

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**



**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

Κωνσταντινίδου Εύα
Φαναριώτου Γεωργία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Δημητριάδου Αλεξάνδρα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|---------|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | Σελ. 2 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | Σελ. 4 |
| 1. Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών | Σελ. 5 |
| 1.1 Έρευνα – Στελέχωση από διπλωματούχους νοσηλευτές | Σελ. 8 |
| 2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στο νοσοκομείο | Σελ. 9 |
| 2.1 Σκοποί και στόχοι Νοσηλευτικής Υπηρεσίας | Σελ. 10 |
| 2.2 Ιεραρχική Διάρθρωση Διοίκησης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ... | Σελ. 13 |
| 2.2.1 Οργάνωση και όργανα διοίκησης | Σελ. 13 |
| 2.3 Αναλογία νοσηλευτών – αρρώστων | Σελ. 15 |
| 2.3.1 Η εικόνα του...ασθενούς | Σελ. 18 |
| 3. Ο νοσηλευτής, ο ρόλος του και η συμβολή του στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας | Σελ.19 |
| 3.1 Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή | Σελ. 19 |
| 3.2 Νοσοκομεία “Μαγνήτες” | Σελ. 20 |
| 3.3 Νοσηλευτική ευθύνη και συμβολή στην ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας | Σελ. 21 |
| 3.3.1 Εγγύηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας | Σελ. 23 |
| 4. Έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού και επιπτώσεις | Σελ. 24 |
| 4.1 Συνδυασμός προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών | Σελ.24 |
| 4.2 Έρευνα – Χαμηλά επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλή συχνότητα επιπλοκών στους ασθενείς | Σελ. 26 |
| Γραφήματα από τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών | Σελ. 27 |
| 5. Συνθήκες εργασίας νοσηλευτών | Σελ. 32 |
| 5.1 Υπερκόπωση: συνέπειες και αντιμετώπιση | Σελ. 32 |
| 5.2 Κυκλικό ωράριο: επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών | Σελ. 33 |
| 5.3 Επαγγελματική εξουθένωση: πρόληψη και αντιμετώπιση | Σελ. 34 |
| 5.4 Νοσηλευτική και έντονο άγχος: αντιμετώπιση | Σελ. 34 |
| 5.5 Βία και συνθήκες εργασίας | Σελ. 36 |
| 5.5.1 Βία και αυθαιρεσία έναντι του νοσηλευτικού προσωπικού | Σελ. 38 |
| 6. Μέτρα βελτίωσης της έκφρασης του νοσηλευτικού ρόλου | Σελ. 39 |
| 6.1 Υποκίνηση νοσηλευτικού προσωπικού | Σελ. 39 |
| 6.1.1 Μέθοδοι και τεχνικές υποκίνησης | Σελ. 40 |
| 6.2 Η δημιουργία περιβάλλοντος μάθησης | Σελ. 42 |
| 6.3 Η καλή συνεργασία: πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη νοσηλευτική | Σελ. 43 |
| 6.4 Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη ... | Σελ. 44 |
| 6.4.1 Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση | Σελ. 45 |

| | |
|--|---------|
| 6.5 Αιτίες μεταβολής του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών σε επισφαλές, με αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς | Σελ. 46 |
| 6.6 Λήψεις μέτρων – Προτάσεις σχετικά με την Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας για τους νοσηλευτές | Σελ. 47 |
| 6.7 Στρατηγικές για την Ανάπτυξη Υποστηρικτικού Περιβάλλοντος Εργασίας | Σελ. 49 |
| 6.8 Προτάσεις σχετικά με την διδασκαλία της νοσηλευτικής ηθικής .. | Σελ. 50 |
| 6.9 Οι σημαντικότερες αλλαγές που πρέπει να γίνουν για τη σωστή λειτουργία των νοσοκομείων | Σελ. 51 |
| 6.9.1 Προτάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού | Σελ. 52 |
| ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ | Σελ. 53 |
| Α. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ερωτηματολογίων | Σελ. 53 |
| Β. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ από τα δεδομένα στελέχωσης, επιπέδου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και αριθμού κλινών των νοσοκομείων | Σελ. 55 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | Σελ. 56 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | Σελ. 58 |
| ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | Σελ. 59 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | |
| I. Ερωτηματολόγια | Σελ. 61 |
| II. Διερεύνηση και προσδιορισμός επιπέδων στελέχωσης | Σελ. 68 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | Σελ. 73 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας έχει τεθεί η *στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης*. Το θέμα αυτό που εξετάζεται επηρεάζει όλο τον υγειονομικό τομέα. Η αντιμετώπισή του εξαρτάται από τις δυνατότητες διάφορων φορέων (π.χ. ιδιωτικές κλινικές), και κατ'επέκταση του κράτους. Εξαρτάται από το επίπεδο παροχών υγείας που επιθυμούμε να προσφέρουμε. Εξαρτάται από το πόσο μας απασχολεί η όσο το δυνατόν καλή κατάσταση υγείας των συνανθρώπων μας. Εξαρτάται από το πόσο αντιλαμβανόμαστε και συμμετέχουμε στις προσπάθειες αντιμετώπισης των αυξανόμενων προβλημάτων παγκοσμίως. Τα σημεία στα οποία επικεντρώθηκε το ενδιαφέρον επισήμανσης της πτυχιακής μας εργασίας αναφέρονται σε ουσιώδεις διαπιστώσεις ελλείψεων νοσηλευτικού δυναμικού, που επηρεάζουν αφενός την ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και αφετέρου την εφαρμογή των επιστημονικών γνώσεων που λαμβάνουμε.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν αναλύονται οι έννοιες του θέματός μας, καθώς και τα στοιχεία που συλλέξαμε από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων που προσεγγίσαμε. Αρχικά, αναφερόμαστε στην στελέχωση ως μια γενική έννοια, καθώς στο ακριβώς επόμενο κεφάλαιο, και εφόσον αναλύσουμε τους σκοπούς της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο, προσδιορίζουμε και ειδικότερα την έννοια της στελέχωσης μιας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ακολουθούν η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην ποιότητα παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, όπως επίσης και η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις αυτής αναλυτικότερα. Πλησιάζοντας στο τέλος του κυρίως θέματος αναφερόμαστε στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στα πλαίσια άσκησης της σύγχρονης νοσηλευτικής, καθώς και στα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για τη βελτίωση αυτής.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας μας μελετάμε και αναλύουμε τις απαντήσεις από τα ερωτήματα που καταθέσαμε στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων και των απαραίτητων για την έρευνά μας στοιχείων που λάβαμε. Τέλος, μετά από την ανάλυση και τις προτάσεις μας, παραθέτουμε τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια και τους πίνακες, όπως φυσικά και την βιβλιογραφία μας.



1. Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Σύμφωνα με την Β. Λανάρα (2004), στελέχωση είναι η τρίτη λειτουργία της διοίκησης. Μετά τον προγραμματισμό και την οργάνωση, ακολουθεί η στελέχωση με προσωπικό για να επιτευχθούν οι στόχοι του ιδρύματος υπηρεσίας. Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρηση του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση. Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα, όπως εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά κ.α. Αυτά χρησιμοποιούνται σαν βάση για την προσέλκυση, επιλογή, πρόσληψη, αμοιβή και κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση.

Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα προγράμματα του προσωπικού. Πολλοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό στελέχωσης. Ο James P.T.J (1998) ισχυρίζεται ότι είναι απαραίτητος ο προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας, μία διαδικασία εκτίμησης των τρεχουσών αλλά και των μελλοντικών αναγκών υγείας σε προσωπικό ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις (ελλείψεις, αδυναμία ανανέωσης προσωπικού). Σύμφωνα με την Β. Λανάρα (2004), όσο πιο ακριβής είναι η εκτίμηση της συγκεκριμένης κατάστασης, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα περιορισμού κόστους με ταυτόχρονη παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η καλή οργάνωση αποτελεί τη βάση της επιτυχίας μιας οποιασδήποτε υπηρεσίας – ιδρύματος.

Στα μεγαλύτερα και πολυπλοκότερα οργανωμένα σύνολα, πολυπλοκότερες είναι οι ανθρώπινες σχέσεις και τα προκύπτοντα προβλήματα.

Η Λανάρα (2004) υποστηρίζει πως ενώ τα τεχνικά και οικονομικά προβλήματα επιδέχονται τυποποιημένες λύσεις, τα προβλήματα του

ανθρώπινου παράγοντα σπάνια επιδέχονται παρόμοιες λύσεις και τότε μόνον υπό περιορισμένη μορφή. Τα θέματα του ανθρώπινου παράγοντα απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό και εξειδικευμένες γνώσεις, ώστε να δημιουργηθούν οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την επιτυχία ενός ιδρύματος. Ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί επικερδή επένδυση, η οποία μακροχρόνια αποδίδει στον οργανισμό πλεονεκτήματα ανυπολόγιστης αξίας.

Σύμφωνα με τους Πολύζο, Υφαντόπουλο (2001), στις χώρες του ΟΟΣΑ η υγεία απασχολεί περίπου το 5% του εργατικού δυναμικού. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ'επέκταση τη στάθμη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, εκτός από την πληθώρα γιατρών. Ο τομέας υγείας είναι υποστελεχωμένος. Σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), με μέσο ποσοστό απασχόλησης 4,6% του εργατικού δυναμικού, η Ελλάδα παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό απασχολουμένων στην υγεία, το οποίο όμως έχει βελτιωθεί την τελευταία 10ετία και φθάνει το 3,5% περίπου του εργατικού δυναμικού.

Σύμφωνα με την Β. Λανάρα (2004), η νοσηλευτική διοίκηση έχει στενή συνεργασία με την υπηρεσία προσωπικού, εφόσον απασχολεί τον μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων του ιδρύματος, ιδιαίτερα για τη προσπάθεια προσέλκυσης και διατήρησης κατάλληλων νοσηλευτών, που άλλωστε αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα. Κύριο μέλημα της νοσηλευτικής διοίκησης είναι η πρόσληψη και παραμονή ικανών νοσηλευτών για αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν, πως η στελέχωση έχει δύο κύρια στοιχεία:

- Πλαίσιο – υπόδειγμα, που δείχνει πόσο προσωπικό και ποιας κατηγορίας πρέπει να υπάρχει στην υπηρεσία σε κάθε μονάδα, σε κάθε ωράριο εργασίας, για κάθε ημέρα.
- Πρόγραμμα στελέχωσης, ένα σχήμα μαθηματικά βγαλμένο που δείχνει πόσα άτομα και ποιας κατηγορίας πρέπει να υπάρχουν για να εφαρμόζεται το πλαίσιο – υπόδειγμα. (Λανάρα, 2004 - Buchanan, 1989 – McCalman, 1989)

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται υπόδειγμα στελέχωσης για μια νοσηλευτική μονάδα.

| Πίνακας 1. Στελέχωση Νοσηλευτικής Μονάδας X | | | | | | |
|--|-----|--|------------|---|------------|---|
| Ωράριο : | 7-3 | | 3-11 | | 11-7 | |
| Προϊστάμενος | 1 | | Νοσηλευτές | 3 | Νοσηλευτής | 1 |
| Νοσηλευτές | 5 | | Βοηθοί | 2 | Βοηθοί | 2 |
| Βοηθοί | 3 | | | | | |
| Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού | 9 | | | 5 | | 3 |

Η Β. Λανάρα (2004) τονίζει ότι, η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας γενικά είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητας, των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της

έλλειψης ή περίσσειας ορισμένων κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού. Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμη πιο δύσκολη εξαιτίας πολλών παραγόντων που εμπλέκονται κυρίως από την μόνιμη σχεδόν, έλλειψη νοσηλευτών. Γεγονός είναι ότι υπάρχει έλλειψη καταρτισμένο νοσηλευτικού προσωπικού σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, με επίπτωση την ανεπαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και υποβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας.

Συνεχίζοντας, η Β. Λανάρα (2004) υποστηρίζει ότι, διάφοροι παράγοντες, φυσικοί, κοινωνικό-οικονομικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί επηρεάζουν τη στελέχωση. Ορισμένοι από αυτούς μπορεί να προβλεφθούν και να ελεγχθούν, άλλοι δύσκολα ελέγχονται. Ο έλεγχος γίνεται ακόμα πιο δυσχερής, γιατί κάθε χώρα και κάθε οργανισμός υγείας παρουσιάζει μοναδικότητα. Μοναδικότητα ως προς τη δομή του πληθυσμού, τον τύπο νοσηρότητας και θνητότητας, τις πολιτιστικές αξίες, τις πολιτικές τοποθετήσεις, τις πηγές που διαθέτει και τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης.

Σύμφωνα με τον James P.T.J(1998), είναι αναγκαία η ελεγχόμενη ροή των εργαζομένων δηλαδή η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ αποχωρήσεων(π.χ συνταξιοδότηση, αλλαγή Οργανισμού κτλ.) και προσλήψεων νέων στελεχών. Επίσης, αναφέρει ότι η στελέχωση θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να διασφαλίζεται επαρκής, ασφαλής και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα για όλους τους ασθενείς 24 ώρες/ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα και 52 εβδομάδες το χρόνο. Απώτερος στόχος της στελέχωσης είναι η άριστη φροντίδα και η υψηλή παραγωγικότητα.

Πίνακας Προσόντα στελεχών στις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων ΕΣΥ (1995) .

| Θέσεις/ βαθμίδα | ΠΕ Νοσοκομείου | ΤΕ Νοσοκομείου | ΤΕ Επισκεπτριών | ΤΕ ΑΝ | ΤΕ ΕΕΣ | ΤΕ Λοιποί | ΤΕ Ζετούς | ΤΕ Εξωτερικού | ΤΕ Μαιών | ΤΕ Σύνολο | ΔΕ Νοσοκομείου |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------|-----------|--------------|--------------|------------------|-------------|--------------|-------------------|
| Διευθυντής-Διευθύνουσα | 17 | 23 | 8 | 28 | 6 | 20 | 7 | 3 | 2 | 97 | |
| Τομέαρχης Παθολογίας | 9 | 13 | 5 | 32 | 1 | 24 | 4 | 1 | 2 | 82 | |
| Τομέαρχης Χειρουργικής | 7 | 24 | 7 | 29 | 1 | 20 | 3 | 1 | 3 | 88 | |
| Τομέαρχης Εργαστηρίων | 4 | 7 | 4 | 11 | | 10 | | | 2 | 34 | |
| Τομέαρχης Ψυχιατρικής κ.λπ. | 2 | 9 | 2 | 8 | | 2 | | | 6 | 27 | |
| Επιμέρους σύνολα | 39 | 76 | 26 | 108 | 8 | 76 | 14 | 5 | 15 | 328 | |
| % | 12 | 23 | 8 | 31 | 2 | 23 | 4 | 2 | 5 | | |
| Προϊστάμενοι τμημάτων | 12 | | | | | | | | | 1.214 | 14 |
| Λοιποί* | 106 | | | | | | | | | 10.000 | 15.000 |
| Γενικά σύνολα | 157 | | | | | | | | | 11.542 | 15.014 |
| % | 0,6 | | | | | | | | | 43,2 | 65,2 |

* Οι ΠΕ αφορούν στο σύνολο των νοσοκομείων όπου δόθηκαν στοιχεία, οι ΤΕ-ΔΕ είναι εκτιμήσεις από στοιχεία του Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας

ΑΝ: Αδελφών Νοσοκόμων, ΕΕΣ: Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

ΠΕ: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική Εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Πηγή: Νοσοκομεία ΕΣΥ, ίδιοι υπολογισμοί, 1995

Επίσης, σύμφωνα με τους Giovanetti (1978) και McGillis Hall (2005), θα μπορούσαμε να πούμε πως ένας σημαντικός ορισμός της στελέχωσης, τη συνδέει και με τον αριθμό καθώς και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή(Giovanetti 1978 όπως αναφέρεται στον McGillis Hall 2005). Διάφοροι συγγραφείς έχουν συνειδητοποιήσει ότι η στελέχωση βρίσκεται υπεράνω αριθμών και έχουν συμπεριλάβει και άλλες μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν την κάλυψη των ασθενών και την παροχή της ασφαλούς φροντίδας. Αυτές οι μεταβλητές συμπεριλαμβάνουν τον φόρτο εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, την αποδοτικότητα και την

αποτελεσματικότητα των δαπανών, την πολυπλοκότητα του ασθενούς και το επίπεδο ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η Β. Λανάρα (2004) καταλήγει στο ότι το πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να είναι αποτέλεσμα αφενός μεν προσεκτικής εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αφετέρου δε του αριθμού και της κατηγορίας του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για να καλύψει αυτές τις ανάγκες.

1.1 Έρευνα-Στελέχωση από διπλωματούχους νοσηλευτές

Σύμφωνα με πολλούς επιστήμονες, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα, με την έννοια του αριθμού ωρών που προσφέρονται προς τον κάθε ασθενή, μπορούν να μειώσουν τους θανάτους στα νοσοκομεία και να διαφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψή τους.

Τα νοσοκομεία τα οποία είναι επαρκώς στελεχωμένα με διπλωματούχους εγγεγραμμένους νοσηλευτές και έχουν λιγότερο νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλότερα προσόντα, έχουν λιγότερους θανάτους και επιπλοκές μεταξύ των ασθενών τους. (Cangelosi, Markham, Bounds ,1998)

Οι διαπιστώσεις αυτές, που έχουν μια ιδιαίτερη σημασία σε μία εποχή που υπάρχει έλλειψη προσοντούχων εγγεγραμμένων νοσηλευτών, προέκυψαν από μία μεγάλη έρευνα που έγινε σε 6,2 εκατομμύρια ασθενείς σε 799 νοσοκομεία, το 1997 στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ εξέτασαν την επίδραση της ποιότητας και του χρόνου της νοσηλευτικής φροντίδας που είχαν οι ασθενείς.

Ανάλυσαν το χρόνο νοσηλευτικής φροντίδας που είχαν οι ασθενείς όπως επίσης και τα διάφορα επίπεδα προσόντων που είχε το νοσηλευτικό προσωπικό που τους φρόντιζε. (Bounds,1998)

Οι νοσηλευτές βασικά διαχωρίζονται στην έρευνα σε τρία επίπεδα: οι εγγεγραμμένοι διπλωματούχοι νοσηλευτές που είναι το υψηλότερο επίπεδο, οι αδειούχοι πρακτικοί νοσηλευτές με μόνο ένα χρόνο εκπαίδευσης, χωρίς δίπλωμα και τέλος οι νοσηλευτικοί βοηθοί που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. (Markham F.S ,1998)

Για τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε θαλάμους παθολογίας και χειρουργικής, τα ευρήματα τους έδειξαν ότι οι ασθενείς που απολάμβαναν περισσότερο χρόνο φροντίδας από διπλωματούχους νοσηλευτές, παρουσίαζαν λιγότερες επιπλοκές, μικρότερο χρονικό διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο και λιγότερους θανάτους σε σύγκριση με ασθενείς που είχαν χαμηλότερο επίπεδο και χρόνο φροντίδας.

Οι ασθενείς που απολάμβαναν φροντίδα από άρτια εκπαιδευμένους νοσηλευτές παρουσίαζαν κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο λιγότερα επεισόδια ουρολοίμωξης, πνευμονίας, καρδιακής ανακοπής, κατάπληξης και αιμορραγίας του στομάχου και του πεπτικού συστήματος. (Cangelosi – Markham, 1998)

Τα συμπεράσματα της σημαντικής αυτής έρευνας, στα οποία κατέληξαν οι Cangelosi, Markham και Bounds (1998) είναι ότι τα νοσοκομεία πρέπει να στελεχώνονται από επαρκή αριθμό διπλωματούχων εγγεγραμμένων νοσηλευτών στο υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής κατάρτισης.

Δεν πρέπει να αντικαθιστούνται για διάφορους λόγους, οι νοσηλευτικοί αυτοί λειτουργοί υψηλού επιπέδου, με άλλους λιγότερο ή ανεπαρκώς καταρτισμένους νοσηλευτές.

Παράλληλα εμείς θα προσθέσουμε ότι ακόμη και οι πλέον προσοντούχοι νοσηλευτές θα πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας.

Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η διαχρονική επάρκεια των δεξιοτήτων τους.

Αναμφίβολα τα ευεργετικά αποτελέσματα της συνεχούς εκπαίδευσης των νοσηλευτών, θα μεταφραστούν με λιγότερους θανάτους και επιπλοκές μεταξύ των ασθενών με σημαντικό οικονομικό όφελος στην κοινωνία.

Οι αρμόδιες αρχές υπεύθυνες για την στελέχωση των νοσοκομείων θα πρέπει να μεριμνούν να υπάρχει πάντοτε επαρκής αριθμός διπλωματούχων νοσηλευτικών λειτουργιών και παράλληλα να φροντίζουν για τη συνεχή εκπαίδευση τους.

2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στο νοσοκομείο

Σύμφωνα με την Β. Λανάρα (2004), η εικόνα του νοσοκομείου που δημιουργείται στην κοινωνία εξαρτάται από τη νοσηλευτική υπηρεσία και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν υπάρχει καθαριότητα, υλικό, καθαρός ιματισμός, καλό φαγητό κ.λ.π. δεν αρκούν για να δημιουργήσουν την καλή εντύπωση. Η συμπεριφορά των νοσηλευτών και η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλείας είναι τα κριτήρια για το κοινό. Φυσικά, και οι ιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου αλλά αυτό μόνον δεν αρκεί. Οι άρρωστοι και οι συγγενείς έρχονται σε συνεχή επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό και έχουν ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας.

Κύριος σκοπός της διοίκησης της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να εξασφαλίζει την κατάλληλη οργάνωση, ανάλογους κανονισμούς και αρμόζουσα πολιτική αλλά και επαρκές και κατάλληλο προσωπικό, για να ικανοποιεί τις νοσηλευτικές και ανθρωπιστικές ανάγκες των αρρώστων. Αυτό φαίνεται απλό, στην πράξη είναι πάρα πολύ δύσκολο επίτευγμα. Μερικές από τις δυσκολίες οφείλονται στο ότι, δεν υπάρχουν ξεκαθαρισμένοι ρόλοι ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, δεν είναι σαφές ποια είναι νοσηλευτικά και ποια μη νοσηλευτικά καθήκοντα και εργασίες, ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ προϊσταμένων νοσηλευτών και προϊσταμένων άλλων υπηρεσιών, ποιες οι σχέσεις νοσηλευτικής διεύθυνσης και των άλλων διευθύνσεων του νοσοκομείου.



2.1 Σκοποί και στόχοι Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Σύμφωνα με την Β. Λανάρα (2004), ο κυριότερος σκοπός των περισσότερων νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους. Ορισμένοι ερευνητές εκλαμβάνουν το πρωταρχικό αυτό σκοπό σα διαδικασία νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων, δηλαδή το ότι γίνεται για τον άρρωστο. Άλλοι ότι ισοδυναμεί με τα αποτελέσματα, τι έμαθε ο άρρωστος. Η θεώρηση των σκοπών εξαρτάται από τις θεωρίες της νοσηλευτικής και τη φιλοσοφία που κυριαρχούν στη νοσηλευτική υπηρεσία.

Άλλοι σκοποί δημιουργούνται από τη σύνθεση της νοσηλευτικής και της διοίκησης. Διοικητικές αξίες και μέθοδοι όπως οι σχετικές με την οικονομία και την αποτελεσματικότητα υπεισέρχονται στη νοσηλευτική διοίκηση. Αυτοί οι σκοποί είναι αποφασιστικοί για την επίτευξη των νοσηλευτικών στόχων. Ενώ ένας προϊστάμενος επιχείρησης αποβλέπει σε άμεσο οικονομικό κέρδος ακόμα και στη κατώτερη βαθμίδα, το αντίθετο απαιτείται από την νοσηλευτική. Στη νοσηλευτική, η διοικητική ικανότητα και η οικονομία, προσπαθούν μαζί όσο το δυνατόν να επιτύχουν τους νοσηλευτικούς σκοπούς σε ποσοτικές ή ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες. Αν και οι σκοποί αυτοί είναι αποφασιστικοί και σημαντικοί σε μία κοινωνία που γνωρίζει τους περιορισμούς στους πόρους και τις πηγές της, ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, καλείται να βρει τρόπους κάλυψης των νοσηλευτικών σκοπών με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Επίσης πρέπει να αναγνωρίζει ότι η υγεία ή η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί μια κοινωνική αξία. Δεν μπορεί να προωθηθεί σαν κάτι το απόλυτο. Πρέπει να προωθείται αναλογικά και σε σχέση με άλλες κοινωνικές αξίες και ανάγκες. (Β. Λανάρα, 2004)

Δεν είναι δυνατόν όμως να συζητά κανείς για σκοπούς, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα εμπόδια που υπάρχουν για τη πραγμάτωση τους. Αν ο

διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας μονομερώς αποβλέπει στην πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών και αγνοεί τα πιεστικά προβλήματα, οπωσδήποτε θα συναντά δυσκολίες στη βελτίωση της υπηρεσίας ή του τμήματος. Αν καταναλίσκει όλο το χρόνο στη λύση τρεχόντων προβλημάτων, «να σβήνει φωτιές», η νοσηλευτική υπηρεσία δεν πρόκειται ποτέ να προοδεύσει και να ξεπεράσει την αρχική της φάση. Επομένως, η ισορροπία μεταξύ μελλοντικής κατεύθυνσης και αντιμετώπισης των παρόντων προβλημάτων είναι το κλειδί κάθε επιτυχημένης και αποτελεσματικής διοίκησης. (B. Λανάρα, 2004 - Ανδριώτη, 1994)

Σύμφωνα με την B. Λανάρα (2004), ο σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας περιλαμβάνει τις ακόλουθες έννοιες :

- Παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους.
- Πρόβλεψη και υποστήριξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Πρόβλεψη και υποστήριξη ερευνητικών προσπαθειών.

Μερικά παραδείγματα :

- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει ποιοτική νοσηλεία σε όλους τους αρρώστους που εισάγονται στο νοσοκομείο (επιθυμητή οργάνωση).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε άρρωστο με τη μέθοδο αντιμετώπισης των προβλημάτων του (επιθυμητή μέθοδος).
- Σκοπός της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι να εξασφαλίσει για τον κάθε άρρωστο ικανοποιητική ανάρρωση και διατήρηση της υγείας του στο δυνατότερο εφικτό βαθμό (επιθυμητά αποτελέσματα). (B. Λανάρα, 2004)

Σκοποί νοσηλευτικής υπηρεσίας

- ❖ Παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο στα εξωτερικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών. (B. Λανάρα, 2004 – Νιάκας, 2003)
- ❖ Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού (δύο νοσηλευτές προς ένα βοηθό) για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τεθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων. (B. Λανάρα, 2004 – Παπαδημητρίου, 2003)
- ❖ Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών μάθησης φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών

της νοσηλευτικής, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, εκτός του ιατρικού. (B. Λανάρα, 2004 – Παπαδημητρίου, 2003)

- ❖ Η ανάπτυξη και η υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και η εφαρμογή των ευρημάτων τους. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ Η συμμετοχή των νοσηλευτών στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ Η από κοινού συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. (B. Λανάρα, 2004)

Παραδείγματα στόχων και αντικειμενικών σκοπών νοσηλευτικής υπηρεσίας

- ❖ **Στόχος 1.** Τα προγράμματα ανάπτυξης προσωπικού συνεχίζουν να αποκτούν μεγάλη σημασία λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων και της αυξανόμενης εξειδίκευσης. Σχεδιάζονται ώστε να καλύπτουν τις αυξημένες ανάγκες για νέες γνώσεις και ανάπτυξη ηγεσίας. (B. Λανάρα, 2004)

Σκοπός. Βελτίωση αποτελεσματικότητας και καταλληλότητας προγραμμάτων ανάπτυξης προσωπικού με έμφαση στη κλινική εξειδικευμένη γνώση και στη διοίκηση.

- i. Συνέχιση ανάπτυξης εφαρμογής και αξιολόγησης προβλημάτων νοσηλευτικού προσωπικού.
 - ii. Αξιολόγηση και κατάλληλη τροποποίηση του συνεχιζόμενου προγράμματος προσανατολισμού των προϊσταμένων νοσηλευτών.
 - iii. Ανάπτυξη προσανατολισμού και προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους υπεύθυνους νοσηλευτικών ομάδων.
 - iv. Αξιολόγηση της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας τους προγράμματος εκπαίδευσης βοηθών νοσηλευτών και του ρόλου τους, καθώς και πρόταση ενδεικνυομένων εναλλακτικών λύσεων. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ **Στόχος 2.** Η χρησιμοποίηση του προσωπικού να είναι κατάλληλη και αποτελεσματική με υπευθυνότητα και εργασίες ασκούμενες σύμφωνα με την εκπαίδευση, τις γνώσεις και τις ικανότητες. (B. Λανάρα, 2004)

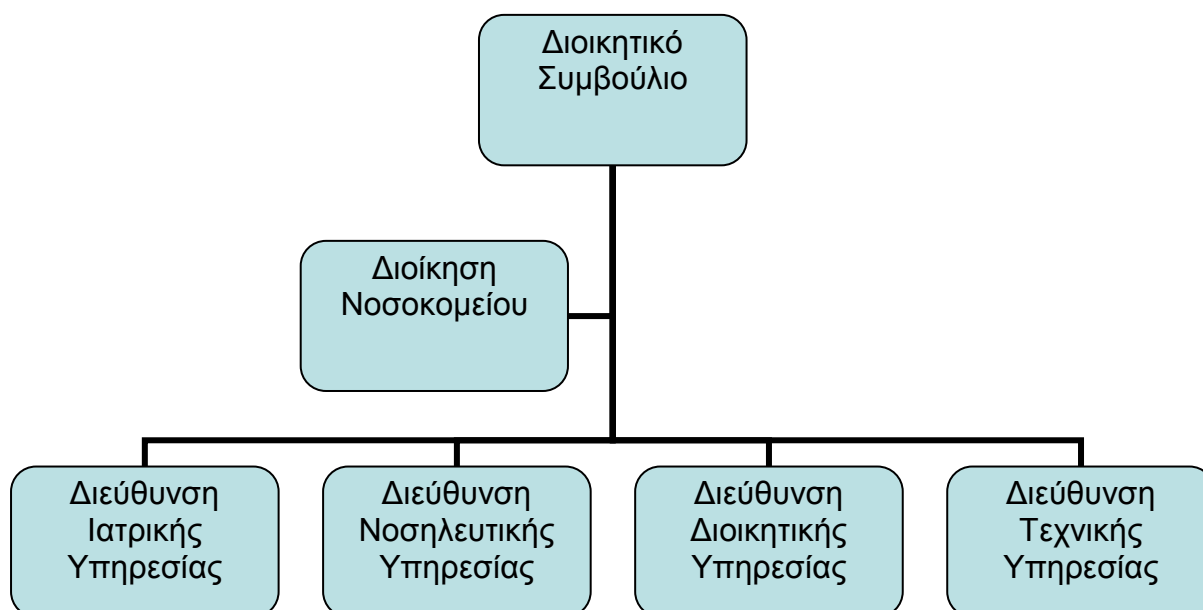
Σκοπός. Αξιολόγηση και βελτίωση καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας του προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

- i. Αύξηση χρησιμοποίησης συμβουλευτικής μεταξύ του προσωπικού των διαφόρων μονάδων της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
 - ii. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας κόστους της μεθόδου εργασίας πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής.
 - iii. Αξιολόγηση διαφόρων μεθόδων στελέχωσης λαμβάνοντας υπόψη την ευελιξία του ωραρίου. (B. Λανάρα, 2004)
- ❖ **Στόχος 3.** Οι δαπάνες και το κόστος φροντίδας υγείας απασχολεί πολύ και εμφανίζεται με την εφαρμογή εξωτερικών ελέγχων. Όλες οι νοσηλευτικές θέσεις πρέπει να δικαιολογούνται σύμφωνα με ειδικές και αξιόπιστες, έγκυρες μεθόδους. (B. Λανάρα, 2004)

Σκοπός. Αξιολόγηση του τύπου προγραμμάτων στελέχωσης κάθε περιοχής νοσηλευτικής φροντίδας.

- i. Συμπλήρωση και εφαρμογή της μεθόδου ταξινόμησης ασθενών σε όλες τις κλινικές νοσηλευτικές μονάδες.
- ii. Χρησιμοποίηση στοιχείων και πληροφοριών για σύγκριση μεταξύ ωρών που διατέθηκαν και ωρών που απαιτούνται για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, προκειμένου να γίνει προσαρμογή του προγράμματος στελέχωσης. (Λανάρα, 2004)

2.2 Ιεραρχική Διάρθρωση Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



Σχέδιο 2. Οργανόγραμμα: Οργάνωση και όργανα διοίκησης

2.2.1 Οργάνωση και όργανα διοίκησης

Σύμφωνα με τον Νιάκα (2003), τα όργανα διοίκησης ενός Νοσοκομείου διαιρούνται σε επιτελικά και γραμμής. Τα ανώτατα επιτελικά όργανα διοίκησης είναι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής με σύνθεση και αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Ν. 2889/2001, καθώς και στον Ν.3329/2005. Το Επιστημονικό Συμβούλιο και η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων αποτελούν επιτελικά όργανα και το ίδιο ισχύει για το Τμήμα Πληροφορικής και Οργάνωσης, τη Γραμματεία Διοικητικού Συμβουλίου και το Γραφείο Υποδοχής Ασθενών που υποβοηθούν το έργο της Διοίκησης. Τα όργανα γραμμής απαρτίζονται από τις υπηρεσίες Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική και την ιεραρχική ανάπτυξη τους. Ως όργανα γραμμής θεωρούνται και τα Κέντρα Υγείας που εποπτεύονται από το Νοσοκομείο μέχρι να καθορισθεί με σχετική Υπουργική Απόφαση το καθεστώς υπαγωγής τους.

Ο Νιάκας (2003) και τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2000), υποστηρίζουν ότι το **Διοικητικό Συμβούλιο** είναι επταμελές και συγκροτείται με Υπουργική Απόφαση. Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που αφορούν κυρίως

στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την επέκταση και βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων και γενικότερα την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Είναι το ανώτερο διοικητικό όργανο του οργανισμού.

Ο **Διοικητής** προϊστάται όλων των Υπηρεσιών και έχει τη γενική και ειδική ευθύνη της διοίκησης και της λειτουργίας του Νοσοκομείου και είναι υπεύθυνος για την εξασφάλιση της ομαλής και εύρυθμης λειτουργίας του.

Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται ο **Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας** ο οποίος είναι ιατρός Διευθυντής και είναι αρμόδιος για την εύρυθμη λειτουργία της Ιατρικής Υπηρεσίας. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς, ο καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από Τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο.

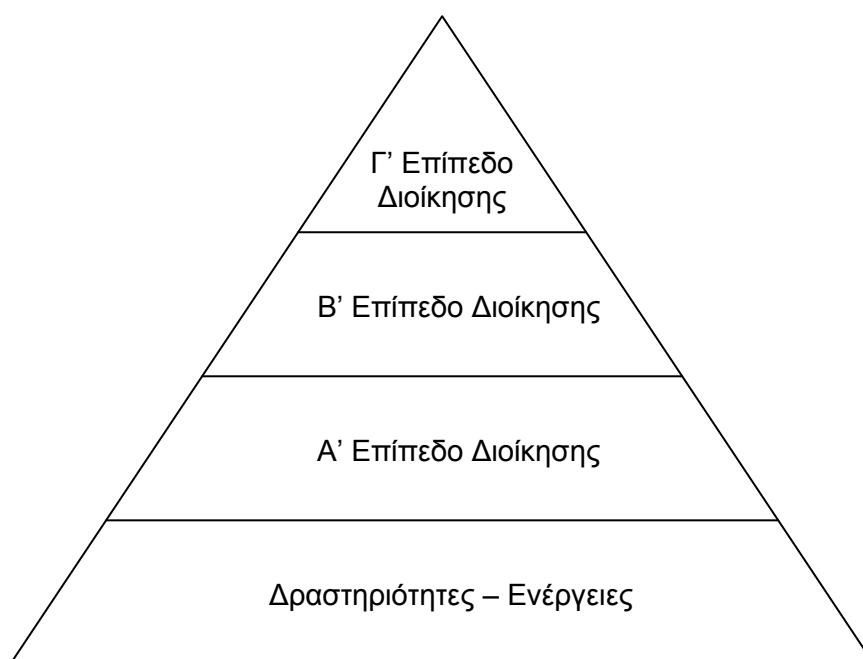
Σύμφωνα με τους Σιγάλα (1999) και Αλεξιάδη (1999), στην Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και έχει την ευθύνη και τη μέριμνα για την ορθή παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Τομείς που εξυπηρετούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στην Διοικητική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας και έχει την ευθύνη και την μέριμνα για το συντονισμό και τον έλεγχο των εργασιών των Τμημάτων της Διοικητικής Υπηρεσίας. (<http://www.gnkaterini.gr/home/hospital.htm>)

Σύμφωνα με την Λανάρα (2004), η διοίκηση συνήθως χωρίζεται σε τρία επίπεδα :

- Α' επίπεδο : Προϊστάμενος νοσηλευτικής μονάδας
- Β' επίπεδο : Τομεάρχης
- Γ' επίπεδο : Διευθυντής νοσηλευτικών υπηρεσιών

Το παρακάτω σχήμα παρουσιάζει τα επίπεδα διοίκησης με πυραμίδα:



Σχήμα 2. Επίπεδα διοίκησης

Τα στελέχη ανεξάρτητα από το επίπεδο διοικητικής ευθύνης στον οργανισμό, ασκούν κυρίως τέσσερις λειτουργίες :

- Σχεδιασμού – προγραμματισμού
- Οργάνωσης
- Διεύθυνσης – Συντονισμού
- Ελέγχου

Άλλος τρόπος προσδιορισμού του έργου των στελεχών, είναι η εκτίμηση των δραστηριοτήτων που ασκούν. Ο χρόνος που διατίθεται για τις διάφορες δραστηριότητες κατά επίπεδο διοίκησης παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα.

| | Α' Επίπεδο Διοίκησης Προϊστάμενος | Β' Επίπεδο Διοίκησης Τομέαρχης | Γ' Επίπεδο Διοίκησης Διευθυντής |
|-----------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Προγραμματισμός | 15% | 18% | 28% |
| Οργάνωση | 24% | 33% | 36% |
| Διεύθυνση | 51% | 36% | 22% |
| Έλεγχος | 10% | 13% | 14% |

Σχήμα 3. Καταμερισμός χρόνου κατά δραστηριότητα ανά επίπεδο διοίκησης

Όπως εμφανίζεται στο σχήμα αυτό, σύμφωνα με την Λανάρα (2004), το σημαντικότερο στοιχείο αυτών των ερευνών είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου (51%) όλων των δραστηριοτήτων, καταναλίσκεται στη περιοχή διεύθυνσης – συντονισμού – άσκησης ηγετικών καθηκόντων κατά το Α' Επίπεδο Διοίκησης. Αυτό και μόνο δείχνει την επιτακτική ανάγκη εστίασης της προσοχής αρχικής διδασκαλίας διοίκησης σ' αυτή τη περιοχή. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά βοηθούν στην ανάπτυξη προγραμμάτων νοσηλευτικής διοίκησης προπτυχιακών και μεταπτυχιακών για κατάρτιση στελεχών υπηρεσιών υγείας.

2.3 Αναλογία νοσηλευτών – αρρώστων

Η Ελλάδα έχει 18.691 πτυχιούχους νοσηλευτές, ενώ θα έπρεπε, με βάση τις σύγχρονες προδιαγραφές νοσηλείας που προβλέπει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), για τα μέτρα και τα δεδομένα της χώρας μας, να ήταν 110.000! (Άρθρο από την εφημερίδα Έθνος, Οκτώβριος 2006)



Ακόμη όμως και με βάση τους «οργανισμούς» των νοσοκομείων, που είναι ήδη ξεπερασμένοι και χρειάζονται αναμόρφωση, τα κενά ξεπερνούν τις 15.000 θέσεις νοσηλευτών.

Σύμφωνα με άρθρο της εφημερίδας Έθνος, Οκτώβριος 2006, παρά τα διαπιστωμένα εδώ και χρόνια κενά, το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ, σύμφωνα με τα στοιχεία προσλήψεων και αποχωρήσεων, όχι μόνο δεν αυξήθηκε από το 2004, αλλά είναι μειωμένο κατά 654 άτομα!

Τα δεκάδες νέα νοσοκομεία που έχουν ανεγερθεί τα τελευταία χρόνια εξακολουθούν σήμερα να λειτουργούν με τρομακτικές ελλείψεις, αφού ανεστάλησαν τα προγράμματα προσλήψεων, ενώ οι όποιες αποσπασματικές τοποθετήσεις δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από τις αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης, παραιτήσεων κ.λπ.

Το 2004, το 2005 και στα τρία πρώτα τρίμηνα του 2006 προσλήφθηκαν συνολικά 2.043 άτομα μη ιατρικού προσωπικού και αποχώρησαν 2.697.

Σε μια νοσηλεύτρια ελληνικού νοσοκομείου, που εργάζεται σε χειρουργείο ή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ή Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), ανατίθενται καθήκοντα που αναλογούν στη δουλειά 4 συναδέλφων της!

Στις παθολογικές και άλλες κλινικές, όπου τα περιστατικά είναι ηπιότερα ως προς την επικινδυνότητά τους, μια νοσηλεύτρια κάνει τη δουλειά 8 συναδέλφων της!

«Στην καθημερινή ζωή, μέσα στα νοσοκομεία, η έλλειψη νοσηλευτών σημαίνει δυσλειτουργίες, κούραση του προσωπικού που εργάζεται περισσότερο, έλλειψη αποτελεσματικής εξυπηρέτησης των ασθενών, εντάσεις μεταξύ προσωπικού και συγγενών και όπως αποδεικνύουν σχετικές έρευνες και αύξηση -δυστυχώς- της θνησιμότητας των ασθενών», επισημαίνει στο «Έθνος της Κυριακής», 2006, ο νοσηλευτής Χρήστος Παναγιούλης.

Σε άρθρο της εφημερίδας Έθνος της Κυριακής (2006), τονίζεται ότι, υπάρχουν περιπτώσεις όπου σε κοινούς θαλάμους νοσοκομείων υπάρχουν διασωληνωμένοι ασθενείς, δηλαδή λειτουργούν σαν... ΜΕΘ, όπου όμως, λόγω έλλειψης προσωπικού, τους ασθενείς φροντίζουν οι συγγενείς τους! Και αυτό, χωρίς τις στοιχειώδεις προφυλάξεις για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Προφυλάξεις που στα ελληνικά νοσοκομεία δεν τηρεί επαρκώς ούτε το μόνιμο προσωπικό των ΜΕΘ.

Άγνωστη «έννοια» για τη χώρα μας εξακολουθεί να παραμένει «η ελάχιστη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενή», κάτι που ήδη εφαρμόζεται διεθνώς.

«Είναι διαφορετική η φροντίδα για περιστατικά υψηλού κινδύνου που νοσηλεύονται στα χειρουργεία, ΜΕΘ, ΜΑΦ, σε σχέση με τους θαλάμους παθολογικών και άλλων κλινικών με ηπιότερα περιστατικά», τονίζει στο «Έθνος της Κυριακής» 2006, ο Γιώργος Τσόλας, πρόεδρος νοσηλευτών της Α Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

«Στην πρώτη περίπτωση, για κάθε ασθενή, σύμφωνα με όσα προβλέπει ο ΠΟΥ, αναλογούν 5 νοσηλευτές, συν ένας υπεύθυνος, ενώ στη χώρα μας ένας νοσηλευτής φροντίζει 3 κρεβάτια!

Στις κλινικές πρέπει για κάθε 20 κρεβάτια να κάνουν βάρδια 12 νοσηλευτές το 24ωρο συν δύο, που αναπληρώνουν όσους έχουν ρεπό. Δηλαδή σε 5 κρεβάτια αναλογεί ένας νοσηλευτής. Όμως, στη χώρα μας ένας νοσηλευτής έχει να φροντίσει 35 με 40 κρεβάτια!».

Πρόσφατη διεθνής έρευνα μεγάλης κλίμακας για την αναλογία νοσηλευτών - ασθενών έδειξε ότι ο βέλτιστος φόρτος εργασίας για έναν νοσηλευτή ήταν 4 ασθενείς και όταν η αύξηση φόρτου έγινε 6, οδήγησε σε αύξηση της θνησιμότητας κατά 14% μέσα σε 30 ημέρες!

”Δεν μπορούμε να εξυπηρετούμε 30-40 ασθενείς ταυτόχρονα”

Η Μαρία Βυθούλκα, Νοσηλεύτρια στο Γ.Ν.Θ Γ.Γεννηματάς, υποστηρίζει στο Έθνος της Κυριακής, 2006 ότι «είναι αλήθεια ότι δεν επαρκεί το προσωπικό και δεν προλαβαίνουμε να εξυπηρετήσουμε τους ασθενείς όσο θα θέλαμε και όσο πρέπει. Δεν είναι καθόλου ευχάριστο να χτυπούν συγχρόνως τα κουδούνια από διαφορετικούς θαλάμους και να πρέπει να καλύψουμε τις ανάγκες 30-40 ασθενών που χρειάζονται κάτι επείγοντως και ταυτόχρονα να τρέχουμε να φροντίζουμε για φάρμακα, κρεβάτια, ορούς κ.λπ. και να προσπαθούμε να τους εξυπηρετήσουμε όλους. Συχνά δεν έχουμε την κατανόηση των συγγενών και δημιουργούνται εντάσεις σε βάρος μας, παρόλο που κάνουμε περισσότερα απ όσα μπορούμε».

”Φτάνουμε στα όρια της ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης”

Η Α. Οικονόμου, Νοσηλεύτρια, υποστηρίζει στο Έθνος της Κυριακής 2006, «εργαζόμαστε πολύ περισσότερο από το κανονικό και στην προσπάθειά μας να ανταποκριθούμε στις ανάγκες, κάτι που χρειάζεται τουλάχιστον διπλάσιο προσωπικό για να γίνει σωστά, συχνά φτάνουμε στα όριά μας, με αποτέλεσμα τη σωματική και ψυχική εξουθένωσή μας. Ζούμε με τη συνεχή απειλή των μολύνσεων και των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, χωρίς ωστόσο να δικαιούμαστε ανθυγιεινό επίδομα. Με το να είμαστε συνεχώς σε ορθοστάσια, να σηκώνουμε ασθενείς, να κάνουμε βάρδιες απογεύματα και νύχτες χωρίς περιθώρια ξεκούρασης και ο καθένας μας να δουλεύει για 5 ή 15 νοσηλευτές, προκύπτει το ερώτημα, πόσο μπορούμε ν

αντέξουμε ακόμη και αν με αυτούς τους ρυθμούς θα μπορούμε να εργαζόμαστε μέχρι τα 60 μας...».



2.3.1 Η εικόνα του... ασθενούς

- **18.691** πτυχιούχους νοσηλευτές και 24.557 βοηθούς νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχει η Ελλάδα.
- **15.000** επιπλέον νοσηλευτές χρειάζονται τα νοσοκομεία, ακόμη και με τους ξεπερασμένους «οργανισμούς» των νοσοκομείων.
- **2.697** άτομα μη ιατρικού προσωπικού αποχώρησαν από το 2004 έως το 2006, ενώ προσλήφθηκαν μόνο 2.043.
- **35-40** κρεβάτια αναλογούν σε κάθε νοσηλευτή, ενώ θα έπρεπε να αναλογούν 5.
- **1** νοσηλεύτρια σε χειρουργείο ή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κάνει δουλειά που αναλογεί σε 4 συναδέλφους της.
(Έθνος της Κυριακής, 2006)

Το International Council of Nurses (2005) υποστηρίζει ότι «Αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένου των Ηνωμένων Πολιτειών και της Αυστραλίας που τείνουν προς το ελάχιστο, καθιστούν την αύξηση της αναλογίας νοσηλευτών: ασθενών ως μια από ένα πλήθος στρατηγικών, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και τη διευκόλυνση της επιστροφής των νοσηλευτών στην άσκηση, όπως επίσης και την προαγωγή της ασφαλούς στελέχωσης και την φροντίδα του ασθενούς. Αμέσως μετά την εφαρμογή των νέων αναλογιών στην Βικτώρια της Αυστραλίας «5.000 άνεργοι νοσηλευτές κατέθεσαν αίτηση επιστροφής στην εργασία και πλήρωσης των κενών θέσεων στις Υπηρεσίες Υγείας» (Kingna, 2006). Επιπλέον, σε έρευνα η οποία διενεργήθηκε από την Ομοσπονδία Νοσηλευτών Αυστραλίας (ANF) βρέθηκε ότι «περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές της Βικτώρια θα παραιτηθούν, θα συνταξιοδοτηθούν νωρίτερα ή θα μειώσουν τις ώρες εργασίας τους εάν καταργηθούν τα κατώτερα όρια αναλογιών νοσηλευτών: ασθενών».

Σύμφωνα με το ICN (2005), σε όλο τον κόσμο παρατηρείται πολύ μεγάλη διακύμανση στις αναλογίες νοσηλευτών πληθυσμού, κυμαινόμενη

από λιγότερων των 10 νοσηλευτών ανά 100.000 πληθυσμού έως περισσότερων των 1000 νοσηλευτών ανά 100.000. Ο μέσος όρος αναλογίας στην Ευρώπη, την περιοχή με τις περισσότερες αναλογίες, είναι ίσος με 10 φορές των περιοχών με τις χαμηλότερες αναλογίες (Αφρική και Ν.Α. Ασία). Ωστόσο, οι αναλογίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε σχέση με τις αναλογίες και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας του εργατικού δυναμικού. Στη Ν. Αμερική για παράδειγμα, υπάρχουν πολλοί περισσότεροι ιατροί σε σχέση με τους νοσηλευτές απ' ό,τι είτε στη Β. Αμερική ή στην Ευρώπη (ICN).

3. Ο νοσηλευτής, ο ρόλος του και η συμβολή του στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

3.1 Επαγγελματική Ταυτότητα Νοσηλεύτη

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), ανεξάρτητα από τις πρακτικές, τον τρόπο εργασίας και τη χώρα, οι νοσηλευτές μοιράζονται ένα βασικό χαρακτηριστικό: αποτελούν επαγγελματίες δεσμευμένους να λειτουργούν με μια ολιστική φιλοσοφία φροντίδας. Κάτι τέτοιο, περισσότερο ίσως από οτιδήποτε άλλο, διαμορφώνει τις προσδοκίες τους και συνδυάζεται με τις προκλήσεις των σύγχρονων χώρων εργασίας.

Ως επαγγελματίες οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας το οποίο αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους και το πεδίο δράσης, όπως είναι καθορισμένο από τη ρυθμιστική νομοθεσία της χώρας (Rowell 2003). Οι θεσμικές πολιτικές δομές οφείλουν να αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα της εκπαίδευσης και της συνεχούς επιμόρφωσης, να δίνουν έμφαση στην ομαδική εργασία και στη συναδελφικότητα και να ενθαρρύνουν τη δημιουργικότητα και την ανανέωση.

Σε ένα ποιοτικό επαγγελματικό περιβάλλον οι ανάγκες και οι στόχοι των νοσηλευτών ικανοποιούνται και οι ασθενείς βοηθούνται στην επίτευξη των ατομικών στόχων για την υγεία τους. Αυτό λαμβάνει χώρα μέσα στα πλαίσια κόστους και ποιότητας, όπως αυτά καθορίζονται από τον οργανισμό μέσα στον οποίο παρέχεται η φροντίδα.

Ο Baumann (2001) ισχυρίζεται ότι, οι οργανισμοί ποικίλλουν όσον αφορά στην ικανότητά τους να υποστηρίξουν τη φροντίδα σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον με προκλήσεις. Όταν τα άτομα, οι πηγές και/ή οι δομές είναι σε έλλειψη παρατηρείται μια σύγκρουση ανάμεσα στην επαγγελματική ευθύνη των νοσηλευτών και την παροχή κατάλληλης και επαρκούς φροντίδας ασθενών. Εάν, για παράδειγμα, ο μεγάλος φόρτος εργασίας αφήνει στους νοσηλευτές χρόνο να ασχοληθούν μόνο με τους

Τι καθορίζει έναν επαγγελματία;

Νωρίς το 1910, ο Abraham Flexner προσδιόρισε διάφορα χαρακτηριστικά που παραμένουν ακόμα και σήμερα σχετικά:

- Γνώση.
- Ειδίκευση.
- Διανοητική και ατομική ευθύνη και
- Καλά αναπτυγμένη ομαδική συνείδηση.

Εκτοτε, συγγραφείς από διάφορα πεδία επέκτειναν τη γνώση σχετικά με τα βασικά στοιχεία του επαγγελματισμού. Μια σύγχρονη άποψη υπογραμμίζει τη γνώση που βασίζεται σε επιστημονικές αρχές, την υπευθυνότητα, την αυτονομία, την ερευνητική δραστηριότητα, τη συναδελφικότητα, τη συνεργασία και την ανανέωση.

(Σύνδεσμος Νοσηλευτών του Οντάριο, [RNAO] 2006)

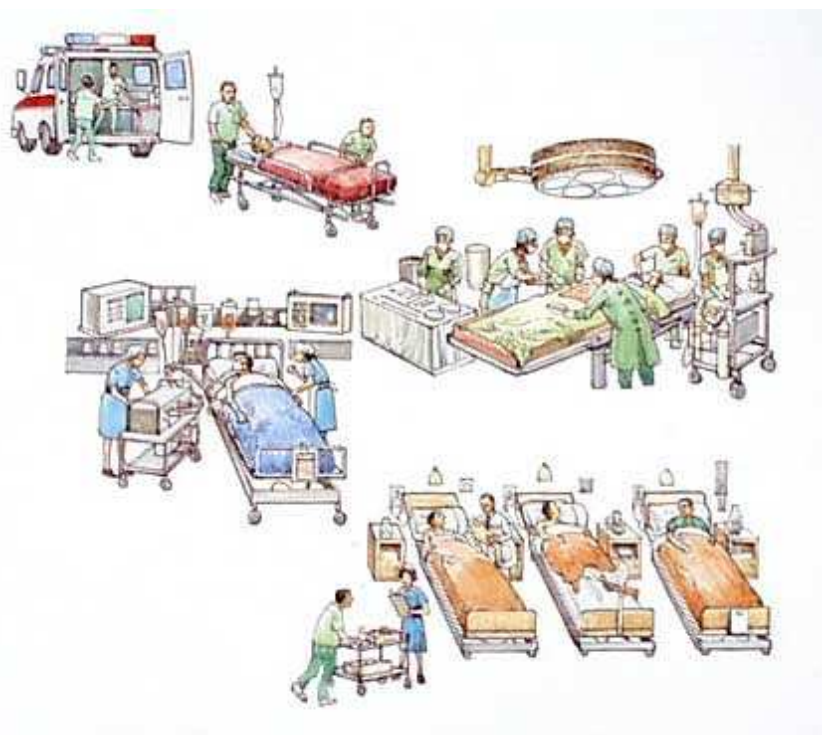
στόχους που σχετίζονται με τις φυσικές ανάγκες των ασθενών, οι ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών δεν ικανοποιούνται εντελώς και ούτε η ολιστική φροντίδα επιτυγχάνεται.

3.2 «Νοσοκομεία- Μαγνήτες»

Σκοπός τους η προσέλκυση νοσηλευτικού προσωπικού με συνέπεια την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), η φιλοσοφία του «Νοσοκομείου-Μαγνήτη» είναι συγκεκριμένη για τη νοσηλευτική. Ο όρος «Νοσοκομείο-Μαγνήτης» χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να γίνει αναφορά στη δυνατότητα προσέλκυσης και διατήρησης καλά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, με συνέπεια την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η διάδοση των «Νοσοκομείων-Μαγνητών» ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και οι υποκείμενες αρχές τους γίνονται τώρα διεθνείς.

Κατά τη διάρκεια ενός διεθνούς κύματος έλλειψης νοσηλευτών στις αρχές του 1980, συγκεκριμένα νοσοκομεία στις ΗΠΑ χαρακτηρίστηκαν ως εξαιρετικές περιπτώσεις: ανέφεραν ασυνήθιστα λίγες κενές θέσεις καθώς και χαμηλά ποσοστά εναλλαγής προσωπικού. Οι νοσηλευτές εξέλαβαν αυτές τις δομές ως καλούς εργοδότες που πρόσφεραν ελκυστικό περιβάλλον εργασίας.



Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτικής υποστήριξε μια μελέτη σχετικά με τα επονομαζόμενα «Νοσοκομεία- Μαγνήτες» προσδιορίζοντας μια μεγάλη λίστα καθοριστικών χαρακτηριστικών. Μια επόμενη μελέτη από το Υπουργείο Υγείας και

Ο όρος «Νοσοκομείο-Μαγνήτης» χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να γίνει αναφορά στη δυνατότητα προσέλκυσης και διατήρησης καλά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, με συνέπεια την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Κοινωνικών Υπηρεσιών προσδιόρισε τρεις στρατηγικές που είχαν χρησιμοποιηθεί από τα νοσοκομεία και οι οποίες μείωσαν επιτυχώς τα ποσοστά εναλλαγής νοσηλευτικού προσωπικού και κενών θέσεων εργασίας: διοικητική δέσμευση ως προς τους νοσηλευτές και τη νοσηλευτική, ισχυρή νοσηλευτική ηγεσία και ανταγωνιστικοί μισθοί και οφέλη. (Aileen, Clarke, Sloane, Sochalski, και Silber, 2002)

Επίσης πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι, οι νοσηλευτές στο περιβάλλον των «Νοσοκομείων-Μαγνητών» είχαν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση και καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς. Τα κριτήρια για τα «Νοσοκομεία-Μαγνήτες» τα οποία είναι προσαρμόσιμα σε κάθε εργασιακό περιβάλλον κυμαίνονται από γενικά (π.χ. μια φήμη για ποιοτική φροντίδα και ενός καλού χώρου εργασίας) έως πιο συγκεκριμένα (π.χ. υψηλή διατήρηση προσωπικού και χαμηλά ποσοστά εναλλαγής, επαρκές προσωπικό, ευέλικτα προγράμματα, ισχυρή ηγεσία και επαρκείς μισθούς) (Havens & Aiken, 1999 - Hclure, Poulin, Sovie & Wondelt, 1983 - Scott, Sochalski & Aiken, 1999).

Σύμφωνα με τον Lowe (2005), πρόσφατα το Αμερικανικό Κέντρο Πιστοποίησης Νοσηλευτών ξεκίνησε το πρόγραμμα αναγνώρισης «υπηρεσιών – μαγνητών» με σκοπό την βελτιστοποίηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τα κριτήρια που προέκυψαν δίνουν έμφαση στην έννοια της αυτονομίας και στην συμμετοχή των νοσηλευτών στον καθορισμό του περιβάλλοντος εργασίας τους. Επίσης, ενισχύουν την ανάγκη για βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε να επιτευχθεί ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Η ελευθερία της δράσης με έναν αυτόνομο και υπεύθυνο τρόπο, σχετικό με το πεδίο της εργασίας, είναι έντονα συσχετισμένη με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών (Baguley, 1999). Μια πρόσφατη ερευνά σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών κατέληξε στο ότι η συνεισφορά της ηγεσίας, της αυτονομίας και της ομαδικής εργασίας αποτελούσε σημαντική πλευρά, η οποία συνέβαλλε στην ικανοποίηση των νοσηλευτών (Best & Thurston, 2004). Υπάρχει επίσης ένδειξη ότι παρέχοντας μεγαλύτερη ευρύτητα στη λήψη αποφάσεων μειώνεται το ποσοστό εναλλαγής προσωπικού (Alexander, Bloom & Nuchels, 1994). Όταν οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένο λόγο στην φροντίδα των ασθενών νιώθουν ότι η πείρα τους δεν εκτιμάται, γεγονός το οποίο αποδυναμώνει τη δέσμευση τους προς απέναντι στους εργοδότες τους. Ο έλεγχος αυτός πάνω στην πρακτική επηρεάζεται από περιβαλλοντικές μεταβλητές όπως ο χρόνος και η υποστηρικτική ηγεσία.

3.3 Νοσηλευτική ευθύνη και συμβολή στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Σύμφωνα με τους Πολύζο και Υφαντόπουλο (2001), η σύγχρονη διεθνής νοσηλευτική βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα της επιστημονικής και επαγγελματικής ευθύνης των νοσηλευτών. Η νοσηλευτική έρευνα και η συνεχής ανάπτυξη νοσηλευτικών θεωριών δείχνει την αναζήτηση ακριβούς προσδιορισμού του χώρου ευθύνης και ορθού προσανατολισμού της νοσηλευτικής για αποτελεσματική άσκηση του επαγγέλματος και κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Οι επιστήμονες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και άλλοι συναφών κλάδων ανάλογα με τις ανάγκες, αποτελούν την ομάδα υγείας και συνεργάζονται στη παροχή υπηρεσιών υγείας. Κανένας κλάδος μόνος του, όπως και κανένας λειτουργός υγείας δεν είναι επαρκής και ικανός να καλύψει τις ανάγκες υγείας μιας κοινότητας ή ενός αρρώστου. Η ομαδική προσέγγιση στο χώρο αυτό, αποτελεί βασική προϋπόθεση ποιοτικής προσφοράς υπηρεσιών.

Η νομική κατοχύρωση της νοσηλευτικής ευθύνης και των νοσηλευτικών πράξεων βασίζεται στις απόψεις που παρουσιάζονται στο βιβλίο των Lesnik και Anderson, *Nursing practice and the Law* (2005) και έχουν υιοθετηθεί από τη διεθνή νοσηλευτική.

1. Επίβλεψη του ασθενούς – ατόμου, η οποία περιλαμβάνει την όλη διεύθυνση της φροντίδας του και απαιτεί την εφαρμογή αρχών βασιζομένων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
2. Παρατήρηση συμπτωμάτων και αντιδράσεων, η οποία περιλαμβάνει συμπτωματολογία σωματικών και ψυχικών καταστάσεων και απαιτεί αξιολόγηση ή εφαρμογή αρχών βασιζομένων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
3. Ακριβής καταγραφή και αναφορά συμβάντων και στοιχείων η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της όλης φροντίδας του αρρώστου.
4. Επίβλεψη άλλων, πλην ιατρών, που συμβάλλουν στη περίθαλψη και φροντίδα του αρρώστου.
5. Εφαρμογή και εκτέλεση νοσηλειών και νοσηλευτικών τεχνικών.
6. Αγωγή υγείας – εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση για εξασφάλιση σωματικής και ψυχικής υγείας.
7. Εφαρμογή και εκτέλεση νομίμων ιατρικών οδηγιών, οι οποίες αφορούν σε θεραπεία και φάρμακα με τη προϋπόθεση κατανόησης αιτίου και αποτελέσματος αυτών.





3.3.1 Εγγύηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο κύριος Αλέκος Παπαδόπουλος (www.apapadopoulos.gr), στις 13-05-2002 στο πνευματικό κέντρο του δήμου Ιωαννίνων, με αφορμή το 29^ο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο και με θέμα «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ : ΕΓΓΥΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ», υποστηρίζει ότι:

«Οι νοσηλευτές προσφέρουν μεγάλο και σημαντικό έργο σε όλα τα επίπεδα και τις μορφές της περίθαλψης, από την πρωτοβάθμια φροντίδα μέχρι την τριτοβάθμια περίθαλψη, από την πρόληψη και την αγωγή υγείας μέχρι την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη του ασθενή. Η νοσηλεύτρια και ο νοσηλευτής είναι αυτοί που κατά κύριο λόγο μπορούν να «εξανθρωπίσουν» το σύστημα, να προσδώσουν στα νοσοκομεία και μια άλλη διάσταση εκτός από εκείνη της υψηλής τεχνικής και της άτεγκτης λογικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα εργαζομένων στο σύστημα υγείας. Από αυτή τη μεγάλη ομάδα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα και αποτελεσματικότητα της υγειονομικής φροντίδας.

Σ' αυτό το «σύγχρονο παλάτι της αρρώστιας» όπως ευφυώς έχει χαρακτηριστεί το σημερινό νοσοκομείο, που «καταπίνει τους ασθενείς», μόνο οι νοσηλευτές μπορούν να δώσουν ελπίδα και δύναμη στο παρατημένο και φοβισμένο βλέμμα των ασθενών. Γι' αυτό και δικαίως το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται πάνω απ' όλα λειτούργημα, με βασικές συνιστώσες τη συγκινητική αφοσίωση, τη μεγάλη ανθρωπιά και την προσφορά αγάπης.

Σε καμιά περίπτωση ο νοσηλευτικός κλάδος έχει μόνο ρόλο παρηγορητικό, «ρόλο μητέρας Τερέζας», ή «ρόλο καλού Σαμαρείτη». Αντίθετα, ο κύριος ρόλος του είναι αυτός της προσφοράς νοσηλευτικού έργου

που απαιτεί εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες, αλλά και έργο διοικητικό με σημαντικά καθήκοντα και ευθύνες σε όλα τα θέματα και τους τομείς του συστήματος.

Η σημερινή νοσηλεύτρια και νοσηλεύτης είναι επιστήμονες στο χώρο της υγείας, σε αρκετούς μάλιστα τομείς μπορούν να λειτουργήσουν με επιστημονική αυτοτέλεια και αυτονομία. Γι' αυτό και όπως υπάρχει ιατρική δεοντολογία, τεκμηριωμένη ιατρική γνώση, διασφάλιση ποιότητας κλπ, υπάρχει αντίστοιχα και νοσηλευτική δεοντολογία, τεκμηριωμένη νοσηλευτική γνώση, διασφάλιση ποιότητας».

4. Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), η πραγματικότητα είναι πειστική. Τα συστήματα Υγείας παγκοσμίως είναι αντιμέτωπα με συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις. Αντιμετωπίζουν ένα αυξανόμενο φάσμα υγειονομικών αναγκών και οικονομικών δυσχερειών που περιορίζουν τη δυνατότητα των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το έμπυχο δυναμικό. Είμαστε βυθισμένοι σε μια παγκόσμια κρίση υγειονομικού προσωπικού –κρίση που χαρακτηρίζεται από μία κρίσιμη έλλειψη νοσηλευτών. Οι λόγοι για την έλλειψη είναι ποικίλοι και σύνθετοι, ωστόσο αυτός που διαδραματίζει ρόλο κλειδί μεταξύ αυτών, είναι το ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας, που μειώνει την απόδοση ή αλλοτριώνει τους νοσηλευτές και πολύ συχνά τους απομακρύνει είτε από συγκεκριμένες θέσεις εργασίας είτε από το ίδιο το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν στο ότι βρισκόμαστε στη μέση μιας παγκόσμιας κρίσης νοσηλευτικού δυναμικού, που χαρακτηρίζεται από ένα έντονα πειστικό έλλειμμα νοσηλευτών στις περισσότερες χώρες. Το έλλειμμα αυτό ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο των νοσηλευτών, τη γεωγραφική τοποθεσία, το επίπεδο φροντίδας, τον τομέα, την υπηρεσία και τον οργανισμό και συμβαδίζει με μια αυξημένη απαίτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες. (Τσάρας, Γαλάνη, Ζάχος Σπάρος, 2002)

4.1 Συνδυασμός προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), υπάρχει μια αξιόλογη έρευνα που υποστηρίζει την επίδραση του συνδυασμού του προσωπικού στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών. Οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι όσο υψηλότερος είναι ο αριθμός καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματισμού των νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδα, τόσο καλύτερη είναι η έκβαση της κατάστασης των ασθενών.

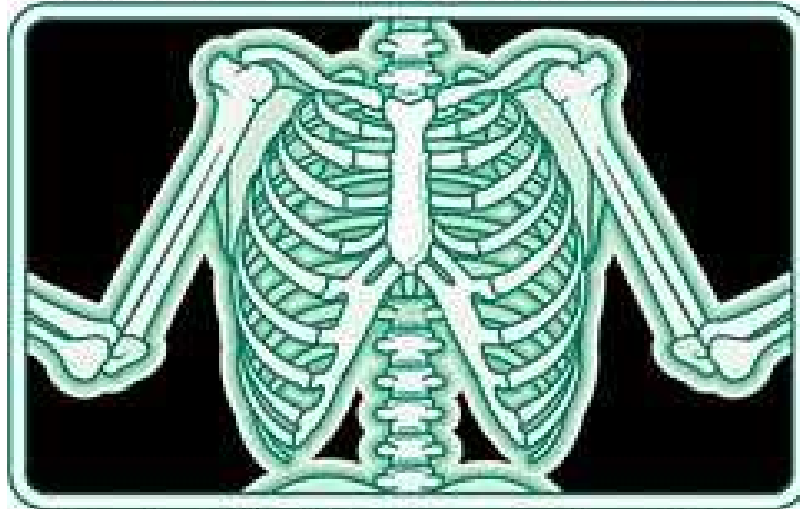
- Οι Blegen, Goode και Reed (1998) βρήκαν ότι αυξημένα ποσοστά συνδυασμού καλά καταρτισμένων νοσηλευτών, αντιστοιχούν σε μικρότερη επίπτωση σφαλμάτων στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, σε λιγότερες κατακλίσεις και σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών.
- Σε μια μελέτη 799 νοσοκομείων σε 11 Αμερικάνικες πολιτείες, μία μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτικής φροντίδας παρεχόμενης από

επαγγελματίες νοσηλευτές και περισσότερες ώρες ημερησίως ανά ασθενή συσχετίστηκαν με καλύτερα αποτελέσματα για την κατάσταση της υγείας των ασθενών.

- Οι Sovie and Jawad (2001) ανακάλυψαν ότι περισσότερες ώρες ενασχόλησης των επαγγελματιών νοσηλευτών με τους ασθενείς συσχετίστηκαν με λιγότερες πτώσεις και μεγαλύτερη ικανοποίηση όσον αφορά στη διαχείριση του πόνου.
- Σε μελέτη που διενεργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Needleman, Buerbaus, Mattle, Stewart και Zelerins (2002) χρησιμοποιώντας διοικητικά δεδομένα από ένα τεράστιο δείγμα νοσοκομείων από πολλές πολιτείες, εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στα επίπεδα στελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τις δυσμενείς εκβάσεις της κατάστασης των ασθενών. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι υψηλότερη αναλογία ωρών νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από επαγγελματίες νοσηλευτές και μεγαλύτερος αριθμός ωρών φροντίδας ανά ημέρα συσχετίστηκαν με καλύτερα αποτελέσματα φροντίδας για τους νοσοκομειακούς ασθενείς.
- Ο Person και οι συνεργάτες του (2004) ανακάλυψαν ότι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν λιγότερο πιθανόν να καταλήξουν σε νοσοκομεία με υψηλότερα ποσοστά επαγγελματιών νοσηλευτών.
- Μια μεγάλη ανασκόπηση (Tourangeau, Giovanetti, To & Wood 2000) που διενεργήθηκε στον Καναδά σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, πνευμονία και σηψαιμία κατέληξε στο ότι χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας, σε χρόνο μικρότερο των 30 ημερών, συσχετίστηκαν με συνδυασμό περισσότερων ικανών επαγγελματιών νοσηλευτών και περισσότερων χρόνων εμπειρίας σε μια κλινική μονάδα.



Nurses Can See



Right Through You
Happy Nurses Day!

4.2 Έρευνα- Χαμηλά επίπεδα στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλή συχνότητα επιπλοκών στους ασθενείς

Ο Needlemann (2002) στην έρευνα του έχει αποδείξει ότι υπάρχει ακλόνητη σχέση μεταξύ χαμηλών επιπέδων στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλής συχνότητας επιπλοκών και θανάτων ανάμεσα στους ασθενείς.

Οι ασθενείς σε υποστελεχωμένα νοσηλευτήρια είχαν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα, ανάμεσα στους παθολογικούς ασθενείς, η μεγαλύτερη αναλογία φροντίδας από νοσηλευτές (σε ώρες κατά ημέρα) συνδέεται με μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο καθώς και μικρότερη συχνότητα επιπλοκών όπως ουρολοιμώξεις, πνευμονία, καταπληξία, καρδιακή ανακοπή και αιμορραγία του πεπτικού.

Υπάρχει επίσης ένδειξη ότι επαγγελματίες νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και προσόντων συσχετίστηκαν με καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών (Aluen, Clarke, Cheung, Sloone & Silber, 2003).

Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, υπάρχει ένας ανεπαρκής συνδυασμός ανάμεσα στην ανάγκη για νοσηλευτές, τις ανάγκες των νοσηλευτών και τις εργασιακές απαιτήσεις. Υψηλά ποσοστά νοσηλευτών στον Καναδά, στις ΗΠΑ, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Σουηδία έχουν αναφέρει εργασιακές πιέσεις αρκετά μεγάλες, ώστε να επιδρούν στην φροντίδα των ασθενών (Nolan, Lundh & Brown, 1999 – Shullanberger, 2000 – White, 1997) και αποδεικνύεται ότι μικρότερος αριθμός νοσηλευτών, αναλογικά με τους ασθενείς, οδηγεί σε επιπλοκές και σε χειρότερη έκβαση της υγείας των ασθενών (Kovner & Gergen, 1998 – Lancaster, 1997 – Shullanberger, 2000). Ο οδηγός «Η εγγυημένη στελέχωση σώζει ζωές» του ICN (ICN, 2006)

ενισχύει την άποψη ότι υψηλότερα επίπεδα προσωπικού συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα (Aiken και συνεργάτες, 2002 - Lancaster, 1997).

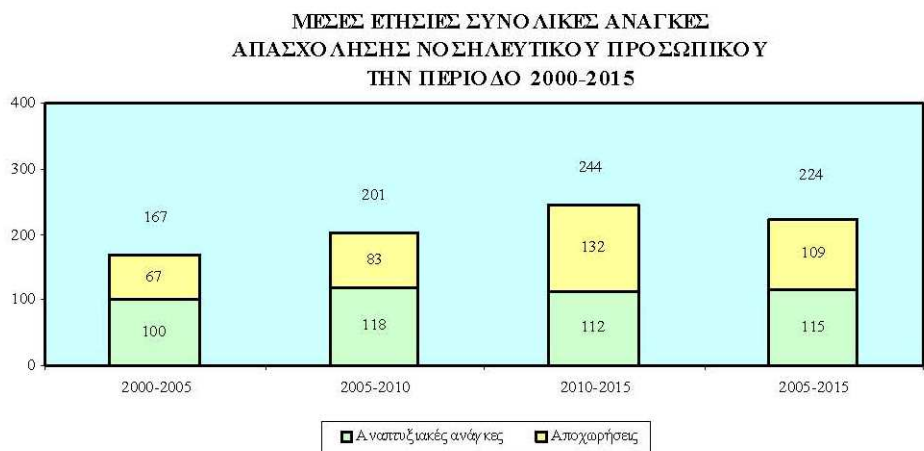
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΣΥΝΔΕΣΜΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ- ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 16/05/2007

ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το Νοσηλευτικό Προσωπικό κατά την περίοδο 2005-2015 προβλέπεται ότι θα παρουσιάσει σημαντική άνοδο. Ειδικότερα, το 2005 ο αριθμός του θα φτάνει στα 3.453 άτομα ενώ το 2015 θα ανέλθει στα 4.602 άτομα σημειώνοντας αύξηση 33,3%.

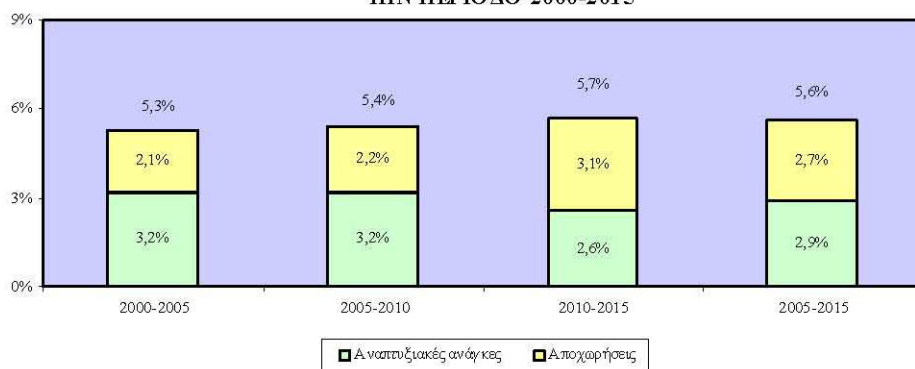


Οι μέσες ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού την περίοδο 2005-2015 προβλέπεται ότι θα ανέρχονται στα 224 άτομα, από τις οποίες τα 115 άτομα αφορούν νέες θέσεις εργασίας και τα 109 άτομα μόνιμες αποχωρήσεις. Σημειώνεται ότι οι ανάγκες αυτές κορμίζονται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις ανάγκες της περιόδου 2000-2005.



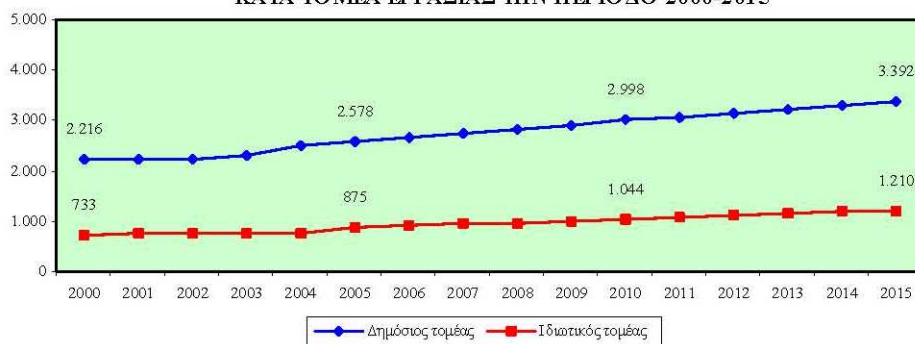
Ο μέσος ετήσιος ρυθμός των συνολικών αναγκών απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού την περίοδο 2005-2015 θα φτάσει στο 5,6%. Επισημαίνεται η διαχρονικά αυξητική τάση του μέσα στην περίοδο 2000-2015.

ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2015



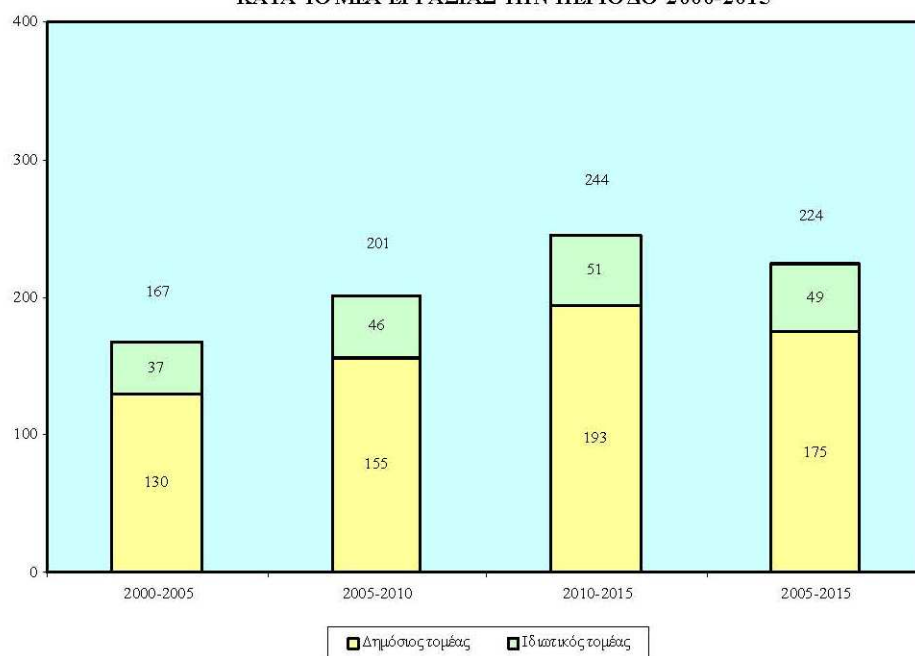
Άνοδος στην απασχόληση Νοσηλευτικού Προσωπικού προβλέπεται ότι θα παρατηρηθεί τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα την περίοδο 2005-2015. Ειδικότερα, ο Δημόσιος τομέας θα παρουσιάσει αύξηση 31,6% και ο Ιδιωτικός τομέας 38,3%.

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΜΕΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2015



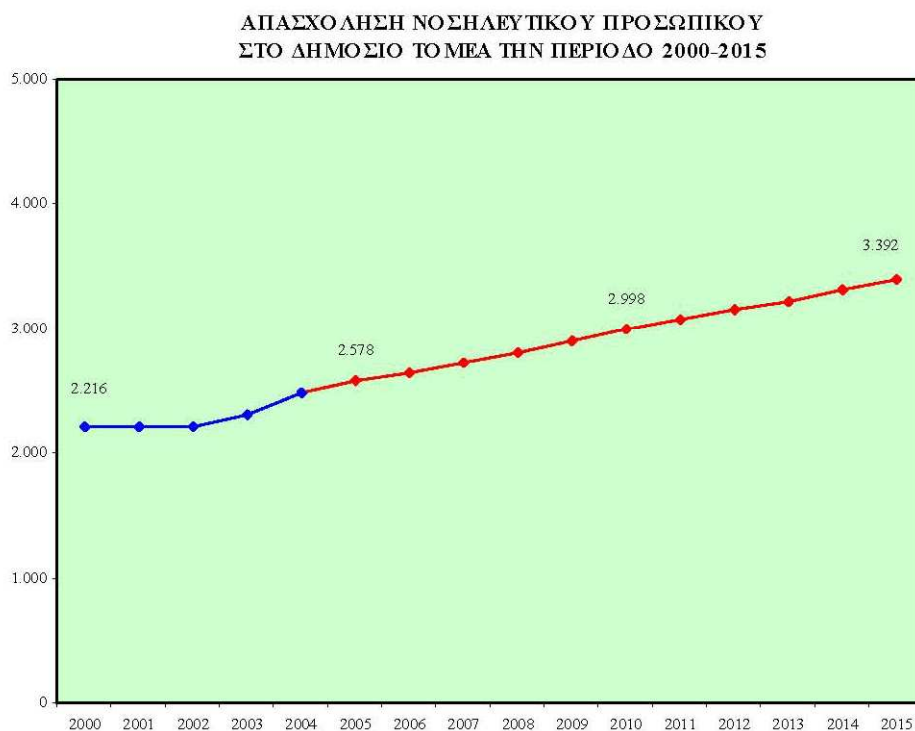
Διαχρονικά αυξητική τάση προβλέπεται ότι θα παρατηρηθεί στις μέσες ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα κατά την περίοδο 2005-2015. Ειδικότερα, την περίοδο 2005-2010 οι ετήσιες συνολικές ανάγκες στο Δημόσιο τομέα θα φτάνουν στα 155 άτομα και την περίοδο 2010-2015 στα 193 άτομα ενώ οι αντίστοιχες ανάγκες στον Ιδιωτικό τομέα θα φτάνουν στα 46 άτομα την περίοδο 2005-2010 και στα 51 άτομα την περίοδο 2010-2015.

ΜΕΣΕΣ ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΕΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2015



Επισημαίνεται ότι οι ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού που σημειώθηκαν μέσα στην περίοδο 2000-2005 στο Δημόσιο τομέα (130 άτομα) και στον Ιδιωτικό τομέα (37 άτομα) είναι μικρότερες από τις προβλεπόμενες ανάγκες της περιόδου 2005-2015.

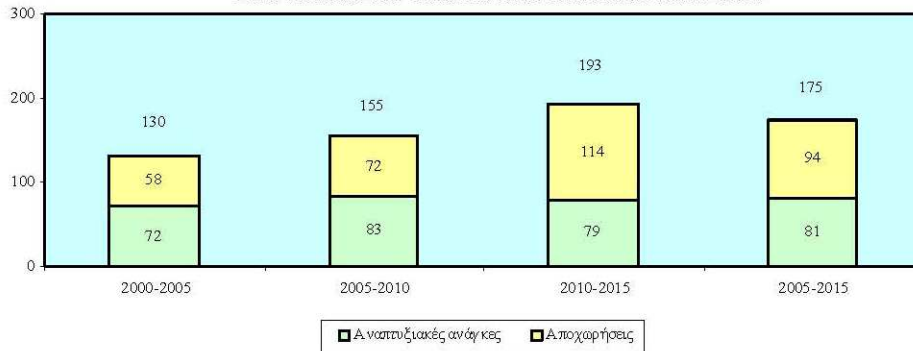
Η απασχόληση Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο τομέα την περίοδο 2005-2015 θα συνεχίσει την ανοδική τάση που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000-2005. Συγκεκριμένα, το 2005 η απασχόληση θα ανέλθει στα 2.578 άτομα, το 2010 στα 2.998 άτομα ενώ το 2015 εκτιμάται ότι θα φτάσει στα 3.392 άτομα παρουσιάζοντας αύξηση 31,6%.



Επισημαίνεται ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο τομέα την περίοδο 2000-2005 είναι μεγαλύτερος από εκείνο της περιόδου 2005-2015, 3,1% και 2,8% αντίστοιχα.

Οι μέσες ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο τομέα την περίοδο 2005-2015 υπολογίζονται στα 175 άτομα, από τις οποίες τα 81 άτομα αφορούν νέες θέσεις εργασίας και τα 94 άτομα μόνιμες αποχωρήσεις. Σημειώνεται ότι οι ανάγκες αυτές είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες της περιόδου 2000-2005.

ΜΕΣΕΣ ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2015



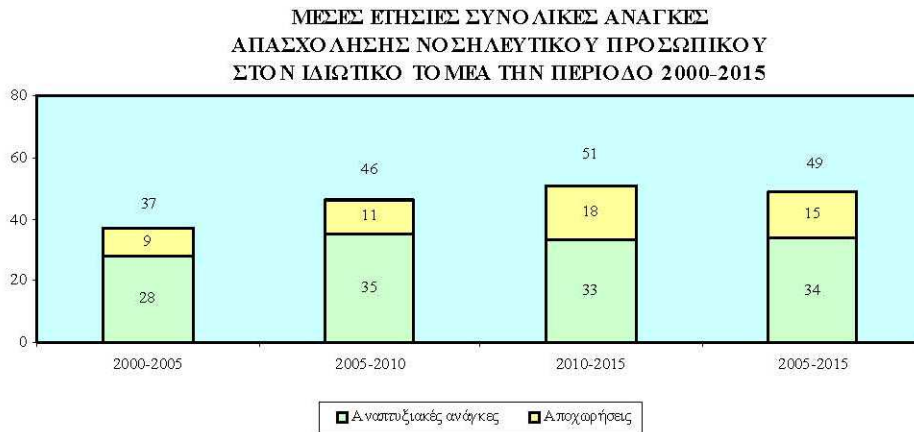
Η απασχόληση Νοσηλευτικού Προσωπικού στον **Ιδιωτικό τομέα** την περίοδο 2005-2015 θα συνεχίσει την **ανοδική τάση** που παρατηρήθηκε την περίοδο 2000-2005. Συγκεκριμένα, το 2005 η απασχόληση θα ανέλθει στα 875 άτομα, το 2010 στα 1.044 άτομα ενώ το 2015 εκτιμάται ότι θα φτάσει στα 1.210 άτομα παρουσιάζοντας αύξηση 38,3%.

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2015



Επισημαίνεται ότι ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης της απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στον Ιδιωτικό τομέα την περίοδο 2000-2005 είναι μεγαλύτερος από εκείνο της περιόδου 2005-2015, 3,6% και 3,3% αντίστοιχα.

Οι μέσες ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στον Ιδιωτικό τομέα την περίοδο 2005-2015 υπολογίζονται στα 49 άτομα, από τις οποίες τα 34 άτομα αφορούν νέες θέσεις εργασίας και τα 15 άτομα μόνιμες αποχωρήσεις. Σημειώνεται ότι οι ανάγκες αυτές είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες της περιόδου 2000-2005.



5. Συνθήκες Εργασίας Νοσηλευτών

5.1 Υπερκόπωση : Συνέπειες και αντιμετώπιση

Σύμφωνα με τους Τσάρο, Γαλάνη, Ζάχο, Σπάρο (2002), ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις, υποχρεώνει όλο και περισσότερους ανθρώπους να εργάζονται πιο πολλές ώρες και να κοιμούνται λιγότερο.

Πολλοί επιστήμονες όπως οι Judith, Rochicidi, Tillonry (1996) ισχυρίζονται ότι, η υπερκόπωση που καταλήγει στο σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (burn out) είναι αιτία ψυχικής και σωματικής καταπόνησης των εργαζομένων, λαθών που κάποτε είναι τραγικά, ατυχημάτων, απώλειας παραγωγικότητας και κερδοφορίας των εταιριών.

Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της υπερκόπωσης και του συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης, βελτιώνει τόσο την ποιότητα ζωής των υπαλλήλων και των επαγγελματιών όπως επίσης και την αποδοτικότητα των εργοδοτικών οργανισμών.

Η κούραση στο χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε τραγικές καταστάσεις λόγω του αυξημένου κινδύνου για ατυχήματα, τραυματισμούς και προβλήματα υγείας. Παράγοντες όπως το στρες και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αυξάνουν την κούραση και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που μειώνει την αποδοτικότητα του εργαζομένου και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ατυχήματα και τραγικά λάθη.

Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί στο χώρο εργασίας που προκύπτουν λόγω κούρασης δημιουργούν ένα τεράστιο οικονομικό βάρος και ένα δυσβάσταχτο κοινωνικό πρόβλημα. Η κούραση των εργαζομένων

αποτελεί την κύρια και άμεση αιτία για το 18% όλων των ατυχημάτων και τραυματισμών στους χώρους εργασίας. (Judith, Rochicci, Tillonry, 1996)

Υπολογίζεται ότι 25% όλων των δυστυχημάτων στους αυτοκινητόδρομους οφείλονται στην κούραση. Τα δυστυχήματα που προκαλούνται από οδηγούς φορτηγών που είναι κουρασμένοι λόγω έλλειψης ύπνου μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρά.

Το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης. Προκαλείται λόγω μακροχρόνιας εργασίας κάτω από ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες.

Εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, που είναι ευσυνείδητοι και δυσκολεύονται να διαχωρίζουν την επαγγελματική τους ενασχόληση από την προσωπική τους ζωή, είναι πιο εύκολο να προσβληθούν από το εν λόγω σύνδρομο.

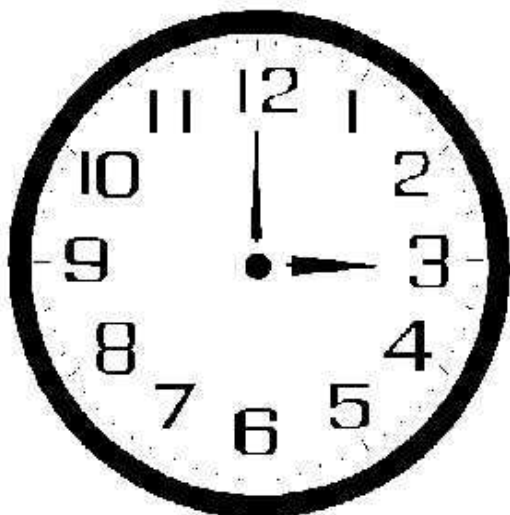
Το σύνδρομο μπορεί να προσβάλει άτομα από πολλούς επαγγελματικούς τομείς με απαιτήσεις και ευθύνες. Όμως ορισμένοι επαγγελματίες όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι δάσκαλοι, οι καθηγητές, οι αστυνομικοί, αυτοί που προσφέρουν συμβουλευτικές υπηρεσίες ή ακόμη αυτοί που έχουν μια μονότονη δουλειά, παρουσιάζουν συχνότερα το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης. (Judith, Rochicci, Tillonry, 1996)

Η υπερκόπωση και το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης είναι σύνθετα προβλήματα. Η αντιμετώπιση τους, χρειάζεται ενέργειες από τους εργαζόμενους, τους επαγγελματίες αλλά και από τους εργοδότες. Οι προσπάθειες για την πρόληψη και επίλυση των προβλημάτων αυτών, πρέπει να είναι συνεχείς και οι καρποί της επιτυχίας θα είναι σημαντικοί για όλους όσοι εμπλέκονται. (Athens Imc Forum, 2004)

5.2 Κυκλικό ωράριο : Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών

Σύμφωνα με την Κοραμπέλη (2006), στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει το «βιολογικό ρολόι» ή βιουρυθμός, που καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας του. Στις υπηρεσίες υγείας, η ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Τα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας κατά τη νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου.

Ο Κτενάς ισχυρίζεται ότι, το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το λεγόμενο “jet lag” syndrome ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome. Το βασικό συμπέρασμα αφορά στη σημαντικότητα των επιπτώσεων στους νοσηλευτές της εργασίας σε κυκλικό ωράριο και νυχτερινές βάρδιες, οι οποίες δεν υφίστανται άμεσα, αλλά έμμεσα μέσω των αλλαγών στην ποσότητα και ποιότητα του ύπνου.



Επομένως, απαιτείται καλύτερος σχεδιασμός των βαρδιών.

5.3 Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών : Πρόληψη- αντιμετώπιση

Σύμφωνα με την Αδαλή (2002) , οι επιπτώσεις από την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και στους οργανισμούς. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και η λήψη μέτρων τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τις νοσηλευτικές διοικήσεις είναι απαραίτητα για την ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις. Οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης θα πρέπει να συμβαδίζουν με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και τη μείωση της δράσης των στρεσογόνων παραγόντων. Στα προληπτικά μέτρα συμπεριλαμβάνονται οι διαλέξεις σχετικά με το εργασιακό στρες και τον τρόπο αντιμετώπισης του, η αναδιάρθρωση και η ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας, η εκπαίδευση των νοσηλευτών και των στελεχών της διοίκησης στο πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης και η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν στην προαγωγή της υγείας. Η απομάκρυνση του εργαζομένου από τον εργασιακό χώρο για αρκετό χρονικό διάστημα και η υποστήριξη του από την ομάδα αποτελούν τα βασικότερα μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου. Σε κάθε περίπτωση οι νοσηλευτικές διοικήσεις μπορούν να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν αλλαγές μετά από έρευνα. Η έρευνα αυτή αποτελείται από συστηματική συλλογή στοιχείων που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση, τη λήψη μέτρων για την πρόληψη του συνδρόμου και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων από τα εφαρμοζόμενα μέτρα με τη συλλογή επιπρόσθετων δεδομένων.

5.4 Νοσηλευτική και έντονο άγχος - Αντιμετώπιση

Η Γιαννακίδου Άννα, Νοσηλεύτρια, στα Πρακτικά της Πρώτης πολυθεματικής νοσηλευτικής ημερίδας στο Αμφιθέατρο του Κολεγίου Αθηνών (1993), υποστηρίζει ότι:

«Η νοσηλευτική είναι αναμφισβήτητα ένα επάγγελμα με έντονο άγχος. Εμείς που εργαζόμαστε στο Νοσοκομείο γνωρίζουμε τις αυξημένες απαιτήσεις που έχει ο χώρος και το έντονο και καθημερινό άγχος που προκαλούν.

Δεν νοείται ζωή χωρίς άγχος. Ο οργανισμός μας προσαρμόζεται διαρκώς, όταν το άγχος είναι σε μικρές δόσεις και ελεγχόμενο, όταν όμως γίνεται χρόνιο και δεν βρίσκει διέξοδο, προκαλεί μόνιμες αρνητικές αντιδράσεις. Οι παράγοντες που προκαλούν άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολλοί και διαφορετικής φύσης. Οι σημαντικότεροι είναι:

Η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στο προσωπικό καθώς και οι διάφορες « συγκρούσεις» μεταξύ των εργαζομένων κάνουν την εργάσιμη μέρα δύσκολη.

Η έλλειψη μέτρων για την μητρότητα καθώς και οι συχνές εναλλαγές στις βάρδιες, στερούν από το προσωπικό, μικρές και μεγάλες οικογενειακές απολαύσεις.

Η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης σε περίπτωση που υπάρξει απώλεια ασθενών με χρόνιες παθήσεις και υπάρχει συναισθηματική σύνδεση λόγω της μακροχρόνιας νοσηλείας.

Η ανεπαρκής επαφή και φροντίδα τόσο με τους ασθενείς όσο και με το περιβάλλον λόγω του φόρτου δουλειάς.

Η έλλειψη διοικητικής στήριξης και η απομάκρυνση της νοσηλεύτριας από τα νοσηλευτικά της καθήκοντα.

Τέλος η έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης της προσφοράς της καθώς και στερεότυπα που έχουν εδραιωθεί για τον κλάδο στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο.

Η Νοσηλευτική κατέχει την 7η θέση ανάμεσα σε 130 επαγγέλματα που βαθμολογήθηκαν ως προς τα επίπεδα άγχους σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ το 1980. Στις ΗΠΑ από τις πτυχιούχες νοσηλεύτριες εργάζονται μόνο τα 2/3 ενώ αρκετές εγκατέλειψαν τα επάγγελμα εξ αιτίας του άγχους που τους δημιουργούσε.

Όταν το άγχος γίνεται χρόνια προκαλεί απογοήτευση και αρνητική στάση του Νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην εργασία και γενικότερα την ζωή. Τα συμπτώματα απογοήτευσης και αρνητικής διάθεσης που παρατηρούνται στο Νοσηλευτικό προσωπικό είναι βιολογικά, πνευματικά - συναισθηματικά.

Ορισμένα από τα βιολογικά συμπτώματα είναι η κόπωση, οι συχνοί πονοκέφαλοι, ανήσυχος ύπνος, γαστρεντερικές διαταραχές, μειωμένο ερωτικό ενδιαφέρον, διαταραχές στην έμμηνο ρύση.

Στα πνευματικά - συναισθηματικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η κατανάλωση ενέργειας με μικρό αποτέλεσμα, η προσέλευση νωρίς στην δουλειά και η καθυστερημένη αποχώρηση, η μείωση της μνήμης, οξυθυμία, επιφυλακτικότητα, νευρικό ξέσπασμα, απουσία από την εργασία, απάθεια προς τον ασθενή, η ενασχόληση κυρίως με την γραφική δουλειά, αρνητισμός σε οτιδήποτε σχετίζεται με την δουλειά, μη ανάληψη ευθυνών, έλλειψη πρωτοβουλίας..

Υπάρχουν ορισμένα πράγματα που μπορούμε να κάνουμε προκειμένου να μετριάσουμε τις επιπτώσεις αυτών των συμπτωμάτων στον οργανισμό μας. Όταν τα πράγματα γίνονται πιεστικά στην δουλειά, μερικές βαθιές αναπνοές αλλά και η προσπάθεια να βάλουμε σε τάξη τις σκέψεις μας βοηθάει περισσότερο απ' ό,τι νομίζουμε. Το τρέξιμο κατά την διάρκεια αντιμετώπισης ενός βαριού περιστατικού δεν βοηθά, αντίθετα ο γρήγορος σταθερός βηματισμός είναι αποτελεσματικότερος. Ένας απολογισμός στο τέλος της βάρδιας βοηθάει να γίνουμε παραγωγικότεροι την επόμενη φορά και να περιορίσουμε το στρες.

Η γυμναστική, τα σπόρ, η υιοθέτηση κάποιου χόμπι επιδρούν ευεργετικά στην ψυχική και σωματική μας ισορροπία. Σημαντική συμβολή έχει η μείωση του αλκοόλ, του τσιγάρου, η εξασφάλιση επαρκών ωρών ύπνου.

Επίσης ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο-βάρος η ανασκόπηση ευτυχισμένων γεγονότων που συνέβησαν στη ζωή μας, το μοίρασμα των συναισθημάτων με το περιβάλλον μας,, η εισβολή του χιούμορ στην ζωή μας. Στην Νοσηλευτική μάθαμε ότι ο ασθενής προηγείται όλων και ότι θα πρέπει να ιεραρχούμε σε δεύτερη μοίρα τις δικές μας ανάγκες για να βελτιώσουμε την δική του κατάσταση. Δυστυχώς αυτή η στάση δεν είναι πάντα αποτελεσματική.

Εάν δεν φροντίσουμε τις δικές μας ανάγκες δεν μπορούμε να προσφέρουμε πολλά στον ασθενή μας. Δεν μπορείς να δίνεις κάτι που δεν έχεις. Όταν το άγχος μας περιβάλλει δεν μπορούμε να είμαστε αποτελεσματικοί στην φροντίδα του ασθενή.

Το σημαντικότερο είναι να είμαστε καλοί με τον εαυτό μας, να μάθουμε να αντιμετωπίζουμε την απογοήτευση και το άγχος ώστε να έχουμε καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη ποιότητα στην εργασία μας».

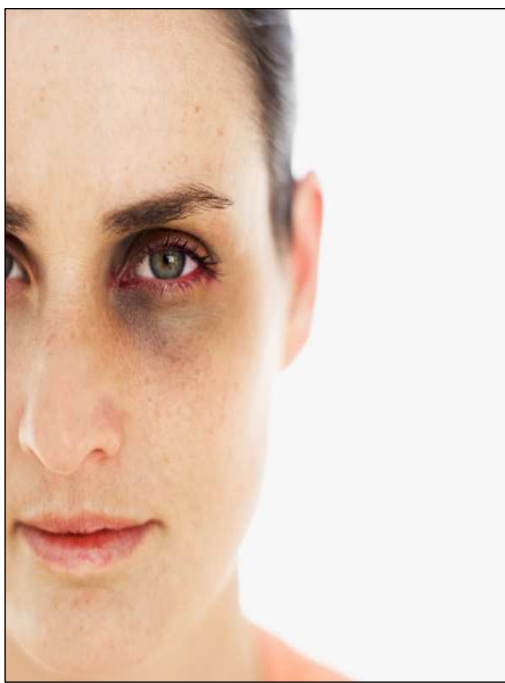
5.5 Βία και συνθήκες εργασίας

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), η ασθένεια και οι δυνητικά απειλητικοί για τη ζωή παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν άγχος και ένταση στους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας τους και τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Τέτοιου είδους άγχος μπορεί να επιδεινώσει τους παράγοντες που οδηγούν στη βία, τα επίπεδα της οποίας είναι σε αύξηση τόσο στο σύνολο της κοινωνίας όσο στο χώρο της υγείας.

Η βία στο χώρο της εργασίας κυριαρχεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Η επίδραση της ψυχολογικής βίας είναι εξίσου σημαντική αν όχι σημαντικότερη από τη σωματική βία. Είναι επίσης πιο διαδεδομένη.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν στο ότι, οι συνθήκες εργασίας στο χώρο της υγείας τοποθετούν τη νοσηλευτική και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας σε αυξημένο κίνδυνο βίας, εξαιτίας:

- Μοντέλων στελέχωσης, συμπεριλαμβανομένων των ανεπαρκών επιπέδων προσωπικού και επίβλεψης, της χρήσης προσωρινού και ανειδίκευτου προσωπικού, του φόρτου εργασίας και της αποκλειστικής αρμοδιότητας επί των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας.
- Εργασίας σε βάρδιες, συμπεριλαμβανομένης της μετακίνησης από και προς τον εργασιακό χώρο κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Ελλιπών μέτρων ασφαλείας στις υπηρεσίες υγείας.
- Παρεμβάσεων που απαιτούν στενή φυσική επαφή.
- Απαιτητικών εργασιακών υποχρεώσεων, που συχνά λαμβάνουν χώρα σε συναισθηματικά φορτισμένο περιβάλλον.
- Εύκολα προσβάσιμων χώρων εργασίας με ελάχιστη έως καθόλου ιδιωτικότητα.
- Κατ' οίκον νοσηλεία με την επακόλουθη απομόνωση της. (Aileen, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber, 2002)



Ο Turnipseed (1990) υποστηρίζει ότι σύμφωνα με έρευνες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο βίας στον χώρο εργασίας. Η επίπτωση και η επίδραση της βίας ενάντια στο νοσηλευτικό προσωπικό, και στα δύο φύλα, προκαλεί προβληματισμό όταν συγκρίνεται με των άλλων επαγγελματιών υγείας. Τα

αποτελέσματα της βίας επεκτείνονται πέρα από το χώρο εργασίας, επηρεάζοντας την οικογένεια του θύματος και τους παρατηρητές, γνωστούς ως τρίτη ομάδα βίας. Η λεκτική κακοποίηση, της οποίας οι επιδράσεις είναι παρόμοιες με της σωματικής επίθεσης συμπεριλαμβανομένου του αντίκτυπου της στην παροχή φροντίδας υγείας, δεν πρέπει να παραβλέπεται.

Παραδοσιακά, αρκετοί πολιτισμοί έχουν δεχθεί τη σωματική βία, τη σεξουαλική παρενόχληση ή τη λεκτική κακοποίηση ενάντια στις γυναίκες παρά την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Επίσης, οι νοσηλευτές συχνά παθητικά αποδέχονται τη κακοποίηση και τη βία ως "κομμάτι του επαγγέλματος", συμπεριφορά που ορισμένες φορές υιοθετεί ο κόσμος και οι δικαστικοί. Οι πιέσεις που ασκούνται στα αρσενικά και θηλυκά θύματα να παραμείνουν σιωπηλά είναι μεγάλες και η μη αναφορά των περιστατικών έχει εμποδίσει την ανάπτυξη και εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών μείωσης της βίας στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), οι νοσηλευτές έχουν αντιληφθεί ότι θα αντιμετωπίσουν τη βία, μολονότι ελάχιστα προγράμματα εκπαιδεύουν το νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να αναγνωρίζει τις ενδεχομένως επικίνδυνες καταστάσεις και να αναπτύσσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την αντιμετώπιση της επιθετικής στάσης.

Στις επιπτώσεις της σωματικής και λεκτικής κακοποίησης και της σεξουαλικής παρενόχλησης περιλαμβάνονται:

- Αισθήματα σοκ, απώλειας εμπιστοσύνης, ντροπής, ενοχής, θυμού, κατάθλιψης, φόβου, αυτοκατηγορίας, αδυναμίας και εκμετάλλευσης.
- Σωματικοί τραυματισμοί, παθολογικές καταστάσεις (π.χ. ημικρανία, έμετος) και σεξουαλικές διαταραχές.
- Αυξημένο άγχος και ανησυχία.
- Απώλεια της αυτοεκτίμησης του επαγγελματία και της πίστης στις ικανότητές του.
- Συμπεριφορά αποφυγής, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εκτέλεση των καθηκόντων, συμπεριλαμβανομένης της συστηματικής απουσίας.
- Αρνητική επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Απώλεια της επαγγελματικής ικανοποίησης, χαμηλό ηθικό και υψηλό επίπεδο μετακίνησης προσωπικού.

Ο Turnipseed (1990) υποστηρίζει ότι «Η βία είναι καταστροφική και έχει βαθιά αρνητική επίδραση στους παρατηρητές, τα θύματα, τα μέλη της οικογένειας τους και τελικά την ασφάλεια και την φροντίδα υγείας του ασθενούς. Η βία μπορεί να λεχθεί ότι "δηλητηριάζει" το εργασιακό περιβάλλον».

5.5.1 Βία και αυθαιρεσία έναντι του Νοσηλευτικού Προσωπικού

Η θέση του ICN (International Council of Nurses):

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), το ICN κατακρίνει ισχυρά όλες τις μορφές βίας και αυθαιρεσίας ενάντια στο νοσηλευτικό προσωπικό, που εκτείνονται από τη παθητική επιθετικότητα μέχρι την ανθρωποκτονία και περιλαμβάνει την σεξουαλική παρενόχληση. Τέτοιες πράξεις παραβιάζουν τα

δικαιώματα των νοσηλευτών για προσωπική αξιοπρέπεια, ακεραιότητα και αποφυγή βλάβης.

Επίσης, κατακρίνει πράξεις βίας και αυθαιρεσίας ενάντια σε οποιοδήποτε πρόσωπο, συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας άλλων ειδικοτήτων, ασθενών, παιδιών, ηλικιωμένων και άλλων ιδιωτών. Εντούτοις, στον τομέας της απασχόλησης, οι νοσηλευτές αποτελούν κατηγορία επαγγελματιών που βρίσκονται ιδιαίτερα σε κίνδυνο, οπότε θα πρέπει να συνεχίσει να δίδεται προσοχή στη μείωση όλων των μορφών βίας και αυθαιρεσίας έναντι του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρeσβεύει, εξίσου ότι η βία στον επαγγελματικό χώρο της υγείας απειλεί την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου την ασφάλεια του ασθενούς. Εφόσον παρέχεται ποιοτική φροντίδα υγείας, θα πρέπει να εξασφαλίζεται ασφαλές εργασιακό περιβάλλον και σεβασμός στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας και η ανεπαρκής υποστήριξη μπορούν να θεωρηθούν μορφές βίας και ασυμβίβαστες με τη καλή πρακτική.

Σύμφωνα με τον Turnipseed (1990), το ICN προωθεί και ενισχύει τη δημιουργία πολιτικών που αντανakλούν "μηδενική ανοχή" στη βία, π.χ. νομοθεσία, κανονισμοί προσωπικού, δικαστικές κυρώσεις, κριτήρια εργασιακού περιβάλλοντος, πολιτιστικά πρότυπα. Οι κυρώσεις θα πρέπει να καθοριστεί ότι αντανakλούν τη σοβαρότητα του κάθε ιδιαίτερου περιστατικού. Η συνεργασία με οργανισμούς που έχουν κοινούς στόχους στην εκστρατεία ενάντια στη βία είναι σημαντική.

Επίσης, υποστηρίζει πως κάθε νοσηλευτής έχει προσωπική ευθύνη να αναφέρει και να παρεμβαίνει αποτελεσματικά, όταν περιστατικά βίας συμβαίνουν στο χώρο εργασίας. Κατάλληλα μέτρα ασφαλείας θα πρέπει να παρέχονται για την προστασία των φοιτητών νοσηλευτικής, οι οποίοι βρίσκονται ιδιαίτερα σε κίνδυνο βίας στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με πολλούς επιστήμονες, το ICN παρακινεί τους εθνικούς συνδέσμους νοσηλευτών να αναλάβουν δράση, ως εξής:

- Ευαισθητοποιώντας τον κόσμο και την κοινότητα των νοσηλευτών για τις διάφορες εκδηλώσεις βίας ενάντια στο νοσηλευτικό προσωπικό. (Elander – Hermeren, 1991)
- Εξασφαλίζοντας για το νοσηλευτικό προσωπικό(θύματα βίας και θύτες) την πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της κατάθεσης/ αποζημίωσης και των διαδικασιών διεκδίκησης. (Elander – Hermeren, 1991)
- Διαπραγματευόμενοι την εισαγωγή και διατήρηση κατάλληλων μέτρων ασφαλείας και εμπιστευτικές διαδικασίες παραπόνων στην εργασία και τους χώρους εκπαίδευσης. (Elander – Hermeren, 1991)
- Στηρίζοντας τους νοσηλευτές και διευκολύνοντας την πρόσβαση σε νομική βοήθεια όταν είναι απαραίτητη. (Elander – Hermeren, 1991)
- Πραγματοποιώντας συναντήσεις με ανώτερους αξιωματούχους των αντίστοιχων ομάδων εργοδοτών, του εθνικού συστήματος υγείας και άλλων οργανισμών για να εξασφαλίσουν την βοήθεια τους στην παροχή αφαλούς και αξιοπρεπούς εργασιακού και εκπαιδευτικού περιβάλλοντος. (Elander – Hermeren, 1991)
- Εργαζόμενοι προκειμένου να εξασφαλίσουν ότι οι εργοδότες ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους για επαγγελματική υγεία και

ασφάλεια, συμπεριλαμβανόμενης της ανάπτυξης επαρκών επιπέδων προσωπικού, μεθόδους εργασίας που υποστηρίζουν την ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας και την προώθηση ασφαλών προτύπων συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον έλεγχο και την καταγγελία εργοδοτών που δεν διεκπεραιώνουν αυτές τις υποχρεώσεις. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Διασφαλίζοντας τη γνωστοποίηση της ύπαρξης και του τρόπου πρόσβασης σε διαθέσιμες στους νοσηλευτές πηγές, για την αντιμετώπιση της βίας και της αυθαιρεσίας στο χώρο της εργασίας. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Παρέχοντας και υποστηρίζοντας την βελτιωμένη εκπαίδευση και συνεχή κατάρτιση για την αναγνώριση και διαχείριση της βίας και αυθαιρεσίας στο χώρο εργασίας. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Βοηθώντας στη δημιουργία νοσηλευτικής κουλτούρας που δεν διαιωνίζει τη τάση των νοσηλευτών να κατηγορούν τον εαυτό τους για τα περιστατικά βίας. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Καλλιεργώντας θετική εικόνα για τους νοσηλευτές και σεβασμό προς τα δικαιώματα αυτών, για αξιοπρέπεια και προσωπική ασφάλεια, μέσω προτύπων ρόλων. Ενσωματώνοντας μαθήματα για την ελάττωση και/ή τη διαχείριση της βίας στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Βοηθώντας στη συλλογή αξιόπιστων δεδομένων που αφορούν στη βία στο χώρο της υγείας. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Βοηθώντας στην ανάπτυξη μεθόδων εργασίας που παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας, διατηρούν επαρκή επίπεδα προσωπικού και προάγουν ασφαλή πρότυπα συμπεριφοράς. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Διαπραγματευόμενοι τις στρατηγικές μείωσης της βίας στο χώρο εργασίας ενσωματώνοντας οργανωτικές, περιβαλλοντικές καθώς και ατομικές παρεμβάσεις. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Δημιουργώντας ή διευκολύνοντας φιλικούς προς το χρήστη, εμπιστευτικούς και αποτελεσματικούς μηχανισμούς αναφοράς. (Elander – Hermeren, 1991)

➤ Υποστηρίζοντας τα εκπαιδευτικά ιδρύματα για την εισαγωγή προγραμμάτων και πρακτικών που να αφορούν στην βία και την αυθαιρεσία στο χώρο εργασίας. (Elander – Hermeren, 1991)

6. Μέτρα βελτίωσης της έκφρασης του νοσηλευτικού ρόλου

6.1 Υποκίνηση νοσηλευτικού προσωπικού

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, η επίτευξη των επιθυμητών αλλαγών μπορεί να υλοποιηθεί μόνο με την εφαρμογή νέων, σύγχρονων μορφών και μεθόδων διοίκησης και οργάνωσης οι οποίες δίνουν έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μια

μετακίνηση από την έννοια της "διοίκησης προσωπικού" στην ποιοτικά προσανατολισμένη έννοια της "διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων"(Δ.Α.Π.), που αφορά την αξιοποίηση, την ανάπτυξη και την κινητοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (James, 1998; Buchanan & McCalman, 1989).

Σύμφωνα με τον Moller (1988), στη Δ.Α.Π. αναγνωρίζεται πια πως βάση για κάθε μορφή ποιότητας στις υπηρεσίες που παρέχει ένας οργανισμός στο χώρο της υγείας, είναι η προσωπική ποιότητα του επαγγελματία υγείας, η οποία εκφράζεται με δυο μορφές: α) με την υπαρκτή [εξωτερική] ποιότητα που ο εργαζόμενος πραγματικά έχει σε κάποια χρονική στιγμή, και β) με την προσδοκώμενη [εσωτερική] ποιότητα, η οποία βασίζεται στο εγγενές δυναμικό του ατόμου (ικανότητες, δημιουργικότητα, ενθουσιασμός) και αφορά την ποιότητα που θα μπορούσε ο εργαζόμενος να έχει στη συγκεκριμένη κατάσταση. Ο βαθμός σύγκλισης των δυο μορφών της προσωπικής ποιότητας εξαρτάται από την επίδραση πολλών παραγόντων.

6.1.1 Μέθοδοι και τεχνικές υποκίνησης

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν πως, έχει πλέον αναγνωριστεί η ανάγκη της αξιοποίησης, ανάπτυξης και υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού. Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές είναι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων που ευθύνονται για την έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού, τον αυξημένο αριθμό των παραιτήσεων και τις απουσίες από τις θέσεις εργασίας. Οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν πως οι κυριότεροι λόγοι αφορούν τις χαμηλές αμοιβές, την έλλειψη αναγνώρισης της προσφοράς, το ωράριο εργασίας, καθώς και το στρες που πηγάζει από την φύση της εργασίας (Locke and Latham, 1990 - Turnipseed, 1990 – Cangelosi, 1998).

Οι μέθοδοι που έχουν αξιολογηθεί ως οι πιο αποτελεσματικές για την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς σχετίζονται με τη διαμόρφωση ενός υγιούς οργανωσιακού κλίματος και τη δημιουργία ομάδων εργασίας.

- **Οργανωσιακό κλίμα**

Το οργανωσιακό κλίμα αφορά την υποκειμενική αντίληψη των εργαζόμενων για τον οργανισμό τους και φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην επιθυμία για συμμετοχή στην απόδοση έργου (Turnipseed, 1990).

Το ικανό στέλεχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι σε θέση να διαμορφώνει το επιθυμητό οργανωσιακό κλίμα, σύμφωνα με το οποίο υπάρχει επαρκής στελέχωση τμημάτων, ευελιξία επιλογής ωραρίων, πρόσβαση στην πληροφόρηση και υποστήριξη για κάθε εργαζόμενο, καθώς και ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης (Laschinger, 2001). Το υγιές οργανωσιακό κλίμα περιλαμβάνει, επιπλέον, κάποια χαρακτηριστικά, όπως την ενοποίηση των οργανωσιακών και προσωπικών στόχων, τη συμμετοχή όλων στη λήψη αποφάσεων, τη συνοχή και την αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των συνεργατών, τη δυνατότητα αυτονομίας, τα δίκαια συστήματα ανταμοιβής, που είναι βασισμένα στην αναγνώριση της προσφοράς έργου, καθώς και τη φυσική άνεση και ασφάλεια στο χώρο εργασίας.

Παρόλα αυτά, έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι οι περισσότεροι προϊστάμενοι στο χώρο της υγείας δεν αναγνωρίζουν τη βαρύτητα που έχει η

επίδραση του οργανωσιακού κλίματος στην αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζόμενων. (Flarey, 1991).

- **Διαμόρφωση Ομάδων Εργασίας- Επικοινωνία**

Η παρακίνηση δημιουργίας ομάδων εργασίας στη νοσηλευτική υπηρεσία (team nursing) θεωρείται σημαντική, δεδομένου ότι συνδυάζονται οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η εμπειρία πολλών ατόμων, υπάρχει κοινή δέσμευση προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, ενώ παράλληλα τονώνεται το ηθικό και ανεβαίνει η αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών, καθώς υπάρχει αλληλοϋποστήριξη και αναγνώριση στους κόλπους της ομάδας (Λανάρα, 1994). Ειδικά στους μεγάλους οργανισμούς, η ομαδική εργασία διευκολύνει την εποπτεία του έργου από τα στελέχη και προωθείται η συμμετοχή όλων στη λήψη αποφάσεων.

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών επικοινωνιακών διαδικασιών αποτελεί επίσης απόλυτη αναγκαιότητα για την ομάδα εργασίας, καθώς όχι μόνο εξασφαλίζεται η έγκαιρη και ακριβής ανταλλαγή πληροφοριών για την επίλυση προβλημάτων και την υλοποίηση συγκεκριμένων εργασιών, αλλά και εγκαθιδρύονται επιτυχημένες διαπροσωπικές σχέσεις για την παροχή αμοιβαίας στήριξης. Οι ομάδες, ανεξάρτητα με το προς εκτέλεση έργο, φαίνεται να προτιμούν τα αποκεντρωμένα δίκτυα επικοινωνίας, σε σχέση με τα συγκεντρωτικά, με κυρίαρχο τύπο την οριζόντια Επικοινωνία, που αφορά την πλευρική ανταλλαγή πληροφοριών μέσα στις ομάδες και μεταξύ αυτών, σε αλλά τμήματα του οργανισμού.

Σύμφωνα με επιστήμονες (Levering & Moskowitz, 1994), το κρίσιμο στοιχείο προκειμένου κάποιος οργανισμός να συμπεριληφθεί στη λίστα των πιο ωραίων χώρων εργασίας είναι ο ουσιαστικός παράγοντας των σχέσεων εργαζομένου-εργοδότη. Έχουν παρατηρηθεί θετικές αλλαγές σε πέντε σημαντικά πεδία:

1. Μεγαλύτερη συμμετοχή εργαζόμενων. Αυτό το αυξανόμενο φαινόμενο συχνά αναπτύσσεται μετά από απολύσεις. Η μείωση στη διοίκηση δημιουργεί στους εργαζόμενους την ανάγκη συμμετοχής σε προγράμματα αναδιοργάνωσης.
2. Περισσότερη ευαισθησία όσον αφορά τα προβλήματα των εργαζόμενων γονέων. Πολλά από τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ προσφέρουν εναλλακτικές επιλογές φροντίδας του παιδιού και ευέλικτα εργασιακά χρονοδιαγράμματα.
3. Μεγαλύτερη συμμετοχή στα κέρδη. Για παράδειγμα, το νοσοκομείο Beth Israel Boston χρησιμοποιεί μια έκδοση του προγράμματος Scalon, ένα πρόγραμμα συμμετοχής στον πλούτο, όπου οι εργαζόμενοι συμμετέχουν άμεσα στη διανομή των κερδών παραγωγικότητας.
4. Μεγαλύτερη διασκέδαση.
5. Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη μεταξύ διοίκησης και εργαζόμενων. Οι εργαζόμενοι εμπιστεύονται τους προϊστάμενους τους και τη διοίκηση. Οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι εμπιστεύονται τους εργαζόμενους τους. Ενδείξεις μιας τέτοιας εμπιστοσύνης είναι η απουσία ρολογιών εργασίας, οι συναντήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα, στις οποίες οι εργαζόμενοι μπορούν να συζητήσουν τους προβληματισμούς τους, οι

ανακοινώσεις θέσεων εργασίας και η συνεχής πρακτική εξάσκηση.
(Elander - Hermeren, 1991)

6.2 Η δημιουργία περιβάλλοντος μάθησης

Τα μεταβαλλόμενα μοντέλα παροχής της υγειονομικής φροντίδας καθορίζουν μερικώς τις βαθμιαίες αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες της υγειονομικής φροντίδας εργάζονται μεταξύ τους. Λόγω του ότι η αλλαγή είναι συνεχής και αναπόφευκτη, ένας τρόπος διαχείρισης της αλλαγής είναι η μάθηση μέσω της εμπειρίας. Η δημιουργία ενός οργανισμού μάθησης που δίνει αξία στις πρωτοβουλίες βελτίωσης είναι απαραίτητη για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας. (Ανδριώτη, 1994)

Αυτός ο οργανισμός βασίζεται σε αντιλήψεις της φροντίδας του ασθενούς παρά στη μονάδα ή τη δομή της υπηρεσίας, καθώς και στο σεβασμό για τα talέντα και τις συνεισφορές των διαφόρων επαγγελματιών της υγειονομικής φροντίδας που εργάζονται από κοινού για τη προσφορά της φροντίδας του ασθενούς. Αν και αυτή η φροντίδα που εστιάζεται στον ασθενή παρέχει τη σταθερότητα του σκοπού για τις διεπιστημονικές ομάδες, οι οργανώσεις μάθησης χρειάζονται περισσότερο. (Ανδριώτη, 1994)

Η μάθηση για την κατανόηση διαδικασιών, την ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων και την εμπιστοσύνη στη διαίσθηση είναι όλα συμπεριφορές που πρέπει να αναπτύξουν οι ηγέτες στις οργανώσεις μάθησης. Όλο το προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων της οικιακής οικονομίας, του δικαιολογίου, των υπηρεσιών διατήρησης και περιβάλλοντος, των φαρμακοποιών και των θεραπευτών, των γιατρών και των νοσηλευτών, πρέπει να λαμβάνουν μέρος στη μάθηση. (Θεοφανίδης, 2006)

Σύμφωνα με τους Θεοφανίδη και Φουντούκη (2006), οι νοσηλευτές στην εκτελεστική πρακτική, μαζί με άλλους προϊσταμένους συνεχώς προκαλούνται να μάθουν από τα σφάλματα, τα γεγονότα και τις επιτυχίες, να διαπιστώσουν τρόπους προαγωγής της βελτίωσης καθώς και να διατηρήσουν ζωντανή τη φιλοσοφία και το πνεύμα της υπηρεσίας.

Το ερώτημα για τους εκτελεστικούς είναι πώς να διατηρήσουν και να ενθαρρύνουν τη συνεργασία που κερδήθηκε από την αλλαγή στην οποία όλοι οι τύποι μελών του προσωπικού από όλα τα επίπεδα έμαθαν την ομαδική εργασία και ενώθηκαν γύρω από τη φροντίδα του ασθενούς. Η πρόκληση για νοσηλευτές-εκτελεστικούς και άλλους είναι να καθορίσουν το επόμενο βήμα, να συνεχίσουν να δημιουργούν διεξόδους για το προσωπικό και να αναπτύσσουν διαφορετικούς τύπους μοντέλων φροντίδας που είναι σύμφωνοι με το πνεύμα και την πρόθεση της μεταρρύθμισης της υγειονομικής φροντίδας.

Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα θέματα μη ηθικής συμπεριφοράς, που ενοχλούν του νοσηλευτές στην πράξη σύμφωνα με έρευνα του 1991, κατά σειρά βαθμολογίας είναι σχετικά με:

- Ανεύθυνες ενέργειες συνεργατών
- Περιπτώσεις που γίνονται συζητήσεις για ασθενείς με απαράδεκτο τρόπο.
- Ανισομερή κατανομή πόρων - ανθρωπίνων και υλικών.
- Παράταση της ζωής με ακραία μέσα.
- Ανεπαρκή στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η νοσηλευτική άσκηση δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων που είναι ειδικά για το επάγγελμα ή διαμορφώνονται από αυτό. Μέσα στο χάος και τη σύγχυση της σύγχρονης φροντίδας υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέρβλητα. Όμως σ' αυτό το χάος δεν χάνονται. Η ίδια η νοσηλευτική παρέχει πυξίδα και άγκυρα, σταθερό σημείο στην καταιγίδα, πηγή υψηλών αξιών και παράδοση πλούσια για κατεύθυνση, κατανόηση και συμπάθεια για τα ανθρώπινα διλήμματα της αρρώστιας και της υγείας. (Judith, Rochiccioli, Mary, Tillonry, 1996)

6.3 Η καλή συνεργασία: πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη νοσηλευτική

Συνεργασία είναι η συνένωση των γνώσεων, ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων προς έναν κοινό σκοπό, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου, ευκαιρία υπηρεσίας και προσφοράς και διακονίας. Η συνεργασία πολλαπλασιάζει τις δυνάμεις των συνεργαζόμενων ασημοτήτων και τις αποδεικνύει ανώτερες των δυνάμεων διιστάμενων διασημοτήτων. Χωρίς τη συνεργασία των μελών δεν αναπτύσσεται η κοινωνία, δεν ευημερεί η οικογένεια, δεν κερδίζει μάχες ο στρατός, δεν μεγαλουργεί η παιδεία, δεν προάγονται οι τέχνες και επιστήμες, δεν επιτυγχάνει τους στόχους της η σύγχρονη Νοσηλευτική. Οι προϋποθέσεις της αρμονικής συνεργασίας είναι: - Αυτογνωσία και ταπείνωση. - Σεβασμός του άλλου προσώπου και αναγνώριση των προσόντων του. - Καλή επικοινωνία, μέτρο και ιερότητα στα λόγια μας. - Ευγένεια, διάκριση, μετριοφροσύνη, ανωτερότητα. Η συνεργασία είναι γυμναστήριο, σπουδαστήριο και εργαστήριο αγωνισμάτων άλλου βεληνεκούς. Κατά τη συνεργασία καλλιεργούμε την αγάπη, τη συμπυχία, την υπομονή, το πνεύμα της μαθητείας. (Α. Ραγιά, 2003)



6.4 Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη

Σύμφωνα με την Λανάρα (2004), η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των νοσηλευτών και στον προσδιορισμό της κατεύθυνσης της νοσηλευτικής, των νοσηλευτικών υπηρεσιών και του χώρου της υγείας γενικά. Εκπαίδευση δεν είναι απλή μετάδοση γνώσεων. Είναι η μόρφωση

ηθικής προσωπικότητας και η διαμόρφωση του χαρακτήρα. Απαιτείται πραγματική μόρφωση του αυριανού νοσηλευτή και ερευνητή, για να είναι ικανός να ασχολείται με πολλαπλά, ποικίλα, σύνθετα γεγονότα και προβλήματα, με άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις, με απίθανα ηθικά θέματα στην υγεία και στη καθημερινή πράξη.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση οφείλει να μεταβιβάζει και να ενσωματώνει επιστημονικές γνώσεις και ηθικές αξίες. Γιατί η εκπαίδευση αυτή, καλλιεργεί τον νοσηλευτή. Προσφέρει σταθερά χαρακτηριστικά υψηλού ήθους, αποστολής και υπευθυνότητας, προσόντα απαραίτητα, ιδιαίτερα για τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι, η μάθηση δεν είναι η απλή απορρόφηση πληροφοριών, γεγονότων και θεωριών, αλλά η ανάπτυξη του κριτικού τρόπου σκέψης, ώστε να αντιμετωπίσουμε την υπεραφθονία των πληροφοριών που μας κατακλύζουν. Οι ενήλικες μαθητές, μέσω της διά βίου εκπαίδευσης και της ενεργητικής μάθησης, διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η διά βίου εκπαίδευση στους επαγγελματίες νοσηλευτές είναι, εκτός από πρόσβαση σε νέα γνώση, η δυνατότητα για διερεύνηση των προσόντων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των αλλαγών, των νέων τεχνολογιών και των επάλληλων εξελίξεων στο χώρο της υγείας. Τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων μπορούν να οργανώνουν μετεκπαιδευτικά προγράμματα εστιασμένου ενδιαφέροντος στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή συμμετοχή σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης κατάρτισης είναι, εκτός από τη διάθεση του νοσηλευτή για επιμόρφωση, η πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής ιεραρχίας. (Δ. Θεοφανίδης, Α. Φαντούκη, 2006)



6.4.1 Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση

Η ηθική ικανοποίηση αναδεικνύεται ως ο κυριότερος λόγος για την αναβάθμιση των σπουδών, ενώ αντίθετα οι οικονομικοί λόγοι φαίνεται να τους απομακρυνθούν από αυτό το ενδεχόμενο. Η συνεχώς εξελισσόμενη γνώση σε

συνδυασμό με την αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο μέλλον. Η ανάγκη για ύπαρξη περαιτέρω εκπαιδευτικών υποδομών (ποικιλία προγραμμάτων, πηγές πληροφόρησης) για συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελεί θέμα ατομικής ευθύνης αλλά και ευθύνη της πολιτείας. (Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Κούρτης, Γ. Μητρούλιας, Γ. Φιλιππάτος, 2003)

Η Κιοσκιερίδου Κατερίνα, Νοσηλεύτρια στα Πρακτικά της Πρώτης πολυθεματικής νοσηλευτικής ημερίδας στο Αμφιθέατρο Κολεγίου Αθηνών (1993) υποστηρίζει ότι:

«Σημαντικές εξελίξεις σε κάθε τομέα γνώσης συντελούνται τα τελευταία χρόνια με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας δημιουργούνται νέες δυνατότητες από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την χρήση τους από τις επιστήμες υγείας. Αυτό έχει σαν συνέπεια την βελτίωση της ποιότητας στην νοσηλεία και τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ασθενείς..

Ταυτόχρονα η νοσηλευτική επιστήμη προοδεύει και αναπτύσσει νέους τρόπους παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Αυτές οι εξελίξεις καθιστούν απαραίτητη την συνεχή εκπαίδευση του Νοσηλευτικού προσωπικού έτσι ώστε οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες και απαιτήσεις που διαμορφώνονται συνεχώς από τα νέα δεδομένα.

Η γνώση, ιδιαίτερα στην εποχή μας είναι ένα απαραίτητο όπλο για κάθε επαγγελματία και επομένως και για κάθε νοσηλεύτη. Πρέπει όμως διαρκώς να ανανεώνεται και να εμπλουτίζεται προκειμένου να εναρμονίζεται με τις σύγχρονες εξελίξεις. Η γνώση δεν είναι μόνο δικαίωμα αλλά και υποχρέωση του κάθε νοσηλεύτη.

Στα πλαίσια αυτής της υποχρέωσης, κάθε νοσηλευτική υπηρεσία οφείλει να παίρνει τις αναγκαίες πρωτοβουλίες ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να έχει πρόσβαση στην συνεχή εκπαίδευση.

Επομένως είναι αναγκαίο η Νοσηλευτική Υπηρεσία να δρομολογήσει τα απαραίτητα μέτρα για την συνεχή εκπαίδευση του Νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι επίσης ευθύνη και υποχρέωση του νοσηλευτικού προσωπικού να συμμετέχουν σε μια τέτοια προσπάθεια.

Οφείλουμε να προσπαθούμε συνεχώς για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας που παρέχουμε στον άρρωστο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί όχι μόνο με την αναβάθμιση των κτιριολογικών εγκαταστάσεων και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αλλά πρωτίστως με την αναβάθμιση των επαγγελματιών υγείας μέσω της συνεχούς και αποτελεσματικής εκπαίδευσης..

Άλλωστε ένα όχι επαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό δεν μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στα καθήκοντα του και στις σύγχρονες απαιτήσεις των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων».

6.5 Αιτίες μεταβολής του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών σε επισφαλές, με αποτέλεσμα την μειωμένη παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Σύμφωνα με τον Tillonry (1996) , το ICN αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο που παίζει η υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στον τομέα της Προαγωγής Υγείας. Επιπλέον, το ICN αναγνωρίζει την επιτυχή ενασχόληση εξειδικευμένων νοσηλευτών με τον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας καθώς και την αποτελεσματικότητα από οικονομικής απόψεως των παρεχόμενων στους εργαζόμενους υπηρεσιών.

Ο Aileen (2002) ισχυρίζεται ότι , η φροντίδα του ασθενούς επωφελείται στο σύνολό της από ένα ασφαλές για το νοσηλευτικό προσωπικό εργασιακό περιβάλλον. Εντούτοις, το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών είναι συχνά επισφαλές ως αποτέλεσμα καταστάσεων όπως :

- Μόλυνση του περιβάλλοντος από απόβλητα – προϊόντα της ανθρώπινης και της βιομηχανικής δραστηριότητας .
- Κίνδυνοι (π.χ. χημικοί, βιολογικοί, φυσικοί, θόρυβος, ακτινοβολία, επαναλαμβανόμενη εργασία).
- Ιατρική τεχνολογία – έλλειψη συντήρησης, ανεπαρκής κατάρτιση στη χρήση της τεχνολογίας.
- Ανεπαρκής πρόσβαση στον προστατευτικό ιματισμό και τον ασφαλή εξοπλισμό.
- Διαταραχή των καθημερινών σχεδίων ζωής που συνδέεται με την εργασία σε βάρδιες.
- Αυξανόμενες απαιτήσεις που εγείρονται επί των συναισθηματικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών δυνατοτήτων του νοσηλευτή που εργάζεται υπό σύνθετες πολιτικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές και κλινικές συνθήκες .
- Γεγονότα βίας, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικών παρενοχλήσεων.
- Ανεπαρκής εργονομία (σχεδιασμός και λειτουργικότητα ιατρικού εξοπλισμού, υλικών και εγκαταστάσεων).
- Ανεπαρκής κατανομή των πόρων, π.χ. ανθρώπινων, οικονομικών.
- Απομόνωση.

Σύμφωνα με τον Clarke (2002), το ICN αναφέρει ότι οι περισσότερες κυβερνήσεις αποτυγχάνουν να συλλέξουν τις τρέχουσες εξακριβωμένες πληροφορίες σχετικά με την επίπτωση των ατυχημάτων, των τραυματισμών και της ασθένειας του νοσηλευτικού προσωπικού, ως βάση για την ορθή διαμόρφωση της πολιτικής δράσης. Η έλλειψη σχετικών στοιχείων είναι ένα θέμα που προκαλεί μεγάλη ανησυχία.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν στο γεγονός ότι, σε ορισμένες χώρες δεν υπάρχει νομοθεσία σχετική με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας. Σε άλλες , οι τρόποι ελέγχου της εφαρμογής και οι μηχανισμοί επιβολής πειθαρχίας στους εργοδότες που δεν υπακούουν είναι ατελέσφοροι ή ανύπαρκτοι. Ακόμα, άλλες χώρες έχουν υιοθετήσει νομοθεσία που αποκλείει τα νοσοκομεία και τους άλλους υγειονομικούς φορείς.

Το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών είναι μία ομοσπονδία περισσότερων από 120 συνδέσμων Νοσηλευτών που εκπροσωπεί τα εκατομμύρια των νοσηλευτών παγκοσμίως. Οργανωμένο από νοσηλευτές για νοσηλευτές, το ICN είναι η διεθνής φωνή της Νοσηλευτικής και λειτουργεί με στόχο να εξασφαλίσει ποιοτική περίθαλψη για όλους και ασφαλείς πολιτικές υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. (Baumann, 2001 – Silber & Sochalski, 2002)

6.6 Λήψεις μέτρων - Προτάσεις σχετικά με την Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας για τους Νοσηλευτές



Θέση του ICN:

Σύμφωνα με τον Baumann(2001), το ICN πρεσβεύει ότι ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας στον τομέα της Υγείας συμβάλλει σημαντικά στην ασφάλεια του ασθενούς και υποστηρίζει τη θετική έκβαση της υγείας του. Έχοντας αυτό ως στόχο το ICN προωθεί σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών και οργάνων που θα διασφαλίσουν το δικαίωμα των νοσηλευτών για εργασία σε ένα ασφαλές περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της ανοσοποίησης και εξασφάλισης προστατευτικού ιματισμού / εξοπλισμού. Επίσης επαναπροσδιορίζει ως αποστολή του την ενθάρρυνση της ερευνητικής δραστηριότητας σε αυτό το πεδίο και τη διακίνηση της πληροφορίας που προκύπτει στους άμεσα ενδιαφερόμενους.

Το ICN διερευνά την έλλειψη κατάλληλης εθνικής νομοθεσίας, σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, που καλύπτει τους νοσηλευτές στο χώρο απασχόλησής τους, τους συχνά ανεπαρκείς μηχανισμούς για τη συμμετοχή των εργαζομένων στον έλεγχο /την μείωση των επαγγελματικών κινδύνων και τους ανεπαρκείς πόρους που διατίθενται για να εξασφαλίσουν τις βέλτιστες υπηρεσίες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και την επιθεώρηση εργασίας.

Σύμφωνα με τους Cangelosi και Markham (1998), το ICN υποστηρίζει θερμά τις διάφορες συνθήκες ILO που σχετίζονται με την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας και θεωρεί ότι οι εθνικοί σύνδεσμοι νοσηλευτών πρέπει:

- Να ασκήσουν πίεση στις κυβερνήσεις τους, για να εξασφαλίσουν ότι όλοι οι παράγοντες υγείας συνάδουν με τις διατάξεις της νομοθεσίας για υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο της εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί τόσο με κινητοποίηση όσο και με μεμονωμένη ή/και συλλογική πολιτική δράση. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να ενθαρρύνουν και να υποστηρίξουν την ερευνητική δραστηριότητα στις χώρες τους, τόσο σε θέματα ασφάλειας και καταλληλότητας των εργασιακών χώρων των νοσηλευτών, όσο και σε συμπεριφορές κινδύνου, στάσεις, διαδικασίες και δραστηριότητες. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να ευαισθητοποιήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό, τους εργοδότες και το κοινό σχετικά με τους επαγγελματικούς κινδύνους στον τομέα

της Υγείας , συμπεριλαμβανομένης της βίας και της αυθαιρεσίας. (Cangelosi & Markham, 1998)

- Να διασφαλίσουν την πληροφόρηση των νοσηλευτών σχετικά με τα δικαιώματά τους (ως εργαζόμενοι) σε ένα ασφαλές περιβάλλον και τις υποχρεώσεις τους σε ότι αφορά στην προστασία της ασφάλειάς τους και στην προαγωγή της ασφάλειας των άλλων . (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να πείσουν τις κυβερνήσεις και τους εργοδότες να εγκρίνουν και να εφαρμόσουν όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διασφαλίσουν την υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών που βρίσκονται σε κίνδυνο κατά την διάρκεια της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού όπου απαιτείται. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να ωθήσουν τις κυβερνήσεις /εργοδότες στο να εξασφαλίσουν την πρόσβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στα προστατευτικά μέτρα (π.χ. ιματισμός) και τον εξοπλισμό χωρίς πρόσθετο κόστος για το προσωπικό. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να ενθαρρύνουν τους νοσηλευτές να υποβληθούν σε εμβολιασμούς σχετικούς με την υγεία και την ασφάλειά τους στον εργασιακό τους χώρο. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να συνεργαστούν με τις αρμόδιες αρχές για να εξασφαλίσουν την ακρίβεια του καταλόγου επαγγελματικών ασθενειών και να αξιολογήσουν περιοδικά την ισχύ του για το νοσηλευτικό προσωπικό. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να υποστηρίξουν τις αξιώσεις των νοσηλευτών για αποζημίωση σε περιπτώσεις επαγγελματικής νόσου και/ ή τραυματισμού. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να εξασφαλίσουν και να διαδώσουν πληροφορία σχετική με την επίπτωση ατυχημάτων, τραυματισμών και νοσημάτων σχετιζόμενων με την εργασία των νοσηλευτών. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να συνεργαστούν με άλλες οργανώσεις που υποστηρίζουν το δικαίωμα του εργαζομένου σε ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να αναγνωρίσουν την επίδραση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και των οικογενειών τους στην ανάπτυξη των πολιτιστικά κατάλληλων πολιτικών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και των σχεδίων αντιμετώπισης των προβλημάτων. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να υποστηρίξουν την απελευθέρωση των νοσηλευτών από τον φόβο του εγκλωβισμού τους στο ρόλο του υπέρμαχου του ασθενούς . (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να διεκδικήσουν επαρκή συστήματα ελέγχου σε όλα τα επίπεδα έτσι ώστε να εξασφαλίσουν την κατάλληλη εφαρμογή των πολιτικών. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να ενισχύσουν την πληροφόρηση σχετικά με την εισαγωγή νέων κινδύνων στον εργασιακό χώρο. (Cangelosi & Markham, 1998)
- Να διαδώσουν τις πληροφορίες σχετικά με τη μη συμμόρφωση εργοδοτών στην σχετική με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας νομοθεσία καθώς και τους μηχανισμούς αναφοράς των παραβιάσεων. (Cangelosi & Markham, 1998)

Ο Bounds (1998) υποστηρίζει ότι , το ICN υποστηρίζει τον διευρυμένο ρόλο του νοσηλευτή υγιεινής της εργασίας στην αντιμετώπιση των πρωταρχικών υγειονομικών αναγκών των εργαζομένων και απαιτεί δίκαιη αμοιβή και κατάλληλες συνθήκες σταδιοδρομίας, έτσι ώστε να υπάρξει επαγγελματική εξέλιξη. Το ICN επιζητεί την αναγνώριση του τομέα υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας ως πεδίο δράσης του νοσηλευτή με αμοιβές που αντιστοιχούν στο επίπεδο εμπειρίας και αποτελούν κίνητρα για προσέλκυση αλλά και συνέχιση της δραστηριοποίησης των νοσηλευτών στον συγκεκριμένο τομέα.

6.7 Στρατηγικές για την Ανάπτυξη Υποστηρικτικού Περιβάλλοντος Εργασίας

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), η διαδικασία ανάπτυξης υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι πολύπλευρη, λαμβάνει χώρα σε πολλά επίπεδα μιας οργάνωσης και εμπλέκει διάφορους φορείς. Αρχικά, κάθε οργάνωση πρέπει να αναπτύξει ένα σχεδιάγραμμα του εργατικού δυναμικού το οποίο περιλαμβάνει εκτιμήσεις όπως τα ποσοστά συστηματικής αποχής από την εργασία, αδειών και κυκλικού ωραρίου, καθώς επίσης και δημογραφικές πληροφορίες όπως η ηλικία και η εμπειρία. Οι πληροφορίες αυτού του είδους παρέχουν μια σταθερή βάση για τη λήψη αποφάσεων. Οι νοσηλευτές, από τη πλευρά τους, μπορούν να προωθήσουν την ανάπτυξη υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος με τους εξής τρόπους:

- Τη συνεχή προώθηση του νοσηλευτικού έργου.
- Τον καθορισμό του πεδίου της νοσηλευτικής πρακτικής, έτσι ώστε οι νοσηλευτές, άλλοι επιστήμονες και οι πολίτες να είναι ενήμεροι για της εξελίξεις στο επάγγελμα.
- Την άσκηση πιέσεων για την επαγγελματική αναγνώριση και ανταμοιβή.
- Την καλλιέργεια και διάδοση της σπουδαιότητας της ασφαλείας στο περιβάλλον εργασίας.
- Τη διασφάλιση της συνεργασίας με άλλους επιστήμονες για την ανάπτυξη πολιτικών για ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.
- Την υποστήριξη της ερευνητικής δραστηριότητας, τη συλλογή στοιχείων για καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα και τη διάδοσή τους, όταν είναι διαθέσιμα.
- Την ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων για την ενίσχυση της ομαδικής εργασίας, παρέχοντας ευκαιρίες συνεργασίας και δίνοντας έμφαση στη θεωρία της ομαδικής εργασίας.
- Την επιβράβευση δραστηριοτήτων φροντίδας υγείας οι οποίες καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, μέσα από πρωτοβουλίες πρόσληψης και διατήρησης των νοσηλευτών στη θέση τους, μείωσης των ποσοστών παραίτησης, μεταστροφής της κοινής γνώμης, βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας και του υψηλού ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών.

- Την χρήση εργαλείων, τα οποία παρέχουν βασικές πληροφορίες για τη σπουδαιότητα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος εργασίας.

6.8 Προτάσεις σχετικά με την διδασκαλία της νοσηλευτικής ηθικής

Η νοσηλευτική άσκηση δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων που είναι σχετικά με το επάγγελμα ή διαμορφώνονται από αυτό. Μέσα στο χάος και τη σύγχυση της σύγχρονης φροντίδας υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέβλητα. Όμως σε αυτό το χάος δε χάνονται. Η ίδια η νοσηλευτική παρέχει πυξίδα και άγκυρα, σταθερό σημείο στη καταιγίδα, πηγή υψηλών αξιών και παράδοση πλούσια για κατεύθυνση, κατανόηση και συμπάθεια για τα ανθρώπινα διλήμματα της αρρώστιας και της υγείας.

Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης φοιτητών στην ηθική είναι μεγάλης προτεραιότητας σήμερα παρά ποτέ ίσως άλλοτε. Καθημερινά διαπιστώνεται ότι η ραγδαία εξέλιξη στην τεχνολογία και την επιστήμη, που έχει διεισδύσει στο χώρο της υγείας συνεπάγεται πρόσθετα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Η ικανοποιητική ηθική διαπαιδαγώγηση παίζει θεμελιώδη ρόλο στην επιτυχή άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες προτάσεις σχετικά με την διδασκαλία της νοσηλευτικής ηθικής:

- Η ηθική και δεοντολογία να διδάσκονται σε όλα τα προπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής, όπως επίσης στα μεταπτυχιακά και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Το περιεχόμενο του προγράμματος να μην περιλαμβάνει μόνο τις θεωρίες της ηθικής αλλά και τις εφαρμογές τους στις νοσηλευτικές συνθήκες, παρέχοντας διάφορες εμπειρίες μάθησης.
- Οι φοιτητές κατά την κλινική άσκηση να καθοδηγούνται, για να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα ηθικά θέματα, που εμπλέκονται σε ειδικές περιπτώσεις νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων, καθώς και προβλημάτων του προσωπικού.
- Η ηθική και η δεοντολογία να ενσωματώνεται σε ολόκληρο το πρόγραμμα της νοσηλευτικής πέρα από τα θεωρητικά μαθήματα και κυρίως σαν εφαρμοσμένη ηθική. Τα διεπιστημονικά σεμινάρια, συμπόσια και άλλες ομαδικές συναντήσεις και συζητήσεις προτείνονται ιδιαίτερα για μεταπτυχιακά προγράμματα και για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

6.9 Οι σημαντικότερες αλλαγές που πρέπει να γίνουν για τη σωστή λειτουργία των νοσοκομείων

1. Αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων από περιστατικά πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη λειτουργία των Αστικών Κέντρων Υγείας και του νέου συστήματος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Ανδριώτη, 1999)
2. Συνεχής έλεγχος ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών των Νοσοκομείων για την προστασία των πολιτών (Ανδριώτη, 1999)
3. Συστηματικός έλεγχος της οικονομικής διαχείρισής τους, βάσει αντικειμενικών κριτηρίων κόστους – παραγωγικότητας (Ανδριώτη, 1999)
4. Επέκταση του θεσμού της μονοήμερης νοσηλείας σε όλα τα Νοσοκομεία (Νιάκας, 2003)
5. Καθιέρωση του θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας (Νιάκας, 2003)
6. Ανάπτυξη δικτύου κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας εκτός νοσοκομείων (Κοτζαμπασάκη, 2004)
7. Δημιουργία οργανωμένων κέντρων με εξειδίκευση σε συγκεκριμένο αντικείμενο (Κοτζαμπασάκη, 2004)
8. Δημιουργία νέων τραυματολογικών κέντρων σε νοσοκομεία πόλεων κατά μήκος των εθνικών οδών (Κοτζαμπασάκη, 2004)
9. Πρόγραμμα αύξησης των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ώστε να προσεγγίσουμε το επίπεδο της Ε.Ε. (Κοτζαμπασάκη, 2004)
10. Πρόγραμμα βελτίωσης, υποδομών και εξοπλισμού, των νοσοκομείων. Κατάργηση των πολύκλινων δωματίων νοσηλείας και αντικατάστασή τους με δωμάτια από 1 ως 4 κλίνες (Κοτζαμπασάκη, 2004)



6.9.1 Προτάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού:

- Δημιουργία Τμημάτων Νοσηλευτικής και σε άλλα Πανεπιστήμια.
- Αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σχολών των ΤΕΙ και την ουσιαστική σύνδεσή τους με τα μεγάλα νοσοκομεία.
- Παροχή στους νοσηλευτές κινήτρων οικονομικών, ηθικών και επαγγελματικών.
- Δημιουργία φορέα ελέγχου επαγγέλματος νοσηλευτών
- Υλοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Προκήρυξη όσο το δυνατόν περισσότερων θέσεων εργασίας για την κάλυψη των μεγάλων αναγκών που ξεπερνούν σήμερα τις 20 έως 25 χιλιάδες. (Αnonymous: www.bekiris.gr/ygeia_08.htm) παρελήφθη την Δευτέρα, 12 Νοεμβρίου 2007 13:05 μμ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Προκειμένου να γίνει η διερεύνηση της στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης επιλέξαμε σαν μέθοδο να διερευνήσουμε:

α) Την αντίληψη των διευθύνσεων των νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης σχετικά με το επίπεδο στελέχωσης των υπηρεσιών τους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Γι' αυτό απευθυνθήκαμε στις διευθύνσεις των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών με ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 15 ερωτήματα (το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα)

β) Τον αριθμό του Νοσηλευτικού Προσωπικού κατά Νοσοκομείο και τον αριθμό των αναπτυγμένων κλινών που παραθέτουμε παρακάτω.

Από τις 6 Διευθύνσεις Νοσηλευτικής Υπηρεσίας που προσεγγίσαμε, δέχθηκαν να μας απαντήσουν 4 (τέσσερις). Συγκεκριμένα απαντήσεις είχαμε από την ηγεσία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων: «Γ.Ν ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», «Γ.Π.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», «Γ.Ν.Θ. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ».

Το όργανο (instrument) που χρησιμοποιήσαμε για την συλλογή των δεδομένων μας ήτανε τα ερωτηματολόγια, τα οποία περιλάμβαναν ερωτήσεις ανοικτού τύπου. (Σαχίνη - Καρδάση, 1997)

A. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

- **Κριτήρια κατανομής νοσηλευτών στα τμήματα:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των 2 νοσοκομείων Παπανικολάου και Παπαγεωργίου μας απάντησαν πως η κατανομή γίνεται αξιοκρατικώς, στο Γ.Γεννηματάς η κατανομή των νοσηλευτών του εξαρτάται από τη δύναμη των ασθενών και τη βαρύτητα της κλινικής, ενώ στον Αγ. Δημήτριο αναλόγως με το επίπεδο των γνώσεων που απαιτεί το κάθε τμήμα.

- **Κάλυψη αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό σε νέα τμήματα:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των 2 νοσοκομείων Παπανικολάου και Γ.Γεννηματάς ανέφεραν πως γίνεται μεταφορά του ήδη υπάρχοντος προσωπικού, στο Παπαγεωργίου δημιουργείται πυρήνας πεπειραμένου υπάρχοντος προσωπικού, ενώ αντιθέτως στον Αγ. Δημήτριο δεν δημιουργείται κανένα νέο τμήμα.

- **Αντίληψη για την επάρκεια προσωπικού:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των 3 νοσοκομείων Παπανικολάου, Παπαγεωργίου και Γ.Γεννηματάς μας έδωσαν την ίδια απάντηση, πως υπάρχει μεγάλο και αισθητό πρόβλημα επάρκειας προσωπικού, που αντιθέτως για τον Αγ. Δημήτριο δεν είναι ιδιαίτερα αντιληπτό.

- **Κάλυψη κενών θέσεων των αδειούχων:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, στα 3 νοσοκομεία Παπανικολάου, Παπαγεωργίου και Γ.Γεννηματάς οι κενές θέσεις των αδειούχων τους καλύπτονται από το ήδη υπάρχων προσωπικό, σε αντίθεση με τον Αγ. Δημήτριο, όπου δεν υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα κάλυψης κενών θέσεων.

- **Αναρρωτικές άδειες:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, στα 3 νοσοκομεία Παπανικολάου, Παπαγεωργίου και Γ.Γεννηματάς το Νοσηλευτικό Προσωπικό μπορεί να πάρει από μέρες έως και μήνες άδεια, αναλόγως με τη δηλωθείσα ασθένεια, ενώ στον Αγ. Δημήτριο το Νοσηλευτικό Προσωπικό δεν παίρνει αναρρωτικές άδειες..

- **Εκπαιδευτικά συνέδρια και σεμινάρια – Εκπαιδευτικές άδειες:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, και των 4 νοσοκομείων μας απάντησαν πως υπάρχει αρκετή συμμετοχή Νοσηλευτικού Προσωπικού σε εκπαιδευτικά συνέδρια και σεμινάρια.

Όσον αφορά τις άδειες που δίνονται για αυτά, σε 2 νοσοκομεία το Παπανικολάου και τον Αγ. Δημήτριο στο Νοσηλευτικό Προσωπικό δίνονται κάποιες μέρες εκπαιδευτικής άδειας, στο Παπαγεωργίου οι άδειες δίνονται κατά ειδικότητα, ενώ στο Γ.Γεννηματάς ο αριθμός τους είναι περιορισμένος.

- **Αναφορά προβλήματος από συμπεριφορά ή εργασιακό λάθος νοσηλευτή:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των 3 νοσοκομείων Παπανικολάου, Γ.Γεννηματάς και Αγ. Δημητρίου δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα, σε αντίθεση με το Παπαγεωργίου που υπήρξε ένα τέτοιο συμβάν και έγινε έρευνα εμπλεκομένων προσώπων με γραπτή αναφορά του συμβάντος.

- **Περιπτώσεις παραπόνων των νοσηλευτών και που απευθύνονται:**

Από τα 4 νοσοκομεία που ερωτήθηκαν, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των 2 νοσοκομείων Παπανικολάου και Γ.Γεννηματάς μας απάντησαν πως έχουν γίνει παράπονα, απευθυνόμενα στη Διεύθυνση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών,

η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Παπαγεωργίου μας απάντησε πως το Νοσηλευτικό Προσωπικό για οποιαδήποτε παράπονα απευθύνεται ιεραρχικώς, ενώ από την Νοσηλευτική Υπηρεσία του Αγ. Δημητρίου δεν πήραμε σαφή απάντηση..

- **Εργασιακή απόδοση – Επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του ΝΠ:**

Από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και των 4 νοσοκομείων που ερωτήθηκαν πήραμε την ίδια απάντηση:

πως χρειάζεται συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών για να επιτευχθεί μια καλύτερη εργασιακή απόδοση.

- **Επίδοση και επίπεδο εκπαίδευσης των σπουδαστών του ΤΕΙ:**

Οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και των 4 νοσοκομείων που ερωτήθηκαν, είναι ευχαριστημένες από τους σπουδαστές των ΤΕΙ, όσον αφορά τη συμπεριφορά, την συνέπεια, τις υποχρεώσεις και τις γνώσεις τους.

B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΑΠΟ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ, ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΛΙΝΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η ανάλυση του υλικού που συγκεντρώσαμε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας μας, έχει ως εξής:

Στο Γ.Ν. Παπανικολάου ο αριθμός των κλινών φτάνει τις 718 ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό ξεπερνάει τους 657. Τα αποτελέσματα αυτά το κατατάσσουν, όπως θα δούμε και παρακάτω, ως το νοσοκομείο με τον μεγαλύτερο αριθμό ανεπτυγμένων κλινών και νοσηλευτών(ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ κατηγορίας).

Ακολουθεί το Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου στο οποίο μπορεί ο αριθμός των κλινών να υπερτερεί σε σχέση με εκείνες του Γ.Π.Ν Αχέπτα (667 έναντι 663 –διαφορά πολύ μικρή), όμως ο αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού του πρώτου είναι εμφανώς μικρότερος (548 νοσηλευτές στο Παπαγεωργίου έναντι 602 στο Αχέπτα).

Σειρά έχει το Γ.Ν. Γ.Γεννηματάς το οποίο διαθέτει 327 ανεπτυγμένες κλίνες ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό φτάνει τους 244.

Τέλος, το νοσοκομείο με τον μικρότερο αριθμό στα στοιχεία που αναζητήσαμε είναι ο Άγιος Δημήτριος καθώς διαθέτει 168 κλίνες και 150 νοσηλευτές.

Όσον αφορά την κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής του, παρατηρούμε πως πρώτο κατατάσσεται το Γ.Ν. Παπαγεωργίου με 8 ΠΕ νοσηλευτές, ακολουθεί το Γ.Ν. Παπανικολάου με 5 ΠΕ, στη συνέχεια το Αχέπτα με 4 ΠΕ, έπειτα το

Γ.Ν. Γ.Γεννηματάς με 2 ΠΕ και τέλος ο Άγιος Δημήτριος με 1 ΠΕ νοσηλεύτη.

Όσο για την τεχνολογική ή τριτοβάθμια εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρούμε πως σε όλα τα νοσοκομεία υπερτερεί έναντι της δευτεροβάθμιας που κατέχεται από αρκετούς νοσηλευτές. Η διαφορά αυτή ανέρχεται σε 50-100 νοσηλευτές ανά επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών του κάθε νοσοκομείου. Αντίθετα παρατηρούμε πως το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού πανεπιστημιακής εκπαίδευσης(ΠΕ) είναι σε όλα τα νοσοκομεία που διερευνήσαμε πολύ χαμηλό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας που διεκπεραιώσαμε σε 4 (τέσσερα) νοσοκομεία της Θεσ/νίκης, τα προβλήματα του ελλείμματος του Νοσηλευτικού Προσωπικού είναι ιδιαίτερα αισθητά.

Αρχικά, εξαιτίας του προαναφερθέντος προβλήματος, η κατανομή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα διάφορα τμήματα των νοσοκομείων γίνεται πλέον επιτακτικώς ανάλογα με τις ανάγκες των τμημάτων σε νοσηλευτικό δυναμικό, καθώς και ανάλογα με το επίπεδο γνώσεων αυτού, και όχι με αξιοκρατικά κριτήρια, όπως υποστήριξαν δυο από τα νοσοκομεία της έρευνάς μας. Και αυτό γιατί οι επικρατούσες συνθήκες εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και το πιεστικό νοσηλευτικό έλλειμμα, υποχρεώνουν τους νοσηλευτές, όλων των επιπέδων, να ασχολούνται με ένα ευρύ φάσμα εργασιών, που πολλές φορές δεν ανήκουν στις αντίστοιχες αρμοδιότητές τους. Επομένως, δεν μπορούμε να πούμε πως υπάρχει το περιθώριο αξιοκρατικής κατανομής τους.

Όσον αφορά τη περίπτωση δημιουργίας ενός νέου τμήματος, εμφανώς από τις απαντήσεις που λάβαμε, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων εφαρμόζουν σχεδόν την ίδια μέθοδο: μεταφορά του ήδη υπάρχοντος Νοσηλευτικού Προσωπικού. Βέβαια, με αυτή την απάντηση, μας γεννήθηκε η εύλογη απορία πως με τη μετακίνηση του από ένα τμήμα σε άλλο, και μάλιστα ένα νέο, ελαττώνεται κι άλλο ο αριθμός των νοσηλευτών στα υπόλοιπα τμήματα και γενικότερα, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη επιβάρυνση του προβλήματος. Επίσης, εντύπωση μας δημιουργήθηκε από την απάντηση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ενός από τα ερωτηθέντα νοσοκομεία πως δεν έχει ανοίξει κανένα νέο τμήμα, και χωρίς άλλη περαιτέρω επεξήγηση, οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα της μη δυνατότητας κάλυψης των αναγκών ενός ακόμα τμήματος.

Ωστόσο, ένα ιδιαίτερο πρόβλημα που προκαλεί αυτή η εναλλαγή προσωπικού στα διάφορα τμήματα είναι η αδυναμία προσαρμογής του νοσηλευτή σε ένα τμήμα. Ως γνωστό, η προσαρμογή σε έναν τομέα καινούργιο, και ίσως κάποιες φορές άγνωστο, απαιτεί κάποιο χρονικό διάστημα, που μπορεί να διακυμαίνεται από άτομο σε άτομο. Εάν λοιπόν, δεν διατίθεται στον νοσηλευτή αυτός ο επαρκής χρόνος να γνωρίσει και να προσαρμοστεί κατάλληλα στο νέο τμήμα, λογικό είναι πως το αποτέλεσμα θα είναι η μειωμένη εργασιακή του επίδοση, που με τη σειρά της θα

ακολουθήσει και η μειωμένη παροχή κατάλληλης και επαρκούς φροντίδας των ασθενών.

Οι απαντήσεις που λάβαμε από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των τεσσάρων νοσοκομείων σχετικά με την κάλυψη των κενών θέσεων των αδειούχων, ήταν οι ίδιες:

καλύπτονται με το ήδη υπάρχων προσωπικό του τμήματος. Αυτό παράλληλα μας παραπέμπει στην περίπτωση που προαναφέραμε, τη δημιουργία δηλαδή ενός νέου τμήματος, και επομένως προκαλεί την έντονη επιδείνωση του ελλείμματος.

Στο θέμα των αναρρωτικών αδειών, διαπιστώσαμε πως η διάρκειά τους εξαρτάται από τη δηλωθείσα ασθένεια, καθώς πως πολλές φορές οι άδειες είναι περιορισμένες. Ο προφανής λόγος είναι η αναγκαία παρουσία των νοσηλευτών στα αντίστοιχα τμήματά τους. Επιπλέον, μια απάντηση που πήραμε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία, ενός από τα ερωτηθέντα νοσοκομεία ήταν πως το Νοσηλευτικό Προσωπικό στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν παίρνει άδειες, και η οποία μας άφησε άναυδες... Κάτι τέτοιο, κατά τη γνώμη μας, δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται, για τον απλούστατο λόγο πως, εξαιτίας των δύσκολων συνθηκών εργασίας, από πολύπλευρη ματιά, το Νοσηλευτικό Προσωπικό αντιμετωπίζει πλέον μια εργασιακή εξουθένωση, για το οποίο πρόβλημα, εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και γρήγορα, μπορεί να οδηγήσει σε σφάλμα, όπως ανέφερε πως συνέβη η Νοσηλευτική Υπηρεσία ενός από τα νοσοκομεία νοσοκομείων.

Περνώντας στο θέμα των εκπαιδευτικών σεμιναρίων και εκπαιδευτικών αδειών, σύμφωνα με τις ομόφωνες απαντήσεις των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων, διοργανώνονται εκπαιδευτικές ημερίδες και σεμινάρια, και που παρά τον ουσιαστικό ρόλο της επιπλέον εκπαίδευσης για τη διαμόρφωση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και νοσηλευτικής συμμετοχής σ' αυτά, οι άδειες δίνονται κατά κύριο λόγο περιορισμένες. Και φυσικά λόγω των υποχρεώσεων των νοσηλευτών που απαιτούν την παρουσία αυτών στα αντίστοιχα τμήματά τους, και αφού ως γνωστό δεν διατίθεται κάποιος αντικαταστάτης.. Βέβαια, χρειάζεται να αναφερθούμε και στο ότι δεν υπάρχει κάποιο πεδίο εφαρμογής της επιπλέον αποκτώμενης επιστημονικής γνώσης του νοσηλευτή, που οφείλεται είτε στις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας είτε στην εκπόνηση εργασιών άσχετων με την εκπαίδευση, τις γνώσεις και τις ικανότητες του Νοσηλευτικού Προσωπικού.

Τέλος, στις ερωτήσεις μας για την εργασιακή απόδοση και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του Νοσηλευτικού Προσωπικού, οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων ήταν όλες σύμφωνες στο ότι πρέπει να υπάρξει η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Και επιπλέον πιστεύουμε ότι και σε συνδυασμό με την αριθμητική ενίσχυση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και τις κατάλληλες υποδομές, μπορούμε να επιτύχουμε την εργασιακή απόδοση που επιθυμούμε.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

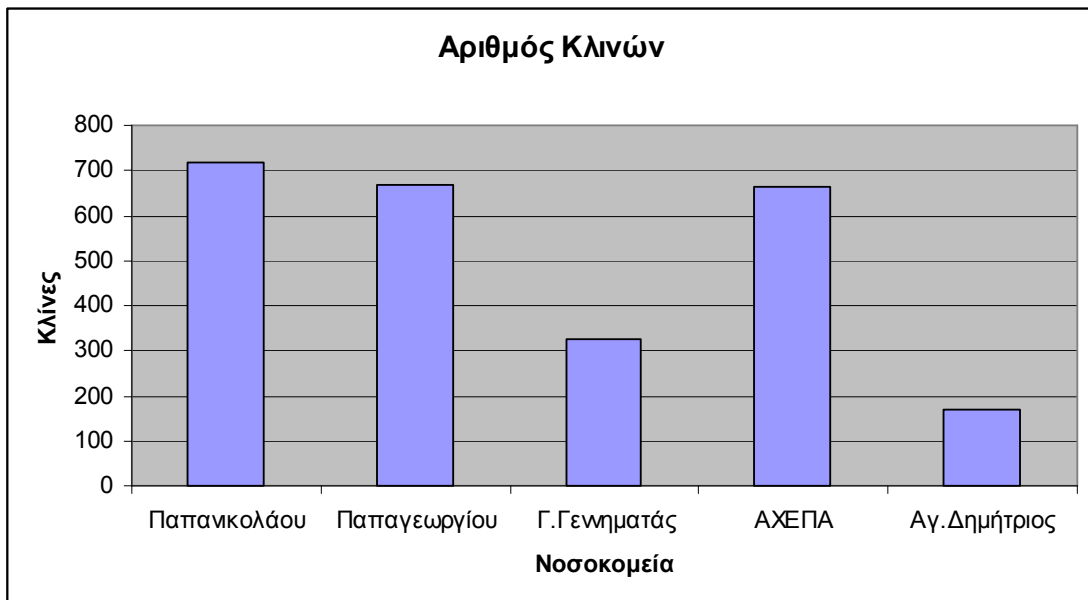
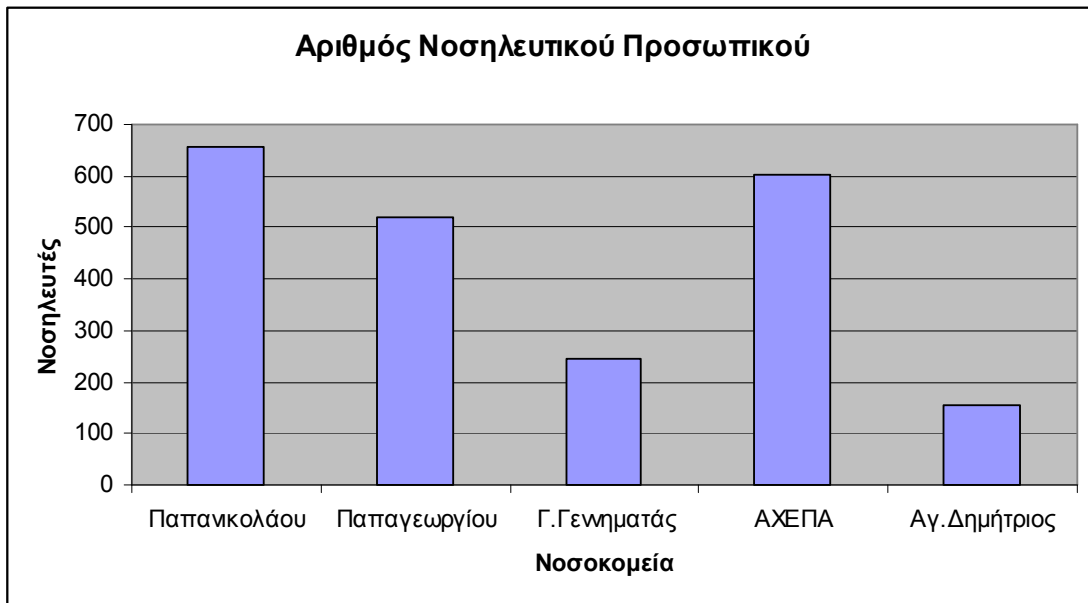
Όπως φαίνεται και από την παραπάνω ανάλυση, τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά του στελεχιακού είναι κοινά στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (κυρίως έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών και ορισμένων άλλων επαγγελματικών κατηγοριών που θα εκσυγχρονίσουν τα νοσοκομεία). Η αναλογία κάλυψης των νοσηλευτικών θέσεων είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ(1 αντί 1,9 νοσηλευτής ανά κλίνη). Άρα συζητούμε για αρκετές χιλιάδες προσλήψεις νοσηλευτών κάθε χρόνο, με αντίστοιχη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση και μείωση του μη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ όριο ηλικίας, συνταξιοδότηση).

Όσον αφορά τις προβλεπόμενες από τον οργανισμό των νοσοκομείων θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγκριση με τους υπηρετούντες μόνιμους νοσηλευτές διαπιστώνουμε πως υπάρχει μια σημαντική έλλειψη της τάξης των 50-60 νοσηλευτών ανά κατηγορία ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ σε κάθε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Επομένως συζητούμε για την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού βάση και των προβλεπόμενων θέσεων του οργανισμού κάθε νοσοκομείου για την πλήρη κάλυψη των αναγκών του.

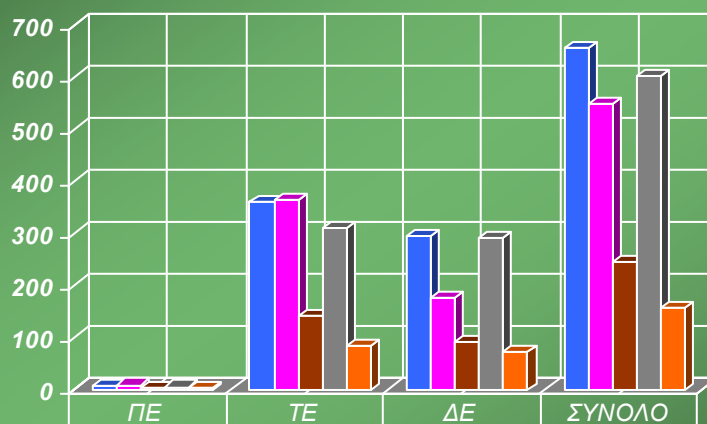
Επίσης, πρέπει να αναφέρουμε πως η μειωμένη εμπιστοσύνη και η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα αμβλυωθεί με καλύτερα εκπαιδευμένο και με ουσιαστικά κίνητρα προσωπικό. Προτείνεται, λοιπόν, σε πρώτη φάση η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης εργασίας που θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί η έννοια της ευθύνης του καθενός. Σε δεύτερη φάση, είναι αναγκαίο να εκπονηθούν και να εφαρμοστούν συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας που θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον οργανισμό.

Τέλος, πρέπει να αναφερθούμε στην ειδική εκπαίδευση που πρέπει να παρασχεθεί σε όλα τα στελέχη των νοσοκομείων (διευθυντές, υποδιευθυντές, τομάρχες, προϊστάμενοι, νοσηλευτές) πρέπει να εκπαιδεύονται σε σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης (π.χ ενός μήνα), εξειδίκευση σε κάποιον τομέα, σε αντικείμενα management, οικονομικών, πληροφορικής. Με αυτό τον τρόπο οι ελλείψεις στις διάφορες ειδικότητες μπορούν με εκπαίδευση να καλυφθούν και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών να αναβαθμιστεί.

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ



Επίπεδο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά Νοσοκομείο



| | ΠΕ | ΤΕ | ΔΕ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------|----|-----|-----|--------|
| Παπανικολάου | 5 | 359 | 293 | 657 |
| Παπαγεωργίου | 8 | 365 | 175 | 548 |
| Γ.Γεννηματάς | 2 | 140 | 90 | 244 |
| ΑΧΕΠΑ | 4 | 308 | 290 | 602 |
| Αγ.Δημήτριος | 1 | 83 | 72 | 156 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.

Ερωτηματολόγιο «Γ.Ν ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

1. **Με ποια κριτήρια γίνεται η κατανομή των νοσηλευτών στα τμήματα?**
Αξιοκρατικά.
2. **Όταν γίνει ένα νέο τμήμα, γίνεται πρόσληψη νοσηλευτών ή μεταφορά από άλλα τμήματα?**
Κυρίως γίνεται μεταφορά ατόμων από άλλα τμήματα.
3. **Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών για να καλύψει τις ανάγκες των διαφόρων τμημάτων?**
Δεν επαρκεί το προσωπικό, αλλά κατανέμονται έτσι ώστε να λειτουργεί όσο το δυνατόν ομαλότερα το κάθε τμήμα.
4. **Με μεγαλύτερο αριθμό ΔΕ νοσηλευτών, διευκολύνονται οι αρμοδιότητες που αφορούν τους ΤΕ νοσηλευτές?**
Οι αρμοδιότητες μοιράζονται και στους ΤΕ και τους ΔΕ νοσηλευτές το ίδιο, λόγω μειωμένου προσωπικού.
5. **Μητέρες εργαζόμενες με κυκλικό ωράριο. Είναι επιτρεπτή η νυκτερινή εργασία?**
Ναι. Υπό τις επικρατούσες συνθήκες, το κυκλικό ωράριο είναι υποχρεωτικό για όλους.
6. **Στο πρόγραμμα αδειών, υπάρχουν προβλήματα κάλυψης των θέσεων των αδειούχων?**
Τα προβλήματα είναι εντονότερα στις περιόδους αδειών, όμως γίνονται τροποποιήσεις στα προγράμματα για να καλύπτονται τα κενά των θέσεων.
7. **Πόσες μέρες αναρρωτικής άδειας δικαιούνται οι νοσηλευτές το χρόνο?**
4 μέρες αναρρωτικής άδειας το χρόνο.
8. **Πόσες μέρες εκπαιδευτικής άδειας δικαιούνται οι νοσηλευτές το χρόνο?**
10 μέρες εκπαιδευτικής άδειας το χρόνο.
9. **Σε περιπτώσεις παραιτήσεων ή συνταξιοδότησης, οι κενές θέσεις καλύπτονται σε σύντομο χρονικό διάστημα?**
Καλύπτονται όσο το δυνατόν συντομότερα.
10. **Τέλος, είστε ικανοποιημένη από την εργασιακή επίδοση, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού?**
Η εργασιακή επίδοση των νοσηλευτών είναι μειωμένη επί των πλείστων, λόγω της εμφανούς έλλειψης προσωπικού. Όπως επίσης, και το επίπεδο εκπαίδευσης, για το οποίο θα πρέπει να επιδιωχθεί μια αναβάθμιση.

Ερωτηματολόγιο
«Γ.Π.Ν.Θ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

1. Με ποια κριτήρια γίνεται η κατανομή – στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου;

Αξιοκρατικά.

2. Όταν δημιουργείται- ανοίγει ένα καινούριο τμήμα, προσλαμβάνεται καινούριο προσωπικό ή μεταθέεται το ήδη υπάρχων προσωπικό άλλων τμημάτων στο τμήμα αυτό;

Δημιουργείται ένας πυρήνας με υπάρχων πεπειραμένο προσωπικό. Εάν είναι περίοδος προσλήψεων τοποθετείται και νέο προσωπικό

3.Υπάρχουν προβλήματα επάρκειας προσωπικού;

Πολλά!

4.Πως γίνεται η κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού σε βάρδιες; Εξαρτάται από την νοσηλευτική μονάδα και σύμφωνα (κατά προσέγγιση) με τα διεθνή STANDARD αριθμού- κλινών- βάρδιας..

5.Οι αναρρωτικές άδειες σε ποιες περιπτώσεις δίνονται; Πόσο διαρκούν; Πως καλύπτονται οι κενές θέσεις;

Όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας και εγκυμοσύνης.

Από ημέρες έως μήνες.

Δεν καλύπτονται, απλώς σε μακροχρόνιες άδειες μετακινούμε τα πρόσωπα με αναρρωτική σε τμήματα που δεν υπάρχουν ώστε να υπάρχει ισορροπία στα τμήματα. Σε κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις μετακινείται προσωπικό.

6.Διοργανώνονται συχνά ημερίδες με σκοπό την εκπαίδευση και απόκτηση περαιτέρω γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού; Αν ναι, υπάρχει συμμετοχή;

Γίνονται κάθε χρόνο. Την μία χρονιά συνέδριο μίας μέρας και την επόμενη δύο ημερών.Ναι υπάρχει συμμετοχή πολύ καλή.

7.Υπάρχει συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα πανελλήνια 3μερα ή 5μερα συνέδρια που γίνονται; Αν ναι, δίνονται άδειες;

Υπάρχει και δίνονται εκπαιδευτικές άδειες κατά ειδικότητα ή γενικά σε όλους (ανάλογα με το είδος του σεμιναρίου- συνεδρίου)

8.Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφορά, είτε σοβαρού(εργασιακού)λάθους κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας από νοσηλεύτη;

Έχει αναφερθεί .

Γίνεται έρευνα σε όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα με γραπτή αναφορά για το συγκεκριμένο συμβάν. Έπειτα γίνεται συζήτηση και ανάλογα με το πρόβλημα δίνεται η συνέχεια.

9. Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφοράς, είτε σοβαρού λάθους κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας από σπουδαστή; Αν ναι, πως αντιμετωπίστηκε;

Συμπεριφοράς ναι, λάθους όχι.

Καλείται ο σπουδαστής, γίνεται συζήτηση και εάν δεν συμμορφωθεί διακόπτεται η άσκηση. Με σπουδαστή Τ.Ε.Ι δεν υπήρξε πρόβλημα, με Τ.Ε.Ε ναι.

10. Υπάρχουν περιπτώσεις που το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει παράπονα; Αν ναι, σε ποιες περιπτώσεις και που απευθύνεται;

Πάντοτε ιεραρχικά.

Πρώτα με τον προϊστάμενο, μετά με τον τομεάρχη, από εκεί στην διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας και τέλος εάν δεν ικανοποιηθεί στον γενικό διευθυντή ή στο εργασιακό σωματείο.

11. Τα τελευταία 1-2 χρόνια υπήρξαν παραιτήσεις νοσηλευτών; Για ποιους λόγους;

Πάρα πολλές .

Θεωρούν ότι το νοσοκομείο είναι ιδιωτικού δικαίου και θέλουν να μετακινηθούν σε δημόσιο ιδιωτικό ίδρυμα.

12. Όταν απουσιάζει για κάποιο λόγο ένας νοσηλευτής από μία βάρδια πως καλύπτεται η θέση του;

Ανάλογα με την κίνηση του τμήματος.

Εάν υπάρχει δυνατότητα με ανάκληση ωραρίου ή μετακίνηση προσωπικού.

13. Γνωρίζεται αν, σύμφωνα με την παραπάνω ερώτηση η θέση καλύπτεται από σπουδαστή; ;

Ανάλογα με την κίνηση, εάν υπάρχει σπουδαστής που εμπνέει εμπιστοσύνη, έχει γνώσεις και πάντοτε με την παρουσία οπωσδήποτε νοσηλευτή του τμήματος.

14. Είσαστε ικανοποιημένη από την εργασιακή απόδοση και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου;

Γίνεται συνεχής προσπάθεια με συζήτηση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα.

15. Είσαστε ικανοποιημένη από την επίδοση και το επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσης των σπουδαστών Τ.Ε.Ι; Είναι τακτικοί, επιμελείς και τυπικοί στο ωράριο και τις υποχρεώσεις τους;

Ναι τα Τ.Ε.Ι(σπουδαστές νοσηλευτικής) διακρίνονται για το επίπεδο θεωρητικής και πρακτικής γνώσης, για την ευγένεια, είναι τυπικοί, προσεκτικοί, επιμελείς και ανταποκρίνονται πολύ καλά έως άριστα στις υποχρεώσεις τους στο νοσοκομείο.

ΤΟΜΕΑΡΧΙΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Κ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ

Ερωτηματολόγιο
«Γ.Ν.Θ. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

1. **Με ποια κριτήρια γίνεται η κατανομή – στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου;**
Ανάλογα με την δύναμη ασθενών-κλινικών και την βαρύτητα της κλινικής ή του τμήματος.
2. **Όταν δημιουργείται- ανοίγει ένα καινούριο τμήμα, προσλαμβάνεται καινούριο προσωπικό ή μεταθέτεται το ήδη υπάρχων προσωπικό άλλων τμημάτων στο τμήμα αυτό;**
Μετακίνηση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού.
3. **Υπάρχουν προβλήματα επάρκειας προσωπικού;**
Πολλά!
4. **Πως γίνεται η κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού σε βάρδιες;**
Δεν υπάρχει δυνατότητα κατανομής νοσηλευτικού προσωπικού ανά κατηγορία. Η κάλυψη της βάρδιας γίνεται με βάση τις ανάγκες των τμημάτων.
5. **Οι αναρρωτικές άδειες σε ποιες περιπτώσεις δίνονται; Πόσο διαρκούν; Πως καλύπτονται οι κενές θέσεις;**
*Σε περιπτώσεις δήλωσης ασθένειας του εργαζομένου.
Βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες ανάλογα με τη δηλωθείσα ασθένεια.
Συνήθως από το ήδη υπάρχων προσωπικό του τμήματος.
Κάλυψη θέσης, σε μακροχρόνιες άδειες, αν υπάρχει δυνατότητα.*
6. **Διοργανώνονται συχνά ημερίδες με σκοπό την εκπαίδευση και απόκτηση περαιτέρω γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού; Αν ναι, υπάρχει συμμετοχή;**
*Περιορισμένη διοργάνωση ημερίδων(έλλειψη προσωπικού)
Μικρή η συμμετοχή του προσωπικού.*
7. **Υπάρχει συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα πανελλήνια 3μερα ή 5μερα συνέδρια που γίνονται; Αν ναι, δίνονται άδειες;**
*Υπάρχει η δήλωση συμμετοχής νοσηλευτικού προσωπικού.
Δίνεται περιορισμένος αριθμός αδειών(έλλειψη προσωπικού).*
8. **Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφορά, είτε σοβαρού(εργασιακού)λάθους κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας από νοσηλεύτη;**
Όχι.
9. **Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφοράς, είτε σοβαρού λάθους κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας από σπουδαστή; Αν ναι, πως αντιμετωπίστηκε;**
Όχι.

10.Υπάρχουν περιπτώσεις που το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει παράπονα; Αν ναι, σε ποιες περιπτώσεις και που απευθύνεται;

Τα παράπονα του νοσηλευτικού προσωπικού αφορούν κυρίως τον φόρτο εργασίας και την αυξημένη υπερωριακή απασχόληση(βάρδια). Σπάνια εκφράζονται παράπονα σχετικά με την συνεργασία των εργαζομένων. Αποδέκτης των παραπόνων είναι η διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

11.Τα τελευταία 1-2 χρόνια υπήρξαν παραιτήσεις νοσηλευτών; Για ποιους λόγους;

Κύριοι λόγοι είναι ο επαρκής χρόνος προϋπηρεσίας για συνταξιοδότηση και το όριο ηλικίας.

12.Όταν απουσιάζει για κάποιο λόγο ένας νοσηλευτής από μία βάρδια πως καλύπτεται η θέση του;

Από νοσηλευτή-τρια του ίδιου τμήματος..

13.Γνωρίζεται αν, σύμφωνα με την παραπάνω ερώτηση η θέση καλύπτεται από σπουδαστή;;

Όχι, οι σπουδαστές καλύπτουν επικουρικά τα τμήματα στα οποία εκπαιδεύονται.

14.Είσαστε ικανοποιημένη από την εργασιακή απόδοση και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου;

Η εργασιακή απόδοση του προσωπικού ποσοτικά είναι η μέγιστη σε βάρος όμως πολλές φορές της ποιότητας (μικρός αριθμός προσωπικού- μεγάλος αριθμός νοσηλευομένων).

Όχι το επίπεδο γνώσεων σε μεγάλο αριθμό νοσηλευομένων έχει παραμείνει στη βασική εκπαίδευση κάθε κατηγορίας.

15.Είσαστε ικανοποιημένη από την επίδοση και το επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσης των σπουδαστών Τ.Ε.Ι; Είναι τακτικοί, επιμελείς και τυπικοί στο ωράριο και τις υποχρεώσεις τους;

Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι σπουδαστές της πρακτικής άσκησης είναι συνεπείς στις υποχρεώσεις τους και διαθέτουν υπευθυνότητα για το έργο τους..

ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
κ. ZANIA

Ερωτηματολόγιο
«ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

1. Με ποια κριτήρια γίνεται η κατανομή – στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου;

Ανάλογα με το επίπεδο γνώσεων που απαιτεί το τμήμα, με τον αριθμό του οργανισμού ΤΕ Νοσηλευτών, ΔΕ. Βοηθών Νοσηλευτών, γίνεται η κατανομή-στελέχωση.

2. Όταν δημιουργείται- ανοίγει ένα καινούριο τμήμα, προσλαμβάνεται καινούριο προσωπικό ή μεταθέεται το ήδη υπάρχων προσωπικό άλλων τμημάτων στο τμήμα αυτό;

Στο νοσοκομείο μας δεν άνοιξε κανένα καινούριο τμήμα .

3.Υπάρχουν προβλήματα επάρκειας προσωπικού;

Στον Άγιο Δημήτριο δεν γίνεται αισθητό το πρόβλημα αν και υπάρχει πολύ μικρή έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό.

4.Πως γίνεται η κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού σε βάρδιες;

Ανάλογα με το υπάρχων προσωπικό.

5.Οι αναρρωτικές άδειες σε ποιες περιπτώσεις δίνονται; Πόσο διαρκούν; Πως καλύπτονται οι κενές θέσεις;

Δεν παίρνουν αναρρωτικές άδειες το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μας.

6.Διοργανώνονται συχνά ημερίδες με σκοπό την εκπαίδευση και απόκτηση περαιτέρω γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού; Αν ναι, υπάρχει συμμετοχή;

Διοργανώνουμε εκπαιδευτικά μαθήματα στο αμφιθέατρο καθ'όλη τη διάρκεια της χρονιάς για περαιτέρω γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Υπάρχει πολύ μεγάλη συμμετοχή.

7.Υπάρχει συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα πανελλήνια 3μερα ή 5μερα συνέδρια που γίνονται; Αν ναι, δίνονται άδειες;

Συμμετέχει το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μας με εκπαιδευτικές άδειες τις οποίες εγκρίνει η διευθύντρια Νοσηλευτικής υπηρεσίας.

8.Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφορά, είτε σοβαρού(εργασιακού)λάθους κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας από νοσηλεύτη;

Όχι ποτέ!

9.Έχει αναφερθεί ποτέ κάποιο πρόβλημα είτε συμπεριφοράς, είτε σοβαρού λάθους κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας από σπουδαστή; Αν ναι, πως αντιμετωπίστηκε;

Όχι ποτέ!

10.Υπάρχουν περιπτώσεις που το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει παράπονα; Αν ναι, σε ποιες περιπτώσεις και που απευθύνεται;
Σε εμένα προσωπικά όχι.

11.Τα τελευταία 1-2 χρόνια υπήρξαν παραιτήσεις νοσηλευτών; Για ποιους λόγους;
Λόγω συνταξιοδότησης.

12.Όταν απουσιάζει για κάποιο λόγο ένας νοσηλευτής από μία βάρδια πως καλύπτεται η θέση του;
Ειδοποιούμε νοσηλευτή από το τμήμα της.

13.Γνωρίζεται αν, σύμφωνα με την παραπάνω ερώτηση η θέση καλύπτεται από σπουδαστή;;
Όχι από σπουδαστή αλλά από νοσηλευτή-τρια.

14.Είσαστε ικανοποιημένη από την εργασιακή απόδοση και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου;
Πάντοτε λέω θα πρέπει να υπάρχει συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.

15.Είσαστε ικανοποιημένη από την επίδοση και το επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσης των σπουδαστών Τ.Ε.Ι; Είναι τακτικοί, επιμελείς και τυπικοί στο ωράριο και τις υποχρεώσεις τους;
Οι σπουδαστές των Τ.Ε.Ι απέδειξαν και με την συμπεριφορά τους ότι είναι επιμελείς και τυπικοί στα ωράρια και τις υποχρεώσεις τους. Επίσης είμαστε ευχαριστημένοι από την επίδοση και το επίπεδο εκπαίδευσης των σπουδαστών των Τ.Ε.Ι.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΦΩΤΙΑΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ

“Γ.Ν. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ”

| Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | | | |
|------------------------------|--------|----|--------|
| ΤΜΗΜΑ | ΤΕ | ΔΕ | ΚΛΙΝΕΣ |
| ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ | 2 | 5 | 0 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ | 3 | 5 | 24 |
| Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 6 | 4 | 35 |
| Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 6 | 2 | 43 |
| Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 2 | 7 | 26 |
| Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 2 | 7 | 26 |
| ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ | 9 | 6 | 12 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΦΡΟΥ | 7+1 ΠΕ | 9 | 18 |

| Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | | | |
|------------------------------|----|----|--------|
| ΤΜΗΜΑ | ΤΕ | ΔΕ | ΚΛΙΝΕΣ |
| Α' ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ | 5 | 6 | 38 |
| Β' ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ | 10 | 3 | 40 |
| ΠΑΝ/ΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ | 5 | 6 | 45 |
| Μ.Α.Α | 10 | 5 | 16 |
| ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ | 6 | 6 | 24 |
| ΕΡΓ.ΓΑΣΤΡ/ΚΗΣ | 1 | 2 | 0 |
| ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΟ | 1 | 3 | 0 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ | 14 | 9 | 30 |
| Μ.Μ.Μ.Ο | 18 | 7 | 16 |

| Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | | | |
|-------------------------------|----|----|-------------------------|
| ΤΜΗΜΑ | ΤΕ | ΔΕ | ΚΛΙΝΕΣ |
| Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 3 | 6 | 23 |
| Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 4 | 6 | 27 |
| Δ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 4 | 6 | 32 |
| ΠΛΑΣΤΙΚΗ | 12 | 2 | 12+4 ΜΟΝ. ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ |
| Ω.Ρ.Λ | 1 | 8 | 20 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ | 4 | 6 | 20 |
| ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 3 | 4 | 20 |
| ΧΕΙΡ.ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ | 0 | 1 | 0 |
| ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ | 12 | 2 | 51 |
| ΧΕΙΡ. Π.Κ | 4 | 18 | 0 |
| ΧΕΙΡ. Ω.Ρ.Λ-ΟΦΘ. | 2 | 5 | 0 |
| ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ Π.Κ | 4 | 8 | 0 |

| Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | | | |
|-------------------------------|----|----|--------|
| ΤΜΗΜΑ | ΤΕ | ΔΕ | ΚΛΙΝΕΣ |
| ΤΕΧΝ. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ | 3 | 1 | 0 |
| ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 8 | 2 | 25 |
| ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 5 | 6 | 32 |

| | | | |
|----------------------|----|----|----|
| Β' Μ.Ε.Θ | 13 | 7 | 10 |
| Χ.Ν.Κ | 11 | 17 | 0 |
| ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ Ν.Κ | 2 | 9 | 0 |

| ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | | | |
|-----------------------------|---------|----|--------|
| ΤΜΗΜΑ | ΤΕ | ΔΕ | ΚΛΙΝΕΣ |
| ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ | 7ΤΕ+2ΠΕ | 4 | 20 |
| ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΙΔΩΝ | 3ΤΕ+1ΠΕ | 10 | 10 |
| ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ | 12 | | 0 |
| ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ | 5 | 5 | 0 |
| Α' Μ.Ε.Θ | 31 | 8 | 0 |
| ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ | 2 | 7 | 0 |
| Τ.Ε.Π | 7 | 10 | 0 |
| ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΥ | 2 | 4 | 0 |
| Τ.Ε.Ι | 4 | 4 | 0 |
| ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ | 2 | | 0 |
| ΕΝΔ. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ | 1ΠΕ+1ΤΕ | | 0 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ | 1 | | 0 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛ.ΥΠΗΡΕΣ. | 6 | | 0 |

| ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | | ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ |
|---------------------------------|-----|--|
| ΠΕ | 5 | 5 |
| ΤΕ | 359 | 407 |
| ΔΕ | 293 | 350 |
| ΥΕ | 97 | 130 |

"Γ.Π.Ν. ΑΧΕΠΑ"

| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | ΚΛΙΝΕΣ |
|-------------------------------|--------|
| Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 56 |
| ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘ.ΚΛΙΝΙΚΗ | 54 |
| Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 43 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΝΟΣΩΝ | 20 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ | 6 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΑΣΗΠΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ | 15 |
| Β' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 44 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ | 14 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ | 12 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ | 20 |

| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | |
|-----------------------------------|----|
| Γ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 37 |
| ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 48 |
| ΜΟΝ.ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΡΧ | 6 |
| ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 35 |
| ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 42 |
| Μ.Ε.Θ ΚΧ | 6 |
| Ω.Ρ.Λ ΚΛΙΝΙΚΗ | 45 |

| | |
|------------------------|----|
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 35 |
| Μ.Ε.Θ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ | 10 |
| Β' Μ.Ε.Θ | 6 |

| | |
|------------------------------|----|
| ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ | |
| Α' ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 35 |
| Β' ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 32 |

| | |
|------------------------------|----|
| ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | |
| Γ' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ | 22 |

| | |
|------------------------------|----|
| ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ | |
| ΜΟΝΑΔΑ ΠΟΝΟΥ(εξωτ.ιατρείο) | |
| ΜΟΝΑΔΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ | 4 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ | 16 |

| ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | | ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ |
|---------------------------------|-----|--|
| ΠΕ | 4 | 40 |
| ΤΕ | 308 | 432 |
| ΔΕ | 290 | 522 |
| ΥΕ | 106 | |

“Γ.Ν.Θ. ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ”

| ΤΜΗΜΑΤΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | | |
|----------------------|---|-----------------------|----------------|----|
| | | ΠΕ | ΤΕ | ΔΕ |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 30 | | | |
| Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 33 | | 5 | 8 |
| Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 27 | | 5 | 6 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ | 34 | | 6 | 7 |
| Μ. Ε. Θ | 4 | | 8 | 6 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ | 22 | | 2 | 6 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ | 18 | | 5 ΜΑΙΕΣ | 5 |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ Α' | | 1 | 6 | 5 |
| ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ | | | 9 | |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ Β' | | | 9 | |
| Τ. Ε. Π | | | 2 | 8 |
| ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ | | | 1 | 2 |
| ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ | | | 4 | |
| ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ | | | 1 | 4 |
| Τ. Ε. Ι | | | 5 ΤΕ+1 ΤΕ ΜΑΙΑ | 5 |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ | | | 5 | 1 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ | ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Τ.Ε, 3 Τ.Ε ΤΟΜΕΑΡΧΙΣΣΕΣ, 1 Τ.Ε ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ | | | |

| ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | |
|--|-----|
| ΠΕ | 9 |
| ΤΕ | 107 |
| ΔΕ | 139 |

“Γ.Ν.Θ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ”

| ΤΜΗΜΑΤΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|----|----|--------------|---------------|
| | | ΠΕ | ΤΕ | ΔΕ | ΔΕ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ | ΔΕ ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 37 | | 12 | 4 | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 28 | | 7 | 8 | | |
| ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ | 6 | | 10 | 3 | | |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ | | | 6 | | 3 | |
| Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 53 | | 9 | 8 | | |
| Μ. Ε. Θ | 8 | 1 | 18 | 1 | | |
| Ω. Ρ. Λ | 26 | | 3 | 7 | | |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ | 45 | | 7 | 7 | 1 | |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΕΝΗΛΙΚΩΝ | | | 8 | 9 | | |
| ΑΝΑΙΣΘ/ΚΟ | | | 5 | 7 | | |
| Γ. Ν. Υ | | 1 | 5 | | | |
| ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ | | | 11 | 5 | | |
| ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ | | | 3 | | | |
| ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ | | | 5 | 10 | | |
| Ε. Ν. Λ | | | 1 | | | |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ | | | 7 | 4 | | |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 41 | | 7 | 9 | | |
| ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ | 36 | | 8 | 4 | | 4 |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ | 47 | | 8 | 4 | | 4 |

| | |
|---|-----|
| ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | |
| ΠΕ | 4 |
| ΤΕ | 180 |
| ΥΕ | 120 |

"Γ.Π.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

| ΤΜΗΜΑΤΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΩΝ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | | |
|--------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|-----|-----|
| | | | Π.Ε | Τ.Ε | Δ.Ε |
| Α'ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 34 | 16 | | 11 | 5 |
| Γ' Π. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 34 | 16 | 1 | 9 | 6 |
| Β' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 34 | 14 | | 7 | 7 |
| ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ | 9 | 14 | 1 | 9 | 5 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ | 30 | 14 | 1 | 10 | 3 |
| ΠΑΙΔ. | 34 | 13 | | 7 | 5 |
| ΝΕΟΓΝΑ | 22 | 27 | | 17 | 10 |
| Α' ΧΕΙΡ. | 34 | 13 | | 10 | 3 |
| Β' ΧΕΙΡ. | 34 | 15 | | 9 | 6 |
| Α' Π ΧΕΙΡ. | 34 | 14 | | 10 | 4 |
| ΠΛΑΣΤ. ΧΕΙΡ. | 14 | 9 | | 7 | 2 |
| Β' ΟΡΘ. | 34 | 16 | | 10 | 6 |
| Γ' Π. ΟΡΘ. | 34 | 12 | | 9 | 3 |
| Β' ΟΥΡΟΛ. | 34 | 13 | | 10 | 3 |
| ΝΡΧ | 30 | 16 | | 12 | 4 |
| ΠΔΧ | 34 | 14 | | 12 | 2 |
| Π. ΟΓΚΟΛΟΓ. | 13 | | | | |
| Β' Π. ΟΦΘΑΛ. | 17 | 14 | | 10 | 4 |
| ΚΡΧ | 32 | 12 | | 8 | 4 |
| ΝΕΦΡΟΛ. | 13 | 50 | | 37 | 13 |
| Α' Μ.& Γ. | 40 | | | | |
| ΨΥΧΙΑΤΡ. | 22 | 9 | | 6 | 3 |
| ΒΡΑΧΕΙΑ ΝΟΣ. | 26 | | | | |
| Μ. Ε. Θ | 11 | 43 | 1 | 34 | 8 |
| ΑΠΟΣΤ. | | 15 | | 7 | 8 |
| ΑΙΜΟΔ. | | 10 | 1 | 9 | |
| Χ/Ο | 14 | 46 | | 30 | 16 |
| ΑΝΑΙΣΘ/ΚΟ | | 25 | | 15 | 10 |
| Ε.Ι+ΒΡΑΧΕΙΑ | | 68 | 3 | 46 | 19 |
| ΑΚΤΙΝ/ΚΟ | | 17 | | 3 | 14 |
| ΑΙΘ.ΤΟΚΕΤΟΥ | | 20 | 20 ΜΑΙΕΣ | | |
| ΝΟΣ/ΚΗ ΥΠΗΡ. | | 3 | | 1 | 2 |

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BIBΛΙΑ

- Αδαλή Ε. (2002) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Αθήνα.
- Ανδριώτη Δ. (1994) Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό τομέα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Νοέμβριος (2000).
- Δ. Θεοφανίδης, Α. Φουντούκη (2006) Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη. Αθήνα.
- Κοραμπέλη Α., Κτενάς Ε., Κικεμένη Α. (2006) Κυκλικό ωράριο. Αθήνα.
- Β.Α. Λανάρα (2004) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο. Αθήνα 2004. Β' έκδοση
- Μ. Παπαδημητρίου, Γ.Κούρτης, Γ.Μητρούλιας, Γ.Φιλιππάτος (2003) Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. Αθήνα.
- Νιάκας Δ. (2003) Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Αθήνα.
- Ραγιά Α. (2003) Η καλή συνεργασία. Αθήνα.
- Σ. Κοτζαμπασάκη (2004) Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα. Αθήνα.
- Σαχίνη- Καρδάση (1997) Μεθοδολογία Έρευνας, Εφαρμογές στον χώρο της υγείας
- Σιγάλας, Αλεξιάδης, Ιωακείμ (1999) Διοίκηση υπηρεσιών υγείας/νοσοκομείων: εμπειρίες, τάσεις, προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Buchanan D., McCalman J. (1989) High performance work systems; The digital experience. London: Routledge
- Cangelosi J.D., Markham F.S., Bounds W.T. (1998) Factors related to nurse retention and turnover: an updated study. Health Mark Quarterly.
- Determinants of undergraduate performance, Ερευνητική εργασία, Κ. Τσάρας, Π. Γαλάνης, Ι.Ζάχος, Π.Σπάρος, (20/09/2002)
- Elander G., Hermeren G. (1991) The autonomy of nurses in high dependency care: Conflicts of loyalties and their consequences for patient care. Scand J. Caring Sci.
- Fry ST. (1989) Toward a theory of nursing ethics. Advance Nursing Science
- Health manpower development and National Health System Staffing, Ν.Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος (2001)
- International council of Nurses, Andrea Baumann(2001), Aileen, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber (2002),Switzerland
- James P.T.J. (1998) Management
- Judith T. Rochiccioli, Mary S. Tillovry (1996) Clinical Nursing Leadership. Philadelphia-London: Saunders.
- Levering R., Moskowitz M.(1994) Διαμόρφωση ομάδων εργασίας-επικοινωνία
- Locke E.A., Latham G.P. (1990) Work motivation: The high performance cycle. New Jersey: Hills-Dale

- Moller C. (1988) Personal quality. Copenhagen: TMI Scandanavian Service School
- Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, The New England Journal of Medicine, (2002)
- Turnipseed D.L. (1990) Evaluation of health care work environments via a social climate scale: results of a field study. Hospital Health Service Administration.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

- 29^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ιωάννινα, 13/05/2002
- Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, Πληροφορίες και εργασία δράσης, Andrea Baumann(2001),Γενεύη, Ελβετία,(μετάφραση στα ελληνικά),(2007)
- Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών, Παγκόσμια Ημέρα Νοσηλευτών, «Το σκαλί» Αγλαντζιά, 16/05/2007
- Πρακτικά από την πρώτη πολυθεματική ημερίδα Νοσηλευτών, Αμφιθέατρο Κολλεγίου Αθηνών,(1993)

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

- ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ, Κυριακή 14/10/2007
- Σήμερα στη Θεσσαλονίκη, Σάββατο-Κυριακή 26-27/05/2007
- Έθνος της Κυριακής (2006)

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- Anonymous:<http://www.medlook.net> Κυκλικό ωράριο, επιπτώσεις στην υγεία των Νοσηλευτών, παρελήφθη την Τρίτη, 9 Οκτωβρίου 2007 11:55 πμ
- Anonymous:Το κυβερνητικό μας πρόγραμμα για την υγεία <http://www.bekiris.gr/ygeia> ,παρελήφθη την Δευτέρα,12 Νοεμβρίου 2007 10:05 πμ
- Anonymous:Υπερκόπωση-Συνέπειες και αντιμετώπιση <http://athensimc.org> ,παρελήφθη την Τρίτη, 9 Οκτωβρίου 2007 11:33 πμ
- Φώτης Θεοφάνης(20/01/2007) ,Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας <http://www.medtime.gr> παρελήφθη την Τετάρτη 10 οκτωβρίου 2007 09:46 πμ
- Anonymous:<http://www.ethos online.gr> Εφημερίδα το "Έθνος"(2006), Αναλογία Νοσηλευτών-Αρρώστων, παρελήφθη την Τετάρτη 19 Σεπτεμβρίου 2007 17:05 μμ
- Αλέκος Παπαδόπουλος (13/05/2002), 29^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο με θέμα :”Νοσηλευτική: Εγγύηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, Πνευματικό κέντρο Δήμου Ιωαννίνων,<http://www.apapadopoulos.gr> παρελήφθη την Τρίτη 18 Σεπτεμβρίου 2007 12:05 μμ

