

2015

bö — ã ä µ » - ç é ã . ä é ½ ½ ¿ ã . » µ å ä 1
 bö ä é ½ 1 ± ä á 1 0 î ½ å à . á µ ã 1 î ½ ã ä ±
 bö ½ ¿ ã ¿ 0 ¿ ¼ µ ± ä . â š í à á ¿ å . —
 bö ã å 3 0 á 1 ä 1 0 ® à ± á ¿ å ã ± ã . ¼ µ ä
 bö • » » ¬ ´ ± 0 ± 1 ä . ½ • å á é à ± 0 ® ^ ½

Philippou, Elena

bö á ì á ± ¼ ¼ ± " . ¼ ì ã 1 ± â " 1 ¿ 0 . ã . â , ε ç ¿ » ® ÿ 1 0 ¿ ½ ¿ ¼ 1 0 î ½ • à 1 ã ä . ¼ î ½ & " ¿ 0 . ã .
 bö ± ½ µ à 1 ã ä ® ¼ 1 ¿ • µ ¬ à ¿ » 1 â ¬ æ ¿ å

<http://hdl.handle.net/11728/6923>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ



**Η ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ.
Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΦΙΛΙΠΠΟΥ ΕΛΕΝΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 1133302857
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΡ. ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΒΛΑΣΣΗΣ**

ΠΑΦΟΣ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αφού ευχαρίστησα όλους όσους με στήριξαν, ανέχθηκαν, δικαιολόγησαν, παρότρυναν, συγχώρεσαν. Αυτούς που παρέμειναν και θα παραμείνουν.
Θα ήθελα να ευχαριστήσω και αυτούς που εγκατέλειψαν, χάθηκαν, κρύφτηκαν, αποσύρθηκαν. Αυτούς που έφυγαν και δεν θα γυρίσουν ποτέ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το βασικό κριτήριο το οποίο χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και την ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη που αφορά, τη νοσηλευτική στελέχωση των δημοσίων νοσηλευτηρίων στη Κύπρο, στην Ελλάδα αλλά και τη γενικότερη εικόνα της νοσηλευτικής στελέχωσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Αποτελέσματα: Η καταγραφή στατιστικών στοιχείων από όλα τα Δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου κατέδειξε ότι η ποιότητα φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την επαρκή νοσηλευτική στελέχωση. Στην Κύπρο αλλά και παγκοσμίως, διαπιστώνεται έλλειψη νοσηλευτών στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Οι αναλογίες πληθυσμού ως προς τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν βελτιωθεί σημαντικά μέσα στο χρόνο όπως παρουσιάζει η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Συμπέρασμα: Η δημιουργία ενός καλού εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί προτεραιότητα στις νοσοκομειακές μονάδες όπου παρά την χρησιμοποίηση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένα παραγωγικό σύστημα εργασίας του οποίου κυρίαρχο στοιχείο αποτελεί ο ανθρώπινος παράγοντας. Όσο σύγχρονα εξοπλισμένος και αν είναι ο οργανισμός και όσο σύγχρονες και αν είναι οι μέθοδοι τις οποίες χρησιμοποιεί, αν δεν είναι στελεχωμένος με το κατάλληλα ποιοτικά και ποσοτικά αναλογικό ανθρώπινο δυναμικό, όπως αυτό έχει διαφανεί από τη συγκριτική μας παρουσίαση με διεθνή πρότυπα, οι προσδοκίες και οι στόχοι της διοίκησης ενός νοσοκομείου δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ.....	4
1.1. Η πρώιμη ιστορία της νοσηλευτικής.....	4
1.1.1. Η Νοσηλευτική κατά την προχριστιανική εποχή.....	4
1.1.2. Η Νοσηλευτική κατά την πρώτη Χριστιανική εποχή.....	5
1.1.3. Η Νοσηλευτική κατά τους νεώτερους χρόνους μέχρι και σήμερα.....	6
1.2. Αιτίες Ανάπτυξης Νοσηλευτικής Επιστήμης.....	7
1.3. Η εξέλιξη της σύγχρονης νοσηλευτικής.....	7
1.3.1. Η επιστημονική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.....	9
1.3.2. Η εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	
.....	12
2.1. Εννοιολογικοί ορισμοί.....	12
2.2. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος στο Σύστημα Υγείας.....	14
2.2.2. Οι Νοσηλευτές ως συνήγοροι των ασθενών.....	17
2.2.3. Οι Νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.....	17
2.2.4. Οι Νοσηλευτές ως Ηγέτες (managers).....	18
2.2.5. Οι Νοσηλευτές ως ερευνητές.....	19
2.3. Επιτυχής άσκηση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος.....	19
2.4. Περιγραφή Νοσηλευτικού επαγγέλματος.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ.....	24
3.1. Βασικές αρχές διοίκησης νοσοκομειακών μονάδων.....	24
3.2. Επιτυχημένη Νοσηλευτική Διοικητική Απόδοση.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΤΩΝ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	28
4.1. Η εικόνα της στελέχωσης των Σύγχρονων Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.....	28
4.2. Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης.....	31
4.3. Αποτελεσματικές Πρακτικές Στελέχωσης.....	32
4.4. Οι Νοσηλευτές ως διαχειριστές των Νοσηλευτικών υπηρεσιών.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	34
5.1. Υπηρεσία προσωπικού.....	34
5.2. Υπολογισμός αριθμού και σύνθεσης νοσηλευτικού Προσωπικού.....	36
5.3. Μέθοδοι Στελέχωσης.....	38
5.4. Πλαίσιο Στελέχωσης Νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	41

5.5. Πρόγραμμα νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ	45
6.1. Η Νοσηλευτική στελέχωση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο	47
6.2. Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα.....	48
6.2.1. Διαχρονική εξέλιξη του υγειονομικού δυναμικού στην Ελλάδα.....	50
6.2.2. Η Νοσηλευτική στελέχωση σε Ελληνικό επίπεδο	50
6.2.3. Η κατάσταση στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ	53
6.2.3.1. Ιατρικό Προσωπικό	53
6.2.3.2. Νοσηλευτικό προσωπικό.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ.....	55
7.1. Δεικτες επιπεδου υγεια-ιστορικη εξελιξη	57
7.1.1. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 1960-2006, Αναλογίες Πληθυσμού.....	57
7.1.2. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2005-2011, Αναλογίες Πληθυσμού.....	58
7.1.3. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 1960-2006, Αριθμός Προσωπικού	58
7.1.4. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2005-2011, Αριθμός προσωπικού	59
7.2. Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Κύπρου	61
7.3. Διαδικασία Εργοδότησης στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ63	
8.1.Εισαγωγή στην θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης	64
8.2. Έννοιες της Νοσηλευτικής Διοίκησης.....	64
8.3. Γενική θεωρία των συστημάτων.....	65
8.4. Εννοιολογικά μοντέλα της νοσηλευτικής διοίκησης	66
8.5. Γενικές λειτουργίες νοσηλευτικής διοίκησης	67
8.6. Διοικητικές αρχές.....	68
8.6.1.Η διαδικασία του ελέγχου	68
8.6.2. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα	68
8.6.3. Η αρχή της οικονομίας.....	68
8.6.4. Η αρχή της ωφελιμότητας	69
8.7. Κριτική Διοικητικών Αρχών	69
8.8. Πρότυπα νοσηλευτικής διοίκησης.....	70
8.8.1. Μοντέλα άσκησης νοσηλευτικής διοίκησης.....	71
8.8.1.1. Το στρατηγικό management	72
8.8.1.2. Ποιοτικό management: μοντέλο κοινής αποδοχής	72
8.8.1.3. Διοίκηση ολικής ποιότητας	73
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

Πίνακας1: Παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό των πολιτικών της στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων.....	38
Πίνακας2: Συστάσεις νοσηλευτικής στελέχωσης Βασιλικού Κολλεγίου των Νοσηλευτών (Royal College of Nursing).....	55
Πίνακας3: Διαχρονική εξέλιξη των απασχολούμενων στα νοσοκομεία της Ελλάδας 1980-2007.....	57
Πίνακας4: Αναλογίες πληθυσμού προς γιατρό, οδοντογιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό και νοσοκομειακή κλίνη 1960-2006.....	64
Πίνακας5: Αναλογίες ατόμων προς γιατρό, οδοντίατρο, νοσηλευτή και νοσοκομειακή κλίνη 2005-2011.....	65
Πίνακας6: Αριθμός γιατρών, οδοντογιατρών, φαρμακοποιών και νοσηλευτικού προσωπικού 1960-2006.....	66
Πίνακας7: Ιατρικό, Νοσηλευτικό Και Παραϊατρικό Προσωπικό Δημόσιου Και Ιδιωτικού Τομέα 2005-2011.....	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επαρκές αριθμητικά και ποιοτικά, νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πλήθος ερευνητών λόγω των πολλαπλών επιδράσεων που επιφέρει στην ασφάλεια, την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή αλλά και την επιβάρυνση των δαπανών για τα Συστήματα υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με έκθεση του “Working Together for Health” το 2006, ανακήρυξε τη δεκαετία 2006-2015, ως την δεκαετία εργατικού δυναμικού υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών εργατικού δυναμικού. Αυτές περιλαμβάνουν τρία βασικά στοιχεία: βελτίωση της στελέχωσης του εργατικού δυναμικού, υποστήριξη του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού για τη μεγιστοποίηση της δυνατότητας του και, ταυτόχρονα, μείωση της απώλειας δυναμικού. Η έκθεση συστήνει βελτίωση του εργασιακού χώρου ως βασική στρατηγική για τη διατήρηση της υψηλής ποιότητας του εργατικού δυναμικού στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.¹

Το μήνυμα της ημέρας των νοσηλευτών, το 2006, σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ήταν ότι *«η ασφαλής και εγγυημένη νοσηλευτική στελέχωση σώζει ζωές»* αλλά, παρά τις συστάσεις που γίνονται έως και σήμερα σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο, το πρόβλημα παραμένει έντονο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, σε πολλές χώρες του κόσμου. Η νοσηλευτική στελέχωση σχετίζεται με οικονομικούς κυρίως παράγοντες αλλά και με την υγεία των νοσηλευτών, την επαγγελματική ευθύνη, την αποσαφήνιση των ρόλων αλλά και την έλλειψη αποτελεσματικών εργαλείων εκτίμησης του φόρτου εργασίας.^{2,3}

Οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα εργατικού δυναμικού στα περισσότερα εάν όχι σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.⁴ Γι' αυτό το λόγο, η προσέλκυση και η διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί ζήτημα μεγάλης σπουδαιότητας για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες. Αυτό είναι αναγκαίο προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι τους, οι οποίοι αφορούν στην βελτίωση

της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην βελτίωση της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας.⁵

Σε ολόκληρο τον κόσμο έχει γίνει πια κοινή συνείδηση ο ρόλος των νοσηλευτών ως δύναμη που διαμορφώνει καθοριστικά το σύγχρονο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια και η ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς συνδέονται άρρηκτα με νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων ενός νοσοκομείου έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στις αρχές άσκησης της Νοσηλευτικής πρακτικής και στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όσο και στο ηθικό του προσωπικού, επιφέροντας εγκατάλειψη από την εργασία λόγω σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η χρησιμοποίηση υπεράριθμου νοσηλευτικού προσωπικού συνεπάγεται αυξημένο κόστος και μειωμένη παραγωγικότητα.

Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζεται ότι είναι πολύ μεγάλες, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και διεθνώς. Επιπλέον, όταν η σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας γίνεται με λανθασμένες αναλογίες νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών δημιουργούνται προβλήματα σε ό, τι αφορά στον καταμερισμό των καθηκόντων και στην οργάνωση της εργασίας γενικότερα.

Το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα προσαρμόζεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές, δημογραφικές, οικονομικές και επιδημιολογικές ανάγκες. Η διαχρονική εξέλιξη άλλοτε είναι προϊόν μακρού μελετημένου σχεδιασμού και άλλοτε αποτέλεσμα επιλογών που επιδιώκουν να λύσουν άμεσα προβλήματα υπό το κράτος της πίεσης της κοινής γνώμης, των οικονομικών αδιεξόδων ή της θεαματικής επιβάρυνσης των δεικτών δημόσιας υγείας.

Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις και η υπερεξειδίκευση στο σύγχρονο πολύπλοκο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με την τρέχουσα οικονομική και κοινωνική συγκυρία (διεθνής οικονομική ύφεση, γήρανση του πληθυσμού, κρίση στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης) απαιτούν τον εξορθολογισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο σε επίπεδο δαπανών όσο και σε επίπεδο αποτελεσματικότητας και οργάνωσης.

Πρόσφατα διάφορες μελέτες^{6,7,8} και εκθέσεις^{5,9} επισημαίνουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών και σημειώνουν ότι το δύσκολο, στρεσογόνο και πολλές φορές επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας τους φαίνεται να συμβάλλει στην απόφαση των νοσηλευτών να παραμείνουν ή να φύγουν από το επάγγελμα.

Μεγάλος αριθμός εργασιών συσχετίζουν την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού με υψηλά επίπεδα εμφάνισης επιπλοκών όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις, τραυματισμοί από πτώσεις, νοσοκομειακή πνευμονία, κατακλίσεις, επιπλοκές οι οποίες οδηγούν σε αύξηση του συνολικού αριθμού των ημερών νοσηλείας και οι οποίες σχετίζονται με την αύξηση της θνησιμότητας αλλά και του κόστους νοσηλείας.⁷

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη μελέτη που αφορά, τη νοσηλευτική στελέχωση των δημοσίων νοσηλευτηρίων στη Κύπρο, στην Ελλάδα αλλά και τη γενικότερη εικόνα της νοσηλευτικής στελέχωσης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η μελέτη έχει ως επιμέρους στόχους την παράθεση ερευνητικών δεδομένων για την ασφαλή νοσηλευτική στελέχωση στη παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στα Συστήματα Υγείας, για την προώθηση υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές και την μείωση του κόστους παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας για τους οργανισμούς υγείας σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Η δομή της παρούσας εργασίας αποτελείται από 8 διακεκριμένα κεφάλαια τα οποία είναι: η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, οι ορισμοί και ο ρόλος του νοσηλευτικού επαγγέλματος, η διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων, οι παράγοντες και οι πρακτικές στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, η σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού, η νοσηλευτική στελέχωση σε διεθνές επίπεδο, η νοσηλευτική στελέχωση στη Κύπρο, η θεωρία και οι αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης. Τα κεφάλαια αυτά παρέχουν το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο έτσι ώστε να στηρίζεται η ερευνητική μας επιδίωξη και να υπάρχει η κατάλληλη τεκμηρίωση για όλα τα στάδια της ερευνητικής μας προσπάθειας. Στην ερευνητική μας προσπάθεια έγινε η χρήση της κατάλληλης βιβλιογραφίας, εξειδικευμένων άρθρων και της εμπειρίας μας ως εργαζόμενοι στο σύστημα υγείας. Ο κατάλληλος συνδυασμός των συντελεστών παραγωγής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, ιατρικού και νοσηλευτικού ήταν η βασικότερη επιδίωξη μας.

Η έρευνα της ιστορίας σε κάθε τομέα ανθρώπινης προσπάθειας, έχει ως κυριότερο σκοπό την αποφυγή των μελλοντικών λαθών. Η παροιμία του λαού το εκφράζει παραστατικά *‘τα παθήματα των πρώτων, γεφύρια των δευτέρων’*. Έτσι και στο χώρο της Νοσηλευτικής, αν αντικειμενικά γνωρίζουμε τις φάσεις, όπου πέρασε στη μακράιωνα πορεία της ανάμεσα στους λαούς, θα αποκτήσουμε εμπειρία, που θα μας κατευθύνει στην παραπέρα πρόοδο, ιδιαίτερα δε στη σημερινή εποχή της τεχνολογίας και τεχνοκρατίας όπου τα πάντα εξελίσσονται ταχύτατα.

Η γνώση του παρελθόντος αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη ορθότερη αντιμετώπιση του μέλλοντος. Απ’ αυτή τη γνώση συνάγουμε συμπεράσματα, βλέποντας τις επιτυχίες αλλά και τις αποτυχίες αυτών που έζησαν και έδρασαν στο παρελθόν και κυρίως τις αιτίες, που συντέλεσαν για να επέλθουν τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα.

Μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορίας της Νοσηλευτικής θα βοηθήσει να κατανοηθεί ο ρόλος όπου διαδραματίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα στο σύγχρονο σύστημα υγείας. Η μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, είναι απαραίτητη για την απόδειξη της προσφοράς και της αξίας της στο πέρασμα του χρόνου καθώς η γνώση των ιστορικών επιδράσεων θα βοηθήσει να αποκτήσουμε μία πιο ρεαλιστική προοπτική σχετικά με την κατάσταση και την εικόνα της νοσηλευτικής, τα επιτεύγματα της και τα σημερινά ζητήματα που σχετίζονται με το επάγγελμα. Η σύντομη ιστορική αναδρομή αναφέρεται στην προχριστιανική, χριστιανική εποχή μέχρι και σήμερα.

1.1.Η πρόιμη ιστορία της νοσηλευτικής

1.1.1. Η Νοσηλευτική κατά την προχριστιανική εποχή

Οι πληροφορίες για το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά την προχριστιανική περίοδο είναι περιορισμένες. Από τα πρώιμα στάδια της η νοσηλευτική έχει ανυψώσει την ιδεώδη μορφή του ένστικτου της ανατροφής, η οποία έχει αποδοθεί στην μητρική φιγούρα μέσα από τους διάφορους πολιτισμούς. Πάντα σε συσχέτιση με την επικρατούσα κουλτούρα και το σύστημα αξιών, οι πρώτοι που εξάσκησαν νοσηλευτικά καθήκοντα ήταν οι θεραπευτές, οι ιέρειες, οι σκλάβοι και οι οικιακοί βοηθοί καθώς οι μαίες και οι τροφοί που φρόντιζαν τα μικρά παιδιά.

Στην Αίγυπτο η ιατρική ασκούνταν από ιερείς με ειδικότητα κατά περιοχή, καθώς και από μάγους, οι οποίοι μέσα από τελετουργικές θεραπείες πίστευαν ότι έδιωχναν τους δαίμονες που έμπαιναν στο σώμα των ανθρώπων και προκαλούσαν αρρώστιες. Στις Ινδίες και στη Μεσοποταμία επίσης οι αρρώστιες αρχικά θεωρούνταν τιμωρία των θεών ενώ η ιατρική αφηνόταν στα χέρια ιερέων, αργότερα όμως λογικές απόψεις στηριζόμενες στην παρατήρηση πτυέλων, κοπράνων και ούρων άρχισαν να αποκτούν έδαφος.

Στην Ιουδαία ο Μωσαϊκός Κώδικας ήταν θρησκευτικός, αλλά συγχρόνως ήταν και κώδικας υγιεινής πρακτικής με έμφαση στη προληπτική ιατρική.

Στην αρχαία Ελλάδα αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία, παρόλο που ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας ήταν η κατ' οίκον περίθαλψη, μια σύγχρονη τάση υγειονομικής περίθαλψης. Στα έργα του Όμηρου παρουσιάζονται οργανωτικές και διοικητικές αρχές περίθαλψης στα πεδία των μαχών, με τη μορφή μονίμων χειρουργείων και ειδικών φορείων μεταφοράς ασθενών.

Στην Κλασσική Ελλάδα η οργάνωση υπηρεσιών υγείας παρουσιάζεται μέσα από τους Ναούς-Θεραπευτήρια, τα Ασκληπιεία, όπου ασκούνταν η ιατρική ως μείγμα φυσικών δυνάμεων και παρατηρήσεων από τον ιερέα και τον βοηθό του και η νοσηλευτική φροντίδα από ιέρειες γυναίκες, από τους ιερομνήμονες και τους πρακτικούς νοσηλευτές της τάξης των ζακόρων ή νακόρων.

Περισσότερο τραγική εμφανίζεται η θέση της γυναίκας στη Ρωμαϊκή Κοινωνία, όπου οι γυναίκες αποτελούσαν, άψυχη ιδιοκτησία και ήταν αδύνατο να αναπτυχθεί Νοσηλευτικό Σώμα γυναικών σε τέτοια κοινωνία, παρόλο που η ιατρική επιστήμη εξελίχθηκε με την εμφάνιση ιατρών, όπως ο Ασκληπιάδης, ο Κέλσιος, Διοσκουρίδης και ο Γαληνός και ιδρύθηκαν οργανωμένα νοσοκομεία, μόνο για πολεμιστές και ιδιωτικά ιατρεία.

1.1.2. Η Νοσηλευτική κατά την πρώτη Χριστιανική εποχή

Η πρώτη Χριστιανική περίοδος σηματοδότησε την έναρξη της οργανωμένης νοσηλευτικής. Στο χριστιανισμό η γυναίκα αποκτά σημαντική θέση και της ανοίγεται ο δρόμος για το κοινωνικό έργο της νοσηλείας των πασχόντων. Η αποδοχή της αυστηρής πειθαρχίας, στοιχείο έμφυτο του μοναχισμού ως τρόπος ζωής, εκπαίδευσε όσους εμπλέκονταν με την νοσηλευτική ώστε να είναι δουλοπρεπείς και να δείχνουν άνευ όρων υποταγή στις αποφάσεις των υψηλά ιστάμενων, συνήθως ιερέων ή ιατρών. Η νοσηλευτική θεωρούνταν ως ένα κάλεσμα τιμής και όσοι την εκτελούσαν συμμετείχαν στην

πραγμάτωση του Θείου έργου. Μονόπλευρη αφοσίωση απαιτούνταν καθώς η νοσηλευτική απαιτούσε απρόσκοπτη προσπάθεια με ελάχιστη ως μηδαμινή προσδοκία για παχυλές αμοιβές.¹⁰

Ο Χριστιανισμός συνέβαλε στην ανάπτυξη των ιδεών της φιλανθρωπίας και της φιλαλληλίας. Ταυτόχρονα με την ανάπτυξη των πρώτων χριστιανικών κοινοτήτων άρχισαν να αναπτύσσονται και υπηρεσίες προς διάφορες ομάδες ανθρώπων που υπέφεραν. Στους πρώτους αιώνες της χριστιανικής εποχής η παροχή φροντίδας προσφερόταν από την Εκκλησία. Μεμονωμένα άτομα, συνήθως μοναχοί και ιερείς, αφιερώθηκαν στην φυσική φροντίδα των αδύνατων και των φτωχών και συγκεντρώθηκαν σε εκκλησιαστικές μονές όπου λειτουργούσαν ως νοσοκομεία και καταφύγια για αυτούς που δεν είχαν που να πάνε.

Ο θεσμός αυτός διατηρήθηκε μέχρι τον 13^ο αιώνα. Η νοσηλευτική φροντίδα παρεχόταν κατά κύριο λόγο σε μοναστήρια, την ίδια στιγμή που η Ευρώπη οδεύοταν στο Μεσαίωνα και η επιστήμη υποβαθμιζόταν και η υγιεινή παραμεριζόταν. Οι κοινωνικές αλλαγές στα τέλη του Μεσαίωνα (1000-1500 μ.Χ) δημιούργησαν έναν μετακινούμενο πληθυσμό και βοήθησαν στην ανάπτυξη της μεσαιας εργατικής τάξης και των εμπορών. Οι άσχημες κοινωνικές συνθήκες της εποχής οδήγησαν τους νοσηλευτές πίσω στην κοινότητα, έξω από τα μοναστήρια και τα νοσοκομεία. Οι Σταυροφορίες έδωσαν την αφορμή για την δημιουργία νοσηλευτικών ταγμάτων, στρατιωτικών, θρησκευτικών και κοσμικών. Κάποια τάγματα ίδρυσαν νοσοκομεία ,ενώ ομάδες επαιτών τα μέλη των οποίων έδιναν όρκους φτώχειας και εξαρτιόνταν από την ελεημοσύνη για επιβίωση, οργανώθηκαν ώστε να βγει η νοσηλευτική στην κοινότητα.¹⁰

1.1.3. Η Νοσηλευτική κατά τους νεώτερους χρόνους μέχρι και σήμερα

Η περίοδος της Αναγέννησης μετά το 1500 μ.Χ., χαρακτηρίζεται από πρόοδο στις τέχνες και στις επιστήμες καθώς πυροδότησε την επιστημονική έρευνα. Κατά την διάρκεια της Αναγέννησης δινόταν λιγότερη έμφαση στην θρησκεία, γεγονός που βοήθησε τις επιστημονικές εξελίξεις. Η δράση των θρησκευτικών ταγμάτων είχε περιοριστεί και η περιουσία τους είχε κατασχεθεί, αποτρέποντας τα μέλη τους από την φροντίδα των φτωχών και αδυνάτων.

Η ιατρική εντάσσεται στο Πανεπιστήμιο και η νοσηλευτική είχε ήδη αποκτήσει πνευματικό προσανατολισμό. Η επιστημονική όμως ανάπτυξη της ήταν απαραίτητη,

εφόσον έπρεπε να συμβαδίζει με τις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας και να ανταποκρίνεται στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

Στα μέσα του 1500 η αποκοπή της νοσηλευτικής από τα θρησκευτικά τάγματα, την μετέτρεψε σε μια μη αποδεκτή απασχόληση για τις γυναίκες. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων, φυλακισμένοι, τζογαδόροι, αλκοολικοί και πόρνες, εκπαιδεύονταν προκειμένου να εκτελέσουν στοιχειώδη νοσηλευτικά καθήκοντα, όπου πολλές φορές αντικαθιστούσαν ποινές φυλάκισης.¹⁰

Στα 1700 ο επιστημονικός τρόπος έρευνας σε συνδυασμό με τις τεχνολογικές εξελίξεις, ενθάρρυνε ορισμένους ιατρούς να προχωρήσουν μέσα στη δίνη της κοινωνικής αλλαγής και να χρησιμοποιήσουν νέες ανακαλύψεις στην διερεύνηση των σωματικών αντιδράσεων στην ασθένεια και στην θεραπεία. Χρειάστηκε βέβαια πολύς χρόνος ώστε οι εξελίξεις στην ιατρική να εφαρμοστούν πρακτικά και μέχρι να κατορθώσει η νοσηλευτική να ενσωματώσει τις επιστημονικές αρχές στην άσκηση της, και το γεγονός αυτό φαίνεται να οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η νοσηλευτική δεν αποτελούσε μια διανοητική δραστηριότητα αλλά και στην συνεχιζόμενη πεποίθηση ότι η φροντίδα των ασθενών δεν ήταν κοινωνικά αποδεκτή απασχόληση για τις γυναίκες.¹⁰

1.2 Αιτίες Ανάπτυξης Νοσηλευτικής Επιστήμης

Η Νοσηλευτική δημιουργήθηκε ως απάντηση στις ανάγκες των ανθρώπων για φροντίδα και υποστήριξη στις διάφορες καταστάσεις υγείας. Η ανάγκη για ανάπτυξη μιας υπόβαθρου πάνω στο οποίο θα στηριζόταν και θα θεμελιωνόταν η νοσηλευτική επιστήμη κορυφώθηκε στις δεκαετίες του '70 και '80. Αυτό προέκυψε από τρεις βασικές αιτίες¹¹:

- Την ανάγκη προσδιορισμού επιστημονικής ταυτότητας
- Την έλλειψη ικανοποίησης από τις παραδοσιακές νοσηλευτικές πρακτικές
- Την ανάγκη βελτίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και του νοσηλευτικού γοήτρου

Η Νοσηλευτική σαν αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας επηρεάζεται από τις διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς.

1.3. Η εξέλιξη της σύγχρονης νοσηλευτικής

Η παρουσία μιας μεγάλης προσωπικότητας, ενός ανθρώπου με πίστη, αποφασιστικότητα, ευρεία μόρφωση και διορατικότητα χάραξε το δρόμο προς την ορθή

τοποθέτηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, την κοινωνική αναγνώριση, την αναγωγή του σε κοινωνικό λειτούργημα και την επιστημονική συστηματοποίηση της νοσηλείας, αυτή ήταν Florence Nightingale (1820-1910). Η Nightingale αγγλίδα φιλόanthρωπος, η πρώτη στη νεώτερη εποχή, ήταν προικισμένη με πολλές δυνάμεις, τις οποίες διέθεσε για την προαγωγή της νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις.

Η Florence Nightingale θεωρείται ως το άτομο που θεμελίωσε το νοσηλευτικό επάγγελμα καθώς ήταν αυτή που έφερε στο προσκήνιο τις ανθυγιεινές συνθήκες στην προσπάθεια της να αλλάξει το Βρετανικό στρατιωτικό σύστημα υγείας. Για την εποχή της θεωρούνταν μορφωμένη, έτσι χρησιμοποιώντας τις γνώσεις της στα μαθηματικά επεξεργάστηκε δεδομένα που συγκέντρωσε κατά την διάρκεια της θητείας της στον πόλεμο της Κριμαίας. Μέσω στατιστικής ανάλυσης απέδειξε ότι η συχνότητα των θανάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, οφειλόταν στις ανθυγιεινές συνθήκες, και ότι με την βελτίωση των μεθόδων υγιεινής η θνησιμότητα θα μειωνόταν. Ως μία καινοτόμος στην συλλογή δεδομένων, στην στατιστική ανάλυση και στην βελτίωση της υγιεινής η Florence Nightingale ίδρυσε το νοσηλευτικό επάγγελμα και ξεκίνησε αυτό που σήμερα ονομάζεται Σύγχρονη Νοσηλευτική.¹²

Η ιστορία της Νοσηλευτικής αρχίζει στο Λονδίνο, όπου το 1860 η Nightingale ίδρυσε την πρώτη νοσηλευτική σχολή στο νοσοκομείο St.Thomas στο Λονδίνο με την αλλαγή στις ανθυγιεινές συνθήκες που επικρατούσαν εκείνη τη εποχή. Η Νοσηλευτική δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη ως επάγγελμα και τα περισσότερα καθήκοντα που σχετίζονται με την φροντίδα των ασθενών τα πραγματοποιούν άνδρες, καθώς τόσο τα κοινωνικά ήθη, όσο και τα στρατιωτικά πρωτόκολλα θεωρούσαν τις γυναίκες πολύ ευαίσθητες ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις φροντίδας των ασθενών και των τραυματισμένων.

Ως επάγγελμα η Νοσηλευτική βρίσκεται ακόμα στο ξεκίνημα καθώς δεν υπάρχουν φορείς που να παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση. Καθώς όμως οι απώλειες του εμφύλιου πολέμου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αυξάνονται συνεχώς, γεννάται η ανάγκη για αλλαγή. Δράττοντας της ευκαιρίας οι γυναίκες μπαίνουν στην ενεργό δράση. Η προσφορά των νοσηλευτριών κατά την διάρκεια του πολέμου αναγνωρίστηκε περίπου τριάντα χρόνια αργότερα, και παρά την αναγνώριση αυτή η νοσηλευτική συνέχιζε να θεωρείται ένα αξιοπρεπές επάγγελμα που βασιζόταν περισσότερο στις ηθικές αξίες και στην υπακοή παρά στην εκπαίδευση και στις ικανότητες. Βέβαια η νοσηλευτική, ως επάγγελμα, γινόταν σταδιακά πιο αποδεκτή κοινωνικά παρά τον εργασιακό φόρτο και τις χαμηλές απολαβές. Οι γυναίκες της αριστοκρατίας δεν την προτιμούσαν ως επαγγελματική επιλογή και ο ρόλος της νοσηλεύτριας παρέμεινε καταθλιπτικός και δουλοπρεπής.¹³ Η νοσηλευτική

σχολή του νοσοκομείου Bellevue, η πρώτη νοσηλευτική σχολή που επηρεάστηκε από την Nightingale άνοιξε τις πύλες της το 1873.¹⁴

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω η νοσηλευτική πέρασε από αρκετά στάδια προκειμένου να καταχωρηθεί επίσημα ως αυτοτελές επάγγελμα με επιστημονικό περιεχόμενο. Στο παρελθόν ποικίλα καθήκοντα επιβάρυναν το ήδη σκληρό έργο των νοσηλευτών με συνέπεια να κλονίζεται το κοινωνικό προφίλ του επαγγέλματος. Οι πρώτες νοσηλευτικές σχολές με αμιγώς επιστημονική και τεχνολογική μόρφωση έρχονται να αλλάξουν το σκηνικό και να δώσουν νέα ώθηση στην νοσηλευτική ώστε να διαχωριστεί από την παροχή βοηθητικών υπηρεσιών και να ανεξαρτητοποιηθεί ως επάγγελμα.

1.3.1. Η επιστημονική εξέλιξη της Νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική έρευνα, όπως και η ίδια η νοσηλευτική ξεκίνησε με την Florence Nightingale. Η Nightingale, με τις μεταρρυθμίσεις της, επιδίωκε τη συστηματική συλλογή δεδομένων για ν' αποδείξει τα θετικά αποτελέσματα που είχε η εφαρμογή της βασικής νοσηλευτικής και των βασικών μέτρων υγιεινής στη μείωση της συχνότητας των λοιμώξεων και της θνησιμότητας, ενώ παράλληλα χάραξε το δρόμο για τη θεμελίωση και συστηματοποίηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε επιστημονικές βάσεις και δεδομένα.¹⁵

Αντικείμενο της νοσηλευτικής είναι η επιστημονική πράξη ή πρακτική, η παροχή, δηλαδή, φροντίδας υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση). Αντικείμενο της νοσηλευτικής έρευνας είναι η απάντηση ερωτήσεων και η λύση προβλημάτων που αναφέρονται στη καθημερινή νοσηλευτική πρακτική. Το προϊόν της έρευνας αυτής αποτελεί την επιστημονική βάση της νοσηλευτικής πρακτικής. Σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας δεν είναι απλά η περιγραφή και η επεξήγηση των υπό μελέτη φαινομένων και η αύξηση της επιστημονικής γνώσης, αλλά, η συνεχής βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος των αρρώστων αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών.¹⁵

Ο εστιασμός των νοσηλευτικών θεωριών στον άνθρωπο και στο σύνολο των αναγκών του, προβάλλει τις δυο σημαντικές διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής: τον ανθρωπισμό και την ολιστικότητα. Η ολιστική θεώρηση αποτελεί σήμερα την κεντρική νοσηλευτική ιδεολογία. Η σύγχρονη νοσηλευτική έρευνα υποδηλώνει τη στροφή της Νοσηλευτικής από το βιοϊατρικό στα ανθρωπιστικά και ολιστικά μοντέλα και θεωρίες. Η

Rogers (1963) αντιλαμβάνεται τους ανθρώπους και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν ως ενοποιημένες ολότητες συντονισμένες σε ανοικτά συστήματα. Επίσης, υποστηρίζει πως η ολιστική επιστήμη δεν αναφέρεται μόνο σε άτομα, αλλά εφαρμόζεται εξίσου σε οικογένειες, ομάδες, κοινότητες ή οποιονδήποτε παρόμοιο συνδυασμό. Τα σύνολα αυτά, αποκαλύπτουν ένα ακόμη χαρακτηριστικό της σύγχρονης Νοσηλευτικής: τον προσανατολισμό της προς την κοινότητα και τον πληθυσμό της και την προσπάθειά της για τη βελτίωση της υγείας και της ζωής του. Τα άτομα της κοινότητας δεν έχουν απαραίτητα μια διαγνωσμένη νόσο και δεν αποτελούν χειρουργική, παθολογική, μαιευτική, νευρολογική ή ψυχιατρική οντότητα. Αναμφισβήτητα όμως είναι όλοι άνθρωποι.¹¹

Το 1899 ιδρύεται το Διεθνές συμβούλιο των Νοσοκόμων, κατά το ίδιο έτος παρέχεται πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο Teachers College του Columbia University της Νέας Υόρκης. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλεύτριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ εκδίδονται νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά. Αναπτύσσονται νέες θεωρίες, όπως της Virginia Henderson, της Abdellah, της Orem, της Peplau, της Travelbee, της King, της Wiedenbach, της Roy, της Levine, της Rogers και ιδρύονται πολλές σχολές διαφόρων επιπέδων σε πολλές χώρες του κόσμου.

1.3.2. Η εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Η πρακτική εφαρμογή της νοσηλευτικής και η αντίληψη σχετικά με το τι είναι η νοσηλευτική, έχει διέλθει μέσα από σημαντική εξέλιξη χρονικά. Τα πρώτα βήματα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης ήταν βασισμένα σε βιοϊατρικό μοντέλο, με αποτέλεσμα να προσφέρεται στην ουσία μια υποβαθμισμένη ιατρική εκπαίδευση. Δημιουργήθηκε η ανάγκη λοιπόν, για αναγνώριση της Νοσηλευτικής με δικό της εννοιολογικό μοντέλο και θεωρίες, χωρίς να είναι δανεισμένες από άλλες επιστήμες και ιδιαίτερα από την Ιατρική.

Στόχος των πρώτων νοσηλευτικών σχολών υπήρξε η εκπαίδευση πρακτικών νοσηλευτών με γνώσεις και ικανότητες, απαραίτητες για την φροντίδα των ασθενών κάτω από την επίβλεψη της διπλωματούχου νοσηλεύτριας και του ιατρού. Σταδιακά και λόγω της ταχείας επιστημονικής και τεχνολογικής εξέλιξης, η ανάγκη για διπλωματούχες νοσηλεύτριες ολοένα και μεγάλωνε με συνέπεια την αύξηση του αριθμού τους.

Το 1985, ο σύνδεσμος νοσηλευτών Αμερικής (ANA) πρότεινε στις τοπικές οργανώσεις νοσηλευτών να εγκαθιδρύσουν το πτυχίο των επιστημών στην Νοσηλευτική (BSN) ως το κατώτερο εκπαιδευτικό προσόν για τις διπλωματούχες Νοσηλεύτριες (RN) και το πτυχίο του βοηθού νοσηλευτή ως το κατώτερο επαγγελματικό προσόν για την άσκηση της πρακτικής νοσηλευτικής. Το γεγονός αυτό αποτελεί καινοτομία για το χώρο της νοσηλευτικής, καθώς για πρώτη φορά καθορίζονται επακριβώς και επίσημα τα επαγγελματικά προσόντα των νοσηλευτών και ο βαθμός της επιστημονικής τους κατάρτισης.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση πέρασε από διάφορα στάδια μέχρι να εξελιχθεί σε αυτό που γνωρίζουμε σήμερα. Ο ορισμός της πια ως «επιστήμης και τέχνης» έδωσε μία νέα ώθηση στο επάγγελμα καθώς νοσηλευτές κατέχουν μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς τίτλους και εισέρχονται στον τομέα της έρευνας, της εκπαίδευσης, της διοίκησης και της πληροφορίας. Πρόκληση για το μέλλον αποτελεί αναμφισβήτητα η υιοθέτηση κριτικού τρόπου σκέψης, η τεχνολογική ανάπτυξη, ο σχεδιασμός και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές χρειάζεται να υιοθετήσουν ρόλους διαμέσου της κριτικής σκέψης και του σχεδιασμού παρά να εκτελούν απλά την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή, έτσι ώστε η νοσηλευτική να ισχυροποιηθεί μέσα στο σύστημα υγείας και να αποκτήσει το κοινωνικό κύρος που της αρμόζει.

Ο σύγχρονος επαγγελματίας νοσηλευτής είναι ένας πολυμήχανος και μοναδικός φροντιστής υγείας. Οι τακτικές μέσα από τις οποίες οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται, οι ρόλοι που καλούνται να υιοθετήσουν άλλα και οι σχέσεις τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας επίσης αλλάζουν συνεχώς και επεκτείνονται. Αυτές οι αλλαγές πυροδοτούν νέες προσεγγίσεις στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση και στην ανάπτυξη πολλών και ποικίλων προγραμμάτων για την παροχή προηγμένης και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Η κατανόηση των πολλαπλών ρόλων, των λειτουργιών και των ευθυνών των επαγγελματιών νοσηλευτών στο σύγχρονο σύστημα υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι πια του προσανατολισμού των φοιτητών της νοσηλευτικής, όσον αφορά στην μελλοντική τους καριέρα. Θέματα όπως η επαγγελματική αυτονομία στην πρακτική, η ισοτιμία και η αλληλεξάρτηση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας φέρνουν αντιμέτωπο το νοσηλευτικό επάγγελμα με νέες προκλήσεις και απαιτούν δημιουργικές και υπεύθυνες λύσεις.¹⁰

2.1. Εννοιολογικοί ορισμοί

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την Ιατρική, με δική της ταυτότητα, αντικείμενο και μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκείνες της Ιατρικής. Από την έναρξή της η Νοσηλευτική περιγράφηκε με ποικίλους τρόπους. Αρχικά, δινόταν έμφαση στην τέχνη ή τεχνολογική πλευρά της Νοσηλευτικής, μεταγενέστερα όμως ανακαλύφθηκε το συνεχώς διευρυνόμενο πεδίο της, που περιλαμβάνει εκτός από την εμπειρική της πλευρά και την επιστημονική γνώση και μέθοδο.¹⁶

Στην νοσηλευτική βιβλιογραφία αναφέρονται πολλοί ορισμοί σχετικά με το τι είναι νοσηλευτική. Οι περισσότεροι σχετικοί με την σύγχρονη άσκηση της νοσηλευτικής, δίνουν έμφαση στον κοινωνικό χαρακτήρα της. Οι ορισμοί αυτοί αποσαφηνίζουν τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και αυτών που παρέχουν φροντίδα και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Η Νοσηλευτική είναι κοινωνικό έργο και έργο αγάπης, πίστεως και υπομονής και εμπνέεται από τα χριστιανικά ιδεώδη και συγγενεύει με το έργο του «Καλού Σαμαρείτη». Βοηθά το άτομο που το ασκεί να αποκτήσει δημιουργική και παραγωγική προσωπική και κοινωνική ζωή. Προσφέρει αγάπη, υποστήριξη, συμπαράσταση, βοήθεια, ανακούφιση, παρηγοριά, προστασία, ανάταση ψυχής και εκπαίδευση σε θέματα υγείας. Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη της υγείας. Για αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τους Νοσηλευτές συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων και τεχνικών δεξιοτήτων. Το έργο της προσφέρει εκτός από μόρφωση, καλλιέργεια ψυχής, ενώ παράλληλα προάγει την ολοκλήρωση της προσωπικότητας των Νοσηλευτών. Η Νοσηλευτική είναι λειτουργήμα, δηλαδή είναι η δημόσια υπηρεσία που έχει πρωτεύουσα σημασία τα μέλη μιας κοινωνίας και για αυτό απαιτεί υψηλό αίσθημα ευθύνης από αυτούς που το ασκούν.¹⁷

Ο πρώτος ορισμός της Νοσηλευτικής δόθηκε από την Florence Nightingale ,η οποία αντιλαμβάνοταν την νοσηλευτική ως «την διαδικασία μέσα από την οποία ο ασθενής τοποθετείται στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ώστε η φύση να επιδράσει σε αυτόν». Η ιδέα αυτή, αν και παλαιά, υπογραμμίζει πολλές σύγχρονες αντιλήψεις της νοσηλευτικής.¹⁸

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1986) Νοσηλευτική είναι προσφορά υγείας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθά εκείνον που βρίσκεται σε ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, δηλαδή σε πριν τη νόσο κατάσταση, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και βρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος, φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπο ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του.¹⁷

Σύμφωνα με την Henderson (1966) η νοσηλευτική έχει ως «στόχο να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων εκείνων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ανεξαρτησία του όσο το δυνατόν γρηγορότερα». Ο ορισμός αυτός περικλείει κυρίως την εφαρμοσμένη-τεχνική πλευρά της νοσηλευτικής και δεν αναφέρει την επιστημονική γνώση που είναι απαραίτητη για τις παραπάνω διαδικασίες.¹⁶

Σύμφωνα με έγγραφο του Αμερικάνικου Σύνδεσμου Νοσηλευτών (ANA), που αφορά στην δήλωση της κοινωνικής πολιτικής των Νοσηλευτών, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε τέσσερα ουσιαστικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης νοσηλευτικής άσκησης. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: (1) προσοχή σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων εμπειριών και ανταποκρίσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια χωρίς περιορισμό σε τακτικές προσανατολισμού σε ειδικά προβλήματα υγείας μόνο-ολιστική προσέγγιση, (2) η σύζευξη των αντικειμενικών στοιχείων με τις γνώσεις που αποκτήθηκαν από την κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών του ασθενή ή της ομάδας ασθενών, (3) η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης στην διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας, και (4) η προαγωγή της σχέσης φροντίδας που προάγει την υγεία και διευκολύνει την θεραπεία. Ο ορισμός αυτός του ANA έχει καταχωρηθεί στην ιστορία και αντανακλά την επίδραση της ανάπτυξης των διαφόρων νοσηλευτικών θεωριών καθώς επίσης ,καθορίζει τις μελλοντικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής.¹⁹

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών(CNA) αντιπροσωπεύει τους νοσηλευτές και την νοσηλευτική στον Καναδά. Σύμφωνα με τον CNA, Νοσηλευτική σημαίνει την

ταυτοποίηση και την διαχείριση των ανθρώπινων αντιδράσεων σε πραγματικά και σε πιθανά προβλήματα υγείας και περιλαμβάνει την άσκηση λειτουργιών και υπηρεσιών με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την εξουδετέρωση του πόνου, την αποκατάσταση της υγείας και τελικά την βέλτιστη ανάπτυξη της εν δυνάμει υγείας.¹⁸

Η νοσηλευτική διάγνωση επηρεάζει την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με απώτερο σκοπό την φροντίδα του ασθενή με τον πλέον κατάλληλο τρόπο και εξατομικευμένα, σε συνάρτηση με τις ατομικές ανάγκες του. Ο σχεδιασμός, η παροχή υπηρεσιών και η εκτίμηση της φροντίδας του ασθενή αντιπροσωπεύει την εφαρμογή της νοσηλευτικής γνώσης, τέχνης και θεωρίας.

Η έμφαση των παραπάνω ορισμών στον καθορισμό των ανθρώπινων αντιδράσεων απέναντι στην υγεία και στα προβλήματα υγείας και όχι στα ίδια τα προβλήματα υγείας αποτελεί το σημείο διαχωρισμού της νοσηλευτικής από την ιατρική επιστήμη. Τα προβλήματα υγείας και οι ασθένειες είναι το αντικείμενο της Ιατρικής. Αντίθετα, και όπως ήδη αναφέραμε πολλές φορές, η Νοσηλευτική διαπραγματεύεται και προσπαθεί να διαχειριστεί τις ανθρώπινες αντιδράσεις σε αυτά με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Έτσι η Ιατρική και η Νοσηλευτική συμπληρώνουν η μία την άλλη και υποστηρίζουν την σπουδαιότητα της συνεργασίας τους με σκοπό την επίτευξη της βέλτιστης υγείας για όλους.¹⁸

2.2. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος στο Σύστημα Υγείας

Οι ορισμοί όπου κατατέθηκαν παραπάνω, καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι στο να αναγνωρίζουν την φύση των υποκειμενικών αντιδράσεων των ανθρώπων στην υγεία και στην ασθένεια και να εφαρμόζουν τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι νοσηλευτές μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν ένα μεγάλο εύρος ανθρώπινων αντιδράσεων που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια.

Κατά το 19ο αιώνα αναδύονται τα πρώτα σημάδια διαφοροποίησης της Νοσηλευτικής από την Ιατρική δίνοντας έμφαση σε ανθρωπιστικές και ολιστικές απόψεις και ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό ρόλο στην πρόληψη και φροντίδα των ασθενών με τρόπο που θα απέτρεπε την υποτροπή της αρρώστιας. Στη διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας, ο γιατρός χρειαζόταν έναν «επιδέξιο βοηθό» που θα παρακολουθούσε τον άρρωστο και θα μετέφερε με τις παρατηρήσεις αυτές, καθώς επίσης και να εφαρμόζει με ακρίβεια τις οδηγίες που θα έδινε. Με αυτόν τον τρόπο, η Νοσηλευτική βασίστηκε σε

κανόνες οι οποίοι σχετίζονταν με δραστηριότητες τεχνικής φύσεως και αποσκοπούσαν καθαρά στη διάγνωση και τη θεραπεία και όχι στην άνεση, την ανάπαυση ή το συναίσθημα. Η Νοσηλευτική οδηγήθηκε λοιπόν σε τεχνικές μεθόδους αλλά και την υποβάθμιση, αφού την απέτρεπαν να αναπτυχθεί ως χωριστή επιστήμη εστιασμένη στο πραγματικό της αντικείμενο, δηλαδή τον άνθρωπο.

Η ιεράρχηση των νοσηλευτικών ρόλων, βασιζόταν στην εμπειρία και όχι σε γνώσεις ή δεξιότητες. Ο Νοσηλευτής με τη μεγαλύτερη εμπειρία εκτελούσε δραστηριότητες, ενώ αντίθετα ο χαμηλού επιπέδου Νοσηλευτής εκτελούσε δραστηριότητες χαμηλής υπευθυνότητας. Παράλληλα, η ψυχοκοινωνική φροντίδα, δινόταν μόνο εάν υπήρχε χρόνος, γιατί αφού δεν ήταν εμφανής σαν ανάγκη, δεν ήταν σημαντική. Η προφορική επικοινωνία ήταν εξαιρετικά περιορισμένη και πολλές φορές έπαιρνε τη μορφή οδηγιών ή υποδείξεων, όπου έφερνε αποτελέσματα αποπροσωποποίησης, παθητικότητας και απευαισθητοποίησης των Νοσηλευτών έναντι των ανθρώπινων αναγκών. Αργότερα η Νοσηλευτική ωθήθηκε προς την επιστήμη και τον εξανθρωπισμό, προσεγγίζοντας την έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας. Προμηθεύοντας δηλαδή το νοσηλευτικό με ένα λογικό τρόπο σκέψης, την επιστημονική προσέγγιση του προβλήματος μέσω τεσσάρων βημάτων : την εκτίμηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση. Οι Νοσηλευτές όμως, πρέπει να γνωρίζουν τι να εκτιμήσουν, τι αποτελεί το περιεχόμενο της νοσηλευτικής φροντίδας και σε τι συνίσταται η νοσηλευτική αξιολόγηση. Έτσι ο προσδιορισμός και η χρησιμοποίηση νοσηλευτικού μοντέλου και αντίστοιχης θεωρίας ώστε να αναλυθεί και να περιγραφεί η φροντίδα, κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση. Τα μοντέλα μπορούν να θεωρηθούν πρώιμες φάσεις ανάπτυξης θεωριών, ενώ οι θεωρίες περιέχουν το πλαίσιο που επιτρέπει την κατανόηση και επεξήγηση των φαινομένων της υπό μελέτη επιστήμης.¹¹

Ο μοναδικότητα του νοσηλευτικού ρόλου συνίσταται στο να βοηθάει το άτομο, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την ανάρρωσή του ή σε έναν ειρηνικό θάνατο και τις οποίες το άτομο θα μπορούσε να εκτελέσει μόνο του αν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση και να πράττει αυτό και με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθάει το άτομο να γίνει ανεξάρτητο όσο το δυνατό συντομότερο.¹⁷

2.2.1. Οι Νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας

Η παροχή φροντίδας αποτελεί την ουσία της Νοσηλευτικής καθώς στην σύγχρονη άσκηση της Νοσηλευτικής η παροχή φροντίδας σημαίνει σκόπιμη δράση που φέρνει

αλλαγή προς το καλύτερο. Ο Νοσηλευτής στον ρόλο του παρέχοντα φροντίδα υγείας κυριαρχεί σε όλες τις δομές των υπηρεσιών υγείας και υπονομεύει τους υπόλοιπους νοσηλευτικούς ρόλους και λειτουργίες.

Σύμφωνα με τους Frost et al (1997)²⁰, ο νοσηλευτής από τον ρόλο του καλείται να ικανοποιήσει τις διανοητικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, πνευματικές και αναπτυξιακές ανάγκες που προκύπτουν από τις συναισθηματικές αποκρίσεις των ασθενών στη διάγνωση, τους περιορισμούς των κοινωνικών τους ρόλων, την απώλεια των φυσικών ή διανοητικών δυνατοτήτων τους, τις επιπλοκές της θεραπείας και τον αντίκτυπο της ασθένειας στο περιβάλλον τους.

Οι νοσηλευτές κάνουν επαγγελματικές εκτιμήσεις και σχεδιάζουν, σε συνεργασία με τους ασθενείς, νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν το βέλτιστο της υγείας. Βοηθούν τους ασθενείς τους σε δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και προάγουν υγιείς συμπεριφορές μέσω της διδασκαλίας. Προλαμβάνουν και διαχειρίζονται κρίσεις και συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους για την ευημερία των ασθενών. Οι νοσηλευτές επίσης λειτουργούν ως σύνδεσμος μεταξύ των ασθενών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας και διαμέσου της συνεργασίας στην εκτίμηση, στην διάγνωση και στην φροντίδα των ασθενών.

Σ' αυτό το πλαίσιο η ικανότητα του παρέχοντα φροντίδα δεν συνίσταται μόνο στην ολοκλήρωση των τεχνικών στόχων της εργασίας του, αλλά και στη δημιουργία του "σωστού" συναισθηματικού κλίματος, που δεν απαιτείται μόνο από ανθρωπιστικούς λόγους αλλά και διότι μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθώς η αίσθηση υποστήριξης που δημιουργεί οδηγεί τελικά σε μείωση των ψυχολογικών ή γενικών συμπτωμάτων υγείας. Εξαιτίας της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς η συναισθηματική εργασία και οι ψυχολογικές πτυχές αποτελούν ένα σημαντικό συστατικό του νοσηλευτικού ρόλου και οι συναισθηματικές αντιδράσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην καθημερινή τους πράξη συμβάλλουν στην άντληση ικανοποίησης.

Η έννοια της φροντίδας για τους νοσηλευτές σε έρευνα της Forrest(1998)²¹ εμπεριέχει την διανοητική και συναισθηματική παρουσία, την ικανότητα να διδάξει, την επιλογή να δρα με τον ασθενή παρά στον ασθενή και την ικανότητα της ενσυναίσθησης. Η τελευταία αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να μπαίνει στη θέση του άλλου, με αποτέλεσμα να κατανοεί το βίωμα, τη διανοητική κατάσταση και την εμπειρία του άλλου και να ερμηνεύει τη συμπεριφορά του.

2.2.2. Οι Νοσηλευτές ως συνήγοροι των ασθενών

Η συνηγορία διαφέρει από την ηθική αρχή της φιλανθρωπίας που υπαγορεύει ως καθήκον των νοσηλευτών την προστασία των ασθενών από κάθε κίνδυνο.

Κατά τον Βρετανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών²² η υπεράσπιση είναι ένα ουσιαστικό μέρος της ορθής επαγγελματικής πρακτικής και αναπόσπαστο τμήμα των νοσηλευτικών καθηκόντων προς στους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. Η υπεράσπιση σχετίζεται με την βοήθεια του ασθενούς ώστε να αποφασίσει τι πραγματικά θέλει, προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η ενημέρωση για όλα τα θέματα που τον αφορούν σχετικά με τις επιλογές θεραπείας, στη γλώσσα που του είναι κατανοητή και σε χρόνο που να έχει την δυνατότητα απόφασης²³ και κατά την Webb²⁴ η υπεράσπιση του ασθενούς σημαίνει λήψη μέτρων για προστασία από κακής ποιότητας πράξεις και παραλήψεις.

Συνηγορία ή Υπεράσπιση σημαίνει ότι τα δικαιώματα και οι αξίες των ασθενών και των οικογενειών τους, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, όταν συγκρούονται με τα αντίστοιχα των επαγγελματιών υγείας ή του συστήματος υγείας. Γίνεται λοιπόν σαφές ότι οι ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον, καλούνται να αναλάβουν πιο ενεργή δράση στις αποφάσεις που τους αφορούν και αυτό επιτυγχάνεται με την βοήθεια των νοσηλευτών. Το να λειτουργεί κάποιος ως συνήγορος του ασθενή σημαίνει να είναι κατηγορηματικός και ορισμένες φορές μπορεί να χρειάζεται να έρχεται σε αντιπαράθεση με το σύστημα υγείας ή άλλους επαγγελματίες. Επίσης σημαίνει το να διασφαλίζεται το γεγονός ότι τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους είναι επαρκώς ενημερωμένοι, έτσι ώστε να μπορούν να διαδραματίσουν έναν ουσιαστικό ρόλο στην λήψη αποφάσεων πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους και την φροντίδα που λαμβάνουν.

Ικανή και αναγκαία συνθήκη για την επιτυχημένη έκφραση αυτού του ρόλου είναι η αντίληψη της υπεράσπισης ως ηθική υποχρέωση του νοσηλευτή που απαιτεί την γνώση του ασθενούς και ικανότητα αξιολόγησης των δυσκολιών και των συνεπειών²⁵

2.2.3. Οι Νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας

Η συνεχώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα των προβλημάτων των ασθενών και των συστημάτων υγείας απαιτούν συνεργασία μεταξύ των πολλών και διαφορετικών επαγγελματιών υγείας με κύρια επιδίωξη τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα με τον λιγότερο δαπανηρό τρόπο. Το κόστος φροντίδας και η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο είναι παράμετροι που αξιολογούνται σε συνάρτηση για να κρίνουν τη

επιτυχή ή όχι λειτουργία κάθε φορέα παροχής φροντίδας. Η επίτευξη σχέσεων συνεργασίας δεν είναι κάτι εύκολο, απαιτεί συμμετοχή από όλα τα μέλη της ομάδος καθώς και αναγνώριση των αξιοσημείωτων προσόντων και της εξειδίκευσης του κάθε μέλους ξεχωριστά.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές προσφέρουν μία μοναδική προοπτική στην διεπιστημονική ομάδα υγείας καθώς εξανθρωπίζουν και προσωποποιούν την διαδικασία της φροντίδας και δίνουν έμφαση στην ανθρωποκεντρική φροντίδα. Η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στην πιθανότητα ηγεσίας από τους νοσηλευτές μεταξύ των μελών της ομάδας, καθώς οι υπόλοιποι επαγγελματίες διαθέτουν λιγότερο περιεκτικούς αντικειμενικούς σκοπούς όσον αφορά στην φροντίδα των ασθενών. Τούτο συνδέεται άμεσα με την σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση που έχει ως επίκεντρο το ίδιο το άτομο ως ολότητα και όχι μόνο τα προβλήματα υγείας που ενδέχεται να έχει. Η ολιστική προσέγγιση υγείας που χαρακτηρίζει τους σύγχρονους νοσηλευτές τους δίνει νέες δυνατότητες δράσης στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

Ο ρόλος του στη διεπιστημονική ομάδα είναι καθοριστικός, αφού κατέχει το ρόλο του συντονιστή. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να υπενθυμίζει την αποστολή της ομάδας, η οποία θα πρέπει να είναι κατανοητή και αποδεκτή από κάθε μέλος.²⁶

2.2.4. Οι Νοσηλευτές ως Ηγέτες (*managers*)

Ο ρόλος της ηγεσίας στη νοσηλευτική φαίνεται να είναι ο θεμέλιος λίθος για τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός ποιοτικού συστήματος υγείας και αποδεικνύεται με την υψηλή ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Η κατάλληλη επιλογή του τύπου ηγεσίας και η χρήση της κατάλληλης τεχνικής κατά την άσκησή της, οδηγούν στην ασφάλεια τόσο των ασθενών όσο και των μελών της νοσηλευτικής ομάδας. Το κάθε στέλεχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας που κατέχει τη θέση του ηγέτη, θα πρέπει να διαμορφώνει το επιθυμητό οργανωτικό περιβάλλον και να αποδέχεται την υπευθυνότητα και τις αρμοδιότητες του ηγετικού του ρόλου στο σύστημα παροχής φροντίδας των ασθενών.²⁷

Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά των ηγετών είναι το όραμα και η ικανότητα επικοινωνίας. Απαραίτητο είναι επίσης να υιοθετούν υποστηρικτική στρατηγική και να καθοδηγούν, να εκπαιδεύουν με αξίες και επιστημονικότητα την ομάδα τους. Είναι σημαντικό ακόμη να έχουν ανεπτυγμένη κριτική ικανότητα και σκέψη για να αξιολογούν τις ανάγκες της ομάδας, τις ιδιαιτερότητές της και τις δυνατότητες των μελών της.²⁸

Οι ηγέτες-προϊστάμενοι χρειάζεται να εμπνέουν εμπιστοσύνη και σεβασμό και να είναι αποδεκτοί από την ομάδα, να προγραμματίζουν τις δραστηριότητες της ομάδας σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού, να προάγουν την συμμετοχή των εργαζομένων, την πρωτοβουλία, την ομαδική επίλυση των προβλημάτων, την εκπαίδευση, να έχουν ερευνητικό πνεύμα και να είναι πρότυπο για την νοσηλευτική ομάδα. Η εύρυθμη λειτουργία των νοσηλευτικών τμημάτων στηρίζεται σε ηγέτες-προϊστάμενους με διορατικότητα, αγάπη για τη γνώση, κύρος, αυτοσεβασμό και ικανότητα προσαρμογής στις εξελίξεις. Απαραίτητη είναι η γνώση του έργου και των στόχων του νοσοκομείου και η συνεχής ενημέρωση του προσωπικού για τα θέματα του οργανισμού και της υπηρεσίας. Ο συνδυασμός αυτών των χαρακτηριστικών αναδεικνύουν ένα αποτελεσματικό ηγέτη.^{29,30}

2.2.5. Οι Νοσηλευτές ως ερευνητές

Οι νοσηλευτές έχουν ένα καλά τεκμηριωμένο κοινωνικό ρόλο τη παροχή φροντίδας υγείας. Όμως, ο ρόλος του νοσηλευτή ως επιστήμονα είναι λιγότερο αναγνωρισμένος. Η πίεση που ασκείται στη νοσηλευτική να επιβεβαιώσει το ρόλο της σαν επάγγελμα που βασίζεται στην έρευνα μεγαλώνει όλο και περισσότερο, και τόσο η νοσηλευτική όσο και οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται με ζήλο σ' αυτή τη πίεση.

Σήμερα υπάρχει ένα αξιόλογο σώμα έρευνας και συστηματικά αποκτημένης γνώσης για την νοσηλευτική πρακτική. Επιστημονικά περιοδικά εθνικά και διεθνή, συναντήσεις, συνέδρια και σεμινάρια, και το διαδίκτυο αποτελούν τις κύριες μεθόδους διάδοσης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής έρευνας. Η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση είναι η εφαρμογή των πορισμάτων της νοσηλευτικής έρευνας στη νοσηλευτική πράξη και πολιτική, με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα στη νοσηλευτική έρευνα και τη νοσηλευτική πρακτική. Φιλοδοξία όλων πρέπει να είναι η επίτευξη καλύτερης φροντίδας υγείας μέσω της νοσηλευτικής έρευνας.¹⁵

2.3. Επιτυχής άσκηση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια³¹ και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, τη φυσική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη.

Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και τη συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή, με συνέπεια η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού.

Το βασικό κριτήριο που χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και την ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλευτή προς ασθενείς και η ποιοτική από το επίπεδο εκπαίδευσης.

Η επαρκής στελέχωση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου. Αναφέρεται ότι συντελεί στην ασφαλή εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων και στην επαρκή διάθεση χρόνου για τον ασθενή. Το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με το επίπεδο γνώσεων, το οποίο επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή. Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές είναι κοντά στον ασθενή όλο το εικοσιτετράωρο, έχουν την δυνατότητα με την επαρκή γνώση που διαθέτουν και τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις να ελαχιστοποιήσουν τυχόν αρνητικές συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς παρέχοντας έτσι υψηλό επίπεδο φροντίδας στους ασθενείς.

Και ενώ η διεθνής νοσηλευτική έρευνα ανέδειξε τα τελευταία έτη τον τρόπο που εμπλέκονται και συμβάλλουν οι νοσηλευτές στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών φαίνεται ότι δεν κατανοήθηκε η δυναμική του ρόλου του επαγγέλματος και το γεγονός αυτό διαμορφώνει τις συνθήκες εργασίας, το νομικό πλαίσιο της άσκησης του επαγγέλματος και τις κοινωνικές αντιλήψεις για την νοσηλευτική. Έρευνες στην χώρα μας αποκαλύπτουν την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, τις κακές συνθήκες άσκησης του αλλά και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών της νοσηλευτικής από τις συνθήκες εργασίας.

2.4. Περιγραφή Νοσηλευτικού επαγγέλματος

Προσόντα Νοσηλευτή

Τη θέση του Νοσηλευτή την καταλαμβάνει το άτομο που έχει στην κατοχή του πτυχίο ανώτερης πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ή ανώτατης τεχνολογικής εκπαίδευσης.³²

Ευθύνες Νοσηλευτή

Ηθικές ευθύνες

Για την UNESCO ο όρος ευθύνη σημαίνει ότι κάποιος είναι υπόλογος για την άσκηση που του έχει ανατεθεί. Η συνειδητοποίηση της ευθύνης ωριμάζει τον άνθρωπο και προάγει τον πολιτισμό. Βασική ευθύνη του Νοσηλευτή σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα ηθικών καθηκόντων του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών με τελευταία αναθεώρηση στο Μεξικό το 1973 και επανέγκριση το 1989 είναι τετραπλή:³³

- Προαγωγή της υγείας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Αποκατάσταση της υγείας
- Ανακούφιση του πόνου

Πρωταρχική ευθύνη του Νοσηλευτή είναι να προστατεύει και να προάγει την καλή κατάσταση και αξιοπρέπεια των ασθενών. Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος έναντι:

- Των ασθενών. Έχει ευθύνη να παρέχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα.
- Του επαγγέλματός του και της κοινωνίας γενικότερα.
- Των συναδέλφων του. Οι ενέργειες του κάθε Νοσηλευτή μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη στάση του κοινού έναντι των άλλων Νοσηλευτών.

Ευθύνες πράξεων

Ο Νοσηλευτής ευθύνεται για τις παρακάτω ενέργειες :

ο Τη νοσηλεία που παρέχεται στον άρρωστο μέσα στο νοσοκομείο, τα εξωτερικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και την κοινότητα.

ο Το σχεδιασμό, προγραμματισμό, εκτέλεση και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, καθώς και για το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο προγραμματίζεται με τη συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του και καλύπτει τις νοσηλευτικές, ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές ανάγκες του. Επίσης, ευθύνεται για το συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τον ίδιο ή από άλλο μέλος της ομάδας με την ανάθεσή του.

ο Την τήρηση και συμπλήρωση δελτίων που σχετίζονται με τη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και τη συνέχεια της πορείας του, όπως Δελτίο καταγραφής ζωτικών σημείων του αρρώστου, Δελτίο ιατρικών οδηγιών, Δελτίο νοσηλευτικού έργου, Δελτίο νοσηλευτικών σημειώσεων και παρατηρήσεων, Δελτίο παραλαβής και παράδοσης ναρκωτικών φαρμάκων.³⁴

Καθήκοντα Νοσηλευτή

Τα καθήκοντα των Νοσηλευτών χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες:

Γενικά καθήκοντα

1. Συνεργάζεται με άτομα που έχουν σχέση με την πρόληψη της νόσου, θεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου. Συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και συμβάλλει στο θεραπευτικό πρόγραμμα με το θεραπευτικό και προστατευτικό του ρόλο.
2. Συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας. Επίσης, συνεργάζεται στενά με τον προϊστάμενο για την πραγματοποίηση ενημερωτικών επικοινωνιών, γραπτών και προφορικών, για προβλήματα υγείας.
3. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του αρρώστου, της οικογένειας, του ιατρού, του προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων.
4. Φροντίζει για το περιβάλλον του αρρώστου, να είναι κατάλληλο και ασφαλές. Επίσης, σέβεται την προσωπικότητά του και με κάθε τρόπο διατηρεί και προστατεύει την ατομικότητά του. Ακόμη, τον ενθαρρύνει να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό του πρόγραμμα και τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
5. Συγκεντρώνει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές επεμβάσεις.
6. Εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί και καταγράφει συμπτώματα, φυσικά σημεία, τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη νοσηλεία ή την εξέταση και ενημερώνει τον ιατρό κατά την κρίση του.
7. Αιτιολογεί κάθε του ενέργεια με βάση τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και τις ειδικές ανάγκες του αρρώστου.³²

Ειδικά καθήκοντα

1. Παρακεντήσεις σε διάφορα μέρη του σώματος.
2. Ενδοφλέβια έγχυση υγρών φαρμάκων, αίματος.
3. Χορήγηση φαρμάκων από στόμα, φλέβα, αναπνευστική οδό, επάλειψη στο δέρμα, ενδομυϊκώς, υποδορίως, υπογλώσσια, κόλπο, επαφή με βλεννογόνους και χορήγηση O₂.
4. Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα LEVINE ή από γαστροστόμιο.
5. Αναρρόφηση υγρών και εκκρίσεων, συλλογή και αποστολή εκκριμάτων και απεκκριμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις.
6. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.³²

Ο Νοσηλευτής γενικά:

1. Συμμετέχει στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων που προκύπτουν από επιδημίες ή έκτακτες ανάγκες.
2. Σέβεται το απόρρητο.
3. Κατέχει βασικές γνώσεις έρευνας και συμμετέχει σε νοσηλευτικά ερευνητικά προγράμματα.
4. Καθορίζει και αξιολογεί τα κριτήρια και τα προγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση για τον εμπλουτισμό των γνώσεών του και την ενημέρωση για σύγχρονες εξελίξεις ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης.³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Μία νοσοκομειακή μονάδα, αποτελείται από την ηγεσία και από άλλους παραγωγικούς συντελεστές. Ο ανθρώπινος παραγωγικός συντελεστής δεν είναι μόνο τα ανώτατα και ανώτερα διοικητικά στελέχη, αλλά και τα στελέχη εκείνα κατώτερης και κατώτατης βαθμίδας. Έτσι λοιπόν το ανθρώπινο δυναμικό αποτελείται από:³⁵

- ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων και από νοσηλευτικό προσωπικό τρίτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
- άλλους επιστήμονες και τεχνολόγους,
- ειδικούς σε Η/Υ, για να υποστηρίζουν τη νέα τεχνολογία της πληροφορικής,
- διοικητικό προσωπικό, που μπορεί να εργάζεται και σε άλλο Οργανισμό,
- τεχνικό προσωπικό, υποστηρίζοντας τη λειτουργία και τη συντήρηση του εξοπλισμού,
- προσωπικό υποστήριξης, για τη καλύτερη νοσηλεία και διαμονή των ασθενών.³⁵

Σωστή μελέτη και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και γενικότερα της υγείας του ευρύτερου πληθυσμού. Η εκπαίδευση και η κατάρτιση είναι κάποιοι από τους βασικούς παράγοντες για τη διασφάλιση της ποιότητας, ενώ η αξιοποίηση τους είναι και αυτός ένας από τους βασικότερους συντελεστές για την καλή ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και τη σωστή διεκπεραίωση υποθέσεων.

3.1. Βασικές αρχές διοίκησης νοσοκομειακών μονάδων

«Το νοσοκομειακό management απαιτεί την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και στο σχεδιασμό, με στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων».³⁶

Η διοίκηση ενός νοσοκομείου, αποτελεί τον πρωταρχικό ρόλο στη σωστή λειτουργία του. Μέσα από αυτή επιλέγονται τα άτομα τα οποία θα απαρτίζουν το προσωπικό καθώς και οι δραστηριότητες που θα αναπτύσσονται μέσα σε αυτό. Πολλές φορές χρίζει και απαιτείται από αυτούς να παίρνουν δύσκολες αποφάσεις για τη διεκπεραίωση κάποιων θεμάτων.

Όπως έχει ήδη διαπιστωθεί οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου είναι πολλές και για το λόγο είναι απαραίτητο η διοίκηση του νοσοκομείου να είναι αποτελεσματική και

οργανωτική. Για να γίνει αυτό χρειάζεται η εκάστοτε διοίκηση να χειρίζεται τα θέματα που προκύπτουν με σύνεση και άμεσα. Οι γνώσεις των αρμόδιων τόσο στο διοικητικό, όσο και στο ιατρικό γνωστικό αντικείμενο είναι απαραίτητες για ανώτατα διοικητικά στελέχη νοσοκομείων. «Η αποτελεσματική διοίκηση του νοσοκομείου είναι το αποτέλεσμα και η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Συνήθως έχουμε καλά αποτελέσματα, όπου υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες μανάτζμεντ και ευνοϊκό περιβάλλον διοίκησης».³⁷

Με βάση όλα τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο manager ενός νοσοκομείου για να μπορέσει να επιτύχει την αποτελεσματικότητα της διοίκησης, θα πρέπει:

- «Να εντοπίσει τις κύριες πηγές ταλαιπωρίας και εκνευρισμού των ασθενών και να λάβει μέτρα που θα ανακουφίζουν την κατάσταση.
- Να εντοπίσει τις μεγάλες εστίες κατασπατάλησης ή και «διαφυγής» πολύτιμων πόρων και να παρέμβει αποτελεσματικά.
- Να ελέγξει την τήρηση της λίστας αναμονής για προγραμματισμένες επεμβάσεις και βέβαια να μειώσει τις λίστες αναμονής στα χειρουργεία και στις εξειδικευμένες εξετάσεις.
- Να ελέγξει την τήρηση του ωραρίου για όλους τους εργαζόμενους και να εντοπίσει όλους εκείνους που κατ' επάγγελμα «διαλάθουν» μέσα στο σύστημα.
- Να περιορίσει το απαράδεκτο φαινόμενο που ενδημεί στα νοσοκομεία, με τις «φιλικές εξυπηρετήσεις». Ένα φαινόμενο που αποδιοργανώνει το σύστημα και στερεί στο νοσοκομείο σημαντικούς οικονομικούς πόρους.
- Να κινητοποιήσει και να αξιοποιήσει καλύτερα το προσωπικό του νοσοκομείου και να διοικήσει με ήθος και αξιοκρατία. Η αποτελεσματική διοίκηση δεν γίνεται ούτε με παρέες, ούτε με ομαδοποιήσεις και αποκλεισμούς.
- Η δουλειά ενός μανάτζερ είναι να μπορεί να συνεργάζεται, να πείθει, να ενθαρρύνει, να κινητοποιεί, να διαπραγματεύεται, να διαχειρίζεται, να αποφασίζει και να υλοποιεί».³⁷

Οι αποφάσεις του manager και ο τρόπος χειρισμού του στα θέματα που προκύπτουν καθώς και ο προγραμματισμός του είναι εκείνα που θα καθορίζουν την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου. Συμπερασματικά λοιπόν «η διαδικασία κατά την οποία συντονίζονται οι πόροι και οι δραστηριότητες ενός Οργανισμού για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων συνιστά τη διοίκηση του Οργανισμού.

Η διοίκηση περιλαμβάνει τις λειτουργίες του προγραμματισμού/σχεδιασμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου. Το ενδιαφέρον της διοίκησης επικεντρώνεται στην αύξηση της παραγωγικότητας, στις ανθρώπινες σχέσεις, στη χρήση μαθηματικών μοντέλων και στην κατανόηση των μελών του Οργανισμού.

Οι σύγχρονοι Οργανισμοί λειτουργούν μέσα σε ένα οικονομικό, τεχνολογικό, κοινωνικό και νομικό περιβάλλον που μεταβάλλεται συνεχώς με γρήγορους ρυθμούς. Σήμερα η διοίκηση στους οργανισμούς ασκείται από μία ομάδα ατόμων, που χαρακτηρίζονται ηγετικά στελέχη. Σε αυτά τα στελέχη ανατίθεται η άσκηση της διοίκησης και πρέπει να έχουν ιδιαίτερες δεξιότητες, τεχνικές ή συνολικής θεώρησης. Είναι ευνόητο ότι στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να διαθέτουν τις παραπάνω δεξιότητες όλοι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ασκούν διοίκηση.

Στους Οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ο ρόλος της διοίκησης είναι πολύ πιο σημαντικός, αφού από την αποτελεσματικότητά της εξαρτάται η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Λόγω της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας αυτών των οργανισμών και της ιδιομορφίας του αγαθού “υγεία”, η άσκηση της διοίκησης απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή και πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες τεχνικές σε κάθε περίπτωση. Παρατηρούνται πολλές διαφορές στον τρόπο άσκησης της διοίκησης ανάμεσα σε ένα Κέντρο Υγείας και σε ένα νοσοκομείο.³⁸

Τα βασικά λοιπόν χαρακτηριστικά των υπηρεσιών έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι ανάγκες του πληθυσμού είναι:

- α) Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
- β) Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετραώρου.
- γ) Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.
- δ) Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. Οφείλουν λοιπόν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες».³⁵

3.2. Επιτυχημένη Νοσηλευτική Διοικητική Απόδοση

Σύμφωνα με ένα κλασικό άρθρο από *Robert L. Katz*, η διευθυντική επιτυχία εξαρτάται πρώτιστα από την απόδοση παρά τα γνωρίσματα προσωπικότητας. Δείχνει ότι τρεις τύποι δεξιοτήτων είναι σημαντικοί για την επιτυχή διοικητική απόδοση.³⁹

1. Νοητικές δεξιότητες, τις οποίες θεωρεί έμφυτες ικανότητες ή δεξιότητες σκέψης. Οι δεξιότητες αυτές αναφέρονται στις ικανότητες που έχουν τα διοικητικά στελέχη να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που ανακύπτουν, την προέλευση, τις επιπτώσεις και τα μέσα θεραπείας τους αναγνωρίζοντας τα ως επιμέρους στοιχεία αλληλεξαρτώμενων-τμημάτων του συνόλου του οργανισμού. Οι δεξιότητες αναλυτικής σκέψης, σφαιρικής θεώρησης, ορθολογικής απόφασης, επιτυχούς αντίδρασης στον κίνδυνο και την αβεβαιότητα είναι μερικά δείγματα αυτής της κατηγορίας των δεξιοτήτων που πρέπει να έχουν σε μεγάλο βαθμό ιδιαίτερα τα στελέχη του ανώτερου επιπέδου.

2. Τεχνικές δεξιότητες, που σχετίζονται με μεθόδους, διαδικασίες και διεργασίες. Οι τεχνικές δεξιότητες αναφέρονται στις συγκεκριμένες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις που χρησιμοποιεί ένας «μάνατζερ» για να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της θέσης που κατέχει. Τα κατώτερα διοικητικά στελέχη έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για εξειδικευμένες τεχνικές γνώσεις, τόσο στο επίπεδο της ειδικότητας τους όσο και στο επίπεδο του «μάνατζμεντ», διότι καθοδηγούν άτομα με επίσης εξειδικευμένες γνώσεις που απλά εκτελούν εντολές τους.

3. Ανθρώπινες δεξιότητες, που έχουν σχέση με την ικανότητα της ηγεσίας και τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων. Το είδος των δεξιοτήτων που απαραίτητα οφείλουν να έχουν ανεπτυγμένο σε υψηλό βαθμό τα διοικητικά στελέχη όλων των επιπέδων: οι ικανότητες κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, εποικοδομητικής συνεργασίας με τους συνεργάτες τους, οι ικανότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, η ανάπτυξη του αποτελεσματικού στυλ ηγεσίας.³⁹

Στην νοσηλευτική οι τεχνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο και διαιρούνται στις δεξιότητες της νοσηλευτικής διοίκησης και τις δεξιότητες άσκησης της νοσηλευτικής. Αυτό που χρειάζεται να επισημανθεί εδώ είναι ότι ο διευθυντής νοσηλευτής πρέπει να έχει πολύ υψηλό επίπεδο νοητικών ικανοτήτων και ο νοσηλευτής προσωπικού το υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων άσκησης της νοσηλευτικής. Ο διευθυντής νοσηλευτής καταμερίζει τους ρόλους ανάλογα με τις ανάγκες μιας κλινικής και οι νοσηλευτές παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Αυτό που κάνει έξυπνο και ικανό έναν διοικητή νοσηλευτή είναι οι γνώσεις της επιστημονικής διοίκησης και η ικανότητα του να φέρει εις πέρας αυτόν τον ρόλο. Αυτό θα το πετύχει με την επιρροή εξουσίας στο προσωπικό.

Τέλος ένας μάνατζερ νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται τα έσοδα και τα έξοδα της κλινικής όπως και την παραγωγικότητα του προσωπικού μέσω της αξιολόγησης της απόδοσης τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η Αμερικανική Ομοσπονδία Δασκάλων (1995) ορίζει την εγγυημένη στελέχωση ως «έναν ικανό αριθμό προσωπικού, με κατάλληλο συνδυασμό επιπέδου ικανοτήτων, διαθέσιμο όλες τις ώρες, ώστε να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες στα πλαίσια της φροντίδας του ασθενούς αντιμετωπίζονται και ότι διατηρούνται εργασιακές συνθήκες χωρίς επικείμενους κινδύνους». ⁴⁰

Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την διοίκηση. Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα όπως εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά κ.τ.λ.. 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 προσωπικού ενώ πολύ παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό της στελέχωσης.

Η στελέχωση συνδέεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή αλλά πρέπει πάντα να συσχετίζεται και με μεταβλητές όπως ο φόρτος εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα των δαπανών, η πολυπλοκότητα του ασθενούς και το επίπεδο ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού για το σωστό καθορισμό των πραγματικών αναγκών κάθε νοσηλευτικής μονάδας. ⁴¹

4.1. Η εικόνα της στελέχωσης των Σύγχρονων Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Σύμφωνα και με τον Σύνδεσμο Νοσηλευτών Βόρειας Καρολίνας (2005), η εγγυημένη στελέχωση απεικονίζει, τόσο τη διατήρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και τον εργασιακό βίο των νοσηλευτών και τις οργανωτικές εκβάσεις. Οι ασφαλείς πρακτικές στελέχωσης σύμφωνα με το International Council of Nurses ενσωματώνουν την πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων και την ένταση των νοσηλευτών: ποικίλα επίπεδα προετοιμασίας των νοσηλευτών, ικανότητα και εμπειρία: ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε

οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, πλαίσιο και τεχνολογικό περιβάλλον της υποστήριξης, διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης.⁵

Η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων αποτελεί πρωταρχική και κρίσιμη απόφαση για τη διοίκηση του νοσοκομείου και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και στη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας.⁴²

Η νοσηλευτική στελέχωση έχει επίδραση όχι μόνο στους ασθενείς και τους νοσηλευτές αλλά γενικότερα σε όλο το σύστημα παροχής υγείας, ενώ αναλογίες ασφαλούς νοσηλευτικής στελέχωσης έχουν διαμορφωθεί, τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσο και από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Οι πολιτικές νοσηλευτικής στελέχωσης κάθε χώρας γενικότερα αλλά και κάθε οργανισμού ειδικότερα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη πλήθος στοιχείων.

Τα περισσότερα προγράμματα ανάπτυξης και διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων για την υγεία κατευθύνονται προς την επίτευξη και η διατήρηση του κατάλληλου αριθμού επαγγελματιών υγείας με τις κατάλληλες ικανότητες στο σωστό μέρος και τη σωστή στιγμή. Το τετράπτυχο αυτό αποτέλεσε το περιβάλλον στο οποίο κινείτο η πολιτική ανθρώπινου δυναμικού την δεκαετία του 1960 . Τις επόμενες δεκαετίες στην παραπάνω λίστα προστέθηκε ως απαραίτητη προϋπόθεση το εν ενεργεία προσωπικό να διαθέτει τη σωστή συμπεριφορά και τα κατάλληλα κίνητρα, να δεσμεύει μια ορθολογική ποσότητα πόρων και να ασχολείται με το σωστό αντικείμενο βάσει αναγκών και ειδικευσης.⁴³

Ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται σε ένα νοσηλευτικό τμήμα δεν αποτελεί από μόνος του το ασφαλέστερο κριτήριο για την αξιολόγηση του νοσηλευτικού φόρτου εργασίας και κατ'επέκταση για την αξιολόγηση των αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η κλινική βαρύτητα των νοσηλευόμενων ασθενών, οι διαθέσιμη υλικοτεχνική υποδομή, η εμπειρία του προσωπικού, ο χρόνος νοσηλείας, η κίνηση των ασθενών (αριθμός εισαγωγών, εξιτηρίων και μεταφορών) αλλά και οι εφαρμοζόμενες ιατρικές πρακτικές είναι μόνο μερικά από τα κριτήρια που διαμορφώνουν τις ανάγκες σε νοσηλευτικό προσωπικό.⁴⁴

Το επαρκές, αριθμητικά και ποιοτικά, νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει στην ανάπτυξη και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς η εργασιακή απασχόληση στην υγεία βρίσκεται σε συνάρτηση με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων ενός νοσοκομείου έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στον τρόπο άσκησης της Νοσηλευτικής και στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όσο και στο ηθικό του προσωπικού, προκαλώντας απουσίες από

την εργασία λόγω σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η χρησιμοποίηση υπεράριθμου νοσηλευτικού προσωπικού συνεπάγεται αυξημένο κόστος και μειωμένη παραγωγικότητα.⁴⁵

Οι προκλήσεις οι οποίες καλείται να αντιμετωπίσει κάθε πολιτική σχεδιασμού και διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία, ως επί το πλείστον αφορούν την επαρκή στελέχωση των συστήματος τόσο σε αριθμό επαγγελματιών υγείας όσο και σε ποιότητα προσωπικού και κατάλληλου μείγματος διαφορετικών ειδικοτήτων και κατανομής του ανά την περιφέρεια βάσει αναγκών και ζήτησης. Επιπλέον, οι συνθήκες εργασίας όπως η αποζημίωση τα κίνητρα και ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν διαρκείς προκλήσεις και ζητούμενο στην ορθή στελέχωση και λειτουργία του συστήματος.⁴⁶

Για περισσότερο από 30 χρόνια έχει αναπτυχθεί μία μεγάλη ποικιλία ερευνητικών εργαλείων τα οποία μελετούν τη βέλτιστη αναλογία νοσηλευτών – ασθενών όχι μόνο σε σχέση με τη βαρύτητα και την έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών αλλά και σε σχέση με το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας.⁴⁷

Η βιβλιογραφία εμφανίζεται σχετικά ελλιπής σε ό,τι αφορά στη σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας, με άλλους συγγραφείς να προτείνουν ως αποδοτικότερη τη χρησιμοποίηση αποκλειστικά νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και άλλοι μικτές αναλογίες νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ζήτηση για ανθρώπινο δυναμικό όσο και οι προκλήσεις που αναδεικνύονται από τον ελλιπή σχεδιασμό και τη διαχείριση αυτού επικεντρώνονται κυρίως στα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού. Παράλληλα, το ύψος και το σύστημα χρηματοδότηση του συστήματος, η διαθέσιμη τεχνολογία και οι προτιμήσεις των καταναλωτών συνεισφέρουν σημαντικά στη διαμόρφωση του εργατικού δυναμικού.⁴⁸

Τέλος, η σχέση εργατικού δυναμικού και εκπαίδευσης όσο οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα τον υγειονομικό τομέα και το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης και η μετακίνηση επαγγελματιών υγείας προς αναζήτηση ικανοποιητικότερου εισοδήματος και συνθηκών εργασίας συγκαταλέγονται επίσης στις κινητήριες δυνάμεις των ανθρωπίνων πόρων στην υγεία.

4.2. Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης

Στο άρθρο των Kane et al (2007) περιγράφονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό των πολιτικών της στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων. Σύμφωνα με τον Kane οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε:⁴⁹

Παράγοντες που αφορούν το νοσηλευτικό τμήμα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα.	Χαρακτηριστικά των νοσηλευόμενων ασθενών καθώς και οργανωτικές παραμέτρους
Πολιτικές νοσηλευτικής στελέχωσης	<ul style="list-style-type: none"> • Αναλογία νοσηλευτών ασθενών ανά ημέρα νοσηλείας και ανά ωράριο εργασίας • Κατανομή προσωπικού ανά τμήμα • Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης • Υπερωριακή απασχόληση • Εργασία το Σαββατοκύριακο
Παράγοντες που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό	<ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία • Εμπειρία • Συμβόλαιο εργασίας (Αφορά κυρίως τον Ιδιωτικό τομέα) • Επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτικού προσωπικού
Οργανωτικοί παράγοντες νοσηλευτικής	<ul style="list-style-type: none"> • Διοίκηση • Management –Ηγεσία
Παράγοντες σχετιζόμενοι με το νοσοκομείο σαν Οργανισμός	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιοκτησιακό καθεστώς • Αποστολή • Είδος Νοσοκομείου • Επίπεδο τεχνολογίας

Πίνακας 1 : παράγοντες που επηρεάζουν το σχεδιασμό των πολιτικών της στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων

Πηγή : Kane, R.L., Shamliyan,T., Mueller, C., Duval, S., Wilt,T., 2007. Nursing Staffing and quality of patient care. Evidence Report/ Technology Assessment No. 151. Agency for Healthcare and Quality, Rockville,

Οι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για τον προσδιορισμό της κατάλληλης στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων είναι οι εξής:

- αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται
- αριθμός των κλινών του νοσοκομείου

- ιατρικές ειδικότητες που καλύπτει το νοσοκομείο
- γεωγραφική θέση και χωροταξική υποδομή του νοσοκομείου (πτέρυγες, μέγεθος και διάταξη θαλάμων)
- τεχνολογικός εξοπλισμός
- βαρύτητα της κατάστασης των προσερχόμενων/ νοσηλευόμενων ασθενών
- απαιτούμενος χρόνος παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε άρρωστο
- κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού (νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί θαλάμου, μεταφορείς ασθενών)
- γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρίες προσωπικού⁵⁰

4.3. Αποτελεσματικές Πρακτικές Στελέχωσης

Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών (ICN), διατύπωσε το 2006 την άποψη ότι οι πρακτικές στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς, να ενσωματώνουν όλα τα επίπεδα που καθορίζουν την πολυπλοκότητα αλλά και την ένταση της νοσηλευτικής εργασίας⁹:

- Ικανότητα και εμπειρία
- Οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας της Νοσηλευτικής υπηρεσίας
- Υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο
- Υποστήριξη σε τεχνολογικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ανθρώπινων και υλικών πόρων
- Ανάπτυξη ικανοτήτων του προσωπικού και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

4.4. Οι Νοσηλευτές ως διαχειριστές των Νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Οι Νοσηλευτές λειτουργούν σε επίσημες θέσεις διαχείρισης στις μονάδες υγείας, ανάλογα με την θέση που καταλαμβάνουν στην ιεραρχία του οργανισμού. Ως manager πρώτου επιπέδου θεωρούνται οι προϊστάμενες κλινικών, που ευθύνονται για την ανάθεση καθηκόντων στο νοσηλευτικό προσωπικό και ρυθμίζουν την καθημερινή εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων στα οποία προϊστανται, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Ως manager δευτέρου επιπέδου θεωρούνται οι τομεάρχες νοσηλευτικών τομέων που αναλαμβάνουν την ευθύνη για τον συντονισμό και την παρακολούθηση της λειτουργίας ενός τομέα κλινικών (π.χ. παθολογικός τομέας). Τέλος ως

manager τρίτου επιπέδου θεωρούνται οι διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας διαθέτουν αρκετή ισχύ και γόητρο στις σύγχρονες μονάδες υγείας. Ο λειτουργικός τους ρόλος έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και στις μέρες μας ασκούν εξουσία και παρεμβαίνουν με πιο ουσιαστικό τρόπο στα δρώμενα του οργανισμού.

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη της διοίκησης έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο. Μεγάλος αριθμός μάνατζερ κάθε χρόνο παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια μικρής διάρκειας στην διοίκηση τα οποία πραγματοποιούνται σε ειδικά κέντρα.

Ο χώρος της φροντίδας υγείας αναβαθμίζεται, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αναβαθμίζονται και εκείνοι οι φορείς που παρέχουν νοσηλεία, κατ'οίκον φροντίδα και γενικά φροντίδα υγείας. Αυτοί οι φορείς όμως για να ευημερήσουν χρειάζονται ελέγχους κόστους και παραγωγικότητας, όπως συμβαίνει και στα νοσοκομεία. Οι νέοι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να μπορέσουν να διοικήσουν αυτά τα νέα αναβαθμισμένα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας. Για να το πετύχουν αυτό χρειάζεται πολύ καλή προετοιμασία η οποία θα περιλαμβάνει σύνθεση γνώσεων της νοσηλευτικής διοίκησης και προετοιμασία του μάνατζερ νοσηλευτή ώστε να μπορεί να διοικεί άλλους νοσηλευτές οι οποίοι θα παρέχουν την κλινική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ο πυρήνας της ορθολογικής στελέχωσης προϋποθέτει το καθορισμό της σύνθεσης του ανθρώπινου δυναμικού, ώστε να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να καλύπτει τις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών. Επίσης, η κατάλληλη σύνθεση του προσωπικού εξασφαλίζει την ικανοποίησή του από την εξάσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και επομένως την καλύτερη απόδοσή του.

Νοσηλευτικά ιδρύματα με μειωμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να παραβιάσουν τους κανόνες της σωστής νοσηλευτικής πρακτικής.^{51,52,53} Αντίθετα, επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, ειδικότερα με αυξημένη αναλογία νοσηλευτών στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρεται ότι σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων στους ασθενείς, λιγότερες ουρολογικές λοιμώξεις από τη χρήση καθετήρων και σπανιότερη χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων.^{54,44}

Σύμφωνα με καμπύλες κόστους-οφέλους, οι νοσηλευτές, οι οποίοι διαθέτουν εξειδικευμένους τίτλους σπουδών, υποστηρίζεται ότι προσφέρουν περισσότερο στη λειτουργία των τμημάτων του νοσοκομείου. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές αυτής της κατηγορίας μπορούν να εκτελούν περισσότερα νοσηλευτικά καθήκοντα και παρεμβάσεις από τους βοηθούς νοσηλευτών. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με τη μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία φαίνεται να διασφαλίζει λιγότερες δαπάνες για το νοσοκομείο.

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών, επίσης, επηρεάζει τη στελέχωση. Συγκεκριμένα, όσο βαρύτερη αξιολογείται η κατάσταση των ασθενών τόσο μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτών προς βοηθούς νοσηλευτών απαιτείται ώστε να εξασφαλίζεται υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας. Γενικά, ως ιδανική αναλογία προτείνεται αυτή των δύο νοσηλευτών προς ένα βοηθό νοσηλευτών.^{55,42}

5.1. Υπηρεσία προσωπικού

Κύρια ευθύνη της υπηρεσίας προσωπικού για την επίτευξη αποτελεσμάτων με την κατάλληλη και ορθολογιστική μεταχείριση του ανθρώπινου παράγοντα αποτελεί η δημιουργία υπόβαθρου και κλίματος, τα οποία είναι ενισχυτικά των προσπαθειών της υπηρεσίας. Επιπλέον, η υπηρεσία προσωπικού αποτελεί το όργανο εκπροσώπησης των θεμάτων και προβλημάτων προσωπικού στη διοίκηση και στους αρμόδιους προϊστάμενους

και έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα, αφού εισηγείται και υποδεικνύει στην διοίκηση τους τομείς πολιτικής, η οποία πρέπει να καθιερωθεί σε θέματα προσωπικού.

Η νοσηλευτική διοίκηση συνεργάζεται στενά με την υπηρεσία προσωπικού, διότι απασχολεί το μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων του ιδρύματος, κυρίως για την προσπάθεια προσέλκυσης και διατήρησης κατάλληλων νοσηλευτών, που αυτό είναι και ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα. Σκοπός της νοσηλευτικής διοίκησης είναι η εύρεση και πρόσληψη ικανών νοσηλευτών για αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών. Η υπηρεσία προσωπικού ενός οργανισμού υγείας, αντιπροσωπεύει την κατάσταση του προσωπικού στον εν λόγω οργανισμό, και συνάμα αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις διοικητικές υπηρεσίες και στους εργαζόμενους.

Η στελέχωση είναι η τρίτη λειτουργία της διοίκησης. Οι άλλες δύο είναι ο προγραμματισμός και η οργάνωση. Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή του κατάλληλου προσωπικού και την τοποθέτηση του στις προβλεπόμενες θέσεις που ορίστηκαν από τον εκάστοτε οργανισμό υγείας.

Βασικό κομμάτι για την εύρυθμη λειτουργία της στελέχωσης ενός οργανισμού με προσωπικό και για τα επιτυχή αποτελέσματα της, αποτελεί η σωστή λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού. Προκειμένου η στελέχωση να πραγματοποιηθεί ικανοποιητικά χρειάζεται η υπηρεσία προσωπικού να ασκεί έναν συμβουλευτικό ρόλο ,όσον αφορά στην στελέχωση των οργανισμών με ανθρώπινο δυναμικό και να εισηγείται στην διοίκηση τα θέματα που αφορούν στις ελλείψεις προσωπικού (ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά) αλλά και το πλάνο πολιτικής που θα μπορούσε να ακολουθηθεί για την όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική εργασία του προσωπικού.

Η κατάλληλη στελέχωση των υπηρεσιών είναι από τα δυσκολότερα έργα λόγω της πολυπλοκότητάς των ειδικών προβλημάτων υγείας του πληθυσμού και της έλλειψης ή περίσσιας ορισμένων κατηγοριών και ειδικοτήτων προσωπικού. Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ακόμα δυσκολότερη εξαιτίας ή άλλων παραγόντων που εμφανίζονται κυρίως από την μόνιμη σχεδόν έλλειψη νοσηλευτών. ,

Ο έλεγχος γίνεται ακόμα πιο δύσκολος γιατί κάθε οργανισμός υγείας παρουσιάζει μοναδικότητα. Η μοναδικότητα ως προς την δομή του πληθυσμού, τον τύπο νοσηρότητας και θνητότητας, τις πολιτιστικές αξίες, τις πολιτικές τοποθετήσεις, τις πηγές που διαθέτει, και τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης καθιστά δύσκολο να ελεγχθούν και να προβλεφθούν διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την στελέχωση.

5.1.1. Η λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού

Όπως κάθε υπηρεσία έτσι και η υπηρεσία προσωπικού έχει λειτουργίες. Συνοπτικά αναφέρονται οι παρακάτω:

- Αποτίμηση αναγκών και προγραμματισμός προσωπικού: Για να λειτουργήσει ομαλά ένα σύνολο μεγάλο ρόλο διαδραματίζει η ικανότητα της υπηρεσίας προσωπικού να προνοεί τις ανάγκες του οργανισμού και να τις καλύπτει γρήγορα και με τα κατάλληλα άτομα.
- Προσέλκυση-επιλογή- πρόσληψη: Αυτές οι 3 λειτουργίες συνοψίζονται στην προσπάθεια εξεύρεσης και προσέλευσης ατόμων που ενδιαφέρονται για εργασία και είναι ικανά, δηλαδή πληρούν τις προϋποθέσεις, να τοποθετηθούν στην ανάλογη θέση. Η επιλογή των πιο κατάλληλων γίνεται με προσωπικές συνεντεύξεις, με δοκιμασίες γνώσεων και με ιατρικές εξετάσεις.
- Πολιτική μισθών και ημερομισθίων: Αύτη η διαδικασία αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα και σημαντικά καθήκοντα της υπηρεσίας προσωπικού.
- Επιμόρφωση προσωπικού: Η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού στην σύγχρονη εποχή θεωρείται επιβεβλημένη και αποτελεί ευθύνη των διοικούντων να την διασφαλίζουν σε όλα τα κλιμάκια της ιεραρχίας ,από το ανώτατο στέλεχος μέχρι και το κατώτατο.
- Η έρευνα επανεμφανιζόμενων προβλημάτων: Η έρευνα επανεμφανιζόμενων προβλημάτων από την άλλη πλευρά , προβλημάτων δηλαδή που χρονίζουν και απαιτείται η αναζήτηση και εξάλειψη των αιτιών τους, αποτελεί επίσης ευθύνη της υπηρεσίας προσωπικού.

Το αντικείμενο της υπηρεσίας προσωπικού διακρίνεται σε τέσσερα σκέλη:

1. Στην υπηρεσιακή εξέλιξη (Βαθμολογική, μισθολογική, προαγωγή , κλιμάκια),
2. Άδειες (Κανονικές, αναρρωτικές, εκπαιδευτικές, τοκετού, κ.α. δηλαδή παρακολουθεί και ελέγχει να μην γίνεται υπέρβαση ή να μην χάνει την άδειά του κάθε εργαζόμενος),
3. Πειθαρχική διαδικασία (Παρακολουθεί αν οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς ή όχι στις υποχρεώσεις τους, και οι μη συνεπείς υποβάλλονται σε πειθαρχική διαδικασία),
4. Προσόντα (Ατομική εργασία, συμμετοχή σε σεμινάρια, κ.α.).

5.2. Υπολογισμός αριθμού και σύνθεσης νοσηλευτικού Προσωπικού

Η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως: τα σύγχρονα κτίρια, τον άρτιο και σύγχρονο εξοπλισμό, αλλά και σε σημαντικό παράγοντα το ανθρώπινο δυναμικό. Την πλειοψηφία του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία

αποτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σωστός υπολογισμός και καταμερισμός του νοσηλευτικού προσωπικού από την νοσηλευτική υπηρεσία συμβάλει αποτελεσματικά στην καλή λειτουργία των νοσοκομείων.

Όπως σε κάθε οργανισμό, έτσι και στα νοσοκομεία, γίνονται προγραμματισμοί, θέτονται αντικειμενικοί σκοποί, επιλέγεται και τοποθετείται κατάλληλο και επαρκές προσωπικό και εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία στα πλαίσια της οργάνωσης για επίτευξη των σκοπών τους. Η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται συνεχώς. Ο προγραμματισμός και οι σκοποί αναθεωρούνται και τροποποιούνται σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες.

Οι νοσηλευτικοί σκοποί αποβλέπουν στην εφαρμογή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη την φύση του προσωπικού, τα μέσα και τον πληθυσμό των αρρώστων που εξυπηρετεί η νοσηλευτική υπηρεσία.

Πρώτη και κύρια όμως προτεραιότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η εξασφάλιση κατάλληλης και ασφαλούς φροντίδας των αρρώστων και ατόμων με υπαρκτά ή δυναμικά προβλήματα υγείας. Άρα η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί το τμήμα – κλειδί των ιδρυμάτων και υπηρεσιών υγείας διότι αποτελεί την πλειοψηφία του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία.

Υπάρχουν πολύ τρόποι και μέθοδοι υπολογισμού αριθμού και σύνθεσης ατόμων που πρέπει να προσληφθούν στη νοσηλευτική υπηρεσία, όμως είναι απαραίτητες δυο προϋποθέσεις: α) η γνώση του εν ενεργεία υπηρετούντος νοσηλευτικού προσωπικού και β) η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι στατική αλλά δυναμική και αλλάζει πολύ γρήγορα. Προϋποθέτει οργανωμένο σύστημα πληροφορικής, κεντρικό και αποκεντρωτικό, το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς για τα ακριβή στοιχεία των εργαζομένων. Οι πληροφορίες αφορούν α) τον αριθμό των εισαγομένων και φοιτητών / σπουδαστών στις νοσηλευτικές σχολές κατά έτη, β) τον αριθμό των νέων πτυχιούχων, γ) τον αριθμό προσλήψεων στις υπηρεσίες, και δ) τις απώλειες π.χ. συνταξιοδότηση – μετανάστευση – παραίτηση – μετακίνηση, σε άλλα επαγγέλματα – θάνατοι. Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να καθοριστεί με ακρίβεια το υπάρχον και προβλεπόμενο νοσηλευτικό δυναμικό, που απαιτείται για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Η εκτίμηση της ζήτησης και ο υπολογισμός των απαιτήσεων σε νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με διάφορους μεθόδους όπως:

1. Σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας
2. Σύμφωνα με τους στόχους υπηρεσιών,

3. Σύμφωνα με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας,
4. Σύμφωνα με τις αναλογίες προσωπικού υγείας και πληθυσμού.

Οι τρεις πρώτες μέθοδοι μετατρέπουν τον πληθυσμό με ειδικές ανάγκες σε απαραίτητες υπηρεσίες υγείας για την κάλυψή τους. Έπειτα αυτές οι υπηρεσίες μετατρέπονται σε ανθρώπινο δυναμικό. Η τέταρτη μέθοδος σχέση προσωπικού / πληθυσμού, μετατρέπει τον πληθυσμό κατευθείαν σε αναγκαίο προσωπικό. Η χρησιμοποίηση και των τεσσάρων μεθοδολογικών προσεγγίσεων είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν για τον υπολογισμό κάθε κατηγορίας δυναμικού υγείας σε εθνικό επίπεδο. Με εκλεκτικούς δε συνδυασμούς των μεθόδων αυτών και με την χρήση γνώσεων τεχνικών, μπορεί να υπολογιστεί ο αριθμός του απαιτούμενου νοσηλευτικού προσωπικού για την στελέχωση νοσοκομείων.

5.3. Μέθοδοι Στελέχωσης

Για τον σωστό και αποτελεσματικό προγραμματισμό της νοσηλευτικής στελέχωσης, συνιστάται η αναγνώριση όλων των κοινών παραμέτρων στελέχωσης των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, και στη συνέχεια προτείνεται ο υπολογισμός του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε τμήματος ξεχωριστά. Για παράδειγμα, ειδική παράμετρο για τα χειρουργεία αποτελεί ο αριθμός των επεμβάσεων. Μετά από την αρχική εφαρμογή του, το σχέδιο στελέχωσης πρέπει να αξιολογείται συνεχώς.

Η στελέχωση περιλαμβάνει επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή 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.τ.λ.. 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 προσωπικού ενώ πολύ παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό της στελέχωσης. Για τη στελέχωση των τμημάτων με νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών περιγράφονται κυρίως πέντε μέθοδοι. Προτείνεται, ωστόσο, να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα δύο, τρεις ή και περισσότερες για καλύτερα αποτελέσματα.⁵⁶

5.3.1. Προσέγγιση Της Επαγγελματικής Κρίσης (Professional Judgement Approach)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, λαμβάνεται εκ των προτέρων η απόφαση να στελεχωθούν τα νοσηλευτικά τμήματα με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού. Στη συνέχεια, ο συνολικός χρόνος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού μετατρέπεται σε ισοδύναμα χρόνου (WTE, Whole Time Equivalent) με απλές μαθηματικές πράξεις.

Η μέθοδος κρίνεται απλή, γρήγορη και οικονομική και μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τμήμα με ελάχιστες τροποποιήσεις. Ωστόσο, παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα, όπως η απόφαση που λαμβάνεται εκ των προτέρων για τη στελέχωση με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να αξιολογείται η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Συνεπώς, δεν εξασφαλίζονται η παροχή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας και η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού. Επίσης, δεν διασφαλίζεται η απαραίτητη ευελιξία όταν αλλάζουν οι ανάγκες των ασθενών, οπότε αν η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται το τμήμα ενδεχομένως να μοιάζει ανεπαρκώς στελεχωμένο.^{51,57}

5.3.2. Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι (nurses per occupied bed method)

Σύμφωνα με αυτή την εμπειρική μέθοδο υπολογισμού του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού κάθε ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένα ισοδύναμα χρόνου νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο, η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών επηρεάζει τη στελέχωση και προτείνεται ένα άτομο νοσηλευτικού προσωπικού να αντιστοιχεί σε κάθε 5 ασθενείς υψηλής βαρύτητας, ένα σε κάθε 6 ασθενείς μέτριας βαρύτητας και, τέλος, ένα σε κάθε 7 ασθενείς χαμηλής βαρύτητας. Σύμφωνα με τη θεωρία της μεθόδου, η κατάσταση και ο αριθμός των ασθενών παραμένουν σταθερά.^{44, 51,55,58}

5.3.3. Μέθοδος Συσχέτισης Βαρύτητας-Ποιότητας (Acuity-Quality Method)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, οι ασθενείς διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με τις νοσηλευτικές τους ανάγκες και, κυρίως, με την ικανότητά τους να εξυπηρετηθούν ως προς τη σίτιση, την ατομική υγιεινή, την κινητικότητα, τις ανάγκες τους για συναισθηματική υποστήριξη και, τέλος, τις ειδικές διαδικασίες και θεραπείες που εφαρμόζονται.

Η μέθοδος προσαρμόζεται στις ανάγκες οποιουδήποτε τμήματος και είναι σχετικά απλή. Στα μειονεκτήματα κατατάσσεται το γεγονός ότι (α) απαιτείται παρατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να καταγραφεί ο χρόνος που δαπανάται σε κάθε

ασθενή, (β) ότι ίσως να μην μετράται επαρκώς ο χρόνος που δαπανάται για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και (γ) το ότι προϋποθέτει οι ανάγκες όλων των ασθενών της ίδιας κατηγορίας να είναι όμοιες. Ενδεχομένως, σε ένα τμήμα αμιγώς στελεχωμένο από νοσηλευτές οι χρόνοι να είναι μικρότεροι.^{45,51,57}

5.3.4. Μέθοδος Χρονικού Προσδιορισμού Της Κάθε Δραστηριότητας

Με τη μέθοδο αυτή, το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφει τις νοσηλευτικές πράξεις και τον απαιτούμενο χρόνο για την καθεμιά. Έτσι, υπολογίζεται ο συνολικός χρόνος της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνονται οι αντίστοιχες τροποποιήσεις για το χρόνο των αδειών. Ως μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αναφέρεται το γεγονός ότι προσθέτει φόρτο εργασίας προκειμένου να καταγραφούν οι παρεμβάσεις, καθώς είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήδη καταναλώνει το 60% του εργάσιμου χρόνου στην καταγραφή των πληροφοριών. Επίσης, τα νοσηλευτικά καθήκοντα ίσως να εμφανίζονται ως ένας κατάλογος από εργασίες που πρέπει να γίνουν.^{51,54}

5.3.5. Μοντέλα Παλινδρόμησης (Regression Models),

Με αυτή τη μέθοδο, μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιούνται για να προβλέψουν μελλοντικές απαιτήσεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή ορίζεται, για παράδειγμα, ο αριθμός των ασθενών ή των χειρουργικών επεμβάσεων και ως εξαρτημένη μεταβλητή ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Στο σύνολό της πρόκειται για μια οικονομική μέθοδο εφόσον εφαρμοστεί. Ωστόσο, δεδομένα από τμήματα με μικρότερο αριθμό ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μεγαλύτερα τμήματα. Επιπλέον οι στατιστικές τεχνικές ενδεχομένως δεν γίνονται εύκολα κατανοητές από το νοσηλευτικό προσωπικό.⁵⁶

Από τις πέντε μεθόδους στελέχωσης που αναφέρθηκαν, αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στα δημόσια νοσοκομεία είναι η προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης, όπου η απόφαση για τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται εκ των προτέρων και χωρίς να αξιολογούνται ο αριθμός και η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Συνεπώς, όταν, για παράδειγμα, οι ανάγκες των ασθενών στο τμήμα αυξάνονται, τότε φαίνεται ότι είναι ανεπαρκώς στελεχωμένο, το νοσηλευτικό προσωπικό καταπονείται και δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.

Όλες οι μέθοδοι παρουσιάζουν πολλά πλεονεκτήματα και κάποια βασικά μειονεκτήματα ενώ οι αριθμοί που προκύπτουν, τελικά, ενδεχομένως διαφέρουν, οπότε προτείνεται η χρησιμοποίηση τριών μεθόδων στελέχωσης για τη λήψη της ορθότερης απόφασης.

Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε δείκτη στελέχωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη στελέχωση, όπως, για παράδειγμα, η εργονομία των χώρων. Σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με μεγάλους διαδρόμους, το νοσηλευτικό προσωπικό δαπανά επιπλέον χρόνο για να καλύψει τις μεγάλες αποστάσεις και αυτός ο χρόνος πρέπει οπωσδήποτε να συνυπολογιστεί κατά τη λήψη της απόφασης για τη στελέχωση.

Ακόμη και στο εξωτερικό, η σχέση μεταξύ των διαφόρων μεθόδων στελέχωσης και των πρακτικών αποτελεσμάτων τους στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και στην ικανοποίηση του προσωπικού βρίσκεται σε επίπεδο διερεύνησης ενώ η βιβλιογραφία εμφανίζεται σχετικά ελλιπής σε ό,τι αφορά στις προτάσεις για τη σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας.⁵⁶

5.4. Πλαίσιο Στελέχωσης Νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η στελέχωση αναφέρεται στο σχέδιο – πλαίσιο: Αριθμός και κατηγορίες που χρειάζονται σε κάθε ωράριο εργασίας για κάθε νοσηλευτική μονάδα. Το πρόγραμμα αντιπροσωπεύει την πραγματοποίηση της στελέχωσης. Δηλαδή το πρόγραμμα είναι η συμπλήρωση του σχεδίου της στελέχωσης με το ανάλογο προσωπικό που θα εργάζεται τις ορισμένες ώρες και ημέρες σε κάθε νοσηλευτική μονάδα.

Τα κύρια στοιχεία της στελέχωσης είναι:

- Πλαίσιο – Υπόδειγμα που δείχνει πόσο προσωπικό και ποιας κατηγορίας πρέπει να υπάρχει στην υπηρεσία σε κάθε μονάδα, για κάθε ωράριο εργασίας, για κάθε ημέρα,
- Πρόγραμμα στελέχωσης, ένα σχήμα μαθηματικά βγαλμένο, που δείχνει τον αριθμό των ατόμων και τις κατηγορίες που πρέπει να υπάρχουν, για να εφαρμόζεται το πλαίσιο – υπόδειγμα.

Οι προϋποθέσεις για να είναι ένα υπόδειγμα στελέχωσης σχετικά μόνιμο είναι:

1. Η νοσηλευτική μονάδα δεν θα συνεχίζει να νοσηλεύει τον ίδιο αριθμό και τύπο αρρώστων για όλη την περίοδο που θα λειτουργεί,

2. Οι ανάγκες των αρρώστων μπορεί να υπολογίζονται κατά μέσο όρο, κατά μονάδα, σε ημερήσια βάση και να μετατραπούν στον απαιτούμενο αριθμό όρων νοσηλείας, σύμφωνα με τον καθορισθέντα αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού,
3. Ο μετατραπείς αριθμός ωρών νοσηλείας θα μένει σχετικά ίδιος από μέρα σε μέρα,
4. Ο αριθμός και σύνθεση προσωπικού θα είναι σταθερά.

Το πρόγραμμα στελέχωσης είναι ο καθορισμός του αριθμού των ατόμων που πρέπει να προσβληθεί, για να παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα όπως προβλέπεται στο υπόδειγμα – πλαίσιο, δηλαδή αριθμός και κατηγορία προσωπικού για κάθε μονάδα, σε κάθε ωράριο ημερήσια. Επικρατούν πολύ τρόποι, και μέθοδοι υπολογισμού αριθμού ατόμων που πρέπει να προσβληθούν στη νοσηλευτική υπηρεσία.

Το πλαίσιο στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να είναι το 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. Η ισορροπία και των δυο αυτών μεταβλητών εξασφαλίζεται με την μελέτη και τον υπολογισμό των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

5.5. Πρόγραμμα νοσηλευτικής υπηρεσίας

Ο σωστός προγραμματισμός εξασφαλίζει την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, τις κατάλληλες συνθήκες για την ασφαλή εργασία του προσωπικού, την ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων και την ικανοποίησή τους από το ωράριο.^{45,55,59} Το πρόγραμμα προσπαθεί να ακολουθήσει το υπόδειγμα στελέχωσης χρησιμοποιώντας τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα, σύμφωνα με τον προγραμματισμό στελέχωσης.

Είναι το τελικό βήμα του συστήματος με το οποίο οι εργαζόμενοι τοποθετούνται σε ορισμένες ημέρες και ώρες εργασίας και έχει ως κύριο στόχο την ισορροπία και τη κατάλληλη κατανομή των εργαζομένων. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να εργάζεται >7 συνεχόμενες ημέρες και περισσότερο από ένα ωράριο την ημέρα, ώστε να διατηρεί τη σωματική και την πνευματική ικανότητα για μία τόσο σκληρή εργασία.^{57,59,60}

Το πρόγραμμα εργασίας είναι δυνατό να καταρτίζεται για συγκεκριμένο αριθμό εβδομάδων και στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κυκλικά, οπότε το προσωπικό να εργάζεται εναλλάξ τα σαββατοκύριακα. Κατά προτεραιότητα και όσο είναι δυνατό, οι εργαζόμενοι πρέπει να εργάζονται όσο γίνεται περισσότερο στα ωράρια που προτιμούν. Σημειώνεται, ότι υπάρχουν πολιτικές που επιτρέπουν κάποιες τροποποιήσεις στο πρόγραμμα. Μια άλλη δυνατότητα αφορά στην εβδομαδιαία κατάρτιση του προγράμματος

με προσωπική συμβολή του προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο χρόνος προγραμματισμού, περιορίζονται οι διαμάχες, αυξάνεται η ικανοποίηση του εργαζόμενου από την εργασία και μειώνονται οι απουσίες.^{45,57,61}

Η σύνταξη του εβδομαδιαίου προγράμματος υπηρεσίας του προσωπικού είναι μια πολύπλοκη υπόθεση. Υπάρχουν πολλοί τρόποι σύνταξης: μόνιμων ωραρίων, - κυκλικών ωραρίων, - εναλλασσομένων με αρκετά προβλήματα όμως, λόγω διάφορων αναγκών του προσωπικού. Γι' αυτό πρέπει να ιεραρχούνε οι ανάγκες και να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες. Ορισμένοι χρησιμοποιούν το κεντρικό πρόγραμμα, που συντάσσεται από ένα άτομο στο γραφείο διεύθυνσης για όλο το προσωπικό, όλων των τμημάτων και μονάδων. Άλλοι χρησιμοποιούν το αποκεντρωτικό πρόγραμμα που γίνεται από τον προϊστάμενο σε κάθε τμήμα ή μονάδα και με τους δυο τρόπους χρησιμοποιείται το σύστημα μόνιμων ωραρίων, το κυκλικό ωράριο ή άλλες τεχνικές μηχανογραφήσεις. Υπάρχουν μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα και στο κεντρικό και στο αποκεντρωτικό σύστημα κατάρτισης του προγράμματος. Ανεξάρτητα από το ποιος συντάσσει το πρόγραμμα και τι τύπος χρησιμοποιείται, οι στόχοι είναι ίδιοι και συνοψίζονται ως εξής:

Από άλλα προβλήματα που προκύπτουν για την σύνταξη του προγράμματος, αναφέρονται τα κυριότερα:

1. Ρύθμιση των εργαζομένων με πλήρη απασχόληση σε σχέση με τους εργαζόμενους με μερική απασχόληση ή με ελαττωμένο ωράριο,
2. Χρησιμοποίηση εκτάκτου προσωπικού,
3. Δημιουργία κανονισμών και όρων για τον έλεγχο των αδειών ασθένειας,
4. Χρησιμοποίηση της κατάστασης των αρρώστων ή της ποσοτικής εργασίας,
5. Νομική και διοικητική περιορισμοί,
6. Πρακτική και συνήθειες ακανόνιστων ωρών εργασίας.

5.5.1. Στόχοι προγράμματος νοσηλευτικής υπηρεσίας

1. Πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας του τμήματος και της μονάδας, ειδικά εκείνων που αναφέρονται στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς.
2. Κάλυψη αναγκών των νοσηλευτικών μονάδων με επαρκή και ικανό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Ορθολογική χρησιμοποίηση του προσωπικού.
4. Ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων.

5. Κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων.
6. Ικανοποίηση του προσωπικού ως προς το ωράριο εργασίας και ως προς την αμεροληψία του προγράμματος.
7. Διατήρηση ελαστικότητας για κάλυψη αναγκών των αρρώστων παρ' όλη την προσπάθεια που θα καταβάλλεται, ώστε οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν το ωράριο εργασίας τους έγκαιρα.
8. Κατανόηση και αξιολόγηση των ειδικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών.⁶²

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις ΗΠΑ η νοσηλευτική στελέχωση αποτελεί την τελευταία 15ετία το επίκεντρο συζητήσεων και αποτέλεσμα αυτών των συζητήσεων ήταν η νομοθέτηση αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών σε 7 πολιτείες, με πρώτη αυτή της Καλιφόρνιας που έχει νομοθετήσει τις αναλογίες από το 1999. Αποτέλεσμα της πρακτικής αυτής ήταν να αυξηθούν οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές κατά 40% από το 1999 έως το 2012.⁴³

Επίσης σε μια μελέτη που αφορούσε την εφαρμογή του νομοσχεδίου στη Καλιφόρνια και τη σύγκρινε με δύο πολιτείες (Νιου Τζέρσεϋ και Πενσυλβανία) που δεν είχαν ανάλογο νομοσχέδιο βρέθηκε ότι υπήρχαν λιγότεροι μετεγχειρητικοί θάνατοι στη Καλιφόρνια. Αν εφάρμοζαν τον νόμο και στις άλλες δυο πολιτείες θα είχε το Νιου Τζέρσεϋ 13,9% και η Πενσυλβανία 10,6% λιγότερους χειρουργικούς θανάτους.⁶³

Σύμφωνα με την αναφορά των χωρών του ΟΟΣΑ (Organization for Economic Cooperation and Development) για το έτος 2011 οι ΗΠΑ έχουν αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμό 10,8/1000 για το έτος 2009 με μια ετήσια αύξηση 0,6% από το 2000. Την ίδια στιγμή ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,4/1000 με αύξηση ετήσια 1,8%. Η αντιστοιχία νοσηλευτών ανά ιατρό στις ΗΠΑ είναι 4,2:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1.⁶⁴

Καναδάς

Η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη Καναδά γίνεται κατά περίπτωση, ενώ δεν υπάρχει κάποια νομοθετική ρύθμιση που καθιστά υποχρεωτική κάποια αναλογία νοσηλευτών:ασθενών ή κάποια μέθοδο στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων. Μια πρόταση που είχε παρουσιαστεί από κοινού από ερευνητές και τον Καναδικό Νοσηλευτικό Σύνδεσμο το 2003 και θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, απλά βασιζόμενοι σε βασικές αρχές λήψης αποφάσεων για στελέχωση, συνοψίζει τα εξής:⁶⁵

- Η λήψη των αποφάσεων για στελέχωση λαμβάνονται έχοντας υπόψη ότι πρέπει να υπάρχει αρκετός αριθμός θέσεων για να παρέχεται ασφαλή, επαρκή και ηθικά αποδεκτή φροντίδα.
- Οι νοσηλευτές διοίκησης, οι υπεύθυνοι προσωπικού, οι προϊστάμενοι και οι υπεύθυνοι βάρδιας είναι αυτοί που ευθύνονται για τη σωστή κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού.

- Να τηρούνται τυχόν υπάρχοντες νομοθετικοί και επαγγελματικοί παράμετροι.
- Η ασφάλεια του ασθενή δεν πρέπει να διακυβεύεται με αντικατάσταση των διπλωματούχων νοσηλευτών με λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό όταν αυτοί θεωρούνται απαραίτητοι.
- Η διαδικασία λήψης αποφάσεων θα πρέπει να σέβεται την μοναδικότητα και τις ικανότητες της κάθε εργασιακής ομάδας.
- Η υπευθυνότητα και οι ευθύνες του κάθε εργαζόμενου να είναι ξεκάθαρες.
- Οι νοσηλευτές να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, που επηρεάζουν τη νοσηλευτική πρακτική, την φροντίδα του ασθενή και το εργασιακό περιβάλλον.
- Η αποφάσεις στελέχωσης να είναι βασισμένες στις ενδείξεις.
- Οι οργανισμοί και οι μέτοχοι, συμπεριλαμβανομένου και των διπλωματούχων νοσηλευτών, είναι υπεύθυνοι για την ύπαρξη των κατάλληλων προϋποθέσεων, που χαρακτηρίζουν ένα σωστό εργασιακό περιβάλλον.
- Οι διπλωματούχοι νοσηλευτές αποτελούν τους ηγέτες που εφαρμόζουν την σωστή πρακτική και επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας παροχής φροντίδας.

Στην αναφορά του OECD για το έτος 2011 ο Καναδάς έχει αντιστοιχία νοσηλευτών ανά πληθυσμό 9,4/1000 για το έτος 2009 με μια μέση ετήσια αύξηση 1,7% από το 2000, κοντά στο μέσο όρο των χωρών του OECD (8,4/1000). Τέλος η αντιστοιχία νοσηλευτών: ιατρών είναι 4,4:1 και ο μέσος όρος του OECD 2,8:1. Ο Καναδάς έχει την δεύτερη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο στην αναλογία ιατρών :νοσηλευτών, μετά την Ιρλανδία που κατέχει την πρώτη.⁶⁴

Αυστραλία

Στην πολιτεία της Βικτώρια στην Αυστραλία ήδη από το 2001 είναι υποχρεωτικό με νομοθετική ρύθμιση η αντιστοιχία νοσηλευτών : ασθενών, υπό τον φόβο της αποχώρησης πολλών νοσηλευτών από την εργασία και ως επακόλουθο την μείωση της ασφάλειας των ασθενών. Παρόμοιο νομοσχέδιο έχουν εφαρμόσει και στη πολιτεία της Νέας Νότιας Ουαλίας από το 2010.

Τα θετικά αποτελέσματα από τις αναλογίες νοσηλευτών:ασθενών που εφαρμόστηκαν στη πολιτεία της Βικτωρία έχουν είδη αποτιμηθεί παρά το ότι είναι ακόμα νωρίς για να βγουν τελικά συμπεράσματα. Οι νοσηλευτές νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και έχει αυξηθεί η ικανότητα για ομαδική εργασία και για σωστή κλινική κρίση.⁴⁹ Οι Simeons et al. αναφέρουν σε δημοσίευσή τους ότι η κυβέρνηση της Βικτώρια

έχει αναφέρει ήδη πως 2650 νοσηλευτές έχουν επανέλθει στη νοσηλευτική πράξη και έχει αυξηθεί κατά 25% η ζήτηση σε νοσηλευτικά προπτυχιακά προγράμματα.⁶⁷

Στην αναφορά του ΟΟΣΑ για το έτος 2011 η Αυστραλία έχει αντιστοιχία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμό 10,2/1000 για το έτος 2009 με μια ετήσια αύξηση 0,2% από το 2000. Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,4/1000 με αύξηση ετήσια 1,8%. Τέλος η αντιστοιχία νοσηλευτών : ιατρών είναι 3,4:1 και ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ 2,8:1.⁶⁴

6.1. Η Νοσηλευτική στελέχωση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Στην Ευρώπη η νοσηλευτική στελέχωση αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα διότι σε όλη την επικράτεια (για τις χώρες μέλη του OECD) παρατηρείται μια αυξομείωση των Νοσηλευτών σε απόλυτους αριθμούς από τις αρχές της δεκαετίας του 90'.⁶⁶

Στην πλειοψηφία όμως των Ευρωπαϊκών χωρών έχουμε αύξηση της αναλογίας νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την τελευταία δεκαετία. Η Πορτογαλία είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη αύξηση της αναλογίας (μέσο ποσοστό 4,7%) και η Πολωνία με την Εσθονία έχει την μικρότερη αύξηση (μέσο ποσοστό 0.4%). Μια μόνο χώρα στη ήπειρο έχει μείωση των νοσηλευτών και αυτή είναι η Σλοβακία (μέσο ποσοστό - 2,3%).⁶⁴

Κάποιες χώρες της Ευρώπης αναφέρουν πως την τελευταία δεκαετία έχουν μεγάλο αριθμό νοσηλευτών, που ενώ αποφοίτησαν δεν άσκησαν ποτέ το επάγγελμα. Η Πολωνία ενδεικτικά, αναφέρει ότι από τους 27000 που αποφοίτησαν την τελευταία δεκαετία μόνο οι 18000 εγγράφηκαν στον σύλλογο που εκδίδει τις άδειες άσκησης του επαγγέλματος, δηλαδή υπήρξε απώλεια 33% σε δυναμικό. Αιτίες για την μη άσκηση του επαγγέλματος έχουν αναφερθεί οι άσχημες εργατικές συνθήκες και οι χαμηλές αποδοχές.⁶⁸

Επίσης γίνεται συνεχής αναφορά για μείωση των επαγγελματιών στον νοσηλευτικό τομέα σε χώρες που έγιναν πρόσφατα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και για αυτό έχει ενοχοποιηθεί κατεξοχήν η εσωτερική μετανάστευση στην ΕΕ προς τα παλαιότερα κράτη μέλη, όπου έχουν αποδεδειγμένα καλύτερες απολαβές και συνθήκες εργασίας.⁶⁹

Οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης δεν έχουν νομοθετήσει την νοσηλευτική στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, παρά μόνο γνωμοδοτούν για την καλύτερη στελέχωση αυτών. Μια από αυτές τις χώρες είναι και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου μέσω του Βασιλικού Κολλεγίου των Νοσηλευτών (Royal College of Nursing) κάνει τις πιο ξεκάθαρες και λεπτομερείς συστάσεις, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής.⁷⁰

Νοσηλευτικές υπηρεσίες	Βασικές αρχές στελέχωσης
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων	<ul style="list-style-type: none"> • Κάθε ασθενής πρέπει να έχει δυνατότητα για φροντίδα από εξειδικευμένο νοσηλευτή. • Οι ασθενείς σε μηχανικό αερισμό πρέπει να έχουν δυνατότητα για ένα προς ένα νοσηλευτική φροντίδα. • Η αναλογία των νοσηλευτών προς ασθενή θα πρέπει να είναι το πολύ 1:2. • Κάθε ΜΕΘ με πάνω από 5 κρεβάτια πρέπει να έχει έναν επιβλέποντα κλινικό νοσηλευτή.
Κοινοτική Νοσηλευτική Φροντίδα Έφηβων και Παιδιών	Η αναλογία του πληθυσμού πρέπει να είναι κατά ελάχιστο 2 ειδικοί κοινοτικοί νοσηλευτές ανά 5000 παιδιά ή έφηβοι.
Παιδιατρικά Τμήματα	Για παιδιά κάτω των 2 ετών να υπάρχει 1 προς 3 αναλογία νοσηλευτών/παιδιών, ενώ για άνω των 2 ετών σε βάρδια ημέρας 1:4 και σε νυχτερινή βάρδια 1:5.
Νεογνικές Παροχές Φροντίδας.	Σε νεογνικές ΜΕΘ αναλογία 1:1, σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) 1:2 και σε τμήματα ειδικής φροντίδας 1:4.
Γεροντολογικές Κλινικές	Στις κλινικές ή οίκους ευγηρίας θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα για νοσηλευτική φροντίδα από διπλωματούχο νοσηλευτή όλο το 24ωρο σε αναλογία 1:5 στη πρωινή βάρδια, 1:6 την απογευματινή και 1:10 τη νυχτερινή.
Ψυχιατρικές Κλινικές	Οι ανάγκες των νοσοκομείων με Ψυχιατρικές Κλινικές είναι ανάλογες με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου και τον αριθμό των επίφοβων ασθενών για αυτοτραυματισμό που εισάγονται ετησίως. Σε τμήμα με βαρεία ψυχιατρικά περιστατικά συνίσταται τουλάχιστον 1 νοσηλευτής για 15 ασθενείς κατά τη διάρκεια της ημέρας και 2 νοσηλευτές κατά τη νυχτερινή βάρδια.

Πίνακας 2: Συστάσεις νοσηλευτικής στελέχωσης Βασιλικού Κολλεγίου των Νοσηλευτών (Royal College of Nursing)

Πηγή : Royal College of Nursing (2012). Mandatory Nurse Staffing Levels, Policy briefing, March 2012, London, UK.⁷⁰

6.2. Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα

Ο υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται ως τομέας έντασης εργασίας, δεδομένου ότι η παραγωγική διαδικασία σε αυτόν απαιτεί υψηλή απασχόληση έμπειρου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Η υλοποίηση της πολιτικής υγείας και η απόδοση των υγειονομικών συστημάτων εξαρτάται σε πρωταρχικό βαθμό από τις γνώσεις, τις ικανότητες και το βαθμό υποκίνησης των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την παροχή των υπηρεσιών υγείας.⁷¹ Κάτω από αυτή την οπτική, το μέγεθος, η σύνθεση και η ποιότητα του

ανθρώπινου δυναμικού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και οικονομικών υγειονομικών πόρων.

Εχοντας υπόψη τα παραπάνω, η ερμηνεία της ιδιαίτερης σημασίας που αποδίδεται στο ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό θα μπορούσε να συνοψιστεί σε τέσσερις διαστάσεις.⁷² Πρώτων, οι άνθρωποι πόροι στον υγειονομικό τομέα αποτελούν σημαντικό παράγοντα της παραγωγής, της διαχείρισης και της διανομής των υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, η απόδοση και η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και των μονάδων εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και το μίγμα των ειδικοτήτων των εργαζομένων και βασίζεται στην ορθολογική διαχείριση της γνώσης. Οι άνθρωποι πόροι είναι αυτοί που καθιστούν δυνατή οποιαδήποτε προληπτική και θεραπευτική παρέμβαση προσδιορίζοντας τον χρόνο, τον τόπο και τον τρόπο της παρέμβασης. Τρίτον, ο υγειονομικός τομέας αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες και το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά πάνω από το μισό του συνολικού προϋπολογισμού που προορίζεται για την υγεία. Τέταρτον, το οικονομικό και το ανθρώπινο εναλλακτικό κόστος στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλό σε περίπτωση κακής διαχείρισης του ανθρώπινου κεφαλαίου.⁷²

Οι χώρες μεταξύ τους παρουσιάζουν σημαντικές ανισοροπίες στο ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον υγειονομικό τομέα. Οι ανισοροπίες αυτές οφείλονται μεταξύ άλλων στις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας, την μακροοικονομική κατάσταση, την πολιτική ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων και τις μεταναστευτικές τάσεις και λαμβάνουν τρεις μορφές.⁷³ Α) αριθμητική ανισόροπα μεταξύ της υφιστάμενης κατάστασης των διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας και των πραγματικών αναγκών σε αριθμό και ειδικότητες Β) ποιοτική ανισοροπία μεταξύ υφιστάμενου τύπου και επιπέδου εκπαίδευσης και αυτού που είναι πραγματικά αναγκαίος και Γ) ανισοροπία ως προς την κατανομή μεταξύ γεωγραφικών περιφερειών, υπηρεσιών και μονάδων, ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.⁷³ Στο πλαίσιο αυτό, ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα καθίσταται σημαντικός άξονας της πολιτικής υγείας και της αγοράς εργασίας των κρατών, με κύρια επιδίωξη περιορισμό των ανισοροπιών μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης,⁷⁴ ιδιαίτερα μάλιστα στις περιπτώσεις που λαμβάνει χώρα ια μεταρρυθμιστική προσπάθεια.⁷⁵

6.2.1. Διαχρονική εξέλιξη του υγειονομικού δυναμικού στην Ελλάδα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών του 20^{ου} αιώνα η Ελλάδα παρουσίασε υπερδιπλασιασμό του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται τις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό ανήλθε από το 1,5% του συνόλου της απασχόλησης στις αρχές του '70 σε 3,8% στις αρχές τις δεκαετίας του 2000. Από το ποσοστό αυτό, το 29% είναι ιατροί και το 30% νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπροσθέτως, το 72% των ιατρών με ειδικότητα και το 89% του νοσηλευτικού δυναμικού απασχολούνται αποκλειστικά ή μερικά με κάποιας μορφή σύμβαση στο δημόσιο τομέα και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.⁷⁶

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη (1980-2006) του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα σε απόλυτα νούμερα. Παρατηρούμε ότι ο αριθμός και των 2 κατηγοριών κατά την εξεταζόμενη περίοδο αυξήθηκε. Μεταξύ του 1980 και 2000, η αύξηση ήταν μεγαλύτερη στο νοσηλευτικό προσωπικό (119%) και ακολούθησε το ιατρικό προσωπικό (101,3%). Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί η σημαντική αύξηση του ιατρικού προσωπικού μετά το 2000. Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα κατά την εξαετία 2000-2006 η αύξηση ήταν 26,1%.

Αντίστοιχες τάσεις εμφανίζονται και σε σχέση με τους απασχολούμενους στα νοσοκομεία της χώρας. Από το πίνακα φαίνεται ότι οι νοσοκομειακοί ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων αυξήθηκαν ιδιαίτερα κατά την πρώτη δεκαετία θεσμοθέτησης του ΕΣΥ.⁷⁷

Διαχρονική εξέλιξη των απασχολούμενων στα νοσοκομεία της Ελλάδας 1980-2007

Προσωπικό	1980	1985	1990	1995	%μεταβολή 1995-2000	2000	%μεταβολή 2000-7	2007
Ιατρικό	11,871	14,256	18,287	19,513	20,	23,486	8,6	25,495
Νοσηλευτικό	18,654	24,467	34,582	38,185	10,3	42,129	13,6	47,839

Πίνακας 3: Διαχρονική εξέλιξη των απασχολούμενων στα νοσοκομεία της Ελλάδας 1980-2007

Πηγή: ΕΣΥΕ, στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγείας⁷⁷

6.2.2. Η Νοσηλευτική στελέχωση σε Ελληνικό επίπεδο

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί διεθνώς έναν από τους βασικούς τομείς της οικονομίας και έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες. Στις χώρες του ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Ένωση ο τομέας της υγείας την δεκαετία το 1990 απορροφούσε το 5% και 4,6

% του εργατικού δυναμικού, αντίστοιχα, εν αντιθέσει με το ελληνικό σύστημα υγείας όπου απασχολούσε το μικρότερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών μελών και ανερχόταν στο 3,5% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εν τούτοις, παρατηρείται μια σταθερή αυξητική τάση του υγειονομικού προσωπικού στη χώρα σε σχέση με το σύνολο του εργατικού δυναμικού, η οποία μεταφράζεται σε ποσοστό 4% για το έτος 2004 συγκριτικά με 2.6% στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και συνολική αύξηση του αριθμού των εργαζομένων κατά 101% από το αντίστοιχο μέγεθος του 1980 και 28% από το 1990.⁴⁶

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 2007 εμφανίζει μεγαλύτερη απόκλιση από ότι στην δεκαετία του 1990 και το μέσο όρο των χωρών μελών του οργανισμού, καθώς η απασχόληση στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας αντιστοιχούσε στο 9,8% της συνολικής απασχόλησης στις χώρες του ΟΟΣΑ ενώ στην Ελλάδα άγγιζε μόλις το 5,3% του εργατικού δυναμικού, και συγκεκριμένα 240.854 εργαζόμενους.⁷⁸

Η παρατήρηση των παραπάνω δεδομένων υποδηλώνει προφανή υποστελέχωση του υγειονομικού συστήματος αλλά η αναλυτικότερη προσέγγιση των δεδομένων εμφανίζει ότι η υποστελέχωση παρατηρείται σε συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας.⁷⁸

Μία από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, όπως προκύπτει από τη δημογραφική τους εξέλιξη, με συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις.

Από το 1990 έως το 2009 ο ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται μεσοσταθμικά σταθερός εν αντιθέσει του αντίστοιχου ρυθμού των ιατρών ο οποίος βαίνει σταθερά αυξανόμενος. Κατ' επέκταση είναι λογικό ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό να υπολογίζεται εμφανώς δυσανάλογος, καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Αναλυτικότερα, ο λόγος νοσηλευτές ανά ιατρό υπολογίζεται στους 0,61 όταν ο μέσος όρος στις χώρες μελή του οργανισμού είναι 4,6 φορές μεγαλύτερος (2,83 νοσηλευτές/ιατρό).⁷⁸

Υπό το πρίσμα των παραπάνω δεδομένων εμφανίζεται ότι το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά των ιατρών. Παρόλα αυτά, η εξαγωγή συμπερασμάτων τόσο από την συγκριτική δημογραφική εξέλιξη των ιατρών και νοσηλευτών όσο και του λόγου νοσηλευτών ανά ιατρό δεν αποτελεί αξιόπιστη απόδειξη της υποστελέχωσης του συστήματος από τους εν λόγω επαγγελματίες υγείας.

Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35420 ατόμων εκ των οποίων 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης

(ΠΕ), το 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΥ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. ενώ από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Ταυτόχρονα, η εκτίμηση του δείκτη νοσηλευτές ανά κλίνη κατατάσσει την χώρα σε μια από τις τελευταίες θέσεις στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ καθώς ο δείκτης παίρνει τιμή 0,67 όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στον ΟΟΣΑ ανέρχεται στους 2,03 νοσηλευτές/κλίνη.⁷⁸

Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με το δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός κλινών της χώρας ανά 1000 κατοίκους βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ υποδηλώνει ότι σε σημαντικό βαθμό τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρα αντιμετωπίζουν θέματα υποστελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού.⁷⁸

Μια από τις επιπλέον προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει το εργατικό δυναμικό στην υγεία είναι εκτός των προβλημάτων υπερστελέχωσης ή υποστελέχωσης είναι και η κατανομή των διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας στη περιφέρεια της υπό εξέταση χώρας.⁷⁹

Από την παραπάνω ανάλυση αποδεικνύεται ότι ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει σημαντική έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό. Παρά ταύτα, το πρόβλημα οξύνεται περισσότερο όταν ο είδη μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ανισοκατανέμεται μεταξύ των περιοχών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, δημιουργώντας έτσι περιοχές υπερβάλλουσας ζήτησης για νοσηλευτικές υπηρεσίες και λειτουργικά προβλήματα στα κατά τόπους ιδρύματα.⁷⁹

Βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα φαίνεται να κατανέμεται δυσανάλογα μεταξύ των νομών της χώρας, γεγονός το οποίο υποδηλώνει έλλειψη σχεδιασμού και ανυπαρξία κριτηρίων κατανομής. Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί ότι αντίθετα με τους ιατρούς όπου σύμφωνα συγκεντρώνονται σε περιοχές υψηλού βιοτικού επιπέδου και στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα, οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να ακολουθούν το νόμο αυτό καθώς η υψηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών εμφανίζεται στο νομό Ιωαννίνων, Άρτας, Έβρου και Κιλκίς και όχι στα αστικά κέντρα της χώρας. Παρά ταύτα, περιοχές όπως Κυκλάδες και Εύβοια εμφανίζουν τη χαμηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών αριθμώντας λιγότερους από 2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Όσο αφορά την κατανομή των νοσηλευτών ανά νομό βάσει της προσφοράς κλινών η ανισοκατανομή είναι επίσης εμφανής υποδηλώνοντας υποστελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε αρκετές των περιπτώσεων. Η συγκέντρωση των νοσηλευτών σε αυτή την περίπτωση

εμφανίζεται διαφορετική σε αρκετούς νομούς από ότι αυτή βάσει του δείκτη νοσηλευτές/1000 κάτοικοι, γεγονός το οποίο αναδεικνύει την ανισοκατανομή και των κλινών.⁷⁹

6.2.3. Η κατάσταση στην Ελλάδα σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ

6.2.3.1. Ιατρικό Προσωπικό

Συγκρίνοντας την Ελλάδα με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ εξάγεται ένα βασικό συμπέρασμα: το ελληνικό σύστημα υγείας είναι έντονα ιατροκεντρικό. Η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη αναλογία ιατρών (5,35 ανά 1000 κατοίκους) με δεύτερο το Βέλγιο (4,02) και Τρίτη την Ελβετία (3,85). Η αιτία για αυτό βρίσκεται στον υπερπληθυσμό των ιατρών ειδικοτήτων, ενώ η αναλογία η αναλογία των ιατρών γενικής ιατρικής είναι από τις χαμηλότερες στον ΟΟΣΑ. Έτσι η Ελλάδα έχει τη δεύτερη χαμηλότερη αναλογία γενικών ιατρών(0,31 ανά 100 κατοίκους), μετά τη Πολωνία(0,15). Αντίθετα η αναλογία των ιατρών ειδικοτήτων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη στον ΟΟΣΑ (3,39 ανά 1000 κατοίκους).⁸⁰

Ειδικότερα σε επίπεδο επαγγελματικών ειδικοτήτων η Ελλάδα καταγράφει την υψηλότερη αναλογία γυναικολόγων και οδοντιάτρων, ήτοι 46/100.000 γυναικών και 127/100.000 πληθυσμού αντίστοιχα. Συνεπώς από τα ελληνικά νοσοκομεία απουσιάζουν ειδικότητες που είναι ιδιαίτερα χρήσιμες όπως οι ογκολόγοι και επειγοντολόγοι.

Από τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ φαίνεται ότι το 2011, το 10% περίπου των ιατρών ήταν ηλικίας μεταξύ 60-64. Στο σύνολο των 700.000 ιατρών, η αναλογία μας δίνει 7.000, σε καθεστώς συνταξιοδότησης μέχρι το 2015. Από την αναλογία των νοσοκομειακών ιατρών στο σύνολο, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι μέχρι το τέλος του 2015 αναμένουμε περίπου 2.700 συνταξιοδοτήσεις.

6.2.3.2. Νοσηλευτικό προσωπικό

Ένα κρίσιμο συμπέρασμα που προκύπτει είναι η σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα. Η εκτίμηση του δείκτη νοσηλευτή ανα κλίνη στην Ελλάδα κατατάσσεται σε μια από τις τελευταίες θέσεις στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, καθώς με τιμή 0,67 κατέχει την Τρίτη από το τέλος θέση μετά την Τουρκία (1,3) και το Μεξικό (2,27) όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στον ΟΟΣΑ ανέρχεται στους 2,03 νοσηλευτές/ κλίνη. Το

γεγονός αυτό σε συνάρτηση με το δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός κλινών της χώρας ανά 1000 κατοίκους βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο του ΟΟΣΑ, υποδηλώνει ότι σε σημαντικό βαθμό τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας αντιμετωπίζουν θέματα υποστελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού.⁸⁰

Τα εθνικά συστήματα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, αντιμετωπίζουν αυξανόμενες προκλήσεις όπως αυτές απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Η Κύπρος, παρ' όλα τα πολιτικά και κοινωνικό-οικονομικά της προβλήματα βαδίζει σταθερά, με την υπόλοιπη Ευρώπη, έχοντας να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις όσον αφορά στην ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και της παροχής φροντίδας υγείας. Κατά παραδοχή του Υπουργείου Υγείας: Υπάρχουν αδυναμίες στο υφιστάμενο σύστημα που απορρέουν από την ελλιπή στελέχωση, την οργανωτική δομή του Υπουργείου Υγείας, την άνιση κατανομή των δαπανών και την ισόρροπη κατανομή πόρων.⁸¹

Το ευρύ φάσμα αναγκών στην παροχή φροντίδας υγείας και η παγκόσμια οικονομική κρίση περιορίζουν τη δυνατότητα των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Στην Κύπρο, όπως εξάλλου και στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και παγκοσμίως, διαπιστώνεται έλλειψη νοσηλευτών στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Σύμφωνα με επίσημα στατιστικά στοιχεία, οι νοσηλευτές της Κύπρου στο Δημόσιο τομέα είναι 2443 στη γενική νοσηλευτική, 394 στη ψυχική υγεία και 99 επισκέπτριες υγείας. Η προσέλευση στη νοσηλευτική εκπαίδευση δεν φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα.⁸²

Χωρίς αμφιβολία το Νοσηλευτικό Προσωπικό λοιπόν στην Κύπρο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Ο έγκαιρος και συστηματικός προσδιορισμός των ποσοτικών και ποιοτικών αναγκών σε Νοσηλευτικό Προσωπικό κρίνεται επιβεβλημένος λόγω της προβλεπόμενης εντονότερης ζήτησης υπηρεσιών υγείας τόσο από την εγχώρια αγορά όσο και από το εξωτερικό. Εκτιμάται ότι η ζήτηση αυτή θα προκύψει κατά κύριο λόγο από την προβλεπόμενη γήρανση του πληθυσμού της Κύπρου και την περαιτέρω αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής.

Για τη Κύπρο οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι υπήρξε σοβαρή προσπάθεια και συστηματική μελέτη σε σχέση με τις προβλέψεις αναγκών σε νοσηλευτές από τη Διεύθυνση Έρευνας και προγραμματισμού της Αρχής Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας ετοιμάστηκε τεκμηριωμένη έκθεση με τις προβλέψεις Αναγκών Απασχόλησης για τη δεκαετία 2005-2015. Η μελέτη αυτή προσδοκούσε να συμβάλει καθοριστικά στη λήψη ορθολογιστικών αποφάσεων πολιτικής και στην τροχοδρόμηση κατάλληλων ενεργειών από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς με

σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών της Κύπρου σε Νοσηλευτικό Προσωπικό.⁸³

Αποτελέσματα Πρόβλεψης Αναγκών Απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού 2005-2015: Το Νοσηλευτικό Προσωπικό κατά την περίοδο 2005-2015 προβλέφθηκε ότι θα παρουσιάσει σημαντική άνοδο. Ειδικότερα, το 2005 ο αριθμός του θα φτάσει στα 3.453 άτομα ενώ το 2015 θα ανέλθει στα 4.602 άτομα σημειώνοντας αύξηση 33,3%. Άνοδος εκτιμήθηκε ότι θα παρατηρηθεί και στο μερίδιο του Νοσηλευτικού Προσωπικού στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας. Το 2005 το 24,8% των απασχολούμενων του συγκεκριμένου τομέα θα αποτελείται από Νοσηλευτές ενώ το 2015 το μερίδιο τους υπολογίζεται να φτάσει στο 26,8%.

Οι μέσες ετήσιες συνολικές ανάγκες απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού την περίοδο 2005-2015 προβλέφθηκε ότι θα ανέρχονται στα 224 άτομα. Σημειώνεται ότι οι ανάγκες αυτές κυμαίνονται 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%.

Αποτελέσματα Πρόβλεψης Αναγκών Απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού Στο Δημόσιο Τομέα: Η απασχόληση Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο τομέα την περίοδο 2005-2015 προβλέφθηκε ότι 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 θα 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 υπολογίστηκαν στα 175 άτομα, σημειώνεται ότι οι ανάγκες αυτές είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες της περιόδου 2000-2005. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός των συνολικών αναγκών απασχόλησης Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Δημόσιο τομέα την περίοδο 2005-2015 θα φτάσει στο 6,0%. Επισημαίνεται η διαχρονικά αυξητική τάση του μέσα στην περίοδο 2000-2015.

7.1. Δείκτες επιπέδου υγείας-ιστορική εξέλιξη

Σε μια σειρά από πίνακες παρουσιάζονται δεδομένα που αφορούν τους διαθέσιμους πόρους στον τομέα της υγείας και δείχνουν τη μεγάλη ανάπτυξη του τομέα μακροπρόθεσμα.

7.1.1. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 1960-2006, Αναλογίες Πληθυσμού.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας χρησιμοποιεί διάφορους δείκτες για αξιολόγηση του επιπέδου υγείας στις χώρες μέλη. Οι βασικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι η μέση προσδοκώμενη διάρκεια ζωής, η μέση προσδοκώμενη διάρκεια υγιούς ζωής και το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας καθώς και συγκρίσεις του αριθμού γιατρών, οδοντογιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και κρεβατιών προς 10.000 κατοίκους. Η ιστορική εξέλιξη των αναλογιών πληθυσμού φαίνεται στον Πίνακα 4.

Με βάση τους αριθμούς γιατρών, οδοντογιατρών, νοσοκομειακών κλινών κλπ. η Κύπρος έχει φτάσει σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο προσφοράς όπως δείχνουν οι αναλογίες πληθυσμού προς κάθε μια από τις ομάδες προσωπικού και κλινών (Πίνακας 4). Οι αναλογίες αυτές έχουν βελτιωθεί σημαντικά μέσα στο χρόνο και συγκρίνονται με παρόμοιες αναλογίες των χωρών μελών της ΕΕ. Ιδιαίτερα καλή αναλογία είναι αυτοί του πληθυσμού προς γιατρούς που το 2006 αναλογούσαν περίπου 400 άτομα για κάθε δραστηριοποιημένο γιατρό. Η σταδιακή αφαίρεση νοσοκομειακής δυναμικότητας επιδείνωσε την αναλογία πληθυσμού προς νοσοκομειακή κλίνη που έφθασε 269 άτομα ανά κλίνη το 2006 σε σχέση με 148 άτομα το 1980 και 220 το 2000.⁸⁴

<i>Αναλογίες πληθυσμού</i>	<i>1960</i>	<i>1980</i>	<i>2000</i>	<i>2006</i>
<i>Γιατρό</i>	1,440	908	385	395
<i>Οδοντογιατρό</i>	3,937	2,795	1,121	1.078
<i>Νοσηλευτικό προσωπικό</i>	755	298	237	229
<i>Νοσοκομειακή κλίνη</i>	217	148	220	269

Πίνακας 4: Αναλογίες πληθυσμού προς γιατρό, οδοντογιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό και νοσοκομειακή κλίνη 1960-2006

Σημείωση: οι αναλογίες αναφέρονται σε αριθμό προσώπων προς κάθε ένα γιατρό οδοντογιατρό κλπ.

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής

7.1.2. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2005-2011, Αναλογίες Πληθυσμού

Η Κύπρος σύμφωνα με έκθεση της Στατιστικής Υπηρεσίας το 2013, φαίνεται να συνεχίζει το ικανοποιητικό επίπεδο προσφοράς στο τομέα της υγείας όπως δείχνουν οι αναλογίες ατόμων που καταγράφηκαν προς κάθε μια από τις ομάδες προσωπικού και κλινών (Πίνακας 5). Η πιο πρόσφατη καταγραφή ήταν το έτος 2013 και αφορούσε τη περίοδο 2005-2011. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο πίνακα που ακολουθεί.⁸⁴

<i>Άτομο ανά:</i>	<i>2005</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
<i>Ιατρό</i>	374	354	344	335
<i>Οδοντίατρο</i>	1,014	1,066	1,072	1,084
<i>Νοσηλεύτη</i>	234	219	216	209
<i>Νοσοκομειακή κλίνη</i>	259	266	280	284

Πίνακας 5: Αναλογίες ατόμων προς γιατρό, οδοντίατρο, νοσηλεύτη και νοσοκομειακή κλίνη 2005-2011

Πηγή: Η Κύπρος σε αριθμούς 2013, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου

7.1.3. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 1960-2006, Αριθμός Προσωπικού

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν το ιατρικό, οδοντιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυξήθηκαν μακροχρόνια οι γιατροί, οδοντογιατροί, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό καταλήγοντας σε μεγάλη βελτίωση των αναλογιών πληθυσμού προς το προσωπικό.

Ενώ ο κύριος όγκος των γιατρών και οδοντογιατρών είναι συγκεντρωμένοι στον ιδιωτικό τομέα δεν συμβαίνει το ίδιο με το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι κυρίως συγκεντρωμένο στο δημόσιο τομέα.

Ενώ οι δυο υποτομείς συγκεντρώνουν την ίδια δυναμικότητα σε κρεβάτια (1430) ο ιδιωτικός τομέας εργοδοτεί νοσηλευτικό προσωπικό που αριθμεί 670 σε σχέση με 2,690 στο δημόσιο τομέα. Ο κύριος λόγος είναι ότι ο δημόσιος τομέας προσφέρει πολύ καλύτερους όρους εργοδότησης από τον ιδιωτικό. Οι αριθμοί αυτοί δημιουργούν ερωτηματικά για τη δυνατότητα του ιδιωτικού τομέα να λειτουργήσει ικανοποιητικά τις κλινικές με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας για τις αναλογίες κλινών νοσηλευτικού

προσωπικού. Σήμερα τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια βασίζονται κυρίως σε ξένο νοσηλευτικό προσωπικό με ερωτηματικά για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Για να μπορέσουν να ανταποκριθούν θα απαιτηθεί η εκπαίδευση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών ή θα πρέπει η κυβέρνηση να επιτρέψει την πρόσληψη πολύ περισσότερων ξένων νοσηλευτών/ νοσηλευτριών. Με βάση τη νομοθεσία για τη λειτουργία των νοσηλευτηρίων το πρόβλημα αυτό θα πρέπει να επιλυθεί πριν την εφαρμογή του Νόμου για το εθνικό σχέδιο υγείας. Η αύξηση του εργατικού δυναμικού στο τομέα υγείας επιβεβαιώνεται και από τα δεδομένα της συνολικής απασχόλησης στις υπηρεσίες υγείας.⁸⁴

Προσωπικό /τομέας	1960	1980	2000	2006
Γιατροί	391	560	1,800	1.950
Δημόσιος	87	234	512	645
Ιδιωτικός	304	326	1.288	1.305
Οδοντογιατροί	143	161	619	715
Δημόσιος	9	36	33	41
Ιδιωτικός	134	125	586	674
Νοσηλευτικό προσωπικό	746	1,707	2.933	3.361
Δημόσιος	486	1,427	2,200	2.691
Ιδιωτικός	260	280	733	670
Παραϊατρικό προσωπικό	151	324	556	873

Πίνακας 6 : Αριθμός γιατρών, οδοντογιατρών, φαρμακοποιών και νοσηλευτικού προσωπικού 1960-2006

Σημείωση: Τα δεδομένα για το παραϊατρικό προσωπικό υπάρχουν μόνο για το δημόσιο τομέα

Πηγή: Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής Η επικερδής συνολική απασχόληση στον τομέα (περιλαμβάνει όλα τα είδη προσωπικού όπως γιατρούς, οδοντογιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, βοηθητικό, διοικητικό προσωπικό κλπ.) σημείωσε σημαντική επέκταση τα τελευταία χρόνια.

7.1.4. Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2005-2011, Αριθμός προσωπικού

Σύμφωνα με την Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων», η οποία δημοσιεύεται κάθε χρόνο από το 1980, με σκοπό να δώσει βασικές πληροφορίες αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από το δημόσιο και μια συνοπτική εικόνα του γενικού επιπέδου υγείας και νοσηρότητας τη Κύπρο, παρουσιάζονται όλα τα

στοιχεία για τα έτη 1995-1999 που αφορούν το ιατρικό, οδοντιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.⁸⁴

Τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν για το Νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ότι: Κατά το 2011, 3.256 νοσοκόμοι/ες διαφόρων βαθμίδων απασχολούνται στο δημόσιο τομέα και 933 στον ιδιωτικό τομέα, σε σύγκριση με 3.117 και 813 αντίστοιχα το 2010. Ο αριθμός ατόμων ανά νοσοκόμο ήταν 209 το 2011, 216 το 2010 και 219 το 2009 (Πίνακας 5)

Τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν στο Ιατρικό προσωπικό ήταν ότι: Κατά το 2011, 889 ιατροί απασχολούνται στο δημόσιο τομέα και 2.447 στον ιδιωτικό τομέα σε σύγκριση με 840 και 2.357 αντίστοιχα το 2010. Ο αριθμός ατόμων ανα ιατρό ήταν 1419 το 2011, 1416 το 2010 και 1420 το 2009 (Πίνακας 5).

Έτος/Τομέας	Ιατροί	Οδοντίατροι	Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	Επισκέπτες Υγείας	Παραϊατρικό
2005					
Σύνολο	1.976	728	3.241	87	812
Δημόσιος	599	40	2.473	87	812
Ιδιωτικός	1.377	688	768	-	-
2006					
Σύνολο	1.950	715	3.304	90	873
Δημόσιος	645	41	2.601	90	873
Ιδιωτικός	1.305	674	703	-	-
2007					
Σύνολο	2.143	723	3.517	95	959
Δημόσιος	688	43	2.775	95	959
Ιδιωτικός	1.455	680	742	-	-
2008					
Σύνολο	2.218	743	3.520	95	1.019
Δημόσιος	726	43	2.784	95	1.019
Ιδιωτικός	1.492	700	736	-	-
2009					
Σύνολο	2.296	757	3.708	98	1.032
Δημόσιος	758	40	2.920	98	1.032
Ιδιωτικός	1.538	717	788	-	-
2010					
Σύνολο	2.425	772	3.855	102	1.031
Δημόσιος	800	40	3.042	102	1.031
Ιδιωτικός	1.625	732	813	-	-
2011					
Σύνολο	2.553	783	4.085	104	1.091
Δημόσιος	848	41	3.152	104	1.091
Ιδιωτικός	1.705	742	933	-	-

Πίνακας 7 : Ιατρικό, Νοσηλευτικό Και Παραϊατρικό Προσωπικό Δημόσιου Και Ιδιωτικού Τομέα 2005-2011

7.2. Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Κύπρου

Αποστολή της Διεύθυνσης των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας. Για αυτό, είναι απαραίτητη η δημιουργική συνεργασία και η συμμετοχή των Νοσηλευτών στο πολυσύνθετο και δύσκολο ανθρωπιστικό έργο που επιτελείται από την πολυθεματική Ομάδα Υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με άρτιο προγραμματισμό και συντονισμό όλων των ειδικοτήτων του προσωπικού στο τομέα της Δημόσιας Υγείας, των οποίων η εργασία αλληλεξαρτάται σε μεγάλο βαθμό.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών για να διασφαλίσει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας προωθεί τις πιο κάτω δραστηριότητες:

- Καθορισμός και εφαρμογή της Νοσηλευτικής Πολιτικής
- Προγραμματισμός σε σχέση με τις ανάγκες του Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Έλεγχος Ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών
- Βελτίωση των συνθηκών εργασίας
- Μελέτη των διεθνών εξελίξεων στο τομέα της Νοσηλευτικής έρευνας και υγείας
- Συλλογή και τήρηση των αναγκαίων στοιχείων σε σχέση με την στελέχωση των Νοσοκομείων και Αγροτικών Κέντρων Υγείας
- Επαρκής στελέχωση και ορθολογιστική κατανομή Νοσηλευτικού Προσωπικού
- Διοργάνωση και συντονισμό προγραμμάτων συνεχούς επιμόρφωσης και εξειδικευμένων προγραμμάτων
- Ανάπτυξη και αναθεώρηση του συστήματος εξετάσεων σε σχέση με την εξασφάλιση ή διατήρηση της άδειας εξάσκησης του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος
- Συνεργασία με τα Κρατικά και με τα Ιδιωτικά Πανεπιστήμια στον Τομέα της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης τόσο σε Προπτυχιακό και όσο και σε Μεταπτυχιακό επίπεδο για τις ανάγκες του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα⁸⁵

7.3. Διαδικασία Εργοδότησης στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου

- Στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας ανακοινώνονται οι προκηρύξεις για μόνιμη και έκτακτη απασχόληση.
- Η αίτηση για μόνιμη απασχόληση υπάρχει στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας και πρέπει μαζί με την αίτηση να υποβάλλονται όλα τα σχετικά πιστοποιητικά

(απολυτήριο/ πτυχίο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, πιστοποιητικό γεννήσεως, βεβαιώσεις γνώσεων γλώσσας, βεβαιώσεις από εργοδότες κ.λ.π.)

- Η αίτηση για έκτακτη απασχόληση υπάρχει στην ιστοσελίδα του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού του Υπουργείου Οικονομικών. Μαζί με την αίτηση να υποβάλλονται όλα τα σχετικά πιστοποιητικά (απολυτήριο/πτυχίο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, πιστοποιητικό γεννήσεως, βεβαιώσεις γνώσεων γλώσσας, βεβαιώσεις από εργοδότες κ.λ.π.)⁸⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Η διοίκηση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ένα οργανωτικό σύστημα μέσο αυτού το νοσηλευτικό προσωπικό ενός νοσηλευτικού ιδρύματος ή μιας υγειονομικής υπηρεσίας, είναι υπεύθυνοι και ικανοί για την παροχή, όσο το δυνατό, καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας.

Ενώ τις περισσότερες φορές η διοίκηση στο σύνολο της εμφανίζεται σαν απρόσωπη υπηρεσία, η νοσηλευτική διοίκηση τουναντίον είναι κατά βάση προσωπική, και αυτό είναι και το σημείο που διακρίνεται η μοναδικότητα της. Γιατί το κύριο αντικείμενο της είναι αφενός ο ασθενής, ο άνθρωπος με προβλήματα υγείας δηλαδή, αλλά και αφετέρου, η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων με το κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό που θα παρέχει τις διάφορες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς αυτούς.

Στην νοσηλευτική ο όρος "διοίκηση" έχει σχέση με την εκτέλεση των λειτουργιών του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της στελέχωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου (αξιολόγησης) των δραστηριοτήτων μιας νοσηλευτικής υπηρεσίας και των τομέων της. Ένας διοικητικός νοσηλευτής επιτελεί αυτές τις διοικητικές λειτουργίες προκειμένου να προσφέρει έμμεσα φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Οι μάνατζερ νοσηλευτές ή οι διευθυντές εργάζονται σε όλα τα επίπεδα για την υλοποίηση των εννοιών, των αρχών και των θεωριών της νοσηλευτικής διοίκησης. Ασκούν διοίκηση στο περιβάλλον του οργανισμού για να εξασφαλίσουν καλό κλίμα για την παροχή της φροντίδας υγείας από μέρος των κλινικών νοσηλευτών.

Οι γνώσεις που αφορούν τη διοίκηση έχουν γενική εφαρμογή, όπως συμβαίνει και με τις γνώσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Η νοσηλευτική διοίκηση χρησιμοποιεί μια συστηματική δέσμη γνώσεων που περιλαμβάνει έννοιες, αρχές, και θεωρίες που εφαρμόζονται σε όλες τις καταστάσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Ένας μάνατζερ νοσηλευτής ο οποίος έχει εφαρμόσει με επιτυχία αυτές τις γνώσεις σε κάποια κατάσταση μπορεί να περιμένει κάποιος ότι θα το κάνει και σε άλλες καταστάσεις. Η νοσηλευτική διοίκηση εφαρμόζεται σε μια μονάδα και σε εκτελεστικά επίπεδα. Στο εκτελεστικό επίπεδο συχνά αναφέρεται με τον όρο administration. Οι θεωρίες, οι αρχές και οι έννοιες παραμένουν οι ίδιες. Μπορούν όλες να ταξινομηθούν με βάση τις κυριότερες λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης ή της νοσηλευτικής οργάνωσης.

Με την αποκέντρωση και τη συμμετοχική διοίκηση, η εποπτεία ή το μεσαίο επίπεδο διοίκησης καταργείται με γρήγορο ρυθμό. Οι μάνατζερ νοσηλευτές των κλινικών

μονάδων εκπαιδεύονται στη θεωρία και τις δεξιότητες της διοίκησης σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Οι κλινικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στις δεξιότητες της διοίκησης, που τους δίνουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τη διοίκηση σε ομάδες εργαζομένων καθώς και σε ασθενείς και οικογένειες. Οι μάνατζερ κλινικοί νοσηλευτές δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο συντονισμό των καθηκόντων μεταξύ των μονάδων, των τομέων και των υπηρεσιών.

8.1.Εισαγωγή στην θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης

Η σύγχρονη θεωρία της διοίκησης βασίζεται ως αποτέλεσμα στις εργασίες του Henri Fayol, ο οποίος αναφέρει ως δραστηριότητες του διοικητή τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τον έλεγχο. Σύμφωνα με τον Fayol «Διοικώ σημαίνει προβλέπω και σχεδιάζω, οργανώνω, διευθύνω, συντονίζω και ελέγχω. Προβλέπω και παρέχω σημαίνει εξετάζω το μέλλον και καταστρώνω το σχέδιο δράσης. Οργανώνω σημαίνει δημιουργώ μια διττή δομή της επιχείρησης, την υλική και την ανθρώπινη. Διευθύνω σημαίνει συνενώνω, ενοποιώ και εναρμονίζω όλες τις δραστηριότητες και τις προσπάθειες. Ελέγχω σημαίνει ότι βλέπω πως τα πάντα γίνονται σύμφωνα με τον καθιερωμένο κανόνα και την εκφρασθείσα ζήτηση».⁸⁶

Άλλος θεωρητικός ο οποίος ανέπτυξε την επιστήμη και την τέχνη της διοίκησης ήταν ο Urwick, που υποστήριξε ότι η διοικητική δεξιότητα είναι μια πρακτική τέχνη που βελτιώνεται με την εξάσκηση και απαιτεί σκληρή μελέτη και σκέψη. Σύμφωνα με τον Urwick οι αρχές της διοίκησης είναι τρεις. Η πρώτη αρχή είναι **η αρχή της έρευνας** και δήλωσε ότι όλη η επιστημονική διαδικασία βασίζεται στην διερεύνηση των γεγονότων. Η δεύτερη αρχή είναι **η καταλληλότητα**, που υπογραμμίζει την πρόβλεψη, εγκαινιάζει τη διαδικασία με την οργάνωση και υλοποιείται με το **συντονισμό**. Εφαρμόζοντας την τρίτη αρχή ο διοικητής οραματίζεται και οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους για να ικανοποιήσει μελλοντικές ανάγκες. Ο σχεδιασμός κινητοποιεί την διαδικασία διοίκησης με την εντολή και επιτυγχάνεται με τον έλεγχο.⁸⁶

8.2. Έννοιες της Νοσηλευτικής Διοίκησης

Η γνωστική βάση της επιστήμης της διοίκησης περιλαμβάνει την θεωρία στην οποία εμπεριέχονται έννοιες, μέθοδοι και αρχές. Οι αρχές σχετίζονται μεταξύ τους και μπορούν να παρατηρηθούν και να πιστοποιηθούν μέχρι κάποιο βαθμό όταν ερμηνευθούν με τη μορφή της τέχνης ή την άσκηση της διοίκησης. Οι έννοιες είναι σκέψεις, ιδέες και

γενικές απόψεις γύρω από αντικείμενα που αποτελούν βάση για ενέργεια ή συζήτηση. Οι αρχές είναι θεμελιώδεις αλήθειες, νόμοι ή δόγματα πάνω στα οποία βασίζονται άλλες έννοιες. Οι αρχές παρέχουν καθοδήγηση στις έννοιες και τη σκέψη ή την πράξη κάτω από κάποια κατάσταση. Στη νοσηλευτική διοίκηση η έρευνα-αυτό που ο Utwick ονομάζει "διερεύνηση γεγονότων" γίνεται μέρος του πεδίου της θεωρίας.

Αν η νοσηλευτική ως επιστήμη σκοπεύει να στηρίξει τη θεωρία της σε νόμους, οι νοσηλευτές θα χρειαστεί να επικυρώσουν τις αρχές αυτές μέσω της έρευνας. Αυτό είναι ένα δύσκολο καθήκον, όπως διαπίστωσαν οι θεωρητικοί των κοινωνικών επιστημών. Είναι δύσκολο να μετατρέψεις την ανθρώπινη συμπεριφορά σε νόμους. Οι νοσηλευτές ασχολούνται με την ανθρώπινη συμπεριφορά σε όλους τις εκφάνσεις της, αλλά και μέσα στο ειδικότερο πλαίσιο της νοσηλευτικής διοίκησης.

Η White διερευνά μια οπτική γωνία των θεωριών της νοσηλευτικής και ασχολείται με θεωρίες που δίνουν οδηγίες. Υπογραμμίζει ότι η χρησιμοποίηση τους ως πρακτική κατευθυντήριων γραμμών "πρέπει να είναι αρκετά ευρεία για να ενθαρρύνει ένα ευρύ φάσμα πρακτικών καταστάσεων, αλλά όχι τόσο ευρεία ώστε να μην έχει νόημα". Μια θεωρία για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να είναι πιο χρήσιμη από μια θεωρία της νοσηλευτικής στον τομέα της πρακτικής εφαρμογής. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι για να είναι η νοσηλευτική ένα πραγματικό επάγγελμα, πρέπει να έχει επιστημονική και θεωρητική βάση. Έτσι η νοσηλευτική είναι ένα πρακτικό επάγγελμα που στηρίζεται στις φυσικές και τις κοινωνικές επιστήμες.⁸⁷

8.3. Γενική θεωρία των συστημάτων

Με τις ταχύτατες αλλαγές που διαδραματίζονται στα σύγχρονα συστήματα φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές-ηγέτες θα χρειαστεί να επιταχύνουν τις απαραίτητες αλλαγές στους νοσηλευτικούς οργανισμούς. Ο στόχος μπορεί να είναι νοσηλευτικά μέτρα που εστιάζονται σε στενά συνδεδεμένες λειτουργίες, όπως τα διαφοροποιημένα μέτρα της πρακτικής παροχής που συνδυάζονται με την ένταση της φροντίδας, τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ή και τα δύο. Η τυποποίηση και η ευελιξία μπορούν να συγχωνευτούν με τα συστήματα που αναπτύχθηκαν, με βάση μια προϋπόθεση: την ύπαρξη μιας θεωρίας της νοσηλευτικής άσκησης ως βάση για όλα τα μέτρα, αλλά με διαφορετικές θεωρίες που θα χρησιμοποιούνται σε διαφορετικά μέτρα μετά από επιλογή των επαγγελματιών κλινικών νοσηλευτών.

Η πλήρης υλοποίηση της θεωρίας των συστημάτων απέχει κατά πολύ από την νοσηλευτική όπως και από την παραγωγή. Η νοσηλευτική διοίκηση και η άσκηση της νοσηλευτικής στο νοσοκομείο είναι οι κρίκοι που συνδέουν μεταξύ τους τα μέρη του συστήματος της φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές-ηγέτες που θα πραγματοποιήσουν τον απαιτούμενο μετασχηματισμό χρειάζεται να γνωρίζουν καλά το έργο που γίνεται από τους συνεργάτες τους, αφού αυτοί θα τους καθοδηγούν και θα τους διευκολύνουν. Για να συνδυάσουν πρόσωπα, υλικά, μηχανήματα και χρόνο, οι πιστοί οπαδοί της φιλοσοφίας των συστημάτων χρειάζεται όχι μόνο να εκτελούν αλλά και να σκέπτονται.⁸⁸

8.4. Εννοιολογικά μοντέλα της νοσηλευτικής διοίκησης

Νοσηλευτική της αυτοφροντίδας.

Η δρ Sarah E. Allison καθιέρωσε τη θεωρία της Orem ως τη βάση της νοσηλευτικής άσκησης στο Mississippi Methodist Rehabilitation Hospital and Center πριν από είκοσι χρόνια. Οι Allison, McLaughlin και Walker υποστηρίζουν ότι ένα σχέδιο νοσηλευτικών συστημάτων που στηρίζεται στην συγκεκριμένη θεωρία και αφορά έναν πληθυσμό ασθενών επιτυγχάνει τα εξής πράγματα:⁸⁸

- Περιγράφει τα νοσηλευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ασθενών που πρόκειται να εξυπηρετηθεί.
- Χρησιμοποιεί αυτά τα χαρακτηριστικά για να προβλέψει τις κατηγορίες των προβλημάτων των ασθενών για τα οποία απαιτείται νοσηλευτική φροντίδα.
- Εντοπίζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές τεχνολογίες.
- Εντοπίζει τα είδη και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται.

Το μοντέλο Iowa.

Ένα εννοιολογικό μοντέλο για την άσκηση της νοσηλευτικής διοίκησης θα βοηθήσει στην λύση των προβλημάτων που δυσχεραίνουν την αλλαγή και την εξέλιξη. Θα εξυπηρετήσει ως οπτική εικόνα που θα καθοδηγήσει τη σκέψη στον σχεδιασμό, την διαδικασία λήψης απόφασης και την επικοινωνία. Το μοντέλο Iowa της νοσηλευτικής διοίκησης "καλύπτει το θέμα της κριτικής αλληλεξάρτησης των κλινικών δραστηριοτήτων και των δραστηριοτήτων ή των αποτελεσμάτων της διοίκησης" και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κατευθυντήρια γραμμή στην διαδικασία λήψης απόφασης και στην αξιολόγηση της αλλαγής.⁸⁸

8.5. Γενικές λειτουργίες νοσηλευτικής διοίκησης

Όλες σημαντικές λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους προκειμένου ο οργανισμός υγείας να εξελίσσεται και να βελτιώνεται συνεχώς.

Μια σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης που προηγείται κάθε άλλης δραστηριότητας είναι ο σχεδιασμός, ενώ πρωταρχικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης σε κάθε επίπεδο αποτελεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μια δεύτερη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης είναι η οργάνωση. Η κατεύθυνση ή η διεύθυνση είναι μια τρίτη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης, που σημαίνει παραχώρηση εξουσίας στους εργαζομένους, βελτίωση της ποιότητας και στόχους προς την βελτίωση της παραγωγής. Η ανάπτυξη του προσωπικού είναι πρωταρχικό στοιχείο της λειτουργίας της διεύθυνσης της νοσηλευτικής διοίκησης και είναι ένα στοιχείο που διατηρεί υψηλό το επίπεδο ικανοτήτων όλων των νοσηλευτών. Η παροχή κινήτρων είναι βασικό στοιχείο της λειτουργίας της νοσηλευτικής διοίκησης, το οποίο προκύπτει από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, μια κατάσταση δηλαδή που προϋποθέτει ότι οι νοσηλευτές-ηγέτες θα παρέχουν κίνητρα στους νοσηλευτές. Ο έλεγχος ή η αξιολόγηση είναι η τέταρτη σημαντικότερη λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υλοποίησης του σχεδίου, των εντολών που δόθηκαν και των αρχών που καθιερώθηκαν με την καθιέρωση των προτύπων, τη σύγκριση της απόδοσης με τα πρότυπα και με τη διόρθωση των ελλειμμάτων.

Οι μάνατζερ νοσηλευτές διοικούν τον επιστημονικό κλάδο της κλινικής άσκησης, όπου οι επαγγελματίες κλινικοί νοσηλευτές είναι γνώστες του αντικειμένου τους και εφαρμόζουν τις γνώσεις που διαθέτουν στην συγκέντρωση των δεδομένων, στην διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης και των νοσηλευτικών οδηγιών, στην εποπτεία της υλοποίησης του σχεδίου της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι κοινωνικοί στόχοι διαμορφώνονται από τους μάνατζερ νοσηλευτές και επιτυγχάνονται από τους κλινικούς νοσηλευτές.

Η κουλτούρα του οργανισμού πρέπει να τύχει τέτοιας διαχείρισης από την διοίκηση ώστε αντανάκλα τις αξίες και τις πεποιθήσεις του συνόλου. Ταυτόχρονα οι ηγέτες της νοσηλευτικής είναι επιβεβλημένο να μοιράζονται έναν κοινό σκοπό: να μετατρέπουν σε παραγωγικές τις αξίες, τις φιλοδοξίες και τις παραδόσεις των εργαζομένων, που είναι άτομα και μέλη των κοινοτήτων και της κοινωνίας γενικότερα.

8.6. Διοικητικές αρχές

8.6.1. Η διαδικασία του ελέγχου

Ο έλεγχος, αποτελεί σημαντική διοικητική αρχή η οποία προσδιορίζει την ικανότητα της διοίκησης να παρακολουθεί και να προσαρμόζει την μέθοδο εργασίας, καθώς εξ'ορισμού η ύπαρξη ελέγχου των μεθόδων παραγωγής είναι απαραίτητη για την επιτυχία των σκοπών του οργανισμού. Ειδικότερα ο έλεγχος είναι απαραίτητος για την νοσηλευτική σαν επιστήμη, κλάδο και επάγγελμα, αφού καμιά επιστήμη δεν μπορεί να διερευνήσει και να προάγει την εφαρμογή της αν δεν ελέγχει τις μεθόδους και τις διεργασίες της άσκησης της.

8.6.2. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα

Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα ως διοικητικοί σκοποί ορίζονται ως η ικανοποιητική επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του οργανισμού. Στην νοσηλευτική υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης της αποδοτικότητας. Ενδεικτικά αναφέρονται :

1. Ποιοτικός έλεγχος, τρόποι και συστήματα μέτρησης στατιστικής απόδοσης της νοσηλευτικής φροντίδας που αφορά προκαθορισμένους σκοπούς ή συγκεκριμένους αρρώστους κατ' επιλογήν.
2. Μέθοδοι και συστήματα μέτρησης της απόδοσης του κάθε μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Αξιολόγηση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας που προσδιορίζει και την επιτυχία της εφαρμογής σε κάθε άρρωστο ξεχωριστά.
4. Καθιέρωση κριτηρίων λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Τα κριτήρια προσδιορίζονται από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, το Υπουργείο Υγείας ή από την ίδια την νοσηλευτική υπηρεσία του ιδρύματος βάσει των οποίων γίνεται και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

8.6.3. Η αρχή της οικονομίας

Η διοικητική αρχή της οικονομίας συντελεί στην μέγιστη δυνατή αξιοποίηση από την νοσηλευτική υπηρεσία πόρων και πηγών , οικονομικών, ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων. Η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί αφετηρία για την προσεκτική επιλογή

αξιοποίησης πηγών και πόρων αφού ο διοικητής οφείλει να χρησιμοποιεί συστήματα παρακολούθησης της οικονομίας και να εμπνέει την φιλοσοφία της οικονομικότητας στο προσωπικό. Αποτελεί, επίσης, διοικητική αρχή η οποία μετράται με οικονομικά κριτήρια και στην νοσηλευτική συνδέεται συνήθως με το υλικό το οποίο υπολογίζεται οικονομικά, τι αγοράζεται και τι χρησιμοποιείται. Σπανιότερα η αρχή της οικονομίας συνδέεται με το νοσηλευτικό προσωπικό παρόλο που τα περισσότερα χρήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας διατίθενται στους μισθούς του προσωπικού. Συνεπώς, η προσεκτική χρησιμοποίηση του χρόνου των εργαζομένων αποτελεί μέγιστη πηγή οικονομίας.

8.6.4. Η αρχή της ωφελιμότητας

Η αρχή της ωφελιμότητας διοικητικά ορίζεται ως ο συνδυασμός της αποδοτικότητας και της οικονομίας καθώς και η επίτευξη των σκοπών με την μικρότερη δυνατή σπατάλη χρόνου, χρημάτων και προσωπικού. Στον κλάδο της νοσηλευτικής η ιδέα αυτή έχει πολλές εφαρμογές όπως στον αριθμό αρρώστων που νοσηλεύονται καθώς και τον αριθμό των νοσηλευτών που εργάζονται (εορτές, αργίες, Κυριακές). Ωστόσο, αυτή η αρχή είναι δύσκολο να καθοριστεί με μετρήσεις αφού τίθεται το θέμα της ποιοτικής νοσηλείας, καθώς και το ερώτημα του κατά πόσο μπορεί να μετρηθεί η ικανότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας σύμφωνα με τις αρχές της οικονομίας και της παραγωγικότητας σε μια τόσο πολυσύνθετη υπηρεσία. Επίσης, τα απρόβλεπτα περιστατικά νοσηλείας καθώς και τα πολλά προβλήματα του προσωπικού σε συνδυασμό με τις σύγχρονες, πολλές φορές υπερβολικές απαιτήσεις του ιδρύματος από την νοσηλευτική υπηρεσία, καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη την συγκεκριμένη εφαρμογή.

8.7. Κριτική Διοικητικών Αρχών

Στους Οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ο ρόλος της διοίκησης είναι πολύ πιο σημαντικός, αφού από την αποτελεσματικότητά της εξαρτάται η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών. Λόγω της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας αυτών των οργανισμών και της ιδιομορφίας του αγαθού “υγεία”, η άσκηση της διοίκησης απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή και πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες τεχνικές σε κάθε περίπτωση. Παρατηρούνται πολλές διαφορές στον τρόπο άσκησης της διοίκησης ανάμεσα σε ένα Κέντρο Υγείας και σε ένα νοσοκομείο.³⁸

Η διεξαγωγή του ελέγχου από τη διοίκηση καθίσταται συχνά προβληματική καθώς η νοσηλευτική εργασία είναι πολυσύνθετη και ασκείται πίεση κατά την άσκηση της από ποικίλες ομάδες, όπως για παράδειγμα αυτής των ιατρών, οι οποίοι ελέγχουν και κατευθύνουν την άσκηση της νοσηλευτικής με τον καθορισμό συγκεκριμένων εργασιών που σχετίζονται με την νοσηλεία του αρρώστου. Το γεγονός αυτό περιορίζει κατά πολύ το φάσμα έκφρασης της νοσηλευτικής επιστήμης.

Η αρχή της ωφελιμότητας, όπου συχνά αντανακλάται στις διοικητικές ιδέες σαν δείκτης παραγόμενων μονάδων σε τακτά διαστήματα χρόνου, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την παρακολούθηση της επίτευξης των επί μέρους αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σημαντικό επίσης αποτελεί και το γεγονός, ότι με αυτόν τον τρόπο, την αξιολόγηση της ωφελιμότητας δηλαδή, μπορεί να αναθεωρούνται ορισμένοι μέθοδοι που βρίσκονται σε εξέλιξη και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται.

8.8. Πρότυπα νοσηλευτικής διοίκησης

Για να μελετηθούν αποτελεσματικά τα μοντέλα νοσηλευτικής διοίκησης θα πρέπει αρχικά να καθοριστεί και να κατανοηθεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο ασκείται η Νοσηλευτική Διοίκηση. Η ευθύνη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος νοσηλευτικής άσκησης βασίζεται σε αυτούς που εκτελούν τη Νοσηλευτική Διοίκηση

Το περιβάλλον που ασκείται η νοσηλευτική διοίκηση διακρίνεται σε:

➤ *Εσωτερικό περιβάλλον:*

Το εσωτερικό περιβάλλον, περιλαμβάνει την εσωτερική δομή της τεχνολογίας νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία ενσωματώνει τη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται προκειμένου να ασκείται η νοσηλευτική εργασία. Περιλαμβάνει νοσηλευτικές πεποιθήσεις, θεωρίες, αξίες, γνώσεις, δεξιότητες, πρωτόκολλο και πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης περιλαμβάνει την άσκηση νοσηλευτικής διοίκησης όπου ο Διευθυντής της Ν.Υ. (Νοσηλευτικής Υπηρεσίας) καθοδηγείται από τις νοσηλευτικές θεωρίες και από γνώσεις προερχόμενες από την οργάνωση και την διοίκηση, από την οικονομική και πολιτική θεωρία. Δημιουργεί σχέσεις με διάφορους παράγοντες μέσα στο περιβάλλον εργασίας. Τέλος θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε πολλαπλές πηγές ή πληροφορίες, δεξιότητα συνεργασίας και διαπραγματεύσεων καθώς και ευαισθησία σε όλα τα επίπεδα του περιβάλλοντος. Τέλος, περιλαμβάνει τον Οργανισμό (νοσοκομείο) ο οποίος σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του δέχεται ακατέργαστα υλικά και παράγει

υπηρεσίες. Αυτό προϋποθέτει εξάρτηση από όλους τους τομείς του περιβάλλοντος ώστε να καταφέρει να επιβιώσει και να επιτύχει.

➤ *Περιβάλλον εργασίας:*

Το περιβάλλον εργασίας περιέχει τους παράγοντες εκτός οργανισμού οι οποίοι έχουν άμεση επιρροή στην Νοσηλευτική Διοίκηση π.χ. παραγωγοί – καταναλωτές παρουσιάζονται ανάγκες και επιτελείται πολιτική φροντίδα υγείας. Διευκολύνονται ή εμποδίζονται πηγές εφοδίων και απαιτείται νοσηλευτική τεχνολογία. Οι παραγωγοί ρυθμίζουν, πωλούν τα προϊόντα τους ή τις υπηρεσίες τους μέσα σε νόμιμα πλαίσια. Οι καταναλωτές είναι εκείνοι οι οποίοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της Ν.Υ. Η ζήτηση των υπηρεσιών καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες των αρρώστων.

➤ *Γενικό περιβάλλον.*

Το γενικό περιβάλλον περιλαμβάνει στοιχεία εκτός οργανισμού που έμμεσα ή άμεσα επηρεάζουν το εσωτερικό περιβάλλον, την Νοσηλευτική Φροντίδα και την Ν.Δ. (Νοσηλευτική Διοίκηση).⁸⁹

8.8.1. Μοντέλα άσκησης νοσηλευτικής διοίκησης

Σύμφωνα με τον Lean, ο σχεδιασμός προτύπων μοντέλων της Νοσηλευτικής Φροντίδας και η ανάθεση αρμοδιοτήτων στο νοσηλευτικό προσωπικό στοχεύουν, σε ικανοποιητικά αποτελέσματα πάνω στη φροντίδα των ασθενών, στην διατήρηση της ποιότητας του νοσηλευτικού προσωπικού και τέλος στην οικονομική επάρκεια του προσωπικού. Οι στόχοι αυτοί επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στους ρόλους και στις αρμοδιότητες των εργαζόμενων και αυτός είναι ο λόγος που απασχολούν την νοσηλευτική ηγεσία.⁹⁰

Τα διαφορετικά πρότυπα φροντίδας, οδηγούν σε ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης από το συνηθισμένο, ο οποίος δίνει την δυνατότητα για περισσότερη ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Έτσι η οργανωτική δομή μεταβάλλεται συνεχώς, μέχρι να πραγματοποιηθούν οι σκοποί του οργανισμού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, για να αντιμετωπιστούν οι συνεχείς αλλαγές του περιβάλλοντος ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπτύσσει νέα πρότυπα φροντίδας και προσανατολίζει το νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγχρονα καθήκοντα και αρμοδιότητες.

Τα νέα πρότυπα άσκησης νοσηλευτικής διοίκησης είναι τρία τα οποία αναφέρονται.⁹⁰

8.8.1.1. Το στρατηγικό management

Σκοπός του στρατηγικού management είναι η δημιουργία μιας επιθυμητής νοσηλευτικής πορείας, η οποία θα διαθέτει προσιτές υπηρεσίες και Νοσηλευτική Φροντίδα, νοσηλευτικές υπηρεσίες που να συμβαδίζουν με τις επιθυμίες όλων των παραγόντων της νοσηλευτικής, νοσηλευτικές υπηρεσίες που να στηρίζονται σε εξειδικευμένες αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, και να εκφράζονται ως προϊόντα, που θα ικανοποιήσουν τις ειδικές ανάγκες των ατόμων, νοσηλευτική φροντίδα, που να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές επιρροές που μπορεί να δημιουργηθούν από τις ανταγωνιστικές τάσεις.

Οι τομείς υπευθυνότητας και δραστηριότητας του Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με το πρώτο πρότυπο άσκηση Νοσηλευτικής Διοίκησης (Στρατηγικό management), διακρίνονται στο:

α) “Management ημερήσιας λειτουργίας”:

Σύμφωνα με αυτό ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, σχεδιάζει τον προϋπολογισμό, δημιουργεί αποτελεσματική οργανωτική δομή, ελέγχει την ποιοτική ανάπτυξη, κατευθύνει τα νοσηλευτικά στελέχη και το διοικητικό προσωπικό και έχει την υπευθυνότητα νέων προγραμμάτων. Θεωρείται μέλος της γενικής διοίκησης που συμμετέχει στο σχεδιασμό και στην κατεύθυνση προγράμματος σε ευρεία βάση.

β) “Πολιτισμικό management του Οργανισμού”:

Σύμφωνα με αυτό ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, είναι υπεύθυνος για την συλλογή αξιών του νοσηλευτικού προσωπικού, για επιπλέον εφόδια, εργαλεία, ασθενείς και τεχνολογία, τα οποία οδηγούν σημαντικά στην παραγωγή θετικών αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής Φροντίδας.

γ) “Στρατηγικό management μελλοντικής πορείας”:

Σύμφωνα με αυτό ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ασκεί έλεγχο στον τομέα της νοσηλευτικής και είναι υπεύθυνος για την λήψη αποφάσεων, για το μέλλον της.

8.8.1.2. Ποιοτικό management: μοντέλο κοινής αποδοχής

Το ποιοτικό management είναι οργανωτικό σύστημα, το οποίο επιτυγχάνει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τους ασθενείς, περιλαμβάνει ικανοποιημένο προσωπικό από την υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής άσκησης και στηρίζεται σε υγιή βάση. Είναι δυνατό να

προταθεί ως πρότυπο άσκησης και ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλων των επιπέδων οργάνωσης.

Τα χαρακτηριστικά του ποιοτικού management είναι η σαφή κατεύθυνση, η παροχή υποστήριξης σε managers και στα μέλη του προσωπικού, η δημιουργία περιβάλλοντος το οποίο να συμβιβάζει τους σκοπούς Νοσηλευτικής Φροντίδας, με τις προσδοκίες του προσωπικού και την οικονομική ευημερία του νοσοκομείου και τη δημιουργία ατμόσφαιρας όπου η ανάπτυξη των σκοπών ενός τμήματος να βοηθάει στην ανάπτυξη των άλλων τμημάτων.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τη σημαντικότερη υπευθυνότητα στο οργανωτικό σύστημα της φροντίδας, έχουν οι ασθενείς, οι άνθρωποι και τα οργανωτικά οφέλη.

8.8.1.3. Διοίκηση ολικής ποιότητας

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από την ατομικότητα. Η επιτυχία του οργανισμού στηρίζεται στη γνώση και την υπευθυνότητα των ατόμων. Το προσωπικό ενθαρρύνεται να δημιουργήσει διότι υπάρχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του.

Επίσης, στηρίζεται στην ύπαρξη ευκρινών ορίων του οργανισμού, στην ανοικτή οδό, οριζόντια και κάθετη επικοινωνίας, στην ικανοποίηση αναγκών, στην ανάπτυξη ανθρώπινων πηγών, στο στατιστικό έλεγχο με ηλεκτρονικό υπολογιστή και στη επαναπληροφόρηση.

Παράμετροι που προτείνονται να χρησιμοποιηθούν από την νοσηλευτική υπηρεσία είναι:

- Καθορισμός ατόμων (πελατών): Εξωτερικοί πελάτες είναι οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και γενικά η κοινωνία. Ενώ οι εσωτερικοί πελάτες είναι όλα τα τμήματα τα οποία ανταλλάσσουν εισροές και εκροές,
- Δημιουργία στόχων: Οι στόχοι πρέπει να αναπτύσσονται και να κατανοούνται από όλα τα μέλη σε όλα τα επίπεδα οργάνωση,
- Αναγνώριση υπευθυνότητας: Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, διαμορφώνει κλίμα συνεργασίας και υπευθυνότητας στα πλαίσια του οποίου παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα.
- Κατάργηση φραγμών επικοινωνίας: Οι ιεραρχικοί φραγμοί σε κάθετη και οριζόντια επικοινωνία, είναι ανασταλτικοί παράγοντες ανάπτυξης του management. Ενώ η

ικανότητα του νοσηλευτικού στελέχους να ακούει και να διευκρινίζει συντελεί στη δημιουργία περιβάλλοντος επικοινωνίας,

- Εκπαίδευση και προετοιμασία: Συντελεί σε σπατάλη μικρότερου χρόνου και υλικού από πλευράς νοσηλευτικού προσωπικού, σε επάρκεια και αύξηση παραγωγικότητας σε αποφυγή λαθών και σε σωστές ενέργειες,
- Στατιστικές μετρήσεις: Επιβεβαιώνουν την παροχή ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή,
- Άσκηση πολιτικής και προγραμματισμός: Θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις στους τομείς management,
- Ύπαρξη προτύπων εκτέλεσης: Το νοσηλευτικό έργο πρέπει να βασίζεται, αλλά και να φαίνεται, πάνω στα πρότυπα νοσηλευτικής ασκήσεις, σε όλα τα επίπεδα,
- Συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού: Είναι σημαντικό να συμμετέχει, στις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα λήψης αποφάσεων και η γνώση του τρόπου επίλυσης προβλημάτων, συντελεί στην αύξηση παραγωγικότητας και επιφέρει θετικά αποτελέσματα,
- Κοινής αποδοχής πολιτισμικές αντιλήψεις: Τα νοσηλευτικά τμήματα είναι μέρος ενός ευρύτερου οργανωτικού συστήματος. Γι' αυτό το λόγο δεν επιτρέπεται η προσαρμογή άρθρων σε οργανωτικά συστήματα, αν δεν έχει προηγουμένως εκτιμηθεί η κοινή πολιτισμική παράμετρος που ισχύει στο περιβάλλον άσκησης της διοίκησης.⁹¹

Σε αυτή την ενότητα αναφέρονται τα γενικότερα συμπεράσματα τα οποία έχουν εξαχθεί από το σύνολο της εργασίας μας. Τα επιμέρους συμπεράσματα έχουν παρουσιαστεί στα εξειδικευμένα κεφάλαια της εργασίας. Τα γενικά συμπεράσματα έχουν ως ακολούθως.

Ένα επιτυχημένο μοντέλο νοσοκομειακής διοίκησης θα πρέπει να έχει ως βασικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας υγείας και την ικανοποίηση του ασθενών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία του ιατρικού και νοσηλευτικού υπηρεσίας, και τον ακριβή καθορισμό των αρμοδιοτήτων τους. Η καλύτερη στελέχωση των νοσοκομείων επιπλέον θα εξασφαλίσει την επάρκεια και τις σωστές συνθήκες εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Η αριθμητική σύνθεση των εργαζομένων και η μεταξύ τους αναλογία στις υγειονομικές μονάδες σε διεθνές επίπεδο, βασίζεται πλέον σε κατάλληλο οργανωτικό πλαίσιο και θεσπίζονται νομοθετικές ρυθμίσεις ακόμη γίνεται προσπάθεια να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα για την ασφαλή χορήγηση της φροντίδας.

Σύμφωνα με τη μελέτη μας τα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας ποικίλλουν στις διάφορες χώρες. Η ανάγκη όμως για ποιοτική και ποσοτική στελέχωση είναι κοινή. Στα επιμέρους κεφάλαια παρουσιάστηκαν οι αδυναμίες, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα στις διάφορες χώρες όσον αφορά τη στελέχωση νοσοκομειακές μονάδες. και έγιναν οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών που ήταν και ο επιδιωκόμενος στόχος

Ειδικότερα στη Κύπρο που αποτελεί και το βασικότερο ερευνητικό μας πεδίο χρειάζονται να γίνουν ρυθμίσεις που αφορούν τόσο την αναλογία των εργαζομένων, όσο και στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών εργασίας, ώστε το ιατρικό και νοσηλευτικό να μην εμφανίζεται δυσαρεστημένο και επαγγελματικά εξουθενωμένο. Η φροντίδα των ασθενών ωφελείται το ασφαλές εργασιακό περιβάλλον για το προσωπικό υγείας. Η ποιότητα φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την επαρκή στελέχωση με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την καταγραφή στατιστικών στοιχείων σε όλα τα νοσοκομεία και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος.

Η καλύτερη στελέχωση των νοσοκομείων θα εξασφαλίσει την επάρκεια και τις σωστές συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να παρέχεται φροντίδα υγείας σύμφωνη με τα διεθνή πρότυπα.

Σε ό, τι αφορά στη σχέση μεταξύ των διαφόρων μεθόδων στελέχωσης και των αποτελεσμάτων τους στην υγεία των ασθενών και στην επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. (2006) Working Together for Health: The World Health Report 2006. Geneva: World Health Organization
2. Australian Confederation of Paediatric & Child Health Nurses. Competencies for specialist paediatric and child health nurses. ACPCHN, Sydney, 2000.
3. Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smout RJ. RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents: Pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care. *Am J Nurs* 2005, 105:58–70.
4. World Health Organization (2007) Health workforce: nursing and midwifery. Online: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
5. International Council of Nurses (2006) The global nursing shortage: priority areas for intervention. Geneva: ICN
6. Aiken L H, Clarke S, Sloane D, Sochalski J Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rufferty A, Shamian J (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 20(3): 43–53
7. Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S, Irvine-Doran D, Kerr M, McGillis Hall L, Zina M, Butt M, Ryan L (2001) Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa: CHSRF
8. McGillis Hall L (Ed) (2005) Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety. Toronto: Jones and Bartlett Publishers
9. International Council of Nurses (2007) Positive Practice Environments: Quality Workplace = Quality Patient Care. Geneva: ICN
10. Chaska.L.N. The nursing profession-turning points, USA, 1990 by the C.V Mosby Company
11. Κοτσαμπασάκη Σ.. Νοσηλευτική θεωρία και πράξη. Οδεύοντας προς τον 21ο αιώνα. Αθήνα 1997. *Νοσηλευτική* 3:75-184.
12. Audain, C. (2004). Florence Nightingale. Retrieved August 22, 2004, from <http://www.agnesscott.edu/riddle/women/nitegale.htm>.

13. Archer, S., & Goehner, P. (1982). *Nurses a political force*. Monterey: Wadsworth Health Sciences Division.
14. Nursing history: Nurses duties and job description in 19th century. Retrieved October 21, 2004, from <http://www.care-nurse.com/memories/1887.html>.
15. Νταντούμη Σ. & Πετρόγλου Ν. (2008). Εξελιξείς στη νοσηλευτική έρευνα. Το Βήμα του Ασκληπιού 7(1), 4-11.
16. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες Α' Τόμος 2η έκδοση 1997 .
17. Μόσχου-Κάκκου Α.. Νοσηλευτική επιστήμη στη διαχρονική πορεία μέχρι το 2000. Αθήνα 1998. Νοσηλευτική 37(1):41-47.
18. Delaune.S, Ladner. P, Thomson,Fundamentals of nursing-Standards of practice, volume 1, third edition 2002.
19. American Nurses Association. Nursing's Social Policy Statement. Washington, DC: ANA:1995
20. Frost M.H., Brueggen C., Mangan M. (1997) Intervening with the psychosocial needs of patients and families: perceived importance and skill level.Cancer Nursing 20, 350-35.
21. Forrest D. (1989) The experience of caring.Journal of Advanced Nursing 14,815 823
22. UK CC (1989) Exercising Accountability.UK CC, London.
23. Clark J (1982) Nursing matters: patient advocacy. Times Health Supplement16(2):6
24. Webb C. (1987) Speaking up for advocacy. Nursing Times 83(34), 33-35
25. McGrath Amelia & Walker Annette (1999) Nurses Perception andExperiences of Advocacy Contemporary Nurse, Vol 8 no. 3, September 1999 p.72
26. Frankel A. What leadership styles should senior nurses develop? Nursing Times 2008, 104 (35): 23-24.
27. Alleyne J, Jumaa MO. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. J Nurs Manag 2007, 15 (2):230-243.
28. Babatsikou F, Gerogianni G. Nursing department: criteria of creation of an achieved model. Rostrum of Asclepius 2012, 11 (1): 17-27.

29. Gogos C. Management in public and private hospital in Greece. *Rostrum of Asclepius* 2011, 10 (1): 10-21.
30. Gerogianni G, Gerogianni S. Nurse's role in organization and management of Renal Care Unit. *Dialysis Living* 2011, 31:16-24.
31. Baines, C., Evans, P., & Neysmith, S. (1991). *Women's caring: Feminist perspectives on social welfare*. Toronto, Ontario, Canada: McClelland & Stewart.
32. Μουρτζόγλου Α.. Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. *Αθήνα 1996. Επιθεώρηση Υγείας* 7(5):23-44.
33. International council of nurses – I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973
34. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.. Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα. *Αθήνα, 1996:105-111, 269-270.*
35. Δίκαιος Κωνσταντίνος, Χλέτσος Μιχάλης, «Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Τόμος Β. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 1999
36. <http://www.apapadopoulos.gr/main/press/okt00/okt00.html#%CE%91%CE%A5%CE%A1%CE%99%CE%91%CE%9D%CE%97%20/%207>
37. http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp_gr/sp61/sp61.html
38. Δίκαιος Κωνσταντίνος, Κουντούρης Μανώλης, Πολύζος Νίκος, Σιγάλα Ιωακείμ, Χλέτσος Μιχάλης, «*Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείριση (Management) Υπηρεσιών Υγείας*», *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999*
39. Robert L. Katz *Harvard Business Review*, 1955:33-34
40. American Federation of Teachers, 1995. Definition of “safe staffing.” Available at: [http://www.aft.org/topics/healthcare staffing/definition.htm](http://www.aft.org/topics/healthcare%20staffing/definition.htm)
41. Μαλλιάρου Μ, Καραθανάση Κ., Σαράφης Π. “Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση: μία συστηματική ανασκόπηση”, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης – HJNS*, 2008, 1:38-46
42. Π. Κοπανιτσάνου, Η. Μπροκαλάκη Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2009, 48(1): 50–57 • *NOSILEFTIKI* 2009,48(1): 50–57
43. King G and Martineau T. (2006). *Workforce Planning for the Health Sector. Capacity Project Knowledge Sharing. Technical Brief 6.*

44. Gerdtz MF. 5–20: *A model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. J Nurs Manag* 2007, 15:64–71.
45. Swansburg RS, Swansburg RJ. *Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Μετάφραση Ανδρέας Σοκοδήμος, 2η έκδοση. Εκδόσεις Λαγός Δ, Αθήνα, 1999:123–163.*
46. Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α, Σκουτέλης Δ & Κυριόπουλος Γ. (2012). *Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις.* http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias...pdf
47. Donabedian AK. *Exploration in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor ,MI: Health Administration Press 1980*
48. Merkouris A, Papathanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C. *Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece.*
49. Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T., 2007. *Nursing Staffing and quality of patient care. Evidence Report/ Technology Assessment No. 151. Agency for Healthcare and Quality, Rockville, Available* <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/nursesttp.htm>
50. Μπελλάλη. Θ, *Διδακτικές σημειώσεις στο μάθημα Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2006-7.*
51. Hurst K, *Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams, Nuffield Institute for Health, Leeds University, Leeds, 2002.*
52. Teahan MA, *Implementation of a self scheduling system: A solution to more than just schedules', J Nurs Manag, Vol.6, 1998, p.361-368*
53. Aiken L.H., Clarke S.P, Sloane D.M, *For the international Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care :cross- national findings, Conference Paper, International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press, 2002.*
54. Harrington C, *' Nurse staffing in nursing homes in the United States, part 2' J Gerontol Nurs, Vol.31, 2005, p.9-15*
55. Mayo A, Van Slyck A. *Developing staffing standards: Statistical considerations for patient care administrators. J Nurs Adm* 1999, 29:43–48
56. Averill C, Fairbrother M. *Developing a statewide patient classification system. Nurs Adm Q* 2000, 24:29–35

57. Lundgren S, Segesten K, 'Job satisfaction in relation to change to all-RN staffing', *J Nurs Manag*, Vol.13, 2005, p.322-328.
58. Huarng F, 'A primary shift rotation nurse scheduling using zero-one linear goal programming', *Comput Nurs*, Vol. 17, 1999,p.135-144
59. Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Αμίτσης Γ, Κυριόπουλος Γ, Σούλης Σ. *Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας*. Νοσηλευτική 2006, 45:543–551
60. Reilly K, Mueller C, Zimmerman D, 'A nurse staffing taxonomy for decision making in long term care nursing facilities', *J Nurs Care Qual*, Vol.21, 2006, p.176-186
61. Κοπανιτσάνου Π, Σουρτζή Π, *Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο του νοσοκομείου. Ανασκόπηση των ελληνικών μελετών*. 2005
62. Λανάρα Β,2008,Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Λανάρα Βασιλική, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Αθήνα, II έκδοση, σελ290-314, σελ301
63. Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL. (2010). *Implications of the California nurse staffing mandate for the states*. *Health Services Research*, 45(4):904-921.
64. OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
65. CNA. (2003). *Staffing decisions for the delivery of safe nursing care*. http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PS67_Staffing_Decisions_Delivery_Safe_Nursing_Care_June_2003_e.pdf.
66. *New south Wales Nurses Association (2010). What is the nurse staff ratio claim*. <http://www.nswnurses.asn.au/news/28970.html>.
67. Simeons S, Villeneuve M & Hurts J (2005). *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, Paris:OECD
68. Main Council of Nursing and Midwifery. *Preliminary assessment of nurse and midwife staff resources in Poland by 2010*. Warsaw, June 2010
69. Wójcik G, Sienkiewicz Z & Wrońska I (2007). *Occupational migration of nursing staff as a new challenge for health care system*. *Nursing Topics*. 2-3 (15): 120-127
70. Royal College of Nursing (2012). *Mandatory Nurse Staffing Levels, Policy briefing, March 2012,London, UK*.

71. *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance, Geneva.*
72. Mercer H., Dal Poz M., Adams O., Stilwell B., Buchan J., Dreesch N., Zurn P., Beaglehole R. (2002) *'Human resources for health developing policy options for change'*.
73. Adams O. (1998). *'Human resources supply and cost containment in the health system'*, in: *Beazoglou T., Heffey D., Kyriopoulos J. (eds.) Human resources supply and cost containment in the health system, (pp.21-31). Athens : exandas*
74. Poulton K.(1993) *'Health service workforce planning in Europe'in :Norman C., Naughan P. (eds.) Europe without frontiers. The implications for health, (pp.79-86. Chichester: Wiley*
75. Hall T.,l and Mejia A (eds) (1979). *La planification des personnels de santé. Principles methods, problems.* Organisation Mondiale de la Sande, Geneve
76. Υπουργείο υγείας και πρόνοιας (2001). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα*
77. ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας Και Υγιεινής, σειρά ετών
78. OECD Health data Database, Version October 2010
79. Παρατηρητήριο Δεικτών Υγείας. Παρατηρητήριο Κοινωνικοοικονομικών και Επιδημιολογικών Δεικτών των Υγειονομικών Περιφερειών της Χώρας <http://paratiritirio.system.com.gr/>
80. OECD, Health DATA 2009
81. Υπουργείο Υγείας: *Αειφόρος ανάπτυξη-δημόσια υγεία, Λευκωσία, Ιούνιος 2007*
82. *Ετήσια Έκθεση Υπουργείο Υγείας 2007*
83. *Αρχή Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Φεβρουάριος 2006*
84. *Στατιστικές υγείας και Νοσοκομείων 2006, Τμήμα Στατιστικής*
85. http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page20_gr/page20_gr?OpenDocument
86. *Calfee.D.L, ''Get your Mission statement Working'', Management Review ,January 1993*
87. *White, ''Nursing Theory.A Viewpoint,'',Journal Of Nursing Administration, July-August 1984*

88. Kahle – H. Leonhardt – W. Platzer,(1984), *μυοσκελετικό σύστημα, In: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ.:1-426*
89. Loomis.C, *''The real action in health Care''*, *Fortune*, 11 July 1994
90. Leann S. (1990). *Developing new models of care, roles and responsibilities. Journal of Nursing Administration* 19(6).
91. Σαράφης Π., Μαλλιάρου Μ, Σωτηριάδου Κ. *Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου. Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 2010, 2(4): 148-154.*