



«ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»
ΕΣΔΝΕ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

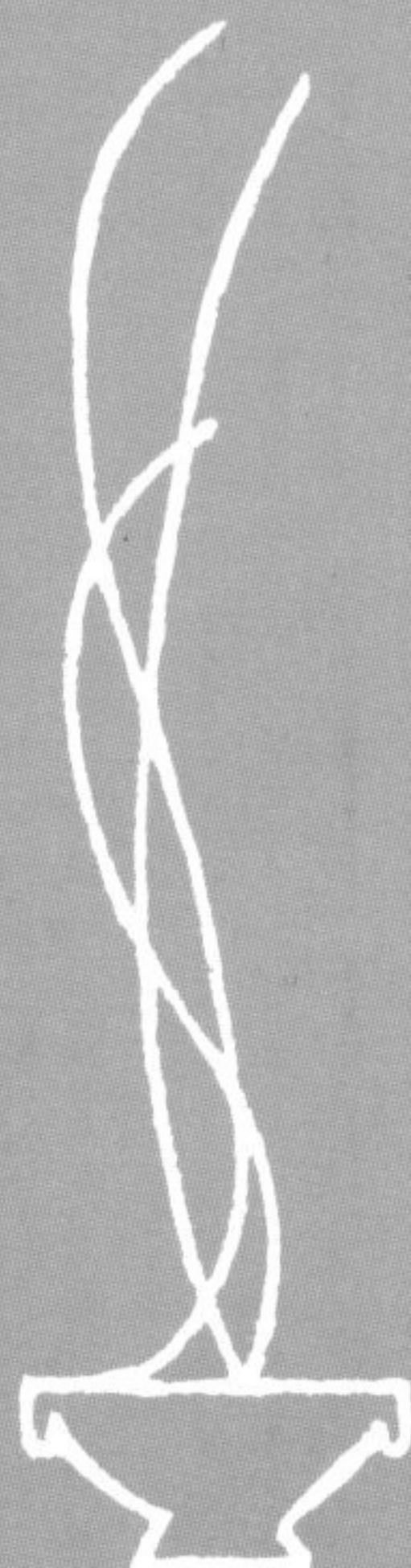
Τόμος 34, Τεύχος 1
Ιανουάριος – Μάρτιος 1995

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Η νοσηλευτική κάποτε
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
3. Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
4. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση
5. Προϊστάμενος νοσηλευτής νοσηλευτικής μονάδας νοσοκομείου
6. Νομοθεσία
7. Συνέδρια - Ανακοινώσεις
8. Οδηγίες για τους συγγραφείς

CONTENTS

1. Nursing in the past
2. Nursing intervention in chronic renal disease
3. Strategies for cost - containment in intensive care units
4. The burnout syndrome of nurses: Causes, prevention and management
5. The head nurse in a ward of a hospital
6. Recent legislation concerning nursing
7. Congresses - Announcements
8. Instructions to authors



Vol 34, No 1
January – March 1995

NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

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
Ε. Γουλιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοδεσία - Σχεδιασμοί
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗ Ο.Ε.
Κεντρικό : Χαριλάου Τρικούπη 73, Αθήνα, Τηλ. 36 14 741
Εργοστάσιο : Σουλίου 10, Αγ. Δημήτριος, Τηλ. 99 42 382
Βιβλιοπωλείο : Μικράς Ασίας 76, Γουδί, Τηλέφ. 77 98 654

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές ...	2500 δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες ..	4500 δρχ.
Εξωτερικού	40 \$
Τιμή τεύχους	750 δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991	600 δρχ.
» » 1985 - 1989	500 δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	400 δρχ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Η νοσηλευτική κάποτε	9
Ζ. Τσουκαλά-Κακαρούκα	
2. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	14
Φ. Βουζάβαλη	
3. Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	19
Χ. Λεμονίδου	
4. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αίτια, πρόληψη και αντιμετώπιση	28
Α. Πατεράκη, Π. Ιορδανίδης, Α. Ιακωβίδης, Χ. Ιεροδιακόνου	
5. Προϊστάμενος νοσηλευτής νοσηλευτικής μονάδας νοσοκομείου	40
Β. Θεοδωροπούλου	
6. Νομοθεσία	45
7. Συνέδρια - Ανακοινώσεις	49
8. Οδηγίες για τους συγγραφείς	52

CONTENTS

1. Nursing in the past	9
Z. Tsoukala-Kakarouka	
2. Nursing intervention in chronic renal disease ..	14
F. Vouzavali	
3. Strategies for cost - containment in intensive care units	19
Ch. Lemonidou	
4. The burnout syndrome of nurses: Causes, prevention and management	28
C. Pateraki, P. Iordanides, A. Iakovides, Ch. Ierodiakonou	
5. The head nurse in a ward of a hospital	40
V. Theodoropoulou	
6. Recent legislation concerning nursing	45
7. Congress - Announcements	49
8. Instructions to authors	52

Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών

Περίληψη: Το θέμα του περιορισμού των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας τα τελευταία χρόνια έχει γίνει πολύ σημαντικό. Το υψηλό επίπεδο του προσωπικού, και η πολύπλοκη και ακριβή τεχνολογία που χρησιμοποιείται στις ΜΕΘ, τις κάνει ιδιαίτερα ευπρόσβλητες στο υψηλό κόστος. Το κόστος των ΜΕΘ αντιπροσωπεύει περίπου το 15-20% του προϋπολογισμού των νοσοκομείων και είναι 3,8-4

φορές μεγαλύτερο από ένα τμήμα γενικής φροντίδας. Ο περιορισμός του κόστους συνεπάγεται γνώση του κόστους, παρακολούθηση, διαχείριση, και κίνητρα για την αποφυγή, μείωση και συγκράτηση του κόστους. Οι κύριες στρατηγικές που μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση του κόστους στις ΜΕΘ αφορούν την τεχνολογία, τα κριτήρια εισόδου των ασθενών, τη στελέχωση, και την τεκμηρίωση.

Κόστος παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών στις ΜΕΘ

Πολλές ΜΕΘ λειτουργούν με μειωμένα οικονομικά και περιορισμένο αριθμό προσωπικού και επιπλέον δεν υπάρχουν στοιχεία για το πραγματικό κόστος των διαφόρων νοσημάτων και θεραπευτικών σχημάτων, γεγονός που καθιστά δύσκολο το σχεδιασμό για το μέλλον.

Η εντατική φροντίδα είναι ακριβή φροντίδα και οι νοσηλευτές σαν μέρος της διεπιστημονικής ομάδας έχουν υποχρέωση να τεκμηριώνουν τη φροντίδα που παρέχουν. Η χρηματοδότηση των ΜΕΘ είναι δύσκολη λόγω των πολλών οικονομικών προβλημάτων και πιθανόν η κατάσταση να συνεχιστεί μέχρις ότου να υπάρξουν ακριβή και ποσοτικά καθορισμένα στοιχεία με τα οποία να υποστηριχθεί η απαίτηση για μεγαλύτερη χρηματοδότηση.

Τι εννοούμε με το κόστος φροντίδας; Το κόστος διακρίνεται σε λειτουργικό ή άμεσο κόστος και σε πάγιο ή έμμεσο κόστος.

Το άμεσο ή λειτουργικό κόστος περιλαμβάνει το άθροισμα των δαπανών νοσηλείας (έξοδα

εργαστηρίων, έξοδα χειρουργικών επεμβάσεων κ.ά.).

Το πάγιο ή έμμεσο κόστος περιλαμβάνει τη μισθοδοσία του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού), έξοδα για τη συντήρηση του κτιρίου, για το ρεύμα, το νερό, τη συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού, το μερίδιο που αναλογεί στη ΜΕΘ από τις συνολικές δαπάνες του νοσοκομείου για καθαριότητα, μισθοδοσία διοικητικών υπαλλήλων, κτιριακό κόστος, καθώς και την απώλεια της παραγωγικότητας των αρρώστων, σαν αποτέλεσμα της ασθένειας^{1,2}.

Δύο είναι κυρίως οι λόγοι για τους οποίους σήμερα η εντατική φροντίδα διερευνάται και συζητείται¹.

1. Η άνοδος στα ύψη του κόστους της εντατικής ιατρικής σε μια περίοδο μεγάλου περιορισμού των δαπανών για την υγεία.

2. Η φιλοσοφία ότι η ζωή πρέπει να διατηρείται με οποιοδήποτε κόστος και πάντοτε.

Από την ίδρυση των ΜΕΘ στο τέλος της δεκαετίας του '50 αρχές του '60, η χρησιμοποίηση των πόρων, για την παροχή εντατικών φροντίδων,

έχει αυξηθεί με ρυθμό πολύ ταχύτερο από ό,τι το σύστημα υγείας ολόκληρο και είναι περίπου 3,8-4 φορές μεγαλύτερη από ένα τμήμα γενικής φροντίδας³⁻⁵. Στη χώρα μας, για το 1988 βρέθηκε ότι το μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα ήταν 4,5 φορές υψηλότερο από αυτό των άλλων ασθενών του νοσοκομείου (μέσο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή ΜΕΘ 1.293.372 δρχ. και μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα 109.582 δρχ.)². Το κόστος των ΜΕΘ αντιπροσωπεύει περίπου το 15-20% του προϋπολογισμού των νοσοκομείων και το 65% του ολικού προϋπολογισμού των ΜΕΘ δαπανάται επισίως για ασθενείς με φτωχή πρόγνωση και οι οποίοι φθάνουν το 15% του συνόλου των ασθενών^{3,6-10}.

Τα στοιχεία αυτά αντιπροσωπεύουν το «κόστος» που χρεώνεται στους ασθενείς ή τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι πραγματικές δαπάνες των νοσοκομείων για τις ΜΕΘ δεν έχουν καθοριστεί και αξιολογηθεί γιατί η εκτίμηση του κόστους των ειδικών μονάδων είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη^{7,11-13} για τους παρακάτω λόγους¹⁴⁻¹⁶.

1. Τα χαρακτηριστικά των μονάδων και οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν είναι ενιαίες στα διάφορα ιδρύματα ή μέσα στο ίδιο ίδρυμα.

2. Οι περιπτώσεις ασθενών ποικίλουν σημαντικά.

3. Οι εντατικές υπηρεσίες που παρέχονται εκτείνονται από πολύ ειδικές μέχρι βασικές.

4. Η ανάγκη για αλλαγή του μεγέθους των μονάδων είναι συνεχής.

5. Η υποστήριξη πολλών εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων.

6. Τα κριτήρια εισαγωγής είναι ποικίλα.

7. Η μεγάλη χρησιμοποίηση υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Οι περισσότερες διαθέσιμες πληροφορίες δεν περιλαμβάνουν τους παραπάνω παράγοντες κι επομένως δεν έχει επιτευχθεί πλήρης εκτίμηση του κόστους¹¹.

Επίσης δεν έχουν υπολογιστεί οι μέσες νοσηλευτικές δαπάνες δηλ. το κόστος της νοσηλευτικής φροντίδας / άρρωστο / ώρα ή ημέρα. Σκοπός αυτής της κοστολόγησης είναι να γίνει κατανοητό και πιο ορατό το κόστος της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των νοσηλευτικών πόρων.

Όταν οι νοσηλευτικές δαπάνες υπολογίζονται με την κοστολόγηση των δωματίων και των γευ-

μάτων ή ομαδοποιούνται κάτω από το κόστος της μισθοδοσίας, το ημερήσιο κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι το ίδιο σε όλους τους αρρώστους, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της φροντίδας που στην πραγματικότητα δέχονται.

Στις ΗΠΑ για τον έλεγχο του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας, αντί της παραδοσιακής μεθόδου πληρωμής σύμφωνα με το κόστος κάθε νοσηλείας / υπηρεσίας (έχει βρεθεί ότι μερικές φορές προσφέρονται μη απαραίτητες υπηρεσίες γιατί χρεώνονται), εισήγαγαν ένα σύστημα προκαθορισμένης τιμής για τη νοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών σύμφωνα με την ταξινόμησή τους σε μία από τα 467 DRGs (diagnostic-related groups). Το σύστημα των DRGs είναι μια στρατηγική για ομαδοποίηση των ασθενών σύμφωνα με τα δημογραφικά, διαγνωστικά, και θεραπευτικά χαρακτηριστικά, τα οποία συνδέονται με τη χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και υπηρεσιών¹.

Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτές διατηρούν επιφυλάξεις για το σύστημα των DRGs γιατί το σύστημα αυτό ταξινόμησης των ασθενών δεν αντανακλά με ακρίβεια την ποσότητα και την ποιότητα της φροντίδας που απαιτείται για τους ασθενείς όλων των ομάδων. Στα περισσότερα νοσοκομεία που χρησιμοποιούν το σύστημα των DRGs η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνεται μαζί με τις ξενοδοχειακές και βοηθητικές υπηρεσίες. Όμως, υπάρχει μεγάλη διακύμανση στο ποσό και τον τύπο της νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτείται σε κάθε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (για τους ασθενείς σε συγκεκριμένα DRGs)¹⁷.

Επειδή, λοιπόν, το σύστημα των DRGs δεν περιλαμβάνει τις διακυμάνσεις στη χρησιμοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων και το νοσηλευτικό κόστος μέσα σε κάθε ομάδα, μερικά νοσοκομεία δημιούργησαν ένα ξεχωριστό μικτό σύστημα το οποίο ποσοτικοποιεί τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Για τη δημιουργία αυτού του συστήματος συλέχθηκαν στοιχεία τα οποία αφορούν το χρόνο που ξοδεύεται από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ενέργειες σε κάθε βάρδια στις πέντε κατηγορίες: αξιολόγηση και σχεδιασμός, διδασκαλία, συναισθηματική υποστήριξη, χορήγηση της θεραπευτικής αγωγής, και παρεμβάσεις σχετικά με τις φυσικές λειτουργίες¹⁸.

Πολλοί ερευνητές, επίσης, προσπαθούν να προσδιορίσουν το μέσο όρο του κόστους της νο-

σπληντικής φροντίδας ανά ασθενή σε ορισμένα DRGs.

Περιορισμός του κόστους

Περιορισμός του κόστους σημαίνει μείωσή του από τα σημερινά επίπεδα, πρόληψη παραπέρα αύξησης από τα σημερινά επίπεδα, ή μείωση του ρυθμού αύξησής του. Ανεξάρτητα από τον ορισμό που θα επιλεγεί, υπάρχουν λίγες στρατηγικές για τον περιορισμό του κόστους των ΜΕΘ¹.

Ο βασικός περιοριστικός παράγων στην κίνηση αυτού του σημαντικού θέματος είναι ότι πολλές φορές η προσπάθεια μείωσης του κόστους συνδέεται με μείωση της ποιότητας της φροντίδας.

Παρ' όλα αυτά, μερικές στρατηγικές μπορούν να επηρεάσουν θετικά τη μείωση του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας στις ΜΕΘ, χωρίς να επηρεάσουν την ποιότητα.

Ο περιορισμός του κόστους συνεπάγεται γνώση παρακολούθηση, διαχείριση και κίνητρα για την αποφυγή, μείωση και συγκράτηση του κόστους¹⁹.

Η γνώση του κόστους επικεντρώνει την προσοχή των εργαζομένων στο κόστος. Η μεταβίβαση του οικονομικού σχεδιασμού και ελέγχου σε επίπεδο μονάδων αυξάνει την επίγνωση. Η διοίκηση (managers) πρέπει να παρέχει στο προσωπικό την ανάλογη εκπαίδευση, που θα αφορά την κατάρτιση του προϋπολογισμού, πριν παραχωρήσει την ευθύνη. Πρέπει επίσης να παρέχεται οδηγός που θα περιλαμβάνει τύπους προϋπολογισμού, ημερολόγιο, και περιόδους προϋπολογισμού.

Η παρακολούθηση του κόστους επικεντρώνεται στο πόσα θα ξοδευτούν, πότε, και γιατί. Προσδιορίζεται το κόστος του προσωπικού. Αναλύονται οι παρατηρήσεις, ο απουσιασμός, και οι ασθένειες. Η ύπαρξη μιας κεντρικής λίστας υλικών προλαμβάνει την συσσώρευσή τους και επιτρέπει την αναγνώριση τυχόν απωλειών.

Η διαχείριση του κόστους επικεντρώνεται στο τί μπορεί να γίνει και από ποιόν για μείωση του κόστους. Είναι σημαντικό να υπάρχουν προγράμματα, σχεδιασμός, σκοποί, και στρατηγικές.

Χρήματα εξοικονομούνται με μέσα, όπως ύπαρξη διαθέσιμου εκπαιδευμένου προσωπικού, ώστε να υπάρχει ευελιξία στη στελέχωση σε περιόδους αυξημένων αναγκών, και σε περιόδους α-

δειών του προσωπικού, ή όταν ο αριθμός των ασθενών είναι μικρός, κατανομή του φόρτου εργασίας ανάμεσα στις βάρδιες για να ελαχιστοποιηθούν τα σημεία αιχμής (peaks), τροποποίηση/βελτίωση του συστήματος τεκμηρίωσης, βελτίωση του συστήματος παροχής των οδηγιών και χορήγησης των φαρμάκων, και μείωση του χρόνου που οι νοσηλευτές καταναλώνουν κάνοντας εργασίες μη νοσηλευτικές.

Τα κίνητρα κόστους κινητοποιούν τη μείωση του κόστους με την επιβράβευση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Πρέπει να αναγνωρίζονται οι προσπάθειες του προσωπικού με την υιοθέτηση των καλύτερων ιδεών για την εξοικονόμηση χρημάτων, με την επιβράβευση για καλή παρακολούθηση, και με την ανακήρυξη νοσηλευτή του μήνα.

Αποφυγή του κόστους σημαίνει να μην αγοράζονται υλικά, τεχνολογία και υπηρεσίες. Πρέπει να αναλύεται προσεκτικά το κόστος των υλικών και των μηχανημάτων. Συγκρίνεται το κόστος-όφελος ανάμεσα στα μιας χρήσεως και πολλαπλών χρήσεων υλικά. Αναγνωρίζονται τα πιο φθηνά και αποτελεσματικά υλικά, μηχανήματα και υπηρεσίες και αποφεύγονται τα ακριβά και λιγότερο αποτελεσματικά.

Μείωση του κόστους σημαίνει λιγότερες δαπάνες για προϊόντα και υπηρεσίες. Ο βαθμός της μείωσης εξαρτάται από το μέγεθος της μονάδας, την προηγούμενη αποδοτικότητα, τις δεξιότητες των προϊσταμένων και τη συνεργασία του προσωπικού. Το κόστος μειώνεται με προγράμματα αναπλήρωσης του προσωπικού, προγράμματα απουσιασμού που μειώνουν τις ημέρες ασθένειας, απουσιασμού και παραιτήσεων.

Ο έλεγχος (συγκράτηση) του κόστους περιλαμβάνει την αποτελεσματική χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων με προσεκτική πρόβλεψη, σχεδιασμό, επεξεργασία του προϋπολογισμού, αναφορές και παρακολούθηση.

Το κόστος της ιατρικής φροντίδας (φάρμακα, θεραπευτικές παρεμβάσεις, διαγνωστικές μελέτες - εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες και ειδικοί χειρισμοί, ιατρική συμβουλευτική από ειδικούς) ελέγχεται σχεδόν αποκλειστικά από τους γιατρούς. Επομένως πρέπει να πεισθούν οι γιατροί για την ανάγκη να κάνουν αλλαγές ή οι αλλαγές να επιβληθούν διαμέσου αλλαγής της δομής της πρακτικής τους. Πρέπει να πεισθούν ότι όλα όσα χρησιμοποιούνται στη φροντίδα των ασθενών σε ρουτίνα ίσως δεν είναι απαραίτητα.

Οι κύριες στρατηγικές που μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση του κόστους στις ΜΕΘ αφορούν την τεχνολογία, τα κριτήρια εισόδου των ασθενών, τη στελέχωση και την τεκμηρίωση.

Μείωση της τεχνολογίας. Είναι γνωστό, ότι ένα σημαντικό μέρος της δομής των ΜΕΘ είναι η τεχνολογία που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση, θεραπεία και υποστήριξη των βαριά πασχόντων. Η ταχεία τεχνολογική και φαρμακευτική εξέλιξη δέτει επιτακτικά την ανάγκη για όλο και πιο συχνή προμήθεια και ανανέωση του εξοπλισμού. Παλιά μηχανήματα αντικαθίστανται ακόμη κι όταν δουλεύουν με μικρό κόστος συντήρησης. Οι λόγοι για την αντικατάστασή τους γενικά, περιλαμβάνουν μεγαλύτερη ακρίβεια, αποδοτικότερη λειτουργία, σύνδεση με ηλεκτρονικούς υπολογιστές, παροχή περισσότερων πληροφοριών και αυτόματη λειτουργία. Σήμερα, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία που να δείχνουν ότι, σίγουρα βελτιώνουν την αποδοτικότητα και την ποιότητα της φροντίδας και ακόμη λιγότερο την έκβαση των ασθενών, γι' αυτό πριν αντικατασταθεί η παλιά τεχνολογία θα πρέπει να υπάρχουν στοιχεία ευνοϊκά για τη σχέση κόστος / όφελος¹.

Κριτήρια εισόδου των ασθενών στη ΜΕΘ.

Ενα άλλο μεγάλο θέμα είναι η είσοδος και κατανομή των ασθενών στα κρεβάτια της ΜΕΘ. Από μελέτη στις ΗΠΑ καταδεικνύεται ότι μόνο το 76% των εισαγωγών στις ΜΕΘ είχαν ανάγκη εντατικής θεραπείας, δηλ. το 24% των εισαγωγών θα μπορούσαν να νοσηλευθούν είτε σε μονάδες γενικής φροντίδας είτε σε μονάδες ενδιάμεσης φροντίδας, με 4 περίπου φορές μικρότερο κόστος²⁰.

Στελέχωση. Οι δαπάνες για το προσωπικό αναλογούν στο 50-80% του κόστους λειτουργίας των περισσότερων υπηρεσιών υγείας. Στην Αμερική περίπου 10-20 δις δολάρια το χρόνο δαπανώνται για φροντίδα σε ΜΕΘ και σε μερικά νοσοκομεία πάνω από 50% της μισθοδοσίας των νοσηλευτών καταναλώνεται για τις ΜΕΘ²¹. Το 1989 στη χώρα μας βρέθηκε ότι για τη μισθοδοσία του προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές) καταναλώνεται το 39,2% του προϋπολογισμού της ΜΕΘ².

Η στελέχωση είναι μία πολύπλοκη λειτουργία που συνίσταται από μία σειρά αλληλοδιάδοχων και αλληλοεξαρτώμενων σταδίων, όπως¹⁷:

1. Καθορισμός του τύπου και του ποσού της νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να χορηγηθεί.

2. Προσδιορισμός της κατηγορίας του νοσηλευτικού προσωπικού που πρέπει να παρέχει τη φροντίδα.

3. Πρόβλεψη του αριθμού κάθε κατηγορίας προσωπικού που απαιτείται για την παροχή της φροντίδας.

4. Επιλογή του προσωπικού.

5. Κατανομή του προσωπικού ανά βάρδια.

6. Ανάθεση της νοσηλευτικής φροντίδας κάθε ασθενή.

Για την εκτίμηση του καλύτερου επιπέδου στελέχωσης χρησιμοποιούνται δέματα, όπως κόστος, ποιότητα φροντίδας, και οι προτιμήσεις του προσωπικού²¹.

Δεν υπάρχει επιστημονικός τρόπος για τον καθορισμό των αναγκών στελέχωσης. Πολλές επαγγελματικές Νοσηλευτικές και Ιατρικές Ενώσεις έχουν προτείνει διάφορους τρόπους υπολογισμού του αριθμού και του επιπέδου εκπαίδευσης του προσωπικού που απαιτείται, αλλά συνήδως αντιπροσωπεύουν το ιδανικό και όχι τα ελάχιστα standards¹⁷. Αυτό που μέχρι σήμερα προτείνεται για τη στελέχωση των ΜΕΘ είναι ότι πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη που να επιτρέπει την 1:1 αναλογία ασθενή-νοσηλευτή σε κάθε βάρδια^{1,17}. Ο συνήθης τρόπος στελέχωσης μιας νοσηλευτικής μονάδας βασίζεται εκτός από τον αριθμό των ασθενών, τις ανάγκες φροντίδας και τις δυνατότητες του προσωπικού και στην πρόβλεψη του φόρτου εργασίας, ο οποίος μπορεί να υπολογισθεί με το μέσο όρο του αριθμού των σημείων αιχμής/βάρδια. Έχει βρεθεί ότι με μέσο όρο φόρτου εργασίας 550 σημείων αιχμής και εάν κάθε νοσηλευτής καλύπτει 100 τέτοια σημεία, το επίπεδο στελέχωσης θα είναι 5,5 νοσηλευτές άμεσης φροντίδας / βάρδια²¹.

Σε μονάδα 12 κρεβατιών το επίπεδο στελέχωσης για άμεση φροντίδα βρέθηκε ότι ήταν 5,5 νοσηλευτικές ώρες πλήρους απασχόλησης, όπως βγήκε από το μέσο όρο φροντίδας που δόθηκε στους ασθενείς. Σ' αυτό το επίπεδο χρειάζονται 800 επιπλέον βάρδιες εργασίας νοσηλευτών για όλο το χρόνο να καλύψουν σε περιπτώσεις παροδικά αυξημένου φόρτου εργασίας. Αυτό φυσικά οδήγησε στο ερώτημα, αν το επίπεδο στελέχωσης για 6,0 ή 5,0 νοσηλευτικές ώρες άμεσης φροντίδας είναι καλύτερο από αυτό των 5,5 ωρών²¹. Σε

μελέτη που έγινε στη χώρα μας σε 29 μονάδες (ΜΕΘ = 12, ΣΜ = 13, ΜΜ = 5), βρέθηκε ότι στις 12 ΜΕΘ ο μέσος απαιτούμενος νοσηλευτικός χρόνος ανά ασθενή ήταν 6,0 ώρες (στοιχεία υπό δημοσίευση).

Πώς, λοιπόν, διαφορετικές πολιτικές στελέχωσης, δαπάνες ή φόρτος εργασίας επηρεάζουν αυτό που πρέπει να είναι το καλύτερο επίπεδο στελέχωσης;

Εχει βρεθεί ότι υπάρχει μικρή διαφορά στις δαπάνες στα 3 προαναφερθέντα μοντέλα στελέχωσης, με φθηνότερη το 5,0 ωρών. Το προσωπικό προτιμάει το μοντέλο των 5,5 ωρών, αλλά η ποιότητα της φροντίδας είναι καλύτερη με το μοντέλο των 6,0 ωρών άμεσης φροντίδας/βάρδια²¹.

Η καλύτερη χρησιμοποίηση του προσωπικού διαμέσου αξιολόγησης των εργασιών που πρέπει να γίνουν, ο προσεκτικός σχεδιασμός του αριθμού και του επιπέδου του προσωπικού, η χρησιμοποίηση προσωπικού μερικής απασχόλησης και η ύπαρξη «Τράπεζας Νοσηλευτών» για την κάλυψη απρόβλεπτων κενών, περιορίζει τις απώλειες σε χρόνο. Επίσης, όταν τα ενδιαφέροντα των νοσηλευτών είναι παρόμοια με αυτά της υπηρεσίας και όταν νοιώθουν ότι εκτιμώνται, τότε είναι πιθανόν να αυξάνει η ικανοποίησή τους από την εργασία, γεγονός που οδηγεί σε μείωση των απουσιών και των παραιτήσεων²¹.

Βοηδοί νοσηλευτών. Πολλές από τις εργασίες που εκτελούν οι νοσηλευτές επαναλαμβάνονται και μπορούν να εκτελεστούν από άτομα με λιγότερη εκπαίδευση και χαμηλότερο κόστος. Η προσθήκη βοηθών νοσηλευτών είναι κοινή πρακτική σε πολλά ιδρύματα¹. Ακόμη, η τοποθέτηση γραμματέων απαλλάσσει τους νοσηλευτές από πολλές εργασίες (προμήθεια υλικών, απάντηση σε τηλεφωνικές κλήσεις, αντιγραφή προγραμμάτων, διεκπεραίωση εισιτηρίων-εξιτηρίων κ.λπ.). Σε μελέτη που έγινε σε πέντε (5) νοσοκομεία των Αθηνών, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές καταναλώνουν το 21,7% του χρόνου τους για άμεση νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους (40,6%) το καταναλώνουν σε έμμεση φροντίδα, από τον οποίο το 23% ανήκει σε γραφικές εργασίες που μπορούν να γίνουν από γραμματέα²². Η χρησιμοποίηση τέτοιου προσωπικού ελευθερώνει τους νοσηλευτές ώστε να μπορούν να ασχοληθούν με εργα-

σίες για τις οποίες είναι ειδικοί και μέχρι σήμερα δεν μπορούν.

Τεκμηρίωση

Μπορεί η παραγωγικότητα, η αποδοτικότητα και η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών να βελτιωθεί και ταυτόχρονα να εξοικονομηθούν χρήματα;

Από τότε που εμφανίστηκε η έννοια των ΜΕΘ ή των μονάδων ανάνηψης για τη βελτίωση της φροντίδας των βαριά πασχόντων ή ασταδών ασθενών, γίνονται προσπάθειες για ανάπτυξη μεθόδων συλλογής και παρουσίασης μεγάλου αριθμού πληροφοριών.

Καθώς η επαγγελματική άσκηση της νοσηλευτικής έχει επεκταθεί, έχει αυξηθεί και η ανάγκη για τεκμηρίωση των νοσηλευτικών πράξεων. Σε μελέτη που έγινε το 1985 βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ξοδεύουν κατά μέσο όρο 73' ανά 8 ώρες βάρδια στην τεκμηρίωση των στοιχείων²³. Η διαδικασία αυτή (αναγκαία για μια ποικιλία νομικών και άλλων σκοπών, π.χ. έλεγχος ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας) είναι χρονοβόρα αλλά μπορεί να εκσυγχρονιστεί και να εξοικονομηθεί χρόνος και χρήμα²⁴. Πρέπει, επομένως να αναπτυχθούν πρακτικές μέθοδοι που θα μειώνουν τις δαπανηρές επαναλήψεις στις καταγραφές των νοσηλευτών, ενώ θα αυξάνουν την ποιότητα των καταγραφόμενων παρατηρήσεων²³.

Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι: Πώς μπορούμε να εγγυηθούμε ακριβείς, πλήρεις και ευανάγνωστες νοσηλευτικές παρατηρήσεις χωρίς να καταναλώνεται πολύς νοσηλευτικός χρόνος; Μπορεί η ανάπτυξη ενός φύλλου νοσηλείας να βοηθήσει στη λύση του προβλήματος; Στις περισσότερες ΜΕΘ μέχρι σήμερα χρησιμοποιούνται φύλλα νοσηλείας τυποποιημένα ή με αφηγηματικό τρόπο²³. Σκοπός μας πρέπει να είναι η ανάπτυξη ενός συνοπτικού και περιεκτικού φύλλου το οποίο θα οδηγεί στη μείωση του χρόνου καταγραφής και θα μπορεί να μηχανογραφηθεί ώστε να είναι εύκολο στη χρήση²⁴.

Με το τυποποιημένο φύλλο νοσηλείας, το οποίο περιλαμβάνει τσεκάρισμα με ελάχιστα σχόλια και μόνο τα μη φυσιολογικά ευρήματα χρειάζονται λεπτομερειακή καταγραφή, βρέθηκε ότι ο χρόνος μειώνεται κατά 44% για τους νοσηλευτές και 53% για τους βοηθούς²⁵. Σε σχετική μελέτη