

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΧΕΠΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



Εισηγήτρια:
ΓΟΥΛΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Επιμέλεια:
ΔΡΟΥΜΠΑΛΗΣ ΦΩΤΙΟΣ
ΚΩΣΤΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ <<ΑΧΕΠΑ>>

1.1	Εισαγωγή	7
1.2	Ιστορική αναδρομή	8
1.3	Θέση και χωροκατανομή.....	12
	1.3.1 Γενικά.....	12
	1.3.2 Επιχειρησιακές ζώνες.....	13
	1.3.3 Η δυναμική των διαστάσεων στο νοσοκομειακό χώρο.....	15
1.4	Δομή οργάνωση και λειτουργία του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ.....	18
	1.4.1 Γενικά.....	18
	1.4.2 Οργανισμός του νοσοκομείου.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

2.1	Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.....	21
	2.1.1 Τα κυριότερα νομοθετήματα	22
2.2	Η δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	24
	2.2.1 Η νοσηλευτική και οι σκοποί της	24
	2.2.2 Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	25
	2.2.3 Ιεραρχική διάρθρωση διοίκησης της νοσηλευτικής υπηρεσίας	26
2.3	Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού και κίνηση νοσοκομείου	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

3.1	Εισαγωγή	47
3.2	Έννοια και ορισμός της επικοινωνίας.....	48
3.3	Μορφές επικοινωνίας.....	51
	3.3.1 Προφορική επικοινωνία.....	51
	3.3.2 Γραπτή επικοινωνία.....	52
	3.3.3 Μη λεκτική μορφή επικοινωνίας.....	52
3.4	Το πρόβλημα και η βελτίωση της επικοινωνίας.....	53
	3.4.1 Το πρόβλημα στην επικοινωνία.....	54
	3.4.2 Βελτίωση της επικοινωνίας.....	54
3.5	Η διαδικασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική.....	57
	3.5.1 Εισαγωγή.....	57
	3.5.2 Η έννοια της επικοινωνίας στη λειτουργική διασύνδεση του προσωπικού.....	58
	3.5.3 Η επικοινωνία στη διοικητική οργάνωση του νοσηλευτικού ιδρύματος.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

4.1	Εισαγωγή.....	60
4.2	Θεωρήσεις – απόψεις για τη σύγκρουση.....	61
4.3	Είδη σύγκρουσης.....	62
4.4	Προτάσεις αντιμετώπισης του αποσυντονισμού.....	68
ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....		73

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν, στη διάρκεια της φοίτησης μου στο ΤΕΙ Καλαμάτας και ιδιαίτερα τους δύο καθηγητές μου, Φ. Δρούμπαλη και Θ. Κωστίκου, για την βοήθεια που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω για την συνεργασία και το προσωπικό του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για της πληροφορίες που με βοήθησαν να συλλέξω και ιδιαίτερα, την κυρία Βασιλειάδου Γεωργία, Τομεάρχης Α Χειρουργικού Τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το γραφείο Πολιτικών Μηχανολόγων, Πυρασφάλειας και Έκτατης Ανάγκης, Προσωπικού και τέλος της Στατιστικής Υπηρεσίας.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ❖ ΔΣ: Διοικητικό Συμβούλιο
- ❖ ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- ❖ ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ❖ ΚΧ: Καρδιοχειρουργική Κλινική
- ❖ ΜΕΠ: Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης
- ❖ ΟΦΘ: Οφθαλμολογική κλινική
- ❖ ΠΡΧ: Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική
- ❖ ΤΕΙ : Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων
- ❖ ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- ❖ ΩΡΛ: Ωτορυνολαρυγγική κλινική

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της εργασίας μου είναι η παρουσίαση της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ και η επικοινωνία. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα προβλήματα, που δημιουργούνται λόγω έλλειψης προσωπικού και πως επηρεάζει τα άτομα της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην επικοινωνία.

Η εργασία απαρτίζεται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ με σκοπό την ανάλυση και κατανόηση της πολύπλοκης λειτουργίας ενός μεγάλου οργανισμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ που αποτελεί το πεδίο εργασίας σε συνάρτηση με την επικοινωνία.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην επικοινωνία με σκοπό την κατανόηση της έννοιας και τις διάφορες προσεγγίσεις που σχετίζονται με την επικοινωνία και τη διοίκηση.

Το τέταρτο κεφάλαιο που φέρει τον τίτλο σύγκρουση αναφέρετε στα αποτελέσματα που προέρχονται από την έλλειψη επικοινωνίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τον επίλογο και αναφέρετε στα συμπεράσματα που προέκυψαν. Από την έρευνα συμπεραίνουμε ότι η κάλυψη κενών οργανικών θέσεων, η θέσπιση ενός σύγχρονου καθηκοντολογίου, η απόδοση κινήτρων στους εργαζομένους, η συνεχής επιμόρφωση των υπαλλήλων είναι μερικές από τις λύσεις – απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή αλλά και καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ <<ΑΧΕΠΑ>>

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <<ΑΧΕΠΑ>>. Σκοπός του κεφαλαίου είναι η γνωριμία του αναγνώστη με το νοσοκομείο που θα λάβει μέρος η εργασία μας. Το κεφάλαιο αυτό αφορά την παρουσίαση του νοσοκομείου ως προς την κτιριακή υποδομή, οργάνωση και τη λειτουργία του.

Στα πλαίσια του σκοπού αυτού το παρόν κεφάλαιο χωρίζεται στα εξής υποκεφάλαια :

1.1 Εισαγωγή

1.2 Ιστορική αναδρομή

1.3 Θέση και χωροκατανομή

1.4 Δομή οργάνωση και λειτουργία

Το πρώτο υποκεφάλαιο <<1.1 Εισαγωγή>> αναφέρεται σε γενικά στοιχεία του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, ούτως ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει το είδος και το μέγεθος του νοσοκομείου που θα λάβει χώρο η εργασία .

Στο δεύτερο υποκεφάλαιο << 1.2 Ιστορική αναδρομή >> γίνεται αναφορά στην χρονική εξέλιξη από την ίδρυση του νοσοκομείου έως και σήμερα, με την σταδιακή αύξηση της κτιριακής υποδομής και των κλινικών τμημάτων του νοσοκομείου.

Το τρίτο υποκεφάλαιο << 1.3 Θέση και χωροκατανομή >> αναφέρεται αναλυτικά στην κτιριακή κατανομή των χώρων του νοσοκομείου και στις υπάρχουσες ζώνες νοσηλείας.

Το τέταρτο υποκεφάλαιο << 1.4 Δομή οργάνωση και λειτουργία του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ>> αναφέρεται στη μορφή και το τύπο του νοσοκομείου. Ο σκοπός του υποκεφαλαίου είναι να προσδιορίσει τις τυπικές διόδους επικοινωνίας όλων των κατηγοριών του προσωπικού.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ είναι ένα από τα δύο (2) Πανεπιστημιακά Γενικά Νοσοκομεία (ΠΓΝΘ) που λειτουργούν αυτήν την στιγμή στην Θεσσαλονίκη. Έχει οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετεί ασθενείς που χρειάζονται παροχή ειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και οι οποίες δεν μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι του ασθενή, στα κέντρα υγείας, και στα τοπικά νοσοκομεία.

Πιο συγκεκριμένα το ΑΧΕΠΑ συγκεντρώνει όλες τις υπηρεσίες εκείνες που μπορούν να προσφέρουν ειδικευμένα νοσοκομεία ξεχωριστά. Παρέχοντας υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία, διαθέτει όλες τις κατηγορίες και ειδικότητες προσωπικού, πανεπιστημιακούς – ειδικευμένους ιατρούς αλλά και κατάλληλο ειδικό νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.¹

Στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ νοσηλεύονται ασθενείς, από το πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης (1.453.183 κατοίκων) αλλά και από την ευρύτερη περιοχή του νομού με δύο κέντρα υγείας αυτά του Σοχού και της Νέας Μαδύτου, οι οποίοι χρίζουν ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και στους οποίους παρέχεται πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.²

¹Στοιχεία δραστηριότητας ΑΧΕΠΑ, περίοδος 1985-1992, Θεσσαλονίκη, Ιούλιος 1993, σελ 5.

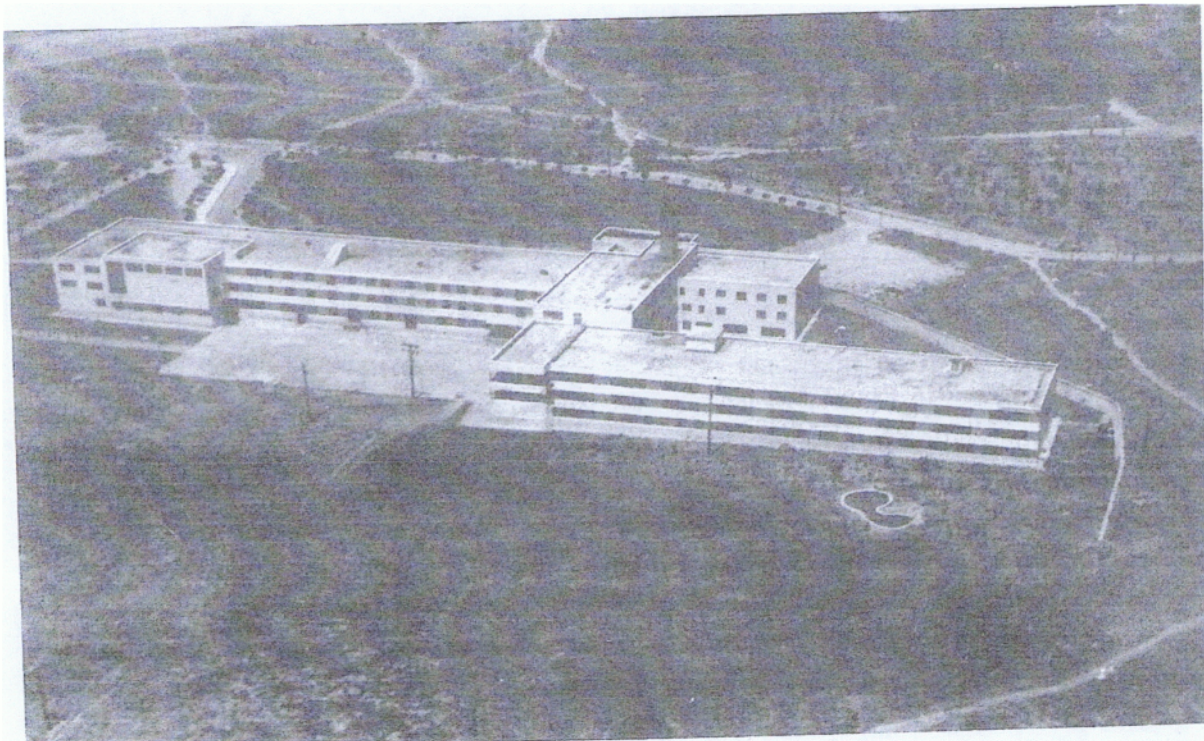
² www.ahera.gr

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης <<ΑΧΕΠΑ>> είναι άρρηκτα συνδεδεμένη μ' αυτήν της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η οποία ιδρύθηκε το 1942.

Λίγα χρόνια αργότερα το 1947, οι ΑΧΕΠΑΝΣ αποφασίζουν, (χάρην της προσπάθειας και ενεργητικότητας της νεαρής τότε Ιατρικής Σχολής και της αξιοθαύμαστης προσπάθειας του χειρουργού, καθηγητή Μαρίνου Σιγάλα) να ενισχύσουν την ίδρυση ενός σύγχρονου Νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη.³

Έτσι το Μάρτιο του 1953 αρχίζει να λειτουργεί το ΑΧΕΠΑ. Ήταν το πρώτο καινούργιο νοσοκομείο στη Θεσσαλονίκη, σαράντα ένα (41) χρόνια μετά την απελευθέρωση της.⁴



Το αρχικό κτίριο του ΑΧΕΠΑ αποτελούταν από δυο πτέρυγες και ήταν εξ' αρχής σχεδιασμένο και κατασκευασμένο στα πρότυπα του μέσου μεγέθους επαρχιακών Αμερικάνικων νοσοκομείων της εποχής εκείνης.⁵

³ Αρχικά μίας οργάνωσης ομογενών Ελλήνων της Αμερικής, που προέρχονται από τις λέξεις :American Hellenic Educational Progressive Association και σημαίνει : Αμερικανοελληνική μορφωτική προοδευτική ένωση. Ιδρύθηκε το 1923 στην πόλη Ατλάντα και σήμερα εδρεύει στο Νόρτσεστερ των ΗΠΑ. Η ΑΧΕΠΑ σε πολλές περιπτώσεις ενίσχυσε την Ελλάδα και τα μέλη της κάθε χρόνο διοργανώνουν εκδρομές στην πατρίδα τους γη. Με προσφορές τους χτίστηκε στη Θεσσαλονίκη το ομώνυμο νοσοκομείο στο χώρο της πανεπιστημιούπολης. Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια 2002, τόμος τρίτος, σελ 330-331.

⁴ Η Θεσσαλονίκη απελευθερώθηκε 26 Οκτωβρίου του 1912 από τον Τούρκικό ζυγό. Εγκυκλοπαίδεια 2002, τόμος 7, Νέα έκδοση, σελ 410.

⁵ Στοιχεία δραστηριότητας ΑΧΕΠΑ, περίοδος 1985-1992, Θεσσαλονίκη, Ιούλιος 1993, σελ 9-10.

Το 1953 το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ διαθέτει συνολικά 120 κλίνες εκ των οποίων τρεις Χειρουργικές κλίνες, μία Παθολογική και με τα αντίστοιχα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ), με τέσσερα Εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό, βιολογικής χημείας και παθολογοανατομικό).

Το 1955 εξοπλίζεται πλήρως μία νέα πτέρυγα Παιδιατρικής με δύναμη 100 κρεβατιών, μέσω της Σουηδικής Φιλανθρωπικής Οργάνωσης RAEDDA BARNER (στην οποία τρία χρόνια μετά 1958 εγκαθίσταται η Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική). Το 1967 λειτουργεί ακόμα μια πτέρυγα, με συνολικά 250 κρεβάτια, φτάνοντας έτσι συνολικά 500 περίπου κρεβάτια, στο υπάρχον χώρο του νοσοκομείου.

Παρόλο που το 1969 δημιουργήθηκε ένας ακόμα όροφος που παραδόθηκε σε λειτουργία (με 55 κρεβάτια), μόλις στο τέλος του 1981 εγκαταστάθηκε σε αυτόν η Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική (ΠΡΧ). Η καθυστέρηση των δώδεκα χρόνων ήταν μεγάλη. Την ίδια περίοδο ξεκίνησε επίσης και η ανέγερση μίας νέας πτέρυγας στην εσωτερική αυλή, η οποία ολοκληρώνεται το 1984, και εγκαθίστανται η Καρδιοχειρουργική Κλινική (ΚΧ με 26 κρεβάτια), η Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής (ΜΕΠ με 6 κρεβάτια) και τα χειρουργεία της καρδιάς.

Το 1987 το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης παραχωρεί ένα πενταόροφο και δυο διώροφα κτίρια του Νευροχειρουργικού Ινστιτούτου των οποίων η κατασκευή τους είχε ξεκινήσει το 1979. Το Νοέμβριο του 1987 ύστερα από την εκτέλεση των απαραίτητων εργασιών (κάλυψη σε εξοπλισμό και προσωπικό) άρχισαν να λειτουργούν όλοι οι όροφοι των κτιρίων αυτών.⁶

Το 1990 μια νέα πτέρυγα ολοκληρώθηκε και εξοπλίστηκε, στην οποία εγκαταστάθηκε και λειτουργούσε το τμήμα των Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ). Στους χώρους που μέχρι τότε λειτουργούσαν το ΤΕΙ εγκαταστάθηκε και λειτούργησε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Παράλληλα μελετήθηκε η ανάπτυξη του τμήματος της Βραχείας Νοσηλείας και ολοκληρώθηκε μετά από πέντε χρόνια.⁷

⁶ www.ahpa.gr

⁷ Στοιχεία δραστηριότητας ΑΧΕΠΑ, περίοδος 1985-1992, Θεσσαλονίκη, Ιούλιος 1993, σελ 12-13

Το 1993 οι διαθέσιμες κλίνες, στο σύνολο των τομέων, έφτασαν τις 679 σημειώνοντας αύξηση 8,6% . Επιπλέον ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών παρουσίασε σημαντική αύξηση της τάξης του 32,8%, η οποία ανήλθε σε 122,746 άτομα το 1993 από τα 92,414 άτομα που είχαν εξεταστεί το 1986. Το σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων υπερδιπλασιάστηκε, καθώς η μέση διάρκεια νοσηλείας, το ποσοστό πληρότητας και ο αριθμός θανάτων σημείωσαν σημαντική μείωση, τονίζοντας κατά κάποιο τρόπο την ανάγκη των πολιτών για μεγαλύτερη και καλύτερη νοσηλεία. Παράλληλα το νοσοκομείο προέβαινε σε προσλήψεις προσωπικού όλων των κατηγοριών για την κάλυψη αναγκών.⁸

Με τον ερχομό της καινούργιας χιλιετίας, τα πλέον επιστημονικά τμήματα του ΑΧΕΠΑ κάλυπταν σχεδόν όλο το εύρος των ειδικοτήτων της ιατρικής επιστήμης. Στα τμήματα αυτά περιλαμβάνονταν επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα, πρωινά και απογευματινά ΤΕΙ, ΤΕΠ καθώς και διαγνωστικά εργαστήρια και κέντρο αιμοδοσίας.

Το 2002 με την δημοσίευση του νόμου 2889/2001 και με βάση το άρθρο 16 παράγραφο 3, το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου αποφάσισε την αλλαγή του ονόματος του από Περιφερειακό σε Πανεπιστημιακό η οποία επικυρώθηκε με σχετική απόφαση του στις 25/4/2002.

Το 2003 το Νοσοκομείο για πρώτη φορά υποβάλλει το Επιχειρησιακό Σχέδιο για τα επόμενα 5 χρόνια, στο οποίο περιλαμβάνονταν αναλυτικά όλα όσα είχαν προβλεφθεί να γίνουν, με βάση την ισχύουσα Νομοθεσία.⁹ Για πρώτη φορά και μετά από αρκετά χρόνια λειτουργίας, η διοίκηση του νοσοκομείου αποφάσισε μέσα από επίσημο έγγραφο να θέσει τους σκοπούς και τους στόχους του νοσοκομείου γνωστούς τόσο στο υπουργείο υγείας όσο και στους ίδιους τους εργαζόμενους.

Σήμερα το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ έχει αναπτυγμένα συνολικά 647 κλίνες και λειτουργούν, σύμφωνα με διυπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Παιδείας και Υγείας και τον Οργανισμό του Νοσοκομείου μόνο Πανεπιστημιακές κλίνες αλλά και εργαστήρια τόσο δευτεροβάθμιας όσο και τριτοβάθμιας περίθαλψης.¹⁰⁻¹¹

⁸ Γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας, Πέμπτη 11-8-2005.

⁹ www.ahera.gr 26/3/2005.

¹⁰ Σφυγμός του ΑΧΕΠΑ, τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2005, σελ 3.

¹¹ Η δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτει ειδικές νοσοκομειακές ανάγκες με ειδικές νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό. Η τριτοβάθμια – πανεπιστημιακή περίθαλψη καλύπτει πιο ειδικές

Επίσης στα πλαίσια ανάπτυξης του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ ολοκληρώνονται ήδη, ή έχουν δρομολογηθεί διάφορα νέα τμήματα – πτέρυγες : πρώτον μια νέα πτέρυγα χειρουργείων και διοίκησης (η μελέτη τους έχει ολοκληρωθεί και υποβλήθηκε στο Υπουργείο Υγείας), δεύτερον η ανέγερση κτιρίου μέσης τεχνικής επαγγελματικής νοσηλευτικής σχολής (εκκρεμεί μόνο η χρηματοδότηση), τρίτον η επέκταση του συστήματος πληροφορικής σε κλινικές και εργαστήρια του νοσοκομείου για την μείωση της γραφειοκρατικής δουλειάς και την δημιουργία ηλεκτρονικών φακέλων και τέλος ο εκσυγχρονισμός της βιοϊατρικής τεχνολογίας ο οποίος αφορά επίσης την συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού υπηρεσιών υγείας.¹²

Στο παραπάνω πλαίσιο ανάπτυξης του νοσοκομείου δεν γίνεται αναφορά στον αριθμό και στις κατηγορίες προσωπικού που απαιτείται για τη λειτουργία των νέων τμημάτων κάτι το οποίο θα έπρεπε ίσως να περιλαμβάνεται εντός του επιχειρησιακού σχεδίου.

περιπτώσεις που απαιτούνται πανεπιστημιακές γνώσεις , καθώς και υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία. Δρούμπαλης Φ, Παρασκευόπουλος Λ, Λιακέα Γ. Οργάνωση Διοίκησης Μονάδων Υγείας Πρόνοιας , σελ 3-4.

¹² Προσωπική συνέντευξη Βασιλειάδου Γεωργία Τομεάρχη Α Χειρουργικού Τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας Αύγουστος 2005.

1.3 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ

1.3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <<ΑΧΕΠΑ>> έχει έδρα την συμπρωτεύουσα της Ελλάδας, την πόλη της Θεσσαλονίκης.

Το ΑΧΕΠΑ είναι κτισμένο στο βορειοανατολικό τμήμα της πόλης της Θεσσαλονίκης σε οικοπέδο συνολικής έκτασης **91.100 m²** (το οικοπέδο στο οποίο είναι χτισμένο το νοσοκομείο είναι επίπεδο, βρίσκεται σε επαφή με το σχέδιο πόλης, στην οδό Στίλπωνος Κυριακίδη 1). Αποτελείται από δύο κτιριακά τμήματα, το παλαιό κτιριακό συγκρότημα που η ιστορία του ξεκινάει με την αρχή λειτουργίας του νοσοκομείου και το καινούργιο κτιριακό συγκρότημα που κατασκευάστηκε το 1987. ¹³⁻¹⁴

Χαρακτηρίζεται ως **μεγάλου μεγέθους νοσοκομείο** αφού διαθέτει **679 κλίνες** και προβλέπεται ότι μπορούν να φτάσουν μέχρι και τις 920 κλίνες στον ήδη υπάρχον χώρο του νοσοκομείου μέσα από αναδιοργάνωση των χώρων της κάθε υπηρεσίας. ¹⁵

Το νοσοκομείο βρίσκεται κοντά στο κέντρο της πόλης, μέσα στο χώρο της πανεπιστημιούπολης και κοντά στην κεντρική αγορά. **Η πρόσβαση τόσο για το πελατειακό κοινό όσο και για το προσωπικό είναι εύκολη** καθώς μπροστά από τις δύο κεντρικές εισόδους, (πάνω και κάτω πλευρά) περνά ένας μεγάλος αριθμός αστικών λεωφορείων, από και προς όλες τις κατευθύνσεις της πόλης αλλά επίσης, επειδή βρίσκεται κοντά στη περιφερειακή οδό και διευκολύνει όσους έρχονται από τα προάστια. ¹⁶

¹³ Σφυγμός του ΑΧΕΠΑ, τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2005, σελ 3.

¹⁴ Βλέπετε 1.2 Ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου.

¹⁵ Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος σύγχρονες μονάδες υγείας., Καλαμάτα, σελ 5-3.

¹⁶ Ίδια έρευνα Ιούλιο 2005.

1.3.2 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΕΣ ΖΩΝΕΣ

Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ χωρίζεται σε τρεις επιμέρους επιχειρησιακές ζώνες: την ζώνη νοσηλείας, την κλινική ζώνη ή ζώνη θεραπείας και τέλος την ζώνη υποστήριξης. Ο σχεδιασμός σε επιχειρησιακές ζώνες είναι απαραίτητος για την διευκόλυνση εργασιών και την αποφυγή εργασιακών συγκρούσεων.¹⁷ Συνήθως η κλινική ζώνη σχεδιάζεται στο ισόγειο (στο ύψος του δρόμου), η ζώνη υποστήριξης τοποθετείται στο υπόγειο χώρο και η ζώνη νοσηλείας στους επιμέρους ορόφους. Με βάση την παραπάνω κατανομή μάλιστα έχει δημιουργηθεί ένα πλήθος αρχιτεκτονικών σχεδίων. Ο συνήθης στόχος αυτών των σχεδίων είναι η λειτουργικότητα. Η κατανομή των χώρων του νοσοκομείου δηλαδή να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνει τόσο την ροή εργασίας του προσωπικού όσο και το πελατειακό κοινό που το επισκέπτεται. Αναλυτικότερα η λειτουργικότητα αυτή έχει σχέση με την ασφάλεια, τη ταχύτητα διεκπεραίωσης εργασιών και το κόστος. Σήμερα μιλάμε για την δημιουργία νοσοκομείων του τύπου "one shot hospital", που σημαίνει με μια κίνηση να κάνω όλες τις δουλειές μου.¹⁸

ΣΧΗΜΑ 1: Λειτουργικότητα ενός νοσοκομείου



Πηγή: Φ. Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Η αποτελεσματικότητα αφορά τον εσωτερικό σχεδιασμό του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ και αφορά το διαχωρισμό του νοσοκομείου σε ζώνες. Οι διάφορες κλίνες που ανήκουν, για παράδειγμα στη ζώνη νοσηλείας είναι χωρισμένες ανά ειδικότητα και κάθε τμήμα διαθέτει το δικό του προσωπικό και τη δικιά του γραμματεία με αποτέλεσμα να μην προκαλείται σύγχυση στο προσωπικό. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τις επιχειρησιακές ζώνες του νοσοκομείου.

¹⁷ Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος σύγχρονες μονάδες υγείας., Καλαμάτα, σελ 5-1.

¹⁸ Στο ίδιο, σελ 5-3.

1η ΖΩΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σε αυτήν τη ζώνη ανήκουν οι κλινικές των νοσηλευτικών τομέων του νοσοκομείου. Εδώ θα παραμένουν οι ασθενείς για σύντομο χρονικό διάστημα μέχρι να πάρουν το εξιτήριο τους. Στους χώρους αυτούς τα νοσοκομειακά τμήματα αναλαμβάνουν παράλληλα με τη θεραπευτική αγωγή που τους παρέχεται, (από το επιστημονικό, ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) και την άνετη παραμονή των πελατών μέσω της παροχής κατάλληλου ξενοδοχειακού και τεχνολογικού εξοπλισμού. Στην συνέχεια υπάρχουν άλλες δύο ζώνες χώρων που ονομάζονται και 'ζώνες εργασίας'.

2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΖΩΝΗ Ή ΖΩΝΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Στους χώρους αυτούς ανήκουν τα εξωτερικά ιατρεία, αίθουσες για χειρουργικές επεμβάσεις και διάφορα εργαστήρια. Αυτή είναι η ζώνη που αφορά την **διάγνωση και θεραπεία**. Το πιο σημαντικό στοιχείο της αφορά το κατάλληλο, ειδικό προσωπικό σε όλες τις υπηρεσίες (ιατρική, νοσηλευτική αλλά και διοικητική υπηρεσία) και την χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του ασθενή από ειδικευμένο προσωπικό.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο εδώ είναι η κατανομή των νοσηλευτικών τμημάτων, που πρέπει να είναι σχεδιασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε οι εργασίες του νοσηλευτικού προσωπικού να γίνονται με ταχύτητα. Επίσης κάθε νοσηλευτικό τμήμα έχει άμεση επικοινωνία με τα δικά του χειρουργεία και την αντίστοιχη μονάδα.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στο νέο κτίριο η κατανομή των νοσηλευτικών τμημάτων έχει ως εξής :

- ❖ Η ΠΡΧ που βρίσκεται στο δεύτερο όροφο έχει άμεση συνεργασία με τα Γενικά Χειρουργεία του πρώτου ορόφου.
- ❖ Το Αιμοδυναμικό που βρίσκεται στο πρώτο όροφο έχει άμεση συνεργασία με την Χειρουργική Κλινική Καρδιάς, Θώρακα και Αγγείων που βρίσκεται στο πρώτο όροφο, με την Καρδιολογική Κλινική στο ισόγειο και την Στεφανιαία Μονάδα του πρώτου ορόφου.
- ❖ Οι κλινικές της ΟΦΘ και της ΩΡΛ που βρίσκονται ισόγειο και πρώτο υπόγειο έχουν τα δικά του Χειρουργεία εντός του χώρου των Κλινικών.¹⁹

Παρόλο που το ΤΕΠ είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε η πρόσβαση να είναι εύκολη και γρήγορη διαθέτοντας την δική της είσοδο αλλά και ξεχωριστά εργαστήρια (ακτινολογικού και μικροβιολογικού) σημειώνονται σχετικές δυσκολίες αφού για παράδειγμα το ΤΕΠ βρίσκεται μακριά από το τμήμα της Στεφανιαίας Μονάδας - η οποία βρίσκεται σε

¹⁹ Βλέπετε παράρτημα 1-2

διαφορετικό κτίριο. Όμως υπάρχουν βασικοί λόγοι που θα πρέπει αυτά τα δύο τμήματα να βρίσκονται κοντά αφού εάν σε ημέρα εφημερίας προσέλθει περιστατικό ανακοπής καρδιάς χρειάζονται μερικά λεπτά για να μεταφερθεί ο ασθενείς στην στεφανιαία μονάδα με αποτέλεσμα να χαθεί πολύτιμος χρόνος.²⁰

Επίσης ενώ στα δύο κτιριακά συγκροτήματα το νοσοκομείο διαθέτει εσωτερικά ειδική οριζόντια σήμανση για να διευκολύνει την εύρεση των νοσηλευτικών τμημάτων από τους πελάτες, συχνά παρατηρούνται δυσκολίες εύρεσης των τμημάτων τόσο λόγω του μεγέθους του νοσοκομείου όσο και της κτιριακής υποδομής του.

3η ΖΩΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η ζώνη αυτή περιλαμβάνει τους βοηθητικούς χώρους του νοσοκομείου. Περιλαμβάνει χώρους υποδοχής, τα γραφεία της διοικητικής- τεχνικής υπηρεσίας και τέλος τους χώρους στάθμευσης. Οι χώροι υποδοχής που βρίσκονται στις κεντρικές εισόδους (των δύο κύριων εισόδων και των εξωτερικών ιατρείων), διαθέτουν γραφείο υποδοχής εξυπηρέτησης - πληροφοριών που διευκολύνει τους πελάτες σε κάθε πιθανή ερώτηση, με άνετους και καλαίσθητους χώρους. Τα γραφεία κινήσεις ασθενών που βρίσκονται κοντά στην κεντρική είσοδο του νοσοκομείου διευκολύνουν τους πελάτες κατά την είσοδο και έξοδο τους από το νοσοκομείο.²¹ Τα γραφεία και γενικότερα οι χώροι της Διοικητικής και της Τεχνικής Υπηρεσίας βρίσκονται μακριά από τους χώρους νοσηλείας των ασθενών. Η πρόσβαση είναι εύκολη τόσο για το προσωπικό όσο και το πελατειακό κοινό του νοσοκομείου (πχ προμηθευτές).

Σημαντικό πρόβλημα σε αυτήν την ζώνη συνιστά η απουσία χώρων στάθμευσης αφού έχουν προβλεφθεί μόνο κάποιες θέσεις για ένα μικρό μέρος του προσωπικού και καμία θέση για του πελάτες με αποτέλεσμα να παρατηρείται κυκλοφοριακή συμφόρηση στους γύρω δρόμους τόσο για τους πελάτες όσο και για τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ (βλέπετε το διάγραμμα στο παράρτημα -2).²²

²⁰ Γραφείο Πολιτικών Μηχανολόγων του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ , 11/4/2005.

²¹ Ιδία έρευνα Ιούλιο 2005.

²² Γραφείο Πυρασφάλειας και Έκτατης Ανάγκης, 12/7/2005.

1.3.3 Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Οι διαστάσεις του νοσοκομειακού χώρου είναι ένα θέμα που θα πρέπει να υπολογιστεί παράλληλα με την κατανομή των χώρων. Θα πρέπει δηλαδή να υπολογιστούν τα τετραγωνικά μέτρα που θα καταλαμβάνουν τα διάφορα νοσοκομειακά τμήματα συνολικά. Ο υπολογισμός του χώρου που είναι γενικά αναγκαίος και απαραίτητος για τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου δεν είναι εύκολα προσδιοριστέος. Ο σωστός υπολογισμός του όμως είναι σημαντικός αφού σχετίζεται άμεσα με τη γενικότερη αντίληψη περί του τρόπου παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.²³

Η διάσταση του νοσοκομειακού χώρου συνολικά ή κατά ζώνη εκφράζεται συνήθως με τη σχέση τετραγωνικά μέτρα ανά κλίνη. Για να μπορέσουμε να πάρουμε αυτό το αποτέλεσμα θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε το δείκτη μικτού νοσοκομειακού χώρου. Ο μεικτός νοσοκομειακός δείκτης είναι ένας από τους βασικότερους δείκτες εισροών.²⁴

Ο τύπος είναι ως εξής:
$$\frac{\text{σύνολο στεγασμένου χώρου έτους}}{\text{προς το σύνολο των κλινικών}}$$

και έτσι προκύπτουν τα τετραγωνικά μέτρα ανά κλινική.

Την εφαρμογή του δείκτη αυτού θα κάνουμε για το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Η συνολική έκταση των στεγασμένων χώρων του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ είναι 57.540 m^2 και ο συνολικός αριθμός κλινών φτάνει στις 679. Σύμφωνα λοιπόν με τον μικτό νοσοκομειακό δείκτη τα τετραγωνικά μέτρα που αντιστοιχούν σε κάθε νοσοκομειακή κλίνη είναι $84,74 \text{ m}^2$ (ανά νοσηλευτική κλίνη).

Σε παρόμοια έρευνα που εξέτασε ανάλογο θέμα παρουσίασε ότι σε νοσοκομείο 700 κλινών απαιτείται 76.110 m^2 και 112 m^2 ανά κλίνη.²⁵

Από την παραπάνω σύγκριση διαπιστώνεται ότι οι διαστάσεις του νοσοκομειακού χώρου στο ΑΧΕΠΑ δεν είναι οι πλέον κατάλληλες ενώ για να μπορέσουν να φτάσουν στα επιτρεπτά όρια ή θα πρέπει να γίνει μείωση των κλινών ή αύξηση των τετραγωνικών μέτρων ανά κλίνη.

²³ Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος σύγχρονες μονάδες υγείας., Καλαμάτα, σελ 5-5.

²⁴ Δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που σαν στόχο έχουν την αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος που αναφέρονται. Ομαδοποιούνται ανάλογα με το στόχο που επιδιώκουν.

²⁵ Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος σύγχρονες μονάδες υγείας, Καλαμάτα, πίνακας 5.2, σελ 5-8.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι δυνατότητες επικοινωνίας του νοσοκομείου με τους πελάτες – ασθενείς όσον αφορά την θέση του συγκροτήματος είναι καλή. Το πελατειακό κοινό έχει εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο χωρίς όμως η στάθμευση να είναι πάντα γρήγορη και εύκολη.

Όσον αφορά την χωροκατανομή η ροή εργασίας διευκολύνεται στο νέο κτιριακό συγκρότημα αφού υπάρχει άμεση συνεργασία των μονάδων, των χειρουργείων και των κλινικών, χωρίς να προκαλείται σύγχυση στο προσωπικό και στους ασθενείς – πελάτες του νοσοκομείου. Πρόβλημα φαίνεται να δημιουργείται στις διαστάσεις του νοσοκομειακού χώρου αφού σύμφωνα με το μεικτό νοσοκομειακό δείκτη δεν είναι οι κατάλληλες.

1.4 ΔΟΜΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

1.4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το ΑΧΕΠΑ ανήκει στην κατηγορία των Γενικών νοσοκομείων αφού διαθέτει τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ανήκει στα νοσηλευτικά ιδρύματα του Δημοσίου Δικαίου. Σκοπός του είναι η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας, η εφαρμογή προγραμμάτων εξειδίκευσης, η συνεχής εκπαίδευσης των ιατρών αλλά και η εκπαίδευση – επιμόρφωση όλων των λειτουργών υγείας όπως νοσηλευτές και παραϊατρικό προσωπικό.²⁶

1.4.2 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Όπως όλα τα νοσοκομεία, έτσι και το ΑΧΕΠΑ, οργανώθηκε και λειτουργεί σύμφωνα με τον οργανισμό τους και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Πιο αναλυτικά ο οργανισμός ορίζει την επωνυμία του, τη νομική μορφή, τη διάρθρωση των υπηρεσιών, τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών, τη κατανομή των κλινών στους τομείς, το συνολικό αριθμό κλινών, τους κλάδους του προσωπικού και τις κατά κλάδο κατηγορίες, δηλαδή τις διαβαθμίσεις.²⁷

Σχετικά με τη νομική του μορφή το ΑΧΕΠΑ παρουσιάζεται ως Ανεξάρτητη Επιχειρησιακή μονάδα, που διασυνδέεται λειτουργικά με το Α' ΔΥΠΕ της Κεντρικής Μακεδονίας (πρώην ΠεΣΥ) στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου και βρίσκεται. Το ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ διέπεται από το δικό του υφιστάμενο νομικό καθεστώς σύμφωνα με το άρθρο 13,εδάφιο 10 του νόμου 2889/2001 (ΦΕΚ 37/2-3-2001).²⁸

Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική. Η κάθε υπηρεσία έχει ξεχωριστή διάρθρωση και ιεραρχία. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών ασκούνται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό ο οποίος προβλέπει αναλυτικά τις υποχρεώσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, τον τρόπο

²⁶ Ι. Σιγάλας, Οργάνωση, Διοίκηση και λειτουργία Νοσοκομείων, Αθήνα, Μάιος 1996, σελ 42.

²⁷ Φ, Δρούμπαλης, Λ. Παρασκευόπουλος, Γ, Λιακέα, Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, 2001, σελ 41-42.

²⁸ Με το αριθμό 3329 στις 4/4/2005 Α ΠεΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας μετονομάστηκε σε Α ΔΥΠΕ της Κεντρικής Μακεδονίας, www.xohaw.gr.

άσκησης του έργου τους και κάθε σχετική λεπτομέρεια και οργάνωση. Όλες οι υπηρεσίες εξαρτώνται από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.²⁹

Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντιστοιχών και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς αυτοί είναι ο Α και Β Παθολογικός, ο Α και Β Χειρουργικός, ο Ψυχικής υγείας και ο Εργαστηριακός. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, που εξυπηρετούν όλα τα τμήματα του και ορισμένο αριθμό προσωπικού όλων των κατηγοριών και ειδικοτήτων.³⁰

Η νοσηλευτική υπηρεσία καλύπτει από πλευράς νοσηλευτικής φροντίδας τους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας (σε όποιο βαθμό είναι αυτό αναγκαίο) και επιτελεί δύο σημαντικούς σκοπούς. Πρώτον στοχεύει στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας συμφωνά με τις αρχές, τη μεθοδολογία και τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης και γενικότερα στη παροχή φροντίδας για τη διαβίωση των αρρώστων στο νοσοκομείο και δεύτερον ότι η παροχή αυτή γίνεται κάτω από γενικά παραδεκτές ανθρώπινες συνθήκες, προσαρμοσμένες ειδικά στις ανάγκες και την ψυχοσύνθεση των αρρώστων.³¹

Η διοικητική υπηρεσία συνδέεται με τη Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις, τμήματα και αυτοτελή γραφεία. Η διάρθρωση αυτή γενικά ποικίλει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, ανάλογα με την δυναμικότητα του και στην περίπτωση του ΑΧΕΠΑ η διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται στις υποδιευθύνσεις του διοικητικού και του οικονομικού.³²

Η τεχνική υπηρεσία διαρθρώνεται στην διεύθυνση της τεχνικής υπηρεσίας και το τμήμα της βιοϊατρικής τεχνολογίας.³³

²⁹ Ελευθέρια κ. Αθανάτου, κλινική νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλίες, έκδοση ΙΑ αναθεωρημένη, Αθήνα 2000, σελ 24.

³⁰ Φ, Δρούμπαλης, Α. Παρασκευόπουλος, Γ, Λιακέα, Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, 2001, σελ 41-42-43.

³¹ Ι. Σιγάλας, Οργάνωση, Διοίκηση και λειτουργία Νοσοκομείων, Αθήνα, Μάιος 1996, σελ 65.

³² Στο ίδιο, σελ 66.

³³ Ι. Σιγάλας, Θέματα οργάνωσης, Διοίκησης και Λειτουργίας Νοσοκομείων, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ 55.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

ΑΝΑΡΧΗΡΗΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΑΝΑΡΧΗΡΗΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

ΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΝΟΜΙΣΜΕΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΥΠΕΡΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΣΗ ΚΥ
2) Π.Τ. ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ
3) Π.Τ. ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
4) Π.Τ. ΦΥΛΑΞΕΩΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΛΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΣΗ ΚΥ
1) Π.Τ. ΕΓΓΡΑΦΩΝ
2) Π.Τ. ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ
3) Π.Τ. ΚΑΤΑΚΟΜΗΣ
4) Π.Τ. ΜΑΡΑΘΩΝΙΩΝ
5) Π.Τ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΓΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΑ ΚΑΘ' ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΙΑ ΠΑΡΑΡΤΗΡΙΚΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ
ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ
ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ ΚΑΘ' ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΜΑ ΚΟΝΙΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΧΥΜΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ
ΥΠΕΡΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΜΕΑΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ

ΕΡΓΑΤΗΡΙΑΚΟΙ ΤΟΜΕΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΤΟΜΕΑΣ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓ. ΤΜΗΜΑ
ΒΙΟΧΗΜΙΑ ΤΜΗΜΑ
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΑΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΤΟΜΕΑΣ Α ΑΤΛΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Γ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Δ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Ε ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΟΜΕΑΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΣΤ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Ζ ΤΟΜΕΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ

Α ΤΡΑΒΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
ΜΟΝ. ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
ΜΟΝ. ΠΕΡΙΤΟΝΙΚΗΣ ΚΑΒΑΡΣΙΝΗΣ
ΜΟΝ. ΤΡΑΒΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΑΤΡΟΓΙΑΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΗΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
Α ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
ΜΟΝ. ΣΤΕΦΑΝΑΝΙΝ ΝΟΣΩΝ

ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓ. ΚΑΝΙΝΗ
ΜΟΝ. ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΠΗΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓ. ΚΑΝΙΝΗ
Γ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓ. ΚΑΝΙΝΗ
ΜΟΝ. ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ/ΝΕΦΡΩΣ ΚΑΝΙΝΗ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓ. ΚΑΝΙΝΗ
ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
ΟΡΘΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΝΙΝΗ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΜΟΝ. ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΑΤΕΜΟΝΙΚΗΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΩΚΗΚΕΣ ΙΑΤΡ. ΤΜΗΜΑ
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝ. ΤΜΗΜΑ
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠ. ΤΜΗΜΑ
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠ. ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ
ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ

ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ
ΜΟΝ. ΜΕΙΟΤΗΚΗΣ ΑΝΑΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΤΟΜΕΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΙ ΤΟΜΕΑΣ
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓ. ΤΜΗΜΑ
ΒΙΟΧΗΜΙΑ ΤΜΗΜΑ
ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΑΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΤΟΜΕΑΣ Α ΑΤΛΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Γ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Δ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Ε ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΟΜΕΑΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΣΤ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ Ζ ΤΟΜΕΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΝ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ που αποτελεί το αντικείμενο της έρευνας μας, για το σκοπό αυτό το κεφάλαιο χωρίζεται σε 4 υποκεφάλαια.

2.1 Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής

2.2 Δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας

2.3 Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού και κίνηση του νοσοκομείου

Στο πρώτο υποκεφάλαιο << ***2.1 Ιστορική εξέλιξη της Νοσηλευτικής***>> γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή για τη νοσηλευτική επιστήμη. Η αναδρομή αρχίζει από τα χρόνια της αρχαιότητας και φτάνει έως και σήμερα.

Στο δεύτερο υποκεφάλαιο << ***2.2 Δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας***>> αναφέρεται στην δομή και την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Στο τρίτο υποκεφάλαιο << ***2.3 Συγκεντρωτικά στοιχεία προσωπικού και κίνηση του νοσοκομείου***>> αναφέρεται η επάρκεια ή μη του νοσηλευτικού προσωπικού, του κάθε τομέα χωριστά, με βάση τα αριθμητικά και ποιοτικά δεδομένα που υφίσταται στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

2.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αρχή της Ελληνικής νοσηλευτικής ανάγεται στα αναρρωτήρια της **Αρχαίας Ελλάδος**, όπως είναι του **Αμφιάργεως** στη Μαυροσουβάλα Ωρωπού, όπου παρεχόταν κάποια μορφή οργανωμένης νοσηλείας στους καταφεύγοντες σε αυτά. Τα αναρρωτήρια αυτά προϋπήρχαν των Ασκληπειείων. Τα Ασκληπειεία, που επίσης άκμαζαν στην αρχαία Ελλάδα, παρείχαν φροντίδες υγείας σε οργανωμένη μορφή, ήταν ταυτόχρονα θεραπευτήρια και ναοί όπου οι ιερείς είχαν αναλάβει το έργο της φροντίδας των ασθενών.³⁴

Κατά την **πρώιμη Βυζαντινή περίοδο** εμφανίζονται και λειτουργούν τα ξενοδοχεία – πτωχοκομεία (7^{ου} αιώνα). Τα οποία πρόσφεραν κυρίως στέγη, ύπνο, τροφή και δευτερεύον θεραπεία και σε όποιον ήθελε. Στην **Ωριμη Βυζαντινή περίοδο** αναπτύσσονται οι ξενώνες – νοσοκομεία. Πελατειακό κοινό στην αρχή λειτουργίας του ήταν κυρίως φτωχοί αλλά μετά τον 7^ο αιώνα αποκτούν όλων των ειδών ανθρώπων, ακόμα και βασιλιάδες.³⁵ Στα ιδρύματα αυτά απασχολούνταν αμειβόμενοι υπάλληλοι αλλά και εθελοντές, με αποκλειστική ευθύνη την παροχή φροντίδας. Φανερώνοντας έτσι ότι με την πάροδο τον χρόνων η φροντίδα ασθενών από τους μοναχούς θα εξασθενήσει.

Σημαντικό στοιχείο όσο αναφορά στην οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων της εποχής εκείνης, αποτελεί το **Τυπικό του Παντοκράτορα**. Η Αυτοκρατορική οικογένεια των Κομνηνών συνδέεται με την **ίδρυση της μονής του Παντοκράτορα στην Κωνσταντινούπολη το 1136 μχ** στην Κωνσταντινούπολη. Ο όρος <<νοσοκόμος>> συναντάται στο **Τυπικό του Παντοκράτορα** να υποδηλώνει έμμισθο αξιωματούχο του ξενώνα που έχει την ευθύνη λειτουργίας του με αρμοδιότητες που προσομοιάζουν με αυτές των Διευθυνουσών των νεότερων νοσοκομείων. Με την πτώση της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας αρχίζει και ο μαρasmus της Ελληνικής νοσηλευτικής (15^ο αιώνα μχ).³⁶

Μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έπαιξε η δημιουργία σχολών νοσηλευτικής. Στην Ευρώπη το 1860 η **Florence Nightingale**, ιδρύει επίσημα την πρώτη σχολή νοσοκόμων στο νοσοκομείο του Αγίου Θωμά στο Λονδίνο, αφού είχε παρακολουθήσει μαθήματα νοσηλευτικής σε σχολείο διακονισσών στη Γερμανία.³⁷ Στις ΗΠΑ η πρώτη σχολή

³⁴ Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 2, Απρίλιος Ιούνιος 2002, σελ 130 και 131.

³⁵ Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος ΟΔΜΥ Ι.

³⁶ Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 2, Απρίλιος Ιούνιος 2002, σελ 130 και 131.

³⁷ Florence Nightingale, (1820-1910). Γεννήθηκε στις 12 Μαΐου στην Αγγλία, γόνος αριστοκρατικής οικογενείας. Λόγου της τεράστιας προσφοράς της διεθνώς η ημέρα γέννησης της καθιερώθηκε ως << Ημέρα

νοσοκόμων ιδρύεται το 1873 στο γενικό νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης και στην συνέχεια παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση των νοσηλευτικών σχολών.³⁸ Στην Ελλάδα το 1875 η βασίλισσα Όλγα εγκαινιάζει την πρώτη σχολή νοσοκόμων στον Ευαγγελισμό, με σκοπό τη μόρφωση ατόμων στο αντικείμενο της νοσηλευτικής.³⁹ Η έλλειψη όμως του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού είχε αναγνωριστεί από τις πρώτες προσπάθειες συγκρότησης ενός υγειονομικού συστήματος αμέσως μετά την **απελευθέρωση και την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους**.⁴⁰ Έως το 1978 (εκατό χρόνια περίπου μετά από την πρώτη σχολή νοσηλευτικής στην Ελλάδα), λειτουργούν δώδεκα νοσοκομεία όπου εργαζόντουσαν γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ασκούσαν το επάγγελμα για βιοπορισμό, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές τους ιδεολογίες.⁴¹

2.1.2 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΑ

Σταθμός στην ιστορία της Ελληνικής νοσηλευτικής αποτέλεσε η δημιουργία νομοθετημάτων που αφορούσαν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην χώρα μας. Με το Ν.Δ. 683/1948 κατοχυρώνεται ο τίτλος και το έργο της διπλωματούχου αδελφής νοσοκόμου, ορίζεται η άδεια άσκησης επαγγέλματος και το απολυτήριο του εξατάξιου γυμνασίου θεωρείται ως απαραίτητο προσόν για της εισαγωγές στις σχολές νοσοκόμων. Αρκετά χρόνια αργότερα το 1960 το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ) άρχισε να χορηγεί υποτροφίες και ο κλάδος της νοσηλευτικής συμπεριλαμβάνεται στο τομέα των θετικών επιστημών.⁴² Το 1965 με το νόμο 4464 οι διπλωματούχοι αδελφές νοσοκόμες αναγνωρίστηκαν ως υπάλληλοι πρώτης κατηγορίας και η ιεραρχικής εξέλιξη μπορεί να φτάσει μέχρι τον βαθμό Διευθυντή Α. Με το Προεδρικό Διάταγμα 169/1979 ιδρύθηκε το τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το οποίο έδωσε την δυνατότητα για εκπόνηση διδακτορικών. Αργότερα το 1985 με το Ν. 1579 γίνεται πραγματικότητα το αίτημα των νοσηλευτών για τη καθιέρωση νοσηλευτικών ειδικοτήτων.

Ρύθμιση σημαντικών αρμοδιοτήτων έγινε με το διάταγμα (Ν2071/92, ΦΕΚ123, 15/7/92 και την Υπουργική Απόφαση, ΦΕΚ 700 9-9-1993) όταν ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο

Νοσηλευτών>>. Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας., Καλαμάτα 2000, σελ 1-9.

³⁸ Στο ίδιο σελ 1-10.

³⁹ Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 2, Απρίλιος Ιούνιος 2002, σελ 130 και 131.

⁴⁰ Το Ελληνικό Κράτος ιδρύθηκε το 1832.

⁴¹ Στην βιβλιογραφία δεν αναφέρεται κάτι από το 1875 έως το 1978.

⁴² Χάρης Ρούσσου, <<Νοσηλευτική>> Ιστορική Αναδρομή, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1993, σελ 160-191.

Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (ΕΣΑΝ) και ρυθμίστηκε το δεοντολογικό και ηθικό πλαίσιο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη σύγχρονη νοσηλευτική κοινωνία έγινε τον Ιούλιο του 2001 και δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΠΔ 216/25-7-2001 ΦΕΚ 176).⁴³

⁴³ Χάρης Ρούσσου, <<Νοσηλευτική>> Ιστορική Αναδρομή, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1993, σελ 160-191.

2.2 Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

2.2.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας που ενσωματώνει την προαγωγή αυτής, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρώπινων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε διάφορους χώρους όπως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, το σπίτι). Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες.⁴⁴

Οι σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας εξελίσσονται πάνω σε πέντε κεντρικούς άξονες.

- ❖ Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας συμφωνά με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης προσπαθώντας να εξασφαλιστεί σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα της φροντίδας αυτής.
- ❖ Η νοσηλευτική υπηρεσία θα πρέπει να διαθέτει τον απαραίτητο αριθμό νοσηλευτών όλων των κατηγοριών για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση. Θα πρέπει να υπάρχει δίκαιη και αναλογική σχέση νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές .
- ❖ Η νοσηλευτική διοίκηση θα πρέπει να διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις για να ελέγχει και να προγραμματίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας τόσο για τους πελάτες όσο και για τους ίδιους.
- ❖ Η νοσηλευτική διοίκηση θα πρέπει να εξασφαλίζει την συνεχή εκπαίδευση – επιμόρφωση του προσωπικού με παρακολούθηση σεμιναρίων και την παρακολούθηση προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- ❖ Η νοσηλευτική διοίκηση θα πρέπει να εξασφαλίζει την από κοινού συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.⁴⁵

⁴⁴ Κοική Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 2-11,2-12.

⁴⁵ ΦΕΚ Αριθμός Φύλλου 123, Άρθρο 16, Αθήνα 15 Ιουλίου 1992.

2.2.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Σύμφωνα με το Νόμο 2071/92 η νοσηλευτική υπηρεσία είναι μια από τις τέσσερις θεμελιώδεις υπηρεσίες του νοσοκομείου με τη δική τους ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Η θέση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομειακό οργανόγραμμα είναι ισότιμη με τις άλλες υπηρεσίες με σχέση επικοινωνίας επιτελική ή οριζόντια.

Η νοσηλευτική υπηρεσία όπως και ιατρική, η διοικητική και τεχνική υπηρεσία υπάγονται ιεραρχικά στον Γενικό Διευθυντή και στο Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

Η νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ οργανώνεται στη Νοσηλευτική Διεύθυνση και σε έξι Νοσηλευτικούς Τομείς. Ο Α και Β Παθολογικός τομέας περιλαμβάνει δώδεκα (12) νοσηλευτικά τμήματα αντίστοιχης ειδικότητας. Ο Α και Β Χειρουργικός τομέας περιλαμβάνει νοσηλευτικά τμήματα αντίστοιχης ειδικότητας τα οποία είναι δεκαέξι (16). Ο Εργαστηριακός τομέας περιλαμβάνει όλα τα εργαστήρια καθώς και τα Τακτικά και Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ – ΤΕΠ). Ο τομέας Ψυχικής Υγείας αποτελεί τον μικρότερο τομέα με ένα τμήμα.⁴⁶

Η διάρθρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας δεν ακολουθεί υποχρεωτικά τη διάρθρωση των τομέων της ιατρικής υπηρεσίας, αλλά μπορεί να διαφοροποιείται για λειτουργικούς λόγους. Ο αριθμός και το είδος των νοσηλευτικών τμημάτων έχει καθοριστεί με απόφαση του Δ.Σ, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τη σύμφωνη γνώμη της Νοσηλευτικής επιτροπής. Αυτό ισχύει στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Η Νοσηλευτική Επιτροπή (NOE) είναι το συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Βάσει της νομοθεσίας η NOE αποτελείται από την Διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Διευθύνουσα), μια Προϊσταμένη τμήματος από κάθε τομέα και μια Νοσηλεύτρια (ΤΕ) τμήματος από κάθε τομέα. Τα μέλη της NOE εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Αντιπρόεδρο και το Γραμματέα της NOE. δικαίωμα υποψηφιότητας έχει το νοσηλευτικό προσωπικό της κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ. Η NOE είναι καθαρά συμβουλευτικό όργανο. Εισάγει και γνωμοδοτεί θέματα σχετικά με τα νοσηλευτικά ζητήματα στα ανώτατα διοικητικά στελέχη και στα αρμόδια για κάθε περίπτωση όργανα του νοσοκομείου.⁴⁷

⁴⁶ Προεδρικό διάταγμα, πλαίσιο λειτουργίας νοσηλευτικής υπηρεσίας – Καθηκοντολόγιο, άρθρο 1.

⁴⁷ Κουκή Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 3-10.

2.2.3 ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική υπηρεσία πρέπει να χαρακτηρίζεται από ισχυρή δομή και άρτια στελέχωση προκειμένου να επιτύχει τους σκοπούς της. Η δομή είναι αυτή που θα καθορίσει το σύστημα επικοινωνίας στα διάφορα επίπεδα διοίκησης, έτσι ώστε να εξουδετερωθούν οι διάφορες συγκρούσεις ανάμεσα στο προσωπικό και να δημιουργηθεί υγιές περιβάλλον εργασίας.

Η διοίκηση συνήθως χωρίζεται σε τρία επίπεδα :

- Το πρώτο επίπεδο αντιστοιχεί στον Προϊστάμενο των τμημάτων.
- Το δεύτερο επίπεδο αντιστοιχεί στον Τομέαρχη της Νοσηλευτικής Μονάδος.
- Το τρίτο επίπεδο αντιστοιχεί στον Διευθυντή των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

ΣΧΗΜΑ 2: Παρουσίαση των επιπέδων Διοίκησης σε πυραμίδα.

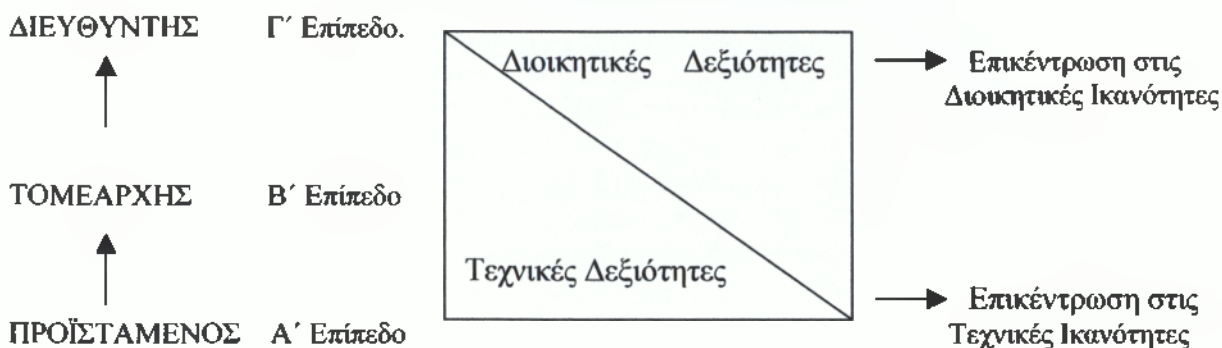


Πηγή : Κουκή Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 3-4.

Το σχήμα 3 εμφανίζει το βαθμό των απαιτούμενων διοικητικών και τεχνικών ικανοτήτων, ανάλογα με το επίπεδο διοίκησης που ασκούν τα στελέχη. Γενικότερα όσο ανώτερο είναι το επίπεδο διοίκησης, τόσο περισσότερο απαιτούνται διοικητικές δεξιότητες και λιγότερο τεχνικές. Όσο μικρότερο το επίπεδο διοίκησης, τόσο περισσότερο χρειάζονται τεχνικές δεξιότητες παρά διοικητικές. Ανεξάρτητα όμως από το επίπεδο τα στελέχη της διοίκησης ασκούν κυρίως τέσσερις λειτουργίες που είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η διεύθυνση-ο συντονισμός και ο έλεγχος.⁴⁸

⁴⁸ Λάναρα Β, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, *Ζ έκδοση, σελ 142-145.

ΣΧΗΜΑ 3: Διοικητικές και Τεχνικές Δεξιότητες ανά επίπεδο διοίκησης



Πηγή : Κουκή Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 3-5.

Ανεξάρτητα από το επίπεδο διοίκησης, των στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το κύριο μέλημα είναι να εξασφαλίζει τα εξής:

- Κατάλληλη οργάνωση
- Ανάλογους κανονισμούς
- Επαρκές και κατάλληλο προσωπικό για να ικανοποιεί τις φροντίδες και τις νοσηλευτικές και ανθρωπιστικές ανάγκες των πελατών.
- Μείωση των εργασιακών συγκρούσεων με σαφή καθορισμό καθηκόντων και αρμοδιοτήτων.⁴⁹

Αυτό στην πράξη αποτελεί παρά πολύ δύσκολο επίτευγμα.

Οι παράγοντες που μεγιστοποιούν το βαθμό δυσκολίας της παραπάνω υλοποίησης είναι:

- Ποικιλία εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού
- Ασάφεια των νοσηλευτικών και μη καθηκόντων και εργασιών
- Ανυπαρξία επίσημων ορίων μεταξύ των νοσηλευτικών καθηκόντων ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ-ΥΕ).

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την διευθέτηση των παραπάνω. Σφαιρικά το θέμα αντιμετωπίστηκε κυρίως από την ΕΣΔΝΕ χωρίς βέβαια παρουσία νομικής ρύθμισης. Αποτελεί ευθύνη της εκάστοτε Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ο καθορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του προσωπικού λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις νομικές δεσμεύσεις.⁵⁰

⁴⁹ Ι. Σιγάλας, Οργάνωση, Διοίκηση και λειτουργία Νοσοκομείων, Αθήνα, Μάιος 1996, σελ 98-102.

⁵⁰ Κουκή Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 3-4.

2.3 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ο σκοπός για κάθε οργανισμό είναι να εφοδιάσει τα άτομα με εκείνα τα μέσα που θα εξασφαλίσουν παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Η στελέχωση των νοσοκομείων με το κατάλληλο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων ανά κλάδο είναι δύσκολο και περίπλοκο θέμα, το οποίο επηρεάζει την ενδονοσοκομειακή επικοινωνία του προσωπικού αλλά και η ανεπαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων υποβαθμίζει τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας.

Σκοπός αυτού του υποκεφαλαίου είναι να δοθεί μια πιο τεκμηριωμένη εικόνα για το προσωπικό του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ μέσα από τη μελέτη και ανάλυση του αριθμού των εργαζομένων. Αυτό θα το επιτύχουμε με την ανάλυση του κάθε τομέα χωριστά. **Η ανάλυση αυτή θα περιλαμβάνει δύο μέρη. Ο συσχετισμός του αριθμού και της κατανομής του προσωπικού ανά νοσηλευτικό τομέα και της κίνησης** (όπως ο συνολικός αριθμός εισαγωγών, μέσης διάρκεια νοσηλείας κτλ), που παρουσιάζουν στην πάροδο των χρόνων, θα αποφέρουν αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση της κίνησης αναμένεται να αποτελέσουν χρήσιμο εργαλείο σχετικά με την ολοκλήρωση της έρευνας που γίνεται ώστε να είμαστε σε θέση να **αναλογιστούμε το έργο που παράγει η νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ και τις πιθανές δυσκολίες επικοινωνίας στα άτομα της νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία μπορεί να προκύπτει από την παρακάτω κατανομή ανά νοσηλευτικό τομέα του νοσοκομείου.**

Στον πίνακα 1 και το διάγραμμα 1 παρουσιάζεται αναλυτικά ο αριθμός του **προσωπικού των τεσσάρων υπηρεσιών**, όλων των ειδικοτήτων και στην συνέχεια θα γίνει λεπτομερής ανάλυση μόνο για την νοσηλευτική υπηρεσία, περιλαμβάνοντας τα εξής:

- τις οργανικές θέσεις
- τις καλυπτόμενες θέσεις
- τις κενές θέσεις καθώς και
- τα ποσοστά των κενών θέσεων.

Σημαντικό είναι ότι οι οργανικές θέσεις του κάθε νοσοκομείου προβλέπονται από τον οργανισμό του κάθε νοσοκομείου. Ο αριθμός των προβλεπόμενων θέσεων που απεικονίζεται στους πίνακες που ακολουθούν μπορεί να μην αντικατοπτρίζει τις πραγματικές ανάγκες του νοσοκομείου, διότι ο αριθμός αυτούς ανανεώνεται, σε μη τακτά και αραιά χρονικά διαστήματα. Έτσι είναι δυνατόν να αυξάνεται η κίνηση του νοσοκομείου (πχ εισαγωγές) χωρίς την αντίστοιχη αύξηση του προσωπικού με αποτέλεσμα οι πραγματικές ανάγκες προσωπικού για την παροχή υπηρεσιών υγείας να παραμένουν άγνωστες.⁵¹

Ο αριθμός των προβλεπόμενων θέσεων του προσωπικού που ορίζεται από τη διοίκηση του νοσοκομείου, είναι χωριστή για κάθε υπηρεσία. Έτσι από πλευρά ποσοτικής στελέχωσης τα παραδεκτά ποσοστά που πρέπει να κατέχει η **ιατρική υπηρεσία είναι 6-15%**, για την **νοσηλευτική υπηρεσία 35-45%** και ακολουθεί η **διοικητική υπηρεσία με 35-40%**.⁵² (Εδώ πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας ότι δεν μας δίνεται το ποσοστό για τη τεχνική υπηρεσία, κάτι το οποίο θα διαφοροποιούσε και όλα τα παραπάνω ποσοστά).

Στην περίπτωση του ΑΧΕΠΑ τα ποσοστά που παρουσιάζει η κάθε υπηρεσία έχουν κάποιες διαφοροποιήσεις από την παραπάνω κατανομή. Έτσι στην **ιατρική υπηρεσία το ποσοστό ανέρχεται στο 31,64%**, το **42,94%** καταλαμβάνει η **νοσηλευτική υπηρεσία**, το **21,11%** καλύπτεται από την **διοικητική υπηρεσία** και τελευταία η **τεχνική υπηρεσία με ποσοστό 4,3%**.⁵³

Από την παραπάνω ανάλυση μπορούν να σημειωθούν ότι στην **ιατρική υπηρεσία** υπάρχει σχεδόν ο διπλάσιος αριθμός προσωπικού από τον προβλεπόμενο, φτάνοντας στο **31,64%** επί του γενικού συνόλου της κάθε υπηρεσίας σε αντίθεση με τη **διοικητική υπηρεσία** όπου ο αριθμός τους δεν φτάνει ούτε το μισό από το προβλεπόμενο με ποσοστό **21,11%**. Αυτό μπορεί να απεικονίζει την μη ομαλή συνεργασία των δύο υπηρεσιών και την πιθανότητα αύξησης των εργασιακών συγκρούσεων μεταξύ τους.

Η **νοσηλευτική υπηρεσία** με τη σειρά της εμφανίζεται να διαθέτει τόσο προσωπικό όσο προβλέπεται αυτό όμως θα έχουμε την δυνατότητα να το εξετάσουμε εκτενέστερα στη συνέχεια του κεφαλαίου.

⁵¹ Προσωπική συνέντευξη Βασιλειάδου Γεωργία Τομεάρχη Α Χειρουργικού Τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας Αύγουστος 2005.

⁵² Φ, Δρούμπαλης, Α. Παρασκευόπουλος, Γ, Λιακέα, Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, 2001, σελ 41-42.

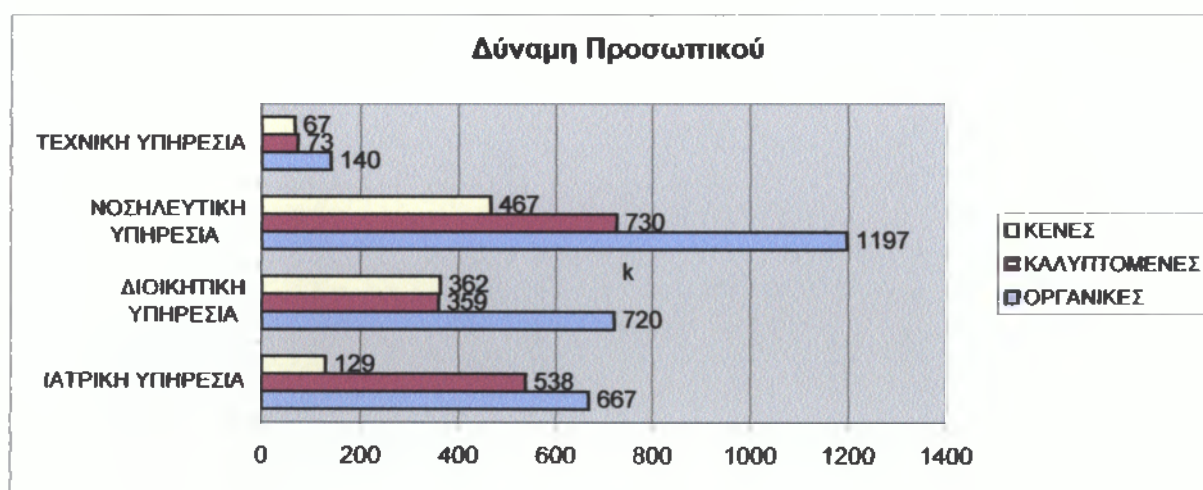
⁵³ Βλέπετε πίνακα και διάγραμμα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δύναμη του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για το έτος 2005

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΕΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	667	538	129	19,34%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1.197	628	467	39,00%
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	720	359	362	50,28%
ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	140	73	67	47,85%
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	2.724	1.700	1.024	100%

Πηγή: Γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας, Πέμπτη 11-8-2005

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Δύναμη του Προσωπικού όλων των Υπηρεσιών του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για το 2005



Ανεξαρτήτως από το γεγονός ότι η κάθε υπηρεσία έχει την δικιά της συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση απολύτως απαραίτητη είναι η από κοινού συνεργασία για την επίτευξη των σκοπών που θέτει κάθε φορά η διοίκηση του νοσοκομείου.⁵⁴ Τα μεγάλα όμως ποσοστά έλλειψης που παρουσιάζουν στο σύνολο τους οι υπηρεσίες του νοσοκομείου δημιουργούν πιθανά προβλήματα επικοινωνίας στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Από τον παραπάνω πίνακα και διάγραμμα εύκολα μπορούμε να διακρίνουμε ότι η μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικού εμφανίζεται στην διοικητική υπηρεσία που το ποσοστό έλλειψης φτάνει ως και το 50%, ενώ η ιατρική υπηρεσία εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό έλλειψης με 19,34% και από τις τέσσερις υπηρεσίες. Το ποσοστό της ιατρικής υπηρεσίας πιθανολογούμε ότι μειώνεται από τον μεγάλο αριθμό ειδικευόμενων ιατρών. Η νοσηλευτική υπηρεσία εμφανίζει και αυτή με τη σειρά της ένα μεγάλο ποσοστό έλλειψης το οποίο όμως

⁵⁴ Ι. Σιγάλας, Οργάνωση, Διοίκηση και λειτουργία Νοσοκομείων, Αθήνα, Μάιος 1996, σελ 63-71

μπορεί να προέρχεται από άλλες κατηγορίες όπως οι μαίες ή επισκέπτες υγείας και όχι στους νοσηλευτές.

Ο πίνακας και το διάγραμμα 2, που ακολουθεί μπορεί να μας βοηθήσει αφού γίνεται λεπτομερή ανάλυση του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας, δίνοντας μας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Ο πίνακας παρουσιάζει τα ποσοστά έλλειψης ανά ειδικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Δύναμη του Προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το έτος 2005

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΕΝΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ				
Νοσηλευτές ΠΕ	40	4	36	90%
Νοσηλευτές ΤΕ	402	275	126	31,34%
Νοσηλευτές ΔΕ	522	329	193	36,97%
Επισκεπτών ΤΕ	10	5	5	50%
Μαιών ΤΕ	20	12	8	40%
Σύνολο	1.197	730	467	39%

Πηγή: Γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας, Πέμπτη 11-8-2005

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί την πολυπληθέστερη υπηρεσία, με τις περισσότερες κατηγορίες προσωπικού. Πρόκειται για προσωπικό που είναι κατηγορίας ΠΕ Νοσηλευτές, ΤΕ (όπως Νοσηλευτές, Μαίες και Επισκεπτών), και ΔΕ Βοηθούς Νοσηλευτές. Στην Νοσηλευτική Υπηρεσία ανήκει και το Υγειονομικό προσωπικό όπως Βοηθοί Θαλάμων, Μεταφορείς Ασθενών, Φύλακες Σαβανωτές.⁵⁵

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Δύναμη του Προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το έτος 2005



(Υπόμνημα: μπλε- Νοσηλευτές ΠΕ, κόκκινο- Νοσηλευτές ΤΕ, κίτρινο- Νοσηλευτές ΔΕ)

⁵⁵ Στον παραπάνω πίνακα και διάγραμμα δεν περιλαμβάνεται αριθμητικά το υγειονομικό προσωπικό όπως Βοηθοί Θαλάμων, Μεταφορείς Ασθενών, Φύλακες, Σαβανωτές αφού τα ποσοστά του είναι μικρά.

Με την ποσοτική ανάλυση του πίνακα 2 συμπεραίνουμε ότι η νοσηλευτική υπηρεσία παρουσιάζει μεγάλη έλλειψη προσωπικού. Η έλλειψη του προσωπικού του νοσηλευτικού τομέα αγγίζει το 39%, φανερώνοντας έτσι ότι αντιμετωπίζει **σοβαρά προβλήματα οργάνωσης των τμημάτων**, και θα πρέπει να ξεπερνάει κάθε μέρα τα όρια του ώστε να καλύπτει τις απαιτήσεις και να παρουσιάζει έργο παραμερίζοντας τις εργασιακές συγκρούσεις .

Η μεγαλύτερη έλλειψη παρουσιάζεται στους ΠΕ νοσηλευτές απεικονίζοντας έτσι την μεγάλη έλλειψη εξειδικευμένης παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι κατηγορίες ΤΕ και ΔΕ νοσηλευτών εμφανίζεται να κατέχουν τα μικρότερα ποσοστά έλλειψης από όλες τις κατηγορίες προσωπικού σε αντίθεση με αυτά των επισκεπτών υγείας που φτάνει στο 50% και ακολουθεί τις μαίες με 40%.⁵⁶

Συμφωνά με το Νόμο 2071/92 η Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι μία από τις τέσσερις θεμελιώδεις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου με την δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Το προσωπικό της διαρθρώνεται σε δύο κύριες κατηγορίες το Υγειονομικό και το Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό.

Το **Υγειονομικό προσωπικό** αποτελεί το κύριο σώμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και περιλαμβάνει τις παρακάτω Ειδικότητες:

- Νοσηλευτές /τριες
- Μαίες
- Επισκέπτες /τριες Υγείας
- Αδελφές Νοσοκόμες.

Το **Βοηθητικό Υγειονομικό προσωπικό** περιλαμβάνει ειδικότητες που βοηθούν στην διευκόλυνση του έργου των παραπάνω ειδικοτήτων και περιλαμβάνει τις εξής ειδικότητες:

- Νοσοκόμους
- Μεταφορείς Ασθενών
- Βοηθούς Θαλάμων
- Σαβανωτές
- Φύλακες Ασθενών.⁵⁷

⁵⁶ βλέπετε σελίδα 25 του κεφαλαίου 2.

⁵⁷ Γραφείο Προσωπικού του νοσοκομείου, Τετάρτη 10/8/2005

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΓΝΘ <<ΑΧΕΠΑ>> για το έτος 2005. Εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι από το 2003 έως και σήμερα (2005-2006), δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία αλλαγή στο προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου συμφωνά με τις πληροφορίες που αντλήσαμε από το γραφείο προσωπικού του νοσοκομείου.

Αναλυτικότερα το Νοσηλευτικό Προσωπικό του ΠΓΝΘ <<ΑΧΕΠΑ>>είναι το εξής :

1.**Διευθύνουσα** : Κατηγορίας και βαθμό Διευθυντή Α' . Είναι η Νοσηλεύτρια που έχει συμπληρώσει τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας .

2.**Τομεάρχες** : Κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με βαθμό Διευθυντή Β' . Είναι οι Νοσηλεύτριες που έχει συμπληρώσει τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας .

3.**Προϊσταμένες** : Κατηγορίας ΤΕ και βαθμό Τμηματάρχη Α'. Είναι Νοσηλεύτριες που έχουν συμπληρώσει λιγότερα χρόνια υπηρεσίας από τις Τομεάρχες. Όσα είναι τα Νοσηλευτικά Τμήματα του νοσοκομείου τόσες είναι και οι Προϊσταμένες που τοποθετούνται στις θέσεις αυτές.

4.**Νοσηλεύτρια**: Κατηγορίας ΤΕ. Κάτοχος πτυχίου ΤΕΙ που με βάση τα χρόνια υπηρεσίας τοποθετείται στη θέση Υπευθύνου Νοσηλεύτριας. Υπάρχει σε κάθε τμήμα και αναπληρώνει την Προϊσταμένη όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

5.**Εφημερεύουσα**: Κατηγορίας ΤΕ. Η οποία σε απογευματινά ή νυχτερινά ωράρια ή αργίες αντικαθιστά την Διευθύνουσα.

6.**Μαίες**: Κατηγορίας ΤΕ. Είναι προσωπικό Μαιευτικού/ Παιδιατρικού τμήματος .Η Μαία που έχει τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας τοποθετείται σε θέση Προϊσταμένης.

7.**Επισκέπτες Υγείας**: Κατηγορίας ΤΕ. Διευθύνουν ότι έχει σχέση με τις έρευνες που γίνονται και έχουν σκοπό την πρόληψη και καταπολέμηση διαφόρων ασθενειών.

8.**Βοηθοί Νοσηλευτές**: Κατηγορίας ΔΕ. Βοηθούν τις Νοσηλεύτριες στην επίτευξη των σκοπών του έργου που έχουν αναλάβει.

9.**Μεταφορείς Ασθενών**: Κατηγορίας ΥΕ. Ασχολούνται κυρίως με την μεταφορά του ασθενή και την καθαριότητα του. Υπάγονται ιεραρχικά στις Τομεάρχισσες αλλά ουσιαστικά οι Προϊσταμένες των τμημάτων είναι αυτές που τους καθοδηγούν στην εκτέλεση των καθηκόντων τους ανάλογα με τις ανάγκες του τμήματος.

10.Βοηθοί Θαλάμων: Κατηγορίας ΥΕ. Είναι υπεύθυνοι για την καλαισθησία των κλινικών και την καθαριότητά τους.⁵⁸

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Δύναμη του προσωπικού της ΝΥ ανά ειδικότητα για το έτος 2005

	ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΣΗ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Διευθύνουσα	ΤΕ	1
	Τομεάρχης	ΤΕ	6
	Προϊστάμενες	ΤΕ	36
	Νοσηλεύτριες	ΠΕ	4
	Νοσηλευτές / τριες	ΤΕ	234
	Μαίες	ΤΕ	12
	Επισκέπτες /τριες Υγείας	ΤΕ	5
	Βοηθοί Νοσηλευτές	ΔΕ	330
ΣΥΝΟΛΟ			628
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Βοηθοί Θαλάμων	ΥΕ	44
	Μεταφορείς Ασθενών	ΥΕ	53
	Φύλακες	ΥΕ	3
	Σαβανωτές	ΥΕ	2
	ΣΥΝΟΛΟ		

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Δύναμη του προσωπικού της ΝΥ ανά κατηγορία για το έτος 2005



Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

⁵⁸ Υπαλληλικός Κώδικας, Ν. 2683 /1999 όπως τροποποιήθηκε μέχρι 30.9.2002, Αθήνα, Φεβρουάριος 2003, σελ 79

Συμφωνά με στοιχεία της Παγκόσμιας Στατιστικής Υγείας καθώς και έρευνας του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, η επιθυμητή αναλογία Νοσηλευτών προς τους Βοηθούς νοσηλευτές καθορίζεται σε 2:1.

Η κατάσταση όμως που επικρατεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <<ΑΧΕΠΑ>> έρχεται σε αντίθεση με αυτόν τον κανόνα αφού για το έτος 2005 η αναλογία Νοσηλευτών προς τους Βοηθούς νοσηλευτές 1:1,2.⁵⁹

Ας δούμε όμως αναλυτικότερα την κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανά τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας στους ακόλουθους πίνακες. Για τους οποίους οι επεξηγήσεις των αριθμών των πινάκων που ακολουθούν μπορείτε να βλέπετε στο παράρτημα 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή προσωπικού του Α' και Β' Χειρουργικού Τομέα για το έτος 2005

<i>A' και B' Χειρουργικός Τομέας</i>										
ΤΟΜΕΙΣ		ΝΟΣ/ΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΕ	ΤΕ		ΔΕ	ΥΕ			
			1	2	3	4	5	6	7	
<i>A'</i>	<i>Χειρουργικός</i>	1	Αναισθησιολογικό	1	3	1	-	10	1	1
		2	B' ΜΕΘ	-	6	-	-	9	1	3
		3	Γ' Χειρουργική Κλινική	-	5	-	-	8	1	1
		4	Γενικό Χειρουργείο	-	7	-	-	18	1	2
		5	ΜΕΘΑ	-	13	1	-	12	2	2
		6	Μονάδα ΠΡΧ	-	7	-	-	8	1	1
		7	ΠΡΧ Κλινική	-	5	-	-	11	1	1
		8	Κεντρική Αποστείρωση	-	3	1	-	11	1	1
		Γενικό Σύνολο	1	49	3	-	87	9	12	
<i>B'</i>	<i>Χειρουργικός</i>	9	ΚΧ Κλινική	-	9	-	-	11	1	1
		10	Μονάδα ΚΧ	-	10	-	-	12	1	2
		11	ΝΧ Κλινική	-	8	-	-	5	1	1
		12	ΟΦΘ Κλινική	-	3	-	-	9	1	1
		13	Χειρουργείο ΟΦΘ	-	3	-	-	7	1	1
		14	ΩΡΛ Κλινική	-	4	-	-	9	1	1
		15	Χειρουργείο ΩΡΛ	-	3	-	-	5	1	1
		16	Χειρουργείο Καρδιάς	-	5	-	-	8	1	2
		Γενικό Σύνολο	-	45	-	-	66	8	10	

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

Με βάση τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από την ανάλυση του προσωπικού στον χειρουργικό τομέα μπορούμε να πούμε ότι η αναλογία ΤΕ προς ΔΕ που προκύπτει δεν είναι η επιθυμητή αφού σύμφωνα με τα διεθνή στάνταρ θα έπρεπε να ήταν 2:1 και σε αυτόν τον

⁵⁹ βλέπεται σελ 32, Κεφάλαιο 2.

τομέα η αναλογία είναι αντίστροφη με 1:2 για να απέρθει η σωστή αναλογία θα πρέπει να γίνει μείωση του αριθμού των ΔΕ και αύξηση των ΤΕ.

Η κατάσταση όμως που εμφανίζεται και στο βοηθητικό προσωπικό δεν είναι η επιθυμητή και αυτό γιατί ο αριθμός των βοηθών θαλάμων είναι σχετικά μικρός. Θα έπρεπε να υπερτερούν από όλους τους άλλους τομείς, διότι εδώ ανήκουν όλα τα χειρουργεία και οι μονάδες, που αποτελούν χώροι με πολλά μικρόβια και αυξημένο τον κίνδυνο για μολύνσεις και ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Απαιτείται επιμελής καθαριότητα την οποία την έχουν αναλάβει η απογευματινή και η βραδινή βάρδια των νοσηλευτών, αφού τα καθήκοντα του τμήματος καθαριότητας έχουν ως μοναδική αρμοδιότητα την συλλογή του ιματισμού και των σκουπιδιών, μιας και δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για τον τρόπο καθαρισμού των χειρουργικών αιθουσών και έτσι οι όποιες καθαριότητες γίνονται από τις απογευματινές νοσηλεύτριες.

Αύξηση του αριθμού θα πρέπει να γίνει και στους μεταφορείς ασθενών (τραυματιοφορείς), αφού υπάρχουν 4 τραυματιοφορείς για να καλύψουν την απογευματινή βάρδια ενώ το βράδυ δεν υπάρχει κανένας. Έτσι σε περίπτωση που χρειαστεί να μεταφερθεί ένας ασθενής κατά την διάρκεια της βραδιάς οι νοσηλευτές επιβαρύνονται και με αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή προσωπικού του Α' και Β' Παθολογικού Τομέα για το έτος 2005

<i>Α' και Β' Παθολογικός Τομέας</i>									
ΤΟΜΕΙΣ		ΝΟΣ/ΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΕ	ΤΕ			ΔΕ	ΥΕ	
			1	2	3	4	5	6	7
Α' Παθολογικός	1	Α' Παθολογική Κλινική	-	6	-	-	10	2	1
	2	Μονάδα Ασηπτης Νοσηλείας	-	5	-	-	9	1	1
	3	Μονάδα Ογκολογικής Θεραπείας	-	3	-	-	5	1	1
	4	Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης	-	5	-	-	4	1	1
	5	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	-	11	-	-	13	1	1
	6	ΠΡΠ Κλινική	-	8	-	-	5	2	1
Γενικό Σύνολο			-	38	-	-	46	8	6
Β' Παθολογικός	7	Α' Νευρολογική Κλινική	-	4	-	-	8	1	1
	8	Αιμοδυναμικό Εργαστήριο	-	4	-	-	6	1	1
	9	Β' Νευρολογική Κλινική	-	5	-	-	9	2	1
	10	Β' Παιδιατρική Κλινική	-	9	5	1	8	2	1
	11	Καρδιολογική Κλινική	-	8	-	-	7	1	2
	12	Στεφανιαία Μονάδα	-	9	-	-	12	2	2
Γενικό Σύνολο			-	39	5	1	50	9	8

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

Με βάση τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από την ανάλυση του προσωπικού στο παθολογικό τομέα μπορούμε να πούμε ότι η αναλογία ΤΕ προς ΔΕ που προκύπτει δεν είναι η επιθυμητή αφού είναι 1:1,2 και όχι 2:1 φανερόντας έτσι πιθανό πρόβλημα της ροής εργασίας.

Στα τμήμα της ΠΡΠ, Β΄ Νευρολογική, Β΄ Παιδιατρική και Στεφανιαία μονάδα υπάρχουν 2 βάρδιες βοηθών θαλάμων (πρωινή και απογευματινή) ενώ στην ΜΑΝ και στην Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης όπου αποτελούν ιδιαίτερα τμήματα, λόγω της μολυσματικότητας του περιβάλλοντος δεν υπάρχει απογευματινή βάρδια. Το αποτέλεσμα αυτού είναι να επιβαρύνεται η απογευματινή και η βραδινή βάρδια των νοσηλευτών, με την γενική απολύμανση του χώρου. Στο πρωινό ωράριο όλα τα τμήματα έχουν το δικό τους μεταφορέα ενώ στο απογευματινό υπάρχουν δύο μεταφορείς για να καλύψουν τις ανάγκες όλου του τομέα.

Η κατάσταση παραμένει ίδια με τον χειρουργικό τομέα σε ότι αφορά τους τραυματιοφορείς. Κατά την απογευματινή βάρδια υπάρχουν δύο τραυματιοφορείς ενώ δεν υπάρχει κανένας το βράδυ και η όποια τυχόν μεταφορά γίνεται από τους νοσηλευτές του τμήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή προσωπικού του Τομέα Ψυχικής Υγείας για το έτος 2005

<i>Τομέας Ψυχικής Υγείας</i>									
	ΝΟΣ/ΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΕ	ΤΕ		ΔΕ	ΥΕ			
		1	2	3	4	5	6	7	8
	Ψυχιατρική Κλινική	-	5	-	-	7	1	1	2
	Γενικό Σύνολο	-	5	-	-	7	1	1	2

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

Με βάση τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από την ανάλυση του προσωπικού στο τομέα ψυχικής υγείας μπορούμε να πούμε ότι η αναλογία εδώ νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές είναι 1 προς 1,3 χαρακτηρίζοντας έτσι την μεγάλη έλλειψη που έχει και αυτός ο τομέας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι στον τομέα αυτό, που είναι και ο μοναδικός που διαθέτει φύλακες ασθενών, οι φύλακες δουλεύουν σε δύο ωράρια πρωί και απόγευμα, με αποτέλεσμα η βραδινή βάρδια να καλύπτετε από τους νοσηλευτές. Οι οποίοι είναι αναγκασμένοι να εκτελούν και αυτό το ρόλο. Η κατάσταση με το βοηθητικό προσωπικό παραμένει ίδια, όπως και στους υπόλοιπους δύο τομείς. Οι βοηθοί θαλάμων και οι τραυματιοφορείς έχουν αναλάβει μόνο την πρωινή βάρδια επιβαρύνοντας τους νοσηλευτές

που πέραν της αρμοδιότητας τους και της φροντίδας του ασθενή έχουν αναλάβει και τα καθήκοντα των υπολοίπων κατηγοριών προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή προσωπικού του Εργαστηριακού Τομέα για το έτος 2005

<i>Εργαστηριακός Τομέας</i>									
ΤΟΜΕΙΣ		ΝΟΣ/ΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΕ	ΤΕ		ΔΕ	ΥΕ		
			1	2	3	4	5	6	7
<i>Εργαστήρια</i>	1	ΤΕΠ	2	7	-	-	10	1	3
	2	Ακτινολογικό	-	3	-	-	3	-	1
	3	Αξονικός	-	3	-	-	4	-	1
	4	Ενδοноσοκομειακών	-	2	1	-	-	-	1
	5	Αιμοδοσία	-	13	-	2	1	-	1
	6	ΜΜΑ	-	2	1	-	3	1	1
	7	Πυρηνική –Ισότοπα	-	1	-	-	3	1	1
	8	Τακτικά ΕΙ	-	4	2	2	15	1	2
Γενικό Σύνολο			2	35	4	4	39	4	11

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

Την καλύτερη κατανομή προσωπικού διαθέτει ο Εργαστηριακός Τομέας αφού διαθέτει προσωπικό από όλες τις βαθμίδες και κατηγορίες, και πιθανότατα η κάθε κατηγορία προσωπικού δεν θα επιβαρύνεται με περαιτέρω καθήκοντα και θα εκτελεί μόνο τις ευθύνες που της αναλογούν κάθε φορά. Οπότε πιθανό αποτέλεσμα αυτού θα είναι μείωση προβλημάτων κατά την ροή εργασίας και καλύτερη επικοινωνία.

Πρέπει να τονιστεί ότι στον εργαστηριακό τομέα λειτουργούν κυρίως πρωινά τμήματα (εκτός από ημέρες εφημερίας), οπότε ο αριθμός και των βοηθών θαλάμων και των τραυματιοφορέων ίσως να είναι μεγαλύτερος από τον απαιτούμενο.

Όπως αντιλαμβανόμαστε από τα παραπάνω για να επιταχθεί το έργο των νοσηλευτών απαιτείτε συλλογική δουλειά από τα στελέχη της νοσηλευτικής διοίκησης που ανήκουν στο Β και Γ επίπεδο της Διοικητικής Πυραμίδας, (σχήμα 3, σελίδα 26). Η Διευθύνουσα με την Τομεάρχη του αντίστοιχου τομέα θα πρέπει να διασφαλίζουν καθημερινά καλή ροή εργασίας με την αποφυγή εργασιακών συγκρούσεων και την επίτευξη καλύτερης επικοινωνίας.

Αυτό μπορεί να γίνει μόνο ένα λάβουν υπ' όψιν μερικές παραμέτρους όπως τη **Δύναμη** (σε κλίνες) του νοσηλευτικού τμήματος (αριθμός εισαγωγών), την **Ετήσια κάλυψη (%) των κλινών του νοσηλευτικού τμήματος** (κλινικής) και τέλος τις **Ημέρες νοσηλείας του νοσηλευτικού τμήματος** (κλινικής) και καταπέκταση στον αντίστοιχο τομέα, για την επαρκής στελέχωση του αριθμού του υγειονομικού και βοηθητικού προσωπικού.

Οι συστάσεις της Προϊσταμένης των νοσηλευτικών τμημάτων και των Τομεαρχισών πρέπει να αξιολογούνται σε καθημερινή βάση.⁶⁰ Επιπλέον είναι στην αρμοδιότητα τους να φροντίσουν για την σωστή κατανομή του προσωπικού στα νοσηλευτικά τμήματα. Η 24 ώρη λειτουργία (πρωινό ωράριο 7 π.μ. με 3μ.μ, απογευματινό ωράριο 3 μ.μ. με 11μ.μ, νυχτερινό ωράριο 11 μ.μ. με 7 π.μ.) των νοσοκομείων καθιστά αναγκαία την κάλυψη μερικών κατηγοριών προσωπικού με βάση το κυκλικό ωράριο όπως αναφέραμε παραπάνω αφού η έλλειψη τους προκαλεί σύγχυση στα άτομα της νοσηλευτικής υπηρεσίας . Η νοσηλευτική υπηρεσία λειτουργεί με κυκλικό ωράριο έκτος από τις διοικητικές υπηρεσίες (τη Διευθύνουσα της ΝΥ , τις Τομεάρχες τομέων, τις Προϊστάμενες των Νοσηλευτικών μονάδων και τις Υπεύθυνες των Νοσηλευτικών μονάδων) που κάνουν μόνο πρωινό ωράριο.⁶¹

Σε αυτό το σημείο θα επιχειρήσουμε την ανάλυση της κίνησης του κάθε τομέα. Οι τομείς αυτοί θα είναι ο παθολογικός, ο χειρουργικός και τέλος της ψυχικής υγείας. Ο εργαστηριακός τομέας ο οποίος δεν μπορεί να λάβει μέρος στην έρευνα μας αφού και την αξιολόγηση του θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας άλλες παραμέτρους, μιας και μιλάμε για εργαστήρια. Ο παρακάτω πίνακας 8 περιλαμβάνει τους συγκεντρωτικούς αριθμούς που χρειαζόμαστε για την αξιολόγηση του κάθε τομέα. Η αξιολόγηση αυτή θα γίνει με την βοήθεια δεικτών.⁶²

⁶⁰ Λάναρα Β, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, Ζ έκδοση, Αθήνα 2000, σελ 18.

⁶¹ Κουκή Βιργινία, Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000, σελ 3-25.

⁶² Οι Δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που σαν στόχο έχουν την αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος που αναφέρονται. Ομαδοποιούνται ανάλογα με το στόχο που επιδιώκουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Στατιστικά στοιχεία για την ενδοκλινική κίνηση των ασθενών 2002–2005

Τομείς	Συνολικός αριθμός προσωπικού*		Συνολικός αριθμός κλινών		Συνολικός αριθμός εισαγωγών		Συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Παθολογικός τομέας	173	173	199	240	23.471	32.734	68.763	80.615
Χειρουργικός τομέας	238	248	302	270	11.472	11.918	75.118	65.325
Τομέας ψυχικής υγείας	12	12	88	89	2.420	2.683	23.172	21.809

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005 - Γραφείο στατιστικής υπηρεσίας.

* ο συνολικός αριθμός νοσηλευτών περιλαμβάνει τους νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ.

Από τον παραπάνω πίνακα εύκολα μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι σε όλους τους τομείς ο αριθμός προσωπικού παραμένει σταθερός και για τα δύο έτη, με μια μικρή αύξηση στον χειρουργικό τομέα.

Ο παθολογικός τομέας συγκριτικά παρουσιάζει τον μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών και ημερών νοσηλείας και για τα δύο έτη. Η αύξηση αυτή φτάνει το 39% για το αριθμό εισαγωγών και 17% για το συνολικό αριθμό ημερών νοσηλείας στο τέλος του 2005. Ενώ την ίδια στιγμή ο αριθμός του προσωπικού παραμένει σταθερός. Αποδεικνύουμε ότι το προσωπικό του παθολογικού τομέα θα αντιμετωπίζει προβλήματα κατά την ροή εργασίας και οι συγκρούσεις θα αποτελούν ένα φαινόμενο της καθημερινότητας.

Ο χειρουργικός τομέας παρουσιάζεται ως τον πολυπληθέστερο τομέα από άποψη προσωπικού και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ως τον τομέα που διαθέτει τις περισσότερες κλίνες από τους άλλους δύο τομείς. Παράλληλα ο συνολικός αριθμός εισαγωγών και οι μέρες νοσηλείας παρουσιάζουν μια πτωτική τάση που δηλώνει ότι τα άτομα της νοσηλευτικής υπηρεσίας έχουν αντιμετωπίσουν λιγότερο φόρτο εργασίας από αυτό του παθολογικού τομέα (περισσότερο προσωπικό για λιγότερα περιστατικά).

Ο τομέας ψυχικής υγείας παρουσιάζει τα μικρότερα ποσοστά από τους άλλους δύο τομείς. Χαρακτηριστικό αυτού του τομέα είναι ότι οι διακυμάνσεις των αριθμών δεν είναι τόσο μεγάλες όσο των υπόλοιπων τομέων. Ο αριθμός του προσωπικού όπως και ο αριθμός των κρεβατιών παρουσιάζουν μια σταθερότητα από το 2002 έως το 2005. Παράλληλα υπάρχει αύξηση του αριθμού των εισαγωγών και μείωση των ημερών νοσηλείας που φανερώνει ότι το φόρτο εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει το ίδιο .

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Στατιστικά στοιχεία για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό 2002- 2005

	ΕΤΗ	Παθολογικός Τομέας		Χειρουργικός Τομέας		Τομέας ψυχικής Υγείας	
		2002	2005	2002	2005	2002	2005
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Διευθυντές	72	71	84	76	9	29
	Επιμελητές	33	30	21	23	3	5
ΣΥΝΟΛΟ		105	101	105	99	12	34
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Νοσηλευτές/ τριες ΠΕ -ΤΕ	77	77	80	95	5	5
	Β. Νοσηλευτές / τριες ΔΕ	96	96	158	153	7	7
ΣΥΝΟΛΟ		173	173	238	248	12	12
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		278	274	343	347	24	46

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Τετάρτη 10-8-2005

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου θα πρέπει να αξιολογούν ορισμένους παραμέτρους για να αποκτούν ολοκληρωμένη εικόνα για την αξιολόγηση παραγωγής έργου από την νοσηλευτική υπηρεσία και ανάλογα τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν κάθε φορά να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές για διευκολύνουν το προσωπικό του νοσοκομείου, αποφεύγοντας την δημιουργία εντάσεων και την καλυτέρευση της επικοινωνίας μεταξύ τους. Όμως κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να έχει γίνει, αφού ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού για τρία χρόνια έχει παραμένει σταθερός, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι ο παθολογικός τομέας έχει να αντιμετωπίσει περισσότερα περιστατικά από τον χειρουργικό τομέα άρα χρειάζεται και περισσότερο προσωπικό. Ίδια κατάσταση εμφανίζεται να έχει και η ιατρική υπηρεσία, με την μόνη διαφορά όμως ότι η αλλαγή στο νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να γίνει εύκολα σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό που ένας χειρουργός δεν μπορεί να αντικαταστήσει έναν παθολόγο ούτε και το αντίστροφο.

Η επιλογή των στοιχείων για την εύρεση των δεικτών στηρίχτηκε στα εξής γεγονότα :

- Η σύνθεση και ο αριθμός ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είχε την ίδια μορφή και για τα δύο έτη 2002 και 2005.
- Με τον όρο ιατρικό προσωπικό γίνεται αναφορά στο μόνιμο απασχολούμενο ιατρικό προσωπικό δηλαδή τους Διευθυντές κλινικών – Πανεπιστημιακούς και τους Επιμελητές Α και Β κλινικών
- Με τον όρο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται αναφορά στους - Νοσηλευτές / τριες ΠΕ και ΓΕ- Βοηθούς Νοσηλευτές / τριες ΔΕ

Την ανάλυση της κίνησης του κάθε τομέα θα την επιτύχουμε μέσω του πίνακα 9 που ακολουθεί και θα χωρίζεται σε δύο ενότητες, η πρώτη θα περιλαμβάνει **δείκτες εκροών και η δεύτερη της επάρκειας.**

Οι δείκτες **εκροών** θα περιλαμβάνουν:

- αριθμό εισαγωγών ανά νοσηλευτή
- αριθμό εισαγωγών ανά ιατρό
- ημέρες νοσηλείας ανά νοσηλευτή
- ημέρες νοσηλείας ανά ιατρό.

Οι δείκτες **επάρκειας** θα περιλαμβάνουν:

- νοσηλευτικές κλίνες ανά νοσηλευτή
- νοσηλευτές ανά ιατρό.

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα των παραπάνω Δεικτών συγκεντρωτικά ανά κατηγορία και έτος. Η αξιολόγηση θα γίνει με βάση τα διεθνή στάνταρ για τους δείκτες επάρκειας και η αξιολόγηση για τους δείκτες εκροών θα γίνει με τη σύγκριση μεταξύ των τομέων. Η ανάλυση των ποσοστών από των παρακάτω πίνακα θα παρουσιάζεται πιο αναλυτικά στο παράρτημα 4 στο τέλος της εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Συγκεντρωτικά αποτελέσματα των δεικτών για τα έτη 2002–2005

	ΔΕΙΚΤΕΣ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ		ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
		2002	2005	2002	2005	2002	2005
ΕΚΡΟΣΗ	Ημέρες νοσηλείας Ανά Νοσηλευτικό Προσωπικό	397	466	316	263	1.931	1.817
	Ημέρες νοσηλείας Ανά Νοσηλευτή	893	1.046	939	688	46.344	43.618
	Ημέρες νοσηλείας Ανά Βοηθό Νοσηλευτή	716	840	475	427	3.310	3.115
	Εισαγωγές Ανά. Νοσηλευτικό Προσωπικό	136	189	48	48	201	223
	Εισαγωγές Ανά. Νοσηλευτή	304	425	143	125	484	536
	Εισαγωγές Ανά. Βοηθό Νοσηλευτή	244	340	73	78	346	383
ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	Νοσηλευτικό προσωπικό Ανά Ιατρό	1,64	1,71	2,26	2,50	1	0,35
	Νοσηλευτής Ανά Ιατρό	0,73	0,76	0,76	0,95	0,41	0,14
	Βοηθός Νοσηλευτής Ανά Ιατρό	0,91	0,95	1,50	1,54	0,58	0,20
	Νοσ. Κλίνες Ανά Νοσηλευτή	2,58	3,11	3,77	2,84	17,6	17,8
	Νοσ. Κλίνες Ανά Βοηθό Νοσηλευτή	2,07	2,5	1,91	1,76	12,50	12,71

Πηγές : - Γραφείο Προσωπικού, Τετάρτη 10-8-2005 ⁶³ - Γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας, Πέμπτη 11-8-2005

⁶³ Βλέπετε παράρτημα 2. Για την λεπτομερή ενημέρωση των ποσοστών που εμφανίζονται στον παραπάνω πίνακα.

Συμπερασματικά από τον παραπάνω συγκεντρωτικό πίνακα αποτελεσμάτων μπορούμε να πούμε τα εξής :

◆ Οι ημέρες νοσηλείας παρουσιάζουν στο σύνολο τους πτωτική τάση (από το 2002 έως το 2005) για τον χειρουργικό τομέα και τομέα ψυχικής υγείας σε αντίθεση με τον παθολογικό τομέα που παρουσιάζει αύξηση τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους βοηθούς νοσηλευτές. Η αύξηση αυτή όμως δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική αφού τα ποσοστά κυμαίνονται σε ψηλά επίπεδα σε σχέση με τον χειρουργικό τομέα.

Ο χειρουργικός τομέας παρουσιάζει τον μικρότερο αριθμό ημερών νοσηλείας από όλους τους τομείς του νοσοκομείου και για τα δύο έτη.

Ο τομέας ψυχικής υγείας σε αντίθεση με τον χειρουργικό τομέα παρουσιάζει, και για τα δύο έτη, τον μεγαλύτερο αριθμό ημερών νοσηλείας. Οι νοσηλευτές του τομέα αυτού φαίνεται να έχουν να αντιμετωπίσουν πάνω από 46.000 ημέρες νοσηλείας για το 2002 και 43.000 για το έτος 2005. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι φανερή, και οι εντάσεις μεταξύ του προσωπικού θα πρέπει να είναι δεδομένες.

◆ Ο συνολικός αριθμός εισαγωγών που αντιστοιχεί σε κάθε άτομο νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθό νοσηλευτή, παρουσιάζουν ανοδική τάση για τον παθολογικό τομέα και τομέα ψυχικής υγείας. Ενώ στο χειρουργικό τομέα οι εισαγωγές για το 2002 παρουσιάζουν μείωση και αύξηση για το 2005.

Ο τομέας ψυχικής υγείας παρουσιάζει από όλους τους τομείς τον μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ενώ ο χειρουργικός τομέας παρουσιάζει αντίστοιχα τον μικρότερο αριθμό εισαγωγών. Φαίνεται ξεκάθαρα και σε αυτήν την ενότητα ότι υπάρχει μεγάλη δυσαναλογία στην κατανομή του προσωπικού στους τομείς του προσωπικού.

Αυξημένες είναι και οι συνολικές εισαγωγές για τους βοηθούς νοσηλευτές του παθολογικού τομέα.

◆ Η σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών αντανακλά περισσότερο ίσως από κάθε άλλο δείκτη την ποιότητα των νοσηλευτικών φροντίδων. Η πλέον παραδεκτή σχέση είναι τέσσερις (4) νοσηλευτές ανά ιατρό.⁶⁴ Στην περίπτωση όμως του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ δεν έχει καμία σχέση με τα ποσοστά που παρουσιάζουν στο σύνολό τους οι τομείς. Το

⁶⁴ Σούλης Σ, Δείκτες αξιολόγησης του συστήματος υγείας, ΤΕΙ Αθήνας, 1992, σελ 63

μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στο χειρουργικό τομέα όπου η αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό φτάνει για το 2005 στους δύομισι. Αυτό μπορεί να επηρεάζεται από το γεγονός ότι οι γιατροί είναι υπεράριθμοι.⁶⁵

Ο τομέας ψυχικής υγείας παρουσιάζει και σε αυτήν την ενότητα την μεγαλύτερη δυσαναλογία προσωπικού. Αρκετά μεγάλο πρόβλημα φαίνεται να αντιμετωπίζει και ο παθολογικός τομέας αφού οι νοσηλευτές φαίνεται να έχουν να εξυπηρετήσουν περισσότερους γιατρούς από τους βοηθούς νοσηλευτές.

◆ **Η σχέση νοσοκομειακών κλινών ανά νοσηλευτή που θεωρείται ικανοποιητική είναι 1/1 όμως τα ποσοστά των τομέων του ΑΧΕΠΑ απέχουν πολύ από τα στάνταρ.**⁶⁶

Σε όλους τους τομείς αντιστοιχούν περισσότερες νοσηλευτικές κλίνες σε κάθε νοσηλευτή, από αυτές που αντιστοιχούν σε κάθε βοηθό νοσηλευτή.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα παρουσιάζεται στον τομέα ψυχικής υγείας όπου ο κάθε νοσηλευτής πρέπει να εξυπηρετήσει πάνω από δεκαεπτά (17) κλίνες ενώ το μικρότερο πρόβλημα φαίνεται να αντιμετωπίζει ο χειρουργικός τομέας όπου οι βοηθοί νοσηλευτές έχουν να εξυπηρετήσουν περίπου δύο (2) κλίνες.

⁶⁵ βλέπετε σελ 28 κεφάλαιο 3

⁶⁶ Σούλης Σ, Δείκτες αξιολόγησης του συστήματος υγείας, ΤΕΙ Αθήνας, 1992, σελ 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας υποθέτουμε ότι μπορεί να επηρεάζεται από την έλλειψη προσωπικού και καθηκοντολογίου και κατ' επέκταση να αποτελεί αρνητικό παράγοντα στην ομαλή λειτουργία και ροή εργασίας του προσωπικού.

Το κεφάλαιο αυτό εστιάζεται στους αρνητικούς παράγοντες που δημιουργούνται λόγω της έλλειψης καθηκοντολογίου, αφού σχετικά με την έλλειψη του προσωπικού έγινε αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Για το σκοπό αυτό το κεφάλαιο χωρίζεται σε 3 υποκεφάλαια

3.1 Εισαγωγή

3.2 Έννοια και ορισμός της επικοινωνίας

3.3 Μορφές επικοινωνίας

3.4 Η διαδικασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική

Το πρώτο υποκεφάλαιο << 3.1 Εισαγωγή >>, έχει ως σκοπό να μας προδιαθέσει για τα επόμενα υποκεφάλαια που θα ακολουθήσουν.

Το δεύτερο υποκεφάλαιο <<3.2 Έννοια και ορισμός της επικοινωνίας >>, έχει ως σκοπό να δώσει έναν πρώτο ορισμό για την επικοινωνία. Ποια είναι τα βασικά στοιχεία για αυτήν την διενέργεια και τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται .

Το τρίτο υποκεφάλαιο <<3.3 Μορφές επικοινωνίας>>, αναφέρεται σε όλες τις μορφές που μπορούμε να επικοινωνήσουμε. Οι μορφές αυτές είναι η προφορική, η γραπτή και μη λεκτική.

Το τέταρτο υποκεφάλαιο <<3.4 Η διαδικασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική >>, αναφέρεται στα οφέλη που παρέχει η καλή επικοινωνία στην διοίκηση του νοσοκομείου και ειδικότερα στο προσωπικό του.

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της επικοινωνίας στον εργασιακό χώρο είναι πάντοτε επίκαιρο και ενδιαφέρον δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνθρωποι ακόμη και σήμερα στην εποχή της πληροφορικής, καταναλώνουν το ένα τρίτο ως και το ένα δεύτερο της ημερήσιας ζωής τους ως εργαζόμενοι!

Παρ' όλο τις σημαντικές τεχνολογικές και κοινωνικές εξελίξεις, η επικοινωνία για κάθε άνθρωπο αποτελεί μέσο ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης. Η επικοινωνία είναι αδιάκοπη διεργασία αυτογνωσίας, προάγει την καλλιέργεια και την ωρίμανση της προσωπικότητας, συμβάλλει στην δημιουργική προσωπική και κοινωνική ζωή, αναγνωρίζει τα όρια των προσωπικών του απαιτήσεων σε σχέση με τα δικαιώματα των συνεργατών του.

Η νοσηλευτική ως υπηρεσία προς τον άνθρωπο είναι διαπροσωπικό έργο, κοινωνικό λειτούργημα, διανθρώπινη επικοινωνία με αδιάκοπη προσφορά και βοήθεια στον πάσχοντα συνάνθρωπο. Οι νοσηλευτές λειτουργούν και εκπληρώνουν την υψηλή αποστολή τους όταν εργάζονται σε θετικό εργασιακό περιβάλλον και αναπτύσσουν θετικές και γόνιμες διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες τους όσο και με τους ασθενείς τους.

Η επικοινωνία και η συνεργασία των μελών της ομάδας υγείας δεν είναι μια απλή σύμπτωση ύπαρξης ατόμων ή μιας μικρής ομάδας σε ένα γραφείο, ένα λειτουργικό χώρο. Η καθημερινή αυτή σχέση πρέπει να έχει στοιχεία αρμονικής κοινής πορείας, δημιουργικότητα, συνταύτιση και αλληλεπίδραση, χωρίς φυσικά να παρεμποδίζεται η διατήρηση ιδεών και ενέργειας της κάθε ειδικότητας αλλά και της προσωπικότητας του καθενός.

Τα παραπάνω θα πρέπει να αποτελούν κοινή γνώση των ανθρώπων, που απαρτίζουν την ομάδα υγείας. Με τη παρούσα ερευνητική εργασία στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ θα αναζητηθεί και η μεταξύ των ατόμων αυτών ποιοτική επικοινωνία.

3.2 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η λέξη επικοινωνία προέρχεται από τη λέξη κοινωνός, κοινωνώ δηλαδή έρχομαι σε επαφή ή μετέχω σε κάτι ή πληροφορούμαι άρα επικοινωνώ. Η λέξη κοινωνός σημαίνει λαμβάνων γνώση κάποιου πράγματος ή πρόκειται για πρόσωπο, το οποίο μετέχει σε κάτι, ή το οποίο πληροφορείται κάτι. Κοινός σημαίνει ακόμα ο ευρέως διαδεδομένος, με την ευρεία έννοια σημαίνει καθίσταται κάτι κοινό, δηλαδή σύνδεση, μήνυμα.

Επικοινωνία λοιπόν είναι η μετάδοση ή η ανταλλαγή πληροφοριών, μηνυμάτων, σκέψεων ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα πρόσωπα. Η λέξη επικοινωνία εμπεριέχει τις έννοιες αισθάνομαι, βλέπω, μιλώ, ακούω, καταλαβαίνω.

Τα λόγια, οι πράξεις, οι εκφράσεις μας, γενικά η παρουσία μας και μόνο αποτελούν ερεθίσματα, σημεία επικοινωνίας με τους άλλους. Και όταν ακόμη δεν επικοινωνούμε άμεσα με συζήτηση, η παρουσία τους και μόνο μας επηρεάζει άλλοτε έμμεσα και άλλοτε άμεσα. Η επικοινωνία είναι βασικός όρος κοινωνικής ζωής και κατανόησης του άλλου και γενικά της ζωής.⁶⁷

Ως γνωστόν, η λειτουργία της επικοινωνίας για να πραγματοποιηθεί απαιτεί την ύπαρξη τεσσάρων προϋποθέσεων.

Ενός πομπού

Ενός δέκτη

Ενός μηνύματος- πληροφορίας

Μιας οδού επικοινωνίας που θα επιτρέψει τη μεταβίβαση (αποστολή και λήψη) του μηνύματος.

Ο πομπός – αποστολέας, είναι ο άνθρωπος που επιθυμεί να μεταβιβάσει ένα μήνυμα στον αποστολέα.

Ο κώδικας του πομπού – κωδικοποίηση. Κατά την κωδικοποίηση, που αποτελεί διανοητική εργασία, ο αποστολέας ότι θέλει να μεταβιβάσει το μετατρέπει σε νόημα με τη χρήση κώδικα. Ο κώδικας αποτελείται από λέξεις, σύμβολα, κινήσεις ή στάσεις του σώματος, σύμβολα.

⁶⁷ Πρακτικά Σεμιναρίου Επιμορφώσεως Νοσηλευτικού Προσωπικού 15-19 Απριλίου 1980, Θεαγένειο Ιατρικό Ινστιτούτο.

Το μήνυμα, που είναι το αποτέλεσμα της προηγούμενης διανοητικής εργασίας της κωδικοποίησης. Είναι η φυσική έκφραση του νοήματος, περιέχει τις ιδέες, τις προθέσεις, τα συναισθήματα και αποτελείται από λέξεις, κινήσεις στάσεις του σώματος, σύμβολα.

Η αποστολή του μηνύματος . Είναι η στιγμή που ο πομπός εκφράζει αυτό που θέλει γραπτά, προφορικά, με χειρονομίες ή ακόμα και με την σιωπή του.

Η μεταβίβαση. Από τη στιγμή της αποστολής του μηνύματος μέχρι την παραλαβή από το δέκτη λαμβάνει χώρα η πραγματική μεταβίβαση. Είναι δηλαδή η μεταφορά από τον έναν στον άλλον.

Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης. Είναι τα μέσα με τα οποία μεταφέρεται το μήνυμα στο δέκτη, όπως η ατμόσφαιρα, τα αντικείμενα, τα τεχνικά μέσα.

Η παραλαβή σύλληψη από το δέκτη, με τις αισθήσεις του, του μηνύματος που έστειλε ο πομπός.

Η αποκωδικοποίηση. Ο δέκτης με το δικό του κώδικα και με τη διανοητική της διεργασία της αποκωδικοποίησης ερμηνεύει και μετατρέπει το μήνυμα σε νόημα.

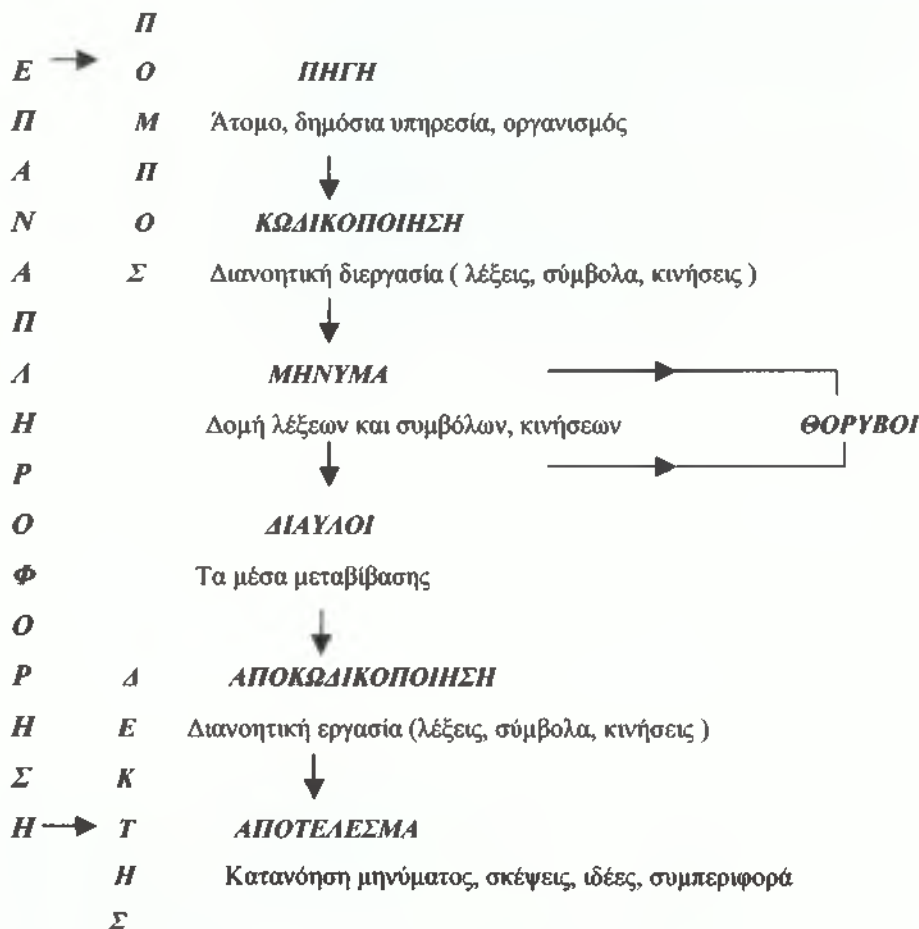
Το αποτέλεσμα. Μετά την αποκωδικοποίηση ο δέκτης πληροφορείται, κατανοεί, αισθάνεται, αλλάζει ιδέες, γνωρίζει, αυτό είναι το αποτέλεσμα της επικοινωνίας.

Ο έλεγχος. Το αποτέλεσμα που επέφερε το μήνυμα στο δέκτη με την επανάληψη της διαδικασίας μεταφέρεται στον πομπό με το μηχανισμό ελέγχου – επαναπληροφοριοδότησης.

Οι θόρυβοι. Αν και είναι συστατικό στοιχείο της διαδικασίας της επικοινωνίας είναι σημαντικό για την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας. Είναι δε καθετί που παρεμβαίνει στην επικοινωνία όπως ο θόρυβος του περιβάλλοντος, προβλήματα λόγου, ιδιόρρυθμοί τρόποι συμπεριφοράς .⁶⁸

⁶⁸ Πρακτικά σεμιναρίου του Περιφερειακού Ινστιτούτου Επιμόρφωσης Θεσσαλονίκης, Διοίκηση Ανθρώπινου Παράγοντα, Δεκέμβριος 1998, σελ 3-16.

ΣΧΗΜΑ 4: Η διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ του πομπού και του δέκτη.



Πηγή : Πρακτικά σεμιναρίου του Περιφερειακού Ινστιτούτο Επιμόρφωσης Θεσσαλονίκης, Διοίκηση Ανθρώπινου Παράγοντα, Δεκέμβριος 1998, σελ 3-16 .



Το περιεχόμενο ενός μηνύματος μπορεί να είναι σκέψεις, πληροφορίες, ιδέες, αποφάσεις, οδηγίες, στάσεις, εντολές, συναισθήματα ή συνδυασμός όλων αυτών.

Βασική προϋπόθεση είναι ο δέκτης να γνωρίζει τον κώδικα που χρησιμοποιεί ο πομπός για να μπορέσει να αντιληφθεί και να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα. ⁶⁹

⁶⁹ Πρακτικά σεμιναρίου του Περιφερειακού Ινστιτούτο Επιμόρφωσης Θεσσαλονίκης, Διοίκηση Ανθρώπινου Παράγοντα, Δεκέμβριος 1998, σελ 3-16 .

3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η επικοινωνία διακρίνεται σε:

Προφορική (γίνεται με τη γλώσσα ή τα σύμβολα),

Γραπτή (γραπτές λέξεις με τη μορφή βιβλίων, άρθρων, επιστολών κ.τ.λ.)

Μη λεκτική μορφή επικοινωνίας (περιλαμβάνει τις κινήσεις του σώματος και την έκφραση του προσώπου, τον τόνο και την ποιότητα φωνής, την αφή και την προσωπική έκφραση με τον τύπο της ενδυμασίας).

Στην αρμονική επικοινωνία τα λεκτικά ή "εξωλεκτικά" μηνύματα είναι σε συμφωνία. Διαφορετικά όταν μεταξύ τους είναι ανακόλουθα, προκύπτουν καταστάσεις σύγχυσης και η συνεννόηση γίνεται ψυχοφθόρα και αναποτελεσματική.

3.3.1 ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το γλωσσικό σύστημα, που αποτελεί χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους είναι το πιο επεξεργασμένο από όλα τα συστήματα επικοινωνίας.

Ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό ον, καθετί, το οποίο κάνει, συμβαίνει σε αλληλεπίδραση με άλλους. Αυτή η αλληλεπίδραση προϋποθέτει γλώσσα και επικοινωνία. Η γλώσσα αποτελεί τη βάση του συστήματος επικοινωνίας και συντελεί στη μετάδοση πληροφοριών. Η γλώσσα είναι επίσης ένα φυσικό ιδίωμα του ανθρώπου, έκφραση της διάνοησης του. Δεν υπάρχει έθνος άγλωσσο, υπήρξε όμως έθνος αγράμματο.

Έτσι συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η γλώσσα είναι το συστηματικό μέσο μετάδοσης ιδεών και συναισθημάτων και μετάδοσης μηνυμάτων με τη χρήση συμβόλων και ήχων με σκοπό τη κατανόηση των νοημάτων.

Στο ερώτημα γιατί χρησιμοποιούμε τη γλώσσα η απάντηση συμπεριλαμβάνει ότι χρησιμοποιούμε τη γλώσσα για να προσδιορίσουμε, να χαρακτηρίσουμε και να ορίσουμε. Τα γλωσσικά σύμβολα (λέξεις) λειτουργούν για να προσδιορίσουν, να χαρακτηρίσουν και να ορίσουν σκέψεις, συναισθήματα, αντικείμενα και εμπειρίες με σκοπό να μπορούν να τα μοιραστούν με άλλους ανθρώπους. Μέσω της γλώσσας μπορούμε να είμαστε σαφείς ή ασαφείς, επίσης μπορούμε να επηρεάσουμε κάθε όψη των σχέσεων μας.⁷⁰

⁷⁰ Μαρία Γρ. Καζάζη, Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία, Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα 1995, σελ. 5-15.

3.3.2 ΓΡΑΠΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί και με οπτικά μέσα όπως είναι τα σχέδια ή οι εικόνες. Στην κατηγορία των συμβόλων ανήκει μια από τις μεγαλύτερες ανθρώπινες ανακαλύψεις, η γραφή. Τα πρώτα δείγματα γραφής (γύρω στο 3000 π.Χ.) εμφανίστηκαν στη Μεσοποταμία. Μερικοί ισχυρίζονται ότι δημιουργήθηκε σε γεωργικές κοινωνίες λόγω της ανάγκης της καταγραφής καταλόγων περιουσιών, ενώ άλλοι τη θεώρησαν σαν το απαραίτητο μέσο διοίκησης εκτεταμένων περιφερειών από ένα κέντρο. Γύρω στα 2000 π.Χ. εμφανίστηκαν και τα πρώτα αλφάβητα –πρόγονοι των σημερινών. Η επινόηση της τυπογραφίας από τον Γουτεμβέργιο τον 15ο αιώνα έφερε επανάσταση στη διάδοση του βιβλίου .

Το 1990 γίνεται τελειοποίηση της συνθετικής εικόνας και ήχου. Ενώ από το 1990 και μετά υπάρχει ανάπτυξη της ψηφιακής και ηλεκτρονικής τεχνολογίας και μ' αυτό τον τρόπο γίνεται η αναπαραγωγή και διανομή ενός μηνύματος σε πολύ μεγάλο κοινό ταχύτητα.

Αναμφισβήτητα η γραφή είναι συνδεδεμένη με τα υλικά μέσα που της χρησιμεύουν για υπόβαθρο αποτύπωσης και γι' αυτό η ανάπτυξη της σχετίζεται στενά με τις τεχνολογικές επιταγές.

3.3.3 ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Όταν λέμε μη λεκτική επικοινωνία εννοούμε όλα εκείνα τα γεγονότα και τις καταστάσεις που συνοδεύουν και επηρεάζουν την επικοινωνία και αυτά είναι: η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος, ο τόνος της φωνής, οι μορφασμοί, η επαφή των ματιών.

Η επικοινωνία χωρίς λόγια είναι τόσο αποτελεσματική και σημαντική όσο και η λεκτική, μερικές φορές μάλιστα ξεπερνά και το λεκτικό μήνυμα. Εκπληρώνει πολλούς σκοπούς, όπως: η διεύρυνση δηλαδή η συμπλήρωση ή αντικατάσταση της ομιλίας, η έκφραση συναισθημάτων, η ρύθμιση της ροής των μηνυμάτων και η αντανάκλαση της σχέσεων μεταξύ αποστολέα και λήπτη και τέλος επαληθεύει ή διαψεύδει όσα εκφράζονται με λόγια.

Επίσης, η μη λεκτική μορφή επικοινωνίας είναι η γλώσσα της ευαισθησίας που αποκαλύπτει την αλήθεια σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις. Το ανθρώπινο σώμα είναι ομιλούν όργανο, ικανό να εκφράζει ιδέες και συναισθήματα. Οι άνθρωποι μιλούν με τη διάλεκτο του σώματος. Όχι μόνο οι χειρονομίες και οι κινήσεις του σώματος μεταβιβάζουν χωρίς λόγια αξιόλογα σήματα, αλλά και η απουσία ομιλητικότητας μπορεί να διερευνηθεί σαν μια μορφή επικοινωνίας χωρίς λόγια.⁷¹

⁷¹ Μ. Ρωμανίδου – Χατζιλιά: Διοίκηση Νοσηλευτικής Μονάδας, Αρχές Διοίκησης και Διαπροσωπικές σχέσεις, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1987, σελ. 40-42.

3.4 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

3.4.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το πρόβλημα της επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων είναι ίσως η βασική πηγή πολλών άλλων δυσκολιών και προβλημάτων μέσα στο χώρο γενικώς της ανθρώπινης ζωής.

Με τον όρο «πρόβλημα της επικοινωνίας» εννοούμε συνήθως την αδυναμία ή ανικανότητα δύο ανθρώπων να αλληλοκατανοηθούν και να αναπτύξουν, κατά την οιαδήποτε φύσεως συνάντησή τους, επικοινωνιακό διάλογο και δημιουργική σχέση και επαφή. Από τις πιο ασήμαντες λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής μέχρι τα συγκλονιστικά και άλυτα προβλήματα του κόσμου, στη συνολική τους θεώρηση, το «πρόβλημα της επικοινωνίας» αποκαλύπτεται πάντοτε ως γενεσιουργό αίτιο και ως προϋπόθεση όλων αυτών των αρνητικών καταστάσεων του ανθρώπινου βίου, που δίνουν τελικά έμφαση στην τραγική του όψη και πραγματικότητα. Κύριο αίτιο της κρίσεως που παρουσιάζεται στις διανθρώπινες σχέσεις στις ημέρες μας είναι η τεράστια ανάπτυξη της τεχνολογίας η οποία είχε ως αποτέλεσμα οι διανθρώπινες σχέσεις να γίνουν ευκολότερες, ταχύτερες, μαζικές, έμμεσες.⁷²

Τα τεχνικά μέσα αυξάνουν τις επικοινωνίες σε πλάτος και τις μειώνουν σε βάθος και αυθεντικότητα. Είναι επικοινωνίες ανώνυμες, έμμεσες και μάλλον εγωκεντρικές, εφόσον αντικείμενο τους δεν αποτελεί η ύπαρξη του άλλου αλλά η ανάπτυξη της δικής μας κοινωνικής εμπειρίας.

Η σωματική και ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεστε, επηρεάζει και τα μηνύματα που μεταδίδετε, αλλά και την κατανόηση αυτών που λαμβάνετε. Όταν είστε θυμωμένος ή ανήσυχος μπορεί να διαφύγουν από την προσοχή σας ορισμένες «λέξεις – κλειδιά» από το μήνυμα που ακούτε και να παρεξηγήσετε το νόημα του.

Η φύση των σχέσεων των ατόμων της νοσηλευτικής υπηρεσίας εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της επικοινωνίας που επηρεάζεται με την σειρά της από την συμπεριφορά και των δύο και του ατόμου.

Είναι επαγγελματική ευθύνη του κάθε νοσηλευτή να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει τίποτε στην δική του συμπεριφορά που να εμποδίζει τον συνάδελφο του να επικοινωνήσει σε προσωπικό επίπεδο όταν εκείνος θέλει και χρειάζεται να το κάνει. Μερικές φορές όμως με απλές παρατηρήσεις μπορεί να εμποδίζει την βαθύτερη επικοινωνία χωρίς να το ξέρει. Οι

⁷² Barbara R. Hegner – Esthel Cald Well, Εισαγωγή στη Γενική Νοσηλευτική, 7η έκδοση, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Αθήνα 1999, σελ. 87-92.

προθέσεις του μπορεί να είναι να αφήσει το άτομο να συζητήσει ό,τι εκείνος θέλει. Μερικές φορές όμως με απλές παρατηρήσεις μπορεί να τον σταματήσει και να τον αφήσει να αισθάνεται μόνο και παρεξηγημένο. Έτσι, χρειάζεται να γνωρίζει ο νοσηλευτής τι μπορεί να εμποδίσει μια αποτελεσματική επικοινωνία.

Οι HEWITT & PERZNECKER (1964) υπογραμμίζουν ότι οι παρατηρήσεις που πιθανόν να εμποδίζουν μια αποτελεσματική επικοινωνία εμπίπτουν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες. Όταν ο νοσηλευτής καταλαβαίνει την φύση μιας από αυτές τις κατηγορίες παρατηρήσεων μπορεί να εργασθεί ώστε να παραληφθεί από τους τρόπους επικοινωνίας του με τον συνάδελφο του και έτσι να διευκολύνει μια πιο αποτελεσματική επικοινωνία. Οι πέντε κατηγορίες των παρατηρήσεων που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι:

- 1) Αλλαγή θέματος συζήτησεως.
- 2) Διατύπωση της δικής μας γνώμης και ιδέας για τον άρρωστο και την κατάσταση του.
- 3) Ευκολία στην διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων λύσεως προβλημάτων.
- 4) Ακατάλληλη ή λανθασμένη ενθάρρυνση.
- 5) Ακατάλληλη χρήση ιατρικών δεδομένων ή νοσηλευτικών γνώσεων.⁷³

3.4.2 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μπορείτε να βελτιώσετε την ικανότητα σας να επικοινωνείτε με τους άλλους με το να:

-Ακούτε προσεκτικά τι έχει να σας πει και να δείχνετε με τη «γλώσσα του σώματος» σας ότι ενδιαφέρεστε πραγματικά.

-Προσπαθείτε να βρίσκειται το νόημα της συνομιλίας.

-Χρησιμοποιείτε αντικειμενικές πληροφορίες στη συζήτηση και όχι προσωπικές εκτιμήσεις και απόψεις.

-Προσπαθείτε να εμβαθύνετε στα αισθήματα και τις σκέψεις του συνομιλητή σας.

-Δίνετε προσοχή σ' αυτά που σας λένε οι συνεργάτες σας για το τμήμα σας.

-Κάνετε ερωτήσεις για να διευκρινίσετε απορίες σας ή σκοτεινά σημεία.

-Μη διακόπτετε τον άλλο πριν ολοκληρώσει αυτό που θέλει να σας πει.

-Προσπαθείτε να βρίσκεστε σε περιβάλλον ήσυχο, όπου δε θα σας διακόπτουν.

Οι δεξιότητες που διευκολύνουν την επικοινωνία σύμφωνα με την ROGERS (1962) εμπίπτουν σε έξη κατηγορίες:

⁷³ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο: Επικοινωνία Κύριο Μέσο Αγωγής της Υγείας, Πρακτικά '86, Σέρρες 20-22 Μαΐου 1986.

1) Ευγένεια.

Η ROGERS υποστηρίζει ότι αν ο νοσηλευτής δεν είναι ευγενής, ό,τι άλλο και να κάνει είναι χάσιμο χρόνου. Είναι δύσκολο να είναι κανείς ευγενής και χρειάζεται συνεχής προσπάθεια. Είναι η βασικότερη από τις δεξιότητες που διευκολύνουν την επικοινωνία.

2) Ενθάρρυνση για ερωτήσεις.

Είναι η δεξιότητα του να ενθαρρύνουμε τον συνάδελφο μας να μας κάνει ερωτήσεις ή να μας ζητήσει κάτι. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται να ρωτήσουν για να μην θεωρηθούν αφελείς. Ακόμη νομίζουν ότι τα άλλα μέλη της ομάδας υγείας θα νευριάσουν. Έτσι όταν τους δίνουμε την άνεση να το κάνουν, πραγματικά το εκτιμούν πολύ.

3) Παροχή πληροφοριών.

Είναι η δεξιότητα της άμεσης απάντησης στην ερώτηση του ατόμου. Έτσι όταν ο συνάδελφο μας, μας ζητάει μια πληροφορία, απαντούμε δίνοντας του την πληροφορία που θέλει και στην γλώσσα που εκείνος καταλαβαίνει. Αν ο συνάδελφος μας αισθάνεται ότι του κρύβουμε σπουδαίες πληροφορίες που τον αφορούν, δεν θα μας έχει εμπιστοσύνη και η επικοινωνία μας δυσκολεύει. Τα άτομα της διοίκησης θα πρέπει να ενημερώνουν άμεσα το προσωπικό του για κάθε θέμα που αφορά και τους ίδιους.

4) Έμπρακτη παρέμβαση.

Είναι η δεξιότητα του να ικανοποιήσουμε στην πράξη κάτι που το άτομο μας ζήτησε. Τα άτομά της διοίκησης θα πρέπει να είναι σε θέση να ακούνε τις ανάγκες του προσωπικού. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι πιο υπεύθυνοι όταν τους βοηθούμε στις ανάγκες τους.⁷⁴

5) Ζεστασιά – φιλικότητα.

Είναι η δεξιότητα της επικοινωνίας με το άτομο που φροντίζουμε «σαν άνθρωπο». Με την ζεστασιά και την φιλικότητα, χαμογελώντας, χαιρετώντας τον με το όνομα του, δείχνουμε προσωπικό ενδιαφέρον για αυτόν. Η ζεστασιά και η φιλικότητα είναι η δυναμική δεξιότητα για την δημιουργία σχέσεως εμπιστοσύνης.

⁷⁴ Γεωργία Γ. Σαββοπούλου: Βασική Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Η Ταβίθα» Αθήνα 1999, σελ. 111-136.

6) Κατανόηση.

Είναι η δεξιότητα του να επικοινωνεί κανείς με τον εργαζόμενο δείχνοντας του ότι καταλαβαίνει τα αισθήματα και τους προβληματισμούς του. Όταν κατανοούμε τον εργαζόμενο τον αφήνουμε να αντιληφθεί ότι καταλαβαίνουμε τι ακριβώς αισθάνεται και τι βιώνει. Πολλοί πιστεύουν ότι η κατανόηση και η ευγένεια είναι οι σπουδαιότερες δεξιότητες που πρέπει να μάθουμε για να βοηθήσουμε τους άλλους. Αυτό ισχύει τόσο για τα άτομα της διοικητικής πυραμίδας όσο και για τους εργαζόμενους εκτός αυτής.⁷⁵

75 Barbara R. Hegner – Esthel Cald Well, Εισαγωγή στη Γενική Νοσηλευτική, 7η έκδοση, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Αθήνα 1999, σελ. 87-92.

3.5 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, επικοινωνία είναι η διαδικασία δημιουργίας, ανταλλαγής, ερμηνείας, αξιολόγησης και αξιοποίησης σκέψεων, ιδεών, πληροφοριών και μηνυμάτων. Μέσω αυτής της διαδικασίας υπάρχει ένας σκοπός, που εκφράζεται ως μήνυμα και διαβιβάζεται από μία πηγή «τον αποστολέα» σε άλλο πρόσωπο, που είναι «ο αποδέκτης». Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται από τους ίδιους τους εργαζόμενους με την συμπεριφορά που επιδεικνύουν στο χώρο τους. Οι εργαζόμενοι πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους κατά την επικοινωνιακή επαφή και γι' αυτό θα πρέπει να έχουν δεξιότητες αναγνώρισης της συμπεριφοράς των άλλων, καθώς και των αιτιών που τις δημιουργούν.⁷⁶

Το εργασιακό κλίμα μπορεί να διευκολύνει ή να εμποδίσει την επικοινωνία. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σωστή μετάδοση μηνυμάτων είναι η εμπιστοσύνη, η εκτίμηση, και ο αμοιβαίος σεβασμός τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και μεταξύ αυτών και των ασθενών. Ο προϊστάμενος του τμήματος έχει την ευθύνη για την εκτέλεση των αναγκαίων λειτουργιών και εργασιών του συνόλου των ανθρώπων που έχει υπό την εποπτεία του. Η αποτελεσματική διεκπεραίωση τους διενεργείται από και δια μέσου άλλων ατόμων. Στόχος του προϊστάμενου είναι να δημιουργήσει μέσα στο χώρο εργασίας ένα κατάλληλο κλίμα, ώστε να εξασφαλίσει την ανάπτυξη της δυναμικότητας κάθε εργαζομένου στο ανώτατο δυνατό επίπεδο, να επηρεάσει τη συμπεριφορά των εργαζομένων του τμήματος του, ώστε να επιδιώκουν θεληματικά την πραγματοποίηση των στόχων του, δηλαδή της προσφοράς ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή.⁷⁷

3.5.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η επικοινωνία είναι μία αμφίδρομη διαδικασία, αφού διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και κατανοούνται από δύο ή περισσότερους ανθρώπους. Η ουσία της επικοινωνίας βρίσκεται στην αμοιβαιότητα και στην αλληλεπίδραση. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ένας παράγοντας επιτυχίας ενός οργανισμού.

⁷⁶ Μ. Ρωμανίδου – Χατζιλιά: Διοίκηση Νοσηλευτικής Μονάδας, Αρχές Διοίκησης και Διαπροσωπικές σχέσεις, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1987, σελ. 80-94.

⁷⁷ Στο ίδιο, σελ. 40-42.

Η επικοινωνία δεν είναι μόνο πρόβλημα και αρμοδιότητα των ανωτέρων στελεχών αλλά ολόκληρου του προσωπικού. Απλά την ευθύνη για την οργάνωση και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας την έχουν οι manager κάθε οργανισμού.⁷⁸

3.5.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

Αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα των σύγχρονων Υπηρεσιών Υγείας και των πολλαπλών εξειδικεύσεων των επαγγελματιών Υγείας, το ζήτημα της επικοινωνίας και της ροής των πληροφοριών, αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Πρωταρχικό μέλημα είναι η εξασφάλιση καλής επικοινωνίας η οποία συμβάλλει στη διασφάλιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τα διάφορα θεωρητικά συστήματα που έχουν αναπτυχθεί, βρίσκουν εφαρμογή ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες.⁷⁹

⁷⁸ Στο ίδιο, σελ. 80-94.

⁷⁹ Στο ίδιο, σελ. 80-94.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο θέλουμε να δείξουμε ποια είναι το αποτέλεσμα της κακής επικοινωνίας. Αυτό δεν θα μπορούσε να είναι άλλο από την σύγκρουση που δημιουργείται στο προσωπικό του νοσοκομείου και δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την αποτελεσματικότητα του τμήματος και κατά επέκταση το έργο του νοσοκομείου.

Για το σκοπό αυτό το κεφάλαιο χωρίζεται σε 4 υποκεφάλαια

4.1 Εισαγωγή

4.2 Θεωρήσεις – απόψεις για τη σύγκρουση

4.3 Είδη σύγκρουσης

4.4 Προτάσεις αντιμετώπισης του αποσυντονισμού

Το πρώτο υποκεφάλαιο << ***4.1 Εισαγωγή***>>, έχει ως σκοπό να μας ενημερώνει γενικά για το τι σημαίνει η λέξη σύγκρουση.

Το δεύτερο υποκεφάλαιο << ***4.2 Θεωρήσεις – απόψεις για τη σύγκρουση***>>, δίνεται τρεις απόψεις που υπάρχουν για το αποτέλεσμα που φέρνει η σύγκρουση, αναδεικνύοντας και την θετική πλευρά που έχει.

Το τρίτο υποκεφάλαιο << ***4.3 Είδη σύγκρουσης***>>, αναφέρονται αναλυτικά όλα τα στάδια της σύγκρουσης, διαχωρίζοντας πότε μια σύγκρουση μπορεί να αποφέρει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα.

Το τέταρτο υποκεφάλαιο << ***4.4 Προτάσεις αντιμετώπισης του αποσυντονισμού***>>, γίνεται αναφορά στις ενέργειες που θα πρέπει να προβεί η διοίκηση ώστε να υποβοηθήσει την ανάπτυξη του συντονισμού του νοσοκομείου.

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θα μπορούσαμε να ορίσουμε τη σύγκρουση ως μια διαδικασία, που αρχίζει όταν ένα άτομο ή μια ομάδα αντιλαμβάνεται την ύπαρξη αρνητικής προδιάθεσης από πλευράς κάποιου άλλου ατόμου ή ομάδας ως προ το αντικείμενο του ενδιαφέροντος των πρώτων.

Αυτός ο ορισμός είναι αρκετά γενικός και χαρακτηρίζει πολλά είδη συγκρούσεων μέσα στον οργανισμό, όπως ασυμφωνία στόχων και προσδοκιών, διαφορών σε ερμηνείες γεγονότων κ.ά.

Οι συγκρούσεις είναι ένα αναμφισβήτητο γεγονός, το οποίο εκδηλώνεται ή ενδέχεται να εκδηλωθεί στο πλαίσιο κάθε ομάδας ανθρώπων. Το άκουσμα και μόνο της λέξης φέρνει στο μυαλό αρνητικές σκέψεις, ενώ η ίδια η σύγκρουση θεωρείται ως κάτι κακό και ανεπιθύμητο και είναι τόσο παλιές οι συγκρούσεις όσο και οι άνθρωποι. Μπορεί να εκδηλωθούν σε οποιοδήποτε τομέα, επίπεδο και στάδιο της ανθρώπινης ζωής. Στον εργασιακό χώρο οι συγκρούσεις δεν είναι σπάνιες, αντιθέτως είναι συχνές και μπορεί να είναι δυνατές ή και ανώδυνες σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις μπορεί να αποδειχθούν καταστροφικές για την ομάδα και τα μέλη της. Η Miller-Smith (1997) ισχυρίζεται ότι για τον συνήθη καχύποπτο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας τη σύγκρουση, ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρει η εκπαίδευση, που για χρόνια αυτοί ακολούθησαν.

Η σύγκρουση στην διεπαγγελματική συνεργασία δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως πάση θυσία περίπτωση προς αποφυγήν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να προσεγγίζεται σαν μια ευκαιρία για περαιτέρω ανάπτυξη αρκεί η διαχείριση της να γίνεται με σύνεση.⁸⁰

⁸⁰ Κ. Σπετσιέρη: Η ψυχική ζωή του Ανθρώπου, Τύπος Μηνά Μυρτίδη Αθήνα 1960, σελ. 356-360.

4.2 ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ – ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

Υπάρχουν τρεις βασικές απόψεις για την σύγκρουση, που η κάθε μια φιλοδοξεί να ερμηνεύσει ή να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της σύγκρουσης.

Αυτές είναι:

α. **Η κλασική άποψη.**

β. **Η άποψη των ανθρώπινων σχέσεων.**

γ. **Η άποψη της αλληλεπίδρασης.**

Σύμφωνα με την **κλασική άποψη**, η σύγκρουση είναι κάτι αρνητικό και πρέπει να αποφεύγεται. Η σύγκρουση εκλαμβάνεται ως αποτέλεσμα κακής λειτουργίας ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης που οφείλεται στην ελλιπή επικοινωνία, στην έλλειψη εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μεταξύ των ατόμων, καθώς και στην αποτυχία των εργοδοτών να ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των εργαζομένων. Η επίλυση των συγκρούσεων επιδιώκεται με την αναζήτηση των αιτιών που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των ατόμων που προκαλούν την σύγκρουση, καθώς και την διόρθωση αυτών των δυσλειτουργιών. Παρόλο που οι νέες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτός ο τρόπος «επίλυσης» των συγκρούσεων δεν αυξάνει την απόδοση των οργανισμών / επιχειρήσεων, πολλοί εξακολουθούν να τον χρησιμοποιούν.⁸¹

Η **άποψη των ανθρώπινων σχέσεων** δέχεται ότι η σύγκρουση είναι φυσική και αναπόφευκτη κατάσταση σε κάθε ομάδα. Πιστεύεται ότι οι συγκρούσεις, όσο υπάρχουν άνθρωποι με την ποικιλομορφία των χαρακτηριστικών που έχουν διαμορφώσει, δεν μπορούν να αποτραπούν. Είναι όμως παραδεκτό όμως, ότι πολλές φορές οι συγκρούσεις επηρεάζουν θετικά την παραγωγή.

Τέλος, σύμφωνα με την **άποψη της αλληλεπίδρασης**, η σύγκρουση δεν είναι μόνο μια θετική δύναμη, αλλά συνιστά ένα απαραίτητο στοιχείο προκειμένου μια ομάδα να αποδώσει τα μέγιστα. Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης πιστεύουν ότι η διαρκής έλλειψη σύγκρουσης μπορεί να μετατρέψει μια φιλήσυχη, ειρηνική και συνεργάσιμη ομάδα, σε μια στατική, απαθή και αδιάφορη στα ερεθίσματα ομάδα. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν πιστεύουν ότι οι διευθυντές πρέπει να ενθαρρύνουν και να επιδιώκουν τη σύγκρουση (διαφωνία) σε τέτοιο βαθμό, ώστε να διατηρούν την ομάδα ενεργητική και δημιουργική.⁸²

⁸¹ Μαρία Γρ. Καζάζη, *Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία*, Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα 1995, σελ. 77-93.

⁸² Κ. Σπετσειέρη: *Η ψυχική ζωή του Ανθρώπου*, Τύπος Μηνά Μυρτίδη Αθήνα 1960, σελ. 356-360.

4.3 ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Από τα παραπάνω δε συνεπάγεται ότι κάθε σύγκρουση είναι καλή και επιθυμητή. Οι συγκρούσεις χωρίζονται σε *λειτουργικές ή δημιουργικές* και σε *δυσλειτουργικές (dysfunctional) ή καταστροφικές*. Οι λειτουργικές συγκρούσεις προάγουν την απόδοση της ομάδας, ενώ οι δυσλειτουργικές την εμποδίζουν. Δηλαδή, το κριτήριο που διαφοροποιεί την λειτουργική από τη δυσλειτουργική σύγκρουση είναι η απόδοση της ομάδας.

Η διαδικασία της σύγκρουσης ολοκληρώνεται μέσα από πέντε στάδια, πρώτο στάδιο είναι η δυναμική αντίθεση ή ασυμβατότητα, δεύτερο η γνώση και εξατομίκευση, τρίτο οι προθέσεις, τέταρτο η συμπεριφορά και τελευταίο το στάδιο του αποτελέσματος.⁸³

Στάδιο I:

Δυναμική αντίθεση ή ασυμβατότητα

Το πρώτο βήμα στη διαδικασία της σύγκρουσης, είναι η παρουσία των παραγόντων εκείνων που καλλιεργούν το έδαφος για σύγκρουση. Οι παράγοντες αυτοί δεν είναι απαραίτητο να οδηγήσουν κατευθείαν στη σύγκρουση, πρέπει όμως να υπάρχουν και δυνητικά καταλήγουν σε σύγκρουση. Οι παράγοντες αυτοί είναι η **επικοινωνία, η δομή και οι προσωπικές μεταβλητές**. Οι παράγοντες αυτοί χαρακτηρίζονται ως αίτια ή πηγές της σύγκρουσης.

Επικοινωνία

Η επικοινωνία ως πηγή σύγκρουσης, αντιπροσωπεύει τις αντίθετες δυνάμεις οι οποίες προκύπτουν από σημαντικές δυσκολίες, παρεξηγήσεις και «παράσιτα» στα κανάλια επικοινωνίας. Υπάρχει ένας μύθος με μεγάλη απήχηση ο οποίος θεωρεί την επικοινωνία (είτε είναι ελάχιστη είτε είναι υπερβολική) ως βασική αιτία σύγκρουσης, η οποία δεν είναι όμως η μοναδική.

Δομή

Ο όρος δομή χρησιμοποιείται για να συμπεριλάβει χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος της ομάδας, το βαθμό εξειδίκευσης στα καθήκοντα των μελών της ομάδας, το σαφή καθορισμό των δικαιοδοσιών, τη συμβατότητα των στόχων των μελών της ομάδας (κοινοί στόχοι), το στυλ της ηγεσίας, καθώς και το βαθμό ανεξαρτησίας ανάμεσα στα μέλη.

Έρευνες δείχνουν ότι το μέγεθος της ομάδας και ο βαθμός εξειδίκευσης είναι παράγοντες ικανοί να υποκινήσουν τη σύγκρουση. Όσο μεγαλύτερη είναι η ομάδα και όσο πιο

⁸³ Μαρία Γρ. Καζάζη, *Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία*, Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα 1995, σελ. 77-93.

εξειδικευμένα τα μέλη τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα σύγκρουσης, η οποία ενισχύεται ακόμη περισσότερο όταν τα μέλη της ομάδας είναι νεαρής ηλικίας, εξαιτίας της αναστάτωσης που τα διακρίνει.

Η ασάφεια των εσωτερικών κανονισμών και τα μπερδεμένα (υπερκαλυπτόμενα) καθήκοντα δρουν ως δυνητικοί παράγοντες για δημιουργία σύγκρουσης μεταξύ των μελών μιας ομάδας.

Οι διαφορετικοί και αρκετές φορές αντικρουόμενοι στόχοι των μελών της ομάδας αποτελούν την πιο σημαντική αιτία συγκρούσεων.

Επίσης, η γραμμή της ηγεσίας που εφαρμόζεται μπορεί να προκαλεί διαμάχες και προστριβές ειδικά αν είναι καταπιεστική και αυταρχική. Από την άλλη και το πολύ χαλαρό σύστημα (φιλελεύθερο) μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση συγκρούσεων, ειδικά αν δείχνει υπερβολική εμπιστοσύνη στα μέλη της ομάδας.

Το σύστημα αμοιβών μπορεί να προκαλέσει σύγκρουση, ειδικά όταν οι απολαβές του ενός μέλους είναι σε βάρος του άλλου. Από την άλλη, η εξάρτηση μιας ομάδας από μια άλλη καλλιεργεί πρόσφορο έδαφος για συγκρούσεις, ειδικά όταν η μία ομάδα είναι υπερβολικά ανεξάρτητη σε αντίθεση με μία άλλη που είναι υπερβολικά εξαρτημένη.

Προσωπικές μεταβλητές

Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται το σύστημα αξιών το οποίο μεταφέρει κάθε άτομο, η προσωπικότητα του και γενικά κάθε τι που εκφράζει την ιδιοσυγκρασία του και το διαφοροποιεί από τα άλλα άτομα.

Συγκεκριμένα, άτομα με αυταρχικό, εγωκεντρικό χαρακτήρα και με έλλειψη σεβασμού προς τους συναδέλφους τους είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα δημιουργήσουν αντιπάθειες με αποτέλεσμα τη σύγκρουση. Το πιο σημαντικό τελικά όμως είναι το προσωπικό σύστημα αξιών, καθώς και ο τρόπος αντίληψης και κρίσης του εαυτού μας και των άλλων.

Στάδιο II

Γνώση και εξατομίκευση

Αν οι παράγοντες που περιγράφηκαν στο στάδιο I είναι υπαρκτοί και επηρεάζουν αρνητικά μέρος της ομάδας, τότε η βάση για αντίθεση ή ασυμβατότητα έχει τεθεί και πλέον η διαδικασία της σύγκρουσης ενεργοποιείται και υπεισέρχεται το δεύτερο στάδιο. Οι συνθήκες δηλαδή αυτές μπορεί να οδηγήσουν στη σύγκρουση, μόνο αν ένα ή περισσότερα μέλη της ομάδας επηρεαστούν από αυτές. Για παράδειγμα, στην αντιλαμβανόμενη σύγκρουση το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό χωρίς όμως να προσωποποιείται. Δηλαδή δύο νοσηλεύτριες διαφωνούν σε ένα θέμα, όμως η διαφωνία αυτή δεν τις επηρεάζει συναισθηματικά, ώστε να

δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα. Αντίθετα στην αισθανόμενη σύγκρουση η επίδραση όχι μόνο γίνεται αντιληπτή αλλά αγγίζει τη συναισθηματική σφαίρα, προσωποποιείται και μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα όπως ένταση, άγχος κ.λ.π. Αυτό το στάδιο της σύγκρουσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί τα συγκρουόμενα μέρη έχουν ήδη αρχίσει να αντιλαμβάνονται την ύπαρξη κάποιου αρνητικού στοιχείου.

Και ενώ η αίσθηση της διαφωνίας ή της αντίθεσης μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα, τα ίδια τα συναισθήματα και η διάθεση των ατόμων μπορεί να οδηγήσουν στο να αντιληφθούν μια επικείμενη σύγκρουση. Συγκεκριμένα, από παρατηρήσεις που έγιναν έχει βρεθεί ότι αρνητικά συναισθήματα αυξάνουν την ένταση, μειώνουν την εμπιστοσύνη και προδιαθέτουν για σύγκρουση. Αντίθετα, τα θετικά συναισθήματα επηρεάζουν τα άτομα ώστε να σκέφτονται και να ενεργούν καλοπροαίρετα και κυρίως να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα.

Στάδιο III

Προθέσεις

Οι προθέσεις παρεμβάλλονται μεταξύ της αντίληψης και του συναισθήματος των ατόμων και της εμφανούς συμπεριφοράς τους. Με άλλα λόγια οι προθέσεις είναι η πραγματική απόφαση που έχει ήδη ληφθεί ή αλλιώς, η κρίση που έχει ήδη σχηματιστεί. Οι προθέσεις επηρεάζουν πολύ τη συμπεριφορά που θα επιδείξουν τα άτομα. Υπάρχουν 5 πιθανές προθέσεις οι οποίες καθορίζουν την ύπαρξη ή αποφυγή της σύγκρουσης: (α) **ανταγωνισμός**, (β) **συνεργασία**, (γ) **αποφυγή**, (δ) **συμβιβασμός** και (ε) **διευθέτηση**.

α. Ανταγωνισμός: Όταν ένα άτομο επιχειρεί να υλοποιήσει τις προσδοκίες του, αδιαφορώντας για το αν αυτή η συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση, τότε το άτομο αυτό είναι ανταγωνιστικό. Αυτά τα άτομα συνήθως προσπαθούν να πετύχουν το σκοπό τους σε βάρος των σκοπών των άλλων, προσπαθούν να πείσουν ότι αυτοί ενεργούν ορθά ενώ οι άλλοι ενεργούν λανθασμένα και συχνά επιρρίπτουν την ευθύνη στους άλλους.

β. Συνεργασία: Όλα τα μέλη της ομάδας επιθυμούν και σκοπεύουν να ικανοποιήσουν τα ζητήματα-αιτήματα όλων των μελών της ομάδας. Σε αυτή την περίπτωση η ομάδα έχει πάντα καλή διάθεση και καλή πρόθεση.

γ. Αποφυγή: Τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι προμηνύεται σύγκρουση, αλλά συνειδητά την αποφεύγουν γιατί απλά δεν την επιθυμούν. Με άλλα λόγια «δίνουν τόπο στην οργή». Αυτή η στάση δεν καταργεί τη σύγκρουση απλά την αναβάλλει επ' αόριστον.

δ. Συμβιβασμός: Ένα άτομο ή ομάδα υποχωρεί και δέχεται την άποψη ή το στόχο κάποιου άλλου ατόμου ή ομάδας, παραμερίζοντας την άποψη του και θυσιάζοντας στην

πραγματικότητα το στόχο του. Εδώ δηλαδή το άτομο μπορεί να δεχτεί την πρόταση κάποιου που εξυπηρετεί σκοπό διαφορετικό από το δικό του.

ε. **Διευθέτηση:** Δύο άτομα ή ομάδες οι οποίες διαφωνούν σε κάτι προχωρούν σε αμοιβαία υποχώρηση έτσι ώστε να μην υπάρχουν νικητές και ηττημένοι. Σε αυτή την περίπτωση η πρόθεση είναι να ικανοποιηθούν και οι δύο πλευρές.

Οι προθέσεις λοιπόν είναι αυτές που μπορεί να οδηγήσουν ή να αποτρέψουν τη σύγκρουση. Δείχνουν τους σκοπούς των ατόμων / ομάδων και κυρίως εξαρτώνται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων. Μερικά δηλαδή άτομα «προτίθενται» σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά από τη φύση τους.

Στάδιο IV

Συμπεριφορά

Αυτό το στάδιο συνήθως «κλέβει την παράσταση». Ο περισσότερος κόσμος στο άκουσμα της λέξης σύγκρουση σκέφτεται αυτό το στάδιο επειδή ακριβώς είναι αυτό που φαίνεται πιο ξεκάθαρα. Με τον όρο συμπεριφορά εννοούμε τη δράση και αντίδραση των ατόμων / ομάδων που βρίσκονται σε σύγκρουση.

Συνήθως σε αυτό το στάδιο εκδηλώνονται και οι πραγματικές προθέσεις χωρίς αυτό να είναι και απόλυτο. Δηλαδή σε μία σύγκρουση μπορεί να μη φανούν οι πραγματικές προθέσεις, ιδίως όταν η συμπεριφορά είναι ύπουλη και πλάγια. Επίσης εξαρτάται από την ένταση της σύγκρουσης.

Η συμπεριφορά στη σύγκρουση έχει ανοδική πορεία και μπορεί να είναι μια απλή διαφωνία, «μικροπαρεξήγηση» ή να φτάσει μέχρι την πλήρης εξουδετέρωση του αντιπάλου. Στα κατώτερα επίπεδα της πορείας συνήθως παρατηρείται κεκαλυμμένη και πλάγια συμπεριφορά, όμως η πρόθεση δεν έχει ακόμη εκδηλωθεί. Ανεβαίνοντας όμως η σύγκρουση γίνεται πιο έντονη και η πρόθεση πιο έκδηλη. Η συμπεριφορά σε αυτά τα επίπεδα μπορεί να εξελιχθεί σταδιακά από λεκτικές προκλήσεις, φραστικές προσβολές, σε απειλές ή ακόμη χειρονομίες και χειροδικίες κατά του αντιπάλου. Στο ανώτατο επίπεδο πλέον έχουν αποκαλυφθεί οι προθέσεις και γίνεται φανερή η προσπάθεια εξουδετέρωσης του αντιπάλου. Συνεπώς, είναι ευνόητο ότι διαταράσσεται η λειτουργία της ομάδας και η απόδοση οπωσδήποτε μειώνεται. Έτσι, μιλάμε για δυσλειτουργικές συγκρούσεις, ενώ αντίθετα στα κατώτερα επίπεδα της σύγκρουσης μπορούμε να μιλάμε για λειτουργικές συγκρούσεις, που αυξάνουν δηλαδή την απόδοση της ομάδας. Το ερώτημα είναι πώς οι δυσλειτουργικές συγκρούσεις θα μειωθούν και πώς θα αυξηθούν οι λειτουργικές, έτσι ώστε να ευνοηθεί η

απόδοση της ομάδας. Για το λόγο αυτό έχουν επινοηθεί κάποιες μέθοδοι-τεχνικές διαχείρισης της σύγκρουσης τις οποίες η εκάστοτε διοίκηση μπορεί να εφαρμόσει με σκοπό πάντα την αυξημένη απόδοση. Οι τεχνικές επίλυσης της σύγκρουσης έχουν σκοπό να μειώσουν τις δυσλειτουργικές συγκρούσεις και να αποφύγουν τη μείωση της απόδοσης. Αντίθετα, οι τεχνικές πρόκλησης συγκρούσεων αποβλέπουν στη δημιουργία τέτοιου κλίματος και έντασης μεταξύ των μελών, ώστε το αποτέλεσμα να είναι εποικοδομητικό.

Στάδιο V

Αποτελέσματα

Η δράση και αντίδραση που δημιουργείται ανάμεσα στις συγκρουόμενες ομάδες επιφέρουν κάποια αποτελέσματα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί αν τα αποτελέσματα είναι θετικά για την ομάδα, με κριτήριο την αύξηση της απόδοσης, τότε η σύγκρουση είναι **λειτουργική**, ενώ αν είναι αρνητικά η σύγκρουση είναι **δυσλειτουργική**.

Λειτουργικά αποτελέσματα

Η σύγκρουση χαρακτηρίζεται εποικοδομητική όταν βελτιώνει την ποιότητα των αποφάσεων, αυξάνει τη δημιουργικότητα και ευνοεί τις καινοτομίες, προκαλεί το ενδιαφέρον και ξυπνά την περιέργεια ανάμεσα στα μέλη, παρέχει το μέσο με το οποίο αίρονται τα εμπόδια και υποχωρούν οι εντάσεις. Η επιθυμητή σύγκρουση δημιουργεί ένα περιβάλλον αυτοεκτίμησης και διάθεση αλλαγής. Η σύγκρουση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται, δεχόμενοι ακόμα και θέματα ασυνήθιστα ή θέσεις που υποστηρίζονται από μειονότητες. Με αυτές τις συνθήκες μερικά θέματα δεν γίνονται αποδεκτά με επιλόλαιες και ανάλαφρες διαδικασίες οι οποίες βασίζονται σε αβάσιμες υποθέσεις, σε ανεπαρκείς υπολογισμούς ή άλλες προχειρότητες. Η σύγκρουση προκαλεί διαρκώς το καθεστώς, όποιο και αν είναι αυτό, και επιπλέον ευνοεί την εμφάνιση νέων ιδεών, ενθαρρύνει την επανεκτίμηση των στόχων και των δραστηριοτήτων της ομάδας και τέλος αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα να ανταποκριθεί η ομάδα τελικά στις αλλαγές.

Μελέτες σε ποικίλα διοικητικά καθεστώτα πιστοποιούν τη λειτουργικότητα της σύγκρουσης. Σε μία μελέτη που έγινε στην Αμερική και συγκεκριμένα σε τέσσερις Πολιτείες, συνέκριναν έξι διαφορετικές σημαντικές αποφάσεις. Οι αποφάσεις που πάρθηκαν με ομοφωνία δεν ήταν τόσο πετυχημένες όσο αυτές στις οποίες καταστάλαξαν μετά από διαφωνίες. Η χρεοκοπία μιας επιχείρησης, ύστερα από έρευνα, αποδείχτηκε ότι οφειλόταν σε κακή διαχείριση και αδυναμία της διοίκησης να λάβει σωστές αποφάσεις. Στη διαδικασία λήψης αποφάσεων φάνηκε ότι υπήρχε νωθρότητα, απροθυμία από τα στελέχη, απάθεια και

έντονη τάση αποφυγής συγκρούσεων. Από άλλες παρατηρήσεις που έγιναν σχετικά με τη γραφειοκρατία και την τάση για καινοτομίες φάνηκε ότι η σύγκρουση στέφει νικητές όσους επιδιώκουν νεωτερισμούς. Αντίθετα, η έλλειψη σύγκρουσης δημιουργεί ένα παθητικό, ανενεργό περιβάλλον και ενισχύει το νωθρό καθεστώς.

Η σύγκρουση όχι μόνο αυξάνει την απόδοση της ομάδας αλλά αναβαθμίζει και τα άτομα που είναι σε σύγκρουση. Παρατηρητές αναφέρουν ότι μέλη ομάδων που ήρθαν σε μεγάλη σύγκρουση μεταξύ τους παρουσίασαν κατά 73% μεγαλύτερη βελτίωση από μέλη ομάδων που ήταν σε ομοφωνία.

Τα ίδια αποτελέσματα έφεραν και μελέτες μεταξύ επιστημόνων. Δηλαδή η διαφωνία και σύγκρουση σε επιστημονικά θέματα απέφερε θετικά αποτελέσματα βοηθώντας την πρόοδο της επιστήμης.

Δυσλειτουργικά αποτελέσματα

Παρόλο που η σύγκρουση έχει αποδείξει τη θετική επίδραση της στην ομάδα και στα μέλη της, αναμφισβήτητα υπάρχουν συγκρούσεις οι οποίες μπορεί ακόμη και να έχουν δυσάρεστες συνέπειες για την ομάδα. Ανεξέλεγκτες αντιθέσεις προκαλούν έντονη διαφωνία και αρνητικά συναισθήματα τέτοια που δεν αποκλείεται να οδηγήσουν στην καταστροφή της ομάδας.⁸⁴

⁸⁴ Αφροδίτη Χρ. Ραγιά: Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Δ' έκδοση, Copyring Αφροδίτη Ραγιά, Αθήνα 2004, σελ. 113-155.

4.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΠΟΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ

Η διοίκηση μπορεί να υποβοηθήσει την ανάπτυξη του συντονισμού του νοσοκομείου με τους ακόλουθους τρόπους:

- α. Την ενίσχυση της στενής λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών και των τμημάτων του νοσοκομείου.
- β. Την αλληλο-σύνδεση του προσωπικού.
- γ. Τη χορήγηση ορθών κατευθύνσεων και οδηγιών και την παρακολούθηση της τήρησής τους.
- δ. Τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων.
- ε. Την πραγματοποίηση τακτικών επισκέψεων μεταξύ ανωτάτης διοίκησης και προϊσταμένων και μεταξύ διευθυντών-προϊσταμένων και στελεχών.

Επίσης, σημαντικό σημείο είναι οι στόχοι του νοσοκομείου που πρέπει να προσανατολίζονται στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού και στη δημιουργία ευνοϊκού κλίματος στον κοινωνικό περίγυρο, πρέπει:

- α. Να προσδιορίζονται συγκεκριμένα.
- β. Να είναι ξεκάθαροι και αντιληπτοί.
- γ. Να είναι αποδεκτοί απ' όλα τα στελέχη του νοσοκομείου.
- δ. Να μην αλληλοσυγκρούονται σε επίπεδο τμημάτων.

Αν δεν ισχύουν όλα αυτά, τότε το σίγουρο αποτέλεσμα της λειτουργίας κάθε νοσοκομείου είναι η περιορισμένη λειτουργική διασύνδεση και κατά συνέπεια η περιορισμένη αποδοτικότητα του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι άνθρωποι με τους οποίους συνεργαζόμαστε βρίσκονται μαζί μας τουλάχιστον 8 ώρες την ημέρα. Κανένας άλλος δεν είναι μαζί μας τόσες ώρες! Είναι απαραίτητο επομένως, η επικοινωνία μας να είναι εύκολη, ειλικρινής, αποτελεσματική και κυρίως χωρίς προβλήματα. Ειδικά οι προϊστάμενοι τμημάτων έχουν ένα επιπλέον καθήκον. Αυτό της δημιουργίας και διασφάλισης ενός ομαδικού πνεύματος συνεργασίας, που θα εμπνέει τους συνεργάτες του, θα τους επιτρέπει να αποκομίζουν από τον καθένα τον καλύτερο του εαυτό, θα καλύπτει χωρίς δυσκολίες τυχόν ελλείψεις, φόρτο εργασίας, απουσίες, θα αντιμετωπίζει ευκολότερα τις δυσκολίες και τέλος θα μεγιστοποιεί τα οφέλη.

Κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο επίτευγμα στην περίπτωση του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ όπως προκύπτει από την έρευνα μας. Η εικόνα που πήραμε ήταν αυτή της τεράστιας έλλειψης προσωπικού που παρουσιάζουν όλες οι υπηρεσίες του που αγγίζουν το 50%.

Τα ποσοστά έλλειψης της νοσηλευτικής υπηρεσίας αγγίζει το 39%. Οι απουσίες που παρουσιάζονται στο υγειονομικό και βοηθητικό προσωπικό του νοσοκομείου της είναι μεγάλες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα κατά την ροή εργασίας και να αντιμετωπίζουν καθημερινά προβλήματα επικοινωνίας, όπως μας διαβεβαιώθηκε από τις άτυπες συνεντεύξεις που έγινε στο προσωπικό του νοσοκομείου. Η καταγραφή των συνεντεύξεων καθώς και η επέκταση της έρευνας, στα επιπλέον ερωτήματα που θα θέλαμε να θέσουμε ήταν αδύνατη αφού οι αντιρρήσεις της διοίκησης ήταν πολλές και καταλυτικές.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, εύκολα συμπεράναμε ότι οι αναλογίες νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές, που παρουσιάζονται με την χρήση των δεικτών δεν είναι η αρμόζουσα, αφού σύμφωνα με τα διεθνή στάνταρ θα έπρεπε να ήταν 2:1 στην περίπτωση του ΑΧΕΠΑ έχουμε δυο νοσηλευτές να αντιστοιχούν σε μια νοσηλεύτρια. Αυτό μας κάνει να έρθουμε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές κατηγορίας ΤΕ και ΔΕ έχουν αναλάβει περισσότερα από τα προβλεπόμενα καθήκοντα, προκειμένου να καλυφτούν οι ανάγκες των ασθενών για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η εικόνα που λάβαμε από όλους τους τομείς της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι ότι τα άτομα της έχουν μεγαλύτερο εύρος καθηκόντων και ευθυνών από ότι στην πραγματικότητα θα έπρεπε να είχαν. Για να υπάρξει μια σωστή αναλογία νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει η διοίκηση να προέβη σε μείωση του αριθμού των ΔΕ και αύξηση των ΤΕ. Η κατάσταση όμως γίνεται ακόμα πιο δύσκολη αφού οι νοσηλευτές καλύπτουν και τις απογευματινές ή βραδινές βάρδιες των ατόμων του υγειονομικού προσωπικού. Ίδια παραμένει η κατάσταση και στους άλλους τομείς. Η λύση που μπορούμε να προτείνουμε

εμείς είναι ανακατανομή του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας και άμεση κάλυψη των αναγκών με προσλήψεις νέο προσωπικού.

Η κατάσταση όμως δυσκολεύει ακόμα περισσότερο αν λάβουμε υπόψιν μας τα ποσοτικά στοιχεία (τα αποτελέσματα των δεικτών). Η μελέτη των ποσοτικών στοιχείων των ανθρώπινων πόρων των υπηρεσιών υγείας παίρνει μια σημαντική διάσταση, που απαιτεί την ολοκληρωμένη γνώση της για τους εξής λόγους: **Πρώτον**, για τον έλεγχο της παραγωγικότητας του συστήματος, **δεύτερον**, για το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των απαραίτητων εκπαιδευτικών διαδικασιών, **τρίτον** για να μπορέσουμε να δούμε τόσο τις προοπτικές εξέλιξης και ανάπτυξης του Συστήματος Υγείας, όσο και το ποιες είναι οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό. Οι απαντήσεις που πήραμε στην συνέχεια έρχονται να επιβεβαιώσουν τις υποθέσεις που κάναμε αφού ο συνολικός αριθμός κλινών, ο συνολικός αριθμός εισαγωγών και ο συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας συνεχώς αυξάνεται όταν την ίδια στιγμή, για τα τρία χρόνια που εξετάσαμε, ο αριθμός του προσωπικού παραμένει σταθερός. Το φόρτο εργασίες που προέρχεται από αυτό είναι μεγάλο με επακόλουθο η ‘κακή’ επικοινωνία και η δημιουργία συγκρουσιακών καταστάσεων.

Όταν η διοίκηση του νοσοκομείου θα είναι έτοιμη να εξαλείψει όλα τα παραπάνω προβλήματα θα πρέπει μέσω της εκπαίδευσης – επιμόρφωσης του προσωπικού να επιτύχει τους στόχους τους. Οι εργαζόμενοι προσπαθούν να κατανοήσουν τις ανάγκες, τις αντιλήψεις και τις απόψεις των συναδέλφων και των συνεργατών τους. Η επικοινωνία στη νοσηλευτική αποβλέπει στην κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών του τμήματος και των υπηρεσιών με την καθοδήγηση των ατόμων της διοικητικής πυραμίδας, την υποστήριξη για την ικανοποίηση προσωπικών τους αναγκών, την ενθάρρυνση για αυτοανάπτυξη και πρόοδο, τη βοήθεια για την επιτάχυνση των σκοπών του Ιδρύματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά: Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Δ' έκδοση, Copyring Αφροδίτη Ραγιά, Αθήνα 2004.
2. Barbara R. Hegner – Esthel Cald Well, Εισαγωγή στη Γενική Νοσηλευτική, 7η έκδοση, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» Αθήνα 1999.
3. Βιργινία Κουκή, Η νοσηλευτική υπηρεσία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας, Καλαμάτα 2000.
4. Γεωργία Γ. Σαββοπούλου: Βασική Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Η Ταβίθα» Αθήνα 1999.
5. Ελευθέρια κ. Αθανάτου, κλινική νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλίες, έκδοση ΙΑ αναθεωρημένη, Αθήνα 2000.
6. Ι. Σιγάλας, Θέματα οργάνωσης, Διοίκησης και Λειτουργίας Νοσοκομείων, Θεσσαλονίκη, 1997.
7. Ι. Σιγάλας, Οργάνωση, Διοίκηση και λειτουργία Νοσοκομείων, Αθήνα, Μάιος 1996.
8. Κ. Σπετσιέρη: Η ψυχική ζωή του Ανθρώπου, Τύπος Μηνά Μυρτίδη Αθήνα 1960.
9. Λάναρα Β, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, ΄Ζ έκδοση.
10. Μαρία Γρ. Καζάζη, Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία, Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα 1995.
11. Μ. Ρωμανίδου – Χατζιλία: Διοίκηση Νοσηλευτικής Μονάδας, Αρχές Διοίκησης και Διαπροσωπικές σχέσεις, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1987.
12. Χάρης Ρούσσου, <<Νοσηλευτική>> Ιστορική Αναδρομή, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1993.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ

1. Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια 2002, τόμος τρίτος.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

2. www.ahera.gr

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 2, Απρίλιος Ιούνιος 2002, σελ 130 και 131.
2. Στοιχεία δραστηριότητας ΑΧΕΠΑ, περίοδος 1985-1992, Θεσσαλονίκη, Ιούλιος 1993.
3. Σφυγμός του ΑΧΕΠΑ, τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2005.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

1. Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο: Επικοινωνία Κύριο Μέσο Αγωγής της Υγείας, Πρακτικά '86, Σέρρες 20-22 Μαΐου 1986.
2. Πρακτικά Σεμιναρίου Επιμορφώσεως Νοσηλευτικού Προσωπικού 15-19 Απριλίου 1980, Θεαγένειο Ιατρικό Ινστιτούτο.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Σούλης Σ, Δείκτες αξιολόγησης του συστήματος υγείας, ΤΕΙ Αθήνας, 1992, σελ 21.
2. Φ, Δρούμπαλης, Σημειώσεις μαθήματος σύγχρονες μονάδες υγείας, Καλαμάτα.
3. Φ, Δρούμπαλης, Α. Παρασκευόπουλος, Γ, Λιακέα, Οργάνωση Διοίκηση Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, 2001.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1-2

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Χωροκατανομή του νέου κτιριακού τμήματος / πενταόροφου του ΠΓΝΘ <<ΑΧΕΠΑ>>

ΌΡΟΦΟΙ/ ΕΠΙΠΕΔΑ	ΧΩΡΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΤΕΤΡΑΓΩΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ m ²
7 ^{οο}	Α' Νευρολογική Κλινική	837 m ²
6 ^{οο}	Νευροχειρουργική Κλινική	837 m ²
5 ^{οο}	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ασθενών Μονάδα Άσηπτης Νοσηλείας	379 m ² 458 m ²
4ου	Β' Νευρολογική Κλινική	837 m ²
3ου	Εργαστήρια Α' και Β' Νευρολογικής	837 m ²
2ου	Γραφεία Διοίκησης και Διεύθυνσης Α' Παθολογική Κλινική Γ' Χειρουργική Κλινική	837 m ² 1.066 m ² 1.227 m ²
1ου	Σύνδεση με τούνελ Διοικητική Υπηρεσία Εργαστήριο Α' Παθολογικής Ιατρικής Πυρηνική Ιατρική Ψυχιατρικός Τομέας	887 m ² 513 m ² 553 m ² 1.227 m ²
Ισόγειο	Ακτινοθεραπευτικό Εργαστήριο Τεχνική Υπηρεσία Αρχείο & Αποδυτήρια	6.050 m ²

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Χωροκατανομή του παλαιού κτιριακού τμήματος του ΠΓΝΘ <<ΑΧΕΠΑ>>

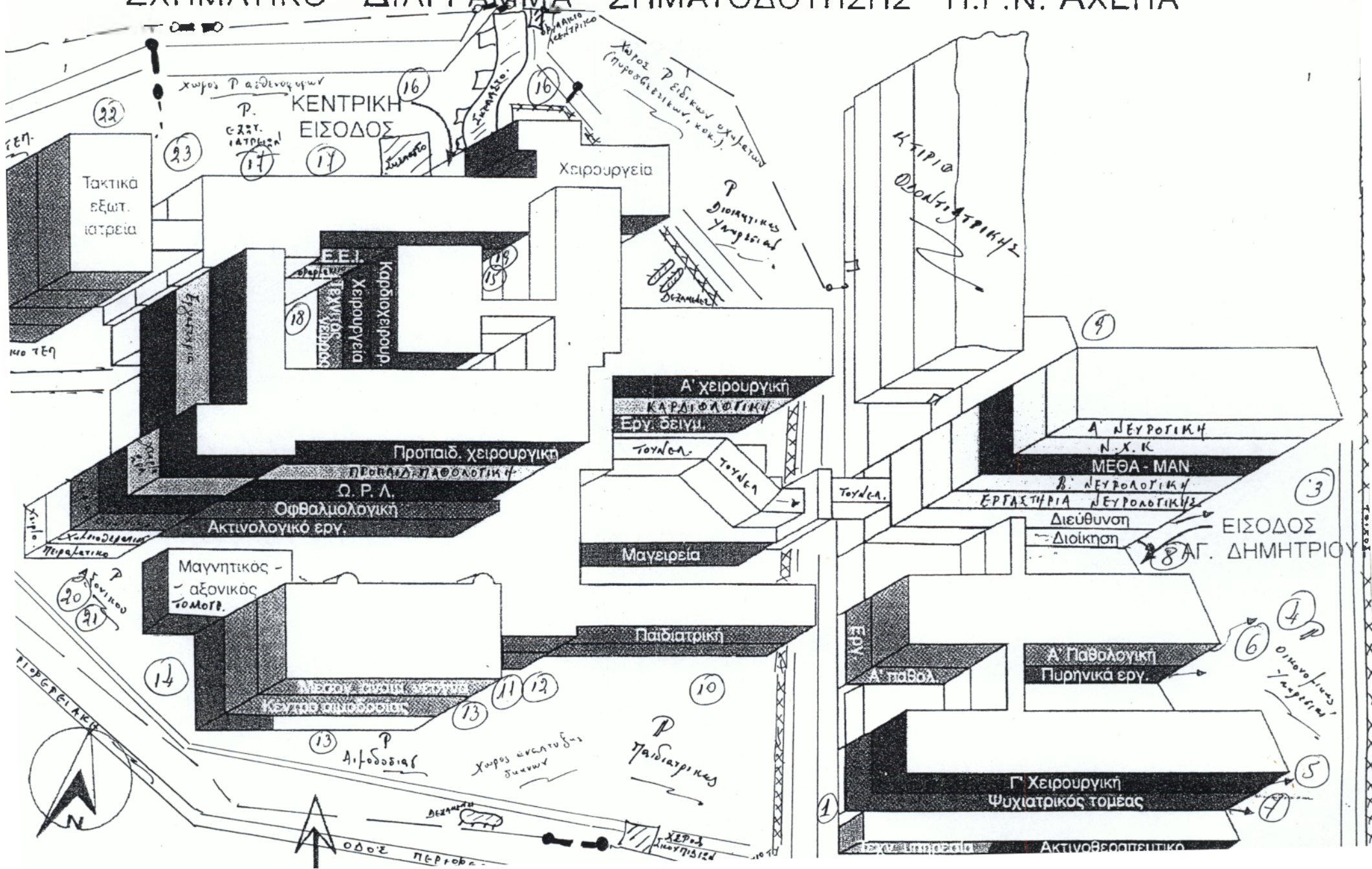
ΌΡΟΦΟΙ/ ΕΠΙΠΕΔΑ	ΧΩΡΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΤΕΤΡΑΓΩΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ m ²
2 ^{οο}	Καρδιοχειρουργική Κλινική Προπαιδευτική Παιδιατρική Κλινική	538 m ² 1.472 m ²
1 ^{οο}	Χειρουργεία Καρδίας Α' Χειρουργική Κλινική Γενικά Χειρουργεία & Αιμοδυναμικό	538 m ² 1.020 m ² 1.994 m ²
Ισόγειο	Καρδιολογική Κλινική Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών & Αμφιθέατρο Β' Παιδιατρική Κλινική ΩΡΛ Κλινική Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	1.020 m ² 1.170 m ² 916 m ² 1.472 m ² 538 m ²
1 ^ο Υπόγειο	ΟΦΘ Κλινική Δ' Παιδιατρική Κλινική Γενικά Εργαστήρια Φαρμακείο- Αποθήκες	1.292 m ² 899 m ² 1.170 m ² 944 m ²
2 ^ο Υπόγειο	Αξονικός Τομογράφος & Μαγνητικός Τομογράφος Ακτινολογικό Εργαστήριο Ογκολογικό/ Παλαιά χημειοθεραπεία	956 m ² 1.122 m ² 300 m ²

85

ΠΗΓΕΣ: Στοιχεία από το Γραφείο Πολιτικών Μηχανολόγων του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ , 11/4/2005

⁸⁵ Αναλυτικότερος πίνακας για την χωροκατανομή των κτιριακών τμημάτων του νοσοκομείου δίνεται στο παράρτημα 1

ΣΧΗΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Έτος 2000

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	380	25,850	102,735	25,003	4,11
Α Παθολογική Κλινική	56	3,291	19,849	3,234	5,93
Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική	54	3,271	16,369	3,250	4,96
Α Καρδιολογική Κλινική	43	2,783	13,880	2,406	4,94
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	20	2,164	6,839	1,835	3,14
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης	6	450	9,200	447	2,66
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	12	2,854	1,200	2,854	1,00
Μονάδα Άσηπτης Νοσηλείας	15	363	2,854	340	10,62
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας	9	4,078	3,928	4,078	1,00
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού(συνεδρίες)	20	Συνεδρίες: 12,047		103/ μήνα (μέσος όρος)	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	301	11,899	80,139	9,014	8,89
Α Χειρουργική Κλινική	43	1,822	14,647	1,462	7,98
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΑΧ	8	385	2,081	5	5,34
Γ Χειρουργική Κλινική	35	1,414	7,661	1,305	5,37
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική	49	1,874	13,362	1,666	7,07
Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης ΠΡΧ	8	267	2,055	11	7,53
Νευροχειρουργική Κλινική	35	1,126	10,658	849	9,32
Καρδιοχειρουργική Κλινική	29	908	6,587	452	7,21
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΚΧ	6	427	1,719	12	4,01
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική	43	1,397	11,655	1,389	8,24
Οφθαλμολογική Κλινική	35	1,855	6,312	1,847	3,40
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθ/γίας (ΜΕΘΑ)	10	424	3,402	16	7,91
ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ					

Β Παιδιατρική Κλινική	44	2,706	8,187	2,711	3,01
Δ Παιδιατρική Κλινική	29	1,454	5,882	1,453	4,01
Μονάδα Νεογνών-Προόρων	25	266	1,545	265	5,76
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤ.					
Α Νευρολογική Κλινική	35	757	9,200	756	11,92
Β Νευρολογική Κλινική	32	1,224	8,735	1,185	7,03
Γ Ψυχιατρική Κλινική	22	355	7,895	360	21,05

Έτος 2002

ΚΑΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥ ΘΕΝΤΕΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	385	30,239	107,362	29,250	3,67
Α Παθολογική Κλινική	56	4,788	21,363	4,706	4,42
Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική	54	2,505	14,623	2,504	5,74
Α Καρδιολογική Κλινική	43	3,124	15,328	2,726	4,84
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	20	2,098	7,527	1,670	3,54
Α Νευρολογική Κλινική	35	712	8,369	701	11,42
Β Νευρολογική Κλινική	32	1,193	8,784	1,164	7,24
Β Παιδιατρική Κλινική	44	2,593	8,059	2,584	3,10
Δ Παιδιατρική Κλινική	29	1,504	5,970	1,502	3,96
Β Νεογνολογική Κλινική	25	251	1,398	252	5,55
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης	6	601	1,954	585	3,25
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	12	3,481	3,481	3,481	1,00
Μονάδα Άσπτης Νοσηλείας	15	459	3,576	445	7,71
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας	14	6,681	6,681	6,681	1,00
Μονάδα Πόνου	2	249	249	249	1,00
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού(συνεδρίες)	20	Συνεδρίες :13,023		112/ μήνα (μέσος όρος)	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	302	11,472	75,118	8,632	8,70
Α Χειρουργική Κλινική	43	1,676	12,769	1,326	7,46
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΑΧ	8	320	1,922	10	5,91
Γ Χειρουργική Κλινική	37	1,391	8,337	1,247	5,91
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική	49	1,930	12,291	1,703	6,33
Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης ΠΡΧ	6	289	1,897	9	6,47
Νευροχειρουργική Κλινική	35	1,175	9,967	862	8,33
Καρδιοχειρουργική	28	848	6,646	409	7,75

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΚΧ	6	385	1,650	16	4,25
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική	45	1,350	10,796	1,335	7,90
Οφθαλμολογική Κλινική	35	1,696	5,602	1,700	3,29
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθ/γίας (ΜΕΘΑ)	10	412	3,241	15	7,74
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21	515	6,019	521	11,55
Γ Ψυχιατρική Κλινική	21	515	6,019	521	11,31

Έτος 2004

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥ ΘΕΤΕΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	240	35,766	88,053	34,642	2,54
Α Παθολογική Κλινική	56	5,334	20,728	5,239	3,86
Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική	54	2,988	16,558	2,938	5,49
Α Καρδιολογική Κλινική	43	3,664	17,250	3,143	4,67
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	20	2,218	7,765	1,795	3,47
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης	6	552	1,540	542	2,78
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	12	3,679	3,679	3,679	8,52
Μονάδα Άσπτης Νοσηλείας	15	417	3,619	392	1,00
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας	14	6,196	6,196	6,196	1,00
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού(συνεδρίες)	20	10,718	10,718	10,718	1,00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	270	14,055	70,417	11,596	6,07
Γ Χειρουργική Κλινική	37	1,690	9,406	1,548	5,53
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική	48	2,533	13,890	2,275	5,44
Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης ΠΡΧ	6	266	1,785	5	6,59
Νευροχειρουργική Κλινική	35	1,115	9,723	835	8,62
Καρδιοχειρουργική Κλινική	42	1,378	9,609	783	6,94
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΚΧ	6	452	1,928	35	4,23
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική	45	1,892	10,475	1,880	5,51
Οφθαλμολογική Κλινική	35	3,713	8,213	3,710	2,21
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθ/γίας (ΜΕΘΑ)	10	316	3,288	18	10,09
Β ΜΕΘ	6	198	1,598	5	8,07
Μονάδα Πόνου	2	502	502	502	1,00
ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	44		9,451	3,318	2,85
Β Παιδιατρική Κλινική	44	3,319	9,51	3,318	2,84
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ	89	2,585	23,356	2,527	9,24

ΥΓΕΙΑΣ & ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤ.					
Α Νευρολογική Κλινική	35	969	8,331	854	9,43
Β Νευρολογική Κλινική	32	1,278	7,839	1,239	6,08
Γ Ψυχιατρική Κλινική	22	439	7,186	434	15,93

Έτος 2005

ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥ ΘΕΝΤΕΣ	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	240	32.734	80.615	32.834	2,46
Α Παθολογική Κλινική	56	4.443	19.033	4.481	4,13
Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική	54	2.966	14.337	2.979	4,69
Α Καρδιολογική Κλινική	43	2.703	4.655	2.730	4,67
Μονάδα Στεφανιαίων Νόσων	20	1.251	7.115	1.265	4,48
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης	6	703	1.528	704	2,13
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	12	3.799	3.799	3.799	1,00
Μονάδα Άσπλητης Νοσηλείας	15	486	3.765	493	7,06
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας	14	5.305	5.305	5.305	1,00
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού(συνεδρίες)	20	11.078	11.078	11.078	1,00
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	270	11.918	65.325	12.006	2,46
Γ Χειρουργική Κλινική	37	1.513	8.386	1.527	4,97
Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική	48	2.229	12.846	2.241	4,98
Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης ΠΡΧ	6	0	1.817	5	5,96
Νευροχειρουργική Κλινική	35	781	9.472	800	8,37
Καρδιοχειρουργική Κλινική	42	817	9.075	825	6,73
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΚΧ	6	32	1.775	36	4,90
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική	45	1.895	8.186	1.904	4,22
Οφθαλμολογική Κλινική	35	4.100	8.206	4.107	1,99
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Αναισθ/γίας (ΜΕΘΑ)	10	13	3.402	20	9,58
Β ΜΕΘ	6	19	1.581	22	6,08
Μονάδα Πόνου	2	519	519	519	1,00
ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	44	3.357	9.178	3.366	2,72
Β Παιδιατρική Κλινική	44	3.357	9.178	3.366	2,72
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ &	89	2.683	21.809	2.715	8,03

ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤ.					
Α Νευρολογική Κλινική	35	834	7.524	804	8,61
Β Νευρολογική Κλινική	32	1.016	7.379	1.,027	6,76
Γ Ψυχιατρική Κλινική	22	833	6.906	848	7,99

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Οι επεξηγήσεις των αριθμών των πινάκων έχουν ως εξής :

1. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΠΕ Νοσηλευτών για το έτος 2005
2. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΤΕ Νοσηλευτών για το έτος 2005
3. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΤΕ Μαιών για το έτος 2005
4. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΤΕ Επισκεπτριών για το έτος 2005
5. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών για το έτος 2005
6. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΥΕ Βοηθών Θαλάμου για το έτος 2005
7. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΥΕ Μεταφορείς Ασθενών για το έτος 2005
8. Θέσεις προσωπικού Κατηγορίας ΥΕ Φύλακες Ασθενών για το έτος 2005

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

ΕΚΦΡΩΝ

1.	<table border="1"><tr><td>Ημέρες νοσηλείας έτους Α'</td></tr><tr><td>Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό</td></tr></table>	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'	Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό	Ημέρες νοσηλείας Ανά απ. ΝΠ.
	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'			
	Απασχολούμενο νοσηλευτικό προσωπικό			
	$\diamond 182.480 / 556 = 328.20$	Έτος 2002		
$\diamond 191.277 / 602 = 317.74$	Έτος 2004			
	$\diamond 176.927 / 602 = 293.902$	Έτος 2005		
2.	<table border="1"><tr><td>Ημέρες νοσηλείας έτους Α'</td></tr><tr><td>Νοσηλευτές έτους Α'</td></tr></table>	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'	Νοσηλευτές έτους Α'	Ημέρες νοσηλείας Ανά απ. ΝΠ. Προσωπικό
	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'			
	Νοσηλευτές έτους Α'			
	$\diamond 182.480 / 248 = 735.81$	Έτος 2002		
$\diamond 191.277 / 273 = 700.65$	Έτος 2004			
	$\diamond 176.927 / 273 = 648.08$	Έτος 2005		
3.	<table border="1"><tr><td>Ημέρες νοσηλείας έτους Α'</td></tr><tr><td>Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'</td></tr></table>	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'	Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'	Ημέρες νοσηλείας Ανά απ ΝΠ
	Ημέρες νοσηλείας έτους Α'			
	Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'			
	$\diamond 188.499 / 308 = 612.00$	Έτος 2002		
$\diamond 191.277 / 329 = 581.39$	Έτος 2004			
	$\diamond 176.927 / 329 = 537.77$	Έτος 2005		

4.	Σύνολο εισαγωγών έτους Α'	Εισαγωγές Ανά απ. ΝΠ
	Απασχολούμενο Νοσ. Προσωπικό έτους Α'	
	$\diamond 41.711 / 556 = 75.02$	Έτος 2002
	$\diamond 55.725 / 602 = 92.567$	Έτος 2004
	$\diamond 50.692 / 602 = 84.20$	Έτος 2005

5.	Σύνολο εισαγωγών έτους Α'	Εισαγωγές Ανά απ. ΝΠ
	Νοσηλευτές έτους Α'	
	$\diamond 41.711 / 248 = 168.19$	Έτος 2002
	$\diamond 55.725 / 273 = 204.12$	Έτος 2004
	$\diamond 50.692 / 273 = 185.68$	Έτος 2005

6.	Σύνολο εισαγωγών έτους Α'	Εισαγωγές Ανά απ. ΝΠ
	Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'	
	$\diamond 41.711 / 308 = 135.43$	Έτος 2002
	$\diamond 55.725 / 329 = 169.38$	Έτος 2004
	$\diamond 50.692 / 329 = 154.08$	Έτος 2005

ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

7.	<table border="1"><tr><td>Απασχολούμενο Νοσ. Προσωπικό έτους Α'</td></tr><tr><td>Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'</td></tr></table>	Απασχολούμενο Νοσ. Προσωπικό έτους Α'	Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'	Νοσηλευτικό προσωπικό Ανά Ιατρό
Απασχολούμενο Νοσ. Προσωπικό έτους Α'				
Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'				
	$\diamond 558 / 538 = 1.04$	Έτος 2002		
	$\diamond 602 / 538 = 1.12$	Έτος 2004		
8.	<table border="1"><tr><td>Νοσηλευτές έτους Α'</td></tr><tr><td>Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'</td></tr></table>	Νοσηλευτές έτους Α'	Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'	Νοσηλευτές Ανά Ιατρό
Νοσηλευτές έτους Α'				
Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'				
	$\diamond 248 / 538 = 0.46$	Έτος 2002		
	$\diamond 273 / 538 = 0.51$	Έτος 2004		
9.	<table border="1"><tr><td>Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'</td></tr><tr><td>Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'</td></tr></table>	Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'	Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'	Βοηθοί Νοσηλευτές Ανά Ιατρό
Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'				
Απασχολούμενοι Ιατροί έτους Α'				
	$\diamond 308 / 538 = 0.57$	Έτος 2002		
	$\diamond 329 / 538 = 0.61$	Έτος 2004 ⁸⁶		

⁸⁶ Στους δείκτες επάρκειας 7 – 8 – 9 δεν γίνεται αναφορά για το έτος 2005 αφού δεν πραγματοποιήθηκε καμία αλλαγή του προσωπικού από το έτος 2004.

10.

Νοσοκομειακές Κλίνες έτους Α'
Νοσηλευτές έτους Α'

Νοσ. Κλίνες
Ανά Νοσηλευτή

$$\diamond 687 / 248 = 2.77$$

Έτος 2002

$$\diamond 643 / 273 = 2.36$$

Έτος 2004

$$\diamond 643 / 273 = 2.36$$

Έτος 2005

11.

Νοσοκομειακές Κλίνες έτους Α'
Βοηθοί Νοσηλευτές έτους Α'

Νοσ. Κλίνες
Ανά Β Νοσηλευτή

$$\diamond 687 / 308 = 2.23$$

Έτος 2002

$$\diamond 643 / 329 = 1.95$$

Έτος 2004

$$\diamond 643 / 329 = 1.95$$

Έτος 2005