



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 2 - Απρίλιος - Ιούνιος 1998



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 2 - April - June 1998

ISSN 1105-6843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύntαξη Α. Παπαδαντωνάκη	91
2. Προάγοντας τη Νοσηλευτική J.A. Oulton (Απόδοση-Μετάφραση: Μ. Γκίκα)	92
3. Εναρκτήρια ομιλία 25ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου Α. Παναουνδάκη-Μπροκαλάκη	98
4. Συμπεράσματα 25ου Ετησίου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου Π. Δημητρίου	102
5. Ηγετικές Μορφές. Αικατερίνη Καυκιά-Κέπετζη Β. Λανάρα	105
6. Ο ρόλος του Νοσηλευτικού Δυναμικού στον Καθορισμό της Πολιτικής υγείας. Χ. Λεμονίδου, Α. Μερκούρης	106
7. Συστήματα Παροχής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Ορίζοντες και Πραγματικότητα Ε. Πατηράκη-Κουρμπάνη	114
8. Κριτήρια ποιοτικού ελέγχου της νοσηλευτικής φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή Μαρία Λαβδανίτη	123
9. Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση Η. Παναουνδάκη-Μπροκαλάκη	128
10. Η εξέλιξη της διασυνδετικής-συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στα Γενικά Νοσοκομεία Μ. Πριάμη	133
11. Συμβουλευτική, Συμβουλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλεύτες Δ. Σαπουντζή-Κρέπια	139
12. Τερατογόνος Δράση των Φαρμάκων στην Εγκυμοσύνη Β. Μάτζιου	147
13. Ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική επιστήμη κατά τη διεξαγωγή ερευνών Δ. Παπαγεωργίου	157
14. Σεβασμός για την Αυτονομία: Είναι πάντοτε Υψίστης Σημασίας; Ε. Αποστολοπούλου	172
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς	180

CONTENTS

1. Editorial A. Papadantonaki	91
2. Promoting Nursing and Health World Wide J.A. Oulton (Translation: M. Ghika)	92
3. Opening Speech of the 25th Annual Panhellenic Nursing Congress H. Papanoudaki-Brokalaki	98
4. Conclusions of the 25th Annual Panhellenic Nursing Congress P. Dimitriou	102
5. Great Nursing Leaders. Ekaterini Kafkia-Kepetzi V. Lanara	105
6. Health Policy and the Role of Nursing C. Lemonidou, A. Merkouris	106
7. Nursing Care Delivery Systems. Horizons and Reality E. Patiraki-Kourbani	114
8. Quality improvement of nursing care for the cancer patient M. Lavdaniti	123
9. Continuing Nursing Education H. Papanoudaki-Brokalaki	128
10. The Evolution of Psychiatric Consultation Liason Nursing in General Hospitals M. Priami	133
11. Counselling, Counselling Skills and Nurses. D. Sapountzi-Krepia	139
12. Teratogenic Effect of Drugs in Pregnancy V. Matziou	147
13. Ethical issues nursing science confronts when carrying out research projects D. Papageorgiou	157
14. Respect for Autonomy: Is it Always Paramount? H. Apostolopoulou	172
15. Instructions to authors	180

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Α. Καλοκαιρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Ε. Χαραλαμπίδου

ΕΚΔΟΤΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» » 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χρυσούλα Β. Λεμονίδου

Επ. Καθ. Τμήματος Νοσηλευτικής Παν/μίου Αθηνών,

Δρ. Αναστάσιος Β. Μερκούρης

Νοσηλεύτης, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός

ΧΡΥΣΟΥΛΑ Β. ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, ΔΡ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Β. ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ. Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Δυναμικού Στον Καθορισμό της Πολιτικής Υγείας. Αν και οι νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας και είναι σε άμεση επαφή με τους πολίτες, υγιείς ή ασθενείς, σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, πολλές από τις αποφάσεις που τους αφορούν λαμβάνονται από άλλους επαγγελματίες υγείας, κυρίως, γιατρούς και διοικητικούς. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική στην Ελλάδα, και που οδηγούν σ' αυτή την κατάσταση, περιλαμβάνουν: 1) έλλειψη ορισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, 2) αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού, και 3) ύπαρξη τριών διαφορετικών εκπαιδευτικών νοσηλευτικών επιπέδων ανταγωνιστικών μεταξύ τους. **Νοσηλευτική 2: 106-113, 1998.**

Στην Ελλάδα το πρόβλημα της ποιοτικής και ποσοτικής αναβάθμισης των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι υπαρκτό και αναμφισβήτητο και απασχολεί το νοσηλευτικό κλάδο. Επιπλέον, παρ' όλο που η νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της φροντίδας υγείας, η συμβολή της στην πορεία των ασθενών είναι σχεδόν αόρατη.

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική στη χώρα μας, περιλαμβάνουν την έλλειψη ορισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, την αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού, την κακή σύνθεση και ανισοκατανομή του και την ύπαρξη τριών διαφορετικών εκπαιδευτικών νοσηλευτικών επιπέδων ανταγω-

νιστικών μεταξύ τους. Οι νοσηλευτές εξακολουθούν να έχουν έλλειψη αυτονομίας, πλαισίου νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών και δικαιώματος άσκησης ελεύθερου έργου. Επίσης, ενώ αποτελούν την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας και είναι σε άμεση επαφή με τους πολίτες υγιείς ή ασθενείς σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, πολλές από τις αποφάσεις που τους αφορούν λαμβάνονται από άλλους επαγγελματίες υγείας, κυρίως, γιατρούς και διοικητικούς. Αν και γίνονται πολλές συζητήσεις γύρω από τα θέματα αυτά μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά και των αρμοδίων παραγόντων, δεν υπάρχουν σχετικές ερευνητικές μελέτες που να υποστηρίζουν το μέγεθος αυτών των προβλημάτων.

Έτσι δημιουργούνται τα ερωτήματα: Τι είναι αυτό που κάνουν οι νοσηλευτές; Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται; Μπορεί η αυξημένη χρήση συγκεκριμένων νοσηλευτικών ενεργειών να οδηγήσει στην πρόληψη των ασθενειών ή στη μείωση των επιπλοκών ή στην αύξηση της ευεξίας; Είναι μερικές νοσηλευτικές ενέργειες εξ ίσου αποτελεσματικές αλλά λιγότερο δαπανηρές από αυτές άλλων λειτουργιών υγείας; Με την εμφάνιση των πληροφοριακών συστημάτων στο χώρο της υγείας και την έμφαση στην τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας που δίνεται σήμερα, αυτά τα ερωτήματα είναι περισσότερο επίκαιρα από ποτέ¹.

Η σπουδαιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας έχει τεκμηριωθεί και ερευνητικά. Σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, μετά από πολυ-παραγοντική ανάλυση και συσχέτιση διαφόρων διαστάσεων με τη συνολική βαθμολογία².

Σε άλλες έρευνες που έγιναν προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες που ήταν υπεύθυνοι για τη μεταβλητότητα της θνησιμότητας μεταξύ των νοσοκομείων, ένα σταθερό εύρημα ήταν ότι η νοσηλευτική είναι ανάμεσα στους σημαντικούς παράγοντες που εξηγούν αυτή τη μεταβλητότητα³⁻⁶. Σε μια μελέτη τεκμηριώθηκε η συσχέτιση της αναλογίας νοσηλευτών προς ασθενείς με τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης και της θνησιμότητας⁷.

Σε ερευνητική μελέτη που συμμετείχαν 17 νοσοκομεία, βρέθηκε ότι όσο υψηλότερη ήταν η αναλογία προς βοηθούς/πρακτικούς νοσοκόμους και όσο υψηλότερη ήταν η εκπαίδευση των νοσηλευτών, τόσο χαμηλότεροι ήταν οι ρυθμοί νοσηρότητας και θνησιμότητας^{8,9}. Ακόμα έχει βρεθεί ότι η θνησιμότητα επηρεάζεται πολύ από την ποιότητα της συνεργασίας γιατρών-νοσηλευτών¹⁰. Όλες αυτές οι μελέτες ανικρούν την επικρατούσα άποψη ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι σημαντική για την άνεση και ικανοποίηση των ασθενών, δηλαδή, ότι είναι μόνο

υποστηρικτική, αλλά δεν επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας στον άρρωστο, δηλαδή, δεν έχει σχέση με το ποιος ζει και ποιος πεθαίνει. Ίσως αυτός να είναι ένας από τους λόγους που οι μισθοί των νοσηλευτών παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψη οι ειδικές συνθήκες, ευθύνες και δεξιότητες και δεν διαχωρίστηκαν ποτέ από τους μισθούς των άλλων δημοσίων υπαλλήλων. Στο τελευταίο νομοσχέδιο, που αφορά το ενιαίο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων, οι μισθοί των νοσηλευτών αυξήθηκαν σε σχέση με τις αυξημένες δεξιότητες που απαιτούνται και τις επιπρόσθετες ευθύνες, αλλά και πάλι δεν έγινε σημαντική διάκριση σε σχέση με άλλους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών (και γιατρών) είναι περισσότερο στρεσογό-νες από οποιουδήποτε άλλου εργαζόμενου στο χώρο της υγείας, με έκθεση καθημερινά σε κάθε είδους μολυσματικά νοσήματα, πολλές και δύσκολες ώρες εργασίας, ανελαστικά ωράρια, και ανεπαρκή εργασιακή και κοινωνική υποστήριξη.

Ο καθορισμός ενιαίων μισθών σε εθνικό επίπεδο για όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα και ανεξάρτητα από τους παράγοντες της ζήτησης και της προσφοράς είναι ένα σημαντικό μειονέκτημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα καθοριστικό στοιχείο της αγοράς εργασίας που είναι ο μισθός να μη λαμβάνεται υπόψη στον προγραμματισμό του νοσηλευτικού δυναμικού. Αποτέλεσμα του γεγονότος αυτού είναι η ύπαρξη μιας μόνιμης έλλειψης σε προσωπικό και η αναπαραγωγή κακών και αντι-παραγωγικών εργασιακών σχέσεων που έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα αλλά και ποσότητα του παρεχόμενου έργου, καθώς και στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος¹¹.

Ορισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Ο σχεδιασμός και οι σημαντικές αποφάσεις στο νοσηλευτικό χώρο, όπως η εκπαίδευση και η στελέχωση των νοσοκομείων, έχουν ληφθεί χωρίς να έχει οριστεί η νοσηλευτική φροντίδα, χωρίς να υπάρχει ένα νοσηλευτικό

όραμα. Έτσι, εντείνεται η σύγχυση και δυσχεραίνεται περαιτέρω οποιαδήποτε προσπάθεια για βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Πολλοί είναι οι λόγοι που δυσχεραίνουν τις προσπάθειες για ορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι περισσότερες από τις νοσηλευτικές δραστηριότητες δεν φαίνονται ή θεωρούνται δεδομένες και αποδεικνύονται μόνο όταν εκτελούνται. Οι ασθενείς και γενικότερα οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δεν αντιλαμβάνονται την πολυπλοκότητα της νοσηλευτικής εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης και έμμεσης φροντίδας. Πολλές από τις δραστηριότητες παραβλέπονται επειδή θεωρούνται ως δεδομένες ή αγνοούνται, ίσως, επειδή συνδέονται με το ανθρώπινο σώμα και τα παράγωγά του.

Η νοσηλευτική, συχνά, εξισώνεται με την εργασία της γυναίκας. Όπως η γυναίκα που δεν εργάζεται φροντίζει τους άλλους και το σπίτι, το ίδιο συμβαίνει και στη νοσηλευτική. Κοινό σημείο είναι ότι η φροντίδα δεν ορίζεται εύκολα και πολύ δυσκολότερα ελέγχεται. Δυστυχώς, η αλτρουϊστική στάση των νοσηλευτών τις περασμένες δεκαετίες δεν έφερε την αναμενόμενη εξουσία¹².

Καθώς η αξία της νοσηλευτικής φροντίδας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, γίνεται γνωστό ότι δεν υπάρχει προτυπωμένη βάση δεδομένων που να παρέχει συνεχή εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής. Διεθνώς, οι νοσηλευτές αναγνώρισαν την ανάγκη για ένα σύστημα ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και παρεμβάσεων ως μηχανισμό για τη δόμηση της νοσηλευτικής γνώσης, ώστε να μπορεί να οριστεί ο μοναδικός ρόλος και ο κλάδος της νοσηλευτικής. Επίσης, αρχίζει να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των νοσηλευτών, των ερευνητών και αυτών που διαμορφώνουν την πολιτική υγείας γι' αυτή την ανάγκη ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και παρεμβάσεων για να συμπεριληφθούν στα διάφορα κωδικοποιημένα συστήματα, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων (International Classification of Diseases) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹. Η Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης της Βόρειας Αμερικής (North America

Nursing Diagnosis Association-NANDA) έχει κάνει σημαντική πρόοδο προς την ανάπτυξη ενός συστήματος ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Σήμερα, το σύστημα αυτό ταξινόμησης για την κωδικοποίηση των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι διαθέσιμο, αλλά δεν υπάρχει ακόμα αντίστοιχη ταξινόμηση για την κωδικοποίηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και των αποτελεσμάτων της φροντίδας. Το 1989 η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA) και η NANDA ξεκίνησαν την προσπάθεια για προώθηση των κωδικοποιημένων νοσηλευτικών διαγνώσεων στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να συμπεριληφθούν στη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (International Classification of Diseases - ICD-10)¹³. Εάν αυτές οι διαγνώσεις γίνουν αποδεκτές, τότε θα είναι η πρώτη φορά που νοσηλευτικά θέματα θα συμπεριληφθούν σε ένα μεγάλο σύστημα κωδικοποίησης της φροντίδας υγείας.

Εξ αιτίας του γεγονότος ότι η νοσηλευτική φροντίδα δεν περιλαμβάνεται στα διάφορα συστήματα κωδικοποίησης, η επίδρασή της στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών ή στο κόστος της φροντίδας υγείας είναι άγνωστη. Υπάρχει, επομένως, ανάγκη για ταξινόμηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και η ένταξή τους στα συστήματα κωδικοποίησης, ώστε να αναδειχθεί η επίδραση που έχουν οι νοσηλευτές στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας. Η ταξινόμηση αυτή θα είναι, επίσης, ένα σημαντικό βήμα αφενός για την προαγωγή της νοσηλευτικής γνώσης και αφετέρου για την απόκτηση εκ μέρους της νοσηλευτικής μεγαλύτερης φωνής στην αρένα της πολιτικής της υγείας. Ο προτυπωμένος κατάλογος νοσηλευτικών παρεμβάσεων μπορεί ακόμη να οδηγήσει στον προσδιορισμό του νοσηλευτικού κόστους. Η κοστολόγηση της φροντίδας που παρέχεται από τους νοσηλευτές, ίσως, είναι το κλειδί στη μείωση του κόστους φροντίδας υγείας¹.

Ελπίζεται ότι στο μέλλον οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις θα επιτύχουν τη μείωση της ασάφειας σχετικά με το ρόλο των νοσηλευτών έτσι ώστε να αναπτυχθεί μια πιο σαφής άποψη της νοσηλευτικής πρακτικής.

Το γεγονός, όμως, ότι η νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι «ορατή» προκαλεί ένα ακόμα πρόβλημα, πέρα από το ότι επηρεάζει την εικόνα των νοσηλευτών, δημιουργεί μια επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε όλο και λιγότερους νέους (με προσόντα) να επιθυμούν να ακολουθήσουν ένα επάγγελμα που δεν αναγνωρίζεται και μέσα από το οποίο δεν θα μπορούν να εκμεταλλευτούν όλο το δυναμικό τους.

Στελέχωση

Μέχρι σήμερα στη χώρα μας, δεν έχουν διερευνηθεί οι ανάγκες των ασθενών για τη στελέχωση των υπηρεσιών με αποτέλεσμα, αφ' ενός να μην γίνεται ορθολογική αξιοποίηση του υπάρχοντος νοσηλευτικού δυναμικού και αφ' ετέρου να μην είναι δυνατή η πρόβλεψη για μελλοντική κάλυψη των αναγκών. Η μοναδική προσπάθεια στελέχωσης είναι αυτή που έγινε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με το Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων (Π.Δ. 87/86), στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν δείκτες προκειμένου να προσδιοριστεί ο συνολικός αριθμός του προσωπικού, με βάση τη μορφή του νοσοκομείου και τον αριθμό των κρεβατιών, και η ποσοστιαία αναλογία του προσωπικού κάθε κλάδου.

Σε μελέτη που εκπονήθηκε από τη Λανάρα και τους συνεργάτες της¹⁴ έγινε μια πρώτη καταγραφή του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετεί στις υπηρεσίες υγείας του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) μόλις το 1988 άρχισε να τηρεί στοιχεία για το νοσηλευτικό δυναμικό, σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης και μόνο γι' αυτό που υπηρετεί στα νοσοκομεία. Δεν υπάρχουν στοιχεία για το νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και στον ιδιωτικό τομέα.

Η κατανομή του προσωπικού στα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα γίνεται εμπειρικά, κυρίως, βάση του αριθμού των κρεβατιών και όχι βάση των αναγκών των ασθενών. Στο νοσοκομείο, είναι γνωστό ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές

στις ανάγκες φροντίδας από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια, οι οποίες, συνήθως, είναι ανεξάρτητες από τον αριθμό των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των ασθενών δεν είναι αρκετός δείκτης των αναγκών φροντίδας, κι επομένως, μπορεί να υπάρχει ανισοκατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού που να οδηγεί σε έλλειψη ή υπερστελέχωση¹⁵. Σύμφωνα με τη DeGroot^{16,17} πρέπει να γίνει κατάταξη του συνόλου των ασθενών σε μια κατηγορία, με βάση την αξιολόγηση του επιπέδου των αναγκών κάθε ασθενούς, ώστε να προσδιορίζεται ο αριθμός του προσωπικού με βάση τις ανάγκες του συνόλου των ασθενών της ομάδας και να αυξάνεται ή να μειώνεται ανάλογα με τις κρίσιμες καταστάσεις των ασθενών και όχι με σταθερό τρόπο.

Σήμερα, οι ολοένα και μεγαλύτεροι προσδιορισμοί σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους αναγκάζουν τα νοσηλευτικά στελέχη σε όλο τον κόσμο να βρουν τρόπους για καλύτερη αξιοποίηση του νοσηλευτικού δυναμικού. Στη χώρα μας, οι νοσηλευτές, είναι βέβαιο ότι αριθμητικά είναι περισσότεροι σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Στη δεκαετία 1980-90 το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας σχεδόν διπλασιάστηκε, έφθασε τις 34.377, ενώ υπάρχουν πάνω από 5000 άνεργοι νοσηλευτές¹⁴.

Παρ' όλα αυτά, οι ρυθμοί κενών θέσεων για τους νοσηλευτές σε όλες τις υπηρεσίες υγείας αυξάνουν συνεχώς. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία αναφέρουν έλλειψη νοσηλευτών, και πολλά από αυτά περιγράφουν την έλλειψη αυτή ως ιδιαίτερα σοβαρή. Ορισμένα μάλιστα οδηγούνται ακόμα και στο κλείσιμο κρεβατιών λόγω της έλλειψης νοσηλευτών, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ.

Υπάρχουν πολλές παρανοήσεις σχετικά με τις αιτίες της έλλειψης νοσηλευτών. Ένας λόγος είναι ότι δυσαρεστημένοι νοσηλευτές, λόγω των κακών συνθηκών εργασίας και του χαμηλού μισθολογίου, εγκαταλείπουν το επάγγελμα. Η αποχώρηση από το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει εκτιμηθεί ότι στην Αμερική βρίσκεται μεταξύ 11-30% ετησίως και το κόστος φθάνει τα 3 δισεκ. δολάρια. Παρ' όλο, όμως, που η δυσαρέσκεια είναι κοινή ανάμεσα στους νοσηλευτές το μεγα-

λύτερο ποσοστό, περίπου 80%, εργάζεται, ένας ρυθμός που θεωρείται υψηλός για ένα κατ' εξοχήν γυναικείο επάγγελμα⁹.

Η αύξηση του αριθμού των θέσεων για νοσηλευτές στην εκπαίδευση, στα κέντρα υγείας και άλλες υπηρεσίες ημερησίας λειτουργίας, όπως ασφαλιστικές εταιρείες, κοινωφελείς οργανισμοί, βιομηχανίες κ.ά. έχουν απομακρύνει τους νοσηλευτές από τη νοσοκομειακή πράξη. Από την άλλη μεριά, τα νοσοκομεία αύξησαν τον αριθμό των θέσεων κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Επομένως, η σημερινή έλλειψη νοσηλευτών δεν προκαλείται από τη μείωση του αριθμού των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία, αλλά από την αύξηση του αριθμού των θέσεων των νοσοκομείων.

Η αυξημένη ανάγκη για τους νοσοκομειακούς νοσηλευτές μπορεί να εξηγηθεί, επίσης, εν μέρει από την αλλαγή στον τρόπο παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι, παρά το γεγονός ότι από τη δεκαετία του '80 το εργασιακό βάρος του νοσηλευτικού δυναμικού στα νοσοκομεία έχει μειωθεί, λόγω μείωσης των ημερών νοσηλείας και των ωρών εργασίας του, η εισαγωγή νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών σχημάτων έχει συντελέσει στην αύξηση των ωρών εργασίας που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή το 24ωρο⁹. Επιπλέον, συχνά, οι νοσηλευτές εκτελούν καθήκοντα που δεν εμπίπτουν στη σφαίρα της νοσηλευτικής αλλά αφορούν άλλους επαγγελματίες, όπως γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικούς ή το βοηθητικό προσωπικό με αποτέλεσμα να καταναλώνεται πολύτιμος νοσηλευτικός χρόνος. Αυτό επιβεβαιώθηκε και σε έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής¹⁸.

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ανάγκη για νοσηλευτές είναι η αύξηση του αριθμού των κρεβατιών των ΜΕΘ από το 1979 μέχρι σήμερα. Οι ημέρες νοσηλείας στις μονάδες αυτές έχει αυξηθεί σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσηλευτικά τμήματα και μερικοί ερευνητές έχουν δείξει ότι τα κρεβάτια των μονάδων συχνά χρησιμοποιούνται για ασθενείς που δεν πρόκειται να ωφεληθούν ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας νόσου¹⁹. Ο μεγάλος αριθμός

κρεβατιών ΜΕΘ δεσμεύει τα νοσοκομεία σε μια υψηλότερη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς επειδή, κατά μέσο όρο, απαιτούνται τέσσερες νοσηλευτές για να στελεχωθεί κάθε κρεβάτι της ΜΕΘ όλο το 24ωρο, συγκρινόμενο με ένα νοσηλευτή για κάθε δύο ή τρεις ασθενείς σε ένα γενικό τμήμα¹.

Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι υπάρχει ανάγκη για έρευνες παρατήρησης, καταγραφής και ανάλυσης των νοσηλευτικών διαδικασιών προκειμένου να αναπτυχθούν αξιόπιστες και έγκυρες μέθοδοι στελέχωσης για τη νοσηλευτική και να τεκμηριωθεί η ανάγκη για αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού¹⁵. Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία, αν ληφθούν υπόψη τα εργασιακά και άλλα προβλήματα που εμπεριέχει η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Πρέπει να προσδιοριστεί ο αναγκαίος αριθμός και η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και οι μελλοντικές απαιτήσεις, ώστε να εξασφαλισθεί η απαραίτητη ροή από την εκπαίδευση στην παραγωγή. Αυτό προϋποθέτει εισαγωγή των απαραίτητων κινήτρων και εξασφάλιση εκείνων των συνθηκών εργασίας που θα κάνουν ελκυστικό το νοσηλευτικό επάγγελμα¹¹.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια πρωτοφανής αύξηση της απασχόλησης αποκλειστικών για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, το κόστος των οποίων καλύπτεται είτε σε ατομική βάση ή σε συλλογική από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι το θέμα αυτό αν και κρίσιμο για το έργο, το ρόλο και την οντότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος και του υγειονομικού μας συστήματος, γενικότερα, δεν έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή. Από τα στοιχεία που υπάρχουν, μόνο το ΙΚΑ δαπάνησε το έτος 1989 652 εκατομ. δρχ. που έφθασαν το 1992 σε 1052 εκατ. Αν στις δαπάνες αυτές προστεθούν άλλες τόσες που αφορούν τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και οι ιδιωτικές δαπάνες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση, τότε θα μπορούσαν να απασχοληθούν πρόσθετοι νοσηλευτές στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τις δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων και μόνο,

ο αριθμός τους, ίσως, ξεπερνούσε τα 1100 άτομα, τα οποία θα βοηθούσαν σημαντικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών¹¹.

Τα παραπάνω δείχνουν έστω και με ένα αδρό τρόπο τα μεγάλα προβλήματα ποσοτικά και ποιοτικά που αντιμετωπίζει μια πολιτική προγραμματισμού του νοσηλευτικού δυναμικού στη χώρα μας. Ταυτόχρονα διαφαίνεται μια σημαντική αδυναμία και απουσία ενδιαφέροντος για την περιγραφή και οριοθέτηση του ρόλου του νοσηλευτή¹¹.

Εκπαίδευση

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα τελευταία 18 χρόνια έγιναν σημαντικές πρόοδοι στη νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας καθώς στις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας ιδρύθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής, το 1993 άρχισε η λειτουργία έξη μεταπτυχιακών προγραμμάτων ειδίκευσης σε επίπεδο Master's, δημιουργήθηκαν προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων για αποφοίτους ΤΕΙ, ενώ, δυστυχώς, ιδρύονται μαζικά Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές και ιδρύματα επαγγελματικής κατάρτισης δημόσια και ιδιωτικά. Το αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών ήταν αφενός η νοσηλευτική στη χώρα μας να αρχίζει να βρίσκει την επιστημονική της ταυτότητα και αφετέρου να δημιουργείται ένα κλίμα ανασφάλειας, αμφισβήτησης και ανταγωνιστικότητας, μεταξύ των διαφόρων επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού, στον επαγγελματικό χώρο. Από την άλλη μεριά, ο νοσηλευτικός κλάδος ανησυχεί γιατί η αθρόα παραγωγή βοηθών νοσηλευτών έχει οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας και πτώση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών φροντίδων. Είναι γνωστό ότι στον Ευρωπαϊκό χώρο η Ελλάδα βρίσκεται σχεδόν στην τελευταία θέση ως προς τον αριθμό νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($N = 11750$, $BN = 24250$)¹⁴. Η έλλειψη αυτή νοσηλευτών δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στην αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών υγείας.

Η μεταφορά της νοσηλευτικής εκπαίδευσης από τα ΤΕΙ στο πανεπιστήμιο, και η ένταξη των νοσηλευτικών ειδικοτήτων στο Ενιαίο Μετε-

κπαιδευτικό Φορέα με επέκταση των ειδικοτήτων για να αναπτυχθεί και η ειδικότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής, αποτελούν άμεση προτεραιότητα. Τα μέτρα αυτά θεωρούνται αναγκαία, προκειμένου η νοσηλευτική να αποκτήσει ένα πειρσσότερο αυτόνομο ρόλο και να υπάρξει αναβάθμιση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Τα προβλήματα του νοσηλευτικού κλάδου, όπως αυτά περιγράφηκαν, αντανakλούν και στην εκπαίδευση. Επειδή η νοσηλευτική δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή των υποψηφίων φοιτητών για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, παρατηρούνται αλυσσιδωτές διαρροές, αρχικά κατά τη διάρκεια των σπουδών, που το ποσοστό ανέρχεται στο 52%²⁰, και μετά το πέρας των σπουδών τους εξακολουθούν να μην επιθυμούν να εργαστούν ως νοσηλευτές σε ποσοστό 26% και συνεχίζουν τις σπουδές σε άλλες σχολές κυρίως στην Ιατρική με κατατακτήριες εξετάσεις^{21,22}. Στη συνέχεια, η στάση αυτή έναντι της νοσηλευτικής διατηρείται και κατά την επαγγελματική τους ζωή, επιθυμούν τη μετακίνησή τους σε άλλες υπηρεσίες και κυρίως στη διοικητική, επειδή έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα, όπως δύσκολες συνθήκες εργασίας, κυκλικό ωράριο, μη τήρηση του καθηκοντολογίου και χαμηλές αποδοχές²³⁻²⁶.

Είναι φανερό ότι η παρέμβαση στο επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά και η σύνδεση της με την αγορά εργασίας, είναι επιβεβλημένη, προκειμένου να αρθεί η αρνητική σχέση επιστημόνων νοσηλευτών και βοηθών νοσοκόμων που παρατηρείται σήμερα σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Προτεινόμενα Μέτρα

1. Δημιουργία ενός κοινού οράματος, μιας πολιτικής, για το τι συνιστά τη νοσηλευτική φροντίδα που θα κατευθύνει όλες τις αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα
2. Άμεση θεσμοθέτηση των νοσηλευτικών πράξεων και δημιουργία καθηκοντολογίου για τους νοσηλευτές γενικών καθηκόντων και για τους ειδικούς νοσηλευτές.
3. Ταξινόμηση, κωδικοποίηση και κοστολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

4. Συμμετοχή του νοσηλευτικού δυναμικού στα κέντρα λήψης των αποφάσεων και στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας.
5. Δημιουργία μητρώων για λεπτομερή καταγραφή του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας.
6. Κεντρικός σχεδιασμός των αναγκών της χώρας σε νοσηλευτικό δυναμικό με βάση ερευνητικά δεδομένα και συνεργασία μεταξύ των συναρμόδιων Υπουργείων Υγείας και Παιδείας.
7. Εκπαίδευση των νοσηλευτών στο πανεπιστήμιο και, παροχή ευκαιριών για συνεχή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση.
8. Κοινωνική αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή.
9. Επαναπροσδιορισμός των αμοιβών των νοσηλευτών και διαφοροποίηση των αμοιβών με βάση την υπευθυνότητα και τις συνθήκες εργασίας (επικινδυνότητα, φόρτος εργασίας, γεωγραφική περιοχή κ.λπ.). Η μεγάλη αύξηση των μισθών θα οδηγούσε περισσότερα άτομα να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα, γιατί θα το έκανε περισσότερο ελκυστικό και πιθανόν να οδηγούσε περισσότερα άτομα στις νοσηλευτικές σχολές^{23,24}.
10. Εισαγωγή και καθιέρωση οικονομικών και άλλων κινήτρων για προσέλκυση νέων στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

CHRYSSOULA LEMONIDOU, RN, MSN, PhD & ANASTASIOS MERKOURIS, RN, MSN, PhD. *Although nurses constitute the majority of health professionals and they are in direct contact with healthy or sick individuals in all kind of health facilities, many of the decisions concerning nursing are made by physicians, administrators or other health professionals. The major problems facing nursing in Greece that lead to that situation include: 1) lack of definition of nursing care, 2) shortage of registered nurses, and 3) three different and competitive educational levels. Nosileftiki 2: 106-113, 1998.*

Βιβλιογραφία

1. McCloskey JC, Bulechke GM. Nursing interventions classification (NIC). St. Louis: Mosby, 1992: 3-14.
2. Abramowitz, S., Cote', A.A., & Berry, E., (1987). Analyzing patient satisfaction: A multi-analytic approach. Quality Review Bulletin, 13(4), 122-130.
3. Berwich DM, Wald DL. Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data. Journal of the American Medical Association 1990, 263(2): 247-49.
4. Chassin MR, Park RE, Lohr KN, Keesey J, Brook RH. Differences among hospitals in Medicate patient mortality. Health Services Research 1989, 24(1): 2-31.
5. Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, Young M, Jacobsen SJ, Gay G et al. Hospital characteristics and mortality rates. New England Journal of Medicine 1989, 321: 1720-1725.
6. Shortell S, Hughes EFX. The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. New England Journal of Medicine 1988, 318: 1100-1107.
7. Georgopoulos BS, Mann FC. The community general hospital. New York: Macmillan, 1962.
8. Scott WR, Forrest WH, Brown BW. Hospital structures and postoperative mortality and morbidity. In S Shortell and M Brown (Eds). Organizational research in hospitals. Chicago: Blue Cross Association, 1976.
9. Aiken L, Charting the future of hospital nursing. In: The Nation's Health. P Lee & C Estes (4th Edition). Boston: Jones and Bartlett, 1994.
10. Knaus W, Draper E, Wagner D, Zimmerman J. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Annals of Internal Medicine, 1986, 104(3): 410-18.
11. Νιάκας Δ. Η αγορά εργασίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα. Στο Δ. Σαπουντζή, Χ. Λεμονίδου. Η νοσηλευτική στην Ελλάδα «Εξελίξεις και προοπτικές». Αθήνα Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
12. Wolf Z. Uncovering and hidden work of nursing. Nursing and Health Care, 1989, 10(8): 463-67.

13. Fitzpatrick JJ et al. Translating nursing diagnosis into ICD code. *Am J Nurs* 1989; 89(4): 493-95.
14. Λανάρα Β, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών - Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο. Αθήνα, 1993.
15. Λεμονίδου Χ, Μερκούρης Α. Συστήματα ταξινόμησης ασθενών στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 1996, 41244-253.
16. DeGroot HA. Patient classification systems and staffing, Part I: Problems and promise. *J Nurs Adm*, 1994a, 24(9): 43-51.
17. DeGroot HA. Patient classification systems and staffing, Part 1: Practice and process. *J Nurs Adm*, 1994b, 24(10): 17-24.
18. Lemonidou C, Plati C, Brokalaki H, Mantas J, Lanara V. Allocation of nursing time. *Scand J Caring Sci*, 1996: 131-136.
19. Birnbaum ML. Cost-Containment in Critical Care. In Civetta LM, Taylor RW, Kirby RR (Eds) *Critical Care*, Lippincott, 1986.
20. Ανδριώτη Δ. Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα. Αθήνα Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
21. Μπέλλου Π, Ανδρεά Σ, Πορτοκαλάκη Α, Πλατή Σ. Ανάλυση νοσηλευτικών δραστηριοτήτων. Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, 1984.
22. Ceria CD. Nursing absenteeism and its effects on quality of patient care. *J Nurs Admin* 1992: 22, 11.
23. Braissant C. Qualite de soins et satisfaction professionnelle. *Krankenpflege: Soins Infirmiers*, 1984: 77:50.
24. Cavanagh SJ. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *J Adv Nurs* 1992: 22:11.
25. Clarke M. Speaking up. *Nurs Times* 1993: 89:42.
26. Coates M. Give the team something back. Developing and implementing staff development programmes. *Profes Nurse* 1993: 8, 651.