



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ' ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

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

CONTENTS

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

E. Αγιώτου-Δημοπούλου
A. Καλοκαιρινού
A. Παπαδαντωνάκη
E. Πατράκη
A. Πορτοκαλάκη
E. 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.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ. ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δρ. Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε.

Τομέαρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας»

ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε. Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ορίζοντες και πραγματικότητα. Στο άρθρο αυτό αναφέρονται η διαχρονική εξέλιξη, τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και ορισμένα ερευνητικά δεδομένα εφαρμογής των σύγχρονων συστημάτων νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης συζητώνται τα προβλήματα που λειτουργούν ανασταλτικά στην επιλογή χρήσης του καλύτερου συστήματος στην κλινική πράξη και οι προοπτικές αντιμετώπισής τους, στην αναμφίβολα δύσκολη Ελληνική πραγματικότητα. **Νοσηλευτική 2: 114-122, 1998.**

Εισαγωγή

Στα πρόθυρα του 21^{ου} αιώνα, νέα μοντέλα και δομές παροχής φροντίδας θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται στην προσπάθεια βελτίωσης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και μείωσης του κόστους.

Με όση ταχύτητα αλλάζει το περιβάλλον φροντίδας, με την ίδια ταχύτητα θα πρέπει να αλλάξει και η άσκηση της Νοσηλευτικής. Οι μελλοντικές απαιτήσεις των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αντανακλώνται σε τέσσερις αναμενόμενες μεταβολές¹:

- Η νοσηλευτική πράξη θα καθοδηγείται όχι μόνο από τις ανάγκες φροντίδας, αλλά και τους περιορισμένους πόρους.
- Η ποιότητα φροντίδας θα εξαρτάται όχι μόνο από τους διαθέσιμους πόρους αλλά την κριτική σκέψη των νοσηλευτών.

- Η εξατομίκευση και η δημιουργικότητα, θα αντικαταστήσουν την τυποποίηση και ρουτίνα της φροντίδας.
- Η υπευθυνότητα και εξουσία της λήψης κλινικών αποφάσεων μετακινείται από τον προϊστάμενο στον κλινικό νοσηλευτή σε συνεργασία με τον άρρωστο.

Ο παραδοσιακός ρόλος του νοσηλευτή θα συνεχίσει να τροποποιείται καθώς η φροντίδα μετακινείται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών. Φαίνεται ότι το μέλλον της νοσηλευτικής δεν θα είναι στο νοσοκομείο, αλλά στην κοινότητα και οι νοσηλευτές, όπως ποτέ πριν στο παρελθόν βιώνουν τη μεγάλη ευκαιρία να σχεδιάσουν το μελλοντικό τους ρόλο στην ομάδα υγείας.

Πρωταρχική ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης ήταν, είναι και θα παραμείνει η κινητο-

ποίηση της διαδικασίας για παροχή ποιοτικής φροντίδας σε αρρώστους ή άτομα και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η διαρκής αναζήτηση ενός καλύτερου τρόπου οργάνωσης και παροχής φροντίδας αποδεικνύεται με την σταδιακή ανάπτυξη σημαντικού αριθμού συστημάτων παροχής νοσηλευτικής φροντίδας².

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η γέννηση αλλά και η εξέλιξη των συνηθέστερων συστημάτων φροντίδας αντικατοπτρίζουν την εξέλιξη της διοικητικής και νοσηλευτικής σκέψης και συμπορεύονται με την ενηλικίωση της νοσηλευτικής επιστήμης³.

Η αρχαϊκή έκφραση της νοσηλευτικής που ταυτίζεται με τη γυναικεία σποργή και τη μητρική φροντίδα δεν απαιτούσε κανένα σύστημα οργάνωσης της νοσηλευτικής εργασίας.

Η εμπειρική άσκηση της νοσηλευτικής με τη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι δημιουργήσε το πρώτο και αρχαιότερο σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας την πλήρη/ολική φροντίδα ή κατά ασθενή μέθοδο που παρέμεινε το ενδεικνυόμενο μέχρι τη δεκαετία του '20^{2,3} και επανέρχεται στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας σήμερα.

Μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο λόγω της έλλειψης νοσηλευτών αναπτύσσεται η λειτουργική ή κατ' εργασία μέθοδος^{3,4}. Στην ίδια δεκαετία του '50 με την εργασία της Lambertson σε μεγάλο νοσοκομείο της Ν. Υόρκης και την υποστήριξη των μελετών των Newcomb (1953), Kron (1961), Duglass (1977) και Brill (1976) απέκτησε ευρεία αποδοχή ένα άλλο σύστημα, η ομαδική νοσηλευτική^{3,4,5,6}.

Στο τέλος της δεκαετίας του '70 το ενδιαφέρον στρέφεται στην ολιστική φροντίδα του αρρώστου με το σύστημα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής^{6,7}. Από τη δεκαετία του '80 εμφανίζονται οι νέες προσεγγίσεις της προσωπικής διευθέτησης του αρρώστου^{2,8} της διαχείρισης φροντίδας^{2,10} της διαχείρισης νοσηλευτικής φροντίδας¹¹ και της επικεντρωμένης στον άρρωστο φροντίδας¹².

Κάθε ένα από αυτά τα συστήματα εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η χρήση και η τροποποίησή τους μπορεί να αντιμετωπίσει τους στόχους τόσο κάθε οργανισμού υγείας, όσο και των εργαζομένων νοσηλευτών και των ασθενών τους^{2,6,7}.

Για την αξιολόγησή τους χρησιμοποιούνται τέσσερα κριτήρια:³

- Η διοικητική αποδοτικότητα
- Η κάλυψη των αναγκών των αρρώστων
- Η ικανοποίηση των αναγκών του προσωπικού
- Η οικονομία

ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ - ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Πλήρης/ολική φροντίδα ή κατά περίπτωση μέθοδος (case method)⁴ είναι η ανάθεση ενός ή μικρού αριθμού ασθενών σε πτυχιούχο νοσηλευτή ο οποίος παρέχει πλήρη φροντίδα, κατά το διάστημα ενός ωραρίου εργασίας του. Η ανάθεση μπορεί να γίνει και σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτή που αναλαμβάνει τη φροντίδα με την επίβλεψη και καθοδήγηση της κλινικής εκπαιδευτριας αλλά και της προϊσταμένης της νοσηλευτικής μονάδας.

Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια ικανοποιητική εμπειρία για τους νοσηλευτές γιατί παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα και ικανοποιούνται όλες κατά το δυνατόν οι ανάγκες των αρρώστων. Όμως έχει περιορισμένη εφαρμογή λόγω υψηλού κόστους, γιατί η χρήση του απαιτεί περισσότερους πτυχιούχους νοσηλευτές με μείωση ή απάλειψη των βοηθών και ελάχιστων πρακτικών².

Η πιο συνηθισμένη μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας είναι η **λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος (functional method)**^{4,6} κατά την οποία γίνεται από την προϊσταμένη ανάθεση φροντίδας σύμφωνα με εργασίες στα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού (ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει τη χορήγηση των φαρμάκων, άλλος τη λήψη ζωτικών σημείων, οι βοηθοί νοσηλευτών την ατομική υγιεινή, οι βοηθοί

θαλάμου την καθαριότητα και επιπλέον η οικογένεια, οι επισκέπτες και άλλοι ασθενείς μπορεί να συμμετέχουν στη φροντίδα).

Αυτή θεωρείται η αποδοτικότερη διοικητική μέθοδος γιατί επιτυγχάνεται ταχύτατη διεκπεραίωση εργασιών και αξιοποιείται το ανειδίκευτο προσωπικό^{6,7}. Αναφορικά με το κριτήριο της ικανοποίησης των αναγκών των αρρώστων βαθμολογείται χαμηλά αφού η φροντίδα κατατεμάχίζεται και τα προβλήματα των αρρώστων που δεν περιλαμβάνονται στις προκαθορισμένες κατηγορίες εργασιών είναι αδύνατο να καλυφθούν^{2,3}. Ο διαχωρισμός και η επανάληψη ίδιων εργασιών καθημερινά γίνονται ένα απρόσωπο μηχανιστικό, ανιαρό έργο ρουτίνας. Η ανάπτυξη προσωπικής ευθύνης περιορίζεται και η ομαδική προσέγγιση αποκλείεται. Ορισμένοι το αξιολογούν ως το πλέον οικονομικό σύστημα εφόσον υλοποιείται με μικρό αριθμό προσωπικού διαφόρων επιπέδων κατάρτισης, ενώ κάποιοι άλλοι χαμηλής ποιότητας που συνεπάγεται παράπονα από τους χρήστες του^{3,13}.

Η χρήση της μεθόδου στην κοινότητα αντενδείκνυται γιατί οι άρρωστοι συνήθως ενοχλούνται από τις επισκέψεις μεγάλου αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού. Το σημαντικότερο μειονέκτημα είναι ότι η επικοινωνία μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής ομάδας που τον επισκέπτονται είναι ελάχιστη και συνήθως κανένας δεν γνωρίζει τι βιώνει ο συγκεκριμένος άρρωστος. Επιπλέον μπορεί να προκύψει σοβαρό κενό στη φροντίδα χωρίς να το αντιληφθεί κανένας.

Ομαδική νοσηλευτική (Team nursing)^{3,4,5,6,15,16} είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο φροντίδας ομάδας ασθενών σε υπεύθυνο αρχηγό νοσηλευτή μαζί με μια ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού για ένα ωράριο εργασίας. Συνήθως ομάδα τριών ως πέντε ατόμων αναλαμβάνει φροντίδα δέκα έως είκοσι ασθενών. Ο αρχηγός κάθε ομάδας πρέπει να είναι αφενός εμπειρογνώμων στην κλινική νοσηλευτική για να καλύπτει ανεπαρκείς υπηρεσίες του πλημμελώς εκπαιδευμένου προσωπικού αλλά και διοικητικά προσόντα για να συντονίζει αποτελεσματικά το έργο τους¹⁴. Αν και οι περισσότεροι αρχηγοί ομάδων θεωρούν ότι παρέχουν

οι ίδιοι νοσηλευτική φροντίδα, τις περισσότερες φορές δαπανούν το χρόνο τους κυρίως στην επίβλεψη των μελών της ομάδας τους και σε γραφική εργασία.

Η έλλειψη ικανοποιητικής διοικητικής αποδοτικότητας αποδίδεται στη σπατάλη χρόνου σε συντονισμό, ανάθεση εργασιών, συναντήσεις ομάδας, έλεγχο εργασιών και απουσία ικανών αρχηγών. Όμως οι υποστηρικτές της θεωρούν ότι αναπτύσσεται το ομαδικό πνεύμα, νέα διοικητικά στελέχη και αξιοποιούνται οι δυνατότητες κάθε μέλους της ομάδας^{2,3,7}. Οι ανάγκες των αρρώστων αναγνωρίζονται και καταβάλλεται προσπάθεια παροχής ολιστικής φροντίδας^{3,4,6}.

Εάν ο αρχηγός ασκεί αποτελεσματική ηγεσία υπάρχει ικανοποίηση των μελών της ομάδας, διαφορετικά η παραγωγικότητα είναι χαμηλή και αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας λαθών^{2,3}. Από οικονομικής πλευράς είναι ίσως η πιο δαπανηρή μέθοδος γιατί απαιτεί περισσότερο προσωπικό και ορισμένοι ίσως δεν ανταποκρίνονται σε ανάγκες αρρώστων άλλης ομάδας με την δικαιολογία ότι δεν ανήκουν σ' αυτή^{15,16}.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική (Primary nursing)^{2,6,7,18,19} είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο μικρής ομάδας ασθενών (3-6) σ' ένα πτυχιούχο νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος της φροντίδας τους όλο το 24ωρο όλο το διάστημα της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επίκεντρο της μεθόδου είναι το άτομο / ασθενής με το δικό του νοσηλευτή ο οποίος πρέπει να διατηρεί ικανοποιητική επικοινωνία με το θεράποντα γιατρό, την προϊσταμένη και τα μέλη άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου για τον καλύτερο συντονισμό του προγράμματος φροντίδας.

Κάθε πρωτοβάθμιος νοσηλευτής παρέχει με αυτονομία κατά το δυνατόν όλη τη φροντίδα στους δικούς του ασθενείς στη διάρκεια του ωραρίου του, ενώ την κατευθύνει στα άλλα ωράρια μέσω λεπτομερών γραπτών προγραμμάτων¹⁸. Έτσι βαθμολογείται υψηλά στο κριτήριο ικανοποίησης αναγκών των αρρώστων και παράλληλα αυξάνεται η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την αποτελεσματική άσκηση του έργου τους^{4,6,7}.

Η διοικητική αποδοτικότητα του συστήματος μειώνεται με τη γνώση περιορισμένου αριθ-

μού αρρώστων που αντιστοιχεί σε κάθε πρωτοβάθμιο νοσηλευτή⁷. Η επιτυχία ή αποτυχία του συστήματος οφείλεται στην προετοιμασία των νοσηλευτών για τον πρωτοβάθμιο ρόλο. Αντικρουόμενες θέσεις προβάλλονται στη βιβλιογραφία ως προς το κόστος της έναντι των άλλων μεθόδων^{13,19}.

Η προσωπική διευθέτηση του αρρώστου (case management)^{2,8} είναι ένας νεώτερος τρόπος οργάνωσης όπου ο νοσηλευτής προγραμματίζει και διεκπεραιώνει το σχέδιο φροντίδας αρρώστων με τον ταχύτερο καλύτερο τρόπο από την είσοδο μέχρι την έξοδο και τη συνεχιζόμενη φροντίδα εάν χρειάζεται. Είναι μια δεργασία συνεργασίας που προάγει την ποιότητα φροντίδας με την αποτελεσματική μείωση του κόστους¹⁹.

Στο σύστημα αυτό οι νοσηλευτές είναι μόνο πτυχιούχοι με ειδική κατάρτιση και εμπειρία (είναι συνήθως κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών) και είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση της φροντίδας ατόμων με πολύπλευρες ανάγκες και συνήθως υψηλού κόστους ασθένειες όπως π.χ. ο καρκίνος. Οι νοσηλευτές ως διαχειριστές ατομικής φροντίδας λειτουργούν ως συνήγοροι, τόσο του αρρώστου, όσο και του συστήματος υγείας. Συνήθως δεν παρέχουν άμεση φροντίδα αλλά συντονίζουν εκείνη που παρέχεται από άλλους.

Επίκεντρο του συστήματος είναι η εξασφάλιση αποτελεσματικής χρήσης των πόρων και ικανοποίησης στόχων φροντίδας με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Παλαιότερα το μόνο κόστος που ενδιέφερε τους κλινικούς νοσηλευτές ήταν το ποσό και ο τύπος των παροχών. Σήμερα στην προσπάθεια μείωσης του κόστους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας επανεισάγονται στις ίδιες νοσηλευτικές μονάδες όπου παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας τους, γεγονός που επιτρέπει στους νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ως διαχειριστές φροντίδας (case managers) την παρακολούθηση των ίδιων ασθενών.

Ενώ ο όρος ατομική διαχείριση έχει μια ατομική προοπτική, ένας άλλος όρος **η διαχείριση φροντίδας (managed care)**^{9,10} που πιστεύεται ότι θα επικρατήσει στο μέλλον δίνει την

προοπτική ευρείας προσέγγισης πληθυσμού. Έχει τις ρίζες του στην κοινοτική νοσηλευτική και την κοινωνική εργασία. Επίκεντρό του ο συντονισμός των υπηρεσιών για την καλύτερη ποιοτική φροντίδα ατόμου και οικογένειας².

Η διαχείριση της νοσηλευτικής φροντίδας (nursing care management)² αποτελεί συνδυασμό της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής και της ατομικής διαχείρισης του αρρώστου. Η φροντίδα οργανώνεται γύρω από τον άρρωστο. Στοχεύει στη βελτίωση της συνέχισης της φροντίδας με τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον ακολουθεί ως την αποκατάσταση και έξοδο του από το νοσοκομείο. Η καινοτομία του είναι ότι επεκτείνεται και ξεπερνά το φραγμό των ορίων των διαφορετικών νοσηλευτικών μονάδων καθώς και των διαφόρων επιστημονικών ειδικοτήτων¹⁰, δηλαδή ο υπεύθυνος νοσηλευτής συνοδεύει το ασθενή του σ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας του.

Η επικεντρωμένη στον άρρωστο φροντίδα (patient focused care)¹² είναι ένα ακόμα σύστημα που όπως φαίνεται από την επωνυμία του φέρνει τις υπηρεσίες φροντίδας κοντά στον άρρωστο αντί να μετακινεί εκείνον προς αυτές. Στην πραγματικότητα δεν αναφερόμαστε απόλυτα σε ένα σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας γιατί εμπλέκεται σ' αυτό και μη νοσηλευτικό προσωπικό².

Ένα ζεύγος νοσηλευτή και ενός άλλου επαγγελματία υγείας (τεχνολόγου), προετοιμάζονται για να προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερες νοσηλευτικές και μη υπηρεσίες όπως βασική νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, αναπνευστικές ασκήσεις, φλεβοκεντήσεις, ηλεκτροκαδιογράφημα σε κάθε άρρωστο που τους ανατίθεται²¹.

Αρκετά ζεύγη θεραπειών εκφράζουν ικανοποίηση από το παρεχόμενο έργο καθώς και τη νεωτεριστική φύση του. Οι δυσκολίες χρήσης του είναι το μεγάλο κόστος της έναρξης εφαρμογής του γιατί προϋποθέτει ύπαρξη απαραίτητης υποδομής (π.χ. Μικροβιολογικό, ακτινολογικό εργαστήριο τοποθετούνται κοντά στο χώρο νοσηλείας ασθενών)³. Το σοβαρότερο πρόβλημα που προκύπτει από την εφαρμογή του είναι

ο κίνδυνος να χαθεί η αυθεντία κάθε ξεχωριστού επαγγελματία και να γίνει μια ομοιογενοποίηση προσωπικού²² ενώ δημιουργείται κίνδυνος ανταλλαγής της ποιότητας φροντίδας με την αποτελεσματικότητα³.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Μελέτες σύγκρισης όλων των συστημάτων οργάνωσης φροντίδας δεν ανευρίσκονται στη βιβλιογραφία¹⁷. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρονται στην ομαδική και πρωτοβάθμια νοσηλευτική οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως και εξετάζουν κυρίως τη σχέση του εφαρμοζόμενου συστήματος με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, την ποιότητα φροντίδας και την αποτελεσματικότητα κόστους. Οι μελέτες ακολουθούν διαφορετική μεθοδολογία και έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Αρχικές μελέτες εφαρμογής της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής βρήκαν θετικές αντιλήψεις των νοσηλευτών²³ και θετικές συσχετίσεις με την επαγγελματική τους ικανοποίηση^{24,25}. Μεταγενέστερες υποστηρίζουν ότι δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών που χρησιμοποιούσαν την ομαδική και την πρωτοβάθμια νοσηλευτική^{26,27}, ενώ κάποιες άλλες μελέτες²⁸ δεν καταλήγουν σε σαφή αποτελέσματα.

Σε αρκετές έρευνες που μετρήθηκε η ποιότητα φροντίδας συμπεραίνεται ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική βελτιώνει την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας^{29,30,31}. Όμως ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι νοσηλευτικές μονάδες με τις υψηλότερες τιμές βαθμολογίας ποιότητας αν και έτειναν να είναι πρωτοβάθμιας απέδωσαν τις υψηλές τιμές ποιότητας στο γεγονός ότι ήταν μικρότερες, καλύτερα συντονισμένες και με υψηλό ποσοστό ωρών πυχιούχων νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας ασθενών. Αντιθέτως άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο αριθμός των συναντήσεων ασθενών - νοσηλευτικού προσωπικού και ο χρόνος επικοινωνίας τους δεν αυξήθηκε με τη χρήση της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής³².

Αμφιλεγόμενα είναι και τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα κόστους κατά την εφαρμογή των συστημάτων φροντίδας. Έτσι κατά την εφαρμογή της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής σε νοσοκομείο ερευνητές³³ αναφέρουν μείωση των μετακινήσεων και απουσιών του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ άλλοι²⁷ ερευνητές αύξηση των απουσιών.

Ομάδα ερευνητών³³ (Marrams συν. 1976) βρήκε ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική ήταν περισσότερη αποτελεσματική σε κόστος από την ομαδική αλλά αποδίδουν τη διαφορά στη μεγαλύτερη ηλικία των εργαζομένων νοσηλευτών. Στη μελέτη της Jones (1975) συμπεραίνεται ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι οικονομικότερη μέθοδος γιατί οι πρωτοβάθμιοι νοσηλευτές συντελούν στη μείωση του κόστους παραμονής των ασθενών, με την εξασφάλιση ταχύτερης αποκατάστασης και εξόδου από το νοσοκομείο, ενώ των Betz, Dickerson & Wyett (1980), γιατί το κόστος ημερήσιας νοσηλείας σε σχέση με τη βαρύτητα των ασθενών μειώνεται¹⁷.

Αποτελέσματα συγκριτικών μελετών του έργου των νοσηλευτών στο ομαδικό και πρωτοβάθμιο σύστημα φροντίδας απέδειξαν ότι, οι πρωτοβάθμιοι νοσηλευτές ήταν λιγότερο παραγωγικοί και το κόστος ημερήσιας νοσηλείας στις πρωτοβάθμιες μονάδες ήταν 2 δολάρια ανά ημέρα υψηλότερο από τις μονάδες ομαδικής νοσηλευτικής^{34,35}. Αντίθετα σε άλλη παλαιότερη μελέτη του Collins (1975), βρέθηκε ότι οι διαφορές κόστους μεταξύ πρωτοβάθμιας και ομαδικής νοσηλευτικής ήταν αμελητέες¹⁷.

Η σύγχρονη νοσηλευτική αρθρογραφία είναι πλούσια σε αναφορές αξιολόγησης της εφαρμογής της μεθόδου της προσωπικής διευθέτησης του αρρώστου, τόσο στην κλινική πράξη³⁶, όσο σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως οι υπερήλικες³⁷, σε ασθενείς με καρκίνο³⁸, καθώς και σε υπηρεσίες στην κοινότητα^{36,37}.

Τα αντιφατικά δεδομένα που προκύπτουν από τις προαναφερθείσες έρευνες μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία με το λειτουργικό ορισμό κάθε νοσηλευτικού συστήματος με αποτέλεσμα το κάθε σύστημα να αναπτύσσεται με διαφορετι-

κό τρόπο σε διάφορες υπηρεσίες. Επίσης ένα άλλο πρόβλημα σ' αυτές τις έρευνες είναι η αδυναμία συγκρισιμότητας των διαφόρων υπηρεσιών. Επιπλέον εκτός από τη δομή του εφαρμοζόμενου νοσηλευτικού συστήματος φροντίδας πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας, την επαγγελματική ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα κόστους οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μελέτης¹⁷.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΛΥΤΕΡΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η επιλογή του συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα εξαρτάται από τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, τι πιστεύει για τη νοσηλευτική αλλά και επηρεάζεται ή παρεμποδίζεται από το περιβάλλον άσκησης, δηλαδή τις ανάγκες των ασθενών, τον αριθμό και τις κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού, την αρχιτεκτονική δομή του χώρου εργασίας και την ύπαρξη υποστηρικτικών υπηρεσιών. Γι' αυτό κανένα σύστημα δεν πρέπει να κρίνεται μακριά κι έξω από το περιβάλλον όπου εφαρμόζεται³. Κάθε σύστημα είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικό ανάλογα με τις συνθήκες που χρησιμοποιείται.

Στα προηγμένα κράτη το λειτουργικό σύστημα έχει εγκαταλειφθεί πλήρως, το κατά περίπτωση έχει περιορισμένη χρήση και το ομαδικό έχει πλέον αντικατασταθεί από την πρωτοβάθμια νοσηλευτική¹⁹. Σε εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Young και συν.³⁸ αναφέρονται πάνω από 150 άρθρα και αναφορές στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική στις οποίες τόσο σε ποσοστό 80% που ήταν περιγραφικές, όσο και στις υπόλοιπες που ήταν ερευνητικές υποστηρίζονται τα πλεονεκτήματα της χρήσης αυτού του συστήματος. Η προσωπική διεύθυνση του αρρώστου και η διαχείριση φροντίδας στο νοσοκομείο και την κοινότητα αντίστοιχα συνεχώς κατακτούν έδαφος, ενώ ο χρόνος θα δείξει κατά πόσο τα συστήματα της διαχείρισης της νοσηλευτικής φροντίδας και το επικεντρωμένο στον άρρωστο θα επιβληθούν τελικά^{2,13}.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Στην Ελλάδα εκτός από τα κατά περίπτωση σύστημα που χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς επίσης στην κλινική νοσηλευτική εκπαίδευση και στη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι, το συνηθέστερο σύστημα που ακόμη χρησιμοποιείται είναι το λειτουργικό, όπου το παρεχόμενο έργο λόγω του κατακερματισμού της φροντίδας είναι χαμηλής ποιότητας και αμφιβόλου αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα τη χαμηλή κοινωνική αποτίμηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ενώ οι άρρωστοι υποφέρουν από την απουσία προσωπικού ενδιαφέροντος, η παραγωγικότητα ελαχιστοποιείται, οι πτυχιούχοι και κυρίως νεώτεροι νοσηλευτές απογοητεύονται γρήγορα και σε μεγάλο ποσοστό παραιτούνται ή προσπαθούν να μετακινηθούν σε χώρους μακριά από την κλινική νοσηλευτική.

Στο τέλος της παρακολούθησης του υποχρεωτικού μαθήματος. Συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας ζητήθηκε σε 2 ομάδες φοιτητών του 5ου εξαμήνου του τμήματος νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών να σημειώσουν τις προσωπικές εντυπώσεις τους (τί είδαν; τί άκουσαν; που προβληματίστηκαν;) από την παρατήρηση της λειτουργίας της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία πραγματοποίησαν την κλινική άσκηση του μαθήματος σε μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας. Οι απόψεις της δεύτερης ομάδας (67) που διατυπώθηκαν το 1997, δεν διέφεραν από εκείνες που είχαν διατυπωθεί από την πρώτη ομάδα (57) το 1995 και αντικατοπτρίζουν την Ελληνική πραγματικότητα.

Στη συντριπτική πλειοψηφία αναφέρθηκαν στην ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού, την αντίστροφη αναλογία πτυχιούχων/βοηθών νοσηλευτών, την απουσία καθηκοντολογίου με αποτέλεσμα σύγχυση καθηκόντων και δημιουργία σχέσεων αντιπαλότητας και τη διεκπεραίωση εξωνοσηλευτικών καθηκόντων. Το γραφειοκρατικό χάος και η έλλειψη γραμματειακής υποστήριξης και μηχανοργάνωσης απορροφά σημαντικό τμήμα της ενεργητικότητας και του χρόνου τους που σε συνδυασμό με την απουσία μέρι-

μνας για την ψυχική υποστήριξη των αρρώστων αλλά και των νοσηλευτών οδηγεί σε σωματική και ψυχική κόπωση.

Μεταφέρω μερικές από τις σκέψεις και τους προβληματισμούς που διατυπώθηκαν στα ανώνυμα ερωτηματολόγια των φοιτητών.

- Γινόταν οτιδήποτε από τον καθένα, ενώ απουσίαζε ο έλεγχος για το ποιος έκανε τι και αν το έκανε σωστά.
- Η έλλειψη καταμερισμού εργασίας συνεπάγεται επιβάρυνση ορισμένων νοσηλευτών με περισσότερη εργασία, ενώ κάποιοι άλλοι κάθονται.
- Υπήρχε μια προχειρότητα που προσδιορίζεται από την έλλειψη οργάνωσης αλλά και την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού.
- Κανένας δεν είχε σαφείς αρμοδιότητες και όλα φαίνονται να λειτουργούν στην τύχη και πάνω στην αναγκαιότητα «ο καθένας αν μπορεί και όπου μπορεί».
- Όλα γίνονταν με εξαιρετικά γρήγορο ρυθμό. Μηχανική διεκπεραίωση εργασιών. Ακόμη και η απασχόληση μαζί μας φαινόταν ότι αποτελεί μια δουλειά που έπρεπε να τελειώνει όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
- Το προσωπικό τρέχει και δεν προλαβαίνει. Όμως οι δουλειές που πρέπει να γίνουν τελικά πραγματοποιούνται αλλά ένα σοβαρό ερώτημα που προκύπτει είναι πως καταφέρνουν και δεν κάνουν λάθη.

Κριτικάροντας το μάθημα αυτό καθ' αυτό ανέφεραν «Μπορέσαμε να δούμε τη Νοσηλευτική περισσότερο ως επάγγελμα. Η θεωρία στα βιβλία απέχει πολύ από την πράξη στο τμήμα. Το μάθημα ανεφάρμοστο αφού ακόμα και τα ανώτερα στελέχη δεν το έχουν διδαχθεί. Μάθημα χρήσιμο μεν γιατί αν δεν έχεις τη γνώση δεν μπορείς να προσπαθήσεις για κάτι καλύτερο, αλλά όσο θα συνεχίσει να μην υπάρχει μαζί με τη θεωρία και εφαρμοσμένο μέρος, με ότι αυτό απαιτεί, η συμμετοχή των φοιτητών θα είναι εξίσου αποκαρδιωτική και η αίσθηση της ματαιότητας ακόμα και σ' αυτούς που δείχνουν κάποιο ενδιαφέρον θα μεγαλώνει».

Αρκετοί φοιτητές δεν δίστασαν να εκφράσουν την απογοήτευση που αισθάνθηκαν και να

παραδεχθούν ότι με την επικρατούσα κατάσταση δεν μπορούν να παραμείνουν στο επάγγελμα. Ο περιεκτικός προβληματισμός ενός νεαρού συναδέλφου ήταν «εκτός από το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού το κύριο αίτιο της δυσλειτουργίας των νοσοκομείων είναι η απουσία συντονισμού ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας, γεγονός που οδηγεί σε σπατάλη χρόνου και ψυχικού δυναμικού κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού. Δυστυχώς με εξαίρεση ελάχιστες περιπτώσεις κυριαρχεί μια παθητικότητα και μια απροθυμία αλλαγής της υπάρχουσας κατάστασης. Απουσιάζει η δημιουργικότητα και το όραμα».

Επίσης η πρώτη και σημαντικότερη πρόταση της διδακτορικής διατριβής της κ. Σ. Κοτσαμπασάκη⁴¹ είναι η ανάγκη άμεσης και επιβεβλημένης αλλαγής του κλινικού περιβάλλοντος σε περιβάλλον μάθησης. Όπως χαρακτηριστικά υπογραμμίζει «Το τεχνικό γραφειοκρατικό τύπου ρουτίνας νοσηλευτικό περιβάλλον της σημερινής πραγματικότητας πρέπει να μετατραπεί σε επιστημονικό με την νοσηλευτική να ασκείται ολιστικά και εξατομικευμένα βασισμένη σε καθαρά νοσηλευτική γνώση από επιστήμονες νοσηλευτές με αυτονομία και ανεξαρτησία στη δράση τους»⁴¹.

Είναι εμφανές ότι πολλά προβλήματα όπως η έλλειψη ικανού αριθμού πτυχιούχων νοσηλευτών, οι ανεπαρκείς γνώσεις νοσηλευτικής διοίκησης αλλά κυρίως η έλλειψη ενδιαφέροντος που δημιουργεί η κόπωση από τη μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού οδηγούν σε πενιχρές προσπάθειες βελτίωσης και αλλαγής και δεν επέτρεψαν μέχρι σήμερα, ούτε τη δοκιμαστική χρησιμοποίηση άλλων συστημάτων, εκτός του λειτουργικού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το ερώτημα για όλους εμάς τους μάχιμους νοσηλευτές είναι: Τι μπορούμε να κάνουμε για να βελτιώσουμε την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας με τη χρήση σύγχρονων συστημάτων φροντίδας ασθενών;

Η δυνατότητα χρήσης των σύγχρονων συστημάτων φροντίδας στις Ελληνικές υγειονομικές υπηρεσίες, τα οποία δοκιμάζονται ήδη με

επιτυχία σε άλλες χώρες, προϋποθέτουν τροποποίηση του παραδοσιακού ρόλου του προϊστάμενου και των κλινικών νοσηλευτών. Επιβάλλεται διεύρυνση των αρμοδιοτήτων τους που προϋποθέτουν πρόσθετες γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία, διαπραγμάτευση, οικονομικές διαστάσεις φροντίδας καθώς και με οργανωτικές και κοινοτικές πηγές. Αναγκαίος κρίνεται τόσο ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές ανάλογα με το επίπεδο κατάρτισής τους, όσο και η ανανέωση της γνώσης μέσω της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Κυρίως όμως δεν θα πρέπει να επιζητείται η τέλεια λύση στο πρόβλημα, γιατί συνήθως απλώνεται ένας χάρτης απελπισίας που εκτρέπει από το δρόμο της δράσης. Κάθε πρόβλημα έχει τόσες λύσεις όσες τα δημιουργικά άτομα που θα το αντιμετωπίσουν.

Φαίνεται ότι εκείνο που ζητούν τόσο οι ασθενείς που υπηρετούμε όσο και οι αυριανοί μας συνάδελφοι είναι η άμμεση αλλαγή στον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής εργασίας. Γι' αυτό θα πρέπει να προσπαθήσουμε ξεκινώντας με πειραματικές μονάδες εφαρμογής τους. Παράλληλα να αρχίσουμε έρευνες παρατήρησης, καταγραφής και ανάλυσης των νοσηλευτικών διαδικασιών, προκειμένου να υπάρξουν οι αναγκαίες πληροφορίες για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων ταξινόμησης ασθενών, που θα διευκολύνουν και τη χρήση σύγχρονων συστημάτων φροντίδας.

Όλοι εμείς που υπηρετούμε στα Ελληνικά νοσοκομεία είμαστε συνυπεύθυνοι για το μέλλον της νοσηλευτικής στη χώρα μας, γιατί διαθέτουμε τη μεγαλύτερη δύναμη να αλλάξουμε την εικόνα των νοσηλευτών και της νοσηλευτικής στην πατρίδα μας.

Δεν υπάρχει αποτυχία παρά μόνο όταν σταματήσουμε να προσπαθούμε. Έχει γραφεί ότι δεν είμαστε μεγαλύτεροι από τις προσδοκίες μας. Οι προσδοκίες κατά μια έννοια είναι το υλικό με το οποίο φτιάχνεται η πραγματικότητα. Ακόμα και όταν η πραγματικότητα επιβάλλει περιορισμούς οι προσδοκίες συνεχίζουν να προσφέρουν μια σειρά από ευκαιρίες.

Όλα όσα αξίζουν στη ζωή έχουν το δικό τους κίνδυνο που δημιουργεί και την πιθανότητα πόνου. Ο βαθύτερος όμως πόνος είναι εκείνος που δημιουργεί η ιδέα ότι ποτέ δεν προσπάθησες, ποτέ δεν ριψοκινδύνευσες.

PATIRAKI KOURMPANI E. Nursing care delivery systems. Horizons and Reality. This article deals with through the years development, of the advantages, the disadvantages and some implementation research data, of the current nursing care delivery systems. The problems that serve as barriers in the selecting the best system in clinical practice, as well as the perspectives, overcoming them in the undoubtly difficult Greek reality are also discussed. **Nosileftiki 2: 114-122, 1998.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wolf GA, Boland S, Aukerman M. A transformational model for the practice of professional nursing. JONA 1994, 24:51-57.
2. Tappen R. Nursing Leadership and Management Concepts and Practice. G.A. DAVIS COMPANY, Philadelphia, 1995 p. 398-415.
3. Λανάρα Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο. Γ. Παπανικολάου Αθήνα 1993: 255-271.
4. Douglas LM. The effective nurse. Leader and manager. The CV Mosby Company St Louis, 1980, 95-103.
5. Lambertsen EC. Nursing Team Organization and Functioning. New York: Teachers College Press 1953.
6. Kron T. The management of patient care. Putting leadership skills to work 5th ed Saunders company Philadelphia 1981 p. 210-211.
7. Sullivan E, Decker P. Effective management in Nursing 2nd ed Addison Welsey Publishing Company 1988, p 63-64.
8. Coben EL Nursing case management. Does it pay? JONA 1991 21(4): 20-25.
9. Bower KA Case management by nurses Washington DC. American Nurses Association, 1992.

10. Stillwaggon CA. The impact of nurse managed care on the cost of nurse practice and nurse satisfaction J. Nur. Ad. 1989 19(11): 21-27.
12. Brider P. The move to patient - focused care. American Journal Nursing 1992, 9:27-33.
13. Dienemenn JA. Nursing Administration Strategic Perspectives and Application 1990. Appleton Lange Norwelk, Connecticut 359-362.
14. Shukle RK. Structure vs people in primary nursing. An inquiry Nurs Res 1981 30(4), 236-241.
15. Kramer M. Team Nursing - A means or an end? Outlook 1971 19(10): 648-652.
16. Sherman RO. Team nursing revisited. JONA 1990 20(11): 43-46.
17. Conti RM, Burks J. The oranization of nursing care delivery. In Nursing Administration Strategic perspectives and Application. Eds Dienemann J 1990, 353-370.
18. Zander K. Second generation primary nursing: A new generation JONA, 1985, 15(3): 18-24.
19. Fairbanks J.E. Primary nursing = More data, Nurs. Adm. Quar 1981 5(3) 51.
20. Robinson JA, Robinson KJ, Lewis DJ Balancing quality of care and cost effectiveness through case management. ANNA J. 1992 19(2) 182-188.
21. Townsend MB Patient - focused care = Is it for your hospital? Nur Man 1993 24(9), 74-80.
22. Huey F. Editorial: Is everything everyone's job? Am I Nur 1992 92(9), 7.
23. Marram GD, Schlegel MW & Beviw EO. Primary Nursing. A Model for individualized care 1974 St Louis Mosby.
24. Blair F, Sparger G, Walts I & Thompson J. Primary nursing in the emergency department: Nurse and patient satisfaction. Jour: Of Emerg. Nurs 1982: 181-186.
25. Sellick KJ, Russels & Beckman B. Primary nursing: An evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. Inter. Jour. Of Nurs. St, 1983, 265-273.
26. Giovannetti P. A comparison of team and primary nursing care systems. Nurs. Dim. 1980, 7(4): 96-100.
27. Joiner C, Johnson V & Corkrean M. Is primary nursing the answer? Nurs. Admin. Quart. 1981 5(3): 69-76.
28. Hymovich, DP. The effects of primary nursing care on children's parents' and nurses' perceptions of the pediatric nursing role. Nurs. Res. Rep. 1977, 12(2): 6-11.
29. Felton G. Increasing the quality of nursing care by introducing the concept of primary nursing: A model project, Nus. Res. 1975, 24-32.
30. Eichorn ML & Frerert El. Evaluation of a primary nursing system using the quality of patient care scale. JONA 1975, 9(10): 11-15.
31. Stecked SB, Barnfather J & Owens M. Imlementing primary nursing within a research design. Nurs. Dim. 1980, 7(4): 78-81.
32. Hamera E. & O' Connell K. Patient - centered variables in primary and team nursing. Res. on Nurs and Heal., 1981: 183-192.
33. Alexander CS, Weisman CS & Chas GA. Evaluating primary nursing in hospitals: Examination of effects on nursing staff. Med. Care 1981: 80-89.
34. Shukla RK. Primary or team nursing? Two conditions determine the choise. The JONA 1982, 12(11): 12-15.
35. Shukla RK. All RN model of nursing care delivery: A cost benefit evaluation. Inquiry 1983: 173-184.
36. Reaume A, Frisch S, Smith A, Kennedy C. Case management and nursing practice 1994, JONA 24(3): 30-35.
37. Trella RS, A Multidisciplinary Approach to the Case Management of Frail, Hospitalized older Adults. JONA 1993, 23(2): 20-26.
38. Burner D. The managed Care Contract: Implementation in Radiation Oncology. Oncology Nursing Forrum 1996, 23(3): 451-455.
39. Erkel EA. The impact of case management in preventive services. JONA 1993, 23(1): 27-32.
40. Feldom C et al. Decision Making in Case Management of Home Healthcare Clients. JONA 1993, 23(1): 33-38.
41. Κοτσμπασάκη Σ. Διερεύνηση του «περιβάλλοντος μάθησης» των σπουδαστών της Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. στον κλινικό τομέα. Διδακτορική διατριβή 1993 σ. 143.