

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

Κατεύθυνση : Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**Το Καθηκοντολόγιο ως παράγοντας ποιότητας στη λειτουργία
της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Η περίπτωση του Γενικού
Νοσοκομείου Αγρινίου**

της σπουδάστριας : Παναγιώτας Χεινοπώρου

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Φώτης Δρούμπαλης

Καλαμάτα

2014

1188

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1. Η Ποιότητα και η Ικανοποίηση στις Υπηρεσίες Υγείας	7
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας	7
1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	12
1.3 Η Επαγγελματική Ικανοποίηση	16
Κεφάλαιο 2. Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Φροντίδα και Νοσηλευτές	23
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση	23
2.2 Η νοσηλευτική φροντίδα στο χρόνο	26
2.3 Η Νοσηλευτική φροντίδα στη νεότερη Ελλάδα	29
2.4 Συμπεράσματα	32
Κεφάλαιο 3. Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο ελληνικό νοσοκομείο	34
3.1 Δομή, οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο ελληνικό νοσοκομείο	34
3.2 Ο κατακερματισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος	39
3.3 Ο νοσηλευτής, τα επαγγελματικά δικαιώματα και το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών	42
3.3.1 Γενικά περί της νοσηλευτικής φροντίδας	42
3.3.2 Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών	43
3.3.3 Το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο στην Ελλάδα	45
3.3.4 Πιθανές επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου	49
3.5 Συμπεράσματα	54
Κεφάλαιο 4. Χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αγρινίου	57
4.1 Γενικά περί του ΓΝ Αγρινίου	57
4.2 Δομή και οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	59

4.3	Στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	62
Κεφάλαιο 5. Μελέτη περίπτωσης στο ΓΝ Αγρινίου σχετικά με τις επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου		68
5.1	Υλικό και Μέθοδος	68
5.2	Αποτελέσματα Έρευνας	71
5.2.1	Γενικά Χαρακτηριστικά	70
5.2.2	Γνώσεις για το καθηκοντολόγιο	73
5.2.3	Σύγκρουση Καθηκόντων	76
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση - Συμπεράσματα – Προτάσεις		87
Βιβλιογραφία		98

Πίνακες - Σχεδιαγράμματα - Φωτογραφίες

Πίνακες

Πίνακας 1. Κατανομή προσωπικού στο ΓΝ Αγρινίου (έτος 2013)	62
Πίνακας 2. Κατανομή του Νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αγρινίου, οργανικών και πληρούμενων θέσεων (Σεπτέμβριος, 2013)	65
Πίνακας 3. Κατανομή συμμετεχόντων στην έρευνα, από το Νοσηλευτικό προσωπικό, στο ΓΝ Αγρινίου, κατά επίπεδο εκπαίδευσης	69
Πίνακας 4. Ερώτηση 3, “Για εσάς το καθηκοντολόγιο...” (μία επιλογή):	73
Πίνακας 5. Ερώτηση 9, “Κατά την άποψή σας το καθηκοντολόγιο θα πρέπει να : (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3)”	74
Πίνακας 6. Ερώτηση 1, “Έχετε βρεθεί στην ανάγκη να συμβουλευτείτε το καθηκοντολόγιο που αντιστοιχεί στη νοσηλευτική κατηγορία σας	75
Πίνακας 7. Ερώτηση 2, “Αν ναι, συνήθως ...” (μία επιλογή)	75
Πίνακας 8. Ερώτηση 4, “Σημείωσε την πλέον πρόσφατη χρονική στιγμή (σε προσέγγιση έτους), που βρέθηκες στην ανάγκη να αναζητήσεις το καθηκοντολόγιό σου	76
Πίνακας 9. Ερώτηση 5, “Συνήθως αναγκάζεστε να ερευνήσετε το καθηκοντολόγιό σας όταν συνεργάζεστε με την παρακάτω ειδικότητα ή κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3);”	77
Πίνακας 10. Ερώτηση 8, “ Πιστεύεις ότι η σύγκρουση καθηκόντων εκτός του καθηκοντολογίου οφείλεται βασικά (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3)”	78
Πίνακας 11. Ερώτηση 6, “Συνήθως η έλλειψη καθηκοντολογίου οδηγεί σε σύγκρουση καθηκόντων και έχει σαν αποτέλεσμα (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3);”	79
Πίνακας 12. Ερώτηση 10, “ Στη περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων συνήθως επιχειρείς την επίλυση του προβλήματος (μέχρι τρεις	

επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3) ;”	80
Πίνακας 13. Ερώτηση 11, “ Να αναφέρετε τις τρεις σημαντικότερες αιτίες Σύγκρουσης καθηκόντων μεταξύ των συναδέλφων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ή με άλλες ειδικότητες (π.χ. αιμοληψίες, χρέωση υλικών κ.ά.)”	83
Πίνακας 14. Ερώτηση 12, “Σας δίνονται οι παρακάτω 20 νοσηλευτικές πράξεις. Να σημειώσετε σε ποια κατηγορία ή βαθμίδα νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει, κατά την άποψή σας, η εκτέλεση της κάθε μιας από τις παρακάτω πράξεις/κατηγορίες πράξεων (μια επιλογή ανά πράξη/πράξεων)”	84
Πίνακας 15. Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ιατρών και όχι των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών	85
Πίνακας 16. Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων και όχι των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών	85
Πίνακας 17. Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών	86
<u>Σχεδιαγράμματα</u>	
Σχεδιάγραμμα 1. Οργανόγραμμα Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε Γενικό Νοσοκομείο μέχρι 400 κλίνες	36
Σχεδιάγραμμα 2. Οργανόγραμμα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Ν Αγρινίου	60
Φωτογραφίες 1. Το Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου	58

Συντομογραφίες

ΓΝ Γενικό Νοσοκομείο

ΔΕ Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

ΔΟΠ Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

ΕΕ Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΝΕ Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος

ΕΣΝΕ Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος

ΕΣΥ Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΙΕΚ Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΠΕ Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

ΠΔ Προεδρικό Διάταγμα

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΤΕ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΤΕΙ Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΥΕ Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

Ευχαριστίες

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσουμε θερμά τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Φώτη Δρούμπαλη για την πολύτιμη βοήθειά του στο σχεδιασμό, και την υλοποίηση της πτυχιακής μου. Πολλές ευχαριστίες στη διοίκηση του ΓΝ Αγρινίου, που μου έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσω την έρευνα της εργασίας μου και κυρίως τη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

Τέλος θέλω να εκφράσω τις άπειρες ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς για την αγάπη και την υποστήριξη που μου προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια, για να ολοκληρώσω τις σπουδές μου.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την Διοικητική Επιστήμη αλλά και τη διεθνή διοικητική πρακτική, η “ποιότητα” είναι συνυφασμένη αφενός με τα ζητήματα του υψηλού επιπέδου προσδοκιών από μέρους των καταναλωτών και αφετέρου με το επίπεδο λειτουργικότητας μιας επιχείρησης παραγωγής υπηρεσιών ή υλικών αγαθών. Με άλλα λόγια, σε επίπεδο εφαρμογής, η ποιότητα αφορά τόσο τον πελάτη/ χρήστη που καταναλώνει, όσο και τον παραγωγό του αγαθού ή της υπηρεσίας, που παράγει.

Σε επίπεδο παραγωγής, και στα πλαίσια της ανάπτυξης και εφαρμογής εργαλείων ποιότητας στη παραγωγική διαδικασία, έχουν αναπτυχθεί συστήματα διαχείρισης της ποιότητας, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), το σύστημα των Κύκλων Ποιότητας κ.ά. Από την ανάλυση των παραπάνω συστημάτων ποιότητας φαίνεται ότι για την αποτελεσματική εφαρμογή τους μεταξύ των άλλων απαιτείται και η συμμετοχή του συνόλου του προσωπικού, δηλαδή απαιτείται η ενεργός ανάμειξη όλων των εργαζόμενων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών (Λογοθέτης, 1992).

Σύμφωνα με τους ερευνητές του ζητήματος της συμμετοχής του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση των παραγόμενων υπηρεσιών (Crohan SE, Antonucci TC, Adelman PK, Coleman LM., 1989) επισημαίνεται ότι η καλλιέργεια του ομαδικού πνεύματος, ο σεβασμός στην ανθρώπινη υπόσταση, και η δημιουργία ενός ευχάριστου εργασιακού περιβάλλοντος συνδέονται με την υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζόμενων και κατ’ επέκταση με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής. Για το ίδιο ζήτημα οι Best & Thurston (2004), επισημαίνουν ότι υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το άτομο στην εργασία του και το βοηθούν να νιώσει ικανοποίηση από αυτή. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η αυτονομία του εργαζόμενου, η ενδυνάμωση του, οι επαγγελματικές σχέσεις που διατηρεί με τους συναδέλφους

του, η αναγνώριση που λαμβάνει στον χώρο εργασίας του και το υποστηρικτικό περιβάλλον που αυτή του παρέχει.

Τα παραπάνω φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη εφαρμογή στη περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού και της παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών στις μονάδες υγείας. Ο Rowell (2003) σημειώνει ότι "...ως επαγγελματίες οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας το οποίο θα αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους καθώς επίσης και το πεδίο δράσης, όπως αυτό καθορίζεται από τη ρυθμιστική νομοθεσία της χώρας". Με άλλα λόγια, για την παραγωγή ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να διασφαλίζονται τρεις προϋποθέσεις :

- ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας
- προσδιορισμός του πεδίου δράσης των νοσηλευτών και
- ύπαρξη σχετικής ρυθμιστικής νομοθεσίας

Από την διερεύνηση της βιβλιογραφίας για το παραπάνω ζήτημα, φαίνεται ότι σε διεθνές επίπεδο για την διασφάλιση του πεδίου δράσης των νοσηλευτών και τη διαμόρφωση ευνοϊκού περιβάλλοντος εργασίας χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία οι νομοθετικές ρυθμίσεις και το καθηκοντολόγιο. Φαίνεται μάλιστα ότι το καθηκοντολόγιο είναι ευθύνη και υποχρέωση της επιχείρησης/εργοδότη (μονάδας υγείας), ενώ το κράτος αναλαμβάνει την έκδοση νομοθετικών ρυθμίσεων που διασφαλίζουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας για τους νοσηλευτές.

Για παράδειγμα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), με σχετική οδηγία καθορίζεται για όλα τα κράτη μέλη η υποχρέωση το νοσηλευτικό επάγγελμα και η εξάσκησή του να πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο από επαγγελματίες που έχουν λάβει πτυχίο νοσηλευτικής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ ταυτόχρονα προβλέπεται ανώτατος χρόνος εργασίας και άλλες προδιαγραφές με τις οποίες επιχειρείται η διαμόρφωση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος εργασίας για τον νοσηλευτή μέσα στο χώρο εργασίας του.

Στην Ελλάδα, τα ζητήματα του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και της διασφάλισης ενιαίας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (πανεπιστημιακής), δηλαδή παράγοντες που διασφαλίζουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας για τους νοσηλευτές και κατ' επέκταση ποιοτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, φαίνεται ότι δεν έχουν επιλυθεί σύμφωνα με τις

οδηγίες της ΕΕ και της διεθνούς πρακτικής οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε μονάδες υγείας.

Ειδικότερα, για το ζήτημα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών νοσηλευτών και κατά παράβαση των κοινοτικών οδηγιών 77/451, 77/452, 77/453 και των νόμων Ν.1579/85 & Ν. 3204/03 που προβλέπουν “ένα τύπο νοσηλευτικής εκπαίδευσης – την πανεπιστημιακή”, στην Ελλάδα συνεχίζεται η “παραγωγή” τεσσάρων (4) κατηγοριών νοσηλευτών – διαφορετικού τύπου εκπαίδευσης, ήτοι:

- 2ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών νοσοκομείων),
- 3ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι ΙΕΚ),
- 4ετούς Τεχνολογικής Εκπαίδευσης νοσηλευτές(ΤΕ), (απόφοιτοι ΤΕΙ)
- 4ετούς Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης νοσηλευτές (ΠΕ)

και απ’ αυτούς μόνο οι απόφοιτοι 4ετούς Τεχνολογικής Εκπαίδευσης νοσηλευτές(ΤΕ), (απόφοιτοι ΤΕΙ) διαθέτουν επαγγελματικά δικαιώματα (Δάγλα, 2007).

Σε σχέση με την χρησιμοποίηση καθηκοντολογίου στους χώρους παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών και ειδικότερα στις δημόσιες μονάδες υγείας (νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία), φαίνεται ότι ισχύει ένα αλληλοαναιρούμενο καθεστώς, όπου ο νομοθέτης στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (1397/1983), προβλέπεται η διαμόρφωση καθηκοντολογίου για όλες τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο δημόσιο σύστημα υγείας, που όμως ουδέποτε έχει υλοποιηθεί η πρόβλεψη αυτή.

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Αδαλή Ε.,1999, Στάθης Γ.,2003, Μισουρίδου Ευδ., 2009, Διλιντάς Α., 2010, Νούλα Μ., και συν., 2010, Δρούμπαλης Αλεξοπούλου, 2013 κ.ά.) προκύπτει ότι η “παραγωγή” τεσσάρων τύπων επαγγελματιών νοσηλευτών, η έλλειψη θεσπισμένων επαγγελματικών δικαιωμάτων και κυρίως η απουσία καθηκοντολογίου διαμορφώνουν σε πολλές περιπτώσεις μέσα στους χώρους εργασίας συνθήκες σύγχυσης, σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ των εργαζόμενων και επικάλυψης ρόλων. Άλλοι ερευνητές επισημαίνουν

ότι η επικάλυψη ρόλων μαζί με άλλους παράγοντες (χαμηλή αμοιβή, έλλειψη κινήτρων και μεθόδων υποκίνησης) οδηγούν το νοσηλευτή σε κατάσταση επαγγελματικής και ψυχικής εξουθένωσης και στη διαμόρφωση επαγγελματικής αυτοεκτίμησης και καταξίωσης χαμηλών απαιτήσεων και προσδοκιών. Τέλος, σε άλλη έρευνα (Μαρκάκη Δ., 2008, σ.127) επισημαίνεται ότι η έλλειψη καθηκοντολογίου διευκολύνει τις διευθύνσεις των μονάδων υγείας στην εφαρμογή της μεθόδου της “επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων”, που φαίνεται κατά την ερευνήτρια, να είναι η συνήθης και πάγια τακτική των νοσηλευτικών διοικήσεων των νοσοκομείων για την κάλυψη των ελλειμμάτων σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Έχοντας υπόψη τα συμπεράσματα των ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις στην ποιότητα των παραγόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, στο δημόσιο ελληνικό σύστημα υγείας από την έλλειψη καθηκοντολογίου και ενιαίου συστήματος εκπαίδευσης των επαγγελματιών νοσηλευτών (πανεπιστημιακής), θα επιχειρηθεί στη συνέχεια η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων των παραπάνω φαινομένων στη λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός μεσαίου τύπου Γενικού Νοσοκομείου, του Γενικού Νοσοκομείου (ΓΝ) Αγρινίου.

Δύο θα είναι οι βασικές υποθέσεις εργασίας που θα διερευνηθούν στην εργασία που ακολουθεί :

- εάν για την ποιοτική διαχείριση των επιχειρήσεων και οργανισμών παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υπάρχει συγκεκριμένη εργαλειοθήκη για την διασφάλιση των κανόνων διοίκησης ολικής ποιότητας, τότε η έλλειψη εργαλείων διοίκησης όπως ο κανονισμός λειτουργίας μιας επιχείρησης και το καθηκοντολόγιο θα λειτουργήσουν αρνητικά τόσο στη παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών όσο και στο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζόμενων στην επιχείρηση/οργανισμό.
- εάν και εφόσον η έλλειψη κανονισμού λειτουργίας και καθηκοντολογίου μπορεί να είναι πιθανή αιτία ποιοτικής υποβάθμισης των παραγόμενων υπηρεσιών σε μια επιχείρηση/

οργανισμό και αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού, τότε η έλλειψη κανονισμού λειτουργίας και καθηκοντολογίου στη διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών ενός νοσοκομείου (στη παρούσα περίπτωση το ΓΝ Αγρινίου) αποτελούν πηγές αρνητικών επιπτώσεων στη ποιότητα του παραγόμενου νοσηλευτικού “προϊόντος” στο νοσοκομείο, αλλά και πηγή αρνητικών επιδράσεων στη ψυχολογία, διάθεση και επαγγελματικό προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου.

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη πιθανών ζητημάτων σύγχυσης και σύγκρουσης καθηκόντων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία ενός μεσαίου μεγέθους ελληνικού νοσοκομείου, του ΓΝ Αγρινίου, εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και ενιαίου συστήματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης θα αναπτυχθούν έξι (6) κεφάλαια όπως ακολουθούν. Στο πρώτο κεφάλαιο με τίτλο “**Η Ποιότητα και η Ικανοποίηση στις Υπηρεσίες Υγείας**” επιχειρείται η διερεύνηση των βασικών εννοιολογικών χαρακτηριστικών των όρων ποιότητα και ικανοποίηση, καθώς και των χρησιμοποιούμενων εργαλείων διασφάλισης της ποιότητας σε επιχειρήσεις και οργανισμούς παραγωγής υπηρεσιών. Στο δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο “**Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Φροντίδα και Νοσηλευτές**”, και θεωρώντας ότι η παραγωγή νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελεί τον ένα πυλώνα παραγωγής υπηρεσιών υγείας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο, επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος της Νοσηλευτικής και η διερεύνηση του ρόλου και της ιστορικής εξέλιξης της νοσηλευτικής φροντίδας και των φορέων άσκησης της νοσηλευτικής (νοσηλευτών) στο χρόνο. Στο τρίτο κεφάλαιο με τίτλο “**Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο ελληνικό Νοσοκομείο**”, διερευνώνται τα βασικά ζητήματα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομείο σήμερα, που σχετίζονται με την οργανωτική δομή και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το περιεχόμενο των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, αλλά και την οριοθέτηση των νοσηλευτικών καθηκόντων σε σχέση με τις λοιπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο ελληνικό νοσοκομείο. Τα παραπάνω ζητήματα εξετάζονται ως παράγοντες

διασφάλισης της ποιότητας παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ελληνικό νοσοκομείο. Στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο “Χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αργινίου” επιχειρείται η διερεύνηση των βασικών χαρακτηριστικών δομής και οργάνωσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αργινίου, αλλά και σχετική αξιολόγηση των βασικών λειτουργικών χαρακτηριστικών της νοσηλευτικής υπηρεσίας (διαθέσιμο προσωπικό, ποιότητα προσωπικού, δείκτες), ως προϋπόθεση διερεύνησης του ζητήματος των επιπτώσεων από την έλλειψη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου στη νοσηλευτική υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου. Στο πέμπτο κεφάλαιο με τίτλο “Μελέτη περίπτωσης στο ΓΝ Αργινίου σχετικά με τις επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου” διερευνώνται οι πιθανές επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου στη λειτουργικότητα του νοσοκομείου, αλλά και των πιθανών επιπτώσεων στο επίπεδο ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο με τίτλο “Συζήτηση, Συμπεράσματα, Προτάσεις”, επιχειρείται μια συνολική επαναπροσέγγιση του ζητήματος της έλλειψης καθηκοντολογίου στη νοσηλευτική υπηρεσία του ελληνικού γενικού νοσοκομείου και των επιπτώσεων πάνω στη ποιότητα των παραγόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το ζήτημα αυτό στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου.

Κεφάλαιο 1. Η Ποιότητα και η Ικανοποίηση στις Υπηρεσίες Υγείας

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί επιχειρείται η παρουσίαση των βασικών εννοιολογικών χαρακτηριστικών των όρων ποιότητα και ικανοποίηση, που αποτελούν και τη βάση για την εννοιολογική ανάπτυξη της παρούσας πτυχιακής εργασίας

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας

Ιστορικά, το ζήτημα της ποιότητας αποτελεί βασικό αντικείμενο επιστημονικής έρευνας στο χώρο της Διοικητικής Επιστήμης, τουλάχιστον την τελευταία 50ετία. Εννοιολογικά, η “Ποιότητα” φαίνεται να είναι συνώνυμη με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες τόσο σε επίπεδο διαδικασιών παραγωγής, όσο και σε επίπεδο τελικού προϊόντος, δηλαδή η έννοια της ποιότητας βρίσκει πεδίο εφαρμογής σε όλες τις εκφάνσεις της οικονομικής πραγματικότητας. Το ευρύ φάσμα εφαρμογής του όρου “ποιότητα” φαίνεται και από την δυσκολία προσδιορισμού τι είναι ποιότητα (Garvin, 1988, Tirole, 1988 κ.ά.). Από τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτει μεγάλος αριθμός επιστημονικών ορισμών για το τι ορίζεται ως ποιότητα, αφού ο κάθε επιστήμονας φαίνεται να προσεγγίζει και να ερμηνεύει την ποιότητα ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο που υπηρετεί.

Από τους πρώτους επιστήμονες που ασχολήθηκαν με τα ζητήματα της ποιότητας είναι ο Walter Shewhart (1931), που όρισε την ποιότητα ως διαδικασία μέτρησης για “...το πόσο καλό είναι ένα προϊόν”. Ο διεθνής οργανισμός ANSI/ASQC, το 1978 ορίζει την ποιότητα ως “ την πληρότητα των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας που έχει την δυνατότητα να ικανοποιεί τις δεδομένες ανάγκες” (Αντωνοπούλου Δεσπ., 2008). Το 1979 ο Philip B. Crosby ορίζει την ποιότητα “...ως διαδικασία προσαρμογής στις απαιτήσεις των καταναλωτών” (www.philipcrosby.com). Ποιο πρόσφατα ο John Ovretveit (1988)

προσδιορίζει την ποιότητα ως την “...ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος”, εντάσσοντας έτσι στον ορισμό της ποιότητας εκτός από το ζήτημα της ικανοποίησης του πελάτη και το κόστος παραγωγής του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

Αξιολογώντας το περιεχόμενο των παραπάνω ορισμών, προκύπτει ότι η ποιότητα σχετίζεται κυρίως με την προσαρμογή στις απαιτήσεις των καταναλωτών, δηλαδή όπως σημειώνει και ο Bühner, “...η κρίση του πελάτη αποφασίζει για την ποιότητα του προϊόντος” (Garvin,1988). Η ικανοποίηση του πελάτη, σημαίνει ότι το τελικό προϊόν ή η υπηρεσία θα έχει ποιοτικά χαρακτηριστικά που θα γίνονται αποδεκτά από τον καταναλωτή, δηλαδή δεν θα υπάρχει απόρριψη της παραγωγής, δηλαδή ελαχιστοποίηση μέχρι και μηδενισμό παραγωγής ελαττωματικών προϊόντων και υπηρεσιών, που αυτό ουσιαστικά σημαίνει ελαχιστοποίηση του κόστους παραγωγής. Συνεπώς, το ζήτημα της ποιότητας συνδέεται άμεσα με την διαδικασία της παραγωγής των προϊόντων και υπηρεσιών, στη λογική αφενός της εφαρμογής ποιοτικών διαδικασιών παραγωγής και αφετέρου της ελαχιστοποίησης του κόστους παραγωγής.

Σύμφωνα με τους Κωσταγιόλα Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2007), ο ορισμός της ποιότητας περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετερο- προσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη.

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, δηλαδή ότι η ποιότητα σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη/καταναλωτή, τότε η “ποιότητα” ως διεργασία εκφράζει εκτός των άλλων μια δυναμική συνεχούς αλλαγής, προς την κατεύθυνση

της βελτίωσης των διαδικασιών παραγωγής. Στη δεκαετία του 1990, το ζήτημα της ποιότητας αρχίζει να διερευνάται ως μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης, με την εισαγωγή του όρου "Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας" (Continuous Quality Improvement). Όπως σημειώνεται (Οικονομοπούλου 2001, Κατσαμπάνης 2003) η εισαγωγή του όρου "συνεχής βελτίωση" έρχεται αρχικά να επισημάνει ότι η ποιότητα δεν είναι έννοια στατική αλλά έννοια με ιδιαίτερα και έντονα χαρακτηριστικά δυναμικής/εξέλιξης. Η δυναμική αυτή σχετίζεται με την αναζήτηση και τον εντοπισμό νέων ευκαιριών για βελτίωση, τον προσδιορισμό εναλλακτικών λύσεων, την επιλογή της βέλτιστης λύσης, τη συνεχή παρακολούθηση της διαδικασίας παραγωγής των προϊόντων/υπηρεσιών, τη μέτρηση των επιπτώσεων και του βαθμού ικανοποίησης από την κατανάλωσή τους.

Στη Διοικητική Επιστήμη, η Οργάνωση και η Διοίκηση μιας επιχείρησης ή οργανισμού είναι ένα σύνθετο σύστημα διαδικασιών και ενεργειών στο οποίο εντάσσονται οι λειτουργίες του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης, και του ελέγχου, λειτουργίες που όπως σημειώνει ο Μπουραντάς (2001) για την υλοποίησή τους προαπαιτούνται γνώσεις, ικανότητες, ηγεσία, στρατηγικός σχεδιασμός, ικανότητα διαχείρισης δεδομένων, διαχείρισης των προμηθευτών, των ανθρώπινων πόρων κ.ά. .

Συνεπώς η εφαρμογή των κανόνων της ποιότητας σε μια επιχείρηση/οργανισμό, προϋποθέτει την εφαρμογή τους στο σύνολο των λειτουργιών που ασκούνται σ' αυτή. Ιδιαίτερα από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι διοικήσεις όλο και περισσότερων επιχειρήσεων /οργανισμών επιχειρούν την εφαρμογή της ποιότητας στην ολότητα των λειτουργιών τους, αναπτύσσοντας το αποκαλούμενο σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) (Total Quality Management).

Η ΔΟΠ είναι ένα σύστημα διοίκησης των επιχειρήσεων/οργανισμών που όπως σημειώνουν οι Βελονάκης, Τσαλίκογλου (2005), αποβλέπει στο συντονισμό των προσπαθειών στη κατεύθυνση της προαγωγής της ικανοποίησης του πελάτη, με ταυτόχρονη ενίσχυση της συμμετοχής των εργαζόμενων, ενώ ο Τσιότρας (1995), ορίζει την ΔΟΠ ως ένα σύστημα διοίκησης με το οποίο επιδιώκεται "...η

μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων⁴.

Στη βάση των παραπάνω ορισμών περί ΔΟΠ, φαίνεται ότι στη διαδικασία της ποιοτικής παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών εκτός του τελικού καταναλωτή/πελάτη σημαντικό ρόλο έχει και η συμμετοχή των εργαζόμενων, που στην ΔΟΠ ορίζονται ως “εσωτερικοί πελάτες”. Σύμφωνα με τον Λογοθετίδη (1992) κάθε οργανισμός έχει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς πελάτες του. Όλοι αυτοί οι πελάτες συγκροτούν την αλυσίδα των πελατών, στην οποία μόνο ο τελευταίος κρίκος της αποτελεί τον εξωτερικό πελάτη-χρήστη, δηλαδή τον αποδέκτη του ολοκληρωμένου προϊόντος-υπηρεσίας που παράγει ο οργανισμός.

Η παραπάνω εξέλιξη, δηλαδή η έμφαση της ικανοποίησης να μετατίθεται κατά μέρος στην ικανοποίηση των εργαζόμενων (εσωτερικών πελατών), φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό κρίκο στην εννοιολογική εξέλιξη του ζητήματος της ποιότητας στην παραγωγή προϊόντων/υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους ερευνητές η ικανοποίηση των εργαζόμενων/εσωτερικών πελατών σχετίζεται :

- με την κάλυψη των αναγκών του προσωπικού που στελεχώνει την επιχείρηση
- με την αξιοποίηση των πρωτότυπων ιδεών που παράγονται από τους εργαζόμενους, ανεξάρτητα της θέσης που κατέχουν στην επιχείρηση
- με την ενθάρρυνση συμμετοχής του συνόλου του προσωπικού στις διαδικασίες ποιοτικής παραγωγής
- στη διαμόρφωση ενός εργασιακού περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ενδυνάμωσης

Με άλλα λόγια, στα πλαίσια της ροής της παραγωγικής διαδικασίας για την παραγωγή του “τελικού” προϊόντος ο εργαζόμενος λειτουργεί ως ενδιάμεσος “πελάτης” ή “προμηθευτής” ανάλογα με το σημείο της παραγωγικής αλυσίδας που εξετάζεται. Δηλαδή τα παραγόμενα “ενδιάμεσα προϊόντα” στην παραγωγική διαδικασία, καθιστούν τον εργαζόμενο “ενδιάμεσο πελάτη” και η επαρκής ικανοποίησή του αντανακλάται πάνω στο τελικό προϊόν. Έτσι, όπως σημειώνεται

(EN ISO 8402/1995 3.7 D) “η ΔΟΠ σε ένα οργανισμό βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του, με επίκεντρο την ποιότητα, στοχεύει στην μακροπρόθεσμη επιτυχία των δραστηριοτήτων του μέσω της ικανοποίησης των πελατών και της επίτευξης οφελών για όλα τα μέλη”. Δηλαδή, η επιδίωξη ενός οργανισμού που εφαρμόζει Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η συνεχής ικανοποίηση όλων των πελατών του, τόσο των εξωτερικών, όσο και των εσωτερικών. Προφανώς οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, σύμφωνα με τον Λογοθέτη (1992) στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών-αξιομάτων :

- τη δέσμευση της ηγεσίας. Χωρίς τη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας δεν είναι δυνατή καμία αλλαγή στον οργανισμό
- την επιστημονική γνώση. Η κατάλληλη εκπαίδευση και γνωστική επάρκεια όλων των εργαζομένων και στελεχών του οργανισμού είναι απαραίτητες, προκειμένου για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος ΔΟΠ
- την συμμετοχή όλου του προσωπικού. Για την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτείται η ενεργός ανάμειξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών,

αφού έτσι (με την εφαρμογή της ΔΟΠ), διασφαλίζεται το ουσιαστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό, δηλαδή η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων και η στόχευση προς ένα κοινό σκοπό για όλα τα μέλη της ομάδας/οργανισμού/επιχείρησης.

1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η υπηρεσία και η παροχή της θεωρούνται “κοινωνική ενέργεια” που διασφαλίζεται μέσα από την άμεση επαφή του παραγωγού της υπηρεσίας και του πελάτη που αποκτά την υπηρεσία. Σύμφωνα με τους Parasuraman et al. (1985) οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης μιας υπηρεσίας θα πρέπει να είναι απόλυτα συμμορφωμένες με τις ανάγκες του καταναλωτή, αφού κρίνεται αναγκαία η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας με τις απαιτήσεις του πελάτη. Μάλιστα επισημαίνουν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά/ιδιότητες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται :

- η **αξιοπιστία**, δηλαδή η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών
- η **ανταπόκριση**, δηλαδή η προθυμία και η θέληση του οργανισμού να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη/καταναλωτή
- η **ασφάλεια**, δηλαδή η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη
- η **ακρίβεια**, δηλαδή η εκτέλεση μιας υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά
- η **μοναδικότητα**, δηλαδή η παραγωγή μιας υπηρεσίας της οποίας τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά θα είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε καταναλωτή.

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά μιας παρεχόμενης υπηρεσίας θα πρέπει να αξιολογούνται είτε μέσω της έρευνας είτε μέσω της αποκτώμενης με το χρόνο εμπειρίας. Από την άλλη μεριά οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών θα πρέπει να λειτουργούν σε ένα σχετικά ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπου το στρατηγικό τους ενδιαφέρον θα πρέπει να στοχεύει στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας, που θα διασφαλίζουν την ικανοποίηση των πελατών τους, αλλά και το ρόλο τους στην τοπική αγορά παροχής υπηρεσιών.

Από τις βασικότερες μορφές υπηρεσιών είναι οι υπηρεσίες υγείας, ένα πολυδιάστατο μέγεθος, που ενώ ως γενική έννοια μπορεί εύκολα να είναι αντιληπτή, εντούτοις δεν παύει να είναι ένα μέγεθος με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες που δυσκολεύουν τον επακριβή προσδιορισμό της σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αγαθού “υγεία” (άυλο αγαθό, με αρχή αλλά χωρίς τέλος στις ανάγκες για υγεία, ποσοτικά μη προσδιορίσιμο, προσωπικό αγαθό, αλλά και κοινωνικό αγαθό) (Δρούμπαλης, 2010) καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο τον εννοιολογικό προσδιορισμό των “υπηρεσιών υγείας”(Crosby Pb., 1979 & Takeuchi H., Queich Ja., 1983).

Το ζήτημα γίνεται ακόμη πιο σύνθετο, αν ληφθεί υπόψη ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν ένα ενιαίο σύστημα “προϊόντων”, αλλά πολλά επιμέρους “προϊόντα”, στα οποία περιλαμβάνονται η σωματική υγεία, η κοινωνική και η ψυχική υγεία/ευεξία. Τέλος, αυτή καθαυτή η διαδικασία παραγωγής και διάθεσης των υπηρεσιών υγείας είναι από μόνη της μια ιδιόμορφη διαδικασία που κυρίως εντοπίζεται στην πραγματικότητα ότι η διαδικασία παραγωγής του αγαθού υγεία αλλά και η κατανάλωσή του από τον ασθενή γίνεται ταυτόχρονα και μάλιστα πάνω στον ασθενή. Η ιδιομορφία αυτή παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στο χώρο της υγείας, αφού στις υπόλοιπες περιπτώσεις παραγωγής υπηρεσιών αλλά και αγαθών αφενός υπάρχει χρονική διαφορά μεταξύ του χρόνου παραγωγής και κατανάλωσης της υπηρεσίας και αφετέρου η διαδικασία παραγωγής γίνεται σε χώρους πέραν και εκτός του ανθρώπινου οργανισμού (Δρούμπαλης, 2010). Ουσιαστικά στη διαδικασία παραγωγής και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχει διακριτός χρόνος, με αποτέλεσμα η παραγόμενη υπηρεσία (υγεία) να μην μπορεί να αξιολογηθεί ή ελεγχθεί ποιοτικά πριν την κατανάλωσή της. Η ιδιαιτερότητα αυτή ενισχύει την ανάγκη εφαρμογής των αρχών της ποιότητας στο σύνολο των διαδικασιών παραγωγής υπηρεσιών υγείας (Rosander Ac., 1991).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Atree M., 1993), η εφαρμογή των κανόνων ποιότητας στη διαδικασία παραγωγής και διάθεσης των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να μελετηθεί στη βάση:

- της επιστημονικής προσέγγισης

- της διοικητικής προσέγγισης
- της κοινωνικής προσέγγισης
- και αυτής των ασθενών

Σύμφωνα με την **Επιστημονική άποψη** (βιοιατρική προσέγγιση) η ποιότητα στη παραγωγή και διάθεση υπηρεσιών υγείας είναι αποκλειστικά ζήτημα της Ιατρικής και Νοσηλευτικής επιστήμης. Στην Ιατρική, η ουσία της ποιότητας καθορίζεται από το κλασικό ιατρικό αποτέλεσμα, που περιγράφεται από τον Lohr ως τα 5 D's: θάνατος (death), ασθένεια (disease), ανικανότητα (disability), ενόχληση (discomfort) και δυσαρέσκεια (dissatisfaction). Τα τρία πρώτα κριτήρια έχουν ερευνηθεί αρκετά από τους ιατρούς, ενώ τα υπόλοιπα δύο αναφέρονται ελάχιστα. Στη Νοσηλευτική, η ουσία της ποιότητας συνίσταται στις διαδικασίες της φροντίδας, όπως εκτίμηση, σχεδιασμός παροχής φροντίδας και σχέσεις νοσηλευτών με ασθενείς.

Σύμφωνα με την **Διοικητική προσέγγιση**, η ουσία της ποιότητας συνίσταται σ' αυτό που περιγράφεται από τον Pollitt ως τα 3 E's: οικονομία (economy), αποδοτικότητα (efficiency) και αποτελεσματικότητα (effectiveness). Η άποψη αυτή σχετίζεται με το αυξημένο κόστος στην παροχή υγείας. Το κόστος στην υγεία έχει γίνει ίσως το πιο σημαντικό θέμα, όχι μόνο μεταξύ των διευθυντών, αλλά ακόμα και σε πολιτικό επίπεδο. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι οι διευθυντές των υπηρεσιών επικεντρώνουν την προσοχή τους σε οργανωτικά (ανθρώπινους και υλικούς πόρους) και περιβαλλοντικά θέματα (κτήρια, υγιεινή και ασφάλεια κ. ά.).

Σύμφωνα με την **κοινωνική προσέγγιση**, η ποιότητα στη παραγωγή και διάθεση υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τις απόψεις του κοινού ή των ομάδων περί ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και βασικά συνίσταται σε μια ομάδα απαιτήσεων που ο Maxwell περιγράφει ως ένα σύστημα παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας που θα είναι :

- λειτουργικό,
- σχετικό με τις ανάγκες των ανθρώπων,
- αποτελεσματικό,

- δίκαιο,
- αποδοτικό και
- οικονομικό

Τέλος, στην προσέγγιση “η άποψη των ασθενών”, η ποιότητα στις διαδικασίες παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας καθορίζεται, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Pfeffer και Coote από το “πώς νιώθουν για την παροχή φροντίδας”. Σύμφωνα με τους Holloway B, Mobbs D., (1992), οι ασθενείς είναι οι πιο σημαντικοί και αξιόπιστοι κριτές. Εάν όμως η άποψή τους είναι διαφορετική από την επιστημονική και διοικητική άποψη, τότε θα υπερισχύσει η επιστημονική και αυτό διότι η άποψη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα φροντίδας θεωρείται υποκειμενική και ως εκ τούτου είναι υποδεέστερη της επιστημονικής. Ιδιαίτερα στη περίπτωση της νοσηλευτικής φροντίδας, ο ασθενής θα πρέπει να θεωρείται ο πρωταρχικός στόχος της ποιότητας, υπό την έννοια ότι η νοσηλεία του ασθενή στην ουσία της διαφοροποιείται από ασθενή σε ασθενή και κατά συνέπεια η έννοια της ποιοτικής φροντίδας αφενός δεν είναι σταθερή και αφετέρου είναι πολυδιάστατη. Για τους λόγους αυτούς όπως σημειώνουν οι Μπακάλης Ν., Θεοδωρακοπούλου Γ.,(2006) απαιτείται ιδιαίτερη μελέτη για το σύστημα παραγωγής και διάθεσης ποιοτικών υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας.

Συμπερασματικά, η ποιότητα στις διαδικασίες παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών αποτελεί ένα ιδιόμορφο, πολυδιάστατο και σύνθετο ζήτημα. Αυτό γίνεται πιο δύσκολο, όταν πρόκειται για την επακριβή επισήμανση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών και μάλιστα υπηρεσιών υγείας, όπου με σαφήνεια πρέπει να διαφοροποιηθούν από εκείνα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στην κατανάλωση άλλων προϊόντων. Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα περισσότερο αναφερόμενα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από άλλες υπηρεσίες ή προϊόντα είναι η δυσκολία επισήμανσης, ορισμού, μέτρησης και αξιολόγησης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε σχέση με τον τελικό στόχο, που αποτελεί η αποθεραπεία του ασθενούς. (Zeithaml Va, Parasuraman A., Berry LL. 1990)

1.3 Η Επαγγελματική Ικανοποίηση

Όπως προαναφέρθηκε, βασικό συστατικό στην εφαρμογή του συστήματος ΔΟΠ στη παραγωγή και διάθεση υπηρεσιών υγείας είναι μεταξύ των άλλων και η ενεργή συμμετοχή του συνόλου του προσωπικού (βλέπε κεφ. 1.1). Ο εργαζόμενος λειτουργεί ως “ενδιάμεσος πελάτης” ή “προμηθευτής” ανάλογα με το σημείο της παραγωγικής αλυσίδας που εξετάζεται, όπου η ποιότητα του “ενδιάμεσου προϊόντος” σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης του εργαζόμενου.

Η ικανοποίηση του εργαζόμενου προέρχεται από την πραγμάτωση μιας σειράς προϋποθέσεων, όπως η κάλυψη των βασικών αναγκών του ως εργαζόμενου, η διαμόρφωση ενός κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ενδυνάμωσης κ.ά. , που στο σύνολό τους απαρτίζουν αυτό που αποκαλείται “επαγγελματική ικανοποίηση”.

Η επαγγελματική ικανοποίηση, όπως αναφέρει ο Kohler I., (1988), είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αντιπροσωπεύει μια ολική στάση του ατόμου και τα συναισθήματά του για συγκεκριμένες πτυχές του επαγγέλματός του. Σε ανθρωπιστικό επίπεδο, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής. (Crohan SE, Antonucci TC, Adelman PK, Coleman LM., 1989) Το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και συνδέεται με τη μείωση του αισθήματος αυτοεκτίμησης, το αυξημένο άγχος και την κατάθλιψη. Οι απασχολούμενοι σε εργασίες ρουτίνας έχουν χαμηλούς δείκτες πνευματικής υγείας σε σχέση με τους εργαζόμενους σε εργασίες με ποικιλία καθηκόντων και περιεχομένου, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλό δείκτη πνευματικής υγείας (Kornhouse A., 1977).

Σε επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης του εργασιακού χρόνου, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται :

- με χαμηλούς δείκτες απουσιών από την εργασία (Balzer WK, Smith PC, Kravitch DA, Lovell SE, Paul KB, Reilly BA et al., 1997)
- με σχετικά υψηλό βαθμό κινητικότητας των εργαζομένων, (Kahn RL., 1973)
- με μείωση της μη κανονικής προσέλευσης στην εργασία
- με μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων, (Luthans F., 1995) και τέλος
- θεωρείται αιτία ορισμένων θετικών συμπεριφορών, όπως της συνεργασίας και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Όπως σημειώνουν οι Kreinter R, Kinicki A., (1994), η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την εταιρεία και με την ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους της. Παράλληλα σχετίζεται αρνητικά με τη συμμετοχή στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και θετικά με την ταχύτερη βελτίωση της απόδοσης των εργαζόμενων.

Στην τρέχουσα περίοδο, το ζήτημα και το περιεχόμενο της επαγγελματικής ικανοποίησης βρίσκεται απέναντι στις ραγδαίες αλλαγές στον εργασιακό χώρο, που είναι πολλές και απρόβλεπτες, με πολλές θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η εντατικοποίηση και οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία αλλάζουν τη μορφή πολλών επαγγελμάτων. Οι διαφοροποιήσεις αυτές στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον, φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων, ενώ παράλληλα, προκαλούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση των λεγόμενων «επαγγελματικών ασθενειών» του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης. (Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ.Μ., Καϊτελίδου Δ., 2007).

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης μιας ιδιαίτερης επαγγελματικής τάξης στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, των νοσηλευτών. Σαφώς θα πρέπει να υπάρχει σειρά παραγόντων που επηρεάζουν το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του

νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως αναφέρουν σε σχετική μελέτη οι Best & Thurston, (2004), υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τον επαγγελματία νοσηλευτή στην εργασία του και τον βοηθούν να νιώσει ικανοποίηση από αυτή. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται: η αυτονομία του εργαζόμενου, η ενδυνάμωση του, οι επαγγελματικές σχέσεις που διατηρεί με τους συναδέλφους του, η αναγνώριση που λαμβάνει στον χώρο εργασίας του και το υποστηρικτικό περιβάλλον που αναπτύσσεται από την επιχείρηση.

Αναλύοντας το ζήτημα της αυτονομίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα και μέσα από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι στη διάρκεια του χρόνου, ο επαγγελματίας νοσηλευτής, αποκτά εμπειρία, ωριμάζει στο χώρο της εργασίας του, με αποτέλεσμα να εφοδιάζεται με επιπλέον υπευθυνότητα και σιγουριά για τον βαθμό αποτελεσματικότητάς του στο χώρο της νοσηλείας. Όπως σημειώνεται (Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., 2009) η πραγματικότητα αυτή δίνει τη δυνατότητα στον επαγγελματία νοσηλευτή να αποκτά μια αίσθηση “ιδιοκτησιακής κατάστασης” για το χώρο της εργασίας του. Η κατάσταση αυτή θα πρέπει από μέρους της εργοδοσίας να τύχει θετικής εκμετάλλευσης, με την έννοια ότι θα πρέπει να δοθεί στους εργαζόμενους αρκετή ελευθερία και δύναμη να πραγματοποιήσουν τα καθήκοντα τους, έτσι ώστε να νιώσουν ότι τους ανήκει το αποτέλεσμα. Πρέπει, ωστόσο, να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην τους δοθεί περισσότερη δουλειά. Αντί για αυτό, θα πρέπει να βρεθούν τρόποι ώστε να προστεθούν προκλήσεις και δουλειά με νόημα, ίσως δίνοντας στους εργαζόμενους μεγαλύτερη ελευθερία και εξουσία.

Η ενδυνάμωση σχετίζεται με την εφαρμογή μεθόδων αύξησης της αποδοτικότητας των εργαζόμενων με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας τους και της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρουν στους πάσχοντες. Ως διαδικασία, η ενδυνάμωση αποτελεί ένα συνδυασμό ενεργειών μεταβίβασης ευθυνών και εξουσίας, παρακίνησης και ανάπτυξης των εργαζομένων ώστε να επιτυγχάνεται η υψηλότερη δυνατή απόδοση και ταυτόχρονα η υψηλότερη δυνατή ικανοποίηση τους στην εργασία. (Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., 2009)

Στη διαδικασία ενδυνάμωσης του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνονται :

- η δημιουργία οράματος και πρόκλησης ώστε οι εργαζόμενοι να αντιλαμβάνονται με σαφήνεια την αποστολή και τις στρατηγικές κατευθύνσεις της ηγεσίας και του οργανισμού
- η ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος και συνεργασίας, ώστε οι εργαζόμενοι να συμμετέχουν ενεργά στην λήψη αποφάσεων
- η εφαρμογή ελεγκτικών μηχανισμών και η άσκηση πειθαρχίας, μέσα από την χρησιμοποίηση καθηκοντολογίου που θα αποσαφηνίζονται οι ευθύνες, οι ρόλοι, τα καθήκοντα και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα κάθε νοσηλευτή ή ομάδας νοσηλευτών και να μειώνονται οι συγκρούσεις στους χώρους νοσηλείας
- η δημιουργία υποστηρικτικών μηχανισμών και η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στους εργαζόμενους, ώστε να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες (Βελονάκης, Τσαλίκογλου, 2005).

Σύμφωνα με τους μελετητές του ζητήματος, η ποιότητα των **Επαγγελματικών Σχέσεων** στους χώρους νοσηλείας δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη. Οι επαγγελματικές σχέσεις αναπτύσσονται σε εργασιακούς χώρους που δεν υπάρχουν συγκρούσεις και παράλληλα υπάρχουν διακριτοί ρόλοι (ευθυνών και υποχρεώσεων) για κάθε ειδικότητα και εργαζόμενο.

Σημαντικό ρόλο στην αποφυγή συγκρούσεων στους χώρους νοσηλείας μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και άλλων ειδικοτήτων, φαίνεται να έχει η καλλιέργεια διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων στο χώρο νοσηλείας (Ομπέση, 2007), αφού σύμφωνα με την Ρωμανίδου-Χατζέλια (1996) αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ολοκληρωμένης ποιοτικά και ποσοτικά εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., (2009), επισημαίνουν ότι στο πλαίσιο των σημερινών ρευστών εργασιακών συνθηκών οι εργαζόμενοι μπορούν να προσφέρουν συναισθηματική στήριξη ο ένας στον άλλο, για να υπάρχει μια πιο εύκολη αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζονται στον χώρο εργασίας, αφού είναι πολύ συνηθισμένο το φαινόμενο της ύπαρξης συγκρούσεων ανάμεσα σε συναδέλφους. Από την άλλη μεριά οι

επαγγελματικές σχέσεις προωθούνται χωρίς εμπόδια στους χώρους εργασίας, όταν υπάρχει στους χώρους εργασίας προκαθορισμένες ευθύνες και καθήκοντα, που αποτρέπουν κάθε μορφής σύγκρουση ή ανταγωνιστική διάθεση μεταξύ των εργαζόμενων (Μερκούρης, 2008).

Η αναγνώριση του προσφερόμενου έργου από μέρους του εργοδότη, φαίνεται να αποτελεί ένα ακόμη εργαλείο επαγγελματικής ικανοποίησης για το νοσηλευτικό προσωπικό (Μερκούρης, 2008). Ο εργοδότης θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα εντοπισμού της θετικής απόδοσης του εργαζόμενου και ταυτόχρονα πολιτικές αναγνώρισης και ενθάρρυνσης των εργαζόμενων. Η αναγνώριση θα πρέπει γίνεται στη βάση αντικειμενικών κριτηρίων γνωστών και κοινών για όλο το προσωπικό, αφού η χρήση υποκειμενικών κριτηρίων ή προσωπικών επιλογών των προϊσταμένων θα μπορούσαν να δημιουργήσουν αντίθετα αποτελέσματα.

Το ζήτημα της αναγνώρισης του προσφερόμενου έργου στους χώρους νοσηλείας φαίνεται να έχει ιδιαίτερες δυσκολίες κυρίως στο καθορισμό αντικειμενικών κριτηρίων αξιολόγησης, αφού ένα μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή (Ρωμανίδου-Χατζέλια, 1996). Ανεξάρτητα των δυσκολιών υπάρχουν εργαλεία αναγνώρισης που θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν, τον προφορικό έπαινο (σε προσωπικό επίπεδο ή δημόσια), γραπτό έπαινο/αναγνώριση, υλική αμοιβή (κυρίως χρηματική), διάθεση λοιπών απολαβών (όπως δωρεάν συμμετοχή σε συνέδρια ή άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες), ακόμη και καθιέρωση επίσημου προγράμματος “εργαζόμενου του μήνα” (Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., 2009)

Υποστηρικτικό περιβάλλον. Όπως σημειώνει ο Rowell (2003), ως επαγγελματίες οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας που θα αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους καθώς επίσης και το πεδίο δράσης τους.

Από τους βασικότερους παράγοντες διαμόρφωσης κατάλληλου υποστηρικτικού περιβάλλοντος φαίνεται να είναι η επάρκεια νοσηλευτικού

προσωπικού. Σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως λόγω της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης, αλλά και του υψηλού κόστους παροχής υγειονομικής φροντίδας στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις στη στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό.

Η κοινωνική και η ψυχολογική ευημερία, σύμφωνα με τον Kristensen (1999), είναι ένας άλλος παράγοντας που συμβάλει στη διαμόρφωση κατάλληλου υποστηρικτικού κλίματος στους χώρους εργασίας των νοσηλευτών. Μάλιστα έχει αναπτύξει και σχετικό μοντέλο για την βέλτιστη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία, όπου μεταξύ των άλλων απαιτούνται:

- κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και τη διοίκηση, πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης.
- αυτονομία και έλεγχος στον προγραμματισμό
- ισορροπία μεταξύ παρερχόμενων υπηρεσιών και αμοιβής.

Όπως σημειώνει η Παπαδάτου, (1995), σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στους χώρους εργασίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα νοσηλευτικά ή ιατρικά τμήματα με υψηλότερο βαθμό επαγγελματικού άγχους και άρα με μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματικής δυσαρέσκειας, λόγω του άγχους και των συνεπειών που αυτό επιφέρει, αν και αυτό είναι φαινόμενο που μπορεί να παρουσιαστεί σε όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από τον τομέα απασχόλησης. Τέλος, όπως σημειώνουν οι Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., (2009) υπάρχουν παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά και οδηγούν στην δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας τους, με συνέπεια να διαμορφώνεται αρνητικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η υποστελέχωση προσωπικού και ο φόρτος εργασίας, οι δυνατότητες εκπαίδευσης που παρέχονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, το ωράριο εργασίας και το εργασιακό άγχος που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον χώρο εργασίας τους.

Συμπερασματικά, από την προσέγγιση/ανάλυση του ζητήματος της ποιότητας και της ικανοποίησης στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών διαπιστώνονται τα παρακάτω :

- το ζήτημα της ποιότητας στους χώρους παραγωγής και διάθεσης αγαθών και υπηρεσιών αποτελεί πλέον βασική προϋπόθεση για την λειτουργία των επιχειρήσεων και οργανισμών
- τόσο σε επιστημονικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο επιχειρηματικών εφαρμογών το ζήτημα της ποιότητας έχει μια ιδιαίτερη δυναμική/εξέλιξη με το σύστημα ΔΟΠ να αποτελεί το βασικό εργαλείο εφαρμογής ποιότητας στους οργανισμούς και επιχειρήσεις
- η εφαρμογή του συστήματος ΔΟΠ μεταξύ των άλλων προϋποθέτει την συμμετοχή του συνόλου του προσωπικού κάθε επιχείρησης/οργανισμού στις διαδικασίες ποιότητας
- η συμμετοχή του προσωπικού στις διαδικασίες ποιότητας, θεωρεί τον εργαζόμενο ως “εσωτερικό πελάτη ή καταναλωτή” στην ενδιάμεση παραγωγική διαδικασία
- ο βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου ως ενδιάμεσου πελάτη/καταναλωτή φαίνεται να συμβάλει καθοριστικά στην ποιότητα του τελικού προϊόντος
- διαχειριστικά, η ικανοποίηση του εργαζόμενου περιγράφεται συνήθως ως επαγγελματική ικανοποίηση,
- σε επίπεδο νοσηλευτών και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών η επαγγελματική ικανοποίηση διασφαλίζεται με την ικανοποιητική στελέχωση, την ανάπτυξη επαγγελματικών σχέσεων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, τη διαμόρφωση ενός σταθερού πεδίου ευθυνών και υποχρεώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού (καθηκοντολόγιο) και τη διασφάλιση ενός ποιοτικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Κεφάλαιο 2. Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Φροντίδα και Νοσηλευτές

Στόχος του κεφαλαίου που ακολουθεί είναι η εννοιολογική προσέγγιση του ζητήματος της Νοσηλευτικής και η διερεύνηση του ρόλου και της ιστορικής εξέλιξης της νοσηλευτικής φροντίδας και των φορέων άσκησης της νοσηλευτικής (νοσηλευτών) στο χρόνο.

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το ζήτημα της νοσηλευτικής/νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται ότι ανέκαθεν αποτελούσε πεδίο επιστημονικής μελέτης και εμβάθυνσης. Το ενδιαφέρον σημείο είναι ότι η μελέτη του ζητήματος της νοσηλευτικής φροντίδας και του επαγγελματία νοσηλευτή φαίνεται να διαμορφώνεται πάντοτε στη βάση των κοινωνικών αντιλήψεων που επικρατούν την συγκεκριμένη χρονική περίοδο που πραγματοποιείται η μελέτη (Ρηγάτος,2006). Η πραγματικότητα αυτή έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ορισμών και περιγραφών σχετικά με το τι ορίζεται “νοσηλευτική φροντίδα” και τι “νοσηλευτής”.

Στην Βικιπαίδεια (2012) η Ραγιά Α., ορίζει τη Νοσηλευτική Φροντίδα ως “τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων της οικογένειας και της κοινότητας για την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της”. Στη βάση του παραπάνω ορισμού επιχειρείται να αναδειχτεί η πραγματικότητα ότι αφενός η νοσηλευτική φροντίδα είναι ένα τεράστιο πεδίο εφαρμογής (τέχνη) αλλά ταυτόχρονα και γνώση (δηλαδή επιστήμη) και αφετέρου να προσδιοριστεί το επιστημονικό πεδίο που δεν είναι άλλο από τις κοινωνικές επιστήμες.

Παλαιότερα η Λανάρα (1978) όρισε τη νοσηλευτική φροντίδα στη βάση μιας περισσότερο στενής ιατροκεντρικής αντίληψης αναφέροντας ότι "...ο κύριος σκοπός της νοσηλευτικής είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του ανθρώπου, η πρόληψη της νόσου, η νοσηλεία του ασθενούς, η ανακούφιση του πόνου και η αποκατάσταση".

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ), υιοθετώντας τον ορισμό του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών δίνει ένα ευρύτερο περιεχόμενο για το τι είναι νοσηλευτική φροντίδα, σημειώνοντας ότι "...η νοσηλευτική καλύπτει αυτόνομη και συνεργάσιμη φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, των οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, άρρωστων ή υγιών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ανθρώπων που πεθαίνουν. Η υπεράσπιση του ασθενούς, και η διασφάλιση γι' αυτόν ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, στη διαχείριση περιπτώσεως ασθενών, στη διοίκηση συστημάτων υγείας, καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν επίσης βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής" (Το Βήμα του Ασκληπιού, 2007).

Η Δημητριάδου (2008), επιχειρώντας μια ανασκόπηση του περιεχομένου των ορισμών που έχουν δοθεί κατά καιρούς για την νοσηλευτική φροντίδα, σημειώνει τα βασικότερα χαρακτηριστικά (ιδιότητες), που θα μπορούσαν να περιληφθούν στον όρο "νοσηλευτική φροντίδα". Έτσι σημειώνει, ότι εννοιολογικά η νοσηλευτική φροντίδα είναι :

- **υγειονομική φροντίδα** (κατασταλτικά, προληπτικά, προαγωγή της υγείας)
- **φροντίδα** ατόμων με ειδικές ανάγκες ή ευπαθών ομάδων πληθυσμού
- **συναισθηματική εργασία**, με την έννοια ότι ο αποδέκτης της φροντίδας κινείται και φροντίζεται σε ασφαλές περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα ο δότης της φροντίδας βρίσκεται σε συνεχή διαδικασία αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας, γεγονός που δημιουργεί εντάσεις και συγκινήσεις.

Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (1986) έχοντας ως στόχο την διαμόρφωση ενός ενιαίου ορισμού αποδεκτού από όλα τα κράτη μέλη, όρισε την νοσηλευτική φροντίδα ως "...μια διεργασία επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου, όπου ο νοσηλευτής αξιολογεί τις ανάγκες υγείας του, θέτει αντικειμενικούς σκοπούς, επιλέγει πρόγραμμα φροντίδας και εκτιμά την αποτελεσματικότητά της".

Σύμφωνα με τους μελετητές του ζητήματος της νοσηλευτικής φροντίδας, ως τέχνη υλοποιείται και εξασκείται από μια συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα τους νοσηλευτές/τριες. Σύμφωνα με την Δημητριάδου (2008), είναι η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών μέσα στο σύστημα υγείας, που αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα στον προσδιορισμό της ποιότητας της φροντίδας στα νοσοκομεία και της εξέλιξης της πορείας της υγείας των ασθενών. Οι Wunderlich, Sloan and Davis (1996) σημειώνουν ότι οι νοσηλευτές διαμορφώνουν τον διάμεσο μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου και είναι οι πρώτοι που αναζητούνται για να ικανοποιήσουν τις αυξημένες προσδοκίες των ασθενών, του περιβάλλοντός τους, αλλά και των άλλων παραγόντων του συστήματος υγείας και εισπράττουν τις απογοητεύσεις όταν δεν ικανοποιούνται αυτές οι προσδοκίες, όντας 24 ώρες το εικοσιτετράωρο κοντά στον ασθενή. Τέλος η Henderson Ραγιά (1989) ορίζει ότι "...το μοναδικό έργο της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια του ατόμου, αρρώστου ή υγιούς, στην εκτέλεση δραστηριοτήτων που συντελούν στην υγεία ή την ανάρρωση και που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια, αν είχε την απαιτούμενη δύναμη ή γνώση".

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι ο νοσηλευτής, ως φορέας υλοποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας, εξελίσσεται διαρκώς στο χρόνο τόσο σε επίπεδο επιστημονικής γνώσης, όσο και επίπεδο επαγγελματικής δραστηριοποίησης. Η συνεχής εξέλιξη της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης φαίνεται ότι επηρεάζουν το περιεχόμενο της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ οι αλλαγές στις κοινωνικές αντιλήψεις (π.χ. κοινωνικό κράτος) φαίνεται να έχουν ιδιαίτερα επηρεάσει τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτή (π.χ. μετάβαση από τον θεσμό του εθελοντή νοσηλευτή στο θεσμό του επαγγελματία νοσηλευτή). Τα

παραπάνω θα τύχουν διερεύνησης στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο, μέσα από μια σύντομη παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης της νοσηλευτικής τέχνης και του θεσμού του νοσηλευτή στο χρόνο.

2.2 Η νοσηλευτική φροντίδα στο χρόνο

Σύμφωνα με τις ιστορικές πηγές, σε ετυμολογικό επίπεδο όροι που συνδέονται με την νοσηλευτική φροντίδα υπάρχουν από την εποχή των κλασικών ελληνικών χρόνων. Όπως αναφέρει ο Ρηγάτος Γ., (2006), ο όρος νοσηλεύω χρησιμοποιείται από την εποχή των κλασικών χρόνων, ενώ παράλληλα χρησιμοποιείται και ο όρος νοσοτρόφος (Πολιτεία του Πλάτωνα). Αργότερα και σύμφωνα με τον Δημητράκο Δ., (1964), στην πρώιμη Βυζαντινή περίοδο χρησιμοποιείται ο όρος πτωχοτρόφος, ο όρος νοσοκομώ και νοσοκόμος. Στην νεότερη Ελλάδα σύμφωνα με τον Ρηγάτο (2006), για πρώτη φορά χρησιμοποιείται σε ελληνικά κείμενα ο όρος νοσηλευτής στην εφημερίδα με τίτλο “Εφημερίς”.

Εκτός από την ετυμολογική εξέλιξη του όρου “νοσηλευτής” στο χρόνο (νοσοτρόφος, πτωχοτρόφος, νοσοκόμος, νοσηλευτής), καταγράφονται και ιστορικές μαρτυρίες/γεγονότα που σχετίζονται με τα ζητήματα πρακτικής εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι, περί το 1500 π.Χ. στην Ινδία υπάρχουν κείμενα Ινδών στοχαστών (σαμίτα) στις οποίες περιγράφονται όλες οι απαιτούμενες γνώσεις και καθήκοντα που θα έπρεπε να έχει ένας νοσηλευτής της εποχής αυτής. Όπως αναφέρει ο Ρηγάτος Γ., (2006), από τα βασικότερα καθήκοντα των Ινδών νοσηλευτών ήταν :

- η κατά περίπτωση ρύθμιση της διατροφής των ασθενών
- υγιεινή μαγειρική
- λουτρό στους ασθενείς
- κατάλληλες εντριβές και μαλάξεις κατά πάθηση
- υποστήριξη και κινητοποίηση των ασθενών
- Παρασκευή των απαραίτητων φαρμάκων

Στην Αρχαία Αίγυπτο την ίδια περίοδο, όπως αναφέρει ο Spitzer (2006), ορίζονταν γυναίκες βοηθοί για τις γέννες, αντίστοιχο των σημερινών μαιών.

Ιδιαίτερα στη Βυζαντινή περίοδο η νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να αποτελεί μέρος της υγειονομικής φροντίδας των πολιτών, πέραν και της νοσοκομειακής φροντίδας. Έτσι για παράδειγμα, στην πρώιμη βυζαντινή περίοδο (2^ο μέχρι και 7^ο μ.Χ. αιώνα) μεταξύ των καθηκόντων του νοσοκόμου ήταν η περισυλλογή ασθενών και ανήμπορων από τους δρόμους και η εισαγωγή τους σε κάποιο πτωχοκομείο, η φροντίδα των πληγών, η σίτισή τους, η χορήγηση φαρμάκων. Παράλληλα οι "Παραβολάνοι", μια άλλη ομάδα νοσοκόμων ήταν εξειδικευμένοι στη προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας στους μολυσματικούς ασθενείς και υποχρεωμένοι να αναλαμβάνουν την ταφή εκείνων που πέθαιναν από λοιμώδη νοσήματα (Donahue MP., 1996).

Στην ώριμη Βυζαντινή περίοδο (7^ο -14^ο μ.Χ. αιώνα), σύμφωνα με τον Miller T., (1998), ο ρόλος του νοσοκόμου γίνεται ακόμα πιο σημαντικότερος, με την ανάπτυξη πλέον οργανωμένων νοσοκομείων, ιδιαίτερα στην Κωνσταντινούπολη. Έτσι, υπήρχαν διοικητικές διαβαθμίσεις στο νοσοκομειακό προσωπικό, ενώ ένας από τα μέλη του νοσοκομειακού προσωπικού στο βυζαντινό νοσοκομείο ήταν μέλος του 5μελούς διοικητικού συμβουλίου, έφερε τον τίτλο του νοσοκόμου και ήταν υπεύθυνος συνολικά για την διοίκηση των νοσοκόμων και την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών (δηλαδή κάτι παρόμοιο με τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων σήμερα).

Αντίστοιχα στη Μεσαιωνική Δύση και σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Ρηγάτος, 2006), ο Walsh JJ., 1929 στο έργο του "The History of Nursing", αναφέρει ότι νοσηλευτικές υπηρεσίες παρείχαν αποκλειστικά σε εθελοντική μορφή μοναχές, και οι σύζυγοι των φεουδαρχών που ήταν υποχρεωμένες να περιθάλπουν ακόμη και τους ξένους ή περαστικούς που περνούσαν από τα όρια του φέουδου τους. Στα βασικά καθήκοντα των εθελοντών νοσηλευτών περιλαμβάνονταν η παροχή νοσηλευτικής ιατρικής φροντίδας, η χορήγηση βοτάνων, η φροντίδα της υγιεινής του σώματος των αρρώστων, η ρύθμιση της

διατροφή τους και η σίτισή τους. Μάλιστα αναφέρεται ότι στα καθήκοντα των Αυγουστινιανών μοναχών, στη Γαλλία, εκτός των άλλων περιλαμβάνονταν η υποχρέωση του πλυσίματος των ρούχων των ασθενών στο Σηκουάνα ποταμό και η ταφή όσων πέθαιναν στη διάρκεια της νοσηλείας των.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, συμβαίνει μια ιδιαίτερα σημαντική μεταβολή στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας, αφού σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Κυμήνα Μ., Τσαλαπατάνη Σ., 2006, Μπαμπάτσικου 2009, Ρηγάτος 2006 κ. ά.) ξεκινά η διαδικασία μετάβασης της λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας από την εθελοντική στην επαγγελματική βάση. Σ' αυτή τη διαδικασία τον πρώτο λόγο έχει η **Florence Nightingale**. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η **Florence Nightingale** ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στο Βασιλικό Νοσοκομείο του Αγ. Θωμά ("St. Thomas") στο Λονδίνο το 1860 για την πρακτική εκπαίδευση των σπουδαστριών της νοσηλευτικής. Η διαδικασία αυτή, πρωτοπόρα για την εποχή, έδωσε στις νοσηλεύτριες, μέσα από την ενιαία εκπαίδευση, τη δυνατότητα να αρχίσει να παράγεται νοσηλευτικό έργο ενιαίο, ομοιόμορφο, που στηριζόταν στις ίδιες αρχές και διασφάλιζε τον ίδιο βαθμό ποιότητας σε όποιο χώρο νοσηλείας και εάν ασκείτο. Όπως σημειώνεται (Δρούμπαλης, 2010), αυτή ήταν μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την μετάβαση της νοσηλευτικής τέχνης από το εθελοντικό στο επαγγελματικό επίπεδο. Οι απόφοιτες της Σχολής της έγιναν περιζήτητες σε νοσοκομεία όλου του κόσμου και ίδρυσαν Σχολές Νοσοκόμων ανοίγοντας έτσι τον δρόμο για ένα από τα πρώτα γυναικεία επαγγέλματα.

Το 1899 όπως σημειώνει ο Spitzer (2006), ιδρύεται το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσοκόμων, και το ίδιο έτος ξεκινά η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε πανεπιστημιακό επίπεδο στο Teachers College του Columbia University της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται. Στη βάση των παραπάνω, τα τρία σημαντικότερα γεγονότα σε διεθνές επίπεδο, που σηματοδότησαν τη μετάβαση της

άσκησης της νοσηλευτικής από το εθελοντικό στο επαγγελματικό επίπεδο είναι τα παρακάτω :

- Ίδρυση και λειτουργία της πρώτης Επαγγελματικής Σχολής Νοσοκόμων στο νοσοκομείο “St. Thomas” του Λονδίνου από την Φλόρενς Ναιτινγκέιλ
- 1864 Ίδρυση του Ερυθρού Σταυρού, από τον Ερρίκο Ντυνάν, στη Γενεύη
- 1899 Ίδρυση της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Νοσοκόμων (International Council of Nurses, ICN)

2.3 Η Νοσηλευτική φροντίδα στη νεότερη Ελλάδα

Στην Ελλάδα από την ίδρυση του Νεοελληνικού Κράτους, και ύστερα, η εξέλιξη του θεσμού της Νοσηλευτικής φαίνεται να ακολουθεί την διεθνή εξέλιξη έστω και με σχετική χρονική καθυστέρηση (Ζαβιτσάνος, 1977). Έτσι, όπως σημειώνει η Λαναρά (1978), αν και η νοσηλευτική ασκείτο στα πλαίσια της φιλάνθρωπης λογικής, παρατηρούνται μεμονωμένες κινήσεις επιμόρφωσης των φιλάνθρωπων κυριών στη νοσοκομειακή πρακτική, όπως στην περίπτωση του γιατρού Μακκά Ν.Γ., στον οποίο ανατέθηκε η συγγραφή νοσοκομειακού εγχειριδίου με τίτλο “Οδηγίαί περί νοσηλείας αρρώστων”, όπου καταγράφονταν αφενός τα καθήκοντα εκείνων που θα ασκούσαν την νοσοκομειακή και αφετέρου οι τεχνικές νοσηλείας που θα έπρεπε να εφαρμόζονται στη διάρκεια της άσκησης των νοσοκομειακών καθηκόντων τους, από τις εθελόντριες.

Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία (Λαναρά 1978, Ρηγάτος 2006, Μανουσάκη 2011), η πρώτη επίσημη προσπάθεια εκπαίδευσης νοσοκόμων σε επαγγελματικό επίπεδο γίνεται από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων της Σχολής του «Ευαγγελισμού». Η φοίτηση ήταν αρχικά διετής και αργότερα τριετής. Παράλληλα, διοργανώνονται σεμινάρια και γίνεται μετεκπαίδευση των αποφοίτων στο εξωτερικό. Στη συνέχεια πολλές από τις αποφοίτους, συμμετέχουν αργότερα στους Βαλκανικούς Πολέμους και στον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 1914 ιδρύεται η Σχολή Αδελφών Διπλωματούχων Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (Παπαδάκη Α., 1925, 1932).

Μεταπολεμικά, το 1973 με την ίδρυση των ΚΑΤΕΕ (αργότερα ΤΕΙ) λειτουργούν σχολές Νοσηλευτικής στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο όπου και γίνεται η εκπαίδευση των νοσηλευτών, σε τεχνολογικό επίπεδο. Το 1979 ιδρύεται το Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ως τμήμα της Ιατρικής σχολής έως και το 1983 οπότε και το τμήμα αυτονομείται (Μανουσάκη 2011). Η αντίληψη αυτή (της ανωτατοποίησης) στη συνέχεια επεκτείνεται και σε άλλα ελληνικά πανεπιστήμια, με πλέον πρόσφατη την περίπτωση του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Παράλληλα, τμήματα εκπαίδευσης νοσηλευτών υπάρχουν σε πολλά νοσοκομεία της Ελλάδας (Βενιζέλειο, Ευαγγελισμός, ΓΝ Καλαμάτας κ.α.) και στα ΙΕΚ, διετούς φοίτησης από πού αποφοιτούν Βοηθοί Νοσηλευτών με καθορισμένο ρόλο πάντα σε επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, με τις υπουργικές αποφάσεις 93913 & 11362/Β7/2002 (ΦΕΚ 43/Β/2003) εγκρίνεται πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με την υπουργική απόφαση (83932/Β7/2003), ενώ το Δεκέμβριο του ίδιου χρόνου, εγκρίθηκε η λειτουργία Διαπανεπιστημιακού-Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Πληροφορικής της Υγείας), με συμμετοχή και του Νοσηλευτικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ακολουθεί σύντομη χρονολογική παράθεση των σημαντικότερων νοσηλευτικών γεγονότων που σημάδεψαν την πορεία της Νοσηλευτικής στην νεότερη Ελλάδα, χρησιμοποιώντας ως πηγές τις πληροφορίες από σχετική βιβλιογραφία (Λαναρά 1978, Κυμήνα Μ., Τσαλαπατάνη Σ., 2006, Μπαμπάτσικου 2009, Ρηγάτος 2006, Μανουσάκη 2011).

1875 η Βασίλισσα Όλγα ιδρύει την Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων της Σχολής του «Ευαγγελισμού».

1905 καθιερώνεται ο θεσμός του επαγγελματία νοσοκόμου στον ελληνικό στρατό

1914 στις 27-5-1914 δημοσιεύεται στο φύλλο της Εφημερίδας της Κυβέρνησης με αριθμό 140 και ημερομηνία 18-5-1914, το πρώτο Διάταγμα “Περί Νοσοκόμων”

1914 ιδρύεται η Σχολή Αδελφών Διπλωματούχων Νοσοκόμων του Ελληνικού

Ερυθρού Σταυρού.

- 1923 ιδρύθηκε η πρώτη επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτριών, για να καταλήξει το 1988 στον τωρινό «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Νοσηλευτών/τριών Ελλάδας» (ΕΣΔΝΕ).
- 1924 Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.
- 1930 Εισάγεται για πρώτη φορά ως μάθημα στην Ανωτέρα Νοσηλευτική Σχολή Αθηνών, η διδασκαλία του μαθήματος “**Ηθικών Καθηκόντων**”
- 1937 Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών
- 1946 Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων στις Ένοπλες Δυνάμεις
- 1950 Εκδίδεται το πρώτο νοσηλευτικό περιοδικό με τίτλο “Ελληνίς Αδελφή” από το Σύνδεσμο Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων
- 1973 ιδρύονται Τμήματα Νοσηλευτικής στα ΚΑΤΕΕ (αργότερα ΤΕΙ)
- 1979 ιδρύεται το Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ως τμήμα της Ιατρικής σχολής
- 1990 καθιέρωση του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας
- 2001 συμμετοχή ενός εκλεγμένου νοσηλευτή ΠΕ ή ΤΕ στο επιστημονικό συμβούλιο επαναφέρει τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας .
- 2002 εγκρίνεται το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ιστορικό ενδιαφέρον παρουσιάζει και η εξέλιξη της νομολογίας σχετικά με τη θέση νοσηλευτικής στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, κυρίως μεταπολεμικά. Έτσι, με τον νόμο 1397/83, περί ΕΣΥ, για πρώτη φορά διαμορφώνεται ένα ενιαίο πλαίσιο δομής και λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ελληνικό νοσοκομείο, αφού σε επίπεδο δομής και οργάνωσης καθορίζονται οι διοικητικές νοσηλευτικές οντότητες μέσα στο νοσοκομείο (Νοσηλευτική Υπηρεσία, Τομείς, Τμήματα), ενώ σε επίπεδο δραστηριοτήτων προβλέπονται οι ευθύνες και υποχρεώσεις κάθε οντότητας. Με τον νόμο 2889/2000, δίνεται για πρώτη φορά η δυνατότητα της συμμετοχής του διοικητικού προϊσταμένου της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του κάθε νοσοκομείου να είναι μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου, και κατά συνέπεια να συμμετέχει στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Η ένταξη της

Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (1981), σύμφωνα με την Βελονάκη (2006), αποτέλεσε την αφορμή εναρμονισμού της υπάρχουσας ελληνικής νομοθεσίας με την αντίστοιχη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Έτσι, με το ΠΔ 40/86, σε εναρμόνιση Οδηγιών του Συμβουλίου της ΕΕ, αναγνωρίζεται το δικαίωμα εγκατάστασης και ελεύθερης παροχής υπηρεσιών από νοσηλευτές υπηκόους χωρών της ΕΕ, ενώ με το ΠΔ 216/0125 καθιερώθηκε ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας που προσδιορίζει τις ηθικές ευθύνες των νοσηλευτών και διατυπώνει την επιστημονική ανεξαρτησία τους στην άσκηση των καθηκόντων τους ως μελών της ομάδας περίθαλψης.

Τέλος ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συνδικαλιστική δραστηριοποίηση των Ελλήνων νοσηλευτών στο χρόνο. Έτσι το 1923 συστήνεται η πρώτη επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτριών, η ΕΣΔΕΝ σκοπός της οποίας ήταν η πρόοδος της νοσηλείας, η αμοιβαία βοήθεια των μελών της και η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας. Όπως αναφέρει η Πομώνη Δ. (1965), το 1930 μετονομάζεται σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων» για να καταλήξει το 1988 στον τωρινό «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Ελλάδας» (ΕΣΔΝΕ).

2.4 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, από την προηγούμενη ανάλυση του ζητήματος της Νοσηλευτικής/νοσηλευτικής φροντίδας,

σε επίπεδο εννοιολογικής προσέγγισης, προκύπτει ότι :

- η νοσηλευτική φαίνεται ότι ανέκαθεν αποτελούσε πεδίο επιστημονικής μελέτης και εμβάθυνσης
- είναι και τέχνη (νοσηλευτική φροντίδα) αλλά και γνώση (επιστήμη) που επηρεάζεται διαχρονικά από τις κοινωνικές πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις

- έχει ένα ευρύτερο πεδίο εφαρμογής πέρα και εκτός της ιατρικής αφού υποκείμενα της άσκησης της εκτός των ασθενών είναι οι υγιείς, οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, αλλά και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος,
- είναι μια δραστηριότητα που εκδηλώνεται σε περιβάλλον αυξημένης συναισθηματικής φόρτισης και κατά συνέπεια με υψηλό δείκτη συναισθηματικής και ψυχολογικής αλληλεπίδρασης.

Σε επίπεδο ιστορικής εξέλιξης της Νοσηλευτικής, προκύπτει ότι :

- Η νοσηλευτική κυρίως ως τέχνη (φροντίδα) αλλά και ως επιστήμη απαντάται σε ιστορικές πηγές από αρχαιότατων χρόνων
- Μέχρι και τα μέσα του 19^{ου} αιώνα η νοσηλευτική αποτελούσε αποκλειστικά πεδίο άσκησης των φιλόνητων αισθημάτων των πολιτών, που πρωτοστατούσε η Εκκλησία (μοναχοί/χές και χριστιανοί που ασκούσαν το φιλόνητο καθήκον τους)
- Ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται ότι ήταν σύνθετος αφού εκτός της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, περιελάμβανε την επιμέλεια και τη διατροφή του ασθενή, την καθαριότητά του καθώς και την υποχρέωση διαχείρισης της ταφής νεκρών από μολυσματικές ασθένειες
- Τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η εισαγωγή της εκπαίδευσης στη νοσηλευτική, η πρόοδος της Νοσηλευτικής επιστήμης και η εισαγωγή νέας τεχνολογίας φαίνεται να αποτέλεσαν τις βασικές αιτίες μετάβασης της νοσηλευτικής από το εθελοντικό σε επαγγελματικό επίπεδο από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα σε παγκόσμιο επίπεδο
- Στην νεότερη Ελλάδα, η εξέλιξη της νοσηλευτικής και η μετάβαση της εξάσκησης της σε επαγγελματικό επίπεδο, φαίνεται ότι ακολούθησε την παγκόσμια εξέλιξη, ιδιαίτερα με το τέλος του 2^{ου} Παγκόσμιου πολέμου
- Η αναβάθμιση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε Τεχνολογικό και αργότερα Πανεπιστημιακό επίπεδο, η θέσπιση του νόμου 1397/83 περί ΕΣΥ και η είσοδος της Ελλάδας στην ΕΕ, φαίνεται να αποτέλεσαν τις βασικές αιτίες βελτίωσης του ρόλου του νοσηλευτή και του περιεχομένου της νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια

Κεφάλαιο 3. Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο ελληνικό νοσοκομείο

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι η διερεύνηση και παρουσίαση των βασικών ζητημάτων της νοσηλευτικής φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομείο σήμερα, που σχετίζονται με την οργανωτική δομή και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το περιεχόμενο των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, αλλά και την οριοθέτηση των νοσηλευτικών καθηκόντων σε σχέση με τις λουπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο ελληνικό νοσοκομείο.

3.1 Δομή, οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο ελληνικό νοσοκομείο

Όπως έχει σημειωθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο μια από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις μεταπολεμικά, στο τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελεί η ψήφιση και εφαρμογή του νόμου 1397/83 “Περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας”. Η σημαντικότητα του νόμου αυτού, σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στις παρακάτω προβλέψεις :

- τη δημιουργία ενοποιημένου συστήματος υγείας με την πλήρη ευθύνη του κράτους (άρθρο 1, παρ. 1),
- την παροχή του συνόλου των υγειονομικών υπηρεσιών στη βάση των αρχών της ισότιμης παροχής, της δυνατότητας της ίσης πρόσβασης και του μηδενικού κόστους στην είσοδο του υγειονομικού συστήματος (άρθρο 1, παρ. 2),
- την διοικητική αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος σε περιφέρειες, τον καθορισμό ενός ενιαίου συστήματος δομής και οργάνωσης του ελληνικού νοσοκομείου,
- την οργάνωση του νοσοκομείου στη βάση του οργανισμού του νοσοκομείου με ενιαίες προβλέψεις στους τομείς της διοίκησης, της οργάνωσης και της διαχείρισης του προσωπικού,

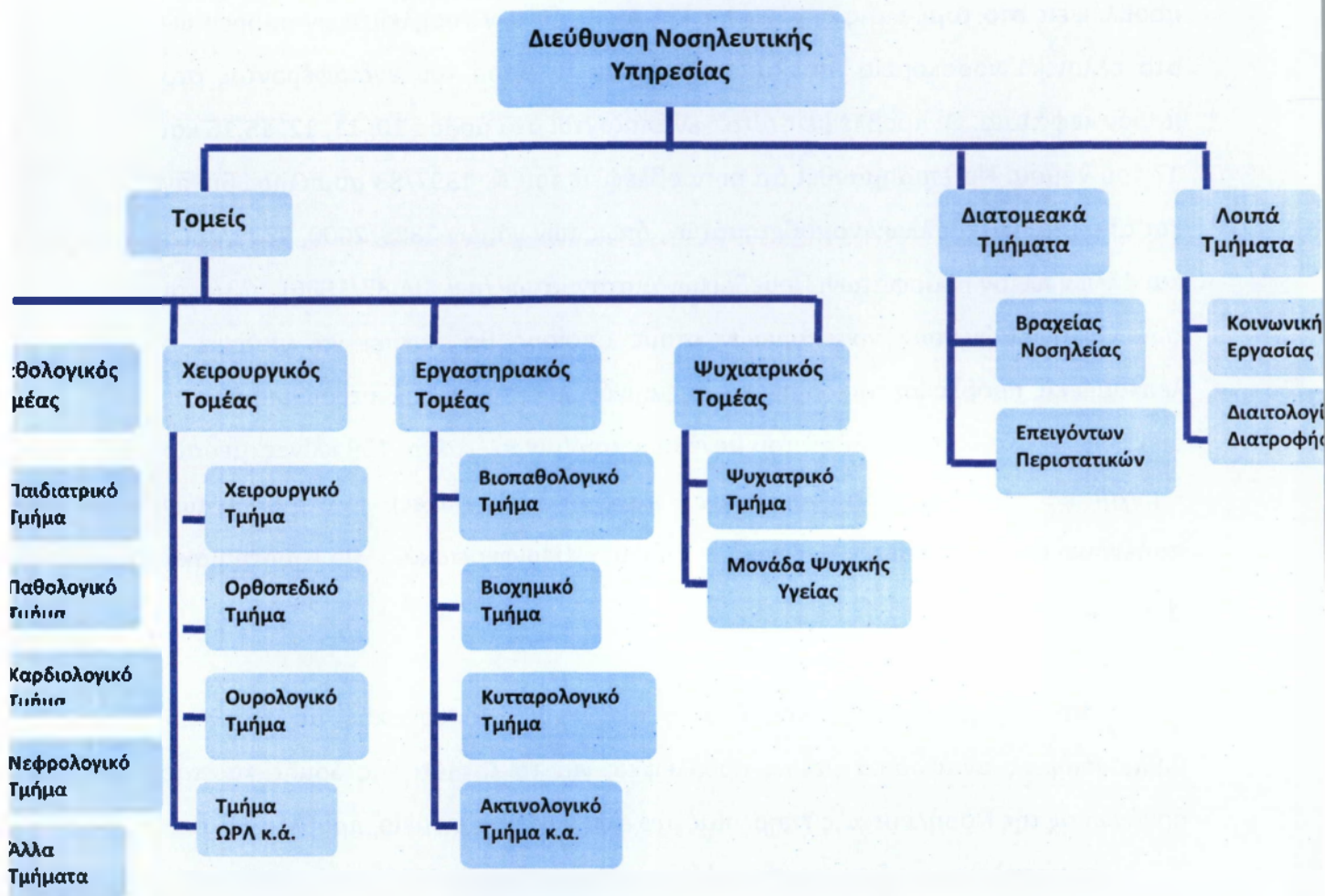
φαίνεται να αποτελούν από τα βασικότερα επιτεύγματα του νόμου 1397/83 περί ΕΣΥ.

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που επέφερε ο Ν. 1397/83 στο πεδίο της οργάνωσης του ελληνικού νοσοκομείου, περιλαμβάνονται και οι σχετικές προβλέψεις στο τομέα της οργάνωσης και παροχής των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ελληνικό νοσοκομείο, που αποτελούν και τη βάση του ενδιαφέροντος στο παρόν κεφάλαιο. Οι προβλέψεις αυτές εντοπίζονται στα άρθρα 10, 11, 12, 15, 16 και 17 του νόμου. Να επισημανθεί ότι οι προβλέψεις του Ν. 1397/83 συμπληρώθηκαν και από μια σειρά άλλων νομοθετημάτων, όπως των νόμων 2889/2000, 3329/2005 και άλλων πλέον πρόσφατων, Προεδρικών Διαταγμάτων (π.χ. ΠΔ 87/1986), αλλά και των Οργανισμών των νοσοκομείων στους οποίους θα πρέπει να υπάρχει η λεπτομερής πρόβλεψη της δομής και της οργάνωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε κάθε νοσοκομείο, στη βάση του μεγέθους του (μικρό – μέχρι 199 κλίνες, μεσαίο – μέχρι 399 κλίνες, μεγάλο νοσοκομείο – πάνω από 400 κλίνες) και στη βάση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Γενικά, Ειδικά, Περιφερειακά, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία).

Από τη μελέτη της νομοθεσίας αλλά και της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας αναφορικά με τις προβλέψεις για το ζήτημα της δομής και της οργάνωσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο ελληνικό νοσοκομείο, προβλέπονται :

- **οι νοσηλευτικές διοικητικές οντότητες** (Δρούμπαλης, 2010), που κατά σειρά βαθμού εξουσίας και ευθύνης είναι :
 - η **Διεύθυνση** (Νοσηλευτική Υπηρεσία) (αρχική πρόβλεψη στο Ν. 1397/83, άρθρο 10, παρ. 2 και άρθρο 7 του ΠΔ 87/1986)
 - οι **Τομείς** (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός, Ψυχιατρικός), με αρχική πρόβλεψη στο ΠΔ 87/1986
 - τα **Τμήματα** (ακολουθούν τα αντίστοιχα κλινικά ιατρικά τμήματα κάθε νοσοκομείου), με αρχική πρόβλεψη στο ΠΔ 87/1986
- η **περιγραφή αρμοδιοτήτων των νοσηλευτικών διοικητικών οντοτήτων**, με πρόβλεψη στο ΠΔ 87/1986, αλλά και τους Οργανισμούς των νοσοκομείων και

- η διοικητική δομή των νοσηλευτικών διοικητικών οντοτήτων, που διαμορφώνεται στη βάση του περιεχομένου των προβλεπόμενων αρμοδιοτήτων (ΠΔ 87/1986 και τους Οργανισμούς των νοσοκομείων). Παρατίθεται (βλέπε σχεδ. 1) η τυπική δομή της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ενός Γενικού Νοσοκομείου μεσαίου μεγέθους (μέχρι 399 κλινών) (Δρούμπαλης 2010).



Σχεδ. 1, Οργανόγραμμα Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε Γενικό Νοσοκομείο μέχρι 400 κλίνες

Όπως αναφέρεται στο αρ. 7 του ΠΔ 87/1986 για την Οργάνωση των Νοσοκομείων, η **Νοσηλευτική Υπηρεσία** αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε Τομείς και σε Τμήματα. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτει από 20 μέχρι 45 νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε ειδική μονάδα μπορεί να καλύπτεται από νοσηλευτικό τμήμα όση δύναμη κρεβατιών και αν έχει. Κάθε 4 με 8 τμήματα συγκροτούν έναν τομέα. Σε νοσοκομεία με λιγότερα από 4 τμήματα δεν συγκροτούνται τομείς. Όπου υπάρχουν 4 έως 6 τμήματα μπορεί να συγκροτείται

ένας τομέας για την κάλυψη των μονάδων εσωτερικής νοσηλείας και ένας για την κάλυψη των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Προβλέπεται η στελέχωση των Νοσηλευτικών υπηρεσιών, σύμφωνα με το άρθρο 11 του ΠΔ 87/1986 για την Οργάνωση των Νοσοκομείων. Αριθμητικά, οι οργανικά προβλεπόμενες θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού, καθορίζονται επακριβώς στον κάθε οργανισμό του νοσοκομείου και ο αριθμός των θέσεων εξαρτάται από τον αριθμό των προβλεπόμενων κλινών, την κατανομή τους σε κλινικά και μη κλινικά τμήματα και το επίπεδο του νοσοκομείου (δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο, γενικό ή περιφερειακό ή πανεπιστημιακό). Ποιοτικά, στις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνονται εννέα (9) διαφορετικοί κλάδοι προσωπικού :

- Κλάδος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Κλάδος Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Κλάδος Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) Μαιών
- Κλάδος Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) Επισκεπτών- τριών Υγείας
- Κλάδος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Κλάδος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) Προσωπικού Θαλάμων
- Κλάδος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) Βρεφοκόμων
- Κλάδος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) Πρακτικών Νοσοκόμων
- Κλάδος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) Πρακτικών Νοσοκόμων.
- Κλάδος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (για εργασίες μεταφοράς ασθενών, φροντίδας ασθενών στους θαλάμους και άλλες συναφείς εργασίες).

Να επισημανθεί ότι κάθε νοσηλευτικός κλάδος διαφέρει τόσο σε επίπεδο εξειδίκευσης του προσωπικού, όσο και σε επίπεδο μόρφωσης. Έτσι, σε έναν οργανισμό νοσοκομείου υπάρχει πρόβλεψη ειδικότητας :

- **νοσηλευτικού προσωπικού** τριών επιπέδων εκπαίδευσης
 - Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ)
 - Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)

- Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)
- **Νοσοκόμων** δύο επιπέδων εκπαίδευσης
 - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)
 - Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ)
- **Μαιών** Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)
- **Επισκεπτών/τριών Υγείας** Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)
- **Βρεφοκόμων** Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)
- **Προσωπικού Θαλάμων** δύο επιπέδων εκπαίδευσης
 - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ)
 - Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) (Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού)

Σε συνέχεια της παράθεσης των βασικότερων χαρακτηριστικών της δομής και οργάνωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε ένα σύγχρονο ελληνικό νοσοκομείο, προκύπτει ότι η δομή και η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας κάθε ελληνικού νοσοκομείου :

1. είναι ιδιαίτερα σύνθετη, αφού

- ✓ διαθέτει μεγάλο αριθμό διοικητικών οντοτήτων κατανεμημένων στη βάση των κλινικών/μη κλινικών τμημάτων του κάθε νοσοκομείου
- ✓ διαθέτει μεγάλο αριθμό προσωπικού στη βάση των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων και
- ✓ περιλαμβάνει στη σύνθεσή της έξι διαφορετικές ειδικότητες, ποικίλου επιπέδου μόρφωσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ)

2. είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, αφού

- ✓ διαθέτει κατηγορίες προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων με ποικίλα επίπεδα εκπαίδευσης
- ✓ αν και υπάρχει πρόβλεψη αρμοδιοτήτων για κάθε διοικητική οντότητα (υπηρεσία, τομέα, τμήμα), δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο ανά ειδικότητα και κατηγορία εκπαίδευσης, απαραίτητο εργαλείο για

την διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού ποικίλων κλάδων, ειδικοτήτων και εκπαίδευσης

3. η έλλειψη καθηκοντολογίου και η ύπαρξη νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ποικίλης εκπαίδευσης, πιθανόν να λειτουργούν αρνητικά σε ζητήματα αποτελεσματικότητας , αποδοτικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Τα παραπάνω ζητήματα θα αποτελέσουν αντικείμενο έρευνας και μελέτης στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο, αναζητώντας τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στη παραγωγή ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών.

3.2 Ο κατακερματισμός του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα, είναι η ύπαρξη νοσηλευτών πολλών επιπέδων εκπαίδευσης. Όπως σημειώνει η Δάγλα (2007), στην Ελλάδα ισχύει μια ευρωπαϊκή νοσηλευτική πρωτοτυπία, η νοσηλευτική στα νοσοκομεία να ασκείται από περισσότερες της μιας επαγγελματικής κατηγορίας νοσηλευτών.

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τις Κοινοτικές Οδηγίες 77/451, 77/452, 77/453 ισχύει ένας ενιαίος τίτλος νοσηλευτή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Μάλιστα οι οδηγίες αυτές έχουν ψηφιστεί και από το ελληνικό Κοινοβούλιο (Ν.1579/85 & Ν. 3204/03), που όμως ουδέποτε μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοστεί.

Συμπληρωματικά η Δάγλα (2007) αναφέρει ότι οι συνέπειες από την έλλειψη καθηκοντολογίου επιτείνονται και από μια σειρά άλλων προβληματικών καταστάσεων που βιώνει ο επαγγελματίας νοσηλευτής, με κυριότερο αυτό του κατακερματισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη βάση της κατηγορίας του πτυχίου κάθε νοσηλευτή.

Ιστορικά, το ζήτημα του επαγγελματικού κατακερματισμού του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη βάση διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης φαίνεται να ξεκινά στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και να συνεχίζεται μέχρι σήμερα, Ειδικότερα,

- Με τον Ν. 184/1979 ιδρύεται στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας Τμήμα Νοσηλευτικής, που αρχικά δεχόταν απόφοιτους των ανώτερων νοσηλευτικών σχολών και από το 1989 μέσω πανελληνίων εξετάσεων (Ανδριώτη Δ.,1994)
- Το 1981 οι μονοετείς σχολές Βοηθών Νοσηλευτών γίνονται διετείς, δέχονται απόφοιτους τουλάχιστον Γυμνασίου, ενώ αργότερα ιδρύονται ειδικότητες βοηθών νοσηλευτικής και στα ΙΕΚ, που δέχονται απόφοιτους Λυκείου
- Το 1983 με την ίδρυση των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ), ιδρύονται Τμήματα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού επιπέδου σε επτά (7) ΤΕΙ
- Το 1989 με το Π.Δ, 351/1989 θεσμοθετούνται τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων ΤΕΙ Νοσηλευτικής
 - Νοσηλευτικής Α΄ & Β΄, Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Αθήνας
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Πάτρας
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Λάρισας
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Ηπείρου
 - Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π/ΤΕΙ Λαμίας

Στα τμήματα αυτά απορροφήθηκαν οι ανώτερες νοσηλευτικές σχολές που λειτουργούσαν στα νοσοκομεία και οι σχολές των ΚΑΤΕΕ.

- Το 2005 ιδρύεται Τμήμα Νοσηλευτικής, στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, με έδρα την Σπάρτη.

Στη βάση των παραπάνω, σήμερα στην Ελλάδα «παράγονται» επαγγελματίες νοσηλευτές τεσσάρων διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης, δηλαδή :

- 2ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών νοσοκομείων),
- 3ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι ΙΕΚ),
- 4ετούς Τεχνολογικής Εκπαίδευσης νοσηλευτές(ΤΕ), (απόφοιτοι ΤΕΙ)
- 4ετούς Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης νοσηλευτές (ΠΕ)

Ο κατακερματισμός της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην Ελλάδα, μοναδική ευρωπαϊκή πρωτοτυπία (Δάγλας, 2007), και οι επιπτώσεις του στην λειτουργικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών των μονάδων υγείας έχει ιδιαίτερα μελετηθεί στην ελληνική βιβλιογραφία (Μερκούρης Α., 2008, Δάγλας Αρ., 2007, Στάθης Γ., 2003, Αδαμίδου Ε. και συν., 2003, Ανδριώτη Δ., 1994, κ.ά.). Από τις επιμέρους αναλύσεις, οι κυριότερες επιπτώσεις από τον κατακερματισμό του νοσηλευτικού επαγγέλματος φαίνεται να είναι :

- τα φαινόμενα σύγχυσης των επαγγελματικών καθηκόντων, που αναπτύσσονται μεταξύ των επιμέρους νοσηλευτικών κατηγοριών και συνδικαλιστικών εκπροσώπων,
- τα φαινόμενα ρήξης σε επαγγελματικό επίπεδο, που κυρίως εκδηλώνονται μεταξύ ΠΕ και ΤΕ Νοσηλευτικών
- οι συγκρούσεις που αναπτύσσονται σε επίπεδο διαχείρισης της νοσηλευτικής καθημερινότητας μέσα στους χώρους εργασίας.

Να επισημανθεί ότι στο σύνολό τους οι μελετητές επισημαίνουν την αδυναμία του κράτους (πολιτική ατολμία) να διαμορφώσει ένα ενιαίο σύστημα Πανεπιστημιακής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Ταυτόχρονα επισημαίνουν τα οφέλη από μια πιθανή μελλοντική πολιτική απόφαση, ενοποίησης του εκπαιδευτικού συστήματος στη νοσηλευτική σε επίπεδο ΠΕ, στο οποίο θα περιλαμβάνονται η εναρμόνιση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, η αναβάθμιση της νοσηλευτικής στην κοινωνική συνείδηση του πληθυσμού, η δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος επαγγελματικών δικαιωμάτων και καθηκόντων στο χώρο εργασίας και η

ελαχιστοποίηση των σύγχυσης και εργασιακών συγκρούσεων στους χώρους νοσηλείας.

3.3 Ο νοσηλευτής, τα επαγγελματικά δικαιώματα και το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών

3.3.1 Γενικά περί της νοσηλευτικής φροντίδας

Στη νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνονται τόσο η φυσική φροντίδα όσο και η συναισθηματική φροντίδα του ασθενή (Δημητριάδου,2008). Στη φυσική φροντίδα περιλαμβάνονται όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες που στόχο έχουν την κάλυψη των σωματικών αναγκών του ασθενή, και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, ενώ η συναισθηματική φροντίδα αφορά την κάλυψη όλων εκείνων των αναγκών που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς (Μελισσά, 1998).

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, φαίνεται να αποτελεί αποκλειστικό προνόμιο των νοσηλευτών. Στη διάσκεψη της ΠΟΥ στο Μόναχο (17/6/2000), αναγνωρίζεται ο ρόλος των νοσηλευτών στη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά στη δημόσια υγεία. Παράλληλα, εκπρόσωποι των υπουργών υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παροτρύνουν όλους τους σχετικούς φορείς να ενισχύσουν τη δράση των νοσηλευτών με συγκεκριμένους τρόπους, ενώ δεσμεύονται να συνεργαστούν με όλες τις αρμόδιες αρχές για την υλοποίηση αυτού του στόχου.

Όπως επισημαίνουν οι Λανάρα (1997) και Μερκούρης (2008), ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας δραστηριοποιείται στους επιμέρους χώρους των υπηρεσιών παροχής υγείας, στη βάση ενός πλαισίου αρχών και κανόνων που προσδιορίζονται κυρίως από τα :

- τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών και
- και το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο του κάθε νοσηλευτή.

3.3.2 Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών

Τα επαγγελματικά δικαιώματα γενικότερα, σύμφωνα με την επιστήμη της διοίκησης, είναι μάλλον διαδικασία περιχαράκωσης εργασιακών δικαιωμάτων συγκεκριμένων ομάδων εργαζόμενων, παρά εργαλείο διοίκησης. Για το λόγο αυτό όπως σημειώνεται (Μερκούρης, 2008), τα επαγγελματικά δικαιώματα είναι ζητούμενο κυρίως των συνδικαλιστικών φορέων και των μελών συνδικαλιστικών οργανώσεων. Τα επαγγελματικά δικαιώματα, που στην Ελλάδα κατοχυρώνονται νομοθετικά από την πολιτεία, συνήθως καθορίζονται στη βάση :

- α) του περιεχομένου της ασκούμενης εργασίας και
- β) του επιπέδου λήψης της επιστημονικής γνώσης (κατηγορία εκπαίδευσης) του αντικειμένου εργασίας Δάγλα (2007)

Έτσι, για παράδειγμα στη περίπτωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών στην Ελλάδα, αντικείμενο εργασίας είναι η νοσηλευτική και τα επίπεδα λήψης της νοσηλευτικής γνώσης διακρίνονται σε ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ, που σημαίνει ότι διαφορετικά επαγγελματικά δικαιώματα (ακόμη και επαγγελματικό τίτλο) διαθέτουν οι νοσηλευτές με πανεπιστημιακή εκπαίδευση ή τεχνολογική εκπαίδευση κλπ.

Το ενδιαφέρον στην ελληνική περίπτωση είναι ότι αν και υπάρχουν τέσσερις (4) διαφορετικές κατηγορίες νοσηλευτών (2ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών νοσοκομείων), 3ετούς εκπαίδευσης βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) (απόφοιτοι ΙΕΚ), 4ετούς Τεχνολογικής Εκπαίδευσης νοσηλευτές(ΤΕ), (απόφοιτοι ΤΕΙ), 4ετούς Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης νοσηλευτές (ΠΕ)), εντούτοις με το ΠΔ 351/1989, καθορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα μόνο των πτυχιούχων των τμημάτων Νοσηλευτικής (ΤΕ και ΠΕ), Μαιευτικής και Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας, σύμφωνα με το ΠΔ 351/1989 περί του καθορισμού των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών.

Ειδικότερα για την περίπτωση των πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85), στα πλαίσια της επαγγελματικής τους

κατοχύρωσης αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων, που μεταξύ των άλλων κατοχυρώνουν :

- ✓ το δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες
- ✓ τις νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του
- ✓ τη λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου
- ✓ τη λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση
- ✓ την κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας
- ✓ την υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης
- ✓ τη λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας
- ✓ τη λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας
- ✓ την απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα
- ✓ τη σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους
- ✓ την εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών
- ✓ τις πράξεις σε απουσία γιατρού
- ✓ την εφαρμογή πρώτων βοηθειών
- ✓ τις μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή
- ✓ τη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς
- ✓ τη χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
- ✓ της πλήρους παρεντερική θρέψη
- ✓ τα θεραπευτικά λουτρά

- ✓ τη βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η κατοχύρωση συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων (όπως παραπάνω) μέσω της κατοχύρωσης των επαγγελματικών δικαιωμάτων, όπως σημειώνεται στο Βήμα της Κυριακής (2004), μάλλον διασφαλίζει στον πτυχιούχο νοσηλευτή τη δυνατότητα να προσληφθεί στον δημόσιο τομέα και να ενταχθεί σε μια συγκεκριμένη κατηγορία εκπαίδευσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) ή να γραφτεί στις επαγγελματικές ενώσεις και επιμελητήρια (Τεχνικό Επιμελητήριο, Οικονομικό Επιμελητήριο, Γεωτεχνικό Επιμελητήριο) του κλάδου του, παρά τον κατοχυρώνει να ασκεί στους χώρους νοσηλείας αποκλειστικά και μόνο τις παραπάνω νοσηλευτικές πράξεις.

3.3.3 Το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το καθηκοντολόγιο αποτελεί βασική προϋπόθεση αποτελεσματικής λειτουργίας των επιχειρήσεων και οργανισμών, κυρίως έντασης εργασίας και ιεραρχικής δόμησης και λειτουργίας, όπου η εργασιακή συμπεριφορά των μελών του οργανισμού καθορίζεται από τυπικούς κανόνες και σταθερές διαδικασίες.

Εννοιολογικά, το καθηκοντολόγιο αποτελεί την γραπτή απεικόνιση των καθηκόντων κάθε εργαζόμενου, για την συγκεκριμένη θέση εργασίας ή όπως επισημαίνουν οι Ρωμανίδου Μ., Χατζέλια, (1980), αποτελεί μια σαφώς καθορισμένη υποχρέωση προσφοράς εργασίας, από μέρους ενός οργάνου ή φορέα (προσώπου ή φορέα προσώπων). Ο Χολέβας (1969, σ.14) περιγράφοντας τι είναι καθηκοντολόγιο επιχειρεί μια περισσότερο πρακτική προσέγγιση, σημειώνοντας ότι είναι υποχρέωση εκπλήρωσης ορισμένου έργου, με μετρήσιμα χαρακτηριστικά (πως, επί ποιου, με ποια μέσα, που και πότε). Η Λανάρα (1993), εξειδικεύοντας το ζήτημα του καθηκοντολογίου στο χώρο της νοσηλευτικής, σημειώνει ότι πρόκειται περί «προκαθορισμένου γραπτού συστήματος εντολών», στο οποίο περιγράφεται επακριβώς και με κάθε λεπτομέρεια η υποχρέωση εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου, στο οποίο περιλαμβάνονται η λειτουργική διαδικασία, το αντικείμενο επί του

οποίου θα πραγματοποιείται το έργο, τα υλικά μέσα επίτευξης του έργου, ο χώρος και ο χρόνος εκτέλεσης του έργου.

Συνεπώς, το καθηκοντολόγιο εννοιολογικά διαθέτει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως :

- ότι είναι ενέργεια εκτελεστική
- ότι σχετίζεται μόνον με την υποχρέωση εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου,
- ότι προαπαιτείται η ακριβής περιγραφή του έργου-σκοπού και
- ότι η υποχρέωση εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου σχετίζεται άμεσα με το όργανο (πρόσωπο) ή το φορέα (φορέα προσώπων) που αναλαμβάνει την εκτέλεση του έργου

που το καθιστούν διακριτό από συναφείς όρους, όπως για παράδειγμα το “επαγγελματικό δικαίωμα”.

Σε επίπεδο επιστημονικής/θεωρητικής προσέγγισης (Σαπουντζή-Κρέπια 2001), το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο περιλαμβάνει α) τα γενικά καθήκοντα νοσηλεύτη, β) τα καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου και γ) τα καθήκοντα προς τους ασθενείς.

Σε επίπεδο εφαρμογής, στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, υπάρχει πρόβλεψη στον ιδρυτικό νόμο περί του ΕΣΥ 1397/1983, άρθρο 10, παρ. 5 για την διαμόρφωση καθηκοντολογίου κατά ειδικότητα, κλάδο και κατηγορία προσωπικού, με τη βοήθεια του ενιαίου κανονισμού λειτουργίας που θα πρέπει να διαθέτει κάθε νοσοκομείο, αφού όπως ορίζεται “...τα ειδικότερα καθήκοντα και υποχρεώσεις του προσωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ”.

Η πρόβλεψη αυτή διατηρήθηκε στη συνέχεια σε όλα τα νομοθετήματα που ακολούθησαν το Ν.1397/ 83. Μάλιστα μετά από σχεδόν είκοσι επτά (27) χρόνια ο

νομοθέτης επανέρχεται στο ζήτημα του καθηκοντολογίου του προσωπικού με πλέον σαφή και συγκεκριμένο τρόπο. Ειδικότερα στο νόμο 3868/2010, άρθρο 5, παρ. 1, σημειώνεται ότι “Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσπίζεται καθηκοντολόγιο του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών ιδρυματικών του ΕΣΥ”. Μάλιστα στην αιτιολογική έκθεση του Σχεδίου Νόμου με τίτλο “Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Λοιπές Διατάξεις”, ο νομοθέτης σημειώνει ότι η θέσπιση καταλόγου αρμοδιοτήτων και καθηκόντων του νοσηλευτικού προσωπικού θα συμβάλλει στη καθιέρωση ενιαίων κανόνων άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση του νοσηλευτικού έργου και την ενδυνάμωση των ρόλων των νοσηλευτών ως επαγγελματιών υγείας. Είναι η πρώτη φορά που τόσο ξεκάθαρα και με τον πλέον ισχυρό νομοθετικό τρόπο (νόμο), θεσμοθετείται η ανάγκη σύνταξης καθηκοντολογίου για το νοσηλευτικό προσωπικό, με την προϋπόθεση ότι απαιτείται υπουργική απόφαση για την υλοποίηση της πρόβλεψης του νόμου.

“Δυστυχώς”, μέχρι σήμερα δεν έχει συσταθεί εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, ούτε έχει εκδοθεί υπουργική απόφαση που θα εισαγάγει το καθηκοντολόγιο στη διοικητική πρακτική των ελληνικών νοσοκομείων. Οι Δρούμπαλης και Αλεξοπούλου (2013), επιχειρώντας σχετική αξιολόγηση του φαινομένου αυτού σημειώνουν ότι “... ότι η εμμονή της πολιτείας από την μια να νομοθετεί την ανάγκη χρήσης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και από την άλλη να αποφεύγει την εφαρμογή του, κατά ένα μέρος διευκολύνει την πολιτεία και τα επιμέρους διοικητικά όργανά της (Διοικητές νοσοκομείων, Διευθυντές Υπηρεσιών και Προϊσταμένους Τμημάτων), αφού η έλλειψη καθηκοντολογίου τους δίνει τη δυνατότητα να καλύπτονται νομότυπα τα υπάρχοντα κενά οργανικών νοσηλευτικών θέσεων στα νοσοκομεία με τη μέθοδο της επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων, εφαρμόζοντας τη θεωρία «όλοι μαζί για όλα»”.

Για το ίδιο ζήτημα η Σαπουντζή-Κρέπια (2001) αιτιολογώντας την απουσία νοσηλευτικού καθηκοντολογίου στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, πιθανολογούν

ότι οφείλεται αφενός στην ύπαρξη ενός σύνθετου συστήματος εκπαίδευσης νοσηλευτών και αφετέρου στη πραγματικότητα που απαντάται στον ιδιωτικό τομέα, όπου η έλλειψη καθηκοντολογίου δίνει τη δυνατότητα στις επιχειρήσεις να αναθέτουν σε άτομα χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (και χαμηλότερου κόστους), να αναλαμβάνουν δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν θεωρητικές γνώσεις υψηλότερου επιπέδου. Παρόμοια, σε άρθρο της η Μπελαλή Θ., (2003), σημειώνει ότι η αδυναμία του κράτους να υλοποιήσει τη νομοθετική πρόβλεψη για σύνταξη και εφαρμογή νοσηλευτικού καθηκοντολογίου οφείλεται στην ύπαρξη πολλών επιπέδων εκπαίδευσης νοσηλευτών και κυρίως στην αντιπαράθεση των ΤΕΙ / ΑΕΙ σχετικά με την διαμόρφωση νοσηλευτικού καθηκοντολογίου (προστασία κεκτημένων), θεωρεί μάλιστα άμεσης προτεραιότητας τη σύνταξη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου.

Συνεπώς, στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα το περιεχόμενο της εργασίας των νοσηλευτών (καθήκοντα) δεν εξειδικεύεται ούτε περιγράφεται στη βάση νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, αλλά, όπως σημειώνουν οι Δρούμπαλης και Αλεξοπούλου (2013), επιχειρείται να προσδιοριστεί διοικητικά – ιεραρχικά στη βάση της κατηγορίας εκπαίδευσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) και του κλάδου (ΠΕ Νοσηλευτικής, ΤΕ Νοσηλευτικής, ΤΕ Επισκεπτριών Υγείας, ΤΕ Βρεφονηπιοκομίας, ΤΕ Μαιευτικής, ΔΕ Νοσηλευτικής, ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού) που εντάσσεται ο κάθε νοσηλευτής κατά τον διορισμό του. Δηλαδή η άσκηση των επιμέρους και πάσης φύσης νοσηλευτικών καθηκόντων, στηρίζεται στην ανωτερότητα που δίνει η κατηγορία εκπαίδευσης (ο νοσηλευτής ΠΕ να έχει τον κυρίαρχο λόγο σε σχέση με τον ΤΕ ή ΔΕ), και η ιεραρχική θέση που κατέχει ο νοσηλευτής στη βάση του χρόνου διορισμού του (χρόνια προϋπηρεσίας).

Το ζητούμενο είναι αν και σε ποιο βαθμό η έλλειψη καθηκοντολογίου και η υποκατάστασή του με διοικητικά-ιεραρχικά κριτήρια για την ανάθεση και εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, είναι διαδικασία που οδηγεί σε σύγχυση και σε συγκρουσιακές καταστάσεις στους χώρους νοσηλείας των ελληνικών νοσοκομείων.

3.3.4 Πιθανές επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου

Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία, η αδυναμία της πολιτείας να θεσμοθετήσει νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο, μέσα από έναν ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του ελληνικού νοσοκομείου, φαίνεται να έχει τρεις βασικές επιπτώσεις :

- ο να δημιουργείται εννοιολογική σύγχυση μεταξύ του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και των επαγγελματικών δικαιωμάτων
- ο να διαμορφώνονται συνθήκες σύγχυσης και σύγκρουσης στους χώρους νοσηλείας
- ο η έλλειψη καθηκοντολογίου να συμβάλλει/διευκολύνει τη διοικητική αυθαιρεσία στους νοσοκομειακούς χώρους και στη περίπτωση μας στη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Σύγχυση μεταξύ του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και των επαγγελματικών δικαιωμάτων. Η έλλειψη καθηκοντολογίου φαίνεται να οδηγεί το νοσηλευτικό προσωπικό στην αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων για την επαγγελματική τους προστασία από πιθανές διοικητικές αυθαιρεσίες, αλλά και για την κατοχύρωση του εργασιακού status των επιμέρους κατηγοριών/κλάδων/ και νοσηλευτικών ειδικοτήτων, μέσα στους χώρους εργασίας. Όπως σημειώνουν οι Δρούμπαλης και Αλεξοπούλου (2013) φαίνεται ότι το κενό από την έλλειψη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου υποκαθίσταται με τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών, που καθορίζονται είτε μέσα από το Π351/1989 είτε από τις γενικές διατάξεις του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα (3528/2007, π.χ. άρθρο 30, παρ.1) και τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών.

Μάλιστα, όπως σημειώνουν οι Φουντούκη, Γκατζέλης, Πάντας και Θεοφανίδης (2009), η χρησιμοποίηση των επαγγελματικών δικαιωμάτων ως υποκατάστατο του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, κυρίως από τους συνδικαλιστικούς νοσηλευτικούς φορείς, λειτουργεί συγχυτικά στις τάξεις των νοσηλευτών, αφού δεν μπορούν αφενός να διακρίνουν τη διαφορά μεταξύ επαγγελματικών δικαιωμάτων και καθηκόντων απέναντι στον εργοδότη και

αφετέρου αδυνατούν να αντιληφθούν τη σημασία και τη βαρύτητα που θα είχε η ύπαρξη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου στη καθημερινή λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Χαρακτηριστική είναι η θέση της τριτοβάθμιας νοσηλευτικής συνδικαλιστικής οργάνωσης Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) που θεωρεί ότι "...σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ΠΔ 351/1989, περί του καθορισμού των επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων τμημάτων νοσηλευτικής οι φέροντες τον τίτλο του Νοσηλευτή ... είναι αρμόδιοι για διενέργεια νοσηλευτικών πράξεων ... Οποιαδήποτε ανάθεση άλλης πράξης σε νοσηλευτή δεν δύναται να υπαχθεί στο συνήθη κύκλων καθηκόντων του..." (Ο Ρυθμός της Υγείας, 2009, τ. 4, σ. 11).

Η πραγματικότητα όμως αυτή, δηλαδή η ταύτιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων με τα καθήκοντα του νοσηλευτή σε ένα κοινωνικό οργανισμό-επιχείρηση, φαίνεται σαφώς να αντίκειται στα όσα η Διοικητική Επιστήμη ορίζει, αφού τα επαγγελματικά δικαιώματα είναι μια επαγγελματική ρύθμιση που επιχειρεί να κατοχυρώσει τις ληφθείσες γνώσεις εκπαίδευσης με την επάρκεια προσόντων, την ικανότητα άσκησης του επαγγέλματος και τον κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας (Ο Ρυθμός της Υγείας, 2010, τ.17, σ. 14-15).

Συνθήκες σύγχυσης και σύγκρουσης στους χώρους νοσηλείας. Σύμφωνα με ερευνητές του ζητήματος, η έλλειψη καθηκοντολογίου φαίνεται να έχει και άμεσες επιπτώσεις στη νοσηλευτική καθημερινότητα. Όπως αναφέρουν οι Φουντούκη, Γκατζέλης, Πάντας και Θεοφανίδης (2009), η μη σαφής διατύπωση των νοσηλευτικών πράξεων ανά τομέα εφαρμογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος όπως αυτές αναφέρονται στους νοσοκομειακούς οργανισμούς οδηγεί σε:

- σύγχυση,
- μη νομική κατοχύρωση,
- κακή συνεργασία μεταξύ των μελών της υγειονομικής μονάδας,

- σύγκρουση ρόλων,
- μη ικανοποίηση από την εργασία και τελικά σε
- επαγγελματική κόπωση.

Στην διδακτορική διατριβή της Δέσποινας – Αδελαίς Μαρκάκη (2008), με τίτλο, *Νοσηλευτικό Προσωπικό στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης: Ανάλυση εργασίας και εκτίμηση αναγκών*, από τους βασικότερους ανασταλτικούς παράγοντες στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται και η **μη ύπαρξη εξειδικευμένου καθηκοντολογίου** για το νοσηλευτικό προσωπικό των διαφόρων βαθμίδων. Σύμφωνα με την ερευνήτρια το έλλειμμα αυτό οδηγεί στην επαγγελματική αλληλεπικάλυψη, τη σύγχυση ρόλων και την ανάπτυξη ανταγωνιστικών σχέσεων μεταξύ διαφόρων κατηγοριών νοσηλευτών αλλά και διαφορετικών ειδικοτήτων, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτό μεταξύ νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας. Τέλος, για το ίδιο ζήτημα η Ψαρράκου Β., (2010) σε άρθρο της σχετικά με τις προστριβές και συγκρούσεις των υπαλλήλων των νοσοκομείων, επισημαίνει ότι από τις βασικότερες αιτίες των προστριβών και συγκρούσεων είναι η **ασάφεια των καθηκόντων** και υποχρεώσεων και τα ασαφή όρια ευθύνης και εξουσίας που παρέχει το σύστημα στους εργαζόμενους.

Τέλος, σε άλλες έρευνες (Μισουρίδου Ευδ., 2009 και Διλιντάς Α., 2010), η έλλειψη καθηκοντολογίου και η σύγχυση καθηκόντων φαίνεται να σχετίζεται και με την επαγγελματική εξουθένωση, αφού όπως σημειώνεται “...οι εργασιακές συνθήκες, δηλαδή **το καθηκοντολόγιο, το ωράριο, το εργασιακό περιβάλλον κ.λ.π. σχετίζονταν αρνητικά με την συναισθηματική εξάντληση...**”, ενώ “...η έλλειψη προσωπικού, ...η ασάφεια ρόλων και υποχρεώσεων ...” είναι ενδεχομένως παράγοντες που σχετίζονται με τις αυξημένες τιμές εξάντλησης των νοσηλευτών (Μισουρίδου Ευδ., 2009, σ.502-503).

Η έλλειψη καθηκοντολογίου διευκολύνει τη διοικητική αυθαιρεσία. Σύμφωνα με έρευνες, το ζήτημα της έλλειψης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου

συνδυαζόμενο και με άλλες αδυναμίες του ελληνικού νοσηλευτικού συστήματος, κυρίως την ποιοτική και ποσοτική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, φαίνεται να ευνοούν την ανάπτυξη συνθηκών διοικητικής αυθαιρεσίας στους χώρους των νοσηλευτικών μονάδων.

Τα αποτελέσματα των επιμέρους ερευνών για το ζήτημα των ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό, στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι καταλυτικά. Μελέτες παλαιότερες (Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Γ., 2000, Στάθης Γ., 2001 κ. ά.), αλλά και νεότερες (Κρητικός Γ., 2007, 29/7/2009) αναδεικνύουν το τεράστιο πρόβλημα των ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό, που φαίνεται να είναι ποσοτικό αλλά και ποιοτικό, όπως γεωγραφική ανισοκατανομή (Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Γ., 2000), έλλειψη πτυχιούχων νοσηλευτών (Καμπούρα-Νίφλη Ελ., 2006) και η ανυπαρξία μέτρων υποκίνησης (Στάθης Γ., 2003).

Με δεδομένες τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, το ζητούμενο είναι πως η πολιτεία καλύπτει τα νοσηλευτικά κενά σε επίπεδο καθημερινότητας στις επιμέρους μονάδες υγείας και κυρίως νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Τρεις φαίνεται να είναι οι τρόποι αντιμετώπισης των ελλείψεων από την ελληνική πολιτεία :

- με το υπάρχων νοσηλευτικό προσωπικό με την μέθοδο της “επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων” (Νούλα Μ., και συν., 2010)
- με την χρησιμοποίηση των αποκλειστικών «νοσηλευτών-μαϊμού» (Καρακώστα Ν., 2010)
- με την επιστράτευση των συνοδών του ασθενή σε ρόλο βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως επισημαίνεται (Στάθης Γ., 2003, Νούλα Μ., και συν., 2010), η μέθοδος της «επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων» είναι η συνήθης και πάγια τακτική των νοσηλευτικών διοικήσεων των νοσοκομείων για την κάλυψη των ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. Διαχειριστικά, η μέθοδος της «επικάλυψης ρόλων και

καθηκόντων» εφαρμόζεται άτυπα από τις νοσηλευτικές διοικήσεις, μέσω των κενών στα ημερήσια προγράμματα νοσηλευτικής κάλυψης των τμημάτων, ιδιαίτερα στην απογευματινή και νυχτερινή βάρδια, στις εορτές και αργίες. Έτσι, για παράδειγμα σε κάποιες περιπτώσεις λόγω έλλειψης πτυχιούχων νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ), οι βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) αναλαμβάνουν καθήκοντα υπευθύνου βάρδιας, ή σε άλλες ακραίες περιπτώσεις, ο πτυχιούχος νοσηλευτής αναλαμβάνει και καθήκοντα τραπεζοκόμου, λόγω έλλειψης αντίστοιχου εξειδικευμένου προσωπικού.

Η καθημερινή πρακτική της επικάλυψης ρόλων στη λογική του «όλοι μαζί για όλα», αναπόφευκτα λειτουργεί σε βάρος του νοσηλευτή τόσο σε επίπεδο ψυχολογίας όσο και σε επίπεδο ποιότητας παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Επιμέρους έρευνες επισημαίνουν ότι η επικάλυψη ρόλων μαζί με άλλους παράγοντες (χαμηλή αμοιβή, έλλειψη κινήτρων και μεθόδων υποκίνησης) οδηγούν το νοσηλευτή σε κατάσταση επαγγελματικής και ψυχικής εξουθένωσης και στη διαμόρφωση επαγγελματικής αυτοεκτίμησης και καταξίωσης χαμηλών απαιτήσεων και προσδοκιών (Αδαλή Ε.,1999, Στάθης Γ.,2003, Μισουρίδου Ευδ., 2009, Διλιντάς Α., 2010, Νούλα Μ., και συν., 2010 κ.ά.).

Η Ομπέση (2007) για το ίδιο ζήτημα επισημαίνει ότι η τακτική της επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων διευκολύνεται από την έλλειψη καθηκοντολογίου στις επιμέρους κατηγορίες νοσηλευτικού και βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού. Η ασάφεια καθηκόντων δίνει τη δυνατότητα στα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας, στα πλαίσια του ευρύτερα νοούμενου συμφέροντος της υπηρεσίας, να καλύπτουν τα κενά του νοσηλευτικού και βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού με επικαλύψεις χωρίς τον κίνδυνο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής ευθύνης.

Ενδιαφέρουσα θέση για το ζήτημα εκφράζει και η ΕΝΕ, στο εισηγητικό σημείωμα του “Σχεδίου Καταγραφής Νοσηλευτικών Πράξεων” (ΕΝΕ 2010), που κατέθεσε στο Υπουργείο Υγείας, όπου μεταξύ των άλλων αναφέρεται ότι “Η ανάγκη σαφούς προσδιορισμού των νοσηλευτικών πράξεων... θα περιορίσει δραστικά την

αυθαιρεσία που χαρακτηρίζει καθημερινά την ανάθεση αλλότριων, κατ' ουσίαν καθηκόντων στους νοσηλευτές... ”.

3.5 Συμπεράσματα

Στη προσπάθεια διερεύνησης των τρεχόντων ζητημάτων της νοσηλευτικής φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομείο σήμερα, που σχετίζονται με την οργανωτική δομή και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, το περιεχόμενο των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, αλλά και την οριοθέτηση των νοσηλευτικών καθηκόντων σε σχέση με τις λοιπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο ελληνικό νοσοκομείο, προέκυψε μια σειρά συμπερασμάτων.

Από τα βασικότερα συμπεράσματα σε σχέση:

με την τρέχουσα πραγματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα ...

- η νοσηλευτική φροντίδα στο ελληνικό νοσοκομείο κατοχυρώνεται μέσα από ένα πλέγμα νομοθετικό που περιλαμβάνει Νόμους (π.χ. 1397/83), Υπουργικές Αποφάσεις, Προεδρικά Διατάγματα και τους Οργανισμούς των νοσοκομείων
- σε επίπεδο εφαρμογής φαίνεται ότι δεν υλοποιείται το σύνολο των νομοθετικών προβλέψεων, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη ενιαίου κανονισμού λειτουργίας με πρόβλεψη καθηκόντων (καθηκοντολόγιο) ανά κατηγορία, ειδικότητα και κλάδο νοσηλευτικού προσωπικού ή η θεσμοθέτηση ενός ενιαίου συστήματος εκπαίδευσης νοσηλευτών (ΠΕ) κατά τα Ευρωπαϊκά πρότυπα
- η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα παρέχεται μέσα από ένα πολύπλοκο σύστημα εκπαίδευσης, που παράγει “νοσηλευτές” τεσσάρων εκπαιδευτικών επιπέδων (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ)
- η κατηγοριοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, στο ελληνικό νοσοκομείο σε κλάδους (Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Βρεφοκόμων, Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό), σε ειδικότητες (Νοσηλευτριών, Μαιών, Επισκεπτριών, Νοσοκόμων,

Βοηθών Θαλάμων) και κατηγορίες(ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) δεν συνοδεύεται από αντίστοιχο καθηκοντολόγιο

- η έλλειψη ενιαίου συστήματος εκπαίδευσης και νοσηλευτικού καθηκοντολογίου φαίνεται ότι λειτουργούν αρνητικά σε επίπεδο ποιότητας παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών, ποιότητας επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και ποιότητας σχέσεων μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου και του νοσηλευτικού προσωπικού
- σύμφωνα με μελέτες, στις κυριότερες επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου περιλαμβάνονται :
 - η σύγχυση των εννοιών “Επαγγελματικά Δικαιώματα” και “Καθηκοντολογίου” μεταξύ των νοσηλευτών
 - η σύγχυση αρμοδιοτήτων
 - η ανάπτυξη συγκρουσιακών σχέσεων μεταξύ των επιμέρους κατηγοριών, κλάδων και ειδικοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού
- η έλλειψη καθηκοντολογίου σε συνδυασμό με τις ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, διαμορφώνουν συνθήκες ανάπτυξης διοικητικών αυθαιρεσιών σε βάρος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βάση της μεθόδου της “επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων” και της αντίληψης “όλοι για όλα”, με αποτέλεσμα:
 - την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών
 - την εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής και ψυχικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και
 - στη διαμόρφωση χαμηλής επαγγελματικής αυτοεκτίμησης και καταξίωσης

Τα παραπάνω συμπεράσματα θα διερευνηθούν στη συνέχεια (4^ο κεφάλαιο), χρησιμοποιώντας ως μελέτη περίπτωσης τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αγρινίου.

Κεφάλαιο 4. Χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αγρινίου

Στόχος του κεφαλαίου που ακολουθεί είναι η σύντομη παρουσίαση των χαρακτηριστικών της δομής και οργάνωσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αγρινίου, αλλά και σχετική αξιολόγηση των βασικών λειτουργικών χαρακτηριστικών της νοσηλευτικής υπηρεσίας (διαθέσιμο προσωπικό, ποιότητα προσωπικού, δείκτες). Το παρόν κεφάλαιο και τα συμπεράσματα που θα προκύψουν, αποτελούν προϋπόθεση, ώστε στη συνέχεια να επιχειρηθεί η διερεύνηση του ζητήματος των επιπτώσεων από την έλλειψη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου στη νοσηλευτική υπηρεσία του νοσοκομείου.

4.1 Γενικά περί του ΓΝ Αγρινίου

Το Γενικό Νοσοκομείο (ΓΝ) Αγρινίου εντάσσεται στην κατηγορία των νοσοκομείων μεσαίου μεγέθους, δυναμικότητα 260 οργανικών κλινών (οι 30 ανήκουν στο ΚΕΦΙΑΠ). Ταυτόχρονα θα μπορούσε να ενταχθεί και στη κατηγορία των “Φιλάνθρωπων” νοσοκομείων, αφού τουλάχιστον στην αρχική φάση λειτουργίας του το νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα δωρεάς φιλάνθρωπων κατοίκων του Αγρινίου.

Το ΓΝ Αγρινίου ιδρύθηκε και ξεκίνησε την λειτουργία του το έτος 1933 με το ΠΔ 5951/1933 (ΦΕΚ 393/20-12-1933, Περί Οργανώσεως και Διοικήσεως του εν Αγρίνιο Νοσοκομείου “Η ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ & ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΕΙΟΝ”. Στα πλαίσια της αναμόρφωσης των οργανισμών και της λειτουργίας του ελληνικού νοσοκομειακού συστήματος (στη βάση του Ν. 1397/1983, περί ΕΣΥ), το ΓΝ Αγρινίου απέκτησε την τρέχουσα διοικητική δομή και οργάνωση, με νέο οργανισμό (Υπουργική Απόφαση Α3β/οικ. 14159/86 (ΦΕΚ 643/30-9-1986, περί “Αναμόρφωσης του Οργανισμού του Νοσοκομείου Αγρινίου”), λειτουργώντας ως Γενικό, Νομαρχιακό Νοσοκομείο, παράλληλα με αυτό του Μεσολογγίου, με δυναμικότητα 160 οργανικών κλινών.



Φωτο. 1. Το Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου

Από το Δεκέμβριο του 2012 (Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.120933 Οργανισμός του Γενικό Νοσοκομείου Αγρινίου” ΦΕΚ 3481/Β/31-12-2012), το ΓΝ Αγρινίου απέκτησε νέο Οργανισμό λειτουργίας στα πλαίσια των σχετικών ανακατατάξεων/συγχωνεύσεων που προβλέφθηκαν με τους νόμους 3868/2010, 3918/2011, 4025/2011 και της Υπουργικής Απόφασης Υ4α/οικ.84627/2011 (ΦΕΚ 1681/Β/28-07-2011) περί “Διασύνδεσης Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους”.

Στα βασικότερα χαρακτηριστικά του νέου Οργανισμού περιλαμβάνονται :

- το νοσοκομείο διατηρεί τα βασικά χαρακτηριστικά της προηγούμενης ταυτότητάς του (τίτλος, σκοπός, νομική μορφή)
- διασυνδέεται με το ΓΝ Μεσολογγίου “Χατζηκώστα”, διαθέτοντας για τη διοίκησή του “Υποδιοικητή”
- εντάσσονται τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) στην πλήρη διοικητική, οικονομική και λειτουργική ευθύνη του ΓΝ Αγρινίου

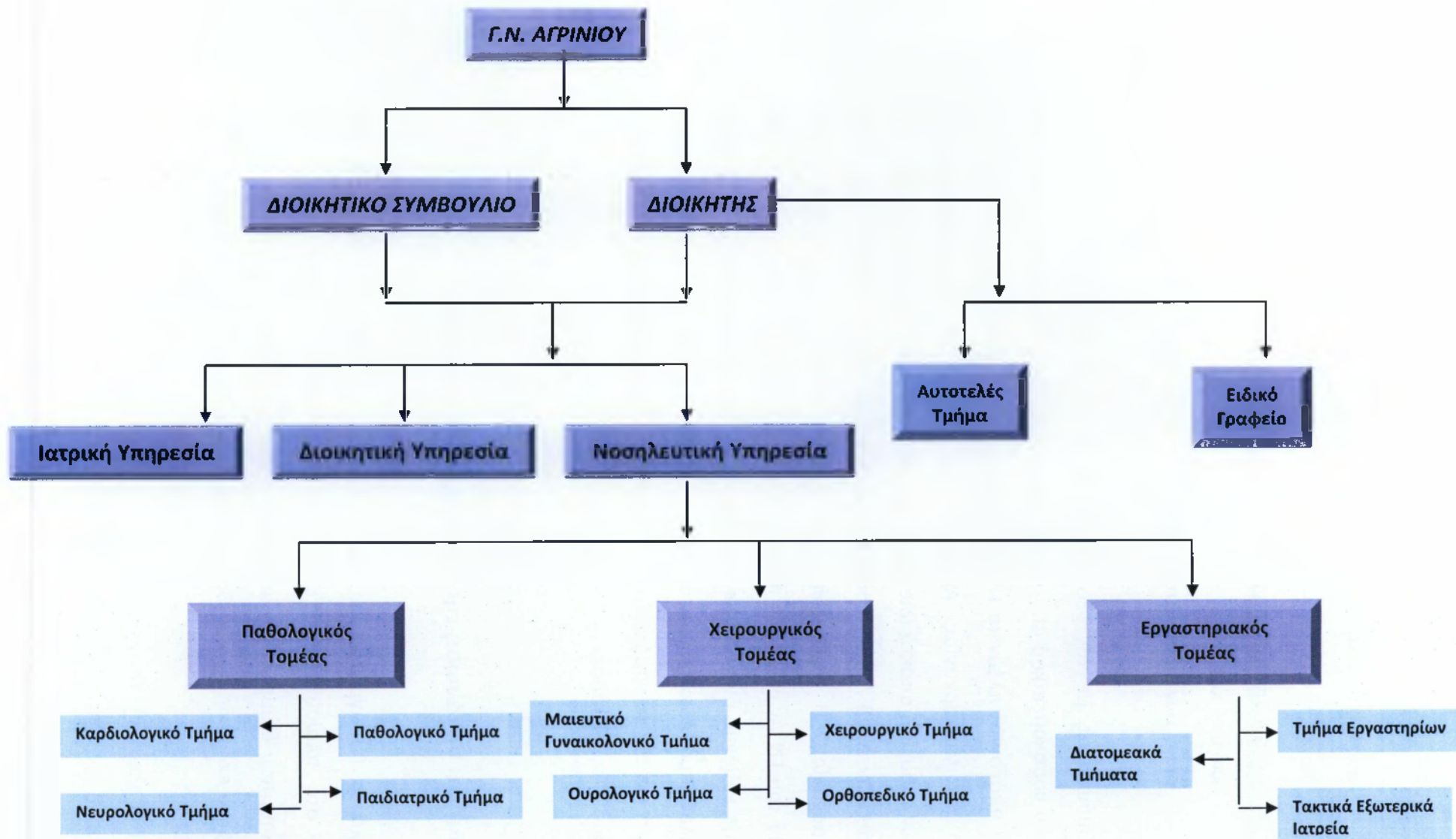
- αυξάνεται ο αριθμός των προβλεπόμενων κλινών του νοσοκομείου σε 260 κλίνες (οι 30 κλίνες ανήκουν στα ΚΕΦΙΑΠ)
- αυξάνονται αναλογικά (μετά την αύξηση του αριθμού των οργανικών κλινών) και οι οργανικές θέσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, όλων των ειδικοτήτων, βαθμίδων και κατηγοριών

Ουσιαστικά, με τον νέο Οργανισμό το ΓΝ Αργινίου αναβαθμίζεται σε πυλώνα του νοσοκομειακού συστήματος του νομού Αιτωλοακαρνανίας, στο οποίο διοικητικά υπάγονται πλέον το ΓΝ Μεσολογγίου και τα ΚΕΦΙΑΠ που λειτουργούν στο νομό Αιτωλοακαρνανίας. Αυτό σημαίνει ότι το ΓΝ Αργινίου, πέρα των διοικητικών ευθυνών, αποκτά ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της ζήτησης των α΄/βάθμιων και β΄/θμιων νοσοκομειακών υπηρεσιών στο σύνολο του νομού Αιτωλοακαρνανίας. Η αυξημένη αυτή ευθύνη προφανώς μεταφέρεται στο προσωπικό του ΓΝ Αργινίου, με πιθανή αύξηση του φόρτου εργασίας και κυρίως αύξηση της ευθύνης διαχείρισης των περιστατικών, σε μια περιοχή ευθύνης με μεγάλο πληθυσμό, ιδιαίτερα γεωγραφικά χαρακτηριστικά και ιδιαίτερα μεγάλη γεωγραφική έκταση (ο νομός Αιτωλοακαρνανίας είναι από τους μεγαλύτερους σε έκταση νομούς της Ελλάδας).

4.2 Δομή και οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Οργανωτικά το ΓΝ Αργινίου και πλέον ειδικά, η Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι δομημένη στα πλαίσια ενός τυπικού, μεσαίου μεγέθους, ελληνικού γενικού νοσοκομείου, που διαμορφώνεται στη βάση των προβλέψεων του Ν.1397/83 και του πρόσφατα εκδοθέντος νέου Οργανισμού του ΓΝ Αργινίου(Υ4α/οικ.120933 (ΦΕΚ 3481/2012)).

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία, αποτελεί μια από τις τρεις Διευθύνσεις που διαθέτει το νοσοκομείο, που από άποψη οργανωτικής δομής ακολουθεί αυτή της Διεύθυνσης Ιατρικής Υπηρεσίας. Έτσι :



Σχεδ. 2. Οργανόγραμμα τα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Ν Αग्रινίου (Υ4α/οικ.120933 (ΦΕΚ 3481/2012))

- σε κάθε Ιατρικό τομέα (Παθολογικό, Χειρουργικό, Εργαστηριακό) αντιστοιχεί ένας Νοσηλευτικός Τομέας, που λειτουργεί σε επίπεδο Υποδιεύθυνσης.
- κάθε Νοσηλευτικός Τομέας, διαθέτει νοσηλευτικά Τμήματα, ως εξής:
 - 1^{ος} Νοσηλευτικός Τομέας (Παθολογικός) διαθέτει τέσσερα (4) Νοσηλευτικά Τμήματα
 - 2^{ος} Νοσηλευτικός Τομέας (Χειρουργικός) διαθέτει τέσσερα (4) Νοσηλευτικά Τμήματα
 - 3^{ος} Νοσηλευτικός Τομέας διαθέτει τέσσερα (4) Νοσηλευτικά Τμήματα, που καλύπτουν τον Εργαστηριακό Τομέα, τα ΤΕΙ και τα Διατομεακά Τμήματα

Συγκρίνοντας τα τρέχοντα οργανωτικά χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αγρινίου (Οργανισμός 2012), με αυτά του προηγούμενου Οργανισμού (1986) προκύπτει σημαντική μείωση του αριθμού των Νοσηλευτικών Τμημάτων ανά Τομέα (στο Παθολογικό Τομέα τα Τμήματα από έξι (6) μειώνονται σε τέσσερα (4), ενώ στο Χειρουργικό Τομέα από οκτώ (8) μειώνονται σε τέσσερα (4)). Η συρρίκνωση του αριθμού των Νοσηλευτικών Τμημάτων, σε πρώτη εκτίμηση, φαίνεται να αυξάνει την ευελιξία των τομέων στη διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού (μικρότερος αριθμός προϊσταμένων/κέντρων εξουσίας), ταυτόχρονα όμως φαίνεται ότι αυξάνεται το πεδίο νοσηλευτικής κάλυψης κάθε νοσηλευτικού τμήματος (αφού κάθε νοσηλευτικό τμήμα καλείται να καλύψει περισσότερα από ένα ιατρικά κλινικά τμήματα). Στη βάση των παραπάνω φαίνεται ότι η νέα δομή διευκολύνει σε επίπεδο διοίκησης, επιβαρύνοντας όμως τις υποχρεώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, που καλείται να καλύψει περισσότερες από μια ιατρικές ειδικότητες και αντίστοιχα περιστατικά.

Τέλος, να επισημανθεί ότι και στο νέο Οργανισμό του νοσοκομείου, δεν υπάρχει πρόβλεψη για Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του νοσοκομείου και κατά συνέπεια δεν υπάρχει αναφορά σε καθηκοντολόγιο ανά ειδικότητα και ειδικότερα ανά

νοσηλευτική κατηγορία, ειδικότητα και βαθμίδα. Σε επίπεδο άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων, η έλλειψη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Αργινίου, συνεχίζει να παρέχει τις νοσηλευτικές του υπηρεσίες, σε ένα εργασιακό περιβάλλον σύγχυσης και πιθανών εργασιακών συγκρούσεων, όπως συνέβαινε και στο παρελθόν, που ίσχυαν οι προηγούμενοι Οργανισμοί των νοσοκομείων.

4.3 Στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Σύμφωνα με τον νέο οργανισμό του ΓΝ Αργινίου (Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.120933 Οργανισμός του Γενικό Νοσοκομείου Αργινίου” ΦΕΚ 3481/Β/31-12-2012), άρθρο 14, υπάρχει πρόβλεψη για τετρακόσιες σαράντα (448) οργανικές

Πίνακας 1 . Κατανομή προσωπικού στο ΓΝ Αργινίου (έτος 2013)

Υπηρεσία	Ιατρική Υπηρεσία	Νοσηλευτική Υπηρεσία	Διοικητική Υπηρεσία	Σύνολο
Βαθμίδα	Οργανικές θέσεις	Οργανικές θέσεις	Οργανικές θέσεις	Οργανικές θέσεις
ΠΕ	93	3 (1,5%)	4	100(22,3%)
ΤΕ	24	93 (45,1%)	12	129(28,8%)
ΔΕ	15	80 (38,8%)	57	152(33,9%)
ΥΕ	-	30 (14,6%)	37	67 (15%)
Σύνολο	132(29,5%)	206 (46%)	110 (24,5%)	448

Πηγή: Οργανισμός του Γ Ν Αργινίου Υ4α/οικ.120933 ΦΕΚ 3481/Β/31-12-2012

θέσεις, από τις οποίες το 29,5% (132 θέσεις) αναλογούν συνολικά στην Ιατρική Υπηρεσία, το 46% (206 θέσεις) αναλογούν στη Νοσηλευτική Υπηρεσία και το υπόλοιπο 24,5% (110) αφορά την κάλυψη των αναγκών της Διοικητικής

Υπηρεσίας (βλέπε και πίνακα 1).

Ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των οργανικών θέσεων παρατηρείται ότι το 22,3% των οργανικών θέσεων είναι βαθμίδας ΠΕ, το 28,8% βαθμίδας ΤΕ, το 33,9% βαθμίδας ΔΕ και τέλος το υπόλοιπο 15% είναι βαθμίδας ΥΕ. Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η εικόνα που δίνεται, ότι δηλαδή το 22,3% των οργανικών θέσεων

είναι βαθμίδας ΠΕ, δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα σε σχέση με την κατανομή των θέσεων αυτών στις τρεις υπηρεσίες, αφού απ' αυτές τις θέσεις οι 93 (93%) κατανέμονται υποχρεωτικά στην Ιατρική Υπηρεσία και μόλις οι 7 (το 7%) των οργανικών θέσεων βαθμίδας ΠΕ κατανέμονται στις άλλες δύο υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Ουσιαστικά, αξιολογώντας τις διαθέσιμες οργανικές θέσεις κατά υπηρεσία και βαθμίδα (βλέπε πίνακα 1), διαπιστώνεται τεράστια διαφοροποίηση στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των οργανικών θέσεων μεταξύ των υπηρεσιών, ιδιαίτερα στο πεδίο της **Νοσηλευτικής Υπηρεσίας**. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, μόλις το 1,5% των προβλεπόμενων θέσεων είναι κατηγορίας ΠΕ, και το 45,1% ΤΕ, ενώ το υπόλοιπο 53,4% των οργανικών θέσεων είναι κατηγορίας ΔΕ και ΥΕ. Αυτό σημαίνει ότι το βάρος των Νοσηλευτικών υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν, όταν το νοσοκομείο βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία, επιφορτίζεται μόλις το 46,6% του προβλεπόμενου προσωπικού (ΠΕ και ΤΕ), αν ληφθεί υπόψη ότι οι οργανικές θέσεις ΔΕ και ΥΕ λειτουργούν βοηθητικά στη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Στη λογική αυτή η επιφόρτιση των ευθυνών λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο 46,6% του προβλεπόμενου προσωπικού, ασφαλώς δημιουργεί πίεση, stress, εξουθένωση στο προσωπικό της κατηγορίας αυτής. Στη νοσοκομειακή πρακτική η αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού επιχειρείται να λυθεί χρησιμοποιώντας και το νοσηλευτικό προσωπικό κατηγορίας ΔΕ σε ρόλο παροχέα κύριων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό από μόνο του λειτουργεί συγχυτικά στις σχέσεις εργασίας μεταξύ των νοσηλευτών ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ, λαμβάνοντας υπόψη και την έλλειψη καθηκοντολογίου.

Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι στο "καλάθι" των νοσηλευτικών υπηρεσιών, εκτός των άλλων περιλαμβάνονται οι απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες, οι λογισμικοποίηση των νοσηλευτικών διαδικασιών, η εφαρμογή νέων τεχνικών νοσηλευτικής φροντίδας, η επικοινωνιακή διαχείριση των νοσηλευόμενων και των συνοδών τους και άλλες υπηρεσίες (βλέπε άρθρο 10 του Οργανισμού), που για την

επιτυχή εφαρμογή τους χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό με υψηλό δείκτη γνώσεων, που προφανώς δεν διαθέτει το προσωπικό των βαθμίδων ΔΕ και ΥΕ. Συνεπώς, τον κύριο όγκο των νοσηλευτικών υπηρεσιών καλείται να καλύψει το 44% του νοσηλευτικού προσωπικού με προσόντα ΠΕ και ΤΕ.

Βέβαια, να σημειωθεί, ότι οι παραπάνω αναλογίες του νοσηλευτικού προσωπικού κατά βαθμίδα και ειδικότητα στο ΓΝ Αργινίου, έχουν την έγκριση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), και οι αναλογίες αυτές κατά βαθμίδα και κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού, ισχύουν και εφαρμόζονται στο σύνολο των οργανισμών των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων (1397/83, άρθρο 2, 10 παρ. 4 και λοιποί νόμοι). Συνεπώς το πρόβλημα της ποιοτικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού και τα προαναφερθέντα προβλήματα συναντώνται στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων και όχι αποκλειστικά και μόνο στο ΓΝ Αργινίου.

Επιπλέον από τα δεδομένα του νέου Οργανισμού και σε σχέση με τις διαθέσιμες οργανικές θέσεις στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου προκύπτει ότι εκτός των τεσσάρων κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ), έχει στη διάθεσή της οργανικές θέσεις :

- έξι (6) κλάδων

ΠΕ Νοσηλευτικής
ΤΕ Νοσηλευτικής
ΤΕ Επισκεπτών-τριών Υγείας
ΤΕ Μαιευτικής
ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτικής
ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού

- και εννέα (9) ειδικοτήτων

Νοσηλεύτη-τριας
Αδελφής Νοσηλεύτριας
Επισκέπτη-τριας Υγείας
Μαίας
Νοσοκόμου
Βοηθών Θαλάμων
Μεταφορέων Ασθενών

Νεκροτόμων-Σαβανωτών-Αποτεφρωτών

Εξετάζοντας το ζήτημα της πληρότητας των οργανικών νοσηλευτικών θέσεων κατά κατηγορία προσωπικού (βλέπε πιν. 2) προκύπτουν εντελώς διάφορα αποτελέσματα, που θα πρέπει αφενός να αναδειχτούν και αφετέρου να συνυπολογιστούν στα πλαίσια της έλλειψης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι κατά κύριο λόγο μόνο στη κατηγορία ΤΕ Νοσηλευτών και ΤΕ Μαιών παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά πληρότητας (86% και 84% αντίστοιχα) και δευτερευόντως στη κατηγορία των ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων (76%). Στον αντίποδα υπάρχουν κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού σε πλήρη έλλειψη (ΠΕ Νοσηλευτών με 0% πληρότητα) ή με ελάχιστη κάλυψη (ΥΕ

Πίν. 2. Κατανομή του Νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αργινίου, οργανικών και πληρούμενων θέσεων (Σεπτέμβριος, 2013)

Βαθμίδα & Ειδικότητα	Οργανικές θέσεις	Πληρούμενες θέσεις	Κενές οργανικές θέσεις	Ποσοστά πληρότητας	Ποσοστά κενών οργανικών θέσεων
Π.Ε. Νοσηλευτών	3	0	3	0%	100%
Τ.Ε. Νοσηλευτών	75	65	10	86%	14%
Τ.Ε. Μαιών	13	11	2	84%	16%
Τ.Ε. Επισκεπτών Υγείας	5	5	0	100%	0%
Δ.Ε. Αδελφών Νοσοκόμων	80	61	19	76%	24%
Υ.Ε. Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού	30	29	1	96%	4%
ΣΥΝΟΛΟ	206	171	35	83%	17%

Πηγή : Τμήμα Προσωπικού και Οργανισμός του ΓΝ Αργινίου (Υ4α/οικ.120933, ΦΕΚ 3481/Β/31-12-2012)

Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού με 96% πληρότητα) ή με πλήρη κάλυψη (Τ.Ε. Επισκεπτών Υγείας με 100% κάλυψη).

Σε επίπεδο εφαρμογής και από σχετική έρευνα των εβδομαδιαίων νοσηλευτικών προγραμμάτων, προκύπτει ότι στο ΓΝ Αργινίου η έλλειψη συγκεκριμένων κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού επιχειρείται να καλυφθεί είτε με την ανάθεση άσκησης αλλότριων καθηκόντων από μέρους άλλων νοσηλευτικών κατηγοριών (ΔΕ ή ΤΕ) είτε με την καθημερινή υπολειτουργία συγκεκριμένων υπηρεσιών είτε συνδυασμός και των δύο παραπάνω.

Ειδικότερα στη περίπτωση του **Βοηθητικού Νοσηλευτικού Προσωπικού**, η διαχείριση των ελλείψεων στην ειδικότητα του Βοηθού Θαλάμου πραγματοποιείται στη λογική, βοηθός θαλάμου να υπάρχει διαθέσιμος μόνο στη πρωινή βάρδια τις εργάσιμες ημέρες, (μία βοηθός θαλάμου στο Χειρουργικό και μία στο Παθολογικό Νοσηλευτικό τμήμα), ενώ στις υπόλοιπες βάρδιες και ημέρες του χρόνου το νοσοκομείο δεν διαθέτει βοηθητικό προσωπικό και τα καθήκοντα βοηθού θαλάμου ασκούν οι νοσηλεύτριες βάρδιας των τμημάτων. Παρόμοια, στη περίπτωση των ελλείψεων σε **Μεταφορείς Ασθενών** (τραυματιοφορέων) η διαχείριση πραγματοποιείται στη λογική δύο ή ένας τραυματιοφορέας να καλύπτουν το σύνολο των αναγκών του νοσοκομείου τις πρωινές βάρδιες, τις εργάσιμες ημέρες, ενώ τον υπόλοιπο χρόνο το νοσοκομείο να καλύπτεται από έναν τραυματιοφορέα. Η έλλειψη τραυματιοφορέων έχει ως αποτέλεσμα οι διακομιδές περιστατικών με ασθενοφόρο συνήθως να πραγματοποιούνται χωρίς τη συνδρομή εξειδικευμένου προσωπικού και μόνον από το οδηγό του ασθενοφόρου και τους οικείους ή περαστικούς στο συμβάν πολίτες. Στη περίπτωση που ο τραυματιοφορέας συνοδεύσει ασθενοφόρο, το νοσοκομείο μένει χωρίς κάλυψη τραυματιοφορέα και τα καθήκοντά του ασκούν συνήθως οι νοσηλευτές βάρδιας.

Συμπερασματικά, και έχοντας υπόψη τον νέο ρόλο που έχει αναλάβει το ΓΝ Αγρινίου στο νομό Αιτωλοακαρνανίας (νοσοκομείο συντονιστής), που ουσιαστικά αυξάνει την ανάγκη παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών, και προκειμένου να λειτουργήσουν τα επιμέρους νοσηλευτικά τμήματα και κλινικές μονάδες στο νοσοκομείο του Αγρινίου με την ελάχιστη νοσηλευτική σύνθεση, θα πρέπει κάποιες άλλες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού να επιφορτίζονται την άσκηση αλλότριων καθηκόντων. Ειδικότερα στη περίπτωση των ΠΕ Νοσηλευτών όπου ή έλλειψη είναι πλήρης, προφανώς η πιο εξειδικευμένη φροντίδα θα ανατίθεται σε άλλες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού χαμηλότερου επιπέδου από άποψη εκπαίδευσης. Παρόμοια, στη περίπτωση του Βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού οι ελλείψεις σε

βοηθούς θαλάμων και μεταφορέων ασθενών θα καλύπτονται είτε με την χρησιμοποίηση άλλων κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού είτε με την υπολειτουργία των βοηθητικών νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Βεβαίως εκτός από τα ζητήματα νομιμότητας από την ανάθεση αλλότριων καθηκόντων, λόγω έλλειψης προσωπικού και καθηκοντολογίου, η επικάλυψη καθηκόντων φαίνεται να επηρεάζει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο, αφού σύμφωνα με μελέτες σε άλλα νοσοκομεία, στατιστικά οδηγεί συνολικά το προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου σε διαδικασίες σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, με ποικίλες επιπτώσεις σε επίπεδο επικοινωνίας με τους ασθενείς, αλλά και υποβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Διλιντάς Α., 2010).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, με την διαδικασία της μελέτης περίπτωσης, επιχειρείται η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων πάνω στην ποιοτική απόδοση αλλά και την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αργινίου από την έλλειψη καθηκοντολογίου, σε συνδυασμό με τις παρατηρούμενες ελλείψεις σε επιμέρους κατηγορίες και ειδικότητες νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και τις επιχειρούμενες από μέρος της διοίκησης αναγκαστικές αναθέσεις αλλότριων καθηκόντων στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κεφάλαιο 5. Μελέτη περίπτωσης στο ΓΝ Αργινίου σχετικά με τις επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί επιχειρείται η διερεύνηση αφενός των πιθανών επιπτώσεων από την έλλειψη καθηκοντολογίου στη λειτουργικότητα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝ Αργινίου και αφετέρου η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων στο επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού

5.1 Υλικό και Μέθοδος

Στα πλαίσια της έρευνας που θα ακολουθήσει και στη λογική ότι η έλλειψη καθηκοντολογίου και ενιαίου συστήματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης πιθανόν να δημιουργούν συνθήκες σύγχυσης και σύγκρουσης καθηκόντων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου, τέθηκαν για διερεύνηση οι παρακάτω τρεις στόχοι α) αν και σε ποιο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Αργινίου έχει τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ καθηκοντολογίου και επαγγελματικών δικαιωμάτων, β) τη διερεύνηση της γνώσης των νοσηλευτών για τα όρια των αρμοδιοτήτων των επιμέρους κατηγοριών νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) για συγκεκριμένες νοσηλευτικές δραστηριότητες και γ) τον εντοπισμό πιθανών φαινομένων σύγχυσης και σύγκρουσης καθηκόντων εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου.

Για την άντληση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου (ανώνυμου), που συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους εργαζόμενους της νοσηλευτικής υπηρεσίας (βλέπε Παράρτημα). Για την συλλογή των δεδομένων και την διεξαγωγή αυτής της έρευνας μέσα στο χώρο του ΓΝ Αργινίου, εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη άδεια από την 6^η ΥΠΕ (Αρ. Πρωτ.: 20723/2012).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη γι' αυτό δεν επιλέχτηκε η μέθοδος της συνέντευξης «πρόσωπο με πρόσωπο» αλλά της ατομικής διανομής σε κάθε συμμετέχοντα, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η ειλικρινής αποτύπωση των απαντήσεων, ενώ η επεξεργασία των πληροφοριών έγινε με την βοήθεια του προγράμματος Microsoft Office και συγκεκριμένα των Υπολογιστικών Φύλλων (Microsoft Office Excel 2003).

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στο χρονικό διάστημα μεταξύ 16-09-2013 και 14-10-2013. Επισκέψεις για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια της πρωινής και της απογευματινής βάρδιας στη διάρκεια όλων των εργάσιμων ημερών της εβδομάδας.

Η έρευνα ήταν απογραφική, δηλαδή δόθηκαν ερωτηματολόγια για συμπλήρωση στο σύνολο (171) των εργαζόμενων νοσηλευτών. Επεστράφησαν συμπληρωμένα 95 ερωτηματολόγια, δηλαδή το ποσοστό της συμμετοχής έφτασε στο 55,6% των εργαζόμενων στην Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αγρινίου(βλέπε αναλυτικότερα πίν. 3).

Πίν. 3. Κατανομή συμμετεχόντων στην έρευνα, από το Νοσηλευτικό προσωπικό, στο ΓΝ Αγρινίου, κατά επίπεδο εκπαίδευσης

Κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα (N)	Ποσοστό Συμμετοχής (%)
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	--	--
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ Μαιών & ΤΕ Επισκεπτών Υγείας)	42	44,2%
Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	30	31,6%
ΥΕ Βοηθ. Υγειον. Προσωπικού (Βοηθοί Νοσηλευτές & Τραυματιοφορείς)	23	24,2%
Σύνολο Συμμετοχής	95	100%

Το ερωτηματολόγιο, έχει συνταχθεί και χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες σχετικής μεταπτυχιακής εργασίας (Αλεξοπούλου, 2010), και επιτράπη η χρησιμοποίησής του

από την συντάκτρια της εργασίας. Η χρησιμοποίηση του ιδίου ερωτηματολογίου εκτός των άλλων, δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας (ΓΝ Αγρινίου), με τα αποτελέσματα της παλιότερης έρευνας στο ΓΝ-ΚΥ Κυπαρισσίας.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις, κατανεμημένες σε επιμέρους ενότητες. Ειδικότερα :

- στην ενότητα **Γενικές Πληροφορίες** περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν σχετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, βαθμίδα, χρόνια προϋπηρεσίας).
- στην ενότητα **Γνώσεις για το Καθηκοντολόγιο** περιλαμβάνονται πέντε (5) ερωτήσεις (#1,2,3,4,9) που στόχο έχουν να διερευνήσουν το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αγρινίου για την χρησιμότητα της ύπαρξης καθηκοντολογίου στην καθημερινότητα της λειτουργίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Από τις απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις επιχειρείται η αποτύπωση του βαθμού γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού (όλων των βαθμίδων) για το τι ορίζεται ως καθηκοντολόγιο, αν υπάρχει νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο σε εφαρμογή στα νοσοκομεία σήμερα, τι θα έπρεπε να περιλαμβάνει και τι θα έπρεπε να διασφαλίζει.
- στην ενότητα **Σύγκρουση Καθηκόντων** περιλαμβάνονται έξι (6) ερωτήσεις (#5,6,7,8,10,11) που στόχο έχουν την αναζήτηση των πηγών και των αιτιών πιθανών προκλήσεων σύγκρουσης καθηκόντων και των συνεπειών της σύγκρουσης, στη διάρκεια της άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων τους. Αναζητούνται οι πιθανές πηγές πρόκλησης σύγκρουσης καθηκόντων (γιατροί, νοσηλευτές χαμηλότερης ή υψηλότερης βαθμίδας ;), ο προσδιορισμός των χώρων ανάπτυξης συγκρούσεων (ο θάλαμος νοσηλείας κάπου αλλού ;), ο προσδιορισμός των προσόντων των νοσηλευτών που εμπλέκονται σε συμβάντα εργασιακής σύγκρουσης (μεταξύ ομοιόβαθμων νοσηλευτών, διαφορετικών ειδικοτήτων, μεταξύ Προϊσταμένων ;) και τέλος ο προσδιορισμός των κυριότερων αιτιών σύγκρουσης καθηκόντων (π.χ. αιμοληψίες κάτι άλλο ;).

- στην ενότητα **Νοσηλευτικές Πράξεις** περιλαμβάνεται η ερώτηση #12 (με 20 υπο-ερωτήματα), που στόχο έχει να αξιολογήσει/μετρήσει την ικανότητα των επιμέρους βαθμίδων νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αγρινίου για το ποιας νοσηλευτικής βαθμίδας υποχρέωση είναι η εκτέλεση 20 επιμέρους νοσηλευτικών πράξεων. Οι είκοσι (20) νοσηλευτικές πράξεις έχουν επιλεγεί τυχαία από έναν πίνακα νοσηλευτικών πράξεων που περιλαμβάνεται σε εισήγηση της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ), με τίτλο “Εισήγηση Σχεδίου Καταγραφής Νοσηλευτικών Πράξεων”, στο Υπουργείο Υγείας, που σύμφωνα με την ΕΝΕ είναι νοσηλευτικές πράξεις που εντάσσονται στα καθήκοντα των πτυχιούχων νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ). Από τις απαντήσεις που θα δοθούν στις ερωτήσεις της ενότητας αυτής, θα επιχειρηθεί να μετρηθεί ο βαθμός σύγχυσης των επιμέρους βαθμίδων νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με την αρμοδιότητα εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων, που όμως σύμφωνα με το ανώτατο συνδικαλιστικό νοσηλευτικό όργανο (ΕΝΕ), εντάσσονται στο καθηκοντολόγιο των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών.

5.2 Αποτελέσματα Έρευνας

5.2.1 Γενικά Χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 55,6% (95/171 εργαζόμενους) του νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝ Αγρινίου συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο και απ’ αυτούς το 75,8% (72) ήταν γυναίκες και το 24,2% (23) άνδρες. Το 44,2% (42) αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι κατηγορίας εκπαίδευσης ΤΕ, το 31,6% (30) είναι ΔΕ και το 24,2% (23) ανήκουν στην κατηγορία ΥΕ (Βοηθοί Νοσηλευτών, Τραυματιοφορείς). Τέλος, στη βάση των χρόνων προϋπηρεσίας, το 42,1% (40) έχει εργασιακή εμπειρία πάνω από 20+ χρόνια, το 36,8% (35) έχει εργασιακή εμπειρία μεταξύ 11 και 20 χρόνια, ενώ το 21,1% (20) έχει εργασιακή εμπειρία μέχρι 10 χρόνια.

Σε σχέση με την κατανομή κατά φύλο τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα, αφού το γυναικείο φύλο κυριαρχεί στο νοσηλευτικό τομέα στο υγειονομικό σύστημα παγκόσμια.

Ενδιαφέρον φαίνεται να έχει η κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης, αφού :

- λόγω έλλειψης Νοσηλευτικού προσωπικού ΠΕ στο ΓΝ Αγρινίου, στην έρευνα δεν συμμετέχει νοσηλεύτης ΠΕ και κατά συνέπεια στα ευρήματα της έρευνας δεν θα υπάρχουν και οι θέσεις/απόψεις των ΠΕ νοσηλευτών και
- η ποσοστιαία κατανομή αυτών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, κατά βαθμίδα εκπαίδευσης, είναι σχεδόν η ίδια με την ποσοστιαία κατανομή κατά βαθμίδα εκπαίδευσης στο σύνολο των εργαζόμενων στην Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αγρινίου, δηλαδή το δείγμα φαίνεται να είναι αντιπροσωπευτικό της πραγματικότητας που υπάρχει στο ΓΝ Αγρινίου

Τέλος, το δείγμα των συμμετεχόντων στην έρευνα φαίνεται να εντάσσεται στη κατηγορία των έμπειρων νοσηλευτών (το 78,9% των συμμετεχόντων με 10+ χρόνια εμπειρίας) και μόλις το 21,1% των συμμετεχόντων να διαθέτει μικρή σχετικά νοσηλευτική εμπειρία (λιγότερο από 10 χρόνια). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να έχει διπλή ερμηνεία. Το έμπειρο προσωπικό μέσα από την πολύχρονη εμπειρία του, θα μπορούσε να εκφράσει απόλυτα την υπάρχουσα πραγματικότητα στον χώρο εργασίας τους (σύγκρουση και σύγχυση καθηκόντων λόγω έλλειψης καθηκοντολογίου). Ταυτόχρονα ένα σώμα νοσηλευτών που μόλις το 20% εντάσσεται στην κατηγορία του νέου προσωπικού, πιθανόν να σημαίνει, ότι το ΓΝ Αγρινίου λειτουργεί με έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και ταυτόχρονα με “κουρασμένο” ή “καμμένο” νοσηλευτικό προσωπικό. Πάντως, στην περίπτωση της παρούσης έρευνας το έμπειρο προσωπικό μάλλον αποτελεί θετικό χαρακτηριστικό, αφού το έμπειρο προσωπικό, με συσσωρευμένη πείρα θα αποτυπώσει με τον καλύτερο τρόπο το εργασιακό

περιβάλλον στο χώρο της νοσηλείας του ΓΝ Αργινίου, που είναι και το ζητούμενο της έρευνας.

5.2.2 Γνώσεις για το καθηκοντολόγιο

Όπως έχει επισημανθεί προηγούμενα, με τις ερωτήσεις 1,2,3,4 και 9 επιχειρείται να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πώς εννοούν το καθηκοντολόγιο, αν έχουν αντιληφθεί την έλλειψή του και αν το έχουν αναζητήσει στη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων τους.

Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι :

Σε σχέση με το τι εννοούν ως καθηκοντολόγιο οι νοσηλευτές του ΓΝ Αργινίου και

Πίνακας 4 . Ερώτηση 3, “Για εσάς το καθηκοντολόγιο...” (μία επιλογή):

	Ποσότητα (N)	Ποσοστό (%)
οριοθετεί τις υποχρεώσεις του εργαζόμενου απέναντι στην επιχείρηση	10	10,5
οριοθετεί τα επαγγελματικά δικαιώματα του εργαζόμενου σε σχέση με τη θέση που κατέχει	42	44,2
είναι σύστημα γραπτών εντολών εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου	9	9,5
είναι ένα σύστημα προστασίας των επαγγελματικών δικαιωμάτων του νοσηλευτή	31	32,6
Δεν γνωρίζω	3	3,2
Σύνολο	95	100

σύμφωνα με τις απαντήσεις στο ερώτημα #3 (βλέπε πίν. 4) προκύπτει ότι το 76,8% των ερωτηθέντων νοσηλευτών θεωρούν ότι “το καθηκοντολόγιο” οριοθετεί είτε τα

επαγγελματικά δικαιώματα των εργαζόμενων (44,2%) είτε ότι είναι ένα σύστημα προστασίας των επαγγελματικών δικαιωμάτων του νοσηλευτή (32,6%). Αντίθετα, μόλις το 20% των ερωτηθέντων νοσηλευτών πιστεύουν ότι το καθηκοντολόγιο σχετίζεται με την οριοθέτηση των υποχρεώσεων των εργαζόμενων στις θέσεις εργασίας που κατέχουν (οριοθετεί τις υποχρεώσεις του εργαζόμενου απέναντι στην επιχείρηση 10,5% και είναι σύστημα γραπτών εντολών εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου 9,5%).

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των απαντήσεων στο ερώτημα #9 (βλέπε πίν. 5). Σύμφωνα με τις απαντήσεις, και δίνοντας δυνατότητα τριών επιλογών απάντησης,

οι νοσηλευτές ως πρώτη επιλογή/απάντηση και σε ποσοστό που φθάνει το 78,9% θεωρούν ότι το καθηκοντολόγιο σχετίζεται με τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών (“περιλαμβάνει τα επαγγελματικά δικαιώματα των εργαζόμενων” είναι η πρώτη επιλογή για το 32,6% των ερωτηθέντων, ενώ το 46,3%

Πίνακας 5. Ερώτηση 9, “Κατά την άποψή σας το καθηκοντολόγιο θα πρέπει να :

(μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3)”

	1 ^η επιλογή	2 ^η επιλογή	3 ^η επιλογή	Σύνολο
περιλαμβάνει τα επαγγελματικά δικαιώματα των εργαζόμενων	32 (32,6%)	35 (36,8%)	28 (29,5%)	95
ορίζει το πως, που, πότε και με τι μέσο θα εκτελείται η εργασία	20 (21,1%)	51 (53,7%)	24 (25,3%)	95
διαχωρίζει τα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών δικαιωμάτων μεταξύ των ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτών από το υπόλοιπο προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	43 (45,3%)	9 (9,5%)	43 (45,3%)	95
Σύνολο	95	95	95	285

των ερωτηθέντων ως πρώτη επιλογή έχουν ότι το ερωτηματολόγιο “...διαχωρίζει τα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών δικαιωμάτων μεταξύ των ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτών”),

Τα ερωτήματα #3 και #9 έχουν παρόμοιο σκοπό, δηλαδή να διευκρινιστεί πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές του ΓΝ Αγρινίου το “καθηκοντολόγιο”. Οι απαντήσεις και στα δύο ερωτήματα είναι σχετικά όμοια και επιβεβαιώνουν τα ευρήματα και σε άλλες μελέτες/έρευνες, ότι δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό έχει λανθασμένη άποψη για το “τι είναι καθηκοντολόγιο”, αφού μόλις το 20% περίπου των ερωτηθέντων απάντησαν αυτό που η διοικητική επιστήμη ορίζει ως καθηκοντολόγιο, δηλαδή ότι είναι “σύστημα γραπτών εντολών εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου” (βλέπε κεφ. 3).

Οι απαντήσεις των ερωτημάτων #1,2 και 4 σχετίζονται με την διερεύνηση του βαθμού ανάγκης χρήσης του καθηκοντολογίου από μέρους των νοσηλευτών στη διάρκεια της εργασίας τους στο νοσοκομειακό χώρο. Δηλαδή, οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα θα μας δείξουν το βαθμό χρησιμότητας που έχει το

καθηκοντολόγιο για τους νοσηλευτές, έστω και αν έχουν λανθασμένη άποψη για την σκοπιμότητα ύπαρξής του.

Ειδικότερα, στο ερώτημα #1 αν “Έχετε βρεθεί στην ανάγκη να συμβουλευτείτε το

Πίνακας 6 . Ερώτηση 1, “ Έχετε βρεθεί στην ανάγκη να συμβουλευτείτε το καθηκοντολόγιο που αντιστοιχεί στη νοσηλευτική κατηγορία σας;”

	Ποσότητα N)	Ποσοστό (%)
Πολύ συχνά	8	8,4
Συχνά	27	28,4
Ελάχιστες φορές	37	33,7
Ποτέ	28	29,5
Σύνολο	95	100

καθηκοντολόγιο που αντιστοιχεί στη νοσηλευτική κατηγορία σας;” , προέκυψε ότι το 36,8% των νοσηλευτών απάντησαν ότι “συχνά ή πολύ συχνά” έχουν βρεθεί στην ανάγκη να θέλουν να συμβουλευτούν το καθηκοντολόγιό τους. Αντίθετα, το 29,5% φαίνεται να μην έχει χρειαστεί να αναζητήσει το καθηκοντολόγιο, ενώ

το 33,7% το έχει αναζητήσει ελάχιστες φορές. Τα παραπάνω ευρήματα (βλέπε και πίν. 6) μας επισημαίνουν ότι ένα σημαντικό τμήμα (τουλάχιστον το 1/3) των εργαζόμενων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αγρινίου, αναζητά “συχνά” ή “πολύ συχνά” το καθηκοντολόγιο στα πλαίσια της “ ανάγκης” για την επίλυση διαφορών στη διάρκεια της άσκησης των εργασιακών τους καθηκόντων.

Πίνακας 7 . Ερώτηση 2, “Αν ναι, συνήθως ..” (μία επιλογή)

	Ποσότητα (N)	Ποσοστό (%)
Το έχετε διαθέσιμο στο προσωπικό σας αρχείο	0	0
Το ζητάτε από την προϊσταμένη σας	15	22,4
Το ζητάτε από το Γραφείο Προσωπικού	15	22,4
Το αναζητάτε ηλεκτρονικά από τον συνδικαλιστικό σας φορέα	37	55,2
Σύνολο	67	100

Οι απαντήσεις στο ερώτημα #2 σχετίζονται άμεσα με τα ευρήματα της προηγούμενης ερώτησης (#1), αφού ζητείται από τους νοσηλευτές που αναζητούν το καθηκοντολόγιο, τις πηγές στις οποίες απευθύνονται για να το βρουν και το συμβουλευτούν.

Από τα αποτελέσματα (βλέπε πίνακα 7) φαίνεται ότι κύρια πηγή αναζήτησης του καθηκοντολογίου είναι το συνδικαλιστικό τους όργανο (55,2%) και ακολουθούν οι

πηγές “Γραφείο Προσωπικού” και “η Προϊσταμένη” με 22,4%, ενώ κανένας δεν διαθέτει το καθηκοντολόγιό του στο προσωπικό του αρχείο/φάκελο. Τα παραπάνω αποτελέσματα αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Αφού δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο, για οποιαδήποτε νοσηλευτική κατηγορία, λογικό είναι οι νοσηλευτές να μην διαθέτουν καθηκοντολόγιο και για αυτό ακριβώς το λόγο το αναζητούν κυρίως από τον συνδικαλιστικό τους φορέα (και δευτερευόντως από την Προϊσταμένη τους ή το Γραφείο Προσωπικού).

Στην προσπάθεια να διερευνηθεί η συχνότητα της αναζήτησης του

Πίνακας 8 . Ερώτηση 4. “Σημείωσε την πλέον πρόσφατη χρονική στιγμή (σε προσέγγιση έτους), που βρέθηκες στην ανάγκη να αναζητήσεις το καθηκοντολόγιο σου”

Έτη	Ποσότητα (N)	Ποσοστό (%)
2000	2	2,8
2001	2	2,8
2003	1	1,4
2005	3	4,2
2006	1	1,4
2008	2	2,8
2009	3	4,2
2010	9	12,7
2011	13	18,3
2012	10	14,1
2013	25	35,3
Σύνολο	71	100

ερωτηματολογίου από τους νοσηλευτές του ΓΝ Αγρινίου, στο χρόνο (2000-2013), χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση #4 και τα αποτελέσματα που προέκυψαν περιλαμβάνονται στον πίνακα 8 . Από τα ευρήματα φαίνεται ότι όσο πιο πρόσφατος ο χρόνος τόσο μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευτών δηλώνει ότι αναζήτησε το καθηκοντολόγιό του. Το αποτέλεσμα είναι ερμηνεύσιμο, αφού όσο πιο μακρύτερα είναι το εξεταζόμενο έτος τόσο μικρότερες

πιθανότητες υπάρχουν, ο νοσηλευτής να θυμάται το γεγονός της αναζήτησης του καθηκοντολογίου. Συνεπώς, χρήσιμο φαίνεται να είναι το εύρημα για το πλέον πρόσφατο εξεταζόμενο έτος (2013), όπου φαίνεται ότι 25 εργαζόμενοι (26,3% των συμμετεχόντων) βρέθηκαν στην ανάγκη να αναζητήσουν και συμβουλευτούν το καθηκοντολόγιό τους.

5.2.3 Σύγκρουση Καθηκόντων

Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται έξι (6) ερωτήσεις (#5,6,7,8,10,11) που στόχο έχουν την αναζήτηση των πηγών και των αιτιών πιθανών προκλήσεων σύγκρουσης

καθηκόντων και των συνεπειών της σύγκρουσης, στη διάρκεια της άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων τους, από την οπτική γωνία των νοσηλευτών.

Με τη βοήθεια της ερώτησης #5 και των αντίστοιχων απαντήσεων (βλέπε πίνακα 9), επιχειρείται ο προσδιορισμός των πιθανών πηγών πρόκλησης σύγκρουσης καθηκόντων μεταξύ των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων ή βαθμών προσωπικού του νοσοκομείου.

Πίνακας 9 . Ερώτηση 5, "Συνήθως αναγκάζεστε να ερευνήσετε το καθηκοντολόγιό σας όταν συνεργάζεστε με την παρακάτω ειδικότητα ή κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3) :

	1 ^η επιλογή	2η επιλογή	3η επιλογή	Σύνολο
τριμηνίτη ή αγροτικό γιατρό	4 (4,2%)	4 (4,2%)	11 (11,6%)	19 (6,7%)
ειδικευόμενο γιατρό	7 (7,4%)	14 (14,7%)	8 (8,4%)	29 (10,2%)
ειδικευμένο γιατρό	25 (26,3%)	14 (14,7%)	12 (12,6%)	51 (18%)
τον/την ομοιόβαθμο	13 (13,7%)	18 (18,9%)	28 (29,5%)	59 (20,8%)
συνάδελφο βάρδιας				
συνάδελφο νοσηλευτή με λιγότερα προσόντα	21 (22,1%)	30 (31,6%)	15 (15,8%)	66 (23,2%)
συνάδελφο νοσηλευτή με περισσότερα προσόντα	25 (26,3%)	14 (14,7%)	21 (22,1%)	60 (21,1%)
Σύνολο				284 (100%)

Έτσι, σύμφωνα με τα συγκεντρωτικά ευρήματα (βλέπε πίν. 9) φαίνεται ότι δύο είναι οι πηγές των συγκρούσεων α) το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό "ενδονοσηλευτικές συγκρούσεις" (65,1% των περιπτώσεων) και β) άλλες ειδικότητες εκτός νοσηλευτικής υπηρεσίας (34,9%).

Στη περίπτωση των ενδονοσηλευτικών συγκρούσεων, οι πηγές προέλευσης των συγκρούσεων φαίνεται ισοδύναμα να πηγάζουν είτε "με συνάδελφο νοσηλευτή με λιγότερα προσόντα" (23,2% των επιλογών) είτε "με συνάδελφο νοσηλευτή με περισσότερα προσόντα" (21,1%) είτε "με ομοιόβαθμο συνάδελφο βάρδιας" (20,8% των επιλογών). Οι γιατροί φαίνεται να αποτελούν την άλλη πηγή συγκρούσεων (34,9% των επιλογών) και κυρίως οι "ειδικευμένοι ιατροί" σε ποσοστό 26,3%. Πολύ χαμηλά ποσοστά εμφανίζουν ο "τριμηνίτης ή ο αγροτικός γιατρός" (4,2%) και οι "ειδικευόμενοι ιατροί" (7,4%).

Αξιολογώντας τα ευρήματα των “πηγών συγκρούσεων”, με την βοήθεια της ποιοτικής παραμέτρου “1^η επιλογή” (πίν. 10), παρατηρείται ότι πηγές συγκρούσεων “αιχμής” φαίνεται να είναι ο “ συνάδελφος νοσηλευτής με περισσότερα προσόντα”, ο “ειδικευμένος γιατρός” (με 26,3% ανά πηγή σύγκρουσης) και ο “συνάδελφος νοσηλευτής με λιγότερα προσόντα” (22,1%).

Με τη βοήθεια της ερώτησης #8 και των αντίστοιχων ευρημάτων (βλέπε πίν. 10) επιχειρήθηκε η διερεύνηση των πιθανών αιτιών/πηγών σύγκρουσης των

Πίνακας 10 . Ερώτηση 8, “ Πιστεύεις ότι η σύγκρουση καθηκόντων εκτός του καθηκοντολογίου οφείλεται βασικά (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3)”

	1 ^η επιλογή	2 ^η επιλογή	3 ^η επιλογή	Σύνολο
στα προσωπικά χαρακτηριστικά του συναδέλφου	13 (13,7%)	6 (6,3%)	19 (20%)	38 (13,3%)
στην έλλειψη προσωπικού	58 (61,1%)	17 (17,9%)	10 (10,5%)	85 (29,8%)
στις ιδιαιτερότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος	4 (4,2%)	34 (35,8%)	19 (20%)	57 (20%)
στις πολιτικές πεποιθήσεις των συναδέλφων	7 (7,4%)	18 (18,9%)	30 (31,6%)	55 (19,3%)
στο γεγονός ότι υπάρχουν πολλές κατηγορίες νοσ/κού προσωπικού	13 (13,7%)	20 (21,1%)	17 (17,9%)	50 (17,5%)
Σύνολο				285 (100%)

νοσηλευτών, στη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων τους, εκτός του καθηκοντολογίου. Φαίνεται, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες νοσηλευτές, ότι υπάρχει και μια σειρά άλλων πηγών σύγκρουσης στη διάρκεια της άσκησης των καθηκόντων τους, με κύρια πηγή την “έλλειψη προσωπικού”, (29,8% των επιλογών) και να ακολουθούν άλλες πηγές όπως :

- ιδιαιτερότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος, με 20% των επιλογών
- πολιτικές πεποιθήσεις των συναδέλφων, 19,3%
- η ύπαρξη πολλών κατηγοριών προσωπικού, με 17,5% και

- τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συναδέλφων, με 13,3%

Γενικότερα, η “έλλειψη προσωπικού” φαίνεται να κυριαρχεί στις λοιπές αιτίες συγκρούσεων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού με ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (61,1% των επιλογών) αποτελεί εκτός των άλλων και την πρώτη επιλογή ως πηγή σύγκρουσης μεταξύ των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Αναζητώντας τα αποτελέσματα των όποιων συγκρουσιακών καταστάσεων αναπτύσσονται στη διάρκεια της άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων, λόγο έλλειψης καθηκοντολογίου, χρησιμοποιήθηκε το ερώτημα #6, με ιδιαίτερα σημαντικά ευρήματα (βλέπε πίν. 11). Η προσωπική σύγκρουση μεταξύ του νοσηλευτή και του άλλου συναδέλφου (νοσηλευτή ή γιατρού) φαίνεται να αποτελεί την πρώτη παρενέργεια (28,7% στο σύνολο των επιλογών και 32,6% ως πρώτη επιλογή). Η καθυστέρηση στο χρόνο εκτέλεσης της νοσηλευτικής πράξης φαίνεται

Πίνακας 11. Ερώτηση 6, “Συνήθως η έλλειψη καθηκοντολογίου οδηγεί σε σύγκρουση καθηκόντων και έχει σαν αποτέλεσμα (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3)”

	1 ^η επιλογή	2 ^η επιλογή	3 ^η επιλογή	Σύνολο
να προκληθεί σύγχυση στο θάλαμο νοσηλείας	22 (23,2%)	13 (13,7%)	19 (20%)	54 (20,4%)
να συγκρουστείς προσωπικά με το συνάδελφό σου	31 (32,6%)	30 (31,6%)	25 (26,3%)	76 (28,7%)
να μην εκτελεστεί η νοσηλευτική πράξη στο χρόνο της	19 (20%)	34 (35,8%)	32 (33,7%)	75 (28,3%)
να αναγκαστεί ο κατώτερος στη βαθμίδα να εκτελέσει την εργασία	23 (24,2%)	18 (18,9%)	19 (20%)	60 (22,6%)
Σύνολο				265 (100%)

να αποτελεί το δεύτερο σε σειρά αξιολόγησης σύμπτωμα από τη σύγκρουση καθηκόντων λόγω έλλειψης καθηκοντολογίου (28,3% στο σύνολο των επιλογών και 20% ως πρώτη επιλογή). Ακολουθούν “ο εξαναγκασμός”, δηλαδή ο κατώτερος στη βαθμίδα νοσηλευτής να εκτελεί την νοσηλευτική πράξη (22,6% και 24,2% αντίστοιχα) και “η πρόκληση σύγχυσης στο θάλαμο νοσηλείας” (20,4% και 23,2% αντίστοιχα).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι εργασιακές συγκρούσεις, οδηγούν σε μια ποικιλία αντιδράσεων/συνεπειών. Πρώτη συνέπεια φαίνεται να είναι η προσωπική σύγκρουση και να ακολουθούν “ο εξαναγκασμός εκτέλεσης” και η “καθυστέρηση εκτέλεσης της νοσηλευτικής πράξης”. Και οι τρεις αυτές συνέπειες, ως αποτέλεσμα των εργασιακών συγκρούσεων, προφανώς έχουν τις επιδράσεις τους τόσο στις επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και σε σχέση με την ποιότητα του παραγόμενου νοσηλευτικού “προϊόντος”.

Με τη βοήθεια των απαντήσεων στο ερώτημα #10 (βλέπε πίν. 12), επιχειρείται να διερευνηθεί ο τρόπος διευθέτησης των αιτιών της σύγκρουσης, μετά τη λήξη του συμβάντος. Στο σύνολο των επιλεγέντων απαντήσεων φαίνεται ότι η αναζήτηση της συνδρομής της προϊσταμένης (31,6% των απαντήσεων) και η συζήτηση με τον συνάδελφο μετά την εκτέλεση της πράξης (29,1% των απαντήσεων) αποτελούν τις συνηθισμένες μεθόδους επίλυσης των περιπτώσεων σύγχυσης καθηκόντων. Άλλες μέθοδοι είναι η αναζήτηση βοήθειας από μέρους του Σωματίου των Εργαζόμενων (24,7%), ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις φαίνεται ότι οι νοσηλευτές επιλέγουν τη μορφή της επιτόπιας προσωπικής διεκδίκησης (14,5%).

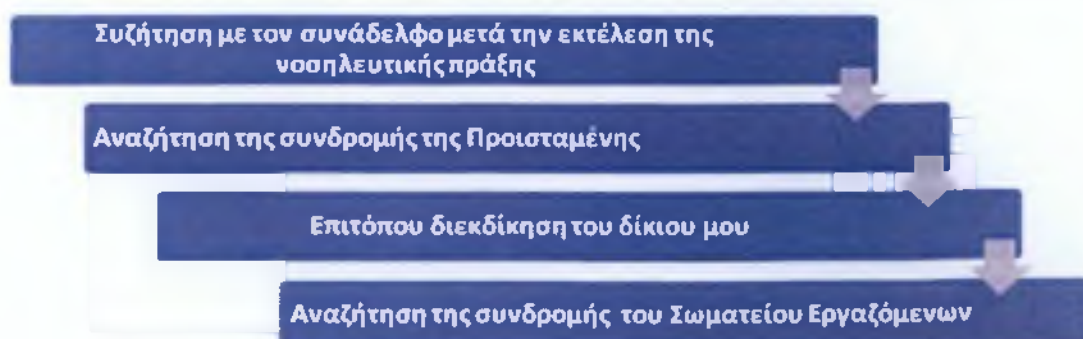
Πίνακας 12. Ερώτηση 10, “ Στη περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων συνήθως επιχειρείς την επίλυση του προβλήματος (μέχρι τρεις επιλογές, με φθίνουσα αρίθμηση σημαντικότητας από το 1 στο 3) ”

	1 ^η επιλογή	2 ^η επιλογή	3 ^η επιλογή	Σύνολο
επί τόπου, διεκδικώντας το δικίο μου	21 (22,1%)	14 (14,7%)	15 (15,8%)	40 (14,5%)
παραβλέπεις τη σύγκρουση, εκτελείς την πράξη και μετά συζητάς με τον συνάδελφο	55 (57,9%)	20 (21,1%)	5 (5,3%)	80 (29,1%)
ζητάς τη συνδρομή της προϊσταμένης σου αρχής	17 (17,9%)	53 (55,8%)	17 (17,9%)	87 (31,6%)
ζητάς τη συνδρομή του Σωματίου Εργαζόμενων	2 (2,1%)	8 (8,4%)	58 (61,1%)	68 (24,7%)
Σύνολο				275 (100%)

Αξιολογώντας τα δεδομένα της “1^{ης} επιλογής”, που συνήθως εκφράζει και την πρώτη αντίδραση του νοσηλευτή σε κάποια περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων, η συζήτηση με τον συνάδελφο μετά την εκτέλεση της πράξης φαίνεται να αποτελεί την κυρίαρχη πρώτη αντίδραση του νοσηλευτή (57,9% των απαντήσεων). Ανησυχητικό φαίνεται να είναι το γεγονός ότι η επιλογή της “επί τόπου διεκδίκησης του δίκιου μου”, αποτελεί την αμέσως επόμενη πρώτη αντίδραση του νοσηλευτή που εμπλέκεται σε κάποια σύγκρουση καθηκόντων (22,1% ως 1^η επιλογή αντίδρασης), ενώ η συνδρομή της προϊσταμένης αρχής ως πρώτη επιλογή ακολουθεί με ποσοστό 17,9%. Τέλος να επισημανθεί ότι η συνδρομή του Σωματείου Εργαζόμενων, ως πρώτη επιλογή, κατέχει την τελευταία θέση με 2,1% των απαντήσεων. Αν το αποτέλεσμα αυτό συνδυαστεί με το εύρημα ότι η “αναζήτηση της συνδρομής του Σωματίου Εργαζόμενων”, κατέχει την πρώτη θέση ως 3^η επιλογή (61,1% των απαντήσεων), συμπεραίνεται ότι ο ρόλος του συνδικαλιστικού οργάνου στις περιπτώσεις σύγχυσης αρμοδιοτήτων και σύγκρουσης καθηκόντων είναι περιορισμένος.

Λαμβάνοντας υπόψη και το εύρημα ότι η “αναζήτηση της συνδρομής της Προϊσταμένης σου αρχής” έχει την πρώτη θέση των προτιμήσεων των νοσηλευτών ως “2^η επιλογή” με 55,8% , τότε προκύπτει το συμπέρασμα ότι η διευθέτηση των προβλημάτων από τη σύγχυση ευθυνών και τη σύγκρουση καθηκόντων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου, ακολουθεί με σειρά την παρακάτω διαδικασία

‡



Ουσιαστικά, η σύγχυση ευθυνών και η σύγκρουση καθηκόντων σαν αφορμή έχουν την άρνηση εκτέλεσης νοσηλευτικών πράξεων, από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Το ζητούμενο είναι ποιες από τις νοσηλευτικές πράξεις είναι αυτές που συνήθως δημιουργούν συγκρουσιακές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού διάφορων κατηγοριών και άλλων ειδικοτήτων (κυρίως γιατρών) ;

Με τη βοήθεια των απαντήσεων στην ερώτηση #11 (βλέπε πίν. 13), επιχειρείται ο εντοπισμός των βασικότερων νοσηλευτικών πράξεων που κατά τους νοσηλευτές του ΓΝ Αγρινίου αποτελούν την αφορμή σύγκρουσης καθηκόντων.

Στον κατάλογο με 25 νοσηλευτικές πράξεις, φαίνεται ότι :

- οι αιμοληψίες αποτελούν τον πρώτο και κυρίαρχο παράγοντα πρόκλησης σύγχυσης καθηκόντων στη διάρκεια της άσκησης των νοσηλευτικών καθηκόντων, με 24,7% των επιλογών
- με αρκετή διαφορά ακολουθούν η “Χρέωση Υλικών”(9,3%), η “Έλλειψη Προσωπικού”(8,8%), η “ Καθαριότητα Χώρων” (8,1%), το “Στρώσιμο Κρεβατιών” (5,9%), το “ΗΚΓ” (5,9%) και το “Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα” με 5,1% των επιλογών
- επίσης παρατηρείται ότι οι επτά (7) πρώτες στην κατάταξη αιτίες σύγκρουσης (Αιμοληψίες, Χρέωση Υλικών, Έλλειψη Προσωπικού, Καθαριότητα Χώρων, Στρώσιμο Κρεβατιών ΗΚΓ και Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα) συγκεντρώνουν πάνω από το 70% των επιλογών που ψήφισαν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 13 . Ερώτηση 11, " Να αναφέρετε τις τρεις σημαντικότερες αιτίες σύγκρουσης καθηκόντων μεταξύ των συναδέλφων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ή με άλλες ειδικότητες (π.χ. αιμοληψίες, χρέωση υλικών κ.ά.)"

Αιτίες σύγκρουσης	Ποσότητα (N)	Ποσοστό (%)
Αιμοληψίες	67	24,7
Χρέωση υλικών	25	9,3
Έλλειψη προσωπικού	24	8,8
Καθαριότητα χώρων	22	8,1
Στρώσιμο κρεβατιών	16	5,9
ΗΚΓ	16	5,9
Εβδομαδιαίο πρόγραμμα	14	5,1
Περιποίηση ασθενών	12	4,4
Τακτοποίηση υλικών	11	4
Χορήγηση φαρμάκων	11	4
Μεταφορά ασθενών	9	3,3
Νοσηλεία	5	1,8
Καθαριότητα ασθενών	4	1,5
Πλύσεις κύστεως	4	1,5
Αναρροφήσεις	4	1,5
Χρόνος αδειας	4	1,5
Τοποθέτηση FOLLEY	3	1,1
Αλλότρια καθήκοντα	3	1,1
Τοποθέτηση σκωραμίδας	3	1,1
Ρύθμιση επισκεπτηρίου	2	0,7
Μεταφορά υλικών	2	0,7
Λήψη βιολογικών υγρών	2	0,7
Οργάνωση τμήματος	2	0,7
Υποκλισμός	2	0,7
Φλεβοκεντήσεις	2	0,7
Δερματοαντιδράσεις	1	0,4
Χρέωση φαρμάκων	1	0,4
Βοήθεια στους ασθενείς	1	0,4
ΣΥΝΟΛΟ	272	100

Πρόσφατα το ΥΥΚΑ (2010) είχε επιχειρήσει να ψηφιστεί στη Βουλή μεταξύ των άλλων και σχετικό νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο, που θα προσδιόριζε τις εργασιακές ευθύνες των ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτών. Το τριτοβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο των νοσηλευτών ΕΝΕ, πρότεινε μια σειρά νοσηλευτικών πράξεων που θα έπρεπε να περιλαμβάνονται στο υπό διαμόρφωση καθηκοντολόγιο. Στην ερώτηση #12 επιλέγηκαν είκοσι (20) από αυτές τις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό να διερευνηθεί αν και σε ποιο

βαθμό οι νοσηλευτές του ΓΝ Αργινίου γνωρίζουν ότι οι πράξεις αυτές αποτελούν ευθύνη και υποχρέωση των πτυχιούχων νοσηλευτών ΠΕ & ΤΕ.

Πίνακας 14 . Ερώτηση 12, "Σας δίνονται οι παρακάτω 20 νοσηλευτικές πράξεις. Να σημειώσετε σε ποια κατηγορία ή βαθμίδα νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει, κατά την άποψή σας, η εκτέλεση της κάθε μιας από τις παρακάτω πράξεις/κατηγορίες πράξεων (μια επιλογή ανά πράξη/κατηγορία πράξεων)"

	Νοσηλευτές		Υ.Ε.		Γιατρός	Σύνολο επιλογής
	ΠΕ/ΤΕ	ΔΕ	Τρ/ρέας	Βοηθός Θαλάμου		
Πρόκληση Υποθερμίας.	8	37			50	95
Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και διασταύρωση ομάδας αίματος.	36	7			52	95
Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πιέσεως και μέτρηση μέσης αρτηριακής πιέσεως.	19	33			43	95
Δερματοαντιδράσεις, εμβολιασμοί και χορήγηση ορών(αντιτετανικός, αντιοφικός κλπ).	41	7			47	95
Πλύσεις ουροδόχου κύστης, οφθαλμών, ωτών, παραρινικών κοιλοτήτων στομάχου και συριγγιών.	24	16		4	51	95
Ακινητοποίηση κατάγματος.	4	4	4	1	82	95
Μετάγγιση αίματος και παραγώγων. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών μετά από μετάγγιση αίματος και παραγώγων.	45	2			48	95
Συρραφή μικρών τραυμάτων και κοπή ραμμάτων	5	5			85	95
Κατ'όικον νοσηλευτική φροντίδα(home care, hospice).	48	33		1	13	95
Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στα Ογκολογικά Τμήματα.	47	16			32	95
Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.	67	14			14	95
Χορήγηση παρεντερικής διατροφής.	44	24		2	25	95
Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.	38	35		2	20	95
Περιποίηση τραυμάτων και κοπή ραμμάτων.	18	9		1	67	95
Λήψη βιολογικών υγρών και επιχρισμάτων για διαγνωστικούς σκοπούς.	17	5			73	95
Περιποίηση στομίας (γαστροστομία, ειλεοστομία, νησιδοστομία, κολοστομία) και εκπαίδευση του ασθενή.	43	15			37	95
Λήψη ΗΚΓ	20	21			54	95
Φροντίδα νεογνού σε θερμοκοιτίδα και φωτοθεραπεία.	69	8			18	95
Φροντίδα παιδιών με σπασμούς πυρετικούς ή άλλης αιτιολογίας.	34	5			56	95
Μέτρηση, καταγραφή και αξιολόγηση ζωτικών σημείων.	32	47			16	95
ΣΥΝΟΛΟ	659	343	4	11	883	1900
	(34,7%)	(18,1%)	(0,2%)	(0,6%)	(46,4%)	

Σύμφωνα με τα ευρήματα (βλέπε πίνακα 14), το γενικότερο συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει πλήρη σύγχυση σε όλα τα επίπεδα/ κατηγορίες του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθύνη της εκτέλεσης των προτεινόμενων νοσηλευτικών πράξεων.

Το 65,3% των απαντήσεων προσδιόρισαν λάθος υπεύθυνο νοσηλευτή . Σχεδόν στις μισές υποδείξεις (46,4%) οι νοσηλευτές θεωρούν ως υπεύθυνους υλοποίησης των προτεινόμενων νοσηλευτικών πράξεων το Ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου. Σε μικρότερο ποσοστό (18,1%) υποδεικνύεται και το νοσηλευτικό προσωπικό κατηγορίας ΔΕ, ως υπεύθυνο εκτέλεσης των πράξεων. Ειδικότερα,

- στο πεδίο σύγχυσης ευθυνών μεταξύ ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών και ιατρών περιλαμβάνονται οι παρακάτω νοσηλευτικές πράξεις (βλέπε πίν. 15)

Πίν. 15 . Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ιατρών και όχι των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών					
	ΠΕ/ΤΕ	ΔΕ	Τρ/ρέας Βοηθός Θ.	Γιατροί	
Πρόκληση Υποθερμίας.	8	37		50	
Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και διασταύρωση ομάδας αίματος.	36	7		52	
Πλύσεις ουροδόχου κύστης, οφθαλμών, ωτών, παραρινικών κοιλοτήτων στομάχου και συριγγιών.	24	16	4	51	
Ακινητοποίηση κατάγματος.	4	4	4	1	82
Περιποίηση τραυμάτων και κοπή ραμμάτων.	18	9		1	67
Λήψη βιολογικών υγρών και επιχρισμάτων για διαγνωστικούς σκοπούς.	17	5			73
Λήψη ΗΚΓ	20	21			54

- Νοσηλευτικές πράξεις που θεωρούνται περισσότερο ευθύνη των ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων (βλέπε πίν. 16)

Πίν. 16 . Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων και όχι των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών				
	ΠΕ/ΤΕ	ΔΕ	Τρ/ρέας Βοηθός Θ.	Γιατροί
Πρόκληση Υποθερμίας.	8	37		50
Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσεως και μέτρηση μέσης αρτηριακής πίεσεως.	19	33		43
Μέτρηση, καταγραφή και αξιολόγηση ζωτικών σημείων.	32	47		16

- Τέλος φαίνεται ότι υπάρχει μια ομάδα νοσηλευτικών πράξεων (βλέπε πίν. 17) που η ευθύνη εκτέλεσής τους δεν αμφισβητείται ότι ανήκει στην κατηγορία ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών, όπως,

Πίν. 17. Νοσηλευτικές πράξεις που η εκτέλεσή τους θεωρείται ευθύνη των ΠΕ/ΤΕ νοσηλευτών	ΠΕ/ΤΕ	ΔΕ	Τρ/ρέας Βοηθός Θ.	Γιατροί
Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα(home care, hospice).	48	33		13
Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στα Ογκολογικά Τμήματα.	47	16		32
Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.	67	14		14
Χορήγηση παρεντερικής διατροφής.	44	24	2	25
Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.	38	35	2	20
Περιποίηση στομίας (γαστροστομία, ειλεοστομία, νησιδοστομία, κολοστομία) και εκπαίδευση του ασθενή.	43	15		37
Φροντίδα νεογνού σε θερμοκοιτίδα και φωτοθεραπεία.	69	8		18

Από την σύντομη κριτική ανάλυση των ευρημάτων στην ερώτηση #12 προκύπτει ότι η σύγχυση ευθυνών είναι διάχυτη στο νοσηλευτικό σώμα ακόμη και στις προτάσεις του συνδικαλιστικού τους οργάνου. Η ποικιλία αντιλήψεων που υπάρχει σε σχέση με την ευθύνη εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων, αντικατοπτρίζει το σοβαρό κενό που υπάρχει στο χώρο της άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, εξαιτίας της έλλειψης θεσμοθετημένου καθηκοντολογίου.

Κεφάλαιο 6. Συζήτηση - Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τόσο σε επιστημονικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο επιχειρηματικών εφαρμογών το ζήτημα της ποιότητας φαίνεται να έχει ιδιαίτερη δυναμική/εξέλιξη, με την λήξη του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου, και κυρίως αρχές της δεκαετίας του 1990, με το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) να αποτελεί το βασικό εργαλείο εφαρμογής ποιότητας στους οργανισμούς και επιχειρήσεις.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ, μεταξύ των άλλων φαίνεται να στηρίζεται στην **επιστημονική γνώση** (δηλαδή την κατάλληλη εκπαίδευση και γνωστική επάρκεια όλων των εργαζομένων και στελεχών του οργανισμού) αλλά και στην **συμμετοχή όλου του προσωπικού** (δηλαδή την ενεργό ανάμειξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης παραγωγής και διάθεσης των προϊόντων ή υπηρεσιών). Ιδιαίτερα το ζήτημα της συμμετοχικότητας του προσωπικού φαίνεται να διασφαλίζει ένα ουσιαστικό πλεονέκτημα για την επιχείρηση/οργανισμό, την καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων και την στόχευση προς ένα κοινό σκοπό για όλα τα μέλη της ομάδας/οργανισμού/επιχείρησης.

Στα πλαίσια της συμμετοχικότητας για την υλοποίηση των αρχών και κανόνων ΔΟΠ, ο εργαζόμενος θεωρείται ως “εσωτερικός πελάτης ή καταναλωτής” (Λογοθετίδη 1992), στην ενδιάμεση παραγωγική διαδικασία, όπου ο βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου ως ενδιάμεσου πελάτη/καταναλωτή, φαίνεται να συμβάλει καθοριστικά στην ποιότητα του τελικού προϊόντος, ενώ σε επίπεδο εφαρμογής η ικανοποίηση του εργαζόμενου περιγράφεται συνήθως ως επαγγελματική ικανοποίηση.

Η **επαγγελματική ικανοποίηση**, όπως αναφέρει ο Kohler I., (1988), είναι μια πολυδιάστατη έννοια, που σε ανθρωπιστικό επίπεδο συνδέεται για παράδειγμα με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, το υψηλό αίσθημα εργασιακής αυτοεκτίμησης, ενώ σε επίπεδο διαχείρισης του εργασιακού χρόνου συνδέεται με τον

υψηλό βαθμό συμμετοχής του εργαζόμενου στις δραστηριότητες της επιχείρησης, την ελαχιστοποίηση των “επαγγελματικών λαθών/ατυχημάτων” και άλλα.

Στις ημέρες μας, το ζήτημα και το περιεχόμενο της επαγγελματικής ικανοποίησης βρίσκεται απέναντι στις ραγδαίες αλλαγές στον εργασιακό χώρο. Τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η εντατικοποίηση και οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία αλλάζουν τη μορφή πολλών επαγγελμάτων. Οι διαφοροποιήσεις αυτές στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον, φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων, ενώ παράλληλα, προκαλούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση των λεγόμενων «επαγγελματικών ασθενειών» του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης. (Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ.Μ., Καϊτελίδου Δ., 2007).

Σημαντικές φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των εργασιακών σχέσεων και αλλαγών, σε σχέση με το περιεχόμενο της επαγγελματικής ικανοποίησης στον εξειδικευμένο χώρο της παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών στις νοσοκομειακές μονάδες. Τα νοσοκομεία ως χώροι παραγωγής υπηρεσιών και μάλιστα υγείας (δευτεροβάθμιου επιπέδου), θεωρούνται από τους οργανισμούς/ επιχειρήσεις που πρωτοστάτησαν στην εφαρμογή των αρχών και κανόνων ΔΟΠ. Φαίνεται ότι μια σειρά ιδιαιτεροτήτων (βλέπε κεφ. 1.3), επέβαλαν ως αναγκαία την εφαρμογή της ΔΟΠ, στο σύνολο των νοσοκομειακών δραστηριοτήτων (ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών).

Ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον φαίνεται να προκαλεί το ζήτημα της εφαρμογής ΔΟΠ στις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, τόσο σε σχέση με την ποιότητα των παραγόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, όσο και σε σχέση με το περιεχόμενο και το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, που εντάσσεται στις νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων. Στο σημείο αυτό να επισημανθεί (συμπεράσματα κεφ. 2), ότι η νοσηλευτική φροντίδα

είναι και τέχνη αλλά και γνώση (επιστήμη) που επηρεάζεται διαχρονικά από τις κοινωνικές πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις, έχει ένα ευρύτερο πεδίο εφαρμογής πέρα και εκτός της ιατρικής, αφού υποκείμενα της άσκησης της εκτός των ασθενών είναι οι υγιείς, οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, αλλά και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος, είναι μια δραστηριότητα που εκδηλώνεται σε περιβάλλον αυξημένης συναισθηματικής φόρτισης και κατά συνέπεια με υψηλό δείκτη συναισθηματικής και ψυχολογικής αλληλεπίδρασης.

Με δεδομένα τα παραπάνω, αλλά και ότι ο νοσηλευτής/τρια αποτελούν “εσωτερικό πελάτη/ καταναλωτή” του νοσοκομείου, που συμβάλλει καθοριστικά στην ποιότητα του τελικού “προϊόντος”, δηλαδή την παραγωγή και διάθεση εξατομικευμένων ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, τότε ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτή (στη βάση της θεωρίας περί ΔΟΠ) φαίνεται να αποτελεί ένα ξεχωριστό πεδίο μελέτης και έρευνας. Οι Best & Thurston, (2004) για παράδειγμα επισημαίνουν ότι ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτή επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων όπως την αυτονομία του εργαζόμενου, την ενδυνάμωσή του, τις επαγγελματικές σχέσεις που διατηρεί με τους συναδέλφους του, την αναγνώριση που λαμβάνει στον χώρο εργασίας του και το υποστηρικτικό περιβάλλον που του παρέχεται.

Ιδιαίτερη έμφαση φαίνεται να δίνεται στην επιστημονική διερεύνηση του ζητήματος του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Ο Rowell (2003), για παράδειγμα επισημαίνει ότι οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας που θα αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους και θα προσδιορίζει επακριβώς το πεδίο δράσης τους. Ο Kristensen (1999), για το ίδιο ζήτημα επισημαίνει την ανάγκη βελτίωσης της κοινωνικής και ψυχολογικής ευημερίας των νοσηλευτών. Τόσο ο Rowell και Kristensen όσο και άλλοι ερευνητές του ζητήματος, προχωρούν στη παράθεση διοικητικών εργαλείων που ενισχύουν το υποστηρικτικό περιβάλλον του νοσηλευτή. Στα εργαλεία αυτά περιλαμβάνονται μεταξύ των άλλων η

πληρότητα των θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού (στελέχωση), η σαφής οριοθέτηση του πεδίου δράσης του νοσηλευτή (καθηκοντολόγιο) σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στη νοσηλεία των ασθενών, η υποστήριξη από τη διοίκηση, για πρόσβαση στην εκπαίδευση (επιμόρφωση) και στις ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης, η αυτονομία, και η ισορροπία μεταξύ παρερχόμενων υπηρεσιών και αμοιβής.

Για το ίδιο ζήτημα, στην ελληνική βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει άμεση διασύνδεση μεταξύ της έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος και χαμηλού βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης στους νοσηλευτές/στελέχη των ελληνικών νοσοκομείων. Μελέτες δείχνουν (Παπαδάτου, 1995, Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., 2009) ότι υπάρχει σειρά παραγόντων, όπως η υπο-στελέχωση προσωπικού, τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτουν τα ελληνικά νοσοκομεία και η έλλειψη καθηκοντολογίου, που διαμορφώνουν ένα αρνητικό υποστηρικτικό περιβάλλον για τον Έλληνα νοσηλευτή.

Με την βοήθεια δευτερογενών κυρίως πηγών (νομοθεσία και σχετικές μελέτες), επιχειρήθηκε η διερεύνηση δύο (2) βασικών παραμέτρων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του νοσηλευτή στο ελληνικό νοσοκομείο, α) την οριοθέτηση του πεδίου δράσης του νοσηλευτή (καθηκοντολόγιο) στο χώρο της εργασίας του και γ) το επίπεδο γνώσεων/εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, που διαθέτουν τα ελληνικά νοσοκομεία. Από την διερεύνηση των ζητημάτων (βλέπε κεφ. 3), προέκυψε μια σειρά συμπερασμάτων. Έτσι :

σε σχέση με το ζήτημα του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, προκύπτει ότι αν και η νοσηλευτική φροντίδα στο ελληνικό νοσοκομείο κατοχυρώνεται μέσα από ένα πλέγμα νομοθετικών προβλέψεων που περιλαμβάνει Νόμους (π.χ. 1397/83), Υπουργικές Αποφάσεις, Προεδρικά Διατάγματα και τους Οργανισμούς των νοσοκομείων, εντούτοις σε επίπεδο εφαρμογής φαίνεται ότι δεν υλοποιείται το σύνολο των νομοθετικών προβλέψεων, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη ενιαίου κανονισμού λειτουργίας με

πρόβλεψη καθηκόντων (καθηκοντολόγιο) ανά κατηγορία, ειδικότητα και κλάδο νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ

σε σχέση με το ζήτημα του συστήματος εκπαίδευσης των νοσηλευτών, προκύπτει ότι παρέχεται μέσα από ένα πολύπλοκο σύστημα εκπαίδευσης, που παράγει “νοσηλευτές” τεσσάρων εκπαιδευτικών επιπέδων (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ), πολλών κλάδων (Νοσηλευτικής, Μαιευτικής, Βρεφοκόμων, Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό), και ειδικοτήτων (Νοσηλευτριών, Μαιών, Επισκεπτριών, Νοσοκόμων, Βοηθών Θαλάμων).

Η έλλειψη ενιαίου συστήματος εκπαίδευσης κατά τα ευρωπαϊκά πρότυπα και η απουσία νοσηλευτικού καθηκοντολογίου φαίνεται ότι λειτουργούν αρνητικά σε επίπεδο ποιότητας παραγωγής νοσηλευτικών υπηρεσιών, ποιότητας επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και ποιότητας σχέσεων μεταξύ της διοίκησης του νοσοκομείου και του νοσηλευτικού προσωπικού, με τελικό αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στα ελληνικά νοσοκομεία.

Ειδικότερα και σύμφωνα με μελέτες, στις κυριότερες επιπτώσεις από την έλλειψη καθηκοντολογίου και ενιαίου συστήματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης περιλαμβάνονται η σύγχυση των εννοιών “Επαγγελματικά Δικαιώματα” και “Καθηκοντολογίου” μεταξύ των νοσηλευτών, η σύγχυση αρμοδιοτήτων και η ανάπτυξη συγκρουσιακών σχέσεων μεταξύ των επιμέρους κατηγοριών, κλάδων και ειδικοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παράλληλα, η έλλειψη καθηκοντολογίου σε συνδυασμό με τις ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, διαμορφώνουν συνθήκες ανάπτυξης διοικητικών αυθαιρεσιών σε βάρος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βάση της μεθόδου της “επικάλυψης ρόλων και καθηκόντων” και της αντίληψης “όλοι για όλα”, που οδηγούν στην υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, στην

εμφάνιση φαινομένων επαγγελματικής και ψυχικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και στη διαμόρφωση χαμηλής επαγγελματικής αυτοεκτίμησης και καταξίωσης (βλέπε ανάλυση στο κεφ. 3).

Βεβαίως εκτός από τα ζητήματα νομιμότητας από την ανάθεση αλλότριων καθηκόντων, η επικάλυψη καθηκόντων φαίνεται να επηρεάζει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο, αφού σύμφωνα με μελέτες σε ελληνικά νοσοκομεία, συνολικά το νοσηλευτικό προσωπικό εκτίθεται σε συνθήκες σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, με ποικίλες επιπτώσεις στο επίπεδο επικοινωνίας με τους ασθενείς, αλλά και υποβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Διλιντάς Α., 2010).

Στη παρούσα μελέτη, εκτός της θεωρητικής προσέγγισης του ζητήματος περί των συνεπειών από την έλλειψη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου στα ελληνικά νοσοκομεία, επιχειρήθηκε η διερεύνηση – επιβεβαίωση των συνεπειών, εξετάζοντας με τη μέθοδο της μελέτης περίπτωσης, ένα νοσοκομείο μεσαίου μεγέθους (260 κλινών), το ΓΝ Αγρινίου. Διερευνώντας το προφίλ της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου (βλέπε κεφ. 4), προκύπτει ότι εκτός της έλλειψης νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, που αποτελεί αρνητικό χαρακτηριστικό στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων, η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού και οι σημαντικότερες ελλείψεις σε υψηλής εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό (μηδενική παρουσία ΠΕ Νοσηλευτών και χαμηλή πληρότητα 73% των οργανικών θέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού συνολικά), φαίνεται να διαμορφώνουν ένα αρνητικό υποστηρικτικό περιβάλλον για το νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Αγρινίου.

Στα πλαίσια των παραπάνω συμπερασμάτων, αλλά και της αρχικής υπόθεσης εργασίας (βλέπε Εισαγωγή), σύμφωνα με την οποία “... εάν και εφόσον η έλλειψη κανονισμού λειτουργίας και καθηκοντολογίου μπορεί να είναι πιθανή αιτία ποιοτικής υποβάθμισης των παραγόμενων υπηρεσιών σε μια επιχείρηση/ οργανισμό και αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού, τότε η έλλειψη κανονισμού

λειτουργίας και καθηκοντολογίου στη διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝ Αγρινίου αποτελούν πηγές αρνητικών επιπτώσεων στη ποιότητα του παραγόμενου νοσηλευτικού “προϊόντος” στο νοσοκομείο, αλλά και πηγή αρνητικών επιδράσεων στη ψυχολογία, διάθεση και επαγγελματικό προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου”, επιχειρήθηκε η επαλήθευση της υπόθεσης εργασίας με σχετική έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας στο Νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Αγρινίου (βλέπε κεφ. 5), φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται η παραπάνω υπόθεση εργασίας και η έλλειψη καθηκοντολογίου μαζί με τις ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού ενιαίας εκπαίδευσης διαμορφώνουν συνθήκες αρνητικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές του ΓΝ Αγρινίου.

Σε πρώτη εικόνα διαπιστώνεται η αδυναμία του νοσηλευτικού προσωπικού να ορίσει “τι είναι” καθηκοντολόγιο, αφού μόλις το 20% των ερωτηθέντων, απάντησαν αυτό που η διοικητική επιστήμη ορίζει ως καθηκοντολόγιο, δηλαδή ότι είναι “σύστημα γραπτών εντολών εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου” (βλέπε κεφ. 3). Η αδυναμία προσδιορισμού του περιεχομένου του καθηκοντολογίου φαίνεται ότι έχει ως αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό να συγχέει την έννοια του “καθηκοντολογίου” με αυτή των “επαγγελματικών δικαιωμάτων”, αφού σημειώθηκε σε ποσοστό 78,9% των ερωτηθέντων, ότι το καθηκοντολόγιο είτε περιλαμβάνει τα επαγγελματικά δικαιώματα των εργαζόμενων είτε διαχωρίζει τα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών δικαιωμάτων μεταξύ των ΠΕ και ΤΕ νοσηλευτών από αυτά του υπόλοιπου νοσηλευτικού προσωπικού.

Πάντως, ανεξάρτητα του τι ορίζουν ως καθηκοντολόγιο, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές του ΓΝ Αγρινίου σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό συνολικά (το 70,5% των ερωτηθέντων) βρίσκονται στην ανάγκη να συμβουλευτούν “το καθηκοντολόγιο” στα πλαίσια της “ανάγκης” για την επίλυση διαφορών στη διάρκεια της άσκησης των

εργασιακών τους καθηκόντων με τους συναδέλφους τους, και μάλιστα εμπιστεύονται ως κύρια πηγή πληροφόρησης το συνδικαλιστικό τους όργανο (55,% των περιπτώσεων) και δευτερευόντως την Προϊσταμένη τους (22,4%) και το Γραφείο Προσωπικού (22,4%). Προφανώς θεωρούν την Προϊσταμένη και το Γραφείο Προσωπικού ως προέκταση της διοίκησης του νοσοκομείου που δεν θα προστατέψουν τα δικαιώματά τους.

Διερευνώντας τις βασικές πηγές προκλήσεων που οδηγούν τους νοσηλευτές στην αναζήτηση του καθηκοντολογίου φαίνεται, ότι δύο είναι οι πηγές των συγκρούσεων α) το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό “ενδονοσηλευτικές συγκρούσεις” (65,1% των περιπτώσεων) και β) άλλες ειδικότητες εκτός νοσηλευτικής υπηρεσίας (34,9%). Στη περίπτωση των ενδονοσηλευτικών συγκρούσεων, οι πηγές προέλευσης των συγκρούσεων φαίνεται ισοδύναμα να πηγάζουν είτε “με συνάδελφο νοσηλευτή με λιγότερα προσόντα” (23,2% των επιλογών) είτε “με συνάδελφο νοσηλευτή με περισσότερα προσόντα” (21,1%) είτε “με ομοιόβαθμο συνάδελφο βάρδιας” (20,8% των επιλογών). Στις άλλες ειδικότητες βασική πηγή συγκρούσεων είναι οι γιατροί (κυρίως οι ειδικευμένοι και ελάχιστα οι ειδικευόμενοι ή οι τριμηνίτες).

Διερευνώντας τα αίτια των συγκρούσεων είτε μεταξύ των νοσηλευτών είτε μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών, η έλλειψη προσωπικού”, (29,8% των επιλογών) αποτελεί την πρώτη αιτία συγκρούσεων και να ακολουθούν :

- οι ιδιαιτερότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος, με 20% των επιλογών
- οι πολιτικές πεποιθήσεις των συναδέλφων, 19,3%
- η ύπαρξη πολλών κατηγοριών προσωπικού, με 17,5% και
- τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συναδέλφων, με 13,3%

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται να επιβεβαιώνουν την επιστημονική άποψη ότι “συνθήκες αρνητικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος”, στη περίπτωση μας η έλλειψη προσωπικού, η ύπαρξη πολλών κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού και η

“πολιτικοποίηση” του χώρου εργασίας, αποτελούν τις κύριες πηγές συγκρούσεων στους νοσηλευτικούς χώρους του νοσοκομείου.

Εξετάζοντας τις αφορμές των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό, στη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους σε επίπεδο νοσηλευτικών πράξεων, πρώτη αφορμή αποτελούν “οι αιμοληψίες” (24,7%), και ακολουθούν “η χρέωση υλικών” (9,3%), “η έλλειψη προσωπικού” (8,8%), “η καθαριότητα των χώρων” (8,1%), το “Στρώσιμο Κρεβατιών” (5,9%), το “ΗΚΓ” (5,9%), το “Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα” (5,1%) και σειρά άλλων νοσηλευτικών πράξεων με μικρότερα ποσοστά. Αναλύοντας τα ευρήματα προκύπτει ότι οι παραπάνω αναφερθείσες επτά (7) κύριες αιτίες σύγκρουσης καθηκόντων, καλύπτουν όλους τους τομείς δράσεις που ασκεί το νοσηλευτικό προσωπικό στη διάρκεια της υλοποίησης των νοσηλευτικών καθηκόντων του, δράσεις που σε πολλές περιπτώσεις έρχονται σε σύγκρουση με άλλες ειδικότητες. Πιο συγκεκριμένα, η “Αιμοληψία” και το “ΗΚΓ” είναι πράξεις με έντονα ιατρικά χαρακτηριστικά, συνεπώς βασικές αιτίες σύγκρουσης με το ιατρικό προσωπικό. Η “Καθαριότητα των Χώρων” και το “Στρώσιμο των Κρεβατιών” είναι πράξεις βοηθητικές στη νοσηλεία και φαίνεται να αποτελούν τις βασικές αιτίες σύγκρουσης μεταξύ του ανώτερου και του κατώτερου νοσηλευτικού προσωπικού, νοσηλευτών κατηγορίας ΤΕ και ΔΕ ή ΥΕ. Τέλος, το “Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα” και η “Χρέωση Υλικών” σχετίζονται με δραστηριότητες διοικητικού χαρακτήρα, που κυρίως επηρεάζουν αποκλειστικά τις εργασιακές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των Προϊσταμένων τους.

Παρόμοια φαίνεται να είναι τα αποτελέσματα όταν ζητήθηκε από τους νοσηλευτές, να ταξινομήσουν είκοσι νοσηλευτικές πράξεις (που σύμφωνα με την ΕΝΑΕ, αποτελούν αντικείμενο εργασίας των Νοσηλευτών ΠΕ/ΤΕ), στις αντίστοιχες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ/ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) και γιατρών. Σύμφωνα με τα ευρήματα το γενικότερο συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει πλήρη σύγχυση σε όλα τα επίπεδα/κατηγορίες του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθύνη της εκτέλεσης των

προτεινόμενων νοσηλευτικών πράξεων. Το 65,3% των απαντήσεων προσδιόρισαν λάθος υπεύθυνο νοσηλευτή. Σχεδόν στις μισές υποδείξεις (46,4%) οι νοσηλευτές θεωρούν ως υπεύθυνους υλοποίησης των προτεινόμενων νοσηλευτικών πράξεων το Ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου. Σε μικρότερο ποσοστό (18,1%) υποδεικνύεται και το νοσηλευτικό προσωπικό κατηγορίας ΔΕ, ως υπεύθυνο εκτέλεσης των πράξεων.

Τέλος, αναζητώντας τις συνέπειες των εργασιακών συγκρούσεων στους χώρους νοσηλείας, κατά την άσκηση των νοσηλευτικών πράξεων, από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, προκύπτει ότι “η προσωπική σύγκρουση μεταξύ του νοσηλευτή και του άλλου συναδέλφου (νοσηλευτή ή γιατρού)” φαίνεται να αποτελεί την πρώτη παρενέργεια (28,7%), ακολουθεί “η καθυστέρηση στο χρόνο εκτέλεσης της νοσηλευτικής πράξης” (28,3%), “ο εξαναγκασμός”, δηλαδή ο κατώτερος στη βαθμίδα νοσηλευτής να εκτελεί την νοσηλευτική πράξη (22,6%) και “η πρόκληση σύγχυσης στο θάλαμο νοσηλείας” (20,4%).

Συμπερασματικά, και σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι ελλείψεις σε υψηλής εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό, η λειτουργία ενός σύνθετου νοσηλευτικού εκπαιδευτικού συστήματος, που παράγει νοσηλευτές πολλών κατηγοριών, κλάδων και ειδικοτήτων και κυρίως η έλλειψη θεσμοθετημένου νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, διαμορφώνουν ένα αρνητικό υποστηρικτικό περιβάλλον στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου, που εκδηλώνεται είτε με την ύπαρξη φαινομένων σύγχυσης αντιλήψεων και σύγχυσης και σύγκρουσης καθηκόντων στο νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝ Αργινίου, με αφορμή την πραγματοποίηση συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων, είτε με την υποβάθμιση τις ποιότητας των προσφερόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Βέβαια τα παραπάνω λειτουργικά προβλήματα στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝ Αργινίου, δεν εντοπίζονται μόνο σ’ αυτό το νοσοκομείο. Φαίνεται ότι είναι ένα γενικότερο ζήτημα δυσλειτουργίας στις νοσηλευτικές υπηρεσίες των ελληνικών νοσοκομείων.

Στη βάση των παραπάνω συμπερασμάτων προτείνονται οι παρακάτω λύσεις :

- **κάλυψη των ελλείψεων με υψηλής εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό,**
- **δημιουργία ενός ενοποιημένου συστήματος εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού και**
- **άμεση θεσμοθέτηση νοσηλευτικού καθηκοντολογίου σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας και κατ' επέκταση και στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου.**

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδαλή Ε., (1999), *Συγκριτική Μελέτη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης νοσηλευτών σε Παθολογικά Τμήματα ΜΕΘ και Τμήματα Επειγουσών Περιπτώσεων*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Αδαμίδου, Ε., Γώγος, Χρ., (2003), "Προτάσεις για Μελλοντικές Νομοθετικές Ρυθμίσεις", *Νοσηλεία*, τ.6, σ. 22-25.
- Αλεξοπούλου Στ., (2010), "Οι επιπτώσεις της έλλειψης καθηκοντολογίου στη νοσηλευτική διοίκηση ενός νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κυπαρισσίας", *Μεταπτυχιακή εργασία*, Universita Telematica Internazionale Uninettuno, UTIU, Italy
- Ανδριώτη Δ. , (1994), *Οι ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα*, έκδοση Ακαδημίας Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Αντωνοπούλου Δεσπ., (2008), "Ανταγωνιστικότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση", *Διπλωματική Εργασία*, Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Βελονάκη Βενετία-Σοφία, (2006), "Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα", *Πτυχιακή εργασία*, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Βελονάκης Ε. Τσαλίκου Φ., (2005), *Σύστημα Διαχείρισης Υγείας κα Ασφάλειας κατά την εργασία σε νοσοκομείο*, Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ., Αθήνα
- Βήμα της Κυριακής (2004),
- Δάγλας Αρ., (2007), "Η θέση του Νοσηλευτή στην Ελλάδα και στην Ευρώπη", *Σύγχρονος Νοσηλευτής*, τ. 4, σ. 22
- Δημητράκος Δ., (1964), *Μέγα Λεξικόν όλης της Ελληνικής Γλώσσης*, τ. 'Ι (10), εκδ. Τεγόπουλος- Φυτράκης, Αθήνα
- Δημητριάδου Α. (2008) *Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του*. Διδακτορική Διατριβή Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
- Διλιντάς, Α., (2010), "Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό τα πανεπιστημιακού νοσοκομείου", *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τ. 27, τχ.3, σσ. 498-508
- Δρούμπαλης Φ., (2010), "Σύγχρονες Μονάδες Υγείας", *Σημειώσεις*, ΤΕΙ Πελοποννήσου, Καλαμάτα
- Δρούμπαλης Φ., Αλεξοπούλου Στ., (2012), "Νοσηλευτικό Καθηκοντολόγιο στο ελληνικό Ε.Σ.Υ.", *Διοικητική Ενημέρωση*, Αθήνα, τ. 63, σ. 83-93
- Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, (2010), *"Σχέδιο Καταγραφής Νοσηλευτικών Πράξεων"*, Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, Αθήνα

- Ζαβιτσάνος Θ., (1977), “Ο ρόλος του σύγχρονου νοσηλευτή”, Δημόσια Κοινωνική Υγιεινή, τ. Α, τόμος Α΄, σ. 237–275, τ. Β, τόμος Α, σ.1265–1336, 1705–1706
- Καμπούρα-Νίφλη Ελ., (2006), “Η Νοσηλευτική την Τρίτη Χιλιετία”, Νοσηλεία, τ. 15, σσ.28-31
- Καρακώστα Ν., (2010), “Τεράστιες Ελλείψεις-Νοσηλευτές...μαϊμού και άλλα τραγικά”, ηλεκτρονική εφημερίδα Διάγνωση, διαθέσιμη σε <http://pitsilidis.gr/magazine>, φ.178
- Κατσαμπάνης Π., (2003), *Το πρότυπο ISO 9001:2000 με απλά λόγια*, εκδ. IDEC, Αθήνα
- Κρητικός Γ., (2007), “Τρύπα 15.000 Νοσηλευτών”, ΕΘΝΟΣonline, διαθέσιμο από <http://www.ethnos.gr> (16/9/2007)
- Κυμήνα Μαρία- Κυριακή, Τσαλαπατάνη Στυλιανή, (2006), “Αποκλειστική Νοσηλευτική Φροντίδα στα νοσοκομεία του Ηρακλείου”, Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Ηράκλειο Κρήτης
- Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2007), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα
- Λανάρα Β., (1978), *Τα Εκατό Χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα,.
- Λαναρά Β., (1993), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Γ΄ έκδοση, Αθήνα
- Λανάρα Β.,(1997), *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο*, Παρισιάνος, έκδ. 3^η, Αθήνα
- Λογοθέτης Ν., (1992), *Managing for total quality: From Deming to Taguchi and SPC*, Prentice Hall New York
- Μαρκάκη Δέσποινα – Αδελαΐς, (2008), *Νοσηλευτικό Προσωπικό στα Κέντρα Υγείας τα Κρήτης: Ανάλυση εργασίας και εκτίμηση αναγκών*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- Μελισσά- Χαλικιοπούλου Χ., (1998), *Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα
- Μερκούρης Αν., (2008), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Μισουρίδου Ευδ., (2009), “Αντιμετώπιση τα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική” Νοσηλευτική, τ. 48, τχ. 4, σσ. 358-366
- Μπακάλης Ν., Α., Θεοδωρακοπούλου Γ., (2006), “Ποιότητα Σημαντικός παράγοντας για τη Νοσηλευτική”, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας,
- Μπαμπάτσικου (2009), “Syndrome of professional burn out in home service for elderly”, Health Science Journal, 3(4), pp. 232-241
- Μπελλάλη Θ., (2005), *Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Μπουραντάς Δ., (2001), *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο – σύγχρονες πρακτικές*, Γ. Μένου, Αθήνα

Μωραΐτη Σ., Πέπε Κ., (2009), “Ίκανοποίηση νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας του”, Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, Ηράκλειο

Νούλα Μ., Μουχάκη Σ., Αργυροπούλου Δ., Υφαντή Ε., Κυριακίδου Β., Τσιφίγκα Σ., και Γκεσούλη Ε., (2010), “Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας” *Interscientific Health Care*, τ. 2, τχ. 2, σσ. 99-103

Ομπέση Φιλ., (2007), *Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2^η έκδοση, Αθήνα

Παπαδάκη Α., (1965), “Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου”, *Ελληνική Ιατρική*, τ.34, τχ. 34, τ. 7

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1995), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, εκδ. Ελλην, Αθήνα

Ποζουκίδου Α., Θεοδώρου Μ.Μ., Καϊτελίδου Δ., (2007), “Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στο Γ.Ν. Νάουσας”, Ερευνητική εργασία, ΓΝ Νάουσας, Νάουσα

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Γ., (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τ.17, τχ. 6

Πομώνη Δ., (1965), *Υγειονομική Νομοθεσία 1833–1930. Τόμοι Α και Β*, Εθνικό Τυπογραφείο,

Ραγιά Χρ. Αφροδίτη., (2000), *Βασική Νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*, Αθήνα

Ραγιά Α., (1989), *Νοσηλευτικές Θεωρίες*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Ρηγάτος Γ., (2006), *Ιστορία της Νοσηλευτικής. Από τη Φιλάνθρωπη Τέχνη στη Σύγχρονη Επιστήμη*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα

Ρωμανίδου-Χατζέλια Μ., (1980), *Διοίκησης νοσηλευτικής μονάδος. Αρχαί διοικήσεως & διαπροσωπικά σχέσεις*, εκδ. University Studio, Θεσσαλονίκη

Ρωμανίδου- Χατζέλια Μ., (1996), *Διοίκηση Νοσηλευτικής Μονάδος. Αρχές Διοικήσεως και Διαπροσωπικές Σχέσεις*, University Studio, Θεσσαλονίκη

Σαπουντζή-Κρέπια Δ., (2001), “Νοσηλευτική, μια καινοφανής προσέγγιση”, εκδ. Ελλην, Αθήνα

Στάθης Γ., (2001), “Οι Νοσηλευτές... και η Αδράνεια της Πολιτείας”, *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 12, τχ.71, 10-11

Στάθης Γ., (2003), “Αναγκαία μέτρα υποκίνησης για το Νοσηλευτικό Επάγγελμα”, *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 14, τχ.83, 47-49

Τσιότρας Γ., (1995), *Βελτίωση Ποιότητας*, εκδ. Παπασωτηρίου, Αθήνα

Φουντούκη Αντ., Γκατζέλης Θ., Πάντας Δ., Θεοφανίδης Δ., “Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο

Χολέβας Ι., (1969), “Σύγχυσης αρμοδιοτήτων εντός της επιχειρήσεως”, Επιστημονική Επετηρίς Α.Β.Σ.Θ., 1, εκδ. Ανώτατη Βιομηχανική Σχολή Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ψαρράκου Β., (2010), “Προστριβές και Συγκρούσεις Διοικητικών Υπαλλήλων. Ο Ρόλος του Προϊσταμένου”, Επιθεώρηση Υγείας, τ. 21, τχ. 127, 19-22

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Atree M., (1993), “An analysis of the concept quality as it relates to contemporary nursing care”, *Int J Nurs Studies*, 30:355– 369

Balzer WK., Smith PC., Kravitch DA., Lovell SE., Paul KB., Reilly BA., et al., (1997), *User's manual for the Job Descriptive Intex (JDI) and the Job in General (JIG) scales*, Bowling Green, OH, Bowling Green State University

Balzer WK, Smith PC, Kravitch DA, Lovell SE, Paul KB, Reilly BA et al., 1997
Best & Thurston, (2004), Measuring nurse job satisfaction, *J. Nurs. Adm.*, Jun; 34(6):283-90.

Crohan SE., Antonucci TC., Adelman PK., Coleman LM., “Job characteristics and well being at midlife: Ethnic and gender comparisons”, *Psychol Women Q*, 13:223– 235

Crohan SE, Antonucci TC, Adelman PK, Coleman L M., 1989)

Crosby PB., (1979), *Quality is free: The art of making quality certain*, New American Library, New York

Donahue MP, (1996), *Nursing. The finest Art*, 2nd ed. Mosby, St. Louis etc.

Garvin. D.A., (1988), *Managing Quality*, The Free Press, New York

Holloway B, Mobbs D., (1992), “A challenge we all can achieve”, *Professional Nurse*, 3:79– 83

Kahn RL., (1973), “The work module: A tonic for lunch rail lassitude”, *Psychol Today*

Kohler L., (1988), “Job satisfaction and corporate business managers: An organizational behaviour approach to sport management”, *J Sport Manag*, 2:100–105

Kornhouse A., (1977), *Job satisfaction in relation to mental health. Management and motivation*, Edition Victor Vroom, Penguin books,

Kreinter R, Kinicki A., (1995), *Organizational behaviour*, Irwin, USA

Kristensen TS., (1999), “Challenges for research and prevention in relation to work and Cardiovascular”, *Scand J Work Environment Health*

Luthans F, (1995), *Organizational behaviour*, McGraw-Hill, Inc, USA

Miller T., (1998), *Η Γέννησις του Νοσοκομείου στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία*, εκδ. The John Hopkins University Press, London

Maxwell R., (1984), "Quality assessment in health", *Br Med J*, 1984, 288:1470–1472

Ovretveit J., "Formulating a health quality improvement strategy for a developing country *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004, vol 17, Iss 7, pp 368-376

Parasuraman S., Drake BH., Zammuto RF., (1985), "The effect of nursing care modalities and shift assignments on nurses work experiences and job attitudes", *Kanqo Tendo*, Apr.; 10(5):530-5.

Pfeffer N., Coote A., (1991), "Is quality good for you?" *Policy and Politics*, 10:50–55
- Report on the Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, pages 23, 24

Rosander AC., (1991), *Deming's 14 points applied to the service sector*, ASQC Quality Press, Milwaukee, WI, 1991

Rowell P., (2003), "The professional nursing association's role in patient safety",
Available at: www.nursingworld.org/ojin/topic

Spitzer Aba, Perrenoud Beatrice, (2006), "Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status", *Journal of Professional Nursing*, Volume 22, Issue 3, pp. 162-171

Takeuchi H., Queich J A., (1983), "Quality is more than making a good product", *Harvard Business Review*, 61:139–145

Tirole, J., (1998), *The Theory of Industrial Organization*, The MIT Press, New York

- W.H.O. / EURO. Nursing and the 38 European Regional Targets for Health for all. A Discussion paper. Copenhagen, 1986

WHO, (1993), *Continuous quality improvement: A proposal national policy*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Wunderlich G S., Sloan FA., and Davis CK., (1996), *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Pr.

Zeithaml VA., Parasuraman A., Berry LL., (1990), *Delivering quality service*, The Free Press, New York