάλλον.

Η προτεινόμενη γνωστική τυπολογία νοσηλευτικής διοίκησης αναφέρει χαρακτηριστικές έννοιες βασικών φαινομένων για κάθε περιοχή και αναπτύσσει θεωρίες και έννοιες εντός και μεταξύ των τεσσάρων περιοχών.

Η μελέτη περιοχής *νοσηλευτικών αναγκών* αφορά το σύνολο ασθενών στο πλαίσιο οργανωμένων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι υπεύθυνες για τη διάθεση και κατανομή πόρων, για τον ποιοτικό έλεγχο ειδικών οργανισμών και για ορισμένο πληθυσμό. Αυτή η ευθύνη επικεντρώνεται σε ανάπτυξη γνώσης η οποία περιγράφει φαινόμενα συνόλου πελατών-ασθενών, παρά μεμονωμένων ατόμων με ειδικά προβλήματα. Έτσι ενώ οι κλινικοί νοσηλευτές ασχολούνται με τη λύση ειδικών κλινικών προβλημάτων, τα διοικητικά νοσηλευτικά στελέχη ασχολούνται με το σύνολο των ασθενών, είτε σε ολόκληρο τον οργανισμό είτε σε ειδικούς τομείς.

Η *παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών* είναι η περιοχή μελέτης που επικεντρώνεται στους τρόπους εφαρμογής της νοσηλευτικής στις οργανωμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Έννοιες και φαινόμενα όπως νοσηλευτικά πρότυπα, έλεγχος ποιότητας, στελέχωση, διοίκηση ειδικών περιπτώσεων και ειδίκευση ανήκουν σ' αυτή την περιοχή.

Η τρίτη περιοχή της *νοσηλευτικής οργάνωσης* αφορά την οργανωτική φύση συστημάτων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η νοσηλευτική διοίκηση για την κάλυψη αναγκών του συνόλου των πελατών-ασθενών θα πρέπει να βελτιώνει, να διατηρεί και να εξασφαλίζει την αποτελεσματικότητα της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών του ιδρύματος. Ως βάση χρησιμοποιούνται γνώσεις όπως

σύνθετη οργάνωση, διαδικασία διοίκησης και διοικητικές θεωρίες. Όμως είναι αναγκαία η ανάπτυξη ειδικού σώματος γνώσης για την περιοχή νοσηλευτικής οργάνωσης της νοσηλευτικής διοίκησης. Ιδέες σχετικές με την ανάπτυξη προσωπικού, γνωστοποίηση νοσηλευτικής γνώσης, έκταση ελέγχου πράξης, κατανομή πόρων, κόστος νοσηλευτικής φροντίδας, οργανωτικές καινοτομίες είναι στοιχεία ενός τέτοιου σώματος γνώσης.

Η τέταρτη περιοχή *περιβάλλον* παρέχει το πλαίσιο προσδιορισμού εννοιών ,στο χώρο των οργανωμένων νοσηλευτικών υπηρεσιών, που είναι κριτικής σημασίας για την κατανόηση των άλλων τριών περιοχών.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η νοσηλευτική διοίκηση απαιτεί θεωρητική και ερευνητική γνώση. Υπάρχουν πολλές πηγές βασικής και εφαρμοσμένης γνώσης από τις οποίες είναι δυνατόν να αναπτυχθούν σχετικές θεωρίες νοσηλευτικής διοίκησης με δυνατότητες πρακτικής χρήσης. Η άσκηση της διοίκησης πρέπει να στηρίζεται σε θεωρίες νοσηλευτικής διοίκησης και σε υπάρχουσα γνώση από άλλες επιστήμες γενικής διοίκησης, κοινωνιολογίας, ανθρωπολογίας, πληροφορικής και οικονομίας. (B. Λαναρά 1999)

### **5.1.1 Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**

Οι άμεσες ευθύνες της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, περιληπτικά, αναφέρονται στη φροντίδα των πελατών-ασθενών, σύμφωνα με το θεραπευτικό πρόγραμμα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται και τα άτομα που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια έχουν μεγάλη ανάγκη της νοσηλευτικής, γι' αυτό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το πολυπληθέστερο, η Δε νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του νοσοκομείου.

Η εικόνα του νοσοκομείου που δημιουργείται στην κοινωνία εξαρτάται από Ν/Υ και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν καθαριότητα, υλικό, καθαρός ιματισμός, καλό φαγητό κ.λ.π., δεν αρκούν για να δημιουργήσουν την καλή εντύπωση. Η συμπεριφορά των νοσηλευτών και η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλείας είναι τα κριτήρια για το κοινό. Φυσικά, και οι



ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου αλλά αυτό μόνον δεν αρκεί. Οι πελάτες-ασθενείς και οι συγγενείς έρχονται σε συνεχή επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό και έχουν ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας.

Κύριος σκοπός της διοίκησης της Ν/Υ είναι να εξασφαλίζει κατάλληλη οργάνωση, ανάλογους κανονισμούς και αρμόζουσα πολιτική αλλά και επαρκές και κατάλληλο προσωπικό, για να ικανοποιεί τις νοσηλευτικές και ανθρωπιστικές ανάγκες των πελατών-ασθενών. Αυτό φαίνεται απλό, αλλά στην πράξη είναι πάρα πολύ δύσκολο επίτευγμα. Μερικές από τις δυσκολίες οφείλονται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν ξεκαθαρισμένοι ρόλοι ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Παραμένει ασαφές το ποία είναι νοσηλευτικά και ποια μη νοσηλευτικά καθήκοντα και εργασίες, ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ προϊστάμενων νοσηλευτών και προϊστάμενων άλλων υπηρεσιών, ποιες οι σχέσεις νοσηλευτικής διεύθυνσης και των άλλων διευθύνσεων του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών ποικίλουν από απλές μέχρι πολύπλοκες. Γι' αυτό είναι ευθύνη κάθε Ν/Υ να καθορίζει καθήκοντα και αρμοδιότητες του προσωπικού καθώς και τους κανονισμούς λειτουργίας σε πλαίσιο εσωτερικού κανονισμού. Ανάλογα με το προσωπικό αλλά και την κατηγορία (νοσηλευτές Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι., βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς κ.α) καθορίζονται και τα καθήκοντα. Ασφαλώς θα λαμβάνονται υπόψη και οι νομικές δεσμεύσεις μεταξύ ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων, δηλαδή που σταματάει η ιατρική ευθύνη και που αρχίζει η νοσηλευτική ευθύνη. Όλα αυτά πρέπει να είναι καθορισμένα για να αποφεύγονται οι συγκρούσεις και η σύγχυση που μπορεί να δημιουργηθεί.

Σε πολλές χώρες ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας (Δ.Ν.Υ.) αναφέρεται κατ' ευθείαν στο διοικητικό συμβούλιο (Δ.Σ) ενώ σε άλλες αναφέρεται στον γενικό διευθυντή. Πάντως και στη δεύτερη περίπτωση είναι απαραίτητο να συμμετέχει στην στις συνεδριάσεις του Δ.Σ ουσιαστικά και με γνώμη, γιατί και γνώστης είναι όλης της λειτουργίας του νοσοκομείου αλλά και πρέπει να ενημερώνεται για τα γενικότερα θέματα που απασχολούν τη διοίκηση. Επί πλέον είναι απαραίτητο να γνωστοποιεί και να ερμηνεύει στο Δ.Σ τα πολλά προβλήματα που αντιμετωπίζει η Ν/Υ, για να λαμβάνονται τα ανάλογα μέτρα.

Για τον καθορισμό της πολιτικής και για την μελέτη των θεμάτων που απασχολούν την υπηρεσία υπάρχει η Συμβουλευτική Νοσηλευτική

Επιτροπή. Αυτή η επιτροπή θα πρέπει να έχει καλές σχέσεις με τον Δ.Ν.Υ. και με τα άλλα νοσηλευτικά στελέχη. Η νοσηλευτική επιτροπή κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος Ν.Π.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ έχει έναν διευθυντή ο οποίος θα πρέπει να έχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική εκπαίδευση και εμπειρία, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής νοσηλευτικής, διοικητική ικανότητα, ηγετική προσωπικότητα και άριστες διαπροσωπικές σχέσεις. Όλα αυτά τα προσόντα αποτελούν το "χάρισμα" που ζητούν το νοσοκομείο και η κοινότητα για τη νοσηλευτική ηγεσία.

Οι τομεάρχες και οι προϊστάμενοι του γραφείου του διευθυντή ιεραρχικά υπάγονται στον Δ.Ν.Υ. Πολλές φορές όμως τα στελέχη αυτά δεν μπορούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά ή διότι δεν είναι καταρτισμένα για τη θέση αυτή ή λόγω ειδικών δυσκολιών των τμημάτων του τομέα τους και αναφέρουν το πρόβλημα κατ' ευθείαν στο διευθυντή, πράγμα που κάνει τον έλεγχο για αποτελεσματική διοίκηση να ξεφεύγει.

Εξ άλλου, οι τομεάρχες έχουν ειδικές αρμοδιότητες, όπως ρύθμιση προ-γραμμάτων και κατανομή προσωπικού, επιλογή εξοπλισμού και υλικού, συμμετοχή σε επιτροπές του νοσοκομείου, συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού και έρευνα. Αυτές οι δραστηριότητες τους απομακρύνουν από την άμεση πράξη όπου παρουσιάζονται τα προβλήματα και λαμβάνονται οι αποφάσεις. Επίσης, όταν ο διευθυντής είναι ικανοποιημένος από την οργάνωση της Ν/Υ από πλευράς οργανογράμματος, ανάθεσης ευθύνης και καθηκόντων, κατάλληλης λειτουργίας της κεντρικής διεύθυνσης και των αποκεντρωμένων υπηρεσιών που είναι τα νοσηλευτικά τμήματα, τότε στρέφει την προσοχή του σε απόψεις ως προς τη νοσηλευτική διοίκηση. Ο καθορισμός ευθύνης και αρμοδιοτήτων, καθώς και η ανάθεση ευθύνης συντελούν στην ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης με αποτέλεσμα το προσωπικό να αναπτύσσεται και να αποδίδει το μέγιστο των δυνατοτήτων του.

Η σχέση μεταξύ ηθικού του προσωπικού και ποιότητας φροντίδας των πελατών-ασθενών, είναι ένα στοιχείο που δεν πρέπει να αγνοείται από τον διοικητικό ηγέτη του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ηθικό βέβαια εξαρτάται από οργανωτικούς παράγοντες, από την ύπαρξη ή μη κατάλληλων φυσικών χώρων και υπηρεσιών του νοσοκομείου, από την απόδοση του καταρτισμένου προσωπικού, από την αξιοποίηση και την αναγνώριση των υπηρεσιών που προσφέρει, από τις καλές διαπροσωπικές

σχέσεις στην υπηρεσία αλλά και από τις ηγετικές ικανότητες των προϊστάμενων στην διοίκηση.

Η διοίκηση θα πρέπει, επομένως, να τείνει στην ανάπτυξη νέων στελεχών και στην πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του υπάρχοντος προσωπικού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με παρότρυνση για μεταπτυχιακές σπουδές, με την ενθάρρυνση για επαγγελματική αυτοκριτική και με την ανάπτυξη έρευνας ως προς τη νοσηλευτική θεωρία και την πράξη. Αν οι ερευνητικές δραστηριότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας παραβλέπονται, τότε η νοσηλευτική φροντίδα υποβαθμίζεται.

Μία άλλη άποψη συμπεριφοράς διοίκησης αφορά την ανάπτυξη τρόπων εργασίας κατάλληλων για τη νοσηλευτική, όπως η ομαδική νοσηλευτική, η νοσηλευτική στο σπίτι, η κοινοτική νοσηλευτική, η χορήγηση συνεχών ημερών νοσηλείας κ.α.(Γ. Τσαλίκης 1992)

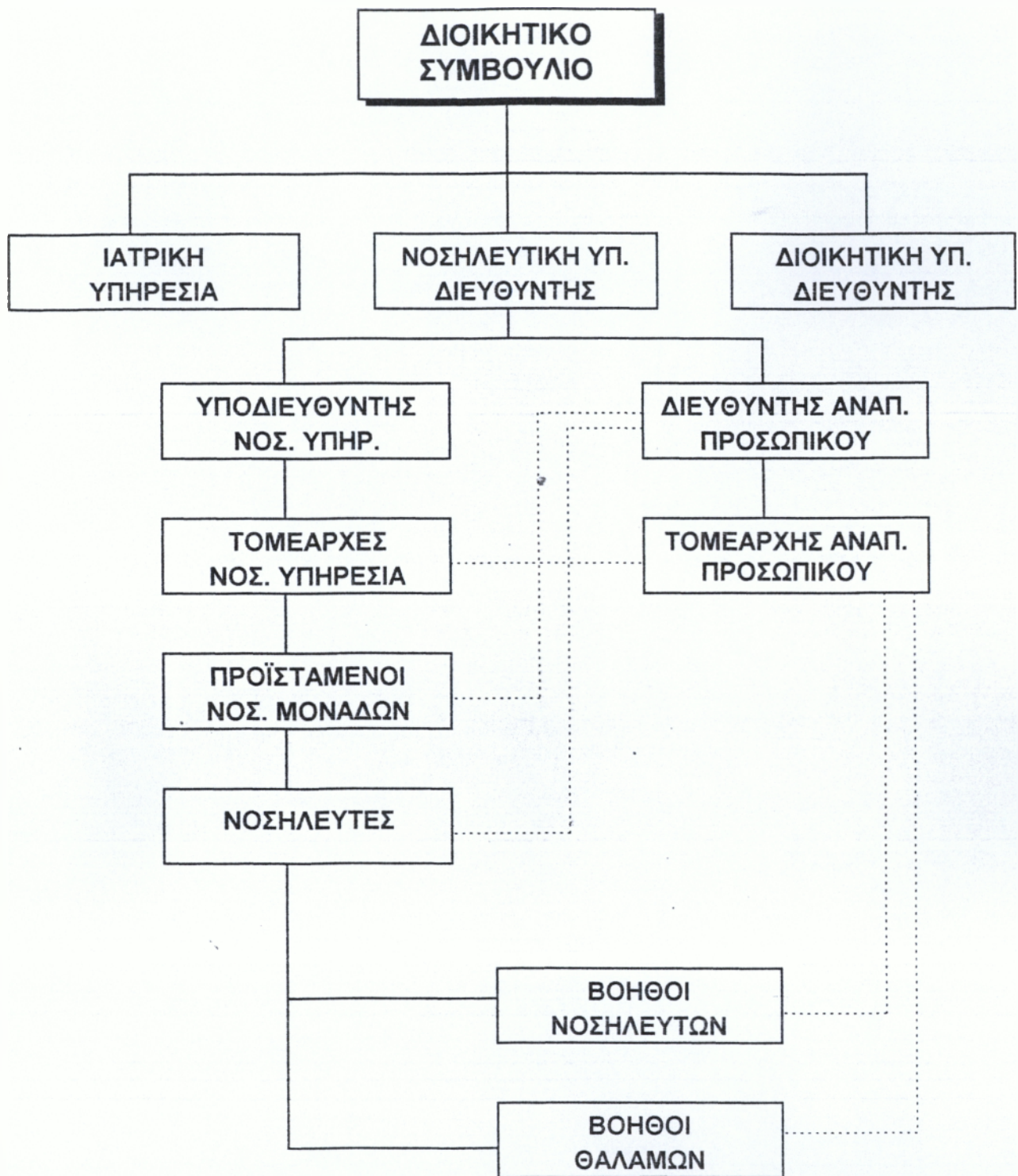
Ενώ η διοίκηση Ν/Υ παρουσιάζει γενικά μια πρόοδο κανείς δεν μπορεί να παραβλέψει τα πολλά και ιδιάζοντα προβλήματα που πλαισιώνουν τη Ν/Υ και προκαλούν εμπόδια προς μια αποτελεσματική νοσηλευτική διοίκηση. Τα προβλήματα αυτά προέρχονται από:

- τη φύση της εργασίας όπως η 24ωρη κάλυψη όλων των υπηρεσιών χωρίς διακοπή αργιών, εορτών, Κυριακών, πολλές απουσίες του νοσηλευτικού προσωπικού που κατά κανόνα είναι γυναίκες με μακροχρόνιες άδειες μητρότητας και ελαττωμένα ωράρια.
- την συχνή απουσία ποσοτικής ανάλυσης που παρέχει την δυνατότητα στον διευθυντή να αξιοποιεί το υπάρχον προσωπικό καλύτερα, αντικειμενικότερα και αποδοτικότερα,
- τη χρήση στατιστικής μόνο για κενές θέσεις προσωπικού,
- την περιορισμένη αφιέρωση χρόνου και ελλιπείς οδηγίες στην σύνταξη προϋπολογισμού,
- την ανυπαρξία αναλογίας νοσηλευτών προς πελάτες-ασθενείς με αποτέλεσμα δυσάρεστες συνέπειες για τους ασθενείς στην περίπτωση έλλειψης νοσηλευτών ή υψηλά έξοδα για το νοσοκομείο στην περίπτωση πλεονάζοντος αριθμού νοσηλευτών,

- την ανεπάρκεια των παραδοσιακών συστημάτων κατανομής προσωπικού λόγω ανάπτυξης Μονάδων Εντατικής Θεραπείας , δημιουργίας άλλων ειδικών μονάδων και εισαγωγής μιας πιο σύνθετης νοσηλείας, κ.α.

Συνεπώς, η διοίκηση της Ν/Υ θα πρέπει να πλαισιώνεται από μελέτη της ποιότητας νοσηλείας και αξιολόγηση νοσηλευτικής. Η μελέτη αυτή μπορεί να επιτευχθεί με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις σε πελάτες-ασθενείς αλλά και σε συγγενείς. Μία τέτοια διαδικασία προσφέρει εντοπισμό των πραγματικών νοσηλευτικών αναγκών και συντελεί στον προσδιορισμό του αριθμού και της κατηγορίας των νοσηλευτών που απαιτούνται για καλύτερη ποιότητα νοσηλείας.

Για την νοσηλευτική αξιολόγηση, οργανώνεται μία επιτροπή ελέγχου της παρεχόμενης νοσηλείας που απαρτίζεται από νοσηλευτικά στελέχη και η οποία καθιερώνει κριτήρια και παραμέτρους για την κάθε περίπτωση. Επακολουθείτε ανάλυση σαν βάση για περαιτέρω έρευνα ή αλλαγή ενώ, οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στη συλλογή πληροφοριών περιορίζονται από την άμεση παρατήρηση. Αυτή η μέθοδος βοηθάει στη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας, στην ανεύρεση καλύτερων τρόπων καθιέρωσης κριτηρίων για τη στελέχωση των τμημάτων και στην αποτελεσματικότερη οργάνωση των Ν/Υ. (Β. Λαναρά 1999)



### ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

(ΠΗΓΗ: Βασ. Λαναρά, Διοίκηση Νοσηλευτική Υπηρεσία, Οργ. Θεωρ. Πλαίσιο, 1999).

### **5.1.2 Διοίκηση Νοσηλευτικού Τμήματος**

Η διοίκηση νοσηλευτικού τμήματος είναι από τα δυσκολότερα γι' αυτό και υπάρχουν δύο πλευρές συντονισμού του προϊστάμενου.

- Συντονισμός του προσωπικού του τμήματος και της εργασίας του
- Συντονισμός άλλων υπηρεσιών εκτός του τμήματος που συμβάλλουν στη περίθαλψη και τη θεραπεία του πελάτη-ασθενή.

Κάθε μία από αυτές τις αρμοδιότητες γίνεται όλο και πιο σύνθετη.

1. Το προσωπικό του τμήματος δεν είναι πλέον ομοιογενές. Παλαιότερα στα μεγάλα νοσοκομεία υπήρχαν μόνο διπλωματούχοι νοσηλεύτες, εκπαιδευόμενοι και προσωπικό καθαριότητας. Τώρα υπάρχουν πολλές κατηγορίες προσωπικού όπως νοσηλεύτες πτυχιούχοι Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι, βοηθοί νοσηλευτών Μέσης Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, απόφοιτοι επαγγελματικών και πολυκλαδικών λυκείων, πρακτικοί, γραφείς, κλητήρες, διαιτολόγοι, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας κ.ο.κ. Όλοι εργάζονται λιγότερες ώρες, επομένως απαιτείται μεγαλύτερος συντονισμός εργασιών και προσωπικού. Στα μεγάλα νοσοκομεία όπου οι υπηρεσίες τμηματοποιήθηκαν διοικητικά με προϊσταμένους και επόπτες καθαριότητας, προμηθειών, πλυντηρίου και ιματισμού, μαγειρείου κ.λ.π., ο έλεγχος και η επικοινωνία παρουσιάζουν δυσκολίες ιδιαίτερα μάλιστα όταν δεν λειτουργούν κανονικά.

2. Όσο οι διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές πολλαπλασιάζονται και επεκτείνονται, τόσο το βάρος πέφτει στον προϊστάμενο, από τις διοικητικές ικανότητες του οποίου εξαρτάται η αποτελεσματική εφαρμογή όλων αυτών στον κάθε πελάτη-ασθενή προσωπικά. Αν επίσης, υπάρχουν διάφοροι ιατροί και ειδικοί για τον κάθε πελάτη, τόσο πιο δύσκολο καθίσταται το έργο του προϊσταμένου νοσηλευτή.

Μια τέτοια κατάσταση επιβάλλει τον ακριβή καθορισμό αρμοδιοτήτων, ευθυνών και καθηκόντων όλου του προσωπικού που εργάζεται και συνεργάζεται σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος αλλά και τον καθορισμό γραμμών επικοινωνίας κατακόρυφα μέσα στις πυραμίδες του νοσοκομειακού οργανισμού και οριζόντια μεταξύ των επιπέδων των διαφόρων πυραμίδων.

Επίσης θα πρέπει να υπάρχει εξασφάλιση από την διεύθυνση του νοσοκομείου και από τον διευθυντή της Ν/Υ ώστε η εργασία να γίνεται από όλο το προσωπικό ανάλογα με την εκπαίδευση και την κατάρτιση του. Το περισσότερο καταρτισμένο προσωπικό δεν πρέπει να σπαταλάει το χρόνο του σε εργασίες που μπορούν να γίνουν και από λιγότερο καταρτισμένα άτομα. Αυτό σημαίνει ότι ο προϊστάμενος και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατάλληλη και επαρκή υπαλληλική βοήθεια, επάρκεια υλικού εξοπλισμού και τεχνικό προσωπικό ενώ, οι ίδιοι θα πρέπει να διαθέτουν διοικητική εκπαίδευση και κατάρτιση.

Συνεπώς, η πολιτική της Ν/Υ πρέπει να είναι σύμφωνη με την ιατρική πολιτική στα θέματα αγωγής, διάγνωσης και θεραπείας του πελάτη-ασθενή.

Όσα αναφέρθηκαν για το επίπεδο διοίκησης νοσηλευτικού τμήματος ισχύουν για ολόκληρο το νοσηλευτικό άξονα. Ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης είναι να υπάρχει πλήρης κάλυψη όλων των τμημάτων και υπηρεσιών σε 24ωρη βάση, για όλες τις ημέρες με το ανάλογο, το κατάλληλο προσωπικό και την παραδεκτή αναλογία (2 νοσηλευτές ανά 1 βοηθό). Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο για τα νυχτερινά ωράρια που οι νοσηλευτές προϊστάμενοι αναλαμβάνουν και πολλά γενικά διοικητικά καθήκοντα καθώς είναι γνωστό ότι τη νύχτα λειτουργεί μόνον η Ν/Υ. Επομένως για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου αλλά και για την ασφάλεια των ασθενών θα πρέπει να υπάρχουν ικανοί νυχτερινοί νοσηλευτικοί προϊστάμενοι εφόσον δεν γίνεται να υπάρχουν διοικητικοί προϊστάμενοι. (.Β. Λαναρά 1999, Σ. Παπαμικρούλη 1991)

## **5.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Για αρκετά χρόνια η θεωρητική βάση της Νοσηλευτικής Διοίκησης βασιζόταν σε άλλες επιστήμες όπως τη γενική διοίκηση, την κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Στην νοσηλευτική διοίκηση έχει ελάχιστα χρησιμοποιηθεί η θεωρία ιεράρχησης αναγκών του Abraham

Maslow, ο οποίος πίστευε ότι οι άνθρωποι κινούνται από την επιθυμία να ικανοποιήσουν ιεραρχικά τις ανάγκες αρχίζοντας από τις βασικές (αέρα, νερό, τροφή) και βαθμιαία προχωρώντας σε πιο αφηρημένες. Επίσης, η θεωρία του Peter Drucker που εισήγαγε τη Διοίκηση βάση Αντικειμενικών Σκοπών (M.B.O. – Management by Objectives) σαν επιχειρησιακή φιλοσοφία, χρησιμοποιείται μεν στη νοσηλευτική διοίκηση αλλά σε μικρή κλίμακα.

Οι θεωρίες X και Ψ του Mc Gregor είναι οι συχνότερα εμφανιζόμενες θεωρίες στα βιβλία νοσηλευτικής διοίκησης. Ο Mc Gregor συμπεραίνει ότι ο τύπος ηγεσίας εξαρτάται από τις πεποιθήσεις του διευθύνοντα και ταξινομεί τις πεποιθήσεις αυτές σαν θεωρίες X και Ψ. Οι υποθέσεις της θεωρίας X είναι ότι ο μέσος άνθρωπος επιθυμεί να διευθύνεται και αποφεύγει την ευθύνη γιατί δεν έχει φιλοδοξίες. Οι υποθέσεις της θεωρίας Ψ είναι ότι οι άνθρωποι αγαπούν την εργασία και ότι η εργασία αποτελεί πηγή ικανοποίησης.

Πρόσφατα οι αναφορές στις νοσηλευτικές θεωρίες έχουν προστεθεί στα βιβλία νοσηλευτικής διοίκησης. Αναφέρονται οι θεωρίες των: Abdallah, Henderson, Johnson, King, Levine, Newman, Orem, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Weidenbach, Arndt και Huckabay. Όμως στις περισσότερες περιπτώσεις, οι κυριότερες ιδέες νοσηλευτικών θεωριών, παρουσιάζονται περιληπτικά. Από πολλούς συγγραφείς προτείνεται στους θεωρητικούς νοσηλευτές να επεκτείνουν τη θεωρητική τους δομή στη νοσηλευτική διοίκηση γιατί η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί ειδική σύνθεση νοσηλευτικών και διοικητικών θεωριών. Επισημαίνεται δε ότι πολλές ιδέες, ιδιαίτερα από τις επιστήμες συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων αυτών της προσαρμογής, αλλαγής, επικοινωνίας, συγκρούσεων, λήθης αποφάσεων, ηγεσίας, κινήτρων και δύναμης, είναι πολύ σημαντικές και για τη νοσηλευτική και για τη διοίκηση.

Πάντως, σε όλες τις θεωρίες της νοσηλευτικής διοίκησης κυριαρχούν οι έννοιες όπως ποιότητα, αλληλεξάρτηση, φροντίδα, υγεία, περιβάλλον, νοσηλευτικές ανάγκες και νοσηλευτική οργάνωση.

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι στη νοσηλευτική διοίκηση απαιτείται σύνθεση νοσηλευτικής γνώσης και διοίκησης. Άλλοι όμως υποστηρίζουν συνδυασμό εννοιών διοικητικών και κλινικών ενώ άλλοι προτείνουν ως γνωσιολογική περιοχή θεωρητικά διοικητικά πρότυπα μάλλον παρά



κλινικά. Βέβαια τα περισσότερα θεωρητικά πρότυπα νοσηλευτικής αναπτύχθηκαν περισσότερο σαν κατευθύνσεις για την κλινική νοσηλευτική πράξη. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθούν για τη διοίκηση με τροποποίηση.

Η χρησιμότητα οποιουδήποτε θεωρητικού προτύπου εξαρτάται από το βαθμό που οργανώνει τη σκέψη, την παρατήρηση και την ερμηνεία της πραγματικότητας. Το θεωρητικό πρότυπο στη νοσηλευτική διοίκηση παρέχει τη συστηματική δομή για την αντιμετώπιση διοικητικών προβλημάτων, παρατήρηση διοικητικών συνθηκών και καταστάσεων καθώς και εξήγηση των συμβαινόντων σε οργανωτικούς χώρους.

Οι δομές της νοσηλευτικής διοίκησης και οι εφαρμογές της βασίζονται σε τρεις προϋποθέσεις σχετιζόμενες με το θεωρητικό πρότυπο.

- Η πρώτη προσδιορίζει το ιδιαίτερο βάρος της νοσηλευτικής στον κλινικό παράγοντα και τους σκοπούς που καλύπτουν τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.
- Η δεύτερη καθορίζει τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού και το περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι νοσηλευτικές υπηρεσίες
- Η τρίτη προϋπόθεση αναλύει τις διοικητικές στρατηγικές και μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν.

Αποτέλεσμα εντατικής μελέτης ομάδας εργασίας ήταν η ανάπτυξη διεθνούς θεωρητικού πλαισίου, που θεωρείται κατάλληλο και χρήσιμο τόσο για τη γενική διοίκηση υπηρεσιών υγείας της χώρας όσο και για κάθε οργανισμό οποιασδήποτε έκτασης, μεγέθους και σκοπού παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το πλαίσιο αυτό αποτελεί προσπάθεια σύνθεσης γνώσης και χρήσιμων παραγόντων για την κατά νόσηση της διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Το θεωρητικό πλαίσιο αποτελείται από τρεις διαστάσεις:

- Βασικοί παράγοντες
- Περιοχές διεπιστημονικής έρευνας και πρακτικής
- Περιοχές εφαρμογής

Οι βασικοί παράγοντες, που συνδέονται με τη νοσηλευτική διοίκηση, είναι οι εξής:

- 1) Περιβάλλον (ασφάλεια, κλίμα, έδαφος, γεωργία, ποιότητα ατμόσφαιρας, υγιεινή, μικροβιολογική χλωρίδα, νερό, βλάστηση)
- 2) Τεχνολογία (κατοικία, βιομηχανία, ευκολίες ζωής, ενημέρωση, παραγωγή, μετακίνηση, υπηρεσίες υγείας)
- 3) Κοινωνικό-πολιτιστικό επίπεδο (τέχνη-αξίες, υγεία, ιστορία-γλώσσα, μετανάστευση, εκπαίδευση, διατροφή, δημογραφία)
- 4) Κυβέρνηση (παροχές, δικαιοσύνη, υπηρεσίες, φορολογία, νομολογία, εκπροσώπηση)
- 5) Οικονομία (Κόστος ζωής, εργασία-εμπόριο, εισόδημα-αποταμίευση, ανθρώπινο δυναμικό, εγκυρότητα νομίσματος, απασχόληση-ανεργία, κατανάλωση, παραγωγικότητα)

Αυτοί οι πέντε βασικοί παράγοντες συνδέονται με ορισμένους επιστημονικούς χώρους. Στη γενική νοσηλευτική έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες. Στη νοσηλευτική διοίκηση όμως δε λαμβάνεται σοβαρά το γενικό περιβάλλον εκτός των ιδρυμάτων. Ενώ δεν έχει συνειδητοποιηθεί η ολιστική άποψη των επιμέρους παραγόντων όπως π.χ η σύνδεση μεταξύ κατοικίας και κλίματος και οι επιπτώσεις τους στη διοίκηση νοσοκομείων.

Φυσικά, οι πέντε αυτοί παράγοντες και η σύνδεση τους δεν είναι οι μόνοι, ούτε ίσως και οι πιο σωστοί αλλά η ύπαρξη τους δείχνει την αρχή της λογικότητας. Ο τρόπος διοίκησης είναι ορθό να δίνει προσοχή στη διοίκηση της χώρας, στα οικονομικά, στο περιβάλλον, στη τεχνολογία και στη κοινωνία. Η ανάλυση σχέσης κάθε παράγοντα με άλλους είναι επίσης απαραίτητη γιατί διευκρινίζει την δεδομένη αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Σε όλο τον κόσμο και σε οποιοδήποτε μέρος της γης χρειάζεται γνώση διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το προτεινόμενο πλαίσιο καλύπτει την ανάγκη αυτή σε διεθνή κλίμακα. Κάτι τέτοιο είναι επιβεβλημένο λόγω της μεγάλης και ταχύτατης μετακίνησης πληθυσμών και ατόμων μεταξύ των διαφόρων χωρών του

κόσμου και της αναγκαιότητας χρησιμοποίησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Το πλαίσιο εφαρμόζεται με βάση τις αξίες του πληθυσμού, τους διατιθέμενους πόρους, την υγεία και την ασθένεια, τους περιβαλλοντικούς κινδύνους στους οποίους εκτίθεται ο πληθυσμός, τους περιοριστικούς ή προστατευτικούς κρατικούς νόμους, την τεχνολογία και το προσωπικό που υπάρχει για την παροχή υπηρεσιών, το απαιτούμενο κόστος και το προβλεπόμενο επίπεδο εργατικής παραγωγικότητας.

Η δεύτερη διάσταση εκπροσωπεί τις **περιοχές διεπιστημονικής έρευνας και πρακτικής** διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι πέντε επιστήμες, που παρουσιάζονται στις ενδιάμεσες γραμμές σύνδεσης των βασικών παραγόντων, είναι οι εξής:

- Νοσηλευτική (υγεία - ασθένεια)
- Ιατρική (νόσος – θεραπεία)
- Δημόσια Υγεία (επιδημιολογία – Υγειονομική διοίκηση)
- Οικονομία (κατανομή πόρων)
- Διοίκηση (Δημόσια – Ιδιωτική)

Η πρακτική και η έρευνα διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών παρουσιάζεται ότι προέρχεται από την ιατρική, την οικονομία, την δημόσια υγιεινή, τη γενική διοίκηση και τη νοσηλευτική. Αυτές οι επιστήμες φαίνεται ότι παρέχουν βασικές πηγές γνώσεις για τη νοσηλευτική διοίκηση.

Η Ιατρική προσφέρει την απαραίτητη γνώση νόσου και θεραπείας της. Η Δημόσια Υγιεινή και η Ιατρική δίνουν τη διάσταση της κλινικής επιδημιολογίας, η οποία επίσης ενσωματώνει γνώση των πόρων και διάθεσης τους χρησιμοποιώντας οικονομικές θεωρίες. Η Δημόσια Διοίκηση κυρίως εφοδιάζει τη γνώση για δημόσια χρηματοδότηση, δημόσιες υπηρεσίες, δικαιοσύνη, αναπτυξιακή διοίκηση και υπηκοότητα. Η επιχειρησιακή διοίκηση βελτιώνει την κατανόηση ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης για εξασφάλιση ισχυρής οικονομίας. Και η Νοσηλευτική προσφέρει τη γνώση για την αντίδραση των ατόμων-αρρώστων στην ασθένεια, τρόπους για τη διατήρηση της υγείας τους, μεθόδους αυτό-φροντίδας και νοσηλείας.

Η σύνδεση των βασικών παραγόντων με του επιστημονικούς χώρους έρευνας συμπληρώνεται από την παρουσίαση των σφαιρών εφαρμογής για την ολοκλήρωση του θεωρητικού πλαισίου. Οι περιοχές αυτές εφαρμογής είναι: Διεθνής χώρος, χώρα, επαρχία, κοινότητα, οργανισμός ή οικογένεια.

Το πλαίσιο παρουσιάζει την εικόνα ότι η πράξη και η αναζήτηση διοίκησης Ν/Υ σχετίζεται και συνθέτει γνώσεις από τη νοσηλευτική, την ιατρική, την γενική διοίκηση, την οικονομία και δημόσια υγιεινή. Άλλες σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικής διοίκησης και των πέντε μεταβλητών υπάρχουν στην πρακτική και άλλες στην έρευνα. Η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί τον άξονα γύρω από τον οποίο οργανώνονται και διοικούνται οι Ν/Υ που παρέχονται στον πληθυσμό όλου του κόσμου, κάθε περιοχής, χώρας, κοινότητας, οργανισμού ή οικογένειας.

Για την ανάπτυξη κατάλληλων θεωριών νοσηλευτικής διοίκησης διατυπώνονται οι ακόλουθες προτάσεις:

- Διάθεση πόρων με σκοπό την θεωρητική θεμελίωση και την έρευνα της διοίκησης Ν/Υ για αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας.
- Ενθάρρυνση και ισχυροποίηση σχέσεων μεταξύ σχετικών επιστημών, όπως διοίκησης υπηρεσιών υγείας, διοίκησης δημόσιας υγείας, γενικής διοίκησης και ιατρικής για την ανάπτυξη και βελτίωση θεωριών νοσηλευτικής διοίκησης.
- Καθιέρωση μεταπτυχιακών πανεπιστημιακών προγραμμάτων διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Ίδρυση ολιγομελούς ομάδας εργασίας σε κάθε χώρα για την ανάπτυξη θεωρίας νοσηλευτικής διοίκησης σε συνεργασία με άλλες σχετικές ομάδες σε άλλες χώρες.
- Εξεύρεσης τρόπων και μεθόδων μετάδοσης πληροφοριών, για τις ερευνητικές προσπάθειες ανάπτυξης θεωριών νοσηλευτικής διοίκησης, μεταξύ των διαφόρων χωρών. ( Β. Λαναρά 1999)

## 5.3 ΠΡΟΤΥΠΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Διάφορα πρότυπα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη νοσηλευτική διοίκηση αλλά το πιο εφαρμόσιμο είναι αυτό που εμφανίζει στοιχεία σύνδεσης διοικητικών και νοσηλευτικών στοιχείων.

Στο πρότυπο αυτό η νοσηλευτική οργάνωση θεωρεί σαν στοιχεία της τη νοσηλευτική πράξη, την εκπαίδευση, την έρευνα και την θεωρία. Σ' αυτά εφαρμόζεται κάποιο σχέδιο διοικητικής διαδικασίας, δηλαδή η απλή σειρά του διοικητικού κύκλου. Τα στοιχεία χρησιμοποιούν τέσσερα είδη πηγών: ανθρώπινες, υλικές, χωροταξικές και περιβαλλοντικές. Οι ανθρώπινες πηγές περιλαμβάνουν αριθμό εργαζομένων, κατηγορίες και ειδικότητες, αλλά και διανοητικές πηγές. Οι υλικές περιλαμβάνουν εξοπλισμό, εργαλεία, υλικό και τεχνολογία. Στις χωροταξικές πηγές υπάγονται τα αρχιτεκτονικά σχέδια, το μέγεθος και η γεωγραφική τοποθέτηση των κτιρίων. Οι περιβαλλοντικές πηγές λαμβάνουν υπόψη την επίπτωση του κοινωνικού και περιβαλλοντικού παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Το πρότυπο οδηγεί στην απάντηση πολλών ερωτημάτων που προσφέρονται για νοσηλευτική έρευνα κατά την διατομή των μεταβλητών, όπως: Τι προγραμματισμός-σχεδιασμός απαιτείται για την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Πώς η αρχιτεκτονική δομή νοσηλευτικής μονάδας επηρεάζει τη νοσηλευτική στελέχωση της για τη φροντίδα των αρρώστων. Πώς η τεχνολογία επηρεάζει την οργάνωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, κ.α. Το προτεινόμενο πρότυπο θεωρείται κατάλληλο και βοηθητικό για τη νοσηλευτική διοίκηση.

Σκοπός και κύρια προτεραιότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η εξασφάλιση κατάλληλης και ασφαλούς φροντίδας των αρρώστων-ατόμων με υπαρκτά ή πιθανά προβλήματα υγείας. Η φιλοσοφία αυτή κατευθύνει τις δραστηριότητες των νοσηλευτών και παρέχει τη βάση για διανοητικές και πρακτικές και ηθικές αποφάσεις. Με την επιδέξια διοίκηση-διαχείριση των διατιθεμένων πόρων (ανθρώπινων και υλικών) και την ηγετική διεύθυνση του προσωπικού, τα διοικητικά νοσηλευτικά στελέχη

εξασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό περιβάλλον για παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας του πελάτη-ασθενή.

Οι νοσηλευτές είναι ταυτόχρονα υφιστάμενοι, προϊστάμενοι και εκπρόσωποι αυτών που δέχονται τις υπηρεσίες τους. Ως υφιστάμενοι είναι υπεύθυνοι προς τους διευθυντές νοσηλευτές για τη λειτουργία των μονάδων που προϊστανται. Είναι όμως επίσης υπεύθυνοι προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους και επί πλέον υπεύθυνοι για τη τήρηση υψηλών ποιοτικών επαγγελματικών κριτηρίων στη πράξη. Η εκπλήρωση αυτής της ευθύνης εξαρτάται και από τις προσπάθειες άλλων προκειμένου να είναι εφικτή η ανταπόκριση στη σύνθετη αυτή υποχρέωση.

Η νοσηλευτική διοίκηση ασκείται πάντα σε οργανωμένα ιδρύματα και τα στελέχη διευθύνουν τις δραστηριότητες και άλλων ατόμων. Έτσι λοιπόν η διοίκηση μπορεί να εκληφθεί σαν διεργασία αποτελεσματικής διεκπεραίωσης έργου, που ενεργείται από και δια μέσου άλλων ατόμων. Οι νοσηλευτές σαν στελέχη της Ν/Υ, σε οποιαδήποτε βαθμίδα της ιεραρχίας, επηρεάζουν με τις αποφάσεις που παίρνουν τα αποτελέσματα των προσφερομένων υπηρεσιών και του ιδρύματος που εργάζονται. Σημαντικό ποσοστό της επιτυχίας ή μη του οργανισμού εξαρτάται από τις διοικητικές ενέργειες των νοσηλευτών. ( Γ. Τσαλίκης 1992)

## **5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Η νοσηλευτική είναι ανθρωπιστική επιστήμη με αποστολή το φιλεύσπλαχνο ενδιαφέρον για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία και αποκατάσταση του αρρώστου και του ανάπηρου καθώς και τη συμβολή της στο ειρηνικό θάνατο του ατόμου. Αποτελεί δηλαδή ανταπόκριση προς τις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη σε διάφορες καταστάσεις υγείας και τις διαταραχές της. Η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί το κλειδί υλοποίησης των ανωτέρω, αν ιδίως βασίζεται στην έρευνα.

Η νοσηλευτική έρευνα είναι βοηθητικό μέσο της νοσηλευτικής και της διοίκησης για την πραγμάτωση των σκοπών τους, εφ' όσον αποτελεί προσπάθεια αύξησης χρήσιμης γνώσης με την ανακάλυψη νέων στοιχείων δια μέσου της συστηματικής επιστημονικής αναζήτησης. Η έρευνα δεν μπορεί να χωριστεί από την ίδια τη νοσηλευτική πράξη, η οποία χαρακτηρίζεται σαν τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής επιστήμης. Νοσηλευτική επιστήμη είναι η συστηματοποιημένη γνώση της νοσηλευτικής, που προέρχεται από την παρατήρηση, τη μελέτη και τον πειραματισμό και αποσκοπεί στην επίτευξη επιπέδων υπηρεσίας στον άνθρωπο. Η έρευνα στη νοσηλευτική προσφέρει τη γνώση που μεταφράζεται στην πράξη.

#### **5.4.1 Σκοπός έρευνας**

Κυριότεροι σκοποί της νοσηλευτικής έρευνας είναι:

- Η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας
- Η βελτίωση της κατάστασης υγείας των αρρώστων
- Η συμβολή της στη ποιότητα ζωής του ανθρώπου σε όλες τις καταστάσεις της υγείας, ακόμα και στη περίοδο του θανάτου.

Ανεξάρτητα από την έμφαση που δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη, φαίνεται ότι ο άρρωστος θα υπάρξει πάντοτε και απαιτεί την καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα στα ιδρύματα και το σπίτι. Γι' αυτό όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η δυναμική συμβολή της νοσηλευτικής έρευνας στη βελτίωση της υγείας και φροντίδας του αρρώστου. Η έρευνα:

- ❖ Παρέχει τις πληροφορίες που χρειάζονται για τη λήψη αποφάσεων, απαραίτητη προϋπόθεση για τη νοσηλευτική άσκηση, την εκπαίδευση και τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- ❖ Εφοδιάζει τους νοσηλευτές με τις απαραίτητες μεθόδους αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας φροντίδας.

- ❖ Δίνει εξηγήσεις για τη νοσηλευτική φροντίδα που καλύπτει τις ανάγκες της κοινωνίας.
- ❖ Είναι απαραίτητη και αποφασιστικής σημασίας για τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και λήψης αποφάσεων.
- ❖ Βελτιώνει και προάγει την κλινική άσκηση και τη διοίκηση, όταν ευρήματα ερευνών εφαρμόζονται στην πράξη. (Α.Χ Ραγιά 1991)

#### **5.4.2 Εξέλιξη έρευνας στη νοσηλευτική**

Η έρευνα στη νοσηλευτική άρχισε με τη Florence Nightingale. Είναι εκείνη που κράτησε λεπτομερειακά στοιχεία και παρατηρήσεις για τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο, με βάση τις δικές της παρατηρήσεις που ήταν αποτελεσματικές και οδήγησαν σε αλλαγές τόσο της νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και της οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αλλά αρκετά χρόνια μετά το έργο της ελάχιστα βρίσκονται για την έρευνα στη νοσηλευτική.

Ο τύπος της νοσηλευτικής έρευνας (μετά τη Nightingale) στις αρχές του 20ού αιώνα ήταν στενά συνδεδεμένος με τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η νοσηλευτική και ακολούθησε την εξέλιξη της γενικής διοικητικής σκέψης.

Η χρονολογική εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας κατατάσσεται στις ακόλουθες σχολές σκέψης:

**Υπηρεσιακή Σχολή** (1900 - 1940), με έρευνες προσανατολισμένες στη παραγωγικότητα και επηρεασμένες από τη βιομηχανική ανάπτυξη. Αυτή αντιστοιχεί στη κλασική σχολή διοίκησης.

**Διοικητική Σχολή** (1940 – 1950), με μελέτες οργάνωσης συστημάτων νοσηλευτικών υπηρεσιών, σύμφωνα με την ανθρωπιστική προσέγγιση των νεοκλασικών.



**Ακαδημαϊκή Σχολή** (1950 – 1964), με έρευνες σχετικές με την ακαδημαϊκή κατάρτιση των νοσηλευτών.

**Κλινική Σχολή** (1964 και μετά). Κατά την περίοδο αυτή παρουσιάζεται μεγάλη άνθηση με πολλές έρευνες σε όλους τους τομείς της κλινικής νοσηλευτικής.

**Ερευνητική Σχολή** (1970 και μετά), η οποία σηματοδοτεί τη μελέτη της νοσηλευτικής καθ' εαυτή. Αρχίζει η ανάπτυξη θεωριών που χρησιμεύουν σαν πλαίσιο συσχέτισης και ερμηνείας φαινομένων και αποτελεσμάτων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για βελτίωση φροντίδας και υπηρεσιών υγείας.

Γεγονός πάντως είναι, ότι η προαγωγή της έρευνας και της ανάπτυξης θεωριών συμβαδίζει με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και την προηγμένη ακαδημαϊκή κατάρτιση των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο. Το πανεπιστήμιο είναι ο χώρος για την ανάπτυξη της έρευνας, γιατί καλλιεργεί το ερευνητικό πνεύμα στους φοιτητές.

Σήμερα νοσηλευτική έρευνα διενεργείται σε όλες τις διαστάσεις του κλάδου:

Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Περιλαμβάνει μελέτες για προσέλκυση σπουδαστών, διδακτικές μεθόδους, απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων, σχέση θεωρίας προς πρακτική.

Νοσηλευτική Διοίκηση. Περιλαμβάνει μεθόδους για κατάλληλη στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, συχνότητα απουσίας και ασθένειας προσωπικού, χρήση Η/Υ στη νοσηλευτική διοίκηση, μελέτες κόστους και παραγωγικότητας

Νοσηλευτική Άσκηση. Η έρευνα στη περιοχή αυτή αναπτύσσεται γύρω από 4 άξονες: Εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης, εφαρμογή της νοσηλευτικής τέχνης, οργανωτικά και διοικητικά συστήματα που απαιτούνται για καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας, μεθοδολογία που απαιτείται για μέτρηση απόδοσης και αξιολόγησης.

Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της έρευνας που κατευθύνει τις απαραίτητες διοικητικές αποφάσεις για τη νοσηλευτική πράξη είναι προνόμιο και ευθύνη της νοσηλευτικής. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται

καθημερινά από τα νοσηλευτικά στελέχη σε θέσεις εξουσίας σχηματίζουν τη βάση πάνω στην οποία οικοδομείται το περιβάλλον που προωθεί την επιστημονική πράξη. Η έρευνα είναι η διαδικασία δια μέσου της οποίας παρέχονται οι απαιτούμενες για τις αποφάσεις πληροφορίες.

Η έρευνα νοσηλευτικής διοίκησης έχει προσδιοριστεί με διάφορους τρόπους. Ορισμένοι την καθορίζουν σαν επιστημονική αναζήτηση παραγόντων που συμβάλλουν στην κατάλληλη και αποτελεσματική οργάνωση και παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Άλλοι υποστηρίζουν ότι ενδιαφέρεται για τον προσδιορισμό του κόστους νοσηλευτικής φροντίδας, τη μελέτη σχέσεων μεταξύ νοσηλευτικής υπηρεσίας και ποιότητας φροντίδας ασθενών. Άλλοι δε τη θεωρούν σαν αντιμετώπιση προβλημάτων παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Συνοπτικά, οι κυριότεροι σκοποί έρευνας νοσηλευτικής διοίκησης είναι η προώθηση διαδικασιών για αποτελεσματική φροντίδα υγείας, καθώς και η επίδραση στην ανάπτυξη πολιτικής υγείας. ( Β. Λαναρά 1990)

### **5.4.3 Τάσεις και κατευθύνσεις**

Η ίδρυση του κέντρου νοσηλευτικών ερευνών στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των Η.Π.Α αποτελεί μεγάλο σταθμό στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας σε όλο τον κόσμο. Η νοσηλευτική έρευνα κατέχει θέση μεταξύ των κύριων ερευνών των επιστημών υγείας και τα ερευνητικά της προγράμματα χρηματοδοτούνται με τις ίδιες προϋποθέσεις και με τα ίδια αντικειμενικά κριτήρια.

Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν, η νοσηλευτική διάγνωση να χρησιμοποιείται σαν θεωρητικό πλαίσιο για την κλινική έρευνα. Η επαλήθευση των διαγνώσεων μπορεί να προσδιορίσει τις νοσηλευτικές ενέργειες στη περιοχή στην περιοχή της άσκησης και θα βοηθήσει στη σκιαγράφηση της μοναδικότητας του νοσηλευτικού ρόλου στη φροντίδα υγείας.

Θεωρείται αναμφισβήτητα απαραίτητη η συνέχιση των μελετών ως προς την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην υγεία

των πελατών-ασθενών. Η επανάληψη μελετών με ακριβώς την ίδια μεθοδολογία αλλά με διαφορετικούς ασθενείς και κλινικές συνθήκες προτείνονται ιδιαίτερα. Αν τα ευρήματα διαφόρων ερευνών είναι όμοια, οι νοσηλευτές θα αποκτήσουν τη βεβαιότητα και την εμπιστοσύνη ότι οι ενέργειες τους έχουν επίδραση στο αποτέλεσμα της κατάστασης υγείας του πελάτη-ασθενή.

Φαίνεται ότι η έρευνα κατευθύνεται πιο πολύ στην ανάπτυξη νοσηλευτικών θεωριών βασιζόμενων στη πράξη. Αυξανόμενος αριθμός ερευνών δοκιμάζει την εφαρμογή σύγχρονων θεωρητικών πλαισίων στην πράξη, που προτείνονται από τη νοσηλευτική ηγεσία σε διάφορες κλινικές καταστάσεις. Η ανάπτυξη μεθόδων και τρόπων επαρκούς και ακριβούς μέτρησης αποτελέσματος σε πελάτες-ασθενείς αποτελεί μεγάλη προτεραιότητα του μέλλοντος. Η κατάρτιση μεθοδολογίας κατευθύνεται προς τη μέτρηση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων με αξιοπιστία εργαλεία, που είναι απαραίτητα για τη συλλογή πληροφοριών ως προς την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών πράξεων.

Το μέλλον της έρευνας νοσηλευτικής διοίκησης διαφαίνεται αισιόδοξο και με πολλές προκλήσεις. Κάτι τέτοιο όχι μόνο θα βελτιώσει την ποιότητα αλλά θα αλλάξει και τα εκπαιδευτικά προγράμματα της νοσηλευτικής. Οι μελλοντικοί φοιτητές θα διδάσκονται την επιστήμη της νοσηλευτικής σε διαφορετικές από τις τωρινές συνθήκες. Άρα το μέλλον της νοσηλευτικής έρευνας θα συνεχίσει να κατευθύνεται προς τη νοσηλευτική άσκηση. (Α.Χ Ραγιά 1991)

Περιοχές νοσηλευτικής διοίκησης που προτείνονται για διερεύνηση περιλαμβάνουν τα εξής θέματα:

- Σχέσεις μεταξύ απαιτήσεων νοσηλευτικής φροντίδας, διάθεσης πόρων και κόστους φροντίδας.
- Σχέση ποιότητας φροντίδας και συνεπαγόμενο κόστος .
- Stress Νοσηλευτικού προσωπικού και παραιτήσεις
- Ανάπτυξη και δοκιμή νέων ρόλων για τους επιστήμονες νοσηλευτές. (Β. Λαναρά 1990)

## 5.5 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η εκπαίδευση στη διοίκηση, όλων των στελεχών υγείας, είναι απαραίτητη και χρήσιμη για δύο κυρίως λόγους:

**Πρώτον**, εισάγει και ευαισθητοποιεί τους φοιτητές στην έρευνα και στο σώμα γνώσης, που παρέχει την επιστημονική βάση της διοίκησης και βοηθάει αυτούς που την ασκούν ,να γίνονται ικανά και επιτυχημένα στελέχη.

**Δεύτερον**, για όσους δεν σχεδιάζουν να αναλάβουν διοικητικά καθήκοντα, η μελέτη αυτής της επιστημονικής περιοχής παρέχει πληροφορημένη γνώση για σωστή κρίση της συμπεριφοράς του προϊσταμένου και την κατανόηση των εσωτερικών λειτουργιών των οργανισμών και υπηρεσιών.

Ο συντονιστικός και οργανωτικός ρόλος της νοσηλευτικής για την καλή λειτουργία κάθε ιδρύματος υγείας αναγνωρίστηκε από τότε σχεδόν που ιδρύθηκαν τα νοσοκομεία. Η Florence Nightingale θεωρείται ότι συνέβαλλε αποτελεσματικά στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο, κάτι τέτοιο όμως κυρίως έγινε με την καθιέρωση της επιστημονικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Αγγλία το 1860.

Για την Ελλάδα, στην πρώτη νοσηλευτική σχολή της χώρας, το θεραπευτήριο “Ο Ευαγγελισμός” ,(το μοναδικό νοσοκομείο στον κόσμο που ιδρύθηκε με πρώτο και κύριο σκοπό την εκπαίδευση νοσηλευτών βάση του ΦΕΚ 85/29.7.1885) οι μαθητές καταρτίζονταν και στη νοσηλευτική διοίκηση. Μεταξύ των προϋποθέσεων χορήγησης πτυχίου στις τελειόφοιτες συμπεριλαμβανόταν μετά τις προφορικές πτυχιακές εξετάσεις και η επιτυχής διεύθυνση ενός θαλάμου παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος για ένα μήνα.

Διάφοροι και πολλοί είναι οι παράγοντες που δίνουν έμφαση στη σπουδή της νοσηλευτικής διοίκησης. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται η αλλαγή του ρόλου προϊσταμένων νοσηλευτικών μονάδων νοσοκομείου ή άλλων ιδρυμάτων. Ο ρόλος που εθεωρείτο συνδεδεμένος με τον ρόλο της επίβλεψης σε παραδοσιακό τύπο αυστηρής ιεραρχίας, έχει αλλάξει

ως προς την άποψη προϊσταμένων νοσηλευτών που ασκούν το ρόλο συντονιστή διευκολύνοντας την άσκηση της νοσηλευτικής. Αυτή είναι μια δυναμική και ενθαρρυντική αλλαγή, που βασίζεται στην έρευνα και εμπειρία αλλά και στην επίδραση των επιστημών συμπεριφοράς.

Άλλος παράγοντας είναι η εκ μέρους των νοσηλευτών τάση προς ανάληψη μεγαλύτερης αυτόνομης προσωπικής ευθύνης σε κάθε τομέα εργασίας. Η νομοθεσία των περισσότερων χωρών του κόσμου συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, προβλέπει και τονίζει την ατομική ευθύνη των νοσηλευτών κατά πρώτο λόγο προς τον ασθενή για τις ενέργειες τους και μετά προς τους ιεραρχικούς προϊσταμένους των υπηρεσιών που εργάζονται.

Η κίνηση των δικαιωμάτων των εργαζομένων αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για την εφαρμογή του νέου τρόπου διοίκησης. Ο παράγοντας αυτός είναι αποφασιστικής σημασίας για το μέλλον της νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές κλινικοί και διοικητικοί, είναι ανάγκη να ασκούν το έργο τους με πλήρη γνώση των λειτουργιών της διοίκησης καθώς και τις τεχνικές για άσκηση των ευθυνών, αρμοδιοτήτων και καθηκόντων τους. Η άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος δίνει στους νοσηλευτές την ευθύνη επίβλεψης άλλων κατηγοριών εργαζομένων χαμηλότερης βαθμίδας.

Σήμερα όμως οι νοσηλευτές έχουν αυξημένες ευκαιρίες και περισσότερο καθορισμένες αρμοδιότητες, που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής των αρχών και μεθόδων διοίκησης, οπουδήποτε και αν επιλέξουν να εργασθούν: στον κλινικό χώρο, στον εκπαιδευτικό, στο διοικητικό ή ερευνητικό. Στην πραγματικότητα όλο και περισσότεροι νοσηλευτές εναλλάσσουν τομέα εργασίας ώστε να επαυξάνουν τις δυνατότητες χρησιμοποίησης διοικητικών και τεχνικών γνώσεων. Ο διπλός ρόλος του νοσηλευτή-διοικητικού στελέχους έχει εφαρμογή σε κάθε επίπεδο νοσηλευτικής άσκησης, ενώ η έμφαση αλλάζει με βάση τις ανάγκες.

Για το νοσηλευτικό στέλεχος, η βαρύτητα δίνεται στην κλινική άσκηση της νοσηλευτικής: ως αρχηγός ομάδας, υπεύθυνος νοσηλείας σε συνεργασία με το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικευμένος νοσηλευτής κ.α. Κατ' αυτόν τον τρόπο ασκεί διοικητικό ρόλο με ειδικές προσαρμογές στην κλινική οργάνωση. Οι νοσηλευτικές γνώσεις, οι

μέθοδοι και η φιλοσοφία είναι οπωσδήποτε αναγκαίες αλλά οι κλινικές δεξιότητες ασκούνται όλο και λιγότερο όσο η διοικητική βαθμίδα ανέρχεται σε υψηλότερα ιεραρχικά επίπεδα, παρ' όλο που τα άλλα στοιχεία νοσηλευτικής εξακολουθούν να αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις.

Ένας από τους λόγους που καθιστά αναγκαίο τη νοσηλευτική γνώση των διοικητικών στελεχών είναι το γεγονός ότι η νοσηλευτική υπηρεσία είναι το κυριότερο τμήμα κάθε ιδρύματος υγείας. Είναι το τμήμα που παρέχει υπηρεσίες 24 ώρες το 24ώρο επί 7 ημέρες την εβδομάδα καθόλο το έτος και απαιτεί πάνω από 40% του λειτουργικού προϋπολογισμού στα περισσότερα νοσοκομεία. Γι' αυτό τα ανώτερα στελέχη διοίκησης νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να είναι καταξιωμένοι νοσηλευτές πανεπιστημιακής βαθμίδας, με πείρα και ειδικές μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική διοίκηση. Επί πλέον πρέπει να είναι ικανοί συντονιστές όλων των υπηρεσιών του ιδρύματος που αφορούν την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.

Ανεξάρτητα του τίτλου, της περιγραφής των καθηκόντων και της φύσης επίβλεψης, το κάθε νοσηλευτικό στέλεχος είναι υπεύθυνο να οργανώνει και να ασκεί κατάλληλα και αποτελεσματικά την εργασία του στα πλαίσια της αρμοδιότητας του. Στην πραγματικότητα έχει μεγαλύτερη επίδραση στις συνθήκες εργασίας, ευθύνη και αρμοδιότητες για δράση από ότι συνήθως γνωρίζει.

Τα νοσηλευτικά διοικητικά στελέχη οφείλουν να σκέπτονται πάντα οργανωτικά, να κατανοούν τις επίσημες διοικητικές σχέσεις των υπηρεσιών και τμημάτων του οργανισμού (όπως εμφανίζονται στο οργανόγραμμα), να κατανοούν την ανεπίσημη οργάνωση που αναπτύσσεται από τις σύνθετες αλληλεπιδράσεις των εργαζομένων και να συνειδητοποιεί ότι κάθε νέο μέλος του προσωπικού εισερχόμενο στο χώρο εργασίας φέρνει μαζί του αξίες, κίνητρα, γνώσεις, ικανότητες αλλά και τα προβλήματα του. Άρα όλοι έχουν ανάγκη από σεβασμό, αναγνώριση και κατάλληλο χειρισμό για να βοηθούνται και να αποδίδουν παραγωγικό έργο για την εκπλήρωση των σκοπών του ιδρύματος και της υπηρεσίας. ( Γ. Τσαλίκης 1992)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:**

# **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί όλο και μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση. Η εμπειρία των αναπτυσσόμενων χωρών, δείχνει ότι οι ρυθμοί ανάπτυξης τους δεν μπορούν να εξηγηθούν μόνο με ποσοτικές αυξήσεις του κεφαλαίου και του εργατικού δυναμικού. Τόσο η τεχνολογική πρόοδος, όσο και η ποιοτική βελτίωση των μεθόδων παραγωγής και οργάνωσης πιστεύεται ότι σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την αύξηση του κατάλληλη εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, κυρίαρχη θέση από πλευράς αριθμητικού μεγέθους έχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ορθή επιλογή του δυναμικού που πρόκειται να εκπαιδευτεί, η κατάλληλη εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του σε θέματα νοσηλευτικής και συναφών επιστημών καθώς και η ορθολογική χωροταξική του κατανομή συμβάλλουν θετικά στην υλοποίηση των στόχων του συστήματος υγείας κάθε χώρας.

### **6.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η νοσηλευτική εκπαίδευση ακολουθεί το παραδοσιακό πρότυπο, επικεντρώνεται στο νοσοκομείο και δίνει έμφαση στην ασθένεια. Τα προγράμματα σπουδών δεν συντονίζονται αρκετά με τα προγράμματα των άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά ούτε και με εκείνα του νοσηλευτικού προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων ( μαίες, επισκέπτριες). Η έλλειψη

εκπαίδευσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη νοσηλεία κατ' οίκον περιορίζει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε σχέση με το ευρύτερο φάσμα των αναγκών του πληθυσμού.

### **6.1.1 Πρώτη νομοθεσία**

Με βάση το Προεδρικό Διάταγμα 1284/1981, σκοπός της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η θεωρητική πρακτική και η δεοντολογική του κατάρτιση, για την απόκτηση του διπλώματος της αδελφής νοσοκόμου ή της βοηθού.

Διαχρονικά, τα κριτήρια εισαγωγής στις σχολές νοσηλευτικής μεταβλήθηκαν και προσαρμόστηκαν στις ανάγκες και τις απαιτήσεις της κοινωνίας.

Το νομοθετικό διάταγμα 683 του 1948 όριζε ότι οι Σχολές Νοσοκόμων έκαναν δεκτές υποψήφιες μεγαλύτερες των 18 ετών, με τη συγκατάθεση του κηδεμόνα τους ή 21 ετών χωρίς συγκατάθεση και χωρίς οικογενειακές υποχρεώσεις. Ανώτατο όριο ηλικίας ήταν το 31<sup>ο</sup>. Το απολυτήριο γυμνασίου ήταν απαραίτητο για τις σχολές τριετούς φοιτήσεως και του δημοτικού για τις μονοετούς όπως και η προσκόμιση ποινικού μητρώου. Εφ' όσον γίνονταν δεκτές, οι υποψήφιες έδιναν εξετάσεις σε ορισμένα μαθήματα που καθορίζονταν από το τότε Υπουργείο Υγιεινής, καθώς και δοκιμασία προσωπικότητας για να εξακριβωθεί η καταλληλότητα τους στην άσκηση του επαγγέλματος. Η φοίτηση στις σχολές ήταν δωρεάν και οι σπουδάστριες διέμεναν στις εγκαταστάσεις των σχολών που λειτουργούσαν μέσα στα νοσοκομεία. Η διευθύντρια του νοσοκομείου ήταν και η διευθύντρια σπουδών με κυριαρχική εξουσία στη ζωή των σπουδαστριών και έξω από το ίδρυμα.



### **6.1.2 Προγράμματα σπουδών**

Στη δεκαετία 1975-1985 τα προτεινόμενα προγράμματα από το υπουργείο δεν άλλαξαν ούτε ανανεώθηκαν ουσιαστικά. Λειτουργούσαν επομένως οι σχολές τριετούς φοίτησης με προγράμματα σπουδών που καταρτίστηκαν το 1970 και περιελάμβαναν γνώσεις και μαθήματα ξεπερασμένα κατά ένα μέρος. Γενικά όμως η εκπαίδευση των διπλωματούχων νοσηλευτριών θεωρείται ικανοποιητική ως προς το τυπικό μέρος, δηλαδή μαθήματα, ώρες διδασκαλίας και πρακτική άσκηση.

Τα προγράμματα σπουδών που παραθέτονται παρακάτω αφορούν σχολές νοσηλευτικής μονοετούς φοίτησης, μαίες, τα Ι.Ε.Κ., τα ΤΕΕ α' και β' κύκλου, τα Τ.Ε.Ι., και τη νοσηλευτική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, που υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας αλλά και τα ΤΕΕ α' κύκλου που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Από τα ΤΕΕ α' κύκλου του Υπουργείου Υγείας εξέρχονται βοηθοί νοσηλευτές. Κάθε μία από τις παραπάνω σχολές μπορεί να προσαρμόζει το πρόγραμμα διδασκαλίας ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιομορφίες της.

#### **α) Σχολές βοηθών νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης**

Στη δεκαετία 1975- 1985 λειτουργούσαν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας 22 μέσες τεχνικές σχολές για την εκπαίδευση βοηθών νοσοκόμων. Οι σχολές αυτές ήταν μέχρι το 1981 μονοετούς φοιτήσεως και δέχονταν απόφοιτους δημοτικού ενώ ήταν συνδεδεμένες με τα νοσηλευτικά ιδρύματα, με την έννοια ότι οι σπουδαστές παρέμεναν μέσα στο νοσοκομείο.

#### **β) Σχολές βοηθών νοσοκόμων διετούς φοίτησης**

Δημιουργήθηκαν το 1981 με το Προεδρικό Διάταγμα 1284 από μετατροπή των σχολών μονοετούς φοιτήσεως. Αυτό κρίθηκε αναγκαίο για την καλύτερη κατάρτιση των αποφοίτων βοηθών νοσοκόμων και εν όψη της ένταξης της χώρας μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Ταυτόχρονα με το νόμο που θεσπίστηκε για την εννιάχρονη υποχρεωτική εκπαίδευση, το επίπεδο για την εισαγωγή στη σχολή ανέβηκε με αποτέλεσμα να απαιτείται

απολυτήριο γυμνασίου ενώ πολύ συχνά η βοηθός νοσηλεύτρια κάτοχος απολυτηρίου λυκείου. Οι σχολές είναι συνδεδεμένες με το Νοσοκομείο και εξακολουθούν να υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

#### **γ) Ανώτερες σχολές αδελφών Νοσοκόμων**

Την περίοδο 1975-1983 στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ήταν 8 ανώτερες σχολές αδελφών νοσοκόμων. Με το νόμο 1404/1983 για την ίδρυση των ΤΕΙ οι σχολές τριετούς φοίτησης υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας. Το ίδιο συνέβη και με τις Ανώτερες Σχολές Αδελφών Νοσοκόμων και επισκεπτριών.

#### **δ) Ανώτερες σχολές Μαιών**

Ως το 1983 λειτουργούσαν 3 ανώτερες Σχολές Μαιών που υπάγονταν στο Υπουργείο Υγείας. Χορηγούσαν το πτυχίο της μαιας στο τέλος του τέταρτου έτους και αφού η σπουδάστρια είχε κάνει πενήντα τουλάχιστον τοκετούς ενώ ενθαρρύνονταν οι τοκετοί στο σπίτι. Με την ίδρυση των ΤΕΙ και οι σχολές αυτές υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας.

#### **ε) ΤΕΙ – Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας**

Ιδρύθηκαν με το Ν. 1404/1983 και υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας. Στα ΤΕΙ εντάχθηκαν και οι ανώτερες σχολές Αδελφών Νοσοκόμων, Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών και Μαιών. Μαζί με άλλα 12 τμήματα αποτέλεσαν τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας. Η εισδοχή στις Σχολές γίνεται με το σύστημα των πανελληνίων εξετάσεων, απαιτείται απολυτήριο Λυκείου και δεν λαμβάνονται υπόψη το όριο ηλικίας, η οικογενειακή κατάσταση και το ύψος των υποψήφιων σπουδαστών. Επίσης δεν γίνονται τεστ προσωπικότητας. Οι σχολές αποσυνδέθηκαν από τα νοσοκομεία, χρησιμοποιούν όμως τα νοσηλευτικά ιδρύματα για την πρακτική άσκηση.

Τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα παρέχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση . Μπορούν να εισαχθούν αν επιτύχουν στις εξετάσεις και άρρενες σπουδαστές, ενώ ένα ποσοστό εισάγεται μόνο με τη βαθμολογία που συγκεντρώνει στα μαθήματα του Τεχνικού Λυκείου. Τα προγράμματα σπουδών ανανεώνονται κάθε δύο χρόνια και η διάρκεια τους είναι εξάμηνα, δηλαδή τρία χρόνια θεωρητικής διδασκαλίας και έξι μήνες πρακτικής.

### **στ) Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών**

Ιδρύθηκε το 1979 με το προεδρικό διάταγμα 184, για να καλύψει τις ανάγκες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας, αναφορικά με την παρατηρούμενη έλλειψη νοσηλευτικών στελεχών στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας, καθώς επίσης και στον τομέα εκπαίδευσης του νοσηλευτικού δυναμικού. Η παρεχόμενη υψηλής στάθμης εκπαίδευση πιστεύεται ότι θα οδηγήσει στην ποιοτική αναβάθμιση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στη Νοσηλευτική σχολή εισάγονται σπουδαστές και σπουδάστριες αναγνωρισμένου τίτλου σπουδών, δηλαδή απόφοιτοι ανώτερης σχολής Αδελφών Νοσοκόμων και ανώτερης σχολής Αδελφών Νοσοκόμων και επισκεπτριών ή Μαιών ή των τμημάτων Νοσηλευτικής , επισκεπτριών και μαιευτικής των επαγγελματιών υγείας των ΤΕΙ. Από το ακαδημαϊκό έτος 1987-88 η εισαγωγή γίνεται μέσω των πανελλαδικών εξετάσεων και η φοίτηση διαρκεί 8 εξάμηνα.

### **6.1.3 Διάκριση νοσηλευτικής εκπαίδευσης**

Το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με την στάθμη της εκπαίδευσης του διακρίνεται σε:

- Πρακτικές αδελφές χωρίς θεωρητική κατάρτιση
- Βοηθούς νοσοκόμες με εκπαίδευση 1 ή 2 έτη

- Διπλωματούχες Ανωτέρων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων τριετούς φοιτήσεως, διπλωματούχες Ανωτέρων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών τετραετούς φοιτήσεως και διπλωματούχες Ανωτέρων Σχολών Μαιών τετραετούς φοιτήσεως.
- Διπλωματούχες τμημάτων Νοσηλευτικής, Μαιευτικής και Επισκεπτριών Υγείας των Τ.Ε.Ι. με εκπαίδευση τέσσερα έτη (τριτοβάθμια εκπαίδευση)
- Απόφοιτες του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με εκπαίδευση τέσσερα έτη πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε.) μετά τη λήψη του διπλώματος Ανωτέρας σχολής ή των Τ.Ε.Ι.

Μέχρι προσφάτως η νοσηλευτική ήταν επικεντρωμένη στο νοσοκομείο με έμφαση στην ασθένεια χωρίς να υπάρχουν προγράμματα σπουδών συντονισμένα και εναρμονισμένα με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Η αδιαφορία για έννοιες όπως πρωτοβάθμια φροντίδα και νοσηλεία κατ' οίκον είχαν ως συνέπεια περιορισμένη αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε σχέση με το ευρύ φάσμα των αναγκών των πελατών ασθενών. Αυτή η κατάσταση τόνιζε την ανάγκη για αναβάθμιση του ρόλου της νοσηλευτικής στην οργάνωση ,την παροχή προσωπικής φροντίδας, στην εκτίμηση του επιπέδου υγείας και στη θεραπεία. Αποτέλεσμα ήταν η εξέλιξη της νοσηλεύτριας σε άτομο με πολυσύνθετα καθήκοντα και ευθύνες.

Αυτή η εξέλιξη επηρέασε τα προγράμματα σπουδών τα οποία διαμορφώθηκαν με τις οδηγίες της Ε.Ε. ως εξής:

Οι σχολές βοηθών νοσοκόμων που ήταν μέχρι το 1981 μονοετούς φοιτήσεως και δέχονταν απόφοιτους του δημοτικού έγιναν διετούς φοιτήσεως και δέχονταν απόφοιτους Γυμνασίου και Λυκείου, λειτουργούν στα νοσοκομεία και υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο Παιδείας εποπτεύει άλλες 48 σχολές βοηθών νοσοκόμων, 33 ιδιωτικές και 4 δημόσιες ( Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης) όπως επίσης και 11 δημόσια Τεχνικά Επαγγελματικά Λύκεια.

Οι Ανώτερες Σχολές Αδελφών νοσοκόμων, Μαιών και Αδελφών νοσοκόμων και Επισκεπτριών που υπάγονταν στο υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καταργήθηκαν και υπάχθηκαν στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Παράλληλα αναβαθμίσθηκαν τα ΚΑΤΕΕ σε Τ.Ε.Ι..

Σήμερα η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού με αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών, όπως ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, λαμβάνει χώρα στα Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Λαμίας, Πάτρας, Ηρακλείου, Ιωαννίνων καθώς και στη νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στα ΤΕΙ υπήχθησαν όλες οι Σχολές Αδελφών Νοσοκόμων, Μαιών και Επισκεπτριών που λειτουργούσαν σε ορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα και οι Σχολές Επαγγελματιών Υγείας των ΚΑΤΕΕ. Έτσι σήμερα στα νοσοκομεία λειτουργούν μόνο οι σχολές βοηθών νοσοκόμων διαιτούσας φοιτήσεως.

## **6.2 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Τα προβλήματα στον χώρο της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν την αφετηρία τους στους εξής λόγους:

1. στην έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας των αρμόδιων για την εκπαίδευση Υπουργείων
2. στην μη κοινωνική καταξίωση του επαγγέλματος του νοσηλευτικού επαγγέλματος
3. στην ακολουθούμενη πολιτική υγείας και φιλοσοφίας που επικρατούσε γύρω από

τα νοσηλευτικά ιδρύματα στη χώρα μας και αποθάρρυνε τους απόφοιτους των Λυκείων και τους πτυχιούχους των ανώτατων σχολών να αναζητήσουν εργασία σε αυτά.

4. Η μη ευαισθητοποίηση των φοιτητών των θεωρητικών σχολών σε θέματα υγείας, κυρίως εξαιτίας της ανυπαρξίας μαθημάτων σχετικών με την υγεία στα εκπαιδευτικά διδακτικά προγράμματα των σχολών αυτών.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατανοώντας την σημασία της εκπαίδευσης του ανθρώπινου κεφαλαίου προχώρησε σε σχετική μεταρρύθμιση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, ώστε να συμβάλλει αποτελεσματικά στη δημιουργία ικανών στελεχών του υγειονομικού τομέα με τη μετονομασία της σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και με τη δυνατότητα να χορηγεί μεταπτυχιακούς τίτλους στη δημόσια υγεία σε ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κτηνίατρους και βιολόγους, στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, στην Ιατρική της Εργασίας, στην Υγειονομική Μηχανική, στη Γενική Ιατρική.

Τα προβλήματα όμως εκπαίδευσης σχετικά με την ποιοτική και την ποσοτική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρονται στην εισδοχή των σπουδαστών στις νοσηλευτικές Σχολές μέσω των εισαγωγικών εξετάσεων, η οποία γίνεται με βάση την βαθμολογία που συγκέντρωσαν και τη σειρά προτίμησης με την οποία δήλωσαν τη νοσηλευτική, ακόμα και ως τελευταία προτίμηση. Αυτό το φαινόμενο έχει σαν αποτέλεσμα την διαρροή σπουδαστών κατά την διάρκεια εκπαίδευσης σε ποσοστό έως και 52%. Μετά το τέλος των σπουδών τους εξακολουθούν να μην θέλουν να εργασθούν ως νοσηλευτές σε ποσοστό 26%. Οι πιθανοί λόγοι αφορούν το μεγάλο αριθμό των σπουδαστών κατά την διάρκεια της θεωρητικής διδασκαλίας, τη μη σύνδεση της με την πρακτική διδασκαλία, τη μη ανανέωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την χαμηλή ποιότητα της πρακτικής άσκησης. Επίσης είναι σύνηθες φαινόμενο η χρησιμοποίηση του πτυχίου τους για την κατάταξη τους σε άλλες σχολές, κυρίως την Ιατρική. (Σ. Πλακάς 1997)

### **6.3 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΙΣ Η.Π.Α**

Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις χώρες της Ευρώπης διαφέρει σημαντικά. Μέσος όρος ηλικίας για την εισαγωγή στις σχολές είναι τα 17-18 έτη, με τάση για περαιτέρω μείωση. Σε μερικές χώρες απαιτείται βασική εκπαίδευση 10-12 έτη και εισαγωγικές εξετάσεις. Στις περισσότερες χώρες η προσκόμιση πιστοποιητικού καλής υγείας και μη

καταδίκης είναι απαραίτητα. Η διάρκεια των σπουδών κυμαίνεται για τις νοσοκόμες Α' επιπέδου από 22 μήνες μέχρι 5 χρόνια και εξαρτάται από την προηγούμενη γενική εκπαίδευση τους. Η πλειοψηφία των χωρών παρέχει εκπαίδευση διάρκειας 3 χρόνων. Τα προγράμματα σπουδών διαφέρουν ως προς τις ώρες διδασκαλίας που κυμαίνονται από 3500-4500 ώρες. Οι σχολές είναι κατά κανόνα συνδεδεμένες με τα νοσοκομεία και η εκπαίδευση έχει προσανατολισμό την ασθένεια. Οι σχολές εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πολλές χώρες υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, σε άλλες στο Υπουργείο Παιδείας και σε άλλες υπάρχει συναρμοδιότητα και των δύο υπουργείων, με αποτέλεσμα στις περισσότερες να μην υφίσταται ακαδημαϊκή αναγνώριση του πτυχίου. Τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες παρέχουν βασική νοσηλευτική εκπαίδευση Πανεπιστημιακού επιπέδου, ενώ οι περισσότερες χώρες δίνουν στη βασική εκπαίδευση ειδικότητες. ([www.who.dk.document/e71498.pdf](http://www.who.dk.document/e71498.pdf))

Στις ΗΠΑ η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού παρέχεται επίσης σε διαφορετικά επίπεδα και διαρκεί δύομισι έως τέσσερα χρόνια. Τα νοσοκομεία διατηρούν σχολές νοσηλευτικής που όμως τείνουν να μειώνονται και απονέμουν "Diploma". Τα κολέγια χορηγούν το Associate Degree, ενώ τα πανεπιστήμια το Bachelor's, διάρκειας τεσσάρων ετών. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και οι νοσηλευτικές ειδικότητες παρέχονται στα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα. (Δ. Ανδριώτη 1989)

Στο πλαίσιο της ελεύθερης μετακίνησης των εργαζομένων στις χώρες της ΕΟΚ και της αναγνώρισης των διπλωμάτων των νοσοκόμων που παρέχουν γενική νοσηλεία, το 1977 το συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας εξέδωσε την οδηγία 77/149. Σύμφωνα με αυτήν, η εκπαίδευση των νοσηλευτριών πρέπει να είναι θεωρητική και πρακτική, να έχει διάρκεια 3 έτη και να περιλαμβάνει μαθήματα νοσηλείας, βασικών και κοινωνικών επιστημών. Η πρακτική άσκηση πρέπει να περιλαμβάνει και κλινική διδασκαλία της νοσηλευτικής. Η χορήγηση διπλωμάτων γίνεται μετά από εξετάσεις που παρέχουν εγγύηση για την κατοχή επιστημονικών γνώσεων στις οποίες βασίζεται η γενική περίθαλψη και τη συνειδητοποίηση της φύσεως και της δεοντολογίας του επαγγέλματος και των γενικών αρχών που διέπουν την υγεία και την περίθαλψη. Επίσης πρέπει να αποδεικνύεται η κλινική εμπειρία, η ικανότητα συμμετοχής στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού και η δυνατότητα συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες του υγειονομικού τομέα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

# ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

## 7.1 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Επειδή ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται από την έντονη χρησιμοποίηση του συντελεστή εργασίας, για την επίτευξη του έργου του, είναι απαραίτητη η ύπαρξη άριστα εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Το δυναμικό αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιείται στη σωστή αναλογία και στις κατάλληλες θέσεις.

Δεδομένου ότι η εκπαιδευτική διαδικασία για την προετοιμασία του ανθρώπινου δυναμικού είναι μακροχρόνια, οι σχεδιαστές υγείας με την χρήση διαφόρων μεθόδων, οφείλουν να προγραμματίζουν το δυναμικό που θα στελεχώσει αυτές τις υπηρεσίες. Λέγοντας προγραμματισμό εννοούμε μια διαδικασία συστηματικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και των σκοπών, των αντικειμένων, των προτεραιοτήτων και των καθηκόντων του. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να έχει κατάλληλα σχεδιαστεί για να ανταποκρίνεται σε τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες για προσωπικό υγείας που θα παρέχει τις αρμόζουσες ποιοτικές και ποσοτικές υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό. Ο έγκαιρος και ορθός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού, εξαιτίας της μακροχρόνιας εκπαίδευσής του, έχει βαρύνουσα σημασία.



## 7.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού είναι:

Δημογραφικοί. Αφορούν την μετατροπή της σύνθεσης του Ελληνικού πληθυσμού από νεανικό- αγροτικό σε γεροντικό-αστικό.

- Επιδημιολογικοί. Αναφέρονται στη μετατροπή του νοσολογικού φάσματος από τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα στα χρόνια και εκφυλιστικά.
- Η βιοιατρική τεχνολογία και η εφαρμογή της στον υγειονομικό τομέα.
- Η προσπελασιμότητα (ζήτηση) των υπηρεσιών υγείας.
- Το βιοτικό επίπεδο, που κατά κανόνα αυξάνει τη ζήτηση “ ανώτερων υπηρεσιών υγείας”.

Η πληθώρα των μεθόδων προγραμματισμού που αναπτύχθηκαν κατά τα τελευταία κυρίως χρόνια, δείχνουν τη μη ευρύτερη παραδοχή κάποιας μεθόδου από την επιστημονική κοινότητα, αλλά και την ιδιομορφία που υπάρχει σε κάθε σύστημα υγείας με συνακόλουθη την αδυναμία μεταφύτευσης μεθόδων από χώρα σε χώρα. Με τις τακτικές της επιχειρησιακής έρευνας, με τη χρήση οικονομετρικών υποδειγμάτων αλλά και με τη βιοστατιστικά και την οικονομία γίνεται προσπάθεια για την απάντηση σε ερωτήματα που αφορούν τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού.

Η απάντηση σε τέτοια ερωτήματα γίνεται με τέσσερις μεθόδους όπως τέθηκαν από τους Hall και Mejia το 1978. Οι τρεις πρώτοι μέθοδοι, “ανάγκες υγείας”, “στόχοι υπηρεσίας” και “ζήτηση υπηρεσιών υγείας” λαμβάνουν υπόψη τους τον οικείο πληθυσμό στον οποίο παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες υγείας. Ακολούθως οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο θα παρέχει αυτές τις υπηρεσίες. Η τέταρτη μέθοδος , “αναλογία ανθρώπινου δυναμικού προς τον πληθυσμό” , μετασχηματίζει απευθείας τον ανθρώπινο πληθυσμό σε ανθρώπινο δυναμικό.

Οι μέθοδοι ανάγκες υγείας και στόχοι υπηρεσίας εφαρμόζονται κυρίως στις χώρες εκείνες στις οποίες υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός των προγραμμάτων υγείας. Η τέταρτη μέθοδος της αναλογίας εφαρμόζεται κυρίως στον υγειονομικό τομέα εξαιτίας της απλότητας, χαμηλού κόστους και της διευκόλυνσης που παρέχει στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Πολύτιμη συμβολή όμως στον προγραμματισμό του νοσηλευτικού δυναμικού αποτελούν επίσης τα οικονομετρικά υποδείγματα που βασίζονται στην θεωρία της παραγωγής.

Στη χώρα για τον προγραμματισμό και τον καθορισμό της ανάγκης που υπάρχει σε νοσηλευτικό προσωπικό, χρησιμοποιούνται οι εξής τρεις μέθοδοι:

1. Ανάγκες Υγείας. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, λαμβάνονται υπόψη: το μέγεθος του πληθυσμού που θα καταναλώσει τις υπηρεσίες υγείας και ο πραγματικός χρόνος απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού, ο οποίος θα αφιερωθεί σε κάθε ασθενή.
2. Οικονομετρική διαχρονική μέθοδος. Βασίζεται στους δείκτες υγείας και τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες που αναφέρονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής κοινότητας.
3. Οικονομετρική συγχρονική μέθοδος. Επικεντρώνεται σε συγχρονικούς δείκτες υγείας και κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, οι οποίοι αφορούν όλες τις χώρες της Ευρώπης. ([www.who.org](http://www.who.org), 1978)

### **7.2.1 Ανάγκες υγείας**

Η μελέτη των αναγκών υγείας της χώρας μας μπορεί να γίνει κάθε έτος συγκεντρώνοντας πληθυσμιακά και επιδημιολογικά στοιχεία νοσηρότητας για το έτος αυτό. Τα στατιστικά στοιχεία αυτά προέρχονται από στοιχεία της στατιστικής επετηρίδας της Στατιστικής Υπηρεσίας. Ο πληθυσμός της χώρας αναφέρεται στο μέσο του έτους, η νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων ανάγεται σε άτομα, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών υπολογίζεται σε ημέρες. Οι ώρες άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε ημέρα νοσηλείας εκτιμούνται με βάση

διεθνείς συγκρίσεις και ο συνολικός χρόνος άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας της διπλωματούχου για ένα έτος, γίνεται με βάση τα ελληνικά εργασιακά δεδομένα και υπολογίζεται σε ώρες..

Για τον υπολογισμό των αναγκών της χώρας μας σε νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιείται η εφαρμογή της σχέσης  **$N=P*I*M*T/S$**

όπου:

**N** είναι ο ζητούμενος αριθμός των νοσηλευτών,

**P** είναι ο πληθυσμός που καλύπτεται από τις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού,

**I** είναι το σύνολο του πληθυσμού που νοσηλεύεται σε έναν χρόνο, ανεξαρτήτως καταλήξεως

**M** είναι η μέση διάρκεια νοσηλείας

**T** είναι ο χρόνος απαιτούμενης ημερήσιας νοσηλευτικής φροντίδας ενός ασθενούς

**S** είναι το σύνολο των ωρών εργασίας ενός νοσηλευτή ετησίως

Ο τελευταίος υπολογισμός αναγκών υγείας που έγινε για τη χώρα μας αφορά το 1983 καθώς για το έτος αυτό έχουμε ακριβή και έγκυρα στοιχεία από την στατιστικά υπηρεσία. Από την εφαρμογή της σχέσης βρέθηκε ότι, η χώρα μας χρειαζόταν το 1983 36279 νοσηλευτές ενώ το σύνολο των αδελφών που απασχολούνταν στη χώρα μας εκείνη την χρονολογία ήταν 9323. Αυτός ο αριθμός προέκυψε από την εφαρμογή της παραπάνω σχέσης εισάγοντας τα αντίστοιχα αριθμητικά στοιχεία του 1983.

Για το έτος του 1983

ο πληθυσμός P υπολογίστηκε στους 9.846.627 κατοίκους,

η νοσηλευτική κίνηση των θεραπευτηρίων I αναγόταν σε 122.3 ανά 1000 άτομα,

η μέση διάρκεια νοσηλείας M ήταν 11,93 ημέρες,

ο χρόνος απαιτούμενης ημερήσιας νοσηλευτικής φροντίδας ενός ασθενούς T υπολογίστηκε στις 4 ώρες

ενώ το σύνολο των ωρών εργασίας μια νοσηλεύτριας S ετησίως ήταν 1584.

Εφαρμόζοντας τη σχέση  $N = P \cdot I \cdot M \cdot T / S$  έχουμε:

$$N = [9.846.627 \cdot (122,3/1000) \cdot (11,93 \cdot 4)] / 1584 =$$

$$= [9.846.627 \cdot 0,1223 \cdot 47,72] / 1584 = 57466451,1 / 1584 = 36279,3$$

Αρα από την εφαρμογή της σχέσης προκύπτει ότι το 1983 η ανάγκη για νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 36.279 νοσηλευτές. (Δ. Ανδριώτη 1989)

### **7.2.2 Οικονομετρική διαχρονική**

Οι Auster, Cochrane, Fuchs και Illich υποστηρίζουν ότι το επίπεδο υγείας ενός λαού, μετρούμενο σε δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, δεν είναι δυνατό να βελτιωθεί μόνο από την αύξηση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Προκειμένου να μετρηθεί το επίπεδο υγείας ενός λαού χρησιμοποιούνται ευαίσθητοι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας οι οποίοι αν και μονοδιάστατοι επηρεάζονται από δύο σύνολα μεταβλητών που περιλαμβάνονται τόσο στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Κατά την προγεννητική περίοδο, οι κύριες αιτίες θανάτου σχετίζονται με την υγεία της μητέρας, την προγεννητική φροντίδα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και επηρεάζονται από την μόρφωση, το βιοτικό επίπεδο και την απασχόληση.

Η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζεται σημαντικά από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το βρέφος. Εφόσον το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον παραμένει σταθερό βραχυχρόνια, η μείωση των δεικτών βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να επέλθει μέσω της δεύτερης ομάδας των παραγόντων, δηλαδή της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, με το σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων για τη μητέρα και το παιδί.

Σε έρευνα που έγινε αποδείχθηκε ότι οι νεογνικοί θάνατοι μειώθηκαν με την χρησιμοποίηση της πολυδύναμης νοσηλεύτριας-μαίας. Η πολυδύναμη νοσηλεύτρια-μαία, είναι διπλωματούχος νοσηλεύτρια με επιπρόσθετη εκπαίδευση σε μαιευτική, 6-24 μηνών, ώστε να είναι ικανή να διεκπεραιώσει φυσιολογικό τοκετό. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρείχε προγεννητική και συμβουλευτική φροντίδα, αναλάμβανε τους τοκετούς χαμηλού κινδύνου με την επίβλεψη γιατρού και παρείχε τις φροντίδες της κατά την διάρκεια της λοχείας στη μητέρα και το νεογνό.

Στην παραπάνω άποψη στηρίζονται οι η οικονομική διαχρονική και η οικονομική συγχρονική. Η οικονομική διαχρονική είναι μία ακόμα μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό της ανάγκης σε νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα μας. Για την εφαρμογή της οικονομικής διαχρονικής μεθόδου, χρησιμοποιούνται τα δεδομένα για μια δεκαετία, χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις οποίες θα πρέπει να υπάρχουν πλήρη στοιχεία. Παρακάτω αναφέρουμε ένα παράδειγμα αυτής της μεθόδου για οχτώ χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με στοιχεία των ετών 1971-1981. Οι χώρες αυτές επιλέχθηκαν με βάση την πληρότητα των συγκεκριμένων στοιχείων που απαιτούνται για την διεξαγωγή της έρευνας και είναι οι εξής: Αγγλία, Βέλγιο, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία. Για τις χώρες αυτές καταγράφηκε ο αριθμός των γιατρών σε 10000 κατοίκους, ο αριθμός του συνόλου νοσηλευτικού προσωπικού σε 10000 κατοίκους καθώς και το κατά κεφαλήν εισόδημα εκφρασμένο σε ECU. Για κάθε μια από αυτές τις χώρες έγινε κατάρτιση μοντέλου( προτύπου) πολλαπλής εξάρτησης της βρεφικής θνησιμότητας ως εξαρτημένης μεταβλητής, από ανεξάρτητες μεταβλητές όπως από γιατρούς ανά 10000 κατοίκους, από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10000 κατοίκους, και από το κατά κεφαλήν εισόδημα σε ECU .

Η διαχρονική φύση των στοιχείων και κατά συνέπεια η έλλειψη ανεξαρτησίας μεταξύ των επιμέρους παρατηρήσεων δεν επιτρέπει τον υπολογισμό του πιθανού σφάλματος με τις απλές και τρέχουσες μεθοδολογίες.

Στον παρακάτω πίνακα 1 δίνονται για κάθε μία από τις οχτώ χώρες οι συντελεστές της εξάρτησης της βρεφικής θνησιμότητας ( θάνατοι βρεφών επί 1000 γεννηθέντων ζωντανών) από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που

χρησιμοποιήθηκαν, δηλαδή τον αριθμό των γιατρών σε 10000 κατοίκους, το νοσηλευτικό προσωπικό σε 10000 κατοίκους και το κατά κεφαλήν εισόδημα.

Οι προτεινόμενοι συντελεστές της εξάρτησης δείχνουν ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα σχετίζεται κατά κανόνα αλλά όχι πάντα αρνητικά με την βρεφική θνησιμότητα διαχρονικά. Προκειμένου για τους γιατρούς οι συσχετίσεις είναι επίσης κατά κανόνα αρνητικές μολονότι δεν είναι πάντα στατιστικά σημαντικές. Ειδικότερα για το νοσηλευτικό προσωπικό που μας ενδιαφέρει και περισσότερο υπάρχουν κατά κανόνα αρνητικές συσχετίσεις οι οποίες δεν αντανακλούν αντίστοιχες υποκειμενικές σχέσεις με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν ή την πυκνότητα των γιατρών αλλά είναι περισσότερο ανεξάρτητες.

Στη συνέχεια υπολογίστηκε η μέση τιμή των συντελεστών εξάρτησης της ολικής βρεφικής θνησιμότητας από το νοσηλευτικό προσωπικό σε 10000 σταθμισμένη με το κατά περίπτωση πιθανό σφάλμα. Η σταθμισμένη μέση τιμή βρέθηκε ίση με  $[(-0,033) + 0,118 + 1,729 + 0,155 + (-0,022) + (-0,885) + (-0,193) + +(-0,366)]/8 = -0,170$  και αυτό σημαίνει ότι η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού κατά 1 μονάδα σε πληθυσμό 10000 κατοίκων, διατηρούμενου σταθερού του αριθμού των γιατρών και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, συνδυάζεται με μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 0,17 θανάτους επί πληθυσμό 1000 γεννηθέντων ζώντων σε ένα έτος (Δ. Ανδριώτη 1989). Κατά συνέπεια η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού από 9323 σε 36279 (26956) σε πληθυσμό 9846627 κατοίκων, μέγεθος που υπολογίσθηκε με την πρώτη μέθοδο, δηλαδή κατά 27 μονάδες περίπου σε πληθυσμό 10000 κατοίκων  $[(26956 \cdot 10000)/9846627 = 27,3]$  θα συνδυάζεται με μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά  $0,170 \cdot 27 = 5$  μονάδες περίπου, έστω και αν παραμένει σταθερώς ο αριθμός των γιατρών και το αντίστοιχο κατά κεφαλήν εισόδημα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συντελεστές εξάρτησης της ολικής βρεφικής θνησιμότητας 8 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τον αριθμό των γιατρών ( σε 10000 κατοίκους), το κατά κεφαλήν εισόδημα (σε ECU) και το συνολικό νοσηλευτικό προσωπικό (σε 10000 κατοίκους)**

ΧΩΡΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
Αγγλία	-2.110	-0.0001	-0.033
Βέλγιο	-0.802	0.0003	0.118
Γερμανία	-5.606	0.0018	1.729
Δανία	-0.990	-0.0005	0.155
Ελλάδα	-1.259	-0.0005	-0.022
Ιταλία	0.128	-0.0004	-0.885
Ισπανία	-0.215	-0.6520	-0.193
Πορτογαλία	-1.464	-0.0190	-0.366

### 7.2.3 Οικονομετρική συγχρονική

Μια άλλη μέθοδος για τον υπολογισμό της ανάγκης σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι η Οικονομετρική Συγχρονική. Στον Πίνακα 2 δίνονται οι συντελεστές εξάρτησης της ολικής βρεφικής θνησιμότητας από τον αριθμό των γιατρών σε 10000 κατοίκους , τον αριθμό των διπλωματούχων νοσηλευτών σε 10000 κατοίκους και το κατά κεφαλήν εισόδημα σε δολάρια Αμερικής (Δ.Ανδριώτη 1989). Είναι σαφές ότι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου της ολικής βρεφικής θνησιμότητας στις σύγχρονες διακρατικές αξιολογήσεις είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα, όπου στατιστικά η σχέση που προκύπτει είναι πολύ σημαντική.

Με βάση τη μέθοδο αυτή προκύπτει ότι η αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών κατά περίπου 27000, προκειμένου να επιτευχθεί το σύνολο

των 36279 νοσηλευτών, συνδυάζεται με μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά  $0,12 \cdot 27 = 3.5$  περίπου θανάτους επί 1000 γεννηθέντων ζώντων ετησίως. Ο αριθμός 0,12 [ $-0,071 + (-0,0490) = 0.12$ ] είναι η σταθμισμένη μέση τιμή του συντελεστή εξάρτησης της βρεφικής θνησιμότητας από τον αριθμό των νοσηλευτών, λαμβάνοντας υπόψη και το πιθανό σφάλμα. Είναι σαφές ότι με την μέθοδο αυτή η προβλεπόμενη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας είναι μικρότερη από την δεύτερη μέθοδο αλλά και οι δύο εκτιμήσεις είναι συμβατές.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Συγχρονική διακρατική συσχέτιση και πιθανά σφάλματα της ολικής βρεφικής θνησιμότητας με τον αριθμό των γιατρών, τον αριθμό των νοσηλευτών (σε 10000 κατοίκους) και το κατά κεφαλήν εισόδημα σε δολάρια Αμερικής για 23 χώρες της Ευρώπης κατά το έτος 1983.

Εξαρτημένη μεταβλητή		ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΙΑΤΡΩΝ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
Βρεφική θνησιμότητα	Συντελεστής εξάρτησης	0.049	-0.0012	-0.071
	Πιθανό σφάλμα	0.187	0.0002	0.049

## 7.3 ΑΝΑΛΥΣΗ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εκτίμηση των αναγκών της χώρας σε νοσηλευτικό προσωπικό έγινε με τρεις μεθόδους: την μέθοδο αναγκών υγείας, την οικονομετρική διαχρονική μέθοδο και την οικονομετρική συγχρονική μέθοδο για το έτος του 1983.

Από συνέδριο της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα τέλη της δεκαετίας του 80', διαπιστώθηκε ότι ο χρόνος άμεσης φροντίδας σε κάθε ασθενή ανέρχεται σε 35 λεπτά ημερησίως. Το μέγεθος προέκυψε από την



επεξεργασία 455 ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από διπλωματούχες νοσηλεύτριες σε 29 νοσοκομεία της χώρας, σε πρωινό ωράριο και είναι πιθανόν να οφείλετε στην ατελής οργάνωση των ελληνικών νοσοκομείων, στην ύπαρξη πολλών μικρών και διασπασμένων μονάδων καθώς και στην άσκηση εξωνοσηλευτικών καθηκόντων. Ανάλογη μελέτη που είχε γίνει 20 χρόνια νωρίτερα, προσδιόρισε τον μέσο χρόνο ημερήσιας άμεσης φροντίδας της νοσηλεύτριας σε έναν ασθενή στα ίδια επίπεδα των 35 λεπτών ενώ τον χρόνο έμμεσης φροντίδας σε 55 λεπτά. Διαχρονικά η εισαγωγή της βιοιατρικής τεχνολογίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, η αποδοχή από την επιστημονική κοινότητα της αρχής της αντιμετώπισης του ασθενούς ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα και η διαφοροποίηση του νοσολογικού φάσματος και της πληθώρας των σταθμητών παραμέτρων συντέλεσαν στην άνοδο του χρόνου ημερήσιας φροντίδας στις 4 ώρες, μέγεθος που χρησιμοποιήθηκε στην πρώτη μέθοδο αναγκών υγείας. Ο συνολικός χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας της διπλωματούχου για ένα έτος έγινε σύμφωνα με την ελληνική εργασιακή πραγματικότητα ως εξής: από το σύνολο των 365 ημερών του έτους αφαιρούνται 52 σαββατοκύριακα, 13 αργίες, 30 ημέρες κανονικής άδειας και 20 ημέρες για εκπαίδευση, ασθένεια και απουσία. Οι καθαρές ημέρες εργασίας είναι 198 το χρόνο, οι οποίες αν μετατραπούν σε ώρες ανέρχονται σε 1584.

Η υπόθεση που εξετάσθηκε ήταν η ακόλουθη: Η μεταβολή του αριθμού του νοσηλευτικού δυναμικού μπορεί να μεταβάλλει το επίπεδο υγείας. (Δ.Ανδριώτη 1989 )

Οι ανάγκες της χώρας σε νοσηλευτικό δυναμικό ανέρχονται σε 36279. Η προοδευτική αντικατάσταση των πρακτικών αδελφών που υπηρετούν στα θεραπευτήρια της χώρας με νέες διπλωματούχες αναμένεται να οδηγήσει σε αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και να συμβάλλει στη μείωση του επιπέδου βρεφικής θνησιμότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

# ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

## 8.1 ΠΡΩΤΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ιστορικά η προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας ακολούθησε διάφορες φάσεις. Αρχικά η ποιότητα αναζητήθηκε στα έργα τέχνης που γίνονταν σε ατομικό επίπεδο και θεωρήθηκε ολοκληρωμένο μέρος του προϊόντος μιας πολύ επιδέξιας εργασίας. Στην περίοδο αυτή που η ποιότητα βασιζόταν στην τέχνη, το άτομο ήλεγχε όλες τις φάσεις της εργασίας σχεδιασμό, εκτέλεση, έλεγχος, βελτιώσεις. Επιπλέον το άτομο ήταν σεβαστό για τις δεξιότητες του και υπεύθυνο για την ποιότητα που παρείχε. Η προσέγγιση της ποιότητας που βασιζόταν στη τέχνη δεν ήταν κατάλληλη για την βιομηχανία, η οποία εμφανίστηκε το 19<sup>ο</sup> αιώνα.

Κατά την διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα και μέχρι το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα, η εργασία ακολούθησε τις αρχές του καταμερισμού εργασίας. Ειδικοί επέβλεπαν και εκτιμούσαν την ποιότητα της εργασίας. Παράλληλα μεγάλη έμφαση δόθηκε στην επίβλεψη του προσωπικού για την εντόπιση σφαλμάτων ενώ επικρατούσε η άποψη ότι δεν ήταν αναγκαία η συμμετοχή του σε όλη την διαδικασία της εργασίας, πολύ περισσότερο η κρίση του για την ποιότητα. Το κίνητρο για την απόδοση των εργατών ήταν μόνο η οικονομική αμοιβή.

Στη δεκαετία του 50' στατιστικοί εισήγαγαν ένα μοντέλο της διεργασίας του στατιστικού ελέγχου, με σκοπό την ανεύρεση βελτιώσεων παρά σφαλμάτων. Για την λύση των εντοπισθέντων προβλημάτων οι στατιστικοί βασίστηκαν στο συνδυασμό της στατιστικού ελέγχου και της

συμμετοχής της ομάδας. Σε αυτήν την προσέγγιση ο έλεγχος της ποιότητας γινόταν από όλο το προσωπικό και όχι από τον διευθυντή. η ομάδα ήταν υπεύθυνη για την διεξαγωγή όλου του κύκλου των εργασιών τόσο στην ανάπτυξη συστημάτων όσο και στην επίτευξη της ποιότητας. Δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ανάγκη συμμετοχής όλου του οργανισμού στην παραγωγή προϊόντων ποιότητας ενώ οι περιγραφές για την διευθέτηση του συνόλου της ποιότητας βρήκαν ανταπόκριση στη δεκαετία του 50' στην Ιαπωνία, 60' και 70' στην Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη.

Στην βιομηχανία η αναπτυξιακή ικανότητα πέρασε από το σύστημα που ήταν βασισμένο στην τέχνη σε πιο σύνθετα και αλληλοεξαρτώμενα συστήματα όπου τα άτομα και οι ομάδες εκτιμούσαν την ποιότητα του προϊόντος σύμφωνα με τις απαιτήσεις των πελατών. Τελικά η συμμετοχή και η συνεργασία συνθέτουν το πλαίσιο της εργασίας που συνθέτουν τα σύγχρονα συστήματα στη βιομηχανία. (Σαπουντζή- Λεμονίδου 1994)

## **8.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται ένα ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μέχρι σήμερα, η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδης και αόριστη. Όλοι οι ερευνητές, που ασχολούνται με το θέμα, τονίζουν την πολυδιάστατη και σύνθετη πλευρά αυτού του θεωρητικού αντικειμένου.

Το αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής έχει ορίσει την ποιότητα της φροντίδας, ως τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επαγγελματική γνώση, ενώ το αρμόδιο Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α., θεωρεί ότι η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί και στην πραγματικότητα αποκτάει συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθεί να τη μετρήσει.

Ο Donabedian, το 1970 , όρισε την ποιότητα της φροντίδας ως τη συμμόρφωση μεταξύ της πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων, αλλά στη συνέχεια τόνισε την δυσκολία προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, λέγοντας ότι προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας πρέπει πρώτα να λυθεί ένα μυστήριο που είναι το νόημα της ποιότητας. Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή δεν είναι ξεκάθαρο εάν είναι ιδιότητα, ομάδα από λειτουργικά συνδεόμενες ιδιότητες, διαχειριστική απόφαση ή προσωπική προτίμηση. Επομένως η αναγνώριση και ο καθορισμός των ιδιοτήτων που συνθέτουν την ποιότητα είναι ένα πολύ δύσκολο έργο. Αλλά ακόμα και αν υπάρξει αναγνώριση των ιδιοτήτων αυτών θα υπάρχει το πρόβλημα της μετατροπής τους σε κριτήρια και πρότυπα τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Δεν είναι, όμως, μόνο οι ιδιότητες της ποιότητας δύσκολο να ορισθούν αλλά και τα αντικείμενα και τα φαινόμενα που αυτές οι ιδιότητες χαρακτηρίζουν. Για παράδειγμα υπάρχουν διαφορετικές έννοιες για το τι συνιστά την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα. Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και η νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στον συγκεκριμένο χώρο.

Σύμφωνα με την Lang, η οποία ανέπτυξε το Αμερικάνικο μοντέλο ποιοτικής διασφάλισης και το οποίο έχει υιοθετηθεί από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA), η συζήτηση για την ποιότητα πρέπει να τοποθετηθεί μέσα σε κάποιο γενικότερο πλαίσιο. Ο Vuon υποστήριξε ότι είναι αδύνατον να αναπτυχθεί ένας ορισμός για την ποιότητα που να ικανοποιεί όλους τους ενδιαφερομένους. Παραδοσιακά η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασιζόταν αποκλειστικά στην άποψη των λειτουργών υγείας. Σήμερα αμφισβητείται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται. (Σαπουντζή-Λεμονίδου 1994)

Σε μια έρευνα που έγινε σχετικά με τις απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα βρέθηκε ότι το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας, το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού δυναμικού με την γραφική εργασία ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό στα αίτια που απομακρύνουν τον

νοσηλευτή από τον ασθενή. Οι λειτουργοί υγείας φαίνεται ότι στηρίζονται περισσότερο στην τεχνική πλευρά ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης και τέλος η κοινωνία δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας.

Τα τελευταία χρόνια πάντως έχει θεωρηθεί ως το πιο αποδεκτό θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας αυτό του Donabedian, το οποίο έχει υιοθετηθεί από το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (Χ. Πλατή 1991)

### **8.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η προσφορά της νοσηλευτικής δεν έχει αναγνωριστεί πλήρως, αν και οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας και της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας.

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει την σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Είναι λοιπόν φυσικό οι ασθενείς να κρίνουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες από την νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται. Άλλες έρευνες έχουν αποδείξει, ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την μεταβλητότητα της θνησιμότητας μεταξύ των νοσοκομείων. Έτσι έρευνες έχουν δείξει ότι η αναλογία νοσηλευτών και βοηθών, τα προσόντα των νοσηλευτών αλλά και η συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών επηρεάζουν την θνησιμότητα.

Στο πρόσφατο παρελθόν, κυρίως στη χώρα μας, η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στην μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη προόδου της υγείας των ασθενών. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με τον χαρακτήρα των νοσηλευτών και κυρίως με την

υποτακτικότητα και την καρτερικότητα τους. Όμως το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και στην αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Η Πλάτη υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές δεν μπορούν να αποδεχθούν την εκτέλεση ορισμένων εργασιών με μηχανικό τρόπο και πιστεύουν ότι η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατόν να αναδείξουν τη σημαντικότερη προσφορά της νοσηλευτικής.

Η νοσηλευτική ευθύνη για την διατήρηση της ποιότητας της υγείας προς τους ασθενείς είναι σύμφωνη με τον στόχο του ΠΟΥ : “το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν ”

Η πρώτη προσπάθεια για συστηματική καταγραφή δεδομένων και σύγκριση με προκαθορισμένα κριτήρια έγινε από την Florence Nightingale, στον πόλεμο της Κριμαίας. Ουσιαστικά όμως η εμφάνιση συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας τοποθετείται χρονικά αμέσως μετά τον ΄Β Παγκόσμιο Πόλεμο. Αρχικά η έμφαση είχε δοθεί σε κριτήρια δομής και διαδικασιών.(Χ. Πλατή 1999) Σήμερα παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη.

## 8.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το μεγαλύτερο εμπόδιο στη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα μας πηγάζει από την έλλειψη ορισμού για το τι συνιστά τη νοσηλευτική φροντίδα. Για να μετρήσει κάποιος κάτι πρέπει πρώτα να το ορίσει και για να μετρηθεί η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει πρώτα να ορισθεί. Αν κάτι δεν ορισθεί όχι μόνο δεν μπορεί να μετρηθεί αλλά και δεν μπορεί να διδαχθεί, να ερευνηθεί, να εφαρμοσθεί, να βελτιωθεί. Είναι λοιπόν οξύμωρο σχήμα να λέμε ότι στη χώρα μας ο σχεδιασμός και οι σημαντικές αποφάσεις στη νοσηλευτική έχουν ληφθεί χωρίς να έχει ορισθεί η νοσηλευτική φροντίδα, χωρίς να υπάρχει ένα νοσηλευτικό όραμα.

Ακολουθείται το μηχανιστικό μοντέλο, διδάσκεται η νοσηλευτική διεργασία και η επιστημονική προσέγγιση, στελεχώνονται τα νοσοκομεία με αναλογίες προσωπικού που δεν προέρχονται από τεκμηριωμένα ερευνητικά δεδομένα και μεγάλο μέρος της φροντίδας ανατίθεται σε αποκλειστικούς νοσοκόμους. Δηλαδή εκφράζονται ευχές και όχι στόχοι. Το μόνο σίγουρο είναι ότι ενδυναμώνετε η σύγχυση και δυσχεραίνεται οποιαδήποτε προσπάθεια για τη βελτίωση των νοσηλευτικών προσωπικών. Είναι επομένως απαραίτητο να υπάρξει ένα όραμα το οποίο να κατευθύνει τις αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα.

Ένας άλλος λόγος που δυσχεραίνει την μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ παρέμβασης και αποτελέσματος, η συνεισφορά πολλών επαγγελματιών, τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ασθενών και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου και ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και παρεμβάσεων.(Α. Μερκούρης- Χ. Λεμονίδου 1999)

## 8.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το προτεινόμενο θεωρητικό μοντέλο μέτρησης της νοσηλευτικής φροντίδας στηρίζεται στις απόψεις των Donebadian και Lang και είναι προσαρμογή ενός μοντέλου που έχει προταθεί για την μέτρηση και την ανάλυση δεδομένων σχετικών με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αποτελείται από δύο άξονες, ο οριζόντιος περιλαμβάνει τη δομή / περιεχόμενο, τις διεργασίες και τα αποτελέσματα, ενώ ο κάθετος περιλαμβάνει τα τρία στοιχεία που πρέπει να αξιολογηθούν, τον ασθενή, το νοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον που παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα.

Ο όρος δομή και περιεχόμενο αναφέρεται σε χαρακτηριστικά των πηγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και έχει εφαρμογή σε ατομικό επίπεδο ή σε επίπεδο οργανισμών. Είναι ουσιαστικά μέτρο της δυνατότητας του συστήματος για παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Η δομή και το περιεχόμενο σε επίπεδο:

- ασθενών, αναφέρεται σε παράγοντες όπως δημογραφικά στοιχεία, προσδοκίες, στάσεις, αξίες και ανάγκες των ασθενών. Οι παράγοντες αυτοί αν και συχνά παραβλέπονται, είναι πολύ σημαντικοί, γιατί επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το επιθυμητό επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας που επιδιώκεται. Είναι γνωστό άλλωστε ότι οι Έλληνες ασθενείς έχουν χαμηλό επίπεδο προσδοκιών που πιθανόν να οφείλεται στο ασφαλίστικο σύστημα, τις προηγούμενες εμπειρίες από το σύστημα υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, τις γνώσεις κ.α. Από την άλλη πλευρά αν δεν μετρηθούν οι ανάγκες των ασθενών δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν.
- νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρεται στα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα που αυτό έχει (αναλογία νοσηλευτή ανά κρεβάτι, ασθενή κ.α) αλλά και στις δικές του στάσεις και αξίες που και αυτές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον καθορισμό του ιδανικού επιπέδου ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, μιας και οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που καθορίζουν τι είναι ποιοτικά αποδεκτό και τι όχι.



- τιμήματος, υπηρεσίας ή ορνανισμού, αναφέρεται σε χαρακτηριστικά, όπως η φιλοσοφία και ο τύπος, το μέγεθος, οι διαθέσιμες πηγές, ο εξοπλισμός και η τεχνολογία.

Στο παρελθόν το ενδιαφέρον εστιαζόταν στους δείκτες δομής ή περιεχομένου αλλά και οι ελλείψεις στη δομή δεν συνεπάγονταν κατ' ανάγκη με χαμηλή ποιότητα φροντίδας και αντίστροφα για αυτό και σήμερα το ενδιαφέρον στρέφεται στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα και στη μεταξύ τους συσχέτιση.

Ο όρος διαδικασίες περιλαμβάνει αυτό που γίνεται για τον ασθενή ή με άλλα λόγια τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν τη φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις των διαδικασιών σκοπεύουν στην αναζήτηση πληροφοριών για προβλήματα που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι διαδικασίες:

- σε επίπεδο ασθενούς αναφέρεται στην υποστήριξη των ιδίων των ασθενών από άλλα συστήματα όπως θρησκεία, οικογένεια, φίλοι. Μεγάλο μέρος της παρεχόμενης φροντίδας επηρεάζεται σε μεγάλο μέρος από αυτά τα συστήματα τα οποία είναι δυνατόν να βελτιώσουν και το επιθυμητό επίπεδο υγείας αν αξιοποιηθούν σωστά. στις μετρήσεις αυτή η παράμετρος δεν λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη. Στην Ελλάδα αυτά τα συστήματα προσφέρουν φροντίδα που θα έπρεπε να παρέχεται από το νοσηλευτικό δυναμικό.
- σε επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρεται σε αυτό που το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών, δηλαδή τις τεχνικές δεξιότητες, τη συμπεριφορά, την ενημέρωση και την επικοινωνία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εδώ παρουσιάζει η εφαρμογή της νοσηλευτικής διαδικασίας, η αξιολόγηση τεχνικών δεξιοτήτων και η διαχείριση του πόνου.
- Σε επίπεδο τομέα, τμήματος, υπηρεσίας ή διεύθυνσης αναφέρεται σε παραμέτρους όπως ο τρόπος διοίκησης, η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και το σύστημα εργασίας. Είναι γνωστό ότι στη χώρα μας εφαρμόζεται το κατ' εργασία σύστημα εργασίας, δηλαδή η ανάθεση καθηκόντων από τον προϊστάμενο νοσηλευτή, ένα σύστημα που δεν αφήνει πολλά περιθώρια για επικέντρωση στον ασθενή. Οι διαδικασίες

σε αυτό το επίπεδο δεν έχουν άμεση σχέση με την υγεία των ασθενών αλλά ουσιαστικά δημιουργούν το πλαίσιο επικοινωνίας μέσα από το οποίο οι επαγγελματίες υγείας θα προσπαθήσουν να συντονίσουν τις προσπάθειες τους προς τον ένα και μοναδικό σκοπό της παροχής ποιοτικής φροντίδας με την καλύτερη αξιοποίηση ανθρώπινων και υλικών πόρων. Στην πράξη οι διαδικασίες είναι δύσκολο να αξιολογηθούν και ακόμη πιο δύσκολο να συσχετιστούν με συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Τέλος τα αποτελέσματα αναφέρονται στην τελική συνολική επίδραση των δομών και των διαδικασιών του συστήματος παροχής φροντίδας όχι μόνο στην κατάσταση υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν.

Τα αποτελέσματα σε επίπεδο :

- ασθενών, αναφέρονται σε παραμέτρους, όπως η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, το λειτουργικό επίπεδο, η συμπτωματολογία, η ψυχολογική και διανοητική κατάσταση, το επίπεδο γνώσεων των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, ο χρόνος νοσηλείας, οι κατακλίσεις, η ασφάλεια των ασθενών (φαρμακευτικά λάθη, πτώσεις), η θνησιμότητα, ο χρόνος νοσηλείας αλλά και γενικότερες παραμέτρους, όπως η ποιότητα ζωής (quality of life) ή το ευ ζην (well being).
- προσωπικού, αναφέρεται σε παραμέτρους όπως η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ρυθμός αποχώρησης, το ηθικό κ.τ.λ.
- Τμήματος αναφέρεται σε μέσους χρόνους νοσηλείας και κόστος ανά πάθηση ή ομάδα ασθενών, σε επανεισαγωγές, θνησιμότητα και παραγωγικότητα (εργατώρες ανά φόρτο εργασίας)

Αυτή η συλλογή των δεδομένων μπορεί να γίνει από τον φάκελο του ασθενούς με παρατήρηση, με συνεντεύξεις, με ερωτηματολόγια με έλεγχο επιλεγμένων περιπτώσεων και με αναφορές συμβάντων με χρήση ειδικών πρωτοκόλλων (Α.Μερκούρης-Χ. Λεμονίδου 1999). Φυσικά οι προτεινόμενες περιοχές μέτρησης και οι τρόποι συλλογής δεδομένων δεν είναι απόλυτες και η επιλογή τους εξαρτάται τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας, τις προτεραιότητες και τα μέσα που διαθέτει κάθε οργανισμός. Πάντως στα αρχικά στάδια καλό είναι να επιλεγούν λίγες, σημαντικές, αντιπροσωπευτικές και εύκολα διερευνήσιμες περιοχές.

Προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα των μετρήσεων καθώς και στη συστηματική μέτρηση σε τακτά χρονικά διαστήματα για να υπάρχει ένα σημείο αναφοράς και η δυνατότητα της σύγκρισης. Τέλος απαιτείται η υιοθέτηση μιας διεπιστημονικής ομαδικής προσέγγισης, γιατί χωρίς τη συνεργασία όλων των λειτουργών υγείας δεν θα υπάρξει υλοποίηση του κοινού οράματος για παροχή ποιοτικής φροντίδας σε όσους την έχουν ανάγκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ: Θεωρητικό πλαίσιο μέτρησης της νοσηλευτικής φροντίδας**

	<b>ΑΣΘΕΝΗΣ</b>	<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</b>	<b>ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ</b> (τμήμα, τομέας, υπηρεσία, διεύθυνση)
<b>ΔΟΜΗ / ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ</b>			
<b>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ</b>			
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>			

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

### ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται αριθμητικά στοιχεία αναφορικά με την πληρότητα, κάλυψη, κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού στην Ελλάδα αλλά και αριθμητικά στοιχεία που αφορούν την χώρα της Μ. Βρετανίας.

Στα προηγούμενα κεφάλαια γίνεται μια σφαιρική παρουσίαση της νοσηλευτικής, της νοσηλευτικής υπηρεσίας των υγειονομικών ιδρυμάτων αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε αυτή την θεωρητική ανάλυση περιλαμβάνονται θέσεις, απόψεις, ιδεατές καταστάσεις, προβληματισμοί, δυσκολίες αλλά κυρίως δημιουργείται η εικόνα ενός ελληνικού νοσηλευτικού χώρου δυσκίνητου και ελλιπή. Μια τέτοια κατάσταση τεκμηριώνεται από μια σειρά υπαρκτών αλλά αντιμετωπίσιμων παραγόντων.

Οι αιτίες είναι πολλές και έχουν αναλυθεί εκτενώς στα προηγούμενα κεφάλαια, σκοπός όμως αυτού του κεφαλαίου είναι να δοθεί μια αριθμητική και επομένως πιο τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου. Τα στοιχεία είναι ελλιπή λόγω της ανυπαρξίας οργανωμένων δεδομένων, στατιστικών ερευνών αλλά και απροθυμίας των επί μέρους νοσοκομείων για κοινοποίηση αριθμών αποδεικτικών της μη πληρότητας τους σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Αυτό που χαρακτηρίζει όλα τα στοιχεία είναι η στασιμότητά τους με την πάροδο των δεκαετιών. Αν και νομοθετικά έχουν γίνει ενέργειες για κάποια βελτίωση, κυρίως κάτω από πιέσεις μιας ομοιόμορφης Ευρωπαϊκής Ένωσης, η γραφειοκρατία, η χαμηλή διοικητική μόρφωση, η ωχαδελφική ελληνική νοοτροπία έχουν επιφέρει μια παρατεταμένη προβληματική πραγματικότητα.

Η προσπάθεια παρουσίασης της ανεπάρκειας του νοσηλευτικού δυναμικού στη χώρα μας θα ήταν λιγότερο εμφανής χωρίς την καταγραφή στοιχείων νοσηλευτικού προσωπικού μιας άλλης κοινωνίας. Για τον λόγο

αυτό επιλέχθηκε η χώρα της Μ. Βρετανίας, ένα κράτος με παρόμοιο σύστημα υγείας και ενταγμένο στην Ευρωπαϊκή πραγματικότητα. Οι αριθμοί που ακολουθούν είναι ενδεικτικοί της κατάστασης και θεωρήσαμε ότι η ενσωμάτωση τους στην έρευνα θα μπορέσει να βοηθήσει εμάς αλλά και τον αναγνώστη στην εξαγωγή συμπερασμάτων και όχι κρίσεων και προσωπικών θέσεων.

## **9.1 ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Το νοσηλευτικό δυναμικό αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους συντελεστές της παραγωγής υγείας, και επομένως κυρίαρχη συνιστώσα της διατήρησης και της αποκατάστασης υγείας.

Από οποιαδήποτε οπτική γωνία και αν μελετηθεί η συμβολή του νοσηλευτικού έργου στην επενδυτική διαδικασία ενός κράτους, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι το ίδιο: δεν προάγονται οι επιδιώξεις της οργανωμένης κοινωνίας, αν το επίπεδο υγείας των μελών της δεν είναι υψηλό. Και δεν μπορεί να είναι και να διατηρείται υψηλό, αν η διοίκηση της οργανωμένης κοινωνίας δεν σχεδιάσει, δεν δημιουργήσει και δεν διατηρήσει ένα νοσηλευτικό δυναμικό, ποσοτικά επαρκές, ποιοτικά ικανό αλλά και άμεσα διαθέσιμο. Μιας ανάλογης ποιοτικής και ποσοτικής υφής νοσηλευτική υπηρεσία, μαζί με μια αντίστοιχη συγκρότηση της ιατρικής, της παραϊατρικής και της διοικητικής, θα συντελέσει στην αύξηση της υγείας του πληθυσμού, στην ευημερία των πολιτών και τέλος στην ευτυχία της κοινωνίας. Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη, η καταγραφή και η συνεχής παρακολούθηση των μεταβολών στους συντελεστές παραγωγής ιατρονοσηλευτικών και γενικά υπηρεσιών υγείας, κρίνεται όχι μόνο αναγκαία και απαραίτητη αλλά και προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας και της κοινωνίας.

Όσο απαραίτητος είναι όμως ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της ανάπτυξης του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο δύσκολη είναι και η εύρεση των νοσηλευτικών αναγκών.

Το 1993 οι ΗΠΑ αποφάσισαν την διενέργεια εθνικής μελέτης, ώστε να καθοριστεί το μέγεθος των νοσηλευτικών αναγκών ποιοτικά και ποσοτικά αλλά και να προσεγγιστούν οι επιπτώσεις από την ανεπαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και υπηρεσιών με νοσηλευτικό δυναμικό. Η υγειονομική αυτή κρίση συνεχίζεται και σήμερα.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα της ποιοτικής και ποσοτικής αναβάθμισης των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι υπαρκτό και αναγνωρίσιμο. Υπάρχει αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, κακή σύνθεση του και ανισοκατανομή του. Αποτελείται από διαφορετικά εκπαιδευτικά νοσηλευτικά επίπεδα ανταγωνιστικά μεταξύ τους μέσα σε ένα ασαφές πλαίσιο νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών.

Το πρόβλημα συνεχώς επεκτείνεται από ένα σύνολο αιτιών, παραγόντων και πολιτικών που ασκήθηκαν στο χώρο της νοσηλευτικής όπως η πρόσληψη στα νοσηλευτικά ιδρύματα βοηθών χωρίς νοσηλευτική παιδεία, η περιττή και πληθώρα παραγωγή βοηθών νοσηλευτών από χαμηλόβαθμα δημόσια και ιδιωτικά σχολεία αλλά και η εισαγωγή για νοσηλευτική εκπαίδευση νέων που δεν την θέλουν, δεν την αγαπούν και το πιθανότερο είναι ότι δεν θα ασκήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ή θα το εγκαταλείψουν με την πρώτη ευκαιρία.

### **9.1.1 Αριθμητικά στοιχεία νοσηλευτικού προσωπικού ανά νοσοκομείο και ανά γεωγραφική περιφέρεια κατά τα έτη 1997 και 2001**

Στη χώρα μας υπάρχει μια συνολική κρίση στη νοσηλευτική που προέρχεται από το χαμηλό κοινωνικό γόητρο, τις χαμηλές αμοιβές και τα πολλαπλά επίπεδα εκπαίδευσης, στοιχεία που επιδρούν αρνητικά σε αυτούς που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα, στους νέους που καλούνται να

κάνουν επαγγελματικό προσανατολισμό και στους πελάτες και αποδέκτες των νοσηλευτικών φροντίδων.

Το 1970 υπηρετούσαν στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές και υγειονομικούς σταθμούς 3.788 νοσηλευτές. Το 1980 οι νοσηλευτές ήταν 6.752 ενώ το 1991 αυξήθηκαν στους 11.533. Τα τελευταία συνολικά στοιχεία εμφανίζουν 16.931 εργαζόμενους νοσηλευτές σε 25.989 οργανικές θέσεις. Επομένως παρατηρείται μια γενική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που αντιστοιχεί σε 9.058 κενές θέσεις και επομένως συνεπάγεται με μια προβληματική παρουσία του νοσηλευτικού επαγγέλματος στον ελληνικό χώρο. (αρχείο ΠΟΕΔΗΝ)

Μια τέτοια πρώτη συνολική και γενική εικόνα είναι ίσως η πιο αντιπροσωπευτική εισαγωγή σε έναν ευαίσθητο και ιδιαίτερος σημαντικό χώρο της ελληνικής κοινωνίας. Η υγεία και η πρόνοια αποτελούν την βάση μίας άρτια λειτουργικά και οργανωτικά κοινωνίας, επομένως η ατελής παροχή υπηρεσιών αυτών των χώρων πλήττει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ολόκληρο το κοινωνικό οικοδόμημα.

**ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 1997 ΚΑΙ 2001**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1997			2001		
	ΠΡΟΒΛΕ- ΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΜ- ΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΡΟΒΛΕ- ΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΜ- ΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
Άγιος Σάββας	500	312	188	564	334	198
Αιγινήτειο	238	82	156	310	142	168
Αλεξάνδρα	297	178	119	648	465	183
Αρεταίειο	225	98	127	310	256	54
Ασκληπιείο	870	461	409	936	567	369
Γεν. Κρατικό	6261	528	98	959	802	157
Ελπίς	231	168	63	349	226	150
Ερ. Σταυρός	610	470	140	710	570	140
Ευαγγελισμό	1250	809	441	1475	949	526
Θριάσιο	346	240	106	394	357	37
Ιπποκράτειο	514	366	148	517	349	168
ΚΑΤ	880	641	239	1140	811	450
Λαϊκό	515	450	65	630	550	80
Λοιμωδών	261	101	160	350	150	200
Μεταξά	153	106	47	185	151	34
ΝΙΜΤΣ	420	260	160	421	255	166
Παιδ. Ραφήνα	352	136	216	372	155	217
Σισμανόγλειο	534	310	224	595	408	187
Σωτηρία	1170	570	600	1235	637	598
Τζάνειο	622	283	339	710	380	427

ΠΗΓΗ: ΠΟΕΔΗΝ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Ελλήνων Δημοσίων Νοσηλευτών) και προσωπική έρευνα



**ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1997 ΚΑΙ  
2001**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1997			2001		
	ΠΡΟΒΛΕ- ΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΜ- ΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΡΟΒΛΕ- ΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΜ- ΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
Ιπποκράτειο Θεσ.	786	619	167	1243	1038	145
ΑΧΕΠΑ	969	547	422	1201	718	483
Θεαγένειο	307	226	81	417	269	148
Λάρισα	497	430	67	517	451	66
Καρδίτσα	349	275	74	381	319	62
Τρίκαλα	304	246	58	335	326	47
Αμαλιάδα	96	53	43	114	81	33
Σπάρτη	210	113	97	274	160	114
Αλεξανδρούπ.	338	260	78	445	342	106
Ψυχ. Τρίπολης	250	153	97	275	185	90
Χανιά	389	203	186	409	305	185
Ζάκυνθο	115	87	28	123	95	26
Αίγιο	134	105	29	140	109	31
Βενιζέλειο	545	405	140	682	555	179
Ξάνθη	246	129	117	357	226	131
Μυτιλήνη	286	156	130	300	219	81
Νάουσα	125	86	39	134	104	30
Κόρινθος	235	145	90	269	199	70
Αργίριο	203	176	27	220	208	12
Λευκάδα				130	82	48
Μεσολόγγι				113	94	19
Γιαννιτσά				310	140	170
Κυπαρισσία				151	94	57
Δράμα				275	257	18
Γρεβενά				99	81	18
Θήβα				69	48	27
Σητεία				99	90	9
Καρπενήσι				74	48	26
Ληξούρι				79	13	66

\*Για τα κενά κελιά δεν υπάρχουν κατοχυρωμένα στοιχεία

ΠΗΓΗ: ΠΟΕΔΗΝ

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ  
61 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 1997**

Περιοχές Χώρας	Οργανικές Θέσεις*	Καλυμμένες Θέσεις*	Κενές Θέσεις*
Αττική (34 Νοσοκ.)	15.483	9.732	5.751
Θράκη (4 Νοσοκ.)	926	713	213
Θεσ/νίκη( 10)	4.124	3.010	1.114
Νησιά Αιγαίου (7)	1.512	567	945
Νομ. Ηρακλείου (2)	1.345	944	401
Νομ. Αχαΐας (2)	1.217	979	238
Νομ. Ιωαννίνων (2)	1.382	986	396
<b>ΣΥΝΟΛΟ (61)</b>	<b>25.989</b>	<b>16.931 (66,14%)</b>	<b>9058 (34,86%)</b>

**ΠΗΓΗ: ΠΟΕΔΗΝ**

\*Οι θέσεις του παραπάνω συγκεντρωτικού πίνακα αφορούν νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής, τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

**9.1.2 Το παρελθόν και το παρόν της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην Ελλάδα**

Το 1970 υπηρετούσαν στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία 3.788 νοσηλευτές και 8.914 βοηθοί νοσηλευτές. Το 1980 οι νοσηλευτές ήταν 6.572, οι βοηθοί 12.041, σύνολο 18.793. Το 1985 οι νοσηλευτές ήταν 8.521, οι βοηθοί 15.976, σύνολο 24.497. Σήμερα το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στο σύνολο του 28.800.

Το 1970 οι νοσηλεύτες και μαίες αποτελούσαν το 30%, το 1980 το 36%, το 1991 το 32% και σήμερα το 38% του νοσηλευτικού προσωπικού. ( Πίνακας 1)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

ΕΤΟΣ	Νοσηλεύτες – Μαίες %	Βοηθοί Νοσηλεύτες %
1970	30	70
1975	33	67
1980	36	64
1985	35	65
1991	32	68
2001	38	62

Πηγή: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας

Το 1970 σε κάθε εργαζόμενο στη νοσηλευτική υπηρεσία της χώρας αντιστοιχούσαν 752 κάτοικοι, το 1980 αντιστοιχούσαν 563 και το 1991 αντιστοιχούσαν 287 κάτοικοι. ( Πίνακας 2). Με άλλα λόγια το 1970 σε κάθε 10.000 κατοίκους αντιστοιχούσαν 13,29 εργαζόμενοι στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 1980 αντιστοιχούσαν 17,77 και το 1991 η αντιστοιχία ήταν 34,84. ( Πίνακας 3)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ**

ΕΤΟΣ	ανά εργαζόμενο	ανά νοσηλεύτη	ανά β.νοσηλεύτη
1970	752	3245	979
1975	647	24669	877
1980	563	1905	799
1985	442	1508	624
1991	287	874	423

Πηγή: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ 10.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ**

ΕΤΟΣ	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Νοσηλεύτες	Βοηθοί νοσηλεύτες
1970	13,29	3,08	10,21
1975	15,46	4,05	11,41
1980	17,77	5,25	12,52
1985	22,65	6,63	16,02
1991	34,84	11,15	23,69

Πηγή: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας

Το 1991 στην Αυστρία αντιστοιχούσαν 310 κάτοικοι, στην βουλγαρία 185, στη Δανία 63, στη Νορβηγία 57, στην Τουρκία 1300 και τη Μ.Βρετανία 270.

Το 1970 σε κάθε εργαζόμενο στη νοσηλευτική υπηρεσία αντιστοιχούσαν κατά μέσο όρο 4,71 κλίνες, το 1981 αντιστοιχούσαν 3,51 και το 1991 ήταν ένας εργαζόμενος για κάθε 1,44 νοσηλευτικές κλίνες. (Πίνακας 4)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΕΤΟΣ	ΚΛΙΝΕΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
1970	4,71
1975	4,19
1980	3,51
1985	2,41
1991	1,44

Πηγή: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας

Το 1971 σε κάθε γιατρό αντιστοιχούσε 1,92 εργαζόμενοι στη νοσηλευτική υπηρεσία, το 1980 αντιστοιχούσαν 1,50 και το 1991 η αντιστοιχία ήταν 1,94. ( Πίνακας 5)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ**

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ / ΙΑΤΡΟ
1970	1,92
1975	1,61
1980	1,50
1985	1,59
1991	1,94

Πηγή: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας

Το 1991 υπήρχε μεγάλη ανισοκατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στις διάφορες περιοχές της χώρας. Υπήρχε μεγάλη συγκέντρωση του στην πρωτεύουσα με αντιστοιχία 181 κατοίκους ανά νοσηλευτικά εργαζόμενο ενώ στη Στερεά Ελλάδα και την Εύβοια η σχέση ήταν 1065 κάτοικοι ανά εργαζόμενο. Η ανισοκατανομή υπήρχε επίσης έντονη και μέσα στη ίδια γεωγραφική περιφέρεια. Στις νησιωτικές και τις

ορεινές περιοχές σαφώς υπηρετούσε μικρότερος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Εκτός Δε από την ανισοκατανομή στις διάφορες περιοχές της χώρας υπήρχε και μεγάλη ανισοκατανομή στη σύνθεση του. Στις απόμακρες περιοχές υπηρετούσαν κυρίως βοηθοί νοσοκόμοι. ( Δ. Σαπουντζή- Χ. Λεμονίδου 1994)

Η κατάσταση της ανισοκατανομής στις περιοχές της χώρας αλλά και στη σύνθεση ισχύει και το 2001 από μαρτυρίες των εκπροσώπων των επαγγελματιών υγείας.

### **9.1.3 Οι μισθοί των νοσηλευτών**

Οι νοσηλευτές αμείβονται με βάση τους πίνακες βασικών αποδοχών των κατηγοριών ΥΕ, ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ που ισχύουν για το σύνολο των δημοσίων υπαλλήλων ανεξαρτήτως του χώρου που εργάζονται. Η μόνη διαφοροποίηση είναι το νοσηλευτικό επίδομα των 12.000 που χορηγείται σε όλους τους νοσηλευτές βάση του Ν.2470 όπως δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ40/21.3.97/Τεύχος Α.

Παρακάτω ακολουθούν οι μισθολογικοί πίνακες του 1999 συμπεριλαμβανομένων και των επιδομάτων.

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Υ.Ε**

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣ.	ΜΙΣΘΟΛ ΚΛΙΜ.	ΒΑΣ. ΜΙΣΘΟΣ	ΧΡΟΝ. ΕΠΙΔ. %	ΕΠΙΔΟΜ ΕΞΟΜ.	ΚΙΝΗΤ. ΑΠΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
0	36	117.000		35.000	41.000	193.000
1	35	120.200	4%	32.800	41.000	198.808
3	34	123.400	8%	30.600	41.000	204.872
5	33	126.600	12%	28.400	41.000	211.192
7	32	129.800	16%	26.200	41.000	217.768
9	31	133.000	20%	24.000	41.000	224.600
11	30	136.200	24%	21.800	41.000	231.688
13	29	139.400	28%	19.600	41.000	239.032
15	28	142.600	32%	17.400	41.000	204.872
17	27	145.800	36%	15.200	41.000	254.488
19	26	149.000	40%	13.000	41.000	262.600
21	25	152.200	44%	10.800	41.000	270.968
23	24	155.400	48%	8.600	41.000	279.592
25	23	158.600	52%	6.400	41.000	288.472
27	22	161.800	56%	4.200	41.000	297.608
29	21	165.000	60%	2.000	41.000	307.000
31	20	168.200	60%	0	41.000	310.120
33	19	171.400	60%	0	41.000	315.240

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ.Ε**

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣ.	ΜΙΣΘΟΛ ΚΛΙΜ.	ΒΑΣ. ΜΙΣΘΟΣ	ΧΡΟΝ. ΕΠΙΔ. %	ΕΠΙΔΟΜ ΕΞΟΜ.	ΚΙΝΗΤ. ΑΠΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
0	28	142.600		35.000	48.000	225.600
1	27	145.800	4%	32.800	48.000	232.432
3	26	149.000	8%	30.600	48.000	239.520
5	25	152.200	12%	28.400	48.000	246.864
7	24	155.400	16%	26.200	48.000	254.464
9	23	158.600	20%	24.000	48.000	262.320
11	22	161.800	24%	21.800	48.000	270.432
13	21	165.000	28%	19.600	48.000	278.800
15	20	168.200	32%	17.400	48.000	287.724
17	19	171.400	36%	15.200	48.000	296.604
19	18	174.600	40%	13.000	48.000	305.540
21	17	177.800	44%	10.800	48.000	314.432
23	16	181.000	48%	8.600	48.000	324.480
25	15	184.200	52%	6.400	48.000	334.484
27	14	187.400	56%	4.200	48.000	344.444
29	13	190.600	60%	2.000	48.000	354.460
31	12	193.800	60%	0	48.000	358.080
33	11	197.000	60%	0	48.000	363.200



**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Τ.Ε**

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣ.	ΜΙΣΘΟΛ ΚΛΙΜ.	ΒΑΣ. ΜΙΣΘΟΣ	ΧΡΟΝ. ΕΠΙΔ. %	ΕΠΙΔΟΜ ΕΞΟΜ.	ΚΙΝΗΤ. ΑΠΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
0	20	168.200		35.000	58.000	261.200
1	19	171.400	4%	32.800	58.000	269.056
3	18	174.600	8%	30.600	58.000	277.168
5	17	177.800	12%	28.400	58.000	285.536
7	16	181.000	16%	26.200	58.000	294.160
9	15	184.200	20%	24.000	58.000	303.040
11	14	187.400	24%	21.800	58.000	312.176
13	13	190.600	28%	19.600	58.000	321.568
15	12	193.800	32%	17.400	58.000	331.216
17	11	197.000	36%	15.200	58.000	341.120
19	10	200.200	40%	13.000	58.000	351.280
21	9	203.400	44%	10.800	58.000	361.696
23	8	206.600	48%	8.600	58.000	372.368
25	7	209.800	52%	6.400	58.000	383.296
27	6	213.000	56%	4.200	58.000	394.480
29	5	216.200	60%	2.000	58.000	405.920
31	4	219.400	60%	0	58.000	409.040
33	3	222.600	60%	0	58.000	414.160

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Π.Ε**

ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣ.	ΜΙΣΘΟΛ ΚΛΙΜ.	ΒΑΣ. ΜΙΣΘΟΣ	ΧΡΟΝ. ΕΠΙΔ. %	ΕΠΙΔΟΜ ΕΞΟΜ.	ΚΙΝΗΤ. ΑΠΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
0	18	174.600		35.000	68.000	277.600
1	17	177.800	4%	32.800	68.000	285.712
3	16	181.000	8%	30.600	68.000	294.080
5	15	184.200	12%	28.400	68.000	302.704
7	14	187.400	16%	26.200	68.000	311.584
9	13	190.600	20%	24.000	68.000	320.720
11	12	193.800	24%	21.800	68.000	330.112
13	11	197.000	28%	19.600	68.000	339.760
15	10	200.200	32%	17.400	68.000	349.664
17	9	203.400	36%	15.200	68.000	359.824
19	8	206.600	40%	13.000	68.000	370.240
21	7	209.800	44%	10.800	68.000	380.912
23	6	213.000	48%	8.600	68.000	391.840
25	5	216.200	52%	6.400	68.000	403.024
27	4	219.400	56%	4.200	68.000	414.464
29	3	222.600	60%	2.000	68.000	426.160
31	2	225.800	60%	0	68.000	429.280
33	1	229.000	60%	0	68.000	434.400

ΠΗΓΗ: ΓΕΝΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΚΡΑΤΟΥΣ

#### **9.1.4 Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών και η κάλυψη τους**

Οι εκτιμήσεις των αναγκών σε υγειονομικό προσωπικό αποτελούν μια συνεχή και δύσκολη διαδικασία και μόνο μικρές εκτιμήσεις μπορούν να γίνουν. Η οικονομική και πολιτική μεταβλητότητα, η ανακολουθία διακηρύξεων και πράξεων, η ανεπαρκής οργάνωση και συντονισμός στο επίπεδο του σχεδιασμού, της παραγωγής και της χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελούν ανασταλτικό και πολλές φορές απαγορευτικό παράγοντα επίλυσης των υγειονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όλες σχεδόν οι χώρες αλλά σε διαφορετικά επίπεδα ανάλογα και με το σύστημα υγείας που έχουν και με την οικονομική τους ευρωστία. Στη χώρα μας η κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών δεν ξεφεύγει από αυτές τις υποκειμενικές και αντικειμενικές δυσκολίες. Από μελέτη που εκπονήθηκε από το 1992 έως το 1994 για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας, βρέθηκε ότι απαιτούνται 36.300 νοσηλευτές, 21.700 βοηθοί νοσηλευτές και 4.000 μαιευτές, σύνολο 62.000 προσωπικό. Από αυτούς οι 8.000 θα πρέπει να εργασθούν στα αγροτικά κέντρα υγείας, οι 2.000 στα αστικά κέντρα υγείας, οι 44.000 σε κλίνες οξείας νοσηλείας, οι 7.000 σε κλίνες ήπιας νοσηλείας και 1000 στην εκπαίδευση, στην αυτοαπασχόληση, στα ιδιωτικά κέντρα υγείας και στον ευρύτερο ιδιωτικό τομέα. ( Πίνακας 6)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (1994)**

ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	8.000
ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	2.000
ΚΛΙΝΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	44.000
ΚΛΙΝΕΣ ΗΠΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	7.000
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	1.000
ΣΥΝΟΛΟ	62.000

ΠΗΓΗ: Διδακτορική Διατριβή Πλατή Χρ.

Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζεται ότι μέχρι το 2010 θα πρέπει να καλυφθούν αν γίνουν οι κατάλληλες ποσοτικά και ποιοτικά προσλήψεις. Αν δεν ακολουθηθεί ο προτεινόμενος προγραμματισμός οι μεν αριθμητικές ανάγκες θα ικανοποιηθούν μετά το 2055, οι δε ποιοτικές δεν ξέρουμε πότε θα ικανοποιηθούν.

Απαιτείται η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων ανά νομό για τις μεταβολές που πραγματοποιούνται στο νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά το μέγεθος του, τη σύνθεση του και τις υπηρεσίες που προσφέρει και να ακολουθηθεί ο προτεινόμενος σχεδιάσμος ανάπτυξης του με ταυτόχρονη μέριμνα για την παραγωγή δύο επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού, την απορρόφηση του από τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και την ισοκατανομή τους στις διάφορες περιοχές της χώρας. Ο στόχος είναι το 2010 σε κάθε εργαζόμενο στη νοσηλευτική υπηρεσία να αντιστοιχούν 166 κάτοικοι. ( Πλατή Χρ.1997)

Είναι γνωστό ότι το κυρίαρχο κόστος στον τομέα της υγείας είναι το κόστος του υγειονομικού προσωπικού και οι νέες προσλήψεις. Όμως μια αναβαθμισμένη ποιοτικά νοσηλευτική υπηρεσία με προσανατολισμό στην κοινότητα θα μηδενίσει το επιπλέον απαιτούμενο κόστος. Αλλά και αν δεν το μηδενίσει θα πρέπει να καταλάβουμε ότι η υγεία αποτελεί τη μεγαλύτερη επένδυση της οργανωμένης κοινωνίας. Οι δαπάνες για την υγεία είναι ανταποδοτικές.

## 9.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Η στρατηγική της κυβέρνησης τα τελευταία χρόνια είναι να αυξήσει αριθμό των νοσηλευτών που εργάζονται στο NHS(Εθνικό Σύστημα Υγείας) και να βελτιώσει την αμοιβή και τις συνθήκες εργασίας αυτής της επαγγελματικής ομάδας.

- Ο αριθμός των νοσηλευτών έχει αυξηθεί κατά 10000 από το 1997.
- Η αμοιβή έχει αυξηθεί για όλες τις βαθμίδες νοσηλευτών κατά 15% από το 1997.
- 5800 νοσηλευτές έχουν επιστρέψει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από τον Φεβρουάριο του 1999 και 2400 είναι στην διαδικασία επιστροφής.
- Οι σχολές νοσηλευτικής και μαιευτικής παρουσιάζουν μια αύξηση σε πάνω από 5000 από το 1997.( [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))

Παράλληλα με τα παραπάνω, η κυβέρνηση ακολουθεί πολιτική για την αύξηση των νοσηλευτών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς η ανάγκη για νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλώνει ταυτόχρονα με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε όλο τον κόσμο. αυτή η πολιτική περιλαμβάνει:

- Αύξηση μισθού
- Επένδυση στην εξάπλωση νέων χώρων εκπαίδευσης νοσηλευτών.
- Επάνδρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με περισσότερο ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Βελτίωση του χώρου εργασίας- ευέλικτο και οικογενειακό περιβάλλον.
- Βελτίωση της κατοικίας που παρέχεται σε αυτήν την επαγγελματική κατηγορία.

### 9.2.1 Αριθμοί νοσηλευτών

Σύμφωνα με στοιχεία του 1999, 329640 ειδικευμένοι νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία. Ο πίνακας 1 δίνει τους ακριβείς αριθμούς νοσηλευτών από το 1995

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Εργαζόμενο νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας περιλαμβανομένων και των εξασκούντων όπως εμφανίζονται στις 30 Σεπτεμβρίου κάθε χρόνου.

ΕΤΟΣ	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
1999	329,640
1998	323,460
1997	318,860
1996	319,150
1995	316,890

ΠΗΓΗ: [www.ohe.org.uk](http://www.ohe.org.uk)

ΒΑΘΜΟΣ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
D	Νέο νοσηλευτικό προσωπικό (χωρίς εμπειρία)
E	Νοσηλευτικό προσωπικό με εμπειρία
F	Προϊστάμενοι νοσηλευτικού προσωπικού
G	Αδελφές νοσοκόμες
H	Ειδικευμένοι Νοσηλευτές
I	Προϊστάμενοι Ειδικευμένων Νοσηλευτών / Διοικητικό Νοσηλευτικό Προσωπικό

Ο πίνακας 1 δείχνει μια αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού πάνω από 10,000 από το 1997, ενώ το σχέδιο πολιτικής του Εθνικού Συστήματος υγείας στηρίζει μία αύξηση πάνω από 20,000 ως το 2004.

Παρά την αύξηση των αριθμών νοσηλευτικού προσωπικού, η ανάγκη για νοσηλευτές παραμένει υψηλή εξαιτίας του περιορισμού των χώρων εκπαίδευσης και εξάσκησης νοσηλευτών αλλά και λόγω της αυξημένης επενδυτικής τάσης στον χώρο της υγείας η οποία έχει επιφέρει επέκταση και δημιουργία νέων θέσεων. Οι τελευταίες έρευνες κενών θέσεων τον Μάρτιο του 2000 έδειξαν 9,900 κενές θέσεις που αντιστοιχεί σε ένα ποσοστό του 3.8%. Παρόλα αυτά, αυτοί οι δείκτες παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ανά περιοχή, με την περιοχή του Λονδίνου να εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό κενών θέσεων( με ποσοστό 6.9%) και το Τρεντ το χαμηλότερο(με ποσοστό 1.9% ).

Μερικές περιοχές αρχίζουν να εμφανίζουν μείωση των κενών θέσεων καθώς η κυβερνητική πολιτική και οι προσπάθειες για τοπική επάνδρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αρχίζει να επιφέρει αποτελέσματα.

Στο Λονδίνο πάνω από 2,000 νοσηλευτές/τριες έχουν προσληφθεί από την Άνοιξη του 2000 , γεγονός το οποίο έχει επιφέρει μείωση 1% στις κενές θέσεις. Πολλά νοσοκομεία του Λονδίνου για να επιτύχουν καλύτερη και επαρκέστερη στελέχωση ακολουθούν διαφημιστικά προγράμματα με στοιχεία προσέλκυσης προσωπικού.([www.ohc.org.uk](http://www.ohc.org.uk))

### **9.2.2 Μισθοί νοσηλευτών και πρόσθετα επιδόματα**

Ο μισθός όμως παραμένει ένα σημαντικό στοιχείο προσέλκυσης για επαρκέστερη στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού. Ο μισθός έχει αυξηθεί κατά 15% από το 1997 τόσο για το ειδικευμένο όσο και για το απλό προσωπικό. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τον βασικό μισθό και τα ετήσια κέρδη ανά βαθμίδα βάση του 2000. Ο μισθός για το νέα εκπαιδευμένο προσωπικό έχει αυξηθεί κατά 9% από το 1998, ενώ για το έμπειρο προσωπικό κατά 6%.

Οι εργαζόμενοι στο Λονδίνο νοσηλευτές δικαιούνται και ένα πρόσθετο επίδομα για κατοικία που είναι 5% επί του κανονικού μισθού. Το ίδιο ισχύει και για περιοχές έξω από το κέντρο του Λονδίνου με την διαφορά ότι εκεί το επίδομα είναι χαμηλότερο λόγω φθηνότερων ενοικίων. Επιπλέον αυτών, οι νοσηλευτές όλων των βαθμίδων δικαιούνται και ένα ποσοστό για επιδόματα που μπορεί να φθάνει το 11% του κανονικού τους μισθού.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: μισθοί νοσηλευτών ανά βαθμίδα όπως καταγράφηκαν τον Μάρτιο του 2000**

	Ελάχιστος μισθός(£) <sub>1</sub>	Μέγιστος μισθός(£)	Μέσος συνολικός όρος(£) <sub>2</sub>
D <sub>3</sub>	14,890	16,445	18,700
E	15,920	19,220	21,500
F <sub>5</sub>	17,655	21,635	23,900 <sub>4</sub>
F	22,040	22,860	23,900
G	20,830	24,090	25,800 <sub>4</sub>
G <sub>5</sub>	24,510	25,350	25,800
H	23,270	26,610	27,600 <sub>4</sub>
H <sub>5</sub>	27,040	27,910	27,600
I	25,770	29,205	30,300 <sub>4</sub>
I <sub>5</sub>	29,620	30,490	30,300

ΠΗΓΗ: [www.ohe.org.uk](http://www.ohe.org.uk)

1. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο Λονδίνο παίρνουν ένα πρόσθετό επίδομα για κατοικία
2. Ο μέσος όρος εσόδων υπολογίζεται στη βάση των συνολικών πληρωμών περιλαμβανομένων και των υπερωριών, ειδικών πρόσθετων επιδομάτων, το κόστος της βρετανικής πόλης του εργαζομένου.
3. Οι βαθμίδες A-C αφορούν το χωρίς εκπαίδευση και προσόντα προσωπικό.



4. Ο μέσος όρος εσόδων αφορά την βαθμίδα στο σύνολο της και λαμβάνει υπόψη τα διακριτικά έσοδα.
5. 60,000 προϊστάμενοι νοσηλευτές δικαιούνται διακριτικά έσοδα τα οποία μπορούν να αυξήσουν τον μισθό τους έως και £1,000 ετησίως.

### **9.2.3 Αύξηση των χωρών εκπαίδευσης και πρακτικής νοσηλευτικού προσωπικού**

Ένας λόγος για την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στην Μεγάλη Βρετανία, είναι η μείωση των τόπων εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού το 1990. Αυτό οδήγησε την κυβέρνηση της Αγγλίας σε ένα μακροχρόνιο σχέδιο για αύξηση των νοσηλευτών στην εκπαίδευση. Ο παρακάτω πίνακας 3 παρουσιάζει την πορεία των εκπαιδευτικών χώρων νοσηλευτικού προσωπικού από το 1993 και μετά. Οι συγκεκριμένοι χώροι έχουν αυξηθεί κατά 26% τα τρία τελευταία χρόνια ενώ οι αντίστοιχοι χώροι για την εκπαίδευση μαιευτικού προσωπικού έχουν αυξηθεί κατά 55%. Το πρόγραμμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας προβλέπει νεότερες αυξήσεις που μεταφράζονται σε 5,500 περισσότερους εκπαιδευμένους νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας κάθε χρόνο και έως το 2004.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αριθμός εκπαιδευμένων νοσηλευτών ανά έτος - τάση χώρων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.**

ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
1992/93	16,340
1993/94	14,200
1994/95	12,480
1995/96	13,380
1996/97	14,980
1997/98	16,540
1998/99	17,690
1999/00	18,770
2000/01	20,850

ΠΗΓΗ: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)

Η κυβέρνηση έχει επίσης εισάγει ένα νέο μοντέλο για μία προεκπαίδευση νοσηλευτών με έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση των πρακτικών προσόντων που ένα τέτοιο προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει. Αυτό το πρόγραμμα δοκιμάζεται σε 16 συνολικά μέρη και προβλέπεται να εξαπλωθεί σε όλη την Αγγλία ως το 2002.

Η νοσηλευτική, βέβαια παραμένει μια επιλογή καριέρας για γυναίκες ενώ αρχίζει να αντιμετωπίζεται θετικά και από τους άνδρες με αποτέλεσμα να αυξάνονται κάθε χρόνο οι αριθμοί των σπουδαστών που επιλέγουν αυτόν τον χώρο για σπουδές. Τον τελευταίο χρόνο 73% περισσότερα άτομα έκαναν αιτήσεις σε τμήματα νοσηλευτικής ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό προερχόταν από χώρες της Ασίας και της Αφρικής.

#### **9.2.4 Ανάγκη για στελέχωση από νοσηλευτές με περισσότερα προσόντα και καλύτερη εκπαίδευση**

Μια από τις προτεραιότητες της κυβερνητικής στρατηγικής για εξάπλωση και αύξηση του εργατικού νοσηλευτικού δυναμικού είναι η εκπαίδευση περισσότερων νοσηλευτών. Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της ελλιπούς στελέχωσης νοσηλευτών θα πρέπει να ικανοποιηθούν μια σειρά από ανάγκες. Το 1999 και το 2000 η κυβέρνηση χρησιμοποίησε διαφημιστικά και άλλα μέσα για να προσελκύσει εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Κατά την διάρκεια του έτους 1999, περίπου 3,102 νοσηλευτές επέστρεψαν για εργασία στο NHS. Μέχρι το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους ο αριθμός άγγιξε το 5,797 ενώ περίπου 2,470 νοσηλευτές είναι σε διαδικασία επιστροφής.

Για την καλύτερη στελέχωση η κυβερνητική πολιτική στρέφεται και προς την προσέγγιση νοσηλευτικού προσωπικού από το εξωτερικό. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει κατά πόσο η διεθνής στελέχωση έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Η τάση αυτή συνεχίζεται και προβλέπεται ότι το τρέχοντα έτος 7,000 νοσηλευτές από το εξωτερικό θα αρχίζουν να εργάζονται για το NHS. Σημαντική είναι η απόφαση της κυβερνητικής πολιτικής στο να μην προσληφθούν άτομα από αναπτυσσόμενες χώρες προκειμένου να μην αποδυναμωθεί η δική τους υπηρεσία υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αριθμός νοσηλευτών/τριών από χώρες του εξωτερικού**

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ NHS ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
1995/96	2,966
1996/97	3,906
1997/98	4,333
1998/99	5,033
1999/00	7,360

ΠΗΓΗ: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)

### **9.2.5 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της ελλιπής στελέχωσης**

Ο μισθός ίσως μπορεί να χαρακτηριστεί ως το δελεαστικότερο μέσο για την προσέλκυση νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί έναν ιδιαίτερος σημαντικό παράγοντα προσέλκυσης προσωπικού ειδικά για όσους έχουν εγκαταλείψει το επάγγελμα. Ο αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται μειωμένο ωράριο έχει αυξηθεί κατά 16% μεταξύ 1995 και 1999. Η κυβέρνηση στοχεύει στο να δημιουργήσει ευέλικτες πρακτικές εργασίας.

Το πρόγραμμα για βελτίωση των συνθηκών εργασίας, που ξεκίνησε το 1999, περιλαμβάνει όλα αυτά που οι εργαζόμενοι νοσηλευτές προσδοκούν από τον εργασιακό τους χώρο. Ως τον Απρίλιο του 200, το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορεί να απασχολείται σε έναν οργανισμό που θα του δίνει ευέλικτες εργασιακές συνθήκες όπως:

- εργασία κατά ομάδες
- ευέλικτο ωράριο
- ετήσιες ώρες

- δυνατότητα μείωσης ωρών
- φροντίδα παιδιών εργαζομένων
- υπηρεσίες υγείας για προσωπική φροντίδα και περίθαλψη εργαζομένων
- δυνατότητα για παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων- άδειες για τον σκοπό αυτό
- ευέλικτη συνταξιοδότηση

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω έχει ορισθεί ένα χρηματικό ποσό του ύψους των £100,000 . Σε αυτό το πρόγραμμα οι εργοδότες θα είναι ο πυρήνας ενεργειών αλλά και ο συνδετικός κρίκος για την χρησιμοποίηση των χρηματικών πόρων.

Σήμερα μισά από τα νοσοκομεία και υγειονομικά ιδρύματα της Βρετανίας παρέχουν στον εργαζόμενο νοσηλευτή ένα είδος φροντίδας για τα παιδιά του. Κάτι τέτοιο φαίνεται καλό αλλά παραμένει ανεπαρκές. Για αυτό το λόγο το NHS έχει δρομολογήσει σχέδιο για νέα επένδυση στη δημιουργία κτιρίου για την φροντίδα των παιδιών των νοσηλευτών. Αυτή η επένδυση στρέφεται τόσο στην βρεφική ηλικία αλλά και στην σχολική ηλικία που το παιδί έχει ανάγκη από μια παρακολούθηση και μια πιο ιδιαίτερη ψυχαγωγία.

Ένα ευέλικτο πρόγραμμα συνταξιοδότησης νοσηλευτών έχει σχεδιαστεί για να εξασφαλίσει ότι το NHS απασχολεί το πιο σημαντικό και έμπειρο προσωπικό την ίδια στιγμή που δίνει την δυνατότητα στους νοσηλευτές να επεκτείνουν την διάρκεια χρηματικών απολαβών. Το κυβερνητικό σχέδιο για την συνταξιοδότηση των νοσηλευτών βασίζεται σε μια αύξηση των εισφορών για συντάξεις του νοσοκομείου τους χειμερινούς μήνες .

Ένα βελτιωμένο συνταξιοδοτικό σύστημα επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να έχει μια καλή κάλυψη ακόμα και αν εργάζεται μερικό ωράριο, να έχει καλή σύνταξη μελλοντικά ακόμα και αν δεν ανήκει σε υψηλόμισθες βαθμίδες. ([www.ohe.org.uk](http://www.ohe.org.uk))

### 9.3 Συμπεράσματα

1. Η ανεπάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι μια γενική κατάσταση που απασχολεί όλες τις χώρες και έχει οδηγήσει σε αλληπάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις και προσαρμογές. Αυτό που διαφοροποιεί την Ελλάδα από τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές Χώρες είναι ο ρυθμός αντιμετώπισης του φαινομένου. Αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα η ανεπάρκεια δυναμικού αντιμετωπίζεται με πολύ μικρές αυξήσεις που ίσως να συμβαδίζουν και με τον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού. Αντίθετα στην Αγγλία οι αυξήσεις αυτές είναι μεγαλύτερες και σταθερότερες. Αιτία αυτής της διαφοροποίησης είναι η έλλειψη προγραμματισμού και σχεδιασμού από τα διοικητικά όργανα της χώρας μας αλλά και η γραφειοκρατία των εκτελεστικών και ελεγκτικών οργάνων.

Επίσης στον ελληνικό χώρο οι αυξήσεις δεν είναι σταθερές σε αντίθεση με την Αγγλία που ακολουθούν κατά μέσο όρο τις 3000 προσλήψεις ετησίως. Οι παράγοντες που πιθανόν να ενδυναμώνουν μια τέτοια αστάθεια να βρίσκονται σε πολιτικά και οικονομικά συμβάντα ή και στο που δίνεται ετησίως περισσότερη κρατική μέριμνα και άρα μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού.

Στην Ελλάδα οι μισθοί των νοσηλευτών είναι ανάλογοι με την εκπαιδευτική τους βαθμίδα και τα χρόνια εργασίας κάτι το οποίο συμβαίνει και στον υπόλοιπο ευρωπαϊκό κόσμο. Η διαφορά έγκειται στον τρόπο καθορισμού του μισθολογίου του νοσηλευτή. Έτσι ο Έλληνας νοσηλευτής πληρώνεται με βάση την κλίμακα που πληρώνεται κάθε δημόσιος υπάλληλος υπηρεσίας χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η δυσκολία του έργου του αλλά και η ανάγκη για υψηλότερες αποδοχές λόγω της ιδιαιτερότητας της ζωτικής προσφοράς του.

2. Στην Αγγλία οι μισθοί των νοσηλευτών αποτελούν μια ειδική κατηγορία μισθολογίου, είναι εμπλουτισμένοι με επιδόματα λόγω της προαναφερόμενης ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος και συνεχώς προσαρμόζονται προκειμένου να αποτελούν ισχυρό κίνητρο για την μεγαλύτερη εισροή ατόμων στο νοσηλευτικό χώρο. Ο νοσηλευτής για να ασκεί με συνέπεια αυτό το δύσκολο επάγγελμα θα πρέπει να έχει κίνητρα

και ο μισθός είναι ίσως το σημαντικότερο κίνητρο για έναν σύγχρονο άνθρωπο με φιλοδοξίες και ανάγκες.

Επίσης στην Αγγλία η πόλη εργασίας ενός νοσηλευτή αποτελεί και στοιχείο καθορισμό του μισθού του. Αν για παράδειγμα εργάζεται στο Λονδίνο θα έχει υψηλότερο επίδομα κατοικίας από κάποιον άλλον που εργάζεται στην επαρχία. Με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζεται η έλλειψη προσωπικού των μεγάλων αστικών κέντρων που είναι και πιο ακριβή η ζωή. Στην Ελλάδα οι μισθοί είναι οι ίδιοι για όλες τις αστικές, ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές, γεγονός που θα έπρεπε να κατατάσσει το επάγγελμα του νοσηλευτή ως μη επιθυμητό ειδικά στα αστικά κέντρα. Αντίθετα, όμως οι ελλείψεις εκπαιδευμένου προσωπικού στις αγροτικές περιοχές είναι μεγαλύτερες. Αυτό ίσως να οφείλεται στην γενικότερη τάση των ελλήνων να μετακινούνται προς τα αστικά κέντρα και ιδίως προς την πρωτεύουσα αλλά και σε στην παράδοση της οικογενειακής οικονομικής στήριξης ακόμα και μετά την έναρξη κάποιας επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Η Αγγλία προκειμένου να μειώσει την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού έχει μεθοδεύσει την αύξηση των εκπαιδευτικών σχολών κατάρτισης νοσηλευτών και έχει ακολουθήσει στρατηγική σωστού επαγγελματικού προσανατολισμού. Στην Ελλάδα παρά την ύπαρξη ειδικευμένων σχολών νοσηλευτικής, αυτό το επάγγελμα θεωρείται παραδοσιακά επιλογή όσων αδυνατούσαν να επιτύχουν σε οποιοδήποτε άλλο μαθησιακό κλάδο. Εξάλλου δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η κάλυψη των νοσηλευτικών θέσεων πληρείται κυρίως από βοηθούς νοσηλευτές οι οποίοι κατέχουν μόνο πρακτική γνώση.

Η παραπάνω κατάσταση είναι συνέπεια μιας λανθασμένης νοοτροπίας σχετικά με την άσκηση της νοσηλευτικής και τα καθήκοντα των υπερετούντων αυτήν. Πέρα όμως από αυτούς τους λόγους, η εισαγωγή στις νοσηλευτικές σχολές γίνεται με βάση την βαθμολογία και όχι την προτίμηση του μελλοντικού σπουδαστή. Ένα τέτοιο γεγονός συνδράμει στην ενασχόληση του τελειόφοιτου νοσηλευτή με άλλες εργασίες πέραν της νοσηλευτικής άσκησης. Αυτό βέβαια οδηγεί στην πλήρη απορρόφηση όσων θέλουν να εργασθούν στο αντικείμενο των σπουδών τους, καθώς μειώνεται και ο αριθμός των υποψήφιων για εργασία δηλαδή η προσφορά εργασίας.

Αυτό βέβαια που παραμένει σημαντικό πρόβλημα του νοσηλευτικού Ελληνικού τομέα, πέρα από την ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού είναι η

στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας ,κατά κύριο λόγο, από βοηθούς νοσηλευτές. Οι βοηθοί αν και πολλές φορές έχουν διάθεση και «μεράκι», αδυνατούν να ανταποκριθούν στα νοσηλευτικά καθήκοντα εξαιτίας της ελλιπής τους εκπαίδευσης και πρακτικής τους άσκησης. Αδυνατούν να γνωρίζουν τεχνικές διοίκησης αλλά και να βοηθούν τον γιατρό στο βαθμό που δύναται να κάνει ένας ειδικά εκπαιδευμένος νοσηλευτής, Υπάρχουν και εξαιρέσεις όπου ένας βοηθός να δείχνει υπερβάλλοντα ζήλο για το έργο του αλλά μια κρατική πολιτική δεν μπορεί να στηρίζεται σε εξαιρέσεις και ενδείξεις παρά μόνο σε εμπειριστατωμένες αποδείξεις.

Το σύστημα υγείας της χώρας μας είναι αποτέλεσμα του τρόπου παροχής φροντίδας υγείας στην Μ. Βρετανία. Έχει προέλθει από ένα υποδειγματικό σύστημα με ένα ιδανικό τρόπο νοσηλείας και νοσηλευτικής φροντίδας. Η εφαρμογή του όμως παρουσιάζει αδυναμίες και δυσκολίες με χαρακτηριστικό παράδειγμα το πρόβλημα ανεπαρκούς νοσηλευτικής στελέχωσης και επομένως άρτιας νοσηλευτικής φροντίδας. Οι αιτίες είναι πολλές και μπορούν να οδηγήσουν στην επιλογή των αποτελεσματικότερων λύσεων. Σίγουρο είναι ότι μια μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια νοσηλεία με κέντρα υγείας ή με κατ' οίκον νοσηλεία θα μπορούσε να φανεί μια αρχική ενέργεια επίλυσης ενός τεράστιου και σημαντικότερου εμποδίου στην αρχή για ποιοτική φροντίδα υγείας προς όλους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> :

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΑΠΟΨΕΙΣ –ΣΧΟΛΙΑ- ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

#### **10.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στο δέκατο και τελευταίο κεφάλαιο προσπαθήσαμε να δώσουμε μια συμπερασματική εικόνα όλων των τμημάτων που εστιάσαμε στα πλαίσια της έρευνας μας για την νοσηλευτική ως επιστήμη, έννοια και υπηρεσία.

Σε αυτό το μέρος συμπερασμάτων, θεωρήσαμε απαραίτητο να πλαισιώσουμε τις απόψεις που εξάγαμε με τις έμπειρες και έγκυρες θέσεις ατόμων που γνωρίζουν το νοσηλευτικό χώρο και εργάζονται για αυτόν. Για το σκοπό αυτό, επικεντρωθήκαμε στα βασικά σημεία της σημερινής ελληνικής νοσηλευτικής πραγματικότητας δημιουργώντας καίρια ερωτήματα τα οποία στη συνέχεια θέσαμε στον Πρόεδρο της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν (Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων) κκ.Κουτσουμπέλη Σταύρο και στον Πρόεδρο της Α.Δ.Ε.Δ.Υ (Ανώτατης Διοίκηση Ενώσεων Δημόσιων Υπαλλήλων) κ. Παπασπύρου Σπύρο. Πρόκειται για δύο πρόσωπα με εμπειρία στο νοσηλευτικό χώρο και με πλήρη γνώση των προβλημάτων που εμφανίζει ο κλάδος.

Τα ερωτήματα που τους τέθηκαν αφορούσαν:

- το κατά πόσο η εκπαίδευση των νοσηλευτών κρίνεται ικανοποιητική αλλά και κατά πόσο δίνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό η δυνατότητα για συνεχή επιμόρφωση και κατάρτιση μέσα και έξω από το χώρο του υγειονομικού τομέα που εργάζονται
- το αν οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ελληνικά νοσοκομεία είναι επαρκείς ποσοτικά και ποιοτικά.

- το κατά πόσο παράγεται νοσηλευτικό έργο λαμβάνοντας υπόψη τις σημαντικές ελλείψεις του ανάλογου προσωπικού.
- το αν οι ρόλοι των νοσηλευτών είναι διακριτοί, αν υπάρχει καθηκοντολόγιο και αν όχι τι μέτρα θα πρέπει να ληφθούν για την αντιμετώπιση του φαινομένου.
- το κατά πόσο οι προσλήψεις γίνονται με τις καταλληλότερες και αποδοτικότερες διαδικασίες.

Από τις απαντήσεις που μας δόθηκαν συμπεράναμε ότι υπάρχει ένας γενικότερος προβληματισμός για την εξέλιξη του νοσηλευτικού χώρου αλλά και μικρή δυνατότητα βελτίωσης της κατάστασης χωρίς κρατική και νομοθετική μέριμνα. Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να δώσουμε υπό μορφή συμπερασματικών πορισμάτων ότι εξάγαμε ως παρατηρητές, αναγνώστες, ακροατές και μελετητές μιας προϋπάρχουσας αλλά και συνεχιζόμενης κατάστασης.

## **10.2 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **10.2.1 Είναι η νοσηλευτική εκπαίδευση ικανοποιητική και συνεχιζόμενη:**

Στη χώρα μας η νοσηλευτική- αντίθετα από την ιατρική- δεν περιβάλλεται με κοινωνική αίγλη. Η κοινωνική της θέση είναι πολύ χαμηλή στις συνειδήσεις του πληθυσμού και μεγεθύνεται από την χαμηλή ποιότητα φροντίδας που παρατηρείται σε αρκετά νοσοκομεία από την έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών, από την άσκηση εκ μέρους τους μη νοσηλευτικών καθηκόντων και από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού πρακτικών αδελφών. Η νοσηλευτική δεν αποτελεί πρώτη επιλογή των υποψηφίων για την τριτοβάθμια εκπαίδευση με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αλυσιδωτές διαρροές, αρχικά κατά την διάρκεια των σπουδών, ακολούθως στη μη άσκηση του επαγγέλματος και στη συνέχεια κατά την επαγγελματική τους ζωή με την μετακίνηση του δυναμικού σε άλλες υπηρεσίες και κυρίως στη διοικητική. Αντικειμενικά είναι ένα πολύ δύσκολο επάγγελμα που χρειάζεται σθένος, ψυχική αντοχή.

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην Ιατρική επιστήμη και την Τεχνολογία κατατάσσουν το γνωστικό αντικείμενο των πτυχιούχων νοσηλευτών ανεπαρκές και μη ικανοποιητικό. Για την σωστή και επαρκή άσκηση της νοσηλευτικής απαιτείται δια βίου εκπαίδευση των διπλωματούχων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Από τα μέσα του 80' η δημιουργία των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και η σημαντική παρουσία της πανεπιστημιακής νοσηλευτικής σχολής οδήγησε στη βελτίωση της χαμηλά ποιοτικής νοσηλευτικής κατάστασης και στην έναρξη αντικατάστασης πρακτικών νοσηλευτών χωρίς γνωστικό επίπεδο με διπλωματούχο και περισσότερο καταρτισμένο δυναμικό.

Πέρα από την βασική τριτοβάθμια εκπαίδευση οι νοσηλευτές μπορούν να παρατείνουν για ένα χρόνο τις σπουδές τους προκειμένου να πάρουν εξειδίκευση στους τομείς της παιδιατρικής ή ψυχιατρικής ή χειρουργικής ή παθολογικής. Επιπλέον έχουν δημιουργηθεί κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης (Κ.Ε.Κ) σε 23 νοσοκομεία, τα οποία παρέχουν στο νοσηλευτικό προσωπικό την δυνατότητα παρακολούθησης σεμιναριακών προγραμμάτων για την προσαρμογή του γνωστικού τους αντικειμένου στα νέα και συνεχώς εξελισσόμενα δεδομένα. Οι νοσηλευτές αμείβονται για την συμμετοχή τους σε τέτοιου είδους σεμινάρια και καλύπτονται οικονομικά σε περίπτωση πραγματοποίησης αυτών εκτός της γεωγραφικής περιφέρειας εργασίας τους. Τόσο η εξειδίκευση στα πλαίσια των σπουδών όσο και η πραγματοποίηση σεμιναρίων στα πλαίσια της εργασίας είναι δύο παράγοντες που βοηθούν στην μετεξέλιξη μιας πιο ικανοποιητικής εκπαίδευσης. Σε κάτι τέτοιο συνδράμει και το γραφείο εκπαίδευσης που ανήκει στη διεύθυνση του νοσηλευτικού τομέα αλλά το οποίο απουσιάζει πρακτικά από τα περισσότερα νοσοκομειακά ιδρύματα. ( Κουτσουμπέλης Σταύρος από προσωπική συνέντευξη)

Στη νοσηλευτική παρόλα αυτά δεν έχουν σταθεροποιηθεί οι δομές εκπαίδευσης με αποτέλεσμα το ακόμα υπάρχον πρόβλημα της νοσηλευτικής κάλυψης από βοηθούς νοσηλευτές Υ.Ε. Γεγονός που εντείνει τις αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρά τις 12.000 κενές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού, οι 650-700 απόφοιτοι των νοσηλευτικών σχολών δεν απορροφούνται αλλά πολλές φορές οδηγούνται και στην ενασχόληση τους με άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες. Στην νοοτροπία της διοίκησης πολλές φορές συσχετίζεται η χρήση ανειδίκευτου νοσηλευτικού προσωπικού με χαμηλό κόστος και άρα

εθελουφλεί στην υποχρεωτική ισορροπία ενός βοηθού προς τρεις διπλωματούχους.(Παπασπύρου Σπύρος)

Βέβαια η δημιουργία των ΤΕΙ έχει επιφέρει ανύψωση των νοσηλευτικών standards και έχει συνδράμει στην εξαγωγή νοσηλευτών με διάθεση για εξειδίκευση και παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων. Αυτή η διάθεση δεν είναι λίγες οι φορές που περιορίζεται από τα αυξημένα καθήκοντα τους στον εργασιακό χώρο. Η διοίκηση συχνά αρνείται να δώσει στο προσωπικό έγκριση συμμετοχής σε σεμιναριακά προγράμματα λόγω ελλιπής στελέχωσης και αυξημένων ανάγκων. (Παπασπύρου Σπύρος)

Αναλυτικότερα τα προβλήματα που εμφανίζονται στη νοσηλευτική εκπαίδευση αναφέρονται:

1. Στην εισδοχή των σπουδαστών στις νοσηλευτικές σχολές μέσω των Πανελλαδικών εξετάσεων η οποία γίνεται ανάλογα με την βαθμολογία που συγκέντρωσαν και τη σειρά προτίμησης με την οποία δήλωσαν τη συγκεκριμένη σχολή, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι πραγματικές επιθυμίες των υποψηφίων. Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι και μετά το πέρας των σπουδών είναι πιθανόν να εξακολουθούν να μην θέλουν να εργασθούν ως νοσηλευτές.
2. Στον μεγάλο αριθμό των σπουδαστών κατά την διάρκεια της διδασκαλίας.
3. Στο γεγονός ότι η πρακτική διδασκαλία πολλές φορές δεν είναι συνδεδεμένη με την θεωρητική.
4. Στη μη αναγνώριση από το κράτος της επιστημονικότητας του κλάδου.

Εφόσον η εκπαίδευση δεν ανταποκρίνεται στις αναζητήσεις των σπουδαστών οι διαρροές είναι αναπόφευκτες και αποτέλεσμα τους η διαρκής παρουσιαζόμενη έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού με συνεπακόλουθο την υποβάθμιση της ποιότητας νοσηλείας. Συμπερασματικά η έλλειψη προγραμματισμού των αναγκών σε δυναμικό του τομέα υγείας, καθώς και συνεργασίας- συντονισμού μεταξύ των αρμόδιων υπηρεσιών έχει δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα στο χώρο της εκπαίδευσης.

### **10.2.2 Είναι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκές ποσοτικά και ποιοτικά:**

Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις ως προς την κάλυψη των οργανικών θέσεων. Πέρα όμως από την ποσοτική του ανεπάρκεια, η σύνθεση του πολλές φορές προκαλεί και ποιοτική ανεπάρκεια. Η πλαισίωση του νοσηλευτικού δυναμικού κυρίως από μη πτυχιούχους και άρα γνωστικά μη καταρτισμένα άτομα προκαλεί όχι άριστη ποιοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

Στη δεκαετία του 80' η μεγάλη ζήτηση για πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε στον διορισμό ανειδίκευτων ατόμων λόγω της μικρής ακόμη εκροής αποφοίτων από τα ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Στις αρχές του 90' ο περιορισμός των προκηρύξεων, επέφερε στασιμότητα στην δυσανάλογη κατάσταση μεγαλύτερου αριθμού βοηθών νοσηλευτών προς διπλωματούχους. Γίνονται προσπάθειες για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής υπηρεσίας δημιουργία αναλογίας 1 βοηθός προς 3 πτυχιούχους. Είναι σίγουρο ότι έως την επίτευξη της επιθυμητής αναλογίας, τα προβλήματα μη ποιοτικής παροχής υπηρεσιών θα συνεχίζονται και θα προκαλούν δυσκινησία και δυσλειτουργία των υγειονομικών μονάδων. (κ. Κουτσουμπέλης Σταύρος)

Το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από έντονη κινητικότητα. Πρόκειται για ένα απόλυτα φυσιολογικό επακόλουθο κάποιων φαινομένων που παρουσιάζονται στο νοσηλευτικό σώμα. Η συνεχής ανάγκη για εξειδίκευση, η αλλαγή καθηκόντων λόγω ηλικίας, η γεωγραφική μετακίνηση, η εξέλιξη σε άλλα επίπεδα και η γρήγορη συνταξιοδότηση είναι κάποια από τα στοιχεία που επιφέρουν νοσηλευτική κινητικότητα και άρα ρευστότητα στο συγκεκριμένο εργασιακό κλάδο. μια τέτοια ρευστότητα επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και πολλές φορές επιδρά στην ικανοποίηση του νοσηλευτή. (κ. Παπασπύρου Σπύρος)

Τα νέα νοσηλευτικά συστήματα, η συνεχής εξέλιξη της τεχνολογίας, η είσοδος μηχανοργάνωσης, η εμφάνιση της ρομποτικής και ο γενικότερος εκσυγχρονισμός στο χώρο της υγείας μειώνουν το νοσηλευτικό ρόλο και αυξάνουν τα standards του νοσηλευτικού προσωπικού. Στην Ελλάδα η διατήρηση υλοποίησης παραδοσιακών μεθόδων, με ελάχιστες εξαιρέσεις,

είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας αναβάθμισης ενός γνωστικά χαμηλού νοσηλευτικού προσωπικού και συντελεί στην δυσχέρεια βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας.( Παπασπύρου Σπύρος)

### **10.2.3 Παρέχεται νοσηλευτικό έργο παρά τις ελλείψεις;**

Οι ελλείψεις στο νοσηλευτικό χώρο δυσχεραίνουν το νοσηλευτικό έργο καθώς οι δεδομένες νοσηλευτικές πράξεις θα πρέπει να γίνουν ανεξαρτήτως της πληρότητας ανθρώπινου πόρου. Επομένως οι λιγότεροι νοσηλευτές επιφορτίζονται με αυξημένη εργασία που πολλές φορές υπερβαίνει τις δυνατότητες τους ή ακόμα και τα καθήκοντα τους. Το μόνο σίγουρο είναι ότι ο πελάτης ασθενής θα πρέπει να λάβει την αναγκαία φροντίδα γεγονός που ενδυναμώνετε από την αδυναμία του αρρώστου να αντιδράσει. Δεν θα πρέπει να αγνοούμε το γεγονός ότι ο υγειονομικός τομέας είναι εντάσεως εργασίας και συνεπώς επηρεάζεται ακόμα περισσότερο από τις δεδομένες νοσηλευτικές ανεπάρκειες στην εφαρμογή του σκοπού του, παροχή ίσης και ποιοτικής υγείας για όλους.

Η έλλειψη προσωπικού δεν επιφέρει παραγωγή ανεπαρκούς έργου αλλά καταπόνηση του νοσηλευτή εφόσον οι αναγκαίες εργασίες θα πρέπει να γίνουν ιδίως αν ληφθεί υπόψη το αντικείμενο τους που είναι η ανθρώπινη ζωή. Στα περισσότερα υγειονομικά ιδρύματα της χώρας μας τις απογευματινές και βραδινές ώρες οι ανάγκες καλύπτονται από έναν νοσηλευτή ο οποίος τα τίθεται να εκτελέσει και έργα ιατρικά, διοικητικά ή ακόμα και τεχνικά. Μια τέτοια κατάσταση συνδράμει στην υπερπροσπάθεια του εργαζομένου και στην γρήγορη καταπόνηση του. Χάνει το χαμόγελό του, την διάθεση του για προσφορά, οδηγείται σε γρήγορη συνταξιοδότηση ενώ τοποθετεί σε δευτερεύοντα στόχο την επιμόρφωση του λόγω της αναγκαιότητας παραμονής του στην υπηρεσία, ελλείπει προσωπικού. Αυτή η εντατικοποίηση του νοσηλευτή για την παροχή του αναγκαίου έργου, έχει οδηγήσει στην δημιουργία ενός burn out (καμένου) προσωπικού. Πρόκειται για ένα πολυχρησιμοποιημένο, όχι ανανεώσιμο αλλά καταπονημένο ανθρώπινο δυναμικό. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που το προσωπικό

χάνει ρεπτό, αργίες, άδειες για να συντελέσει στην παροχή αρτιότερου έργου.  
( Κουτσουμπέλης Σταύρος)

Όσον αφορά την παροχή ικανοποιητικού έργου βάση της έλλειψης προσωπικού υπάρχει μια αντιφατικότητα. Από την μία πλευρά τόσο ο ασθενής όσο και το συγγενικό του περιβάλλον εκφράζουν συνεχή παράπονα κατά την διάρκεια νοσηλείας για αδιαφορία του νοσηλευτικού προσωπικού και αμέλεια του καθηκόντων του. Από την άλλη πλευρά κατά το τέλος της νοσηλείας υπάρχει ικανοποίηση τους, εξαιτίας της παροχής του απαιτούμενου έργου με ελλείψεις μεν ξενοδοχειακών υπηρεσιών αλλά με αποτελεσματικότητα δε. Αυτή η αντιφατικότητα οφείλεται στην ανεπάρκεια ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού και στην υπερπροσπάθεια του υπάρχοντος για άρτια και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας. Επιπλέον ο νοσηλευτής είναι γενικώς αποδεκτό ότι δεν χρηματίζεται για το έργο του, γεγονός που προκαλεί την συμπάθεια του πάσχοντα και του κοινωνικού συνόλου και επιβραβεύει την δύσκολη άσκηση των καθηκόντων του. Ο μόνος, που ουσιαστικά δεν ικανοποιείται, είναι ο ίδιος ο νοσηλευτής καθώς επιφορτίζεται με πρόσθετη εργασία, δεν αμείβεται αναλόγως της προσφοράς του και δεν λαμβάνει την προσοχή και την αξία που η υπηρεσία του στην κοινωνία ορίζει. ( Παπασπύρου Σπύρος)

#### **10.2.4 Οι διαδικασίες πρόσληψης ακολουθούν κατάλληλες διαδικασίες:**

Οι προσλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού γίνονται με τον διαγωνισμό του ΑΣΕΠ που ισχύει για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους με αποτέλεσμα την καθυστέρηση των διορισμών λόγω της απαιτούμενης γραφειοκρατίας και της χρονοβόρας ακολουθίας μακρών διαδικασιών προκήρυξης, εξέτασης ελέγχου, ενημέρωσης.

Στόχος των διορισμών νοσηλευτικού προσωπικού είναι να καλυφθούν τα κενά που υπάρχουν στο νοσηλευτικό τομέα με διπλωματούχο προσωπικό και έτσι να επιτευχθεί και η αναγκαία αναλογία 3 πτυχιούχων προς 1 βοηθό . Επίσης το γεγονός ότι οι προσλήψεις στις αρχές του 90' περιορίστηκαν επιδεινώνει την δυσχερή αναλογία εργαζόμενων νοσηλευτών που αποτελούνται κυρίως από το ανειδίκευτο προσωπικό που είχε διοριστεί στα

μέσα του 80'. Συνεπώς θα πρέπει να γίνονται περισσότερες και εντατικότερες προκηρύξεις (Κουτσουμπέλης Σταύρος)

Η έλλειψη στο νοσηλευτικό τομέα είναι τόσο μεγάλη που κάνει δυνατή την πλήρη απορρόφηση των απόφοιτων των ανώτερων και ανώτατων σχολών. Λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας του νοσηλευτικού κλάδου, ο διαγωνισμός του ΑΣΕΠ κρίνεται ακατάλληλος. Ο ΑΣΕΠ εφαρμόστηκε προκειμένου να επιτευχθεί αξιοκρατία στις προσλήψεις άρα έχει νόημα η εφαρμογή του μόνο στους εργασιακούς χώρους που η προσφορά είναι μικρότερη από τη ζήτηση, κάτι που δεν ισχύει στον νοσηλευτικό τομέα, όπου πολλές φορές η προσφορά είναι μεγαλύτερη από τη ζήτηση. Έτσι η εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας επιφέρει καθυστέρηση και συχνά οδηγεί στην προσφυγή νοσηλευτών στην επιλογή άλλων χώρων απασχόλησης και την διαιώνιση ενός ελλιπούς νοσηλευτικού δυναμικού. Ειδικά για το συγκεκριμένο κλάδο θα έπρεπε να έχει θεσμοθετηθεί μια ξεχωριστή διαδικασία διορισμού όλων των αποφοίτων κατά χρονολογική σειρά αποφοίτησης. (κ. Παπασπύρου Σπύρος)

#### **10.2.5 Είναι οι ρόλοι των νοσηλευτών διακριτοί:**

Ο ρόλος του νοσηλευτή, τα καθήκοντα του αλλά και τα δικαιώματα του έχουν αναλυθεί σε ξεχωριστό κεφάλαιο και αποτελούν το θεωρητικό πλαίσιο που περιχαρακώνει τα όρια του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Πρακτικά όμως και δεδομένου του ανεπαρκούς προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία, ο έλληνας νοσηλευτής εμφανίζεται να εκτελεί μια σειρά εργασιών που είναι έξω από τις νοσηλευτικές του αρμοδιότητες αλλά γενικότερα εντασσόμενα στο χρέος του για φροντίδα και παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τα νοσοκομεία παρουσιάζουν συχνά μια αλληλοεπικάλυψη ρόλων, με ένα νοσηλευτικό προσωπικό να καλείται να εκτελεί εργασίες ιατρικές, διοικητικές ή και τεχνικές. Οι ρόλοι είναι ευέλικτοι και δημιουργούνται με βάση το υπάρχον προσωπικό και τις ανάγκες. Σε αυτή την ρευστότητα συντελεί η έλλειψη καθηκοντολογίου που όμως δεν θα είχε νόημα δεδομένων των ελλείψεων σε ένα χώρο που η υγεία του ανθρώπινου παράγοντα είναι μέγιστης σημασίας. Είναι σίγουρο ότι μια νοσηλεύτρια δεν



είναι αρμόδια για την εκτέλεση ηλεκτρολογικών εργασιών όπως αλλαγή λαμπτήρα, όμως είναι επίσης απαραίτητο να αναλάβει τέτοια καθήκοντα σε περίπτωση απουσίας τεχνικού και όταν μια τέτοια ενέργεια έχει επιπτώσεις στην υγεία πελατών. Οι ανάγκες και οι ελλείψεις δίνουν την ευχέρεια συνεχούς επαναπροσδιορισμού και ανάθεσης καθηκόντων. (κ. Κουτσουμπέλης Σταύρος, κ. Παπασπύρου Σπύρος)

Εκτός όμως από την αδυναμία δημιουργίας καθηκοντολογίου λόγω των ελλείψεων μια τέτοια ενέργεια παρεμποδίζεται και από το ίδιο το ιατρικό προσωπικό εξαιτίας των συνεπειών που μια τέτοια ρύθμιση μπορεί να επιφέρει. Έτσι αν ορισθεί ως καθήκον του νοσηλευτή να κάνει αιμοληψίες λόγω έλλειψης παρασκευαστών ή γιατρών τότε άμεσα του δίνεται το δικαίωμα να ενεργεί τέτοιες πράξεις και στον ιδιωτικό τομέα. Η είσοδος νοσηλευτών στον ελεύθερο επαγγελματικό χώρο είναι κάτι που είναι αντίθετο στις επιθυμίες του ιατρικού σώματος γιατί συνεπάγεται με μια απειλή προς το επάγγελμα τους και την μοναδικότητα τους στην διενέργεια τέτοιων καθηκόντων. (κ. Παπασπύρου Σπύρος)

Επομένως οι ρόλοι των νοσηλευτών δεν είναι απόλυτα διακριτοί λόγω έλλειψης καθηκοντολογίου. Η επίγνωση του προβλήματος είναι δεδομένη και επικροτείται από το πρόβλημα ανεπαρκούς προσωπικού στα υγειονομικά ιδρύματα.

### **10.3 ΜΕΤΡΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΛΥΣΕΙΣ**

Η μελέτη βιβλιογραφίας, η εμβάθυνση στον νοσηλευτικό όρο, η επίσκεψη σε υγειονομικά ιδρύματα, η συζήτηση με γνώστες του νοσηλευτικού αντικείμενου, η επαφή με νοσηλευτές και συνδικαλιστές και τέλος η εξαγωγή συμπερασμάτων κάνουν απαραίτητη και εφικτή την προσέγγιση με επιφύλαξη κάποιων προτάσεων για την επίλυση προβλημάτων ή για την βελτίωση συνθηκών. Η ταξινόμηση των προτάσεων μας είναι τυχαία και γίνεται με αριθμητική διάταξη για μεγαλύτερη ευκολία ανάγνωσης και κατανόησης. Συγκεκριμένα θεωρούμε αναγκαίο να γίνει μια προσπάθεια για τα παρακάτω:

1. Κεντρικός σχεδιασμός των αναγκών της χώρας σε νοσηλευτικό δυναμικό και συνεργασία μεταξύ των συναρμοδίων Υπουργείων Υγείας και Παιδείας.
2. Καταγραφή ολόκληρου του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας και τήρηση μητρώων.
3. Αναβάθμιση του επαγγέλματος μέσω ευρύτατης κοινωνικής καταξίωσης.
4. Βελτίωση της επαγγελματικής εικόνας των νοσηλευτών και πρακτική αντικατάσταση των πρακτικών αδελφών ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αναλογία 3 πτυχιούχοι προς 1 πρακτικό.
5. Παροχή εκπαίδευσης αποκλειστικά πανεπιστημιακού επιπέδου, συνεχής εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των νοσηλευτών.
6. Εξέταση της δυνατότητας μεταβολής του συστήματος εισαγωγής σε νοσηλευτικές σχολές, οι οποίες θα ήταν ορθότερο να αποτελέσουν σύνολο που θα ανήκει μόνο στον υγειονομικό κύκλο και όχι κοινή ομάδα σχολών (πρακτική που ακολουθείται έως σήμερα). Η αποτυχία αυτού του τρόπου εισαγωγής είναι προφανής, επιπλέον θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα απολεσθέντα χρόνια σπουδών και η σχετική δαπάνη που καταβάλλεται για κάθε σπουδαστή λόγω της δωρεάν παιδείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή από την συνεισφορά ολόκληρου του ελληνικού πληθυσμού.
7. Ο επαναπροσδιορισμός των εκπαιδευτικών στόχων με κατεύθυνση την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα.
8. Την ένταξη γραφείου εκπαίδευσης στους νοσηλευτικούς τομείς όλων των νοσοκομείων.
9. Η προσέλκυση και η διατήρηση στο επάγγελμα των αποφοίτων της νοσηλευτικής
10. Επαναπροσδιορισμός των αμοιβών των νοσηλευτών.
11. Τήρηση καθηκοντολογίου για τον νοσηλευτή που ασκεί γενική νοσηλευτική.
12. Δημιουργία καθηκοντολογίου για τις ειδικότητες της νοσηλευτικής.

13. Έλεγχο ποιότητας, αξιολόγηση και εφαρμογή κινήτρων.
14. Δημιουργία αίσθησης στο νοσηλευτή ότι ελέγχουν τις συνθήκες στη ζωή τους και την εργασία και δεν ελέγχονται από αυτή.
15. Βελτίωση διοίκησης νοσηλευτικής υπηρεσίας με υπολογισμό αναγκών υγεία, σχεδιασμό και προγραμματισμό αναγκών για προσωπικό αλλά και αξιολόγηση – έλεγχο ποιότητας.
16. Κατάργηση του ΑΣΕΠ στην πρόσληψη των νοσηλευτών.
17. Ικανοποίηση των νοσηλευτών μέσα από την αναβάθμιση του κλάδου. Εισαγωγή κινήτρων, τήρηση των ρεπό, αλλαγή συνθηκών εργασίας, καθορισμός επιδομάτων, ενδυνάμωση της νοσηλευτικής φωνής.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## 1. ΑΠΟΦΑΣΗ ΚΕ.Σ.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ Ε.Ν.Ε.

### -ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ-

Η ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας στην 139<sup>η</sup> συνεδρίαση της 2.4.98., αφού έλαβε υπόψη της:

- το υπ' αριθμό Υ7/οικ.1395/9.3.1998 έγγραφο της Δ/σης Επαγγελματιών Υγείας του ΥΥΠ με το οποίο ζητείται η γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. για την ίδρυση Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος υπό μορφή Ν.Π.Δ.Δ,
- τις προτάσεις της επιτροπής που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμό Υ7/οικ.4139/14.7.1997 Υπουργική απόφαση για τη μελέτη και επεξεργασία του θεσμικού πλαισίου ίδρυσης ένωσης νοσηλευτών υπό μορφή Ν.Π.Δ.Δ. και
- την εισήγηση της εκτελεστικής επιτροπής

αποφάσισε τα εξής:

1. Με τις προτάσεις της ειδικής επιτροπής που συγκροτήθηκε με την προαναφερόμενη απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με γνώμονα την ανάγκη αναβάθμισης, ενίσχυσης και κατοχύρωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής, προτείνεται η ίδρυση (δια νόμου), ενός νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου που θα λειτουργεί ως επαγγελματικός φορέας του νοσηλευτικού προσωπικού και στο οποίο θα εγγράφονται ως μέλη όσοι πληρούν τις νόμιμες προϋποθέσεις για την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
2. Η ολομέλεια του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας κρίνει ότι η ίδρυση του ανωτέρω νομικού προσώπου προάγει τη νοσηλευτική και ενισχύει τις προσπάθειες του νοσηλευτικού κλάδου για την αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος-λειτουργήματος. Για την ίδρυση του νομικού

προσώπου, που προτείνεται, απαιτείται νομοθετική ρύθμιση για την οποία η Ολομέλεια του Κ.Ε.Σ.Υ. εγκρίνει το ακόλουθο σχέδιο.

## **2. ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΙΔΡΥΣΗ Ε.Ν.Ε.**

### **ΑΡΘΡΟ 1**

1. Συνίσταται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία "Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος" (Ε.Ν.Ε.), πλήρως αυτοδιοικούμενο, το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
2. Έδρα της ΕΝΕ ορίζεται η Αθήνα.
3. Η ΕΝΕ είναι σύμβουλος της κυβέρνησης, των δημόσιων οργανισμών και Επιχειρήσεων οι οποίοι εποπτεύονται από το Δημόσιο και ΟΤΑ( Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης) επί των θεμάτων Πρωτοβάθμιας ,Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας περίθαλψης υγείας και πολιτικής της υγείας.
4. Μέλη της ΕΝΕ είναι υποχρεωτικώς όλοι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

### **ΑΡΘΡΟ 2**

#### **ΣΚΟΠΟΙ**

Αυτό το άρθρο αφορά τους σκοπούς της ίδρυσης ενός Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών , όπως έχουν προαναφερθεί.

## ΑΡΘΡΟ 3

### ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ

#### Η Ε.Ν.Ε.:

1. Διοικείται από ενδεκαμελές (11) Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) το οποίο εκλέγεται, κατά τη Γενική Συνέλευση (ΓΣ) της ΕΝΕ από τους αιρετούς αντιπροσώπους των Περιφερειακών Τμημάτων.
2. Διαρθρώνεται σε Περιφερειακά Τμήματα (ΠΤ) κατά υγειονομική περιφέρεια. Όργανα διοίκησης του ΠΤ είναι η Γενική Συνέλευση και το Περιφερειακό Συμβούλιο (ΠΣ).
3. Το σύστημα εκλογής του κεντρικού Συμβουλίου (ΚΣ) και των ΠΣ είναι απλή αναλογική. Πρόταση της ΕΣΔΝΕ είναι οι υποψήφιοι για αυτά να κατέρχονται σε ενιαίο ψηφοδέλτιο, ενώ πρόταση της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. είναι οι υποψήφιοι να κατέρχονται σε συνδυασμούς ή μεμονωμένοι.
4. Με Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ), που θα εκδοθεί εντός ενός έτους από την δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και τη σύμφωνη γνώμη του Εθνικού Συνδέσμου διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΔΝΕ) (αναγνωρισθέντος με την υπ' αριθμό 137/1924 απόφαση του Πρωτοδικείου Αθηνών και τροποποιηθέντος δια της υπ' αριθμόν 927/1988 απόφασης του Πρωτοδικείου) και των εκπροσώπων νοσηλευτών της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν., ρυθμίζονται τα θέματα τα οποία αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της Ε.Ν.Ε.

Ειδικότερα ρυθμίζονται θέματα αναφερόμενα στα εξής:

- Μέλη της Ε.Ν.Ε.
- Εξειδίκευση των σκοπών της Ε.Ν.Ε των αναφερόμενων στο άρθρο 2 του παρόντος σχεδίου
- Άδεια άσκησης επαγγέλματος των νοσηλευτών. Αντιποίηση της άσκησης του επαγγέλματος
- Πειθαρχικά όργανα , πειθαρχικά παραπτώματα, πειθαρχικές ποινές

- Οργανισμός της ΕΝΕ. αρμοδιότητες των οργάνων του καθώς και σχετικά θέματα με το διοικητικό και επιστημονικό προσωπικό
  - Επιτροπές, αποζημιώσεις μελών και κανονισμοί
  - Πόροι, προϋπολογισμός, εισφορά μελών καθώς και άλλα θέματα που αφορούν την λειτουργία της ΕΝΕ.
5. Όλοι οι κάτοχοι άδεια άσκησης νοσηλευτικού επαγγέλματος, κάτοχοι πτυχίου νοσηλευτικής τριτοβάθμιας εκπαίδευσης υποχρεούνται να εγγραφούν στη ΕΝΕ εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του Προεδρικού Διατάγματος. Κατά τη μεταβατική αυτή περίοδο, αρμόδιοι για την εγγραφή και είσπραξη των εισφορών είναι η Προσωρινή επιτροπή με τη συνεργασία των νοσηλευτικών διευθύνσεων του εκάστοτε νοσοκομείου. Οι άνεργοι, συνταξιούχοι και αυτοί που δεν εργάζονται μπορούν να εγγραφούν στο πλησιέστερο προς την κατοικία τους νοσοκομείο.
  6. Μέχρι την διενέργεια των πρώτων εκλογών για την ανάδειξη του Κ.Σ, την ΕΝΕ διοικεί Προσωρινή Διοικούσα επιτροπή αποτελούμενη από 13 μέλη. Η Προσωρινά διοικούσα Επιτροπή είναι νοσηλευτές και διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση της Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. και της ΕΣΔΝΕ.
  7. Οι πρώτες εκλογές στο ΝΠΔΔ για την ανάδειξη ΠΣ και ΔΣ , διεξάγονται εντός 9 μηνών από τη δημοσίευση του ΠΔ και με την ευθύνη της Προσωρινά Διοικούσας Επιτροπής. Ειδικότερα, η Επιτροπή αυτή καλεί τα μέλη της ΕΝΕ, σε κάθε υγειονομική περιφέρεια χωριστά, σε Γενική Συνέλευση για να ορίσουν με κλήρο πενταμελή εφορευτική επιτροπή με σκοπό την οργάνωση και διεξαγωγή εκλογών προς ανάδειξη ΠΣ, εξελεγκτική επιτροπή και αιρετών αντιπροσώπων του Περιφερειακού τμήματος. δέκα μέρες μετά την ανάδειξη των αιρετών αντιπροσώπων όλων των Περιφερειακών τμημάτων συγκαλείται ΓΣ της ΕΝΕ η οποία ορίζει με κλήρο πενταμελή εφορευτική επιτροπή με σκοπό τη διεξαγωγή εκλογών για ανάδειξη ΔΣ, Πειθαρχικών Συμβουλίων και εξελεγκτικής Επιτροπής.
  8. Τα του σκοπού και της διοίκησης της ΕΝΕ μπορεί να μεταβάλλονται με εκδιδόμενο ΠΔ, προτάσσει του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από απόφαση του ΓΣ της ΕΝΕ.

## ΑΡΘΡΟ 4

### ΕΚΠΡΟΣΩΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕ

Με την εκλογή της οριστική διοίκησης της ΕΝΕ

1. στα κατά παράγραφο 1 του άρθρου 2του ν.1287/1982 μέλη της ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) προστίθενται 2 τακτικά μέλη και 2 αναπληρωματικοί εκπρόσωποι της ΕΝΕ
2. στα κατά την παράγραφο 1 του άρθρου 11 του ν. 2519/1977 μέλη του Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ) προστίθεται ο Πρόεδρος της ΕΝΕ
3. στα κατά την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του ν. 2519/1977 μέλη του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ.) προστίθεται ο πρόεδρος της ΕΝΕ.
4. αυτή εκπροσωπείται ως μέλος ( ένα τακτικό και ένα αναπληρωματικό) στο Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτών (ΕΣΑΝ)

## ΑΡΘΡΟ 5

### ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

1. Η διάλυση του σωματείου με την επωνυμία Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος και η απορρόφηση από την ΕΝΕ ακολουθεί τις διατάξεις που ακολουθεί το ισχύον καταστατικό του ΕΣΔΝΕ και οι κείμενες διατάξεις του Αστικού Κώδικα.
2. Οι εκπρόσωποι του ΕΣΔΝΕ σε διεθνείς ενώσεις και όργανα θεωρείται ότι εκπροσωπούν πλέον την ΕΝΕ μέχρι λήξης της θητείας τους, ή σε



περίπτωση ορισμού τους , μέχρι της εκλογής της οριστικής διοίκησης της ΕΝΕ, η οποία δίνεται να τους αντικαταστήσει.

### 3. Πρόταση ΕΣΔΝΕ

Σε περίπτωση διάλυσης του ΕΣΔΝΕ και απορρόφησης του από την ΕΝΕ, αμέσως μετά τη λύση του πρώτου:

- οι υπάλληλοι του ΕΣΔΝΕ προσλαμβάνονται από την ΕΝΕ σε οργανικές θέσεις ανάλογες των προσόντων τους που προβλέπονται στον οργανισμό της.
- τα υφιστάμενα κληροδοτήματα του ΕΣΔΝΕ μετατρέπονται σε κληροδοτήματα της ΕΝΕ, κατά το ιδρυτικό τους και τις εκάστοτε κείμενες διατάξεις.

## 3.Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η υπ' αριθμόν 149/1977 διεθνής σύμβαση για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Νόμο 1672/1986 που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 203/Τεύχος Α/24-12-1986. η Σύμβαση αυτή ψηφίστηκε από τη Γενική Συνδιάσκεψη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας στην Εξηκοστή Τρίτη Σύνοδο της, στη Γενεύη το 1977.

Η Γενική Συνδιάσκεψη , που συγκλήθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο του διεθνούς Γραφείου Εργασίας, αφού:

- αναγνώρισε το βασικό ρόλο που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη διασφάλιση και τη προστασία της υγείας και της καλής διαβίωσης του πληθυσμού,
- αναγνώρισε ότι ο δημόσιος τομέας ως εργοδότης του νοσηλευτικού προσωπικού θα έπρεπε να διαδραματίσει ενεργό ρόλο για τη βελτίωση των συνθηκών απασχόλησης και εργασίας αυτού,

- διαπίστωσε ότι η σημερινή κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού πολλών χωρών, η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη ειδικευμένων ατόμων, αποτελεί εμπόδιο στην ανάπτυξη αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας,
- υπενθύμισε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό καλύπτεται από πολυάριθμες διεθνείς συμβάσεις και συστάσεις εργασίας που καθορίζουν γενικούς κανόνες σε θέματα απασχόλησης και συνθηκών εργασίας όπως είναι η διάκριση, η συνδικαλιστική ελευθερία, η συλλογική διαπραγμάτευση, η διάρκεια εργασίας, η άδεια με αποδοχές, η εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές, η κοινωνική ασφάλεια, η προστασία της μητρότητας κ.α.,
- έκρινε ότι κάτω από τις συνθήκες που ασκείται το επάγγελμα του νοσηλευτή θα πρέπει να συμπληρωθούν αυτοί οι γενικοί κανόνες με κανόνες που θα εφαρμόζονται ειδικά στο νοσηλευτικό προσωπικό και θα του διασφαλίζουν μια κατάσταση που να ανταποκρίνεται στο ρόλο του μέσα στο τομέα της υγείας,
- σημείωσε ότι οι παρακάτω κανόνες (περιεχόμενο σύμβασης) καταρτίστηκαν με τη συνεργασία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και ότι αυτή η συνεργασία θα συνεχιστεί για την προώθηση και τη διασφάλιση της εφαρμογής τους,
- αποφάσισε να δεχθεί κάποιες προτάσεις σχετικές με την απασχόληση και τις συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού,
- αποφάσισε ότι οι προτάσεις αυτές θα πάρουν τη μορφή διεθνούς σύμβασης.

αποδέχεται δέκα έξι άρθρα (16) (περιληπτικώς αναφερόμενα παρακάτω) ως περιεχόμενο της διεθνούς σύμβασης εργασίας των νοσηλευτών.

Στα άρθρα αυτά αναφέρονται μεταξύ των άλλων τα εξής:

- Για τους σκοπούς τη σύμβασης ο όρος νοσηλευτικό προσωπικό περιλαμβάνει όλες τις κατηγορίες του προσωπικού που παρέχουν νοσηλευτικές φροντίδες και υπηρεσίες
- Η σύμβαση αυτή εφαρμόζεται σε ολόκληρο το νοσηλευτικό προσωπικό που ούδηποτε και αν ασκεί τις υπηρεσίες του

- Η αρμόδια αρχή μπορεί, μετά από συνεννόηση με τις εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις, να αποδέχεται διατάξεις για νοσηλευτικό προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του εθελοντικά
- Κάθε μέλος που έχει επικυρώσει τη σύμβαση αυτή θα πρέπει, ανάλογα με τις εθνικές συνθήκες να εκπονεί και να εφαρμόζει μια πολιτική νοσηλευτικών υπηρεσιών και προσωπικού η οποία στοχεύει στο να εξασφαλίζει τις απαραίτητες ποιοτικά και ποσοτικά νοσηλευτικές φροντίδες για να οδηγηθεί ο πληθυσμός στο υψηλότερο επίπεδο υγείας. Η πολιτική αυτή θα συντονίζεται με τις πολιτικές που αναφέρονται στις άλλες απόψεις υγείας και τους άλλους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, σε συνεννόηση με τις ενδιαφερόμενες εργοδοτικές και εργατικές οργανώσεις
- Κάθε μέλος θα πρέπει να λάβει τα αναγκαία μέτρα για να διασφαλίσει στο προσωπικό κατάλληλη εκπαίδευση και συνθήκες εργασίας που να εμπεριέχουν προοπτικές εξέλιξης και υψηλών αποδοχών, ώστε να μπορούν να κρατήσουν και να προσελκύσουν προσωπικό στο επάγγελμα
- Οι βασικές απαιτήσεις και ο έλεγχος στον τομέα της διδασκαλίας και της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού θα προβλέπονται από τη νομοθεσία ή την εθνική αρχή ή τις αρμόδιες επαγγελματικές οργανώσεις
- Η διδασκαλία και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να συντονίζεται με την εκπαίδευση που παρέχεται στους άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.
- Η Εθνική Νομοθεσία θα προσδιορίσει τις προϋποθέσεις από τις οποίες θα εξαρτηθεί το δικαίωμα άσκησης νοσηλευτικών φροντίδων και υπηρεσιών και θα επιφυλάξει αυτό το δικαίωμα στα πρόσωπα που πληρούν τις προϋποθέσεις.
- Θα ληφθούν μέτρα για να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών υπηρεσιών και την συνεννόηση μαζί του για θέματα που το αφορούν
- Ο καθορισμός των συνθηκών απασχόλησης και εργασίας θα γίνεται μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ των ενδιαφερόμενων εργοδοτικών και εργατικών οργανώσεων, ενώ η ρύθμιση των διαφορών που προκύπτουν

κατά τον καθορισμό των συνθηκών απασχόλησης θα επιδιώκεται με τη διαπραγμάτευση μεταξύ των μερών ή με τρόπο που να κερδίζει την εμπιστοσύνη των μερών.

- Το νοσηλευτικό προσωπικό θα απολαμβάνει τουλάχιστον ίσες συνθήκες με τους άλλους εργαζομένους στους τομείς της διάρκειας εργασίας, εβδομαδιαίας ανάπαυσης, ετήσιας άδειας με αποδοχές, εκπαιδευτικής άδειας, άδειας μητρότητας, άδειας ασθενείας, κοινωνικής ασφάλειας
- Κάθε μέλος θα προσπαθήσει να βελτιώσει τις νομοθετικές διατάξεις για την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, προσαρμόζοντας τις στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και στο περιβάλλον όπου αυτή παρέχεται
- Εφόσον δεν εφαρμοσθούν με συλλογική σύμβαση, με κανονισμό επιχείρησης, με διαιτητική ή δικαστική απόφαση ή με άλλο τρόπο, οι διατάξεις της σύμβασης θα πρέπει να εφαρμοσθούν διαμέσου της εθνικής νομοθεσίας
- Οι επίσημες επικυρώσεις της σύμβασης θα κοινοποιούνται στο Γενικό Διευθυντή του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας
- Η σύμβαση θα αρχίσει να ισχύει 12 μήνες μετά την καταχώρηση από το Γενικό Διευθυντή των επικυρώσεων 2 μελών ενώ για κάθε μέλος θα ισχύει 12 μήνες μετά την ημερομηνία καταχώρησης της επικύρωσης της από αυτή
- Κάθε μέλος που έχει επικυρώσει αυτή τη σύμβαση θα μπορεί να την καταγγείλει μετά τα δέκα χρόνια από την ημερομηνία έναρξης, με πράξη κοινοποίησης στο Γενικό Διευθυντή του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας. Η καταγγελία θα ισχύει ένα χρόνο μετά τη ημερομηνία κατά την οποία έγινε η καταχώρηση της
- Ο Γενικός διευθυντής του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας θα γνωστοποιεί στα μέλη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας τη καταχώρηση όλων των επικυρώσεων και

καταγγελιών. Επίσης θα επισημαίνει στα μέλη της οργάνωσης την ημερομηνία από την οποία θα αρχίζει να ισχύει η σύμβαση

- Επίσης, ο Γενικός Διευθυντής θα κοινοποιεί στο Γενικό Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών, σύμφωνα με το άρθρο 102 του Καταστατικού Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών πληροφορίες για όλες τις επικυρώσεις και τις πράξεις καταγγελίας
- Το Διοικητικό Συμβούλιο του διεθνούς Γραφείου Εργασίας θα αποφασίζει, αν κρίνεται αναγκαίο, για ολική ή μερική αναθεώρηση της σύμβασης με έκθεση στην Γενική Συνδιάσκεψη
- Σε περίπτωση που η συνδιάσκεψη ψηφίσει νέα σύμβαση, η επικύρωση της έστω και από ένα μέλος θα επιφέρει άμεση καταγγελία αυτής της σύμβασης ενώ, από την ημέρα ισχύς της νέας πάει η δυνατότητα για τα μέλη να επικυρώνουν αυτή. Η σύμβαση θα παραμείνει σε ισχύ για τα μέλη εκείνα που την έχουν επικυρώσει και δεν θα επικυρώσουν τη νέα.(N.1672/86)

### **Βιβλιογραφία**

Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ Τεύχος 28 / Σεπτέμβριος 1998 Απόφαση ΚΕΣΥ (2.4.98) Σελ. 3-4

περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος-Αύγουστος 1997 Άρθρο : Διεθνής Σύμβαση Εργασίας Για Το Νοσηλευτικό Προσωπικό, Πλήρες κείμενο του νόμου N.1672/86 με τον οποίο κυρώθηκε, σελ. 94-97

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΞΕΝΗ**

A Curriculum for Schools of Nursing ( New York: National League of Nursing Education, 1927) p. 44

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

### **Α**

Ανδριώτη Δέσποινα, Νοσηλευτικό δυναμικό στην Ελλάδα - ανάγκες και εκτιμήσεις, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1989, σελ. 9-14, 37-39, 64-89

### **Λ**

Βασιλική Ανδρ. Λαναρά, Ηρωισμός και Νοσηλευτική, 1977, Κεφάλαιο Ι: Νοσηλευτική Αξία του Παρελθόντος σελ.2-24

Βασιλική Ανδρ. Λαναρά, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, Έκδοση, Αθήνα 1999, σελ.200-430, 29-169

Βασιλική Ανδρ. Λαναρά, Τα εκατό χρόνια της σχολής αδελφών νοσοκόμων του " Ευαγγελισμού" 1875-1975, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο, 1997

### **Μ**

Π. Μπρατάνη. Νοσηλεία στο σπίτι. Στα πρακτικά του 23<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου. Καβάλα, Σελ.210-220

## **Π**

Πουρναρόπουλου ΓΚ, Η Ιατρική του Αγώνα – Η Συμβολή των Υγειονομικών στον Αγώνα της Ανεξαρτησίας, 1973, σελ 45-50

Παπαμικρούλη Σ (1991) Βελτίωση νοσηλευτικής φροντίδας- Κοινωνική Προσφορά, Πρακτικά 18<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα ΕΣΔΝΕ, σελ. 15-21

Πλατή Χ., 1991, Εκτίμηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, πρόκληση για τους νοσηλευτές, , 21-23, 133-139

Πλατή Χρ. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες προσδιοριστικοί της στελέχωσης νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα νοσηλευτικής, Αθήνα 1997, σελ. 67-89

## **Σ**

Σαπουντζή – Λεμονίδου 1994, Η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις και προοπτικές, Αθήνα, σελ. 119-139, 40-55

## **Τ**

Τζιράκη ΝΕ, Θρησκευτική Ηθική Εγκυκλοπαίδεια. τομ. 9, Αθήνα 1966, Σελ.1156-1157

## **ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

Περιοδικό Επιθεώρηση της Υγείας: Σωτήρης Πλάκας( νοσηλευτής MSc) Τι είναι η Νοσηλευτική Επιστήμη, Ένας διεθνής διάλογος. Ιούλιος- Αύγουστος 1999, σελ.15-38

Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας: Πλακάς Σωτήριος, Νοσηλευτική εργασία και διεκδίκηση, Ιούλιος – Αύγουστος 1997 σελ. 91-105

Περιοδικό: Επιθεώρηση υγείας ( Μάιος- Ιούνιος )1992, Άρθρο: Το νοσοκομείο σαν σύστημα- θεωρία και ανάλυση, Γ. Τσαλίκη.

Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας (Νοέμβριος-Δεκέμβριος )1991 Ραγιά ΑΧ, Κλινική Νοσηλευτική Έρευνα- Ιδιαιτερότητες και Προβλήματα 43-46

Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας (Νοέμβριος –Δεκέμβριος) 1990 Βασιλική Ανδρ. Λαναρά Νοσηλευτική Έρευνα- Εξέλιξη και Προοπτικές σελ. 37-41, 43

Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας Ελένη Ντόβα, Ο νοσηλευτής του 21<sup>ου</sup> αιώνα, Μάρτιος - Απρίλιος 1997, , σελ.98-101

Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας Αδαμοπούλου Ελένη, Ο θεσμός του Ειδικού Νοσηλευτή, Μάρτιος – Απρίλιος 1998 , σελ. 74-77

Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ Τεύχος 32/ Ιανουάριος 1999 Άρθρο: Τα εκατό χρόνια από την ίδρυση του διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών σελ.3-6

Περιοδικό Νοσοκομειακά Χρονικά Άρθρο: Ε.Μωραΐτης. Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης. Νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες βραχείας νοσηλείας, τεύχος 47, σελ. 146-151, 1994

Περιοδικό Νοσηλευτική, Άρθρο: Υπάρχει Θεσμοθέτηση Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Σοφία Κατσουλάκη και Χρυσούλα Νταφογιάννη τεύχος 1, σε. 90-110

Περιοδικό Νοσηλευτική, Άρθρο: Π. Σουρτζή. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι, τεύχος 1 σελ. 24-34, 1997

Περιοδικό Νοσηλευτική, Άρθρο: Ε. Γεωργούση, Γ. Κυριόπουλος Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: μια πρώτη θεώρηση. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 8 σελ.137-143, 1996

Περιοδικό Νοσηλευτική, Άρθρο: Βασιλική Ανδρ. Λαναρά, Ιατρική Εκπαίδευση και Νοσηλευτική, τεύχος 1 σελ. 32, (1985)

Περιοδικό Νοσηλευτική τεύχος 29, τόμος 3 :σελ.176-178 Άρθρο: Σχέδιο Εσωτερικού Κανονισμού Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (1990), Πλατή ΧΔ.

Περιοδικό Νοσηλευτική: Β. Ραφτόπουλος, Το Όραμα της νοσηλευτικής, τόμος 2, 1999, σελ. 110-113



Περιοδικό Νοσηλευτική: Μερκούριος Αναστάσιος και Χρυσούλα Λεμονίδου, (Ιανουάριος- Μάρτιος) 1999, Τόμος 38, σελ. 6-15. Άρθρο: Ποιότητα νοσηλευτικής Φροντίδας.

## **INTERNET**

<http://www.who.dk/document/e75425.pdf>

<http://www.who.dk/document/e70876.pdf>

<http://www.mednet.gr/elegeia/phc1015g.htm>. Η νοσηλευτική Φροντίδα στο Σπίτι Θ.Κωνσταντινίδης και Ε. Τσαγκαράκη, 1998

Peter Yuen, The 12<sup>th</sup> Edition of the OHE Compendium of Health Statistics, 2000 [www.who.dk/nursing/nursconf/english/evidencebase.htm](http://www.who.dk/nursing/nursconf/english/evidencebase.htm)

<http://esdne.gr/SeEndiafereiGR.htm>

<http://www.esdne.gr/whoGR.htm>

<http://www.esdne.gr/OrganosiGR.htm>

<http://www.poedhn.gr/history.htm>

<http://disabled.gr/lavda/pca01.htm>

<http://esdne.gr/SeEndiafereiGR.htm>

<http://www.who.dk/document/e71498.pdf>

<http://www.who.dk/document/e73039.pdf>

<http://www.doh.gov.uk/publications/point.html>

<http://www.ohe.org.uk/publications/papers>

## **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

ΦΕΚ. Αθήνα 27 Μαρτίου 1986, Τεύχος πρώτο, αριθμός φύλλου 32, Προεδρικό Διάταγμα 87: Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων Άρθρα: 2,3,4,7,9,10,11,12,13,134

ΦΕΚ 124/1948. Προεδρικό Διάταγμα: 683 Περι Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών

ΦΕΚ 172/1968 Προεδρικό διάταγμα: 1404 Δομή και Λειτουργία των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων

Προεδρικό Διάταγμα 445/199 Περί προγράμματος εκπαίδευσης των Μαιών.

Προεδρικό Διάταγμα 184/1979. Περί ίδρυσης νοσηλευτικής Σχολής εις το Πανεπιστήμιο Αθηνών.

✘ Διεθνής Σύμβαση Εργασίας για το Νοσηλευτικό Προσωπικό 149/1977, Νόμος που κυρώθηκε 1672/1986 που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 203/τεύχος Α/24-12-1986. Επιθεώρηση Υγείας Ιούλιος- Αύγουστος 1997 σελ. 94-98

ΦΕΚ, Αθήνα 14 Ιουνίου 1989, Τεύχος Πρώτο, Αριθμός Φύλλου 159,

Προεδρικό Διάταγμα 351, Άρθρα: 1,3,4

## **ΞΕΝΗ**

A Curriculum for Schools of Nursing ( New York: National League of Nursing Education, 1927) p. 44