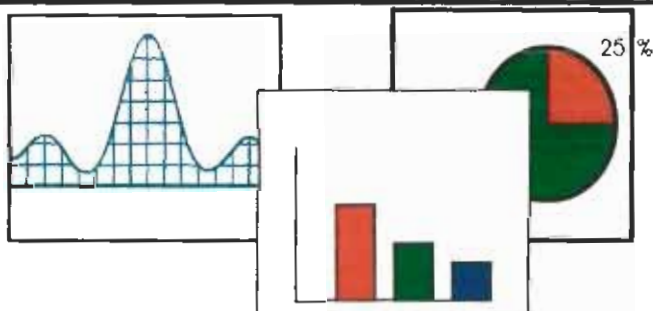


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
(ΕΡΕΥΝΑ)

**ΙΔΕΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΩΡΙΣ
ΝΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ
ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΤΟΝ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :

Dr ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ MD

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :

ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΟΥ ΠΑΡΘΕΝΑ

ΓΚΑΤΖΙΑΝΗ ΚΩΝ/ΝΑ

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΜΑΡΙΝΑ

ΤΣΑΜΗ ΚΩΝ/ΝΑ

ΧΑΤΖΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1996 - 97

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2249
----------------------	------

Αφιερώνεται στους γονείς
και στα αδέρφια μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
1	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ	
1.1	Κατανόηση - πρόληψη και αντιμετώπιση	8
1.2	Ενδείξεις επαγγελματικής κόπωσης	9
1.3	Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης	10
1.4	Μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής κόπωσης	14
2	ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1	Ενιαίος Φορέας Υγείας : Το πραγματικό πρόβλημα	20
2.1	Χρηματοδότηση Υγειονομικών συστημάτων	21
2.2.1	Πηγές χρηματοδότησης	21
2.2.2	Μηχανισμοί χρηματοδότησης	22
2.2.3	Διαχείριση της χρηματοδότησης	25
3	ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	28
3.1	Οι ευρωπαϊκοί στόχοι για τις υπηρεσίες υγείας	28
3.2	Συστήματα υπηρεσιών υγείας βασισμένα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	29
3.3	Κατανομή πόρων ανάλογα με τις ανάγκες	31
3.4	Περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	32
3.5	Παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας	33
3.6	Συντονισμός πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας	34
3.7	Εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών	35
3.8	Η Ελληνική πραγματικότητα	36
3.8.1	Η φυσιολογία του συστήματος υγείας (στόχος 26)	37
3.8.2	Η κατανομή των πόρων (στόχος 27)	38
3.8.3	Οι παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες (στόχος 28)	40
3.8.4	Η συνεργασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα (στόχος 29)	41

3.8.5	Συντονισμός σε τοπικό επίπεδο (στόχος 30)	41
3.8.6	Η εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών (στόχος 31)	42

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4	ΥΛΙΚΟ	44
4.1	ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	46
5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	47
6	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
7	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	95
8	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	96
	SUMMARY	97
9	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	98
10	ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ	100

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

	ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	102
	ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	104

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	III
--	----------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γνωστό ότι η διοίκηση κάθε οικονομικού οργανισμού καταβάλλει παραγωγική προσπάθεια. Η προσπάθεια συνίσταται στην ολοκλήρωση των γνωστών και συγκεκριμένων εκ των προτέρων στόχων. Για να επιτύχει τους στόχους αυτούς, ο οργανισμός χρησιμοποιεί τα μέσα παραγωγής αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό, τα οποία θα πρέπει να συνδυαστούν κατάλληλα για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Το ανθρώπινο δυναμικό, στη συγκεκριμένη περίπτωση οι νοσηλευτές, συμμετέχουν όχι μόνο στην παραγωγική διαδικασία, αλλά άμεσα διαμορφώνουν και επηρεάζουν το τελικό κόστος του παραγόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας. Η επίδραση αυτή του συντελεστή της παραγωγής «εργασίας» στην παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού γίνεται ακόμη πιο έντονη και καθοριστική όταν ο οργανισμός φέρει τα χαρακτηριστικά της «έντασης εργασίας» όπως π.χ. τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η ορθολογική οργάνωση της εργασίας, επιβεβλημένη ανάγκη για τη διοίκηση του οργανισμού, προϋποθέτει προγραμματισμό, σχεδιασμό και εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών. Εκ ποσοιμίου όμως, θεωρείται σταθερή η παράμετρος της ανελλιπούς και αδιάκοπης εργασίας του υπάρχοντος εργατικού δυναμικού.

Σχεδιασμός εργασίας δεν γίνεται αν δεν θεωρηθεί ως δεδομένη η προσφορά συγκεκριμένης ποσότητας και ποιότητας εργασίας.

Μέσα σ'ένα τέτοιο σύστημα που έχει σαν απώτερο σκοπό τη μέγιστη παραγωγικότητα και την παροχή υψηλού δείκτη ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, έγινε προσπάθεια προσέγγισης του φόρτου εργασίας, που βιώνει καθημερινά το νοσηλευτικό προσωπικό. Αναφορά επίσης έγινε και στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης, όπως στις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης του φόρτου εργασίας.

Κύριος σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η συλλογή ιδεών και προτάσεων για τη μείωση του φόρτου χωρίς όμως οι ιδέες αυτές να επιβαρύνουν την οικονομία του κράτους. Έτσι, γνωρίζοντας τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας και λαμβάνοντας υπόψη την αδυναμία των προγραμμάτων στη χάραξη της πολιτικής της υγείας, έγινε προσπάθεια αφ'ενός μεν να εντοπιστεί το πραγματικό πρόβλημα του υγειονομικού τομέα, αφ'ετέρου δε να αναφερθούν οι πηγές, οι μηχανισμοί και η διαχείριση της χρηματοδότησης. Ακόμη οι επενδύσεις που γίνονται στον υγειονομικό τομέα καθώς και την επιλογή εσόδων και εξόδων από λογαριασμούς προϋπολογισμού ελληνικών νοσοκομείων.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μία συνοπτική παρουσίαση και ανάλυση των στόχων 26 - 31 του Π.Ο.Υ και εκτιμάται ο βαθμός εφαρμογής τους στη χώρα μας. Δηλαδή κατά πόσο οι εξελίξεις στις υπηρεσίες υγείας στη Ελλάδα συμβαδίζουν με τις διεθνείς κατευθύνσεις και τις επιταγές της παγκόσμιας στρατηγικής «Υγεία για όλους το 2000». Αυτό, γιατί πιστεύετε ότι η υλοποίηση των συγκεκριμένων στόχων θα οδηγήσει στη μείωση του φόρτου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, μέσα απ'τη περιφερειακή ανάπτυξη των κέντρων υγείας και την ταυτόχρονη αποσυμφόρηση των δημόσιων κρατικών νοσοκομείων.

Η ερευνητική ομάδα αποτελούμενη απ'τους σπουδαστές Αλεξανδρίδου Παρθένα, Γκατζιάνη Κων/να, Καραγιάννη Μαρίνα, Τσάμη Κων/να, Χατζή Αθανάσιο, θα ήθελε να ευχαριστήσει εισηγήτρια του θέματος Δρ.Παπαδημητρίου Μαρία MD, η βοήθεια της οποίας ήταν σημαντική. Επίσης τον κ. Δετοράκη Ιωάννη Υγειονομικό Διαφωτιστή, τον κ.Αυγερίδη Κοινωνιολόγο και την κα Μαργώνη Αθηνά Νοσηλεύτρια, για τη μεγάλη συμβολή τους στην ανεύρεση βιβλιογραφίας. Τέλος, ευχαριστούμε θερμά όλους τους φίλους που βοήθησαν στη συλλογή στοιχείων προκειμένου να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

3

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ

1.1 ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΜΙΣΗ

Η επαγγελματική κόπωση (ή σύνδρομο burnout), ορίζεται από τους Pines και Maslach σαν μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, όπου ο εργαζόμενος αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους και παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του.^{1,2}

Αυτή η κατάσταση της επαγγελματικής κόπωσης δεν παρουσιάζεται ξαφνικά, ούτε είναι το αποτέλεσμα συγκεκριμένα περιστασιακού γεγονότος που προκάλεσε έντονο stress. Είναι το φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά και οφείλεται κυρίως σ'ένα χρόνιο, έντονο stress, που δημιουργούν οι συνθήκες και η φύση της εργασίας στη νοσηλεύτρια/τή ή άλλο εργαζόμενο που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο και τους συγγενείς του.

Το σύνδρομο δηλαδή της επαγγελματικής κόπωσης είναι μία κατάσταση υπερκόπωσης που αντιμετωπίζει ένας αποθαρρυσμένος εργαζόμενος, ο οποίος καταφεύγει στην αδιαφορία. Για παράδειγμα, μία νοσηλεύτρια, ενώ αρχικά μπορεί να είχε διάθεση, ενέργεια, δυναμισμό για την εργασία της, αρχίζει σταδιακά να χάνει τον ενθουσιασμό της, να ενδιαφέρεται όλο και λιγότερο και να κρατά όλο και μεγαλύτερη «απόσταση» από τους ασθενείς, που νιώθει ότι της δημιουργούν άγχος και την κουράζουν, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας τόσο με τους αρρώστους όσο και με το υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ παράλληλα μειώνεται η ποιότητα και η απόδοση της εργασίας και η νοσηλεύτρια/τής, νιώθει έντονα την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πιστεύει ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην εργασία της και κατά συνέπεια χάνει την αυτοεκτίμηση και την αισιοδοξία της.

Το σύνδρομο burnout αναπτύσσεται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε όλους σχεδόν τους εργαζόμενους στο χώρο της Υγείας και θα πρέπει να είμαστε σε θέση:

- να αναγνωρίζουμε έγκαιρα τις ενδείξεις (συμπτώματα) της επαγγελματικής κόπωσης,
- να εντοπίζουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου αυτού,
- να χρησιμοποιούμε αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των επιπτώσεων της σωματικής και ψυχικής εξάντλησης και
- να λαμβάνουμε έγκαιρα προληπτικά μέτρα.

12 ΕΝΔΕΞΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Ο εργαζόμενος νιώθει ότι χάνει τις δυνάμεις του, προβληματίζεται για το πως θ'αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα και δυσκολεύεται να «δοθεί» στους ασθενείς. Νοιώθει ότι τα συναισθηματικά του αποθέματα έχουν τελειώσει και ότι δεν υπάρχει πηγή αναπλήρωσής τους.

Κάτω απ'το φόρτο και τη φύση της εργασίας του αναπτύσσεται μία έντονη αποθάρρυνση. Συχνά πιστεύει ότι δεν είναι ικανός ή ότι δεν ανταποκρίνεται στις δικές του προσδοκίες ή σ'εκείνες του περιβάλλοντός του. Όταν μάλιστα η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται ή όταν συνοδεύεται μόνο από κριτική, η αίσθηση της αποθάρρυνσής του εντείνεται. Για να ελέγξει ή να ξεφύγει από αυτή τη συναισθηματική κατάσταση ο εργαζόμενος νοσηλευτής συνήθως ελαττώνει τις συχνές επισκέψεις στους θαλάμους και βαθμιαία περιορίζει την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις στενές σχέσεις που θα επιθυμούσε κατά το παρελθόν. Αποφεύγει να συνδεθεί μαζί τους συναισθηματικά και συμπεριφέρεται κατά τρόπο απρόσωπο. Παρουσιάζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμος, δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες και εξαντλεί τη παροχή φροντίδας στις σωματικές ανάγκες του αρρώστου, ενώ αγνοεί τις ψυχοκοινωνικές. Συχνά φέρεται σαν να έχει απέναντί του μία «αρρώστια» παρά έναν άνθρωπο που είναι αρρώστος. Μερικές φορές μάλιστα γίνεται ευερέθιστος, απότομος, επιθετικός, ειρωνικός, αντικοινωνικός.

Αυτή η στάση συχνά ερμηνεύεται απ'τους άλλους σαν ψυχρότητα, τυπικότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς. Συχνά οι ερμηνείες αυτές εντείνουν τα συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και θλίψης του νοσηλευτού και τον καθιστούν ένοχο της συμπεριφοράς του, γιατί αυτός πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά του. Αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους και συνεργάτες του αλλά και στον εαυτό του. Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης είναι η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, μία τάση του εργαζόμενου να ξεχνά εύκολα, να μην παρατηρεί σημαντικές λεπτομέρειες και κατά συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής σ'εσφαλμένες εκτιμήσεις, αξιολογήσεις, με αποτέλεσμα ίσως να συμβαίνουν λάθη και ατυχήματα. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί από την εργασία του και νιώθει έντονα μία τάση υπεκφυγής.

Όμως οι επιπτώσεις της επαγγελματικής κόπωσης έχουν αντίκτυπο και στη σωματική του διάσταση. Ο εργαζόμενος νοσηλευτής παρουσιάζει αυξημένη μυϊκή υπερένταση, με πόνους συνήθως στον αυχένα, τη μέση, τη πλάτη, συχνούς πονοκεφάλους, γαστρεντερικές και ψυχοσωματικές διαταραχές κ.α. Με δυσκολία

ξυπνάει το πρωί και με δυσκολία κοιμάται το βράδυ, εξ' αιτίας κάποιας γενικότερης ανησυχίας και υπερέντασης. Άλλοτε πάλι παρουσιάζει μία αισθητή αύξηση ή μείωση βάρους καθώς αλλάζουν οι συνήθειες διατροφής του.

13 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Άραγε γιατί συμβαίνει αυτός ο κύκλος αντιδράσεων σε ορισμένα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού; Γιατί ο εργαζόμενος υιοθετεί αυτή τη συμπεριφορά απέναντι στους αρρώστους και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα προς αυτούς, τον εαυτό του ή και τους συνεργάτες του;

Η απάντηση πρέπει να αναζητηθεί

1. Στις συνθήκες εργασίας με τις εκάστοτε απαιτήσεις, σωματικές και ψυχοπνευματικές, στο χώρο της υγείας, καθώς και στις συνεργασιακές του σχέσεις.
2. Στις σχέσεις του εργαζόμενου με τους αρρώστους και τους συγγενείς του.
3. Σε ορισμένα προσωπικά - εξατομικευμένα χαρακτηριστικά του ίδιου του εργαζόμενου που τον κάνουν να μη μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το stress και να νιώθει αποθαρρυνμένος.

1. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συχνά ο αυξημένος φόρτος και οι απαιτήσεις δουλειάς δημιουργούν στον εργαζόμενο το συναισθηματικό ότι δεν έχει τη δυνατότητα να ξεφύγει έστω και για λίγο. Όταν μάλιστα δεν έχει την ευκαιρία να εκφράζει τη γνώμη του, να συμμετέχει σε συλλογικές αποφάσεις, να επιλέγει - έστω και μέρος - από τις ευθύνες που αναλαμβάνει, τότε νιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο στις υπηρεσίες που προσφέρει και ότι απλώς «εκτελεί οδηγίες». Κάτω απ' αυτούς τους εργασιακούς όρους νιώθει αδύναμος, παγιδευμένος, βιώνει αναπόφευκτα έντονο stress, συναισθήματα ματαιοδοξίας, που συμβάλλουν με μαθηματική ακρίβεια στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης.

Οι συνθήκες εργασίας γίνονται ακόμα δυσκολότερες όταν ο νοσηλευτής είναι άπειρος και όταν έχει ανεπαρκή εκπαίδευση σε θέματα βιολογικής και ψυχολογικής φροντίδας του αρρώστου. Στις ειδικές μονάδες νοσηλείας, ο γιατρός συχνά πρέπει να πάρει δύσκολες αποφάσεις για τη θεραπεία και τη γενικότερη φροντίδα του ασθενούς και μάλιστα κάτω από πίεση χρόνου. Παράλληλα, είναι αντιμέτωπος με μία αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των

θεραπευτικών μέτρων που αποφασίζει να εφαρμόσει και τις ενδεχόμενες επιπλοκές της αρρώστιας και της θεραπείας. Την αβεβαιότητα αυτή την αισθάνονται ίσως και οι άρρωστοι που συνειδητοποιούν ότι απειλείται η ίδια τους η ζωή. Κάτω απ' αυτό το έντονο stress και το άγχος της αρρώστιας, γίνονται ορισμένες φορές απαιτητικοί και επίμονοι. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο να εκφράζουν παράπονα για επουσιώδη πράγματα και να χρησιμοποιούν το κουδούνι κλήσεως βοήθειας απ' το γιατρό ή το νοσηλευτή. Το νοσηλευτικό προσωπικό κάτω απ' αυτές τις συνθήκες καλείται να βρει ένα κατάλληλο τρόπο να επικοινωνήσει με τον άρρωστο έχοντας υπ' όψιν του τις εξατομικευμένες ανάγκες και τα προβλήματά του και να τον βοηθήσει να ακολουθήσει την υποδειχθείσα θεραπευτική αγωγή, καθώς επίσης να τον ενημερώσει με τρόπο τέτοιο ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία του.

Τις συνθήκες εργασίας επιβαρύνει μερικές φορές το κλίμα των διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνεται μεταξύ των εργαζομένων. Προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με συναδέλφους, προϊσταμένους ή τη διοίκηση μπορούν να αποτελέσουν πηγή άγχους και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης. Όταν υπάρχουν ανταγωνισμός, συγκρούσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης ή όταν επικρατεί κλίμα σύγκρουσης και κριτικής όπου τονίζονται τα λάθη χωρίς να αναγνωρίζεται η προσφορά, τότε γίνεται δύσκολα μία εποικοδομητική συνεργασία γιατί καθένας απομονώνεται για να αποφύγει τις συνέπειες από την ένταση των σχέσεων αυτών.

2. ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ

Μερικές φορές ο νοσηλευτής, που αρχικά φρόντιζε με ενδιαφέρον και ενθουσιασμό τους ασθενείς, φθάνει σε σημείο να αδιαφορεί και να τους αποφεύγει. Μία απ' τις αιτίες αυτής της απομάκρυνσης, αποδίδεται στο έντονο stress που δημιουργεί η ίδια η σχέση με τον άρρωστο. Η σχέση αυτή συχνά εξαρτάται και επηρεάζεται από μερικούς παράγοντες, όπως:

- τη φύση της αρρώστιας του ασθενούς
- τη κατάσταση και σοβαρότητα της υγείας του
- τη προσωπικότητα του άρρωστου
- τις προσδοκίες που έχει το προσωπικό από τον άρρωστο
- τις προσδοκίες που έχει ο άρρωστος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και
- τις προσωπικές εμπειρίες και προβλήματα στη ζωή του εργαζόμενου που αναβιώνουν όταν βρίσκεται μπρός σε ορισμένους άρρώστους ή καταστάσεις.

Σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες το προσωπικό έρχεται συνεχώς σε επαφή με άτομα που εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις όταν μαθαίνουν τη διάγνωση κάποιας ανίατης ασθένειας π.χ. καρκίνος ή τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους που προοδευτικά οδηγεί στο θάνατο. Όταν λοιπόν ο εργαζόμενος είναι απροετοίμαστος για να καταλάβει και να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές, τότε αισθάνεται αδύναμος κι ανήμπορος να σταθεί κοντά τους και κατά συνέπεια τους αποφεύγει, ενώ παράλληλα αισθάνεται άσχημα γι' αυτή του τη συμπεριφορά.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο νοσηλευτής θα βρεθεί κοντά σ' ένα βαριά άρρωστο που πεθαίνει, εκείνες τις στιγμές έχει την αίσθηση της αποτυχίας, της ήττας, επειδή ίσως η παρέμβασή του δε στάθηκε αποτελεσματική ή μοιάζει να είναι μάταια.

Συχνά η αίσθηση αυτή της αποτυχίας εκδηλώνεται με θυμό. Άλλοτε μεν, ο ιατρός ή ο/η νοσηλευτής/τρια στρέφουν το θυμό τους προς τον ίδιο τους τον εαυτό τον οποίο κατηγορούν ότι δεν είχε αρκετή γνώση, πείρα, ικανότητα να πετύχει, γεγονός που οδηγεί σε νέα αισθήματα ανεπάρκειας. Άλλοτε στρέφεται εναντίον άλλων συναδέλφων και συνεργατών, ότι δεν αξιολόγησαν σωστά τις ανάγκες, δεν ειδοποίησαν έγκαιρα και η παρέμβασή τους γενικότερα δεν ήταν σωστή. Άλλοτε πάλι, ο θυμός του στρέφεται προς τον άρρωστο, τον οποίο κατηγορούν ότι δεν ζήτησε έγκαιρα βοήθεια, ότι δεν ακολούθησε πιστά τις οδηγίες ή ότι δεν συνεργάστηκε. Τον καθιστούν λοιπόν υπεύθυνο για την πρόκληση της παρούσας κατάστασής τους και μπορεί να φθάνουν στο σημείο να σκέφτονται ότι εφόσον δεν συμμορφώθηκε με τις οδηγίες «αξίζει αυτά που έπαθε». Ο θυμός αυτός ακολουθείται από ενοχές, γιατί ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί τα αρνητικά συναισθήματα και την έλλειψη σεβασμού που δείχνει προς το άτομο. Παράλληλα εντείνεται το άγχος του καθώς βαθμιαία επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Σ' αυτήν τη φάση μπορεί να ταυτιστεί με τον άρρωστο καθώς δημιουργούνται έντονοι φόβοι μήπως και ο ίδιος αρρωστήσει κάποια μέρα και έχει την ίδια μοίρα. Άλλοτε, μη έχοντας αποσβήσει το πένθος απ' το θάνατο κάποιου δικού τους ανθρώπου, ξαναζωντανεύει μία άλυτη προσωπική συναισθηματική του κατάσταση κάθε φορά που βρίσκεται κοντά σε κάποιον που πεθαίνει.

Αναμφίβολα, οι άρρωστοι που υποφέρουν από καρκίνο ή από άλλες αρρώστιες που επιστημονικώς θα καταλήξουν με βεβαιότητα στο θάνατο, δημιουργούν έντονη συναισθηματική φόρτιση στον κάθε εργαζόμενο. Γι' αυτό και είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να εξετάζει τα κίνητρα που τον οδήγησαν σ' αυτό τον ιδιαίτερα χώρο εργασίας, το πόσο προετοιμασμένος ήταν ν' αναλάβει τη υπεύθυνη και εξατομικευμένη φροντίδα των αρρώστων αυτών και το πόσο είναι σε θέση να

κάνει μία βαθύτερη αυτογνωσία που θα αφορά τις σχέσεις του με τους αρρώστους και γενικότερα τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι έρευνες στον τομέα αυτό έχουν επισημάνει ορισμένες δημογραφικές παραμέτρους που συμβάλλουν ώστε μερικά άτομα να είναι περισσότερα ευάλωτα στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης.^{2, 3, 4, 5, 6}

Άτομα νεώτερα στην ηλικία χωρίς εμπειρία με υπερβολικά υψηλούς στόχους και ιδανικά, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική κόπωση. Η συζυγική και οικογενειακή κατάσταση του εργαζόμενου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Άγαμοι, διαζευγμένοι, άτομα που ζούν μόνα τους, έγγαμοι που δεν έχουν παιδιά φαίνεται ότι είναι περισσότερο ευάλωτοι στις επιπτώσεις του stress της εργασίας σε σύγκριση με έγγαμους που έχουν παιδιά. Οι έγγαμοι με παιδιά είναι πιθανόν να έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στο χειρισμό των διαπροσωπικών σχέσεων και προβλημάτων, την οποία απέκτησαν στην οικογένειά τους. Επιπλέον, η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει πηγή ηθικής και συναισθηματικής στήριξης για τον εργαζόμενο.

Η περιγραφή ενός συγκεκριμένου προφίλ προσωπικότητας ατόμου με όλα τα χαρακτηριστικά που πιθανόν το καθιστούν ιδιαίτερα ευαίσθητο στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης είναι πολύ δύσκολη. Όλοι όσοι εργάζονται σε χώρους που τους φέρνει σε άμεση επαφή με άτομα που έχουν την άμεση ή και έμμεση ανάγκη τους, γίνονται κάποια στιγμή επιρρεπείς, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στην εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης. Παρ' όλα αυτά τις περισσότερες πιθανότητες τις έχει εκείνος που αισθάνεται ότι είναι αδύναμος, ανήμπορος να τα βγάλει πέρα, παγιδευμένος, αποτυχημένος που συχνά υποτιμά τις ικανότητές του και κρίνει αυστηρά τον εαυτό του. Είναι εκείνος που τον χαρακτηρίζει το έντονο αίσθημα της αποθάρρυνσης. Η αποθάρρυνση αυτή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των υπερβολικά υψηλών στόχων, των προσδοκιών και των απαιτήσεων που έχει το άτομο από τον εαυτό του και το περιβάλλον του και συχνά απογοητεύεται όταν η πραγματικότητα δεν ανταποκρίνεται στα ιδανικά του. Πιστεύει ότι αξίζει ως άτομο μόνο όταν είναι «ο πρώτος», «ο καλύτερος», «ο ανώτερος». Τούτο έχει ως συνέπεια οποιοδήποτε λάθος ή αποτυχία να αποτελεί πλήγμα στο γόητρό του και το αντιμετωπίζει σαν κάτι το καταστροφικό που του προκαλεί έντονο stress. Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγείται και ο εργαζόμενος που πιστεύει ότι πρέπει να έχει τον

έλεγχο για όλα όσα συμβαίνουν γύρω του, αναλαμβάνει υπερβολικές ευθύνες σε σημείο που να μην μπορεί να ανταπεξέλθει.

Είναι δυνατόν μερικές φορές πίσω απ'το αίσθημα της αποθάρρυνσης να κρύβεται ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από μία υπερβολική ανάγκη γι'αγάπη και παραδοχή απ'τους άλλους, γιατί τότε μόνο νιώθει ότι έχει αξία. Εκ τούτου κάνει κάθε τι για να αρέσει, να ευχαριστήσει και να κερδίσει την αγάπη των αρρώστων ή των συνεργατών του. Αποφεύγει να έρθει σε ρήξη μαζί τους, δέχεται παθητικά οποιαδήποτε εξωτερική πίεση, βάζει χαλαρά όρια στις σχέσεις του, σε σημείο που να εκμεταλλεύονται την καλοσύνη του, ενώ ο ίδιος δέχεται αδιαμαρτύρητα αυτή τη κατάσταση από φόβο μην τον απορρίψουν.

14 ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΣΤΩΠΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ

Οι επιπτώσεις του φόρτου εργασίας πολλές φορές αναγκάζουν τον εργαζόμενο σε καινούργιες αναζητήσεις όπως στην ανάληψη νέων υπευθυνοτήτων, στη μετακίνησή του σε «διοικητικές θέσεις», ώστε να μην έρχεται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, στην μετάθεσή του σε άλλα όπου νοσηλεύονται άρρωστοι με λιγότερο, κατά την γνώμη του επώδυνες παθήσεις. Σπανιότερα δε, παραιτείται ή αναζητεί καινούργιο επάγγελμα.

Η καταφυγή όμως σ'αυτά τα «ριζικά» μέτρα δεν αποτελεί και τη σωστή λύση. Θα πρέπει κατ'αρχήν να γίνουν προσπάθειες να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τι ακριβώς του συμβαίνει, ώστε να αποδώσει την ψυχική και σωματική εξάντληση στις σωστές αιτίες. Ίσως τότε συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα και κατανοήσει ότι δεν είναι ο μόνος υπεύθυνος για την επικρατούσα κατάσταση στην εργασία του, αλλά ότι οι ευθύνες έχουν και άλλους παράγοντες όπως η ίδια η φύση και οι γενικότερες συνθήκες της εργασίας του. Είναι σημαντικό να αναρωτηθεί Τι υπευθυνότητες έχει και τι καθήκοντα εκτελεί; Μήπως αυτά είναι υπερβολικά και δεν μπορεί να τα εκπληρώσει; Ποιοί είναι οι όροι εργασίας; Τι περιορισμοί, κανόνες, εντολές, απαιτήσεις ή πιέσεις δέχεται στη κλινική; Η διοικητική δομή της μονάδας είναι αυταρχική ή εύκαμπτη; Του δίνεται η δυνατότητα να συμβάλλει στη διαμόρφωση του προγράμματος λειτουργίας της κλινικής ή δεν το ελέγχει και αναγκάζεται να υπακούει εφαρμόζοντας το αναντίρρητα; Αναγνωρίζονται όσα προσφέρει απ'τον προϊστάμενο ή ακούει μόνο αυστηρά σχόλια για τη δουλειά που κάνει; Πως αντιμετωπίζονται τα λάθη ή οι παραλείψεις; Βρίσκει υποστήριξη, βοήθεια, κατανόηση και συμπαράσταση απ'τους συναδέλφους του; Μοιράζονται τις δυσκολίες, την ένταση

ή καλλιεργείται ανταγωνιστικό, εχθρικό κλίμα και επιφυλακτικότητα, όπου ο καθένας κοιτάζει μόνο τον εαυτό του, το συμφέρον του ή τη προβολή του;

Στις περιπτώσεις που έχει αναπτυχθεί ένα τέτοιο κλίμα και ο εργαζόμενος εμφανίζει τις πρώτες ενδείξεις σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, τι μπορεί να κάνει για ν'αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση;

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν συνθήκες που συμβάλλουν στη μείωση ή στη πρόληψη των επιπτώσεων της επαγγελματικής κόπωσης.^{7,8,9,10}

Αρχικά όμως θα μπορούσαν να βοηθήσουν ορισμένες αλλαγές στο τρόπο που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται και προσφέρει τις υπηρεσίες του. Μερικές από τις βασικές κατευθύνσεις προς τις οποίες καθένας μπορεί να προβληματιστεί, είναι οι εξής:

1. Βλέποντας ότι δεν πάτε καλά με τη εργασία σας ή ότι δεν αποδίδετε, μην αρχίσετε να δουλεύετε περισσότερο ή σκληρότερα και μην αναλαμβάνετε με μεγαλύτερο ζήλο ευθύνες για να πείσετε τον εαυτό σας και τους άλλους ότι μπορείτε να ανταποκριθείτε στις αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας σας. Αυτό, αντί να απαλύνει τα πράγματα, θα τα χειροτερεύσει. Προσπαθείστε να βρείτε ποιές αλλαγές μπορείτε να επιφέρετε στο τρόπο λειτουργίας της εργασίας σας, ώστε να συμβάλλετε στην βελτίωση των συνθηκών.

2. Αναθεωρείστε τις προσδοκίες που έχετε από τον εαυτό σας στο χώρο εργασίας. Αν έχετε την απαίτηση να είστε ιδανικός, τέλειος, αλάθητος, τότε θα νιώθετε συχνά απογοητεύσεις και αποτυχίες.

3. Μην παίρνετε προσωπικά τις ενδεχόμενες αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών. Για παράδειγμα, οι άρρωστοι που φοβούνται να κατευθύνουν των οργή τους προς τους γιατρούς, μερικές φορές κάνουν τη νοσηλεύτρια στόχο του θυμού τους. Αφού καταλάβετε τι προκάλεσε αυτές τις αντιδράσεις στον άνθρωπο, δείξτε κατανόηση και μην παίρνετε πάντοτε προσωπικά τις παρατηρήσεις, διαμαρτυρίες ή τα παράπονα.

4. Αναγνωρίστε και αναλύστε τις δυσκολίες, τα προβλήματα, τη δυσφορία και τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθετε κατά την ώρα της εργασίας. Αναρωτηθείτε: Πότε αισθάνομαι έτσι; Πόσο συχνά; Κάτω από ποιές συνθήκες; Πως έχω αντιμετωπίσει μέχρι σήμερα την κατάσταση; Ποιόν εναλλακτικό τρόπο προσέγγισης θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω από τώρα και μπρός;

5. Εντοπίστε τις θετικές πλευρές της εργασίας. Ζητήστε από τους άλλους γύρω να σας πούν τι θετικά σημεία βλέπουν στη προσφορά των υπηρεσιών σας. Όλοι έχουμε ανάγκη από ενθάρρυνση.

Τα περισσότερα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δεν γνωρίζουν ότι και άλλοι συνάδελφοί τους τυχάνει να αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα προς

τους ασθενείς και τον ίδιο τους τον εαυτό. Ο καθένας πιστεύει ότι η αντίδρασή του είναι μοναδική, ότι αποτελεί μία «απόκλιση» παρά μία φυσιολογική συμπεριφορά και συχνά την αποδίδει σε λανθασμένες αιτίες, όπως λ.χ. μεγαλοποιημένα υποθετικά προσωπικά προβλήματα, επαγγελματική ανεπάρκεια, κ.λ.π. Στην ουσία, η συναισθηματική απομάκρυνση του εργαζόμενου από τον ασθενή και ο μειωμένος χρόνος που αφιερώνει στη φροντίδα του αρρώστου δεν αποτελούν παραδείγματα λειτουργίας «κακών», «ανίκανων», «αδιάφορων» ή «κυνικών» εργαζομένων. Είναι μεγαλύτερη η αποθάρρυνση που νιώθει ο εργαζόμενος, όταν οι συνθήκες εργασίας κάτω από τις οποίες αποδίδει είναι αντιξοές, πιεστικές, εντατικές και αυταρχικές.

Γιά να βελτιωθεί λοιπόν η κατάσταση δεν αρκεί μόνο κάθε εργαζόμενος ν'αλλάξει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει αυτές τις συνθήκες, αλλά είναι συχνά απαραίτητο να γίνουν και μερικές ουσιαστικές, ευρύτερες αλλαγές που θα μεταβάλλουν τις συνθήκες εργασίας και τη λειτουργία των διαφόρων τμημάτων ή κλινικών. Τέτοιες αλλαγές, που συμβάλλουν τόσο στη πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας, είναι οι ακόλουθες:

1. Εκπαίδευση.

Το προσωπικό του νοσοκομείου και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό και το ιατρικό, είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται και να επιμορφώνονται σε θέματα ψυχολογίας και επικοινωνίας. Η σημερινή βασική Ιατρική ή Νοσηλευτική εκπαίδευση δεν τους παρέχει επαρκώς τα κατάλληλα εφόδια, ούτε τους προετοιμάζει ώστε ν'αντιμετωπίσουν τις επαναλαμβανόμενες ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις, που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους. Δυστυχώς μέχρι σήμερα, το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού δεν βλέπει το άρρωστο άτομο σαν προσωπικότητα που υποφέρει, αλλά εξακολουθεί να τον θεωρεί σαν μία «αρρώστια» με τα συμπτώματά της ή σαν «περιστατικό». Η ιατρική αντίληψη θέλει τον άρρωστο παθητικό και εξαρτημένο, να «υφίσταται» αδιαμαρτύρητα τις ιατρικές εξετάσεις και τη θεραπεία, να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες, να μιλά μόνο απαντώντας στις ερωτήσεις του γιατρού ή της νοσηλεύτριας που από τη δική τους πλευρά, αναλαμβάνουν έναν ενεργητικό ρόλο και επιδιώκουν να ελέγχουν πλήρως την κατάσταση. Το προσωπικό δεν προσπαθεί να καλλιεργήσει στον άρρωστο την υπευθυνότητα, ούτε να αυξήσει τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Εάν ο ασθενής αρνηθεί αυτόν τον παθητικό ρόλο και απευθύνει για παράδειγμα, ο ίδιος ερωτήσεις στο γιατρό, τότε συχνά ο γιατρός, προσπαθώντας να «ελέγξει» την κατάσταση, μειώνει το χρόνο συζήτησης μεταξύ τους ή δίνει μηνύματα λήξης της επαφής τους (π.χ. κρατώντας στο χέρι του το χερούλι της πόρτας του θαλάμου). Άλλοτε πάλι ο γιατρός μπορεί να ανταποκριθεί με

έναν «ευγενικό», «φιλικό» και καθησυχαστικό τρόπο («είμαι σίγουρος ότι όλα θα πάνε καλά»), που όμως σημαίνει για τον άρρωστο πως τα περιθώρια να μοιραστεί με το γιατρό τις ανησυχίες του είναι μικρά.

Έτσι, η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας, στην επίλυση και στην ανάπτυξη ικανοποιητικών, διαπροσωπικών σχέσεων, θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα για μία σωστότερη αντιμετώπιση του αρρώστου. Μετά από τη περίοδο των σπουδών και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής άσκησης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει την ευκαιρία να ενημερώνεται και να επιμορφώνεται με διαλέξεις και σεμινάρια γύρω από θέματα που αφορούν την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, με νέες γνώσεις και δυνατότητες όσο αφορά τον τομέα της εξέλιξης της Ιατρικής και Νοσηλευτικής.

2. Ομάδες υποστήριξης.

Συνήθως αυτές οι ομάδες απαρτίζονται από τους εργαζόμενους ενός τμήματος που συγκεντρώνονται σε τακτική βάση. Η ομάδα μπορεί να συντονίζεται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο και σκοπός της είναι α) η εκτόνωση της έντασης και η ψυχολογική υποστήριξη των μελών της ομάδας, β) η βαθύτερη αυτογνωσία και ανάλυση συναισθημάτων και αντιδράσεων των εργαζομένων στο χώρο της δουλειάς και γ) η συζήτηση και αναζήτηση εγγαλακτικών τρόπων αντιμετώπισης ασθενών ή συγγενών με ειδικές ανάγκες ή προβλήματα.

3. Πολυμορφία στην εργασία.

Μέσα από ένα προσεγμένο καταμερισμό εργασίας, ο εργαζόμενος μπορεί να έχει περισσότερα από ένα καθήκοντα (νοσηλεία, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, διδακτικό έργο, παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, διοικητικές ευθύνες, κ.λ.π.). Είναι σημαντικό να μην νιώθει «παγιδευμένος» σ' ένα ρόλο και περιορισμένος σε καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο stress και από τα οποία δεν μπορεί να ξεφύγει. Για παράδειγμα, είναι πολύ οδυνηρό, μία νοσηλεύτρια να ασχολείται διαρκώς και αποκλειστικά με ασθενείς που πεθαίνουν. Όταν όμως αφιερώνει ορισμένο χρόνο μαζί τους και τον υπόλοιπο με αρρώστους καλής πρόγνωσης, τότε μπορεί συναισθηματικά να βρει μία ευσταθέστερη ισορροπία.

Η ένταση που δημιουργείται από την φροντίδα με τον άρρωστο μπορεί επίσης να μειωθεί όταν ο εργαζόμενος έχει τη δυνατότητα

α) «διαλλειμάτων» από τη συνεχή φροντίδα του αρρώστου και κατά τα οποία προσφέρει τις υπηρεσίες του σε κάποια άλλη θέση (π.χ. προετοιμασία θεραπευτικής αγωγής), ενώ τις ανάγκες της θέσης του καλύπτει πλέον άλλος

συνάδελφος , β) αδειών («φυγής»), που του δίνουν την ευκαιρία να αποσύρεται για λίγο από το χώρο εργασίας όταν παρουσιάζει ενδείξεις ψυχικής εξάντλησης.

4. Ψυχαγωγία - Χιούμορ.

Το χιούμορ - όταν δεν είναι εις βάρος των ασθενών ή μελών του προσωπικού - αποτελεί έναν τρόπο εκτόνωσης. Το να είναι κανείς ικανός να γελάσει, ν'αστειευτεί κατά τη διάρκεια ή μετά από ένα έντονο γεγονός, είναι ένας τρόπος για να μειώσει την ένταση και το άγχος που νιώθει από μία συγκεκριμένη κατάσταση.

5. Επιπτώσεις της εργασίας στο σπίτι - οικογένεια.

Αρκετοί εργαζόμενοι προσπαθούν να κάνουν ένα «σαφή» διαχωρισμό μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής τους ζωής. Συχνά δεν συζητούν τα προσωπικά ή οικογενειακά τους θέματα με τους συνεργάτες τους ή σπάνια μιλούν για τα επαγγελματικά τους ζητήματα με φίλους ή το σύντροφό τους. Πιστεύουν ότι έτσι περιορίζουν το stress της εργασίας και δεν το μεταφέρουν σπίτι. Όμως συχνά η ένταση της εργασίας μεταφέρεται στο σπίτι σαν ευερεθιστότητα, εκνευρισμός, παρεξηγήσεις που οδηγούν σε διαπληκτισμούς με την οικογένεια. Γι'αυτό και μερικοί εργαζόμενοι έχουν βρει χρήσιμο να αφήνουν ένα χρονικό διάστημα «αποσυμπίεσης» μεταξύ εργασίας και σπιτιού. Στο διάστημα αυτό ασχολούνται με κάποιο ενδιαφέρον τους, μ'ένα σπόρ ή πηγαίνουν έναν περίπατο ή απομονώνονται για λίγο για ν'ακούσουν μουσική και να χαλαρώσουν πριν βρεθούν και πάλι με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους.

Πολλοί επιστήμονες τονίζουν πόσο σημαντική είναι για την ψυχική ισορροπία κάθε ατόμου, η ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων που δεν έχουν καμμία σχέση με το χώρο δουλειάς.^{7,8} Μερικοί μάλιστα τονίζουν την αναγκαιότητα σωματικής άσκησης και σωστής διατροφής, ως ένα από τα κυριότερα μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής κόπωσης.¹⁰

6. Επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας.

Για να προλάβει ο εργαζόμενος τις αρνητικές επιπτώσεις της επαγγελματικής κόπωσης είναι σημαντικό να νιώθει ότι θεληματικά και συνειδητά επιλέγει τον συγκεκριμένο τομέα εργασίας και ότι θα είναι κατάλληλος για τον τομέα αυτό, που ενδεχομένως όμως να έχει ιδιαίτερες απαιτήσεις και ιδιομορφίες.

Όταν έχει συγκεκριμένα κίνητρα που τον ωθούν ν'ασχοληθεί με κάτι που τον ενδιαφέρει, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες ν'αποδώσει ποιοτική φροντίδα παρά

όταν τοποθετείται σ' ένα τμήμα που νιώθει «αναγκασμένος» να παρέχει υπηρεσίες κάτω από έντονες συναισθηματικά συνθήκες.

Τέλος, η αλλαγή στη δομή του πλαισίου εργασίας, που προβλέπει απασχόληση περισσότερου προσωπικού, μοίρασμα των ευθυνών, αναγνώριση και ανταμοιβή της υπεύθυνης φροντίδας των αρρώστων, βελτίωση του νοσοκομειακού εξοπλισμού, μη αυταρχική διοίκηση του προσωπικού συμβάλλει στην καλύτερευση των συνθηκών εργασίας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, έχοντας τις παραπάνω τροποποιήσεις, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα μπορεί να εργάζεται με λιγότερο stress, ν' αποφεύγει την όξυνση στις προσωπικές ή οικογενειακές του σχέσεις, να βελτώνει την επικοινωνία με τον άρρωστο και τη φροντίδα του γι' αυτόν και να εργάζεται με αίσθηση απόδοσης και ικανοποίησης.

2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΝΙΑΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.

Στην Ελλάδα, η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για την υγεία θεωρητικά είναι πλήρης και καθολική, γίνεται από πέντε μεγάλους οργανισμούς, οι οποίοι καλύπτουν το 90% του πληθυσμού και η πρόσβαση είναι θεωρητικά ελεύθερη και ισότιμη χωρίς επιβάρυνση των ασθενών την στιγμή της χρήσης. Ο έλεγχος της προσφοράς εστιάζεται κυρίως μόνον στα κρατικά νοσοκομεία και τις υπηρεσίες του μεγαλύτερου ασφαλιστικού οργανισμού, του ΙΚΑ και το σύνολο της εθνικής δημόσιας δαπάνης δεν υπερβαίνει το 5,5% του Α.Ε.Π.^{*1}

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα βρίσκεται σε απορρύθμιση και η οποία εκδηλώνεται α) με την υψηλή ζήτηση για νοσηλεία στο εξωτερικό ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και β) με την παράκαμψη της επίσημης διαδικασίας πρόσβασης την υψηλή ιδιωτική δαπάνη και την παραοικονομία.¹¹

Στη πραγματικότητα η αρχή της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών που υπόσχονται τα παραπάνω, ακυρώνεται όπως επίσης και η αρχή της μηδενικής τιμής κατά την χρήση, δεδομένου ότι η ιδιωτική δαπάνη και παραοικονομία, αποτελεί στην ουσία μία μορφή άτυπης συνασφάλισης και συμμετοχή στο κόστος. Για παράδειγμα, ένας πολίτης ο οποίος είναι ασφαλισμένος σε κάποιον δημόσιο ασφαλιστικό φορέα (π.χ. ΙΚΑ.)^{*}, όταν έχει την ανάγκη να χρησιμοποιήσει ειδικές νοσοκομειακές φροντίδες βιοιατρικής τεχνολογίας και δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από τα δημόσια νοσοκομεία, τότε καταφεύγει σε ιδιωτικό φορέα, για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Έτσι είναι αναγκασμένος να πληρώνει διπλά α) στο ΙΚΑ. μέσω κρατήσεων από το μηνιαίο εισόδημά του και β) στον ιδιώτη με άμεση χρηματική παροχή. Άρα δεν μπορούμε να μιλάμε για ισότιμη πρόσβαση και για μηδενική τιμή κατά τη χρήση.

Ο νοσοκομειακός τομέας εμφανίζει ελλείματα τα οποία υπερβαίνουν τα 130 δισ. δραχμές και επίσης οι οργανισμοί ασφάλισης υγείας ελλείματα τα οποία προσεγγίζουν τα 70 δισ. δραχμές, ποσά τα οποία μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο τομείς (νοσοκομειακός τομέας και τομέας ιδιωτικής ασφάλισης) έχουν περιέλθει σε ολοκληρωτική χρηματοδοτική κρίση, η οποία αναπαράγεται πολλαπλασιαστικά εξαιτίας του πληθωρισμού.

Εκ παραλλήλου, επειδή ο υψηλός πληθωρισμός στον υγειονομικό τομέα είναι πληθωρισμός κόστους, ο οποίος προέρχεται από την ανεξέλεγκτη λειτουργία της

¹ * Α.Ε.Π. : Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

* ΙΚΑ. : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

προσφοράς, ένα πρόγραμμα ελέγχου της προσφοράς και σταθεροποίησης του συστήματος είναι επίσης αναγκαίο και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με μία ολοκληρωμένη πολιτική ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών, στην οποία πρωτεύοντα σημεία είναι α) ο έλεγχος της φαρμακευτικής και παρακλινικής συνταγογραφίας και β) ο περιορισμός των επενδύσεων στη νοσοκομειακή υποδομή και την υψηλή βιοιατρική τεχνολογία¹¹

2.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

2.2.1 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι κυριώτερες πηγές χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων είναι οι εξής:

1. **Ο Δημόσιος Τομέας:** Αντλεί τους πόρους του από τον κρατικό προϋπολογισμό και πιο συγκεκριμένα α) από τα έσοδα γενικής φορολογίας (εισοδήματος, Φ.Π.Α. και άλλα), β) από τα έσοδα ειδικών φόρων (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα), γ) από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, δ) από εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματός τους, ε) από την ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων, που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών.

2. **Ο Ιδιωτικός Τομέας:** Αντλεί τους πόρους από: α) ιδιωτική ασφάλιση, β) εργαζόμενους και εργοδότες, γ) οικογενειακό εισόδημα, δ) δωρεές φιλανθρωπικών οργανισμών.

3. **Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία:** Αντλεί τους πόρους της από: α) διεθνή τράπεζα, β) Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ποιό συγκεκριμένα οι πηγές χρηματοδότησης των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, που άπτονται και του ενδιαφέροντός μας, είναι οι παρακάτω:

Α. Κρατικός Προϋπολογισμός: Κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων σήμερα. Η συμμετοχή του στην κάλυψη των νοσοκομειακών δαπανών κατά την τελευταία δεκαετία είναι ιδιαίτερα μεγάλη και αυτό γιατί οι τιμές του ημερήσιου κλειστού νοσήλειου (που εφαρμόζεται στην Ελλάδα από το 1970), παρέμειναν σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα και απήχαν σημαντικά από το πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας.

Ο κρατικός προϋπολογισμός μέχρι και το 1993 κάλυπτε το ετήσιο κόστος των αποδοχών του προσωπικού του νοσοκομείου, ένα μεγάλο μέρος των

λειτουργικών τους δαπανών, καθώς επίσης και τις δαπάνες που αφορούσαν έργα και προμήθειες επιστημονικού και τεχνικού εξοπλισμού.

Β. Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης: Δεύτερη σημαντική πηγή των δημόσιων νοσοκομείων. Τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν κάθε φορά τα νοσοκομεία για τον αριθμό ημερών νοσηλείας που πραγματοποιούν σ'αυτά οι ασφαλισμένοι και τα μέλη των οικογενειών τους.

Γ. Ιδιωτικός Τομέας: (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και ιδιώτες), αποτελεί μία πολύ μικρή πηγή εσόδων για τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό εξηγείται τόσο από το μικρό ποσοστό συμμετοχής της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην αγορά υπηρεσιών, όσο και από το γεγονός του υποχρεωτικού της κοινωνικής ασφάλισης.

Δ. Ίδιες Πηγές Εσόδων: Αφορούν ορισμένα μόνο νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν πάγια περυσιακά στοιχεία που προέρχονται κυρίως από κληροδοτήματα και τα οποία εκμεταλλεύονται επιχειρηματικά. Τα έσοδα αυτά αποτελούν σχεδόν ασημαντή πηγή εσόδων, λόγω του μικρού μεγέθους τους.^{12, 13}

2.2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι κυριώτεροι μηχανισμοί χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι εξής:

α) Ημερήσιο νοσήλιο. Είναι η μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, η οποία βασίζεται στη προκαθορισμένη τιμή για κάθε ημέρα νοσηλείας κάθε ασθενούς. Ο πρώτος αυτός τρόπος χρηματοδότησης θεωρείται πληθωριστικός γιατί υπάρχει το κίνητρο να αυξάνεται ο αριθμός ημερών νοσηλείας αφού έτσι αυξάνονται και τα έσοδα του νοσοκομείου. Ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης παρουσιάζει τα ακόλουθα μειονεκτήματα

- Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου και έχει ως συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών.
- Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών διότι ταυτίζεται περισσότερο με τις ημέρες νοσηλείας και έτσι κυριαρχεί ο παράγων «φιλοξενία» (παραμονή) και όχι άλλοι παράγοντες, που έχουν σχέση κύρια με την παροχή ιατρικών φροντίδων.
- Η τιμή ημέρας (το ημερήσιο νοσήλιο) έχει αποδειχθεί πληθωριστική, με την έννοια ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα, αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας.¹¹

- Τα ελλείματα επιβαρύνουν τη κρατική επιχορήγηση με επιπρόσθετους έκτακτους προϋπολογισμούς. Η κάλυψη αυτή έχει επίσης πληθωριστικό χαρακτήρα

β) Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες ασθενειών: Είναι μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. και βασίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες ασθενειών. Κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος, με τη μέθοδο αυτή είναι η ομαδοποίηση των ασθενειών σε ομοιογενείς κατηγορίες παθολογικά και διαγνωστικά όμοιες. Η ταξινόμηση αυτή έχει προέλευση ιατροοικονομική και επιχειρεί να συνδέσει τις κλινικές περιπτώσεις με τις οικονομικές υποχρεώσεις. Με την έννοια αυτή κάθε νοσηλεύόμενος ανήκει σε μία κατηγορία, που προσδιορίζεται από την ασθένειά του και που απαιτεί τη χρησιμοποίηση ενός πακέτου παρεχόμενων υπηρεσιών απ' το νοσοκομείο, έναντι συγκεκριμένης αμοιβής - αποζημίωσης. Για παράδειγμα οι ασθενείς με Ca παγκρέατος ανήκουν στην ίδια κατηγορία.¹⁵

γ) Σφαιρικός προϋπολογισμός: Χαρακτηρίζεται από την εκ των προτέρων πληρωμή μη συνολικής σφαιρικής χρηματοδότησης, των λειτουργιών του νοσοκομείου και από μία κοινή δράση όλων των υπευθύνων στη διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται στις ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Βρετανία, Ολλανδία, κ.λ.π.). Η διαχείριση του προϋπολογισμού αφορά το ίδιο το νοσοκομείο και όχι τους ενδιάμεσους, ενώ παρέκκλιση από τον συμφωνηθέντα προϋπολογισμό δεν μπορεί να δικαιολογηθεί παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις (π.χ. ανάπτυξη - δημιουργία νέου τμήματος που κρίνεται αναγκαίο).

Πιο συγκεκριμένα, τα νοσοκομεία διαπραγματεύονται τους κάθε φορά ενδιάμεσους φορείς (κράτος ή ασφάλειες) γιά να καθορίσουν ένα συγκεκριμένο προϋπολογισμό γιά το τρέχον έτος.

Μεταρρύθμιση στη διαχείριση: Αναφέρεται στην αποκεντρωμένη νοσοκομειακή διαχείριση και στη διαφορετική κατάτμηση της οργανωτικής δομής του νοσοκομείου (κέντρο υπευθυνότητας).

Κάθε νοσοκομείο με δική του πρωτοβουλία προβαίνει στη δημιουργία των δικών του κέντρων υπευθυνότητας, στα οποία αντιστοιχούν όλες οι βασικές νοσοκομειακές υπηρεσίες (διοικητικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, κ.α), όπως επίσης και οι διάφορες ομοιογενείς δραστηριότητες (ιατρικές, νοσηλευτικές, εργαστηριακές). Τα κέντρα υπευθυνότητας λειτουργούν αυτόνομα, έχουν καθορισμένους στόχους, στα πλαίσια πάντα των γενικότερων στόχων του νοσοκομείου και συντάσσουν το κάθε ένα το δικό του «δορυφορικό προϋπολογισμό». Το σύνολο των δαπανών που

διανέμεται στα διάφορα κέντρα υπευθυνότητας, ισούται με τη συνολική χρηματοδότηση. Με αυτό το τρόπο επιτυγχάνεται η αποκεντρωμένη νοσοκομειακή διαχείριση, η οποία έχει ως επακόλουθο τη συμμετοχή όλων των υπευθύνων στη κατάρτιση του τελικού προϋπολογισμού και τον ουσιαστικό έλεγχο στη διαχείριση του νοσοκομείου.

- Μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση: Αφορά κυρίως την εκ των προτέρων συνολική πληρωμή, σε ετήσια βάση του νοσοκομείου, το οποίο αναλαμβάνει να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, που καλύπτονται από χρηματοδότηση (κρατικός προϋπολογισμός, κοινωνική ασφάλιση).

Το ποσό της συνολικής χρηματοδότησης προσδιορίζεται από τη διαφορά μεταξύ του συνόλου των τρεχόντων εξόδων που δεν περιλαμβάνονται στο προϋπολογισμό και του συνόλου των εσόδων του νοσοκομείου, που πιθανόν να έχει από άλλες πηγές.

Ο τρόπος πληρωμής αναφέρεται στην ετήσια χρηματική παροχή, η οποία χορηγείται απ' το δημόσιο ταμείο περιθαλψής σε 2 δόσεις το μήνα.

Ολοκληρώνοντας τους μηχανισμούς χρηματοδότησης των νοσοκομείων και κάνοντας μία επιφανειακή σύγκριση των τριών μηχανισμών, συμπεραίνουμε ότι ο σφαιρικός προϋπολογισμός θα μπορούσε να αποτελέσει μία εναλλακτική μέθοδο χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων, αντικαθιστώντας το ημερήσιο νοσήλειο με την εκ των προτέρων ετήσια χρηματοδότηση, η οποία επιτυγχάνει τον έλεγχο των νοσοκομειακών δαπανών, αποβλέποντας στη ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση του νοσοκομειακού προϊόντος σε σχέση πάντα με ένα χαμηλό και δεδομένο κόστος. Με την εφαρμογή του σφαιρικού προϋπολογισμού στα ελληνικά νοσοκομεία επιτυγχάνουμε αυτόματα και την εισαγωγή νέων μοντέλων διοίκησης και διαχείρισης.(management).

Τα μοντέλα διαχείρισης (management) εφαρμόζονται μέχρι τώρα αποκλειστικά στις επιχειρήσεις, οι οποίες διέπονταν από τους νόμους της αγοράς και αποσκοπούσαν στο κέρδος. Σήμερα όμως έχει αποδειχθεί απαραίτητη η εισαγωγή νέων μοντέλων management και σε οργανισμούς που έχουν αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών υγείας.¹⁶

2.2.3. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ.

Καθοριστικός παράγοντας στην ορθολογική οργάνωση και διαχείριση κάθε Μονάδας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και ειδικότερα των νοσοκομείων, είναι ο άνθρωπος. Δυστυχώς στην Ελλάδα σήμερα ο χρήστης - καταναλωτής, ο οποίος δεν έχει τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις και πληροφορίες για τις υπηρεσίες υγείας, αναθέτει αναγκαστικά την επιλογή στο γιατρό και αυτό είναι που καθορίζει τον όγκο και το είδος των παρεχομένων τελικά υπηρεσιών. Έτσι, οι γιατροί με τις αποφάσεις τους καθορίζουν την προσφορά, αλλά και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατ'επέκταση το μέγεθος και το είδος της κατανάλωσης.

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας έχει αποδειχθεί ότι δεν ανταποκρίνεται πάντα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πολίτη, με συνέπεια πολλές φορές την χωρίς λόγο υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Η υπερβάλλουσα αυτή ζήτηση εκ μέρους των γιατρών οφείλεται, είτε στην αδυναμία τους να προχωρήσουν σε τελική διάγνωση, είτε στην επιθυμία τους να προωθήσουν επιστημονικά και ερευνητικά ενδιαφέροντα, είτε ακόμα και σε αδιαφορία ή αδυναμία τους να εκτιμήσουν το κόστος των προσφερομένων απ'αυτούς υπηρεσιών.

Οι αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών για την υγεία, έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Ουσιαστική προϋπόθεση για την εκπλήρωση της αποστολής τους, ως γνωστόν είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, γεγονός που αποτελεί επιτακτική ανάγκη σωστής οργάνωσης και διαχείρισης.

Για την αποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων απαραίτητη είναι η μέτρηση του προϊόντος - αποτελέσματος. Η μέτρηση - αξιολόγηση του αποτελέσματος, πρέπει να γίνεται κατά τρόπο, που να επιτρέπει συγκρίσεις τόσο μέσα στο νοσοκομείο, μεταξύ των διαφόρων τμημάτων τους, όσο και των νοσοκομείων μεταξύ τους. Η δυνατότητα, βέβαια μέτρησης και αξιολόγησης του πραγματικού τελικού νοσοκομειακού προϊόντος προϋποθέτει την εγκατάσταση και λειτουργία στο νοσοκομείο σύγχρονου πληροφοριακού συστήματος, όπου θα είναι δυνατή η καταγραφή και διακίνηση όλων των πληροφοριών που έχουν σχέση με την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών.

Στα ελληνικά νοσοκομεία η μέθοδος και η τεχνική της διαχείρισης (management) είναι άγνωστη αλλά ούτε και θα μπορούσε να εφαρμοστεί εφόσον αυτά χρηματοδοτούνται με το ημερήσιο νοσήλιο και δεν υπάρχει η απαραίτητη υποδομή για την εισαγωγή ενός σύγχρονου συστήματος πληροφοριών.

Οι παραδοσιακές μετρήσεις, που χρησιμοποιούνται όπως αριθμός νοσηλευομένων ασθενών, μέση διάρκεια νοσηλείας, κόστος ανά ασθενή και ημέρα νοσηλείας, δεν επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ των ασθενών, που νοσηλεύουν τα νοσοκομεία, αφού κάθε περίπτωση ασθένειας απαιτεί διαφορετική φροντίδα και χρησιμοποιεί διαφορετικούς πόρους. Γιά τους λόγους αυτούς τα αποτελέσματά τους όχι μόνο δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη διοίκηση αλλά ούτε αξιοποιήσιμα.

Έτσι, λοιπόν αυτή η αδυναμία μέτρησης του τελικού νοσοκομειακού προϊόντος στην χώρα μας επιτρέπει την αλόγιστη σπατάλη πόρων, με αποτέλεσμα τη διόγκωση των δαπανών υγείας και τη μη ορθολογική κατανομή των πόρων στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Συμπερασματικά, η έλλειψη σύγχρονης διαχείρισης (management) των νοσοκομείων αφήνει να διαιωνίζεται το τεράστιο πρόβλημα της διαχείρισης του προϋπολογισμού στον τομέα της υγείας.^{12, 14}

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Λογαριασμοί Προϋπολογισμού Ελληνικών Νοσοκομείων (επιλογή)

ΕΣΟΔΑ	ΕΞΟΔΑ
Λογαριασμοί	Λογαριασμοί
Έσοδα από παροχή υπηρεσιών	Αποθεματικά (τακτικό, έκτακτο)
Έσοδα από παροχή υπηρεσιών παρελθόντων ετών	Δαπάνες μισθοδοσίας προσωπικού
Έσοδα από εκμίσθωση ακίνητης περιουσίας	Αμοιβές όσων εκτελούν ειδικές υπηρεσίες
Έσοδα από τόκους κεφαλαίων	Εργοδοτικές εισφορές
Λοιπά έσοδα	Δαπάνες για επικοινωνίες (ΕΛΤΑ, ΟΤΕ)
Επιχορήγηση για κάλυψη δαπανών μισθοδοσίας	Δαπάνες ύδρευσης - φωτισμού - καθαριότητας
Επιχορήγηση για κάλυψη δαπανών λειτουργίας	Δαπάνες για συντήρηση μονίμων κτιριακών εγκαταστάσεων
Επιχορήγηση για πάγιο εξοπλισμό	Δαπάνες για συντήρηση μηχανικού και λοιπού εξοπλισμού
Επιχορήγηση για συντήρηση κτιρίων	Δαπάνες προμήθειας φαρμάκων - υγειονομικού υλικού
Επιχορήγηση για ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα	Δαπάνες προμήθειας χημικών αντιδραστηρίων
Επιχορήγηση από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων	Δαπάνες ειδών καθαριότητας
Επιχορήγηση από Ε.Ο.Κ.	Δαπάνες προμήθειας ειδών συντήρησης - επισκευής περιουσιακών στοιχείων
Έσοδα υπερ τρίτων	Δαπάνες προμήθειας τροφίμων
	Δαπάνες προμήθειας ειδών ένδυσης
	Δαπάνες προμήθειας καυσίμων
	Δαπάνες προμήθειας κινηματογραφικού υλικού
	Λοιπές λειτουργικές δαπάνες
	Αποδόσεις εσόδων που εισπράχθηκαν υπερ τρίτων

	<p>Επενδύσεις εκτελούμενες μέσω του κρατικού προϋπολογισμού (συντηρήσεις κτιρίων, προμήθεια εξοπλισμού, έρευνα)</p> <p>Επενδύσεις εκτελούμενες μέσω του Π.Δ.Ε (ανέγερση κτιρίων - εξοπλισμός)</p> <p>Επενδύσεις εκτελούμενες από τα έσοδα του Ν.Π.Δ.Δ.</p> <p>Επενδύσεις από έσοδα της Ε.Ο.Κ.¹⁴</p>
--	--

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Αναλύονται οι ευρωπαϊκοί στόχοι 26 - 31 του Π.Ο.Υ., οι οποίοι αναφέρονται στους αναπροσανατολισμούς που πρέπει να γίνουν στις υπηρεσίες υγείας για την προώθηση της στρατηγικής «Υγεία για όλους το 2000» και υπογραμμίζονται οι βασικότερες προϋποθέσεις που απαιτούνται για την επίτευξή τους. Επιχειρείται μία γενική αξιολόγηση του βαθμού κατά τον οποίο οι στόχοι αυτοί προσεγγίσθηκαν στη χώρα μας. Διαπιστώνεται ότι σε αντιδιαστολή με τους στόχους 26 και 27, το σύστημα υγείας διατηρεί το νοσοκομειακό κεντρικό του χαρακτήρα και το γεγονός αυτό αντανακλάται και στο επίπεδο των πόρων.

Τα Κέντρα Υγείας περιορίζονται στην παροχή κλασσικής ιατρικής περίθαλψης χωρίς να έχουν αναπτύξει εκείνο το σύνολο των υπηρεσιών που θεωρούνται αναγκαίες στα πλαίσια της Π.Φ.Υ (στόχος 28). Η ομαδική εργασία του προσωπικού υγείας και η συνεργασία με τον πληθυσμό (στόχος 29) δεν υφίσταται ενώ κανένας θεσμός για τη διατομειακή συνεργασία και το συντονισμό των δραστηριοτήτων σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο (στόχος 30) δεν προωθήθηκε. Κανένας τέλος μηχανισμός ελέγχου και εξασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών (στόχος 34) δεν λειτουργεί. Συμπεραίνεται ότι, παρά το ξεκίνημα που έγινε με την ανάπτυξη των Κ.Υ., η ελληνική πραγματικότητα αποκλίνει σημαντικά απ' τις κατευθύνσεις και τους στόχους που έχει θέσει για τις ευρωπαϊκές χώρες και για το 1990 ο Π.Ο.Υ.

3.1 ΟΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο βασικός προβληματισμός πάνω στον οποίο στηρίζονται οι προτάσεις και οι στόχοι του Π.Ο.Υ. για τις υπηρεσίες υγείας είναι αρκετά γνωστός. Αρχίζει από τη διαπίστωση ότι κατά τα τελευταία ² 40 - 50 χρόνια σε ολόκληρο τον ευρωπαϊκό χώρο, πυρήνας του συστήματος υγείας ήταν από κάθε άποψη το νοσοκομείο, πυρήνας στη παροχή υπηρεσιών αλλά και συγχρόνως επιστημονικό, διοικητικό και συντονιστικό κέντρο ολόκληρου του πλέγματος των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, στις περισσότερες χώρες η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δεν έτυχε της απαιτούμενης προσοχής, οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες δεν αναπτύχθηκαν στον επιθυμητό βαθμό και τελικά ο ρόλος τους έμεινε περιορισμένος και η σημασία τους

²* Π.Ο.Υ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

* Κ.Υ. : Κέντρα Υγείας

* ALMA - ATA : Περιοχή πραγματοποίησης συνεδρίου

μικρή. Όπως αναγνωρίστηκε όμως στο συνέδριο της ALMA - ATA ένα τέτοιο μοντέλλο δεν θεωρείται πλέον ικανό να ανταποκριθεί στις ανάγκες που δημιουργεί η σύγχρονη νοσοκομειακή πραγματικότητα, κλειδί για την αντιμετώπιση της οποίας - όπως διακηρύχθηκε - είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Με την απαραίτητη βέβαια διευκρίνηση ότι, στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποδίδεται ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο, που ξεπερνά κατά πολύ τα σύνορα της παραδοσιακής ιατρικής δραστηριότητας και εκτείνεται σε όλους τους τομείς της κοινωνικής δραστηριότητας που επηρεάζουν την υγεία και την αρρώστια του ανθρώπου.

Στα πλαίσια αυτής της αντίληψης, κεντρική φιλοσοφία των αναπροσανατολισμών που αναφέρονται στις υπηρεσίες υγείας, είναι η στροφή απ' το νοσοκομείο σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με σαφή βέβαια σύνδεση και συνεργασία με το νοσοκομειακό τομέα. Η φιλοσοφία αυτή εξειδικεύεται για τις ευρωπαϊκές χώρες σε 6 συγκεκριμένους στόχους απ' τους οποίους οι δύο πρώτοι αναφέρονται στη συνολική φυσιολογία του συστήματος υγείας, οι επόμενοι τρεις στα βασικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (που αποτελεί τη νέα στρατηγική επιλογή) και ο τελευταίος στο ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών.

3.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο στόχος 26 αναφέρεται στη συνολική φυσιολογία των συστημάτων υγείας, καθορίζοντας ότι « Μέχρι το 1990 όλα τα κράτη - μέλη διαμέσου μιας αποτελεσματικής κοινοτικής αντιπροσώπευσης, πρέπει να έχουν αναπτύξει συστήματα υπηρεσιών υγείας βασισμένα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και θα υποστηρίζονται επαρκώς από δευτεροβάθμιες υπηρεσίες, σύμφωνα με την διακήρυξη της ALMA - ATA ».

Καθορίζει, δηλαδή την ανάγκη αναπροσανατολισμού των συστημάτων υγείας προς εκείνη την κατεύθυνση όπου επίκεντρο και βασική μονάδα θα είναι οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο θα διαδραματίζουν ένα ρόλο υποστηρικτικό και θα επιτελούν αποκλειστικά εκείνες τις διαγνωστικές και θεραπευτικές λειτουργίες, που δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Θα απαλλαγεί, δηλαδή το νοσοκομείο από όλες εκείνες τις λειτουργίες, οι οποίες έχουν πρωτοβάθμιο χαρακτήρα και οι οποίες θα μεταφερθούν στα κέντρα υγείας.

Τέσσερις μεγάλες προϋποθέσεις συνδέονται με τη χάραξη μίας τέτοιας πολιτικής:

α) Η πρώτη προϋπόθεση είναι οι πολιτικές ηγεσίες, οι διοικήσεις του τομέα υγείας και η επιστημονική κοινότητα, να υιοθετήσουν το μοντέλο του νέου συστήματος και να δεσμευτούν στην υλοποίησή του.

β) Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η ανύψωση του κύρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η αποδοχή της σαν επιστημονικά ισότιμο εταίρο από όλο το υγειονομικό προσωπικό. Είναι γεγονός ότι για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς αλλά και το κοινό, ο πρωτοβάθμιος τομέας χαίρει πολύ λιγότερης εκτίμησης και έχει πολύ μικρότερο κύρος από την νοσοκομειακή και την υψηλής ειδίκευσης περίθαλψη, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στη χάραξη μίας νέας πολιτικής. Η ανατροπή των αντιλήψεων αυτών με τη λήψη μέτρων, που θα αποκαταστήσουν το επιστημονικό κύρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι άρρηκτα δεμένη με τις νέες στρατηγικές για την υγεία.

γ) Η τρίτη προϋπόθεση είναι η εξασφάλιση της κοινωνικής (ή κοινοτικής) συμμετοχής με την εγκαθίδρυση θεσμών διαμέσου των οποίων οι ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του πληθυσμού θα επηρεάζουν το σχεδιασμό και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και παράλληλα να κινητοποιούν ολόκληρη την κοινότητα προς την κατεύθυνση της προάσπισης και την προαγωγή της υγείας.

δ) Μία τέταρτη τέλος προϋπόθεση, είναι η ανάπτυξη της απαραίτητης πολιτικής για την παραγωγή επιστημονικά κατάλληλου και αριθμητικά επαρκούς προσωπικού ικανού να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τις ιδιαιτερότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα μάλιστα σε ειδικότητες και γνωστικά αντικείμενα των οποίων ο ρόλος ήταν μέχρι σήμερα περιορισμένος, ενώ στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα είναι σημαντικός.

Οι αρχές αυτές σκιαγραφούν τις βασικές πολιτικές, που πρέπει να αναπτυχθούν για να στηρίξουν τη γενική φυσιογνωμία του επιδιωκόμενου μοντέλου συστήματος υγείας, οι οποίες εν τούτοις πρέπει να συμβαδίζουν με μία ακόμη αναγκαιότητα, στη οποία αναφέρεται ο επόμενος στόχος.

3.3. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΡΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Ο στόχος 27 προσδιορίζει ότι « Μέχρι το 1990 σε όλα τα κράτη - μέλη τα συστήματα παροχής θα πρέπει να είναι³ ι διαρθρωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι πόροι να κατανέμονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις υπηρεσίες υγείας, να είναι αφ'ενός προσιτές από φυσικής και οικονομικής πλευράς και αφ'ετέρου πολιτιστικά αποδεκτές από τον πληθυσμό ».

Το πρόβλημα, που έρχεται να αντιμετωπίσει ο στόχος 27 είναι αφ'ενός η μεγάλη συγκέντρωση πόρων στο νοσοκομειακό τομέα σε βάρος του πρωτοβάθμιου και αφ'ετέρου η ανεπαρκής περιφερειακή του κατανομή, παράγοντες που - και οι δύο - θεωρούνται ως ιδιαίτεροι ανασταλτικοί για την ικανοποίηση των αναγκών. Ο στόχος 27 προβάλλει σαν αγώνας για την επίλυση των προβλημάτων αυτών, την εναρμόνιση της κατανομής των πόρων προς τις πραγματικές ανάγκες με τρεις συγκεκριμένους τρόπους:

α) Την αναδιανομή των πόρων μέσα στα πλαίσια του τομέα υγείας προς όφελος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο Π.Ο.Υ. δεν διστάζει να διακηρύξει ότι σημαντικά τμήματα πόρων πρέπει να μεταφερθούν από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με το πνεύμα ότι η ανακατανομή αυτή εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες.

β) Δεύτερος τρόπος είναι η αποκέντρωση και περιφερειοποίηση των υπηρεσιών και ιδιαίτερα του νοσοκομειακού τομέα, παράλληλα με την επιδίωξη μίας ορθολογικότερης και αποδοτικότερης χρησιμοποίησης του νοσοκομειακού δυναμικού. Η ορθολογική χρησιμοποίηση του νοσοκομειακού δυναμικού αποβλέπει, αφ'ενός στην κάλυψη των αναγκών ολόκληρου του πληθυσμού και αφ'ετέρου στην επιδίωξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας με την αποφυγή άσκοπων ή δαπανηρών καταστάσεων κ.λ.π.

γ) Πέρα από τις δύο προηγούμενες γενικές αρχές για μεταφορά πόρων στην Π.Φ.Υ και περιφερειοποίηση, ένας τρίτος τρόπος είναι η ανάπτυξη μηχανισμών, που θα έχουν σαν σκοπό να κατανέμουν τους πόρους ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τους σημαντικούς τουλάχιστον από τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις ανάγκες υγείας, όπως το επιδημιολογικό προφίλ, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ποσοστό των υπερηλίκων, των χρονίως πασχόντων, των εργασιακών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών, τα ιδιαίτερα προβλήματα κάθε περιοχής κ.α. Ανάπτυξη, δηλαδή μηχανισμών που θα

³ * Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

βασίζουν την κατανομή των πόρων πάνω στα αποτελέσματα μίας διαρκούς επιδημιολογικής εποπτείας του πληθυσμού. Οι τρεις επόμενοι στόχοι περιγράφουν τα βασικά χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. στα οποία πρέπει να δοθεί έμφαση και προτεραιότητα

3.4. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο στόχος 28 αναφέρεται στο περιεχόμενο της Π.Φ.Υ. προσδιορίζοντας ότι « Ως το 1990 σε όλα τα κράτη - μέλη το σύστημα της Π.Φ.Υ. πρέπει να παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προαγωγής υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης, ώστε να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του πληθυσμού και ιδιαίτερα των υποεξυπηρετούμενων και των ατόμων και ομάδων υψηλού κινδύνου ».

Η προσέγγιση του στόχου αυτού μπορεί να επιτευχθεί με την ανάπτυξη μίας πολιτικής που θα προσδιορίζει, θα περιγράφει με σαφήνεια και θα επιδιώκει την υλοποίηση ολόκληρου του φάσματος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας βασισμένης στην αρχή ότι κατά το δυνατόν περισσότερες υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται εκτός νοσοκομείου. Η εφαρμογή μίας τέτοιας πολιτικής προϋποθέτει φυσικά τους απαραίτητους αναπροσανατολισμούς στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με ειδικότερα μέτρα για το σύστημα παραπομπών, την καθιέρωση κινήτρων κ.λ.π.

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες πρέπει να ενισχυθούν και να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα φροντίδων, που συνοπτικά μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

α) Πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία ποιοτικά εφάμιλλη ή και καλύτερη από ότι τα νοσοκομεία. Συγχρόνως, πολλές δραστηριότητες, όπως η περιγεννητική φροντίδα, η επίβλεψη των χρόνιων ασθενών, η φυσικοθεραπεία, κ.α. θα πρέπει να μεταφερθούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

β) Νοσηλευτικό προσωπικό και νοσηλευτικές φροντίδες για ηλικιωμένους, ανάπηρους, χρόνιους ασθενείς, κατ'οίκον περίθαλψη για άτομα προερχόμενα από πρόσφατες μεγάλες εγχειρήσεις, βαρείες ασθένειες, κ.λ.π.

γ) Υπηρεσίες συμβουλευτικής ιατρικής καθώς και συλλογικά προγράμματα υγείας της κοινότητας, όπως αγωγή υγείας, οικογενειακός προγραμματισμός, γενετικές συμβουλές, ομαδική ψυχοθεραπεία, επαγγελματική υγιεινή.

Αυτές οι τρεις μεγάλες κατηγορίες σκιαγραφούν συνοπτικά το περιεχόμενο, που αποδίδεται αλλά και το εύρος που μπορεί να πάρει η πρωτοβάθμια φροντίδα,

λαμβάνοντας πάντα υπόψη της την αναγκαιότητα της προσαρμογής της στις τοπικές συνθήκες και ιδιαιτερότητες.

3.5. ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο στόχος 29 αναφέρεται στον τρόπο που πρέπει να προσφέρονται οι πρωτοβάθμιες φροντίδες. Πηγάζει από την ιδέα ότι η υγεία και η αρρώστια δεν είναι απλώς ιατρικά ζητήματα αλλά κοινωνικά φαινόμενα και συνεπώς η ενασχόληση μ'αυτά πρέπει αφ'ενός να έχει διεπιστημονικό χαρακτήρα και αφ'ετέρου να συνδέεται με τις δραστηριότητες του κοινωνικού συνόλου.

Γι'αυτό ακριβώς : « Μέχρι το 1990, σε όλα τα κράτη - μέλη τα συστήματα Π.Φ.Υ. θα πρέπει να στηρίζονται στην συνεργασία και την ομαδική εργασία των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων της κοινότητας. Ο στόχος αυτός προβλέπει συνεπώς την αναγκαιότητα δύο στοιχείων: α) της συνεργασίας και ομαδικής εργασίας (TEAM - WORK) μεταξύ όλων των επαγγελματιών του τομέα υγείας και β) της συνεργασίας μεταξύ αφενός του προσωπικού υγείας και αφετέρου των ατόμων, των οικογενειών και της κοινότητας.

Η ανάπτυξη της συνεργασίας μέσα στα όρια του υγειονομικού προσωπικού και η προώθηση της ομαδικής εργασίας μεταξύ των γιατρών, νοσοκόμων,κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, φυσιοθεραπευτών, κ.α, προϋποθέτει τον σαφή καθορισμό των ρόλων και αρμοδιοτήτων κάθε κατηγορίας, την εκπαίδευση του προσωπικού στον τρόπο και τις ιδιαιτερότητες της συλλογικής εργασίαςκαι το σεβασμό του ρόλου που διαδραματίζει ο κάθε επιστημονικός κλάδος.

Η συνεργασία μεταξύ του προσωπικού και του πληθυσμού είναι μία αμφοτερόπλευρη διαδικασία και προϋποθέτει αρχικά την δυνατότητα επικοινωνίας και αλληλοκατανόησης μεταξύ προσωπικού και πληθυσμού. Το επόμενο βήμα είναι η επιδίωξη της συνεργασίας και η ανάληψη ουσιαστικών καθηκόντων από μέρους των ατόμων, των οικογενειών τους και της κοινότητας συνολικά, με σκοπό τον χειρισμό των ποικίλων κοινωνικών παραμέτρων, που συνδέονται με την υγεία και την αρρώστια.

Οι οικογενειακές φροντίδες υγείας προς τους ηλικιωμένους, τους χρονίως πάσχοντες κ.λ.π., η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, μερικές δραστηριότητες φυσικοθεραπείας, η ατομική και οικιακή υγιεινή, κ.α. είναι πιθανότατα μερικοί από τους τομείς στους οποίους θα μπορούσαν να ανακατευθούν καθήκοντα και αρμοδιότητες στα ίδια άτομα και τις οικογένειές τους.

3.6. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο στόχος 30 αναφέρεται στην αναγκαιότητα οργανωτικής έκφρασης των συλλογικών προσπαθειών για την προάσπιση της υγείας και προσδιορίζει ότι: « Μέχρι το 1990 όλα τα κράτη - μέλη πρέπει να έχουν αναπτύξει μηχανισμούς μέσω των οποίων οι υπηρεσίες, που προσφέρονται από όλους τους τομείς, θα συσχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας, θα συντονίζονται στο επίπεδο της κοινότητας συγκροτώντας το σύστημα Π.Φ.Υ. ».

Έχει επισημανθεί πολλές φορές ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα μικρό τμήμα των παραμέτρων που επηρεάζουν την υγεία. Στη διακήρυξη της ALMA - ATA είναι σαφές ότι η έννοια της Π.Φ.Υ. ξεπερνά τα στενά όρια των υπηρεσιών και περιλαμβάνει όλους τους τομείς, που επιδρούν στην υγεία του ανθρώπου (εργασία, περιβάλλον, κατοικία, ύδρευση, συγκοινωνίες, διατροφή, κ.λ.π.), καθώς και την κοινοτική συμμετοχή.

Ο στόχος 30 καθορίζει ότι είναι απόλυτα αναγκαίο να υπάρχει σε τοπικό επίπεδο κάποιος μηχανισμός συντονισμού όλων των τομέων και υπηρεσιών μέσα από την οργάνωση τοπικών ή κοινοτικών συμβουλίων υγείας αντιπροσωπευτικής σύνθεσης και με θεσμοθετημένες αρμοδιότητες.

Ο μηχανισμός αυτός θα εξασφαλίσει τη δυνατότητα χάραξης μίας συνολικής στρατηγικής για την υγεία σε τοπικό επίπεδο, τη συνεργασία και συντονισμό των φορέων και των δραστηριοτήτων και τελικά της συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιων φροντίδων στο επίπεδο της κοινότητας. Δεν πρέπει εν τούτοις να αγνοείται ότι η προσέγγιση του στόχου αυτού συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το επίπεδο ανάπτυξης της τοπικής αυτοδιοίκησης, την αποκέντρωση των εξουσιών και τη δυνατότητα διάθεσης και κινητοποίησης επαρκών πόρων σε τοπικό επίπεδο.

3.7. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.

Ο τελευταίος στόχος 3ι αναφέρεται αποκλειστικά στις υπηρεσίες και θίγει το αρκετά ακανθώδες ζήτημα της ποιότητας των φροντίδων που προσφέρουν. Συγκεκριμένα καθορίζει ότι « Μέχρι το 1990 όλα τα κράτη - μέλη πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που θα εξασφαλίσουν την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων, στα πλαίσια των ιδιαίτερων συστημάτων υγείας που θα έχουν αναπτύξει ».

Η ποιότητα της φροντίδας είναι αναμφισβήτητα ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες. Η ανάπτυξη αποτελεσματικών μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας συνδέεται με την εκπλήρωση τεσσάρων βασικών προϋποθέσεων:

α) Η πρώτη είναι η εγκαθίδρυση μεθόδων και διαδικασιών, που θα επιτρέπουν τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών και την επισήμανση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει κατά τρόπο διαρκή και συστηματικό.

β) Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η σύνδεση των αποτελεσμάτων του ποιοτικού ελέγχου με τη λήψη μέτρων και τη κινητοποίηση μηχανισμών, που θα στοχεύουν στην αντιμετώπιση των ανεπαρειών, που επισημάνθηκαν (με προγράμματα εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κ.λ.π.).

γ) Η τρίτη προϋπόθεση είναι η αναγόρευση του ελέγχου σε σταθερό και μόνιμο στοιχείο της συνήθους δραστηριότητας των επαγγελματιών υγείας. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό θα αφιερώνει υποχρεωτικά ένα μέρος του εργασμού χρόνου του για δραστηριότητες, που θα αποβλέπουν στην βελτίωση της ποιότητας της υπόλοιπης εργασίας του.

δ) Η τέταρτη τέλος προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού υγείας στους τρόπους και στις διαδικασίες αξιολόγησης και εξασφάλισης της ποιότητας, γεγονός που πρακτικά σημαίνει την ένταξη στοιχείων ποιοτικού ελέγχου μέσα στα προγράμματα σπουδών τόσο της προπτυχιακής όσο και της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

3.8. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Η θέση της χώρας μας ως προς την εφαρμογή των παραπάνω πολιτικών, η υιοθέτηση από τον Π.Ο.Υ. της στρατηγικής « Υγεία για όλους το 2000 » και το συνέδριο της ALMA - ATA το 1978, έδωσαν ερεθίσματα για την εκδήλωση και στη χώρα μας δύο τουλάχιστον προσπαθειών σχεδιασμού μίας πολιτικής υγείας με έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το νομοσχέδιο « Μέτρα προστασίας της Υγείας (1981) » και τον Ν.1397/83, για το « Εθνικό Σύστημα Υγείας ». Οι πολιτικές εξελίξεις επέτρεψαν την υλοποίηση της δεύτερης προσπάθειας, δηλαδή του Ν. 1397/83, ο οποίος πρόσφερε μία καινοτόμο οπωσδήποτε πρόταση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα. Στο πνεύμα του νόμου υπάρχει εμφανώς η πρόθεση να εναρμονισθεί η ελληνική πραγματικότητα με τις διεθνείς τάσεις, τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. και τη φιλοσοφία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το νομοθετικό πλαίσιο προωθούσε πράγματι μία πολιτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποβλέποντας σε πρώτη φάση στην οργάνωση ενός δικτύου Κέντρων Υγείας στο σύνολο των μη αστικών περιοχών, επιλογή η οποία στα επόμενα χρόνια υλοποιήθηκε (κατά μία τουλάχιστον έννοια). Στα πλαίσια του σχεδιασμού που υπήρξε, καθορίστηκαν οι περιοχές ευθύνης των Κέντρων Υγείας, το επιθυμητό μοντέλο για τη στελέχωσή τους και περιγράφηκαν οι λειτουργίες και οι δραστηριότητες τις οποίες επρόκειτο να αναπτύξουν. Υπήρξαν ακόμη ορισμένες πρωτοβουλίες στο τομέα της παραγωγής στελεχικού δυναμικού, με την καθιέρωση των ειδικοτήτων της Γενικής Ιατρικής, της Κοινωνικής Ιατρικής και της Ιατρικής της Εργασίας καθώς και τις παρεμβάσεις στον (μονίμως προβληματικό) χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού (ίδρυση τμημάτων τετραετούς φοίτησης στα Τ.Ε.Ι, ίδρυση της Ανωτάτης Νοσηλευτικής κ.λ.π.).

Κατά πόσο όμως στην πρακτική εφαρμογή του το πλαίσιο αυτό, υλοποίησε πράγματι μία ολοκληρωμένη πολιτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας; Είναι σαφές ότι το ερώτημα αυτό ανάγεται στο κατά πόσο αναπτύχθηκαν οι συγκεκριμένες επιμέρους πολιτικές, που συναπαρτίζουν τη στρατηγική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δηλαδή κατά πόσο τελικά επιτεύχθηκαν οι συγκεκριμένοι στόχοι που οι ευρωπαϊκές χώρες έθεσαν (μέσω του Π.Ο.Υ) για τα υγειονομικά τους συστήματα. Μέσα απ'αυτή την οπτική πρέπει επομένως να αξιολογηθεί και η ελληνική εμπειρία. Ο βαθμός που προσεγγίστηκαν οι στόχοι 26 - 31 αποτελεί το κριτήριο της προώθησης της πολιτικής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα στα συστήματα υγείας και συγχρόνως το κριτήριο της εκτίμησης, του κατά πόσο η χώρα μας καθυστερεί ή συμβαδίζει με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις. Παρά τη συντριπτική έλλειψη επίσημων στοιχείων, είναι δυνατό

να επιχειρήσουμε μία τέτοιου είδους αρχική προσέγγιση η οποία βέβαια θα διατηρεί όλα τα μειονεκτήματα (αλλά και τα κάποια πλεονεκτήματα) της γενικότητάς της.

3.8.1 Η ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (Στόχος 26).

Η βασική φιλοσοφία που διέπει το επιδιωκόμενο σύστημα υγείας - δηλαδή το σύστημα υγείας βασισμένο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα - φαίνεται ότι δεν έχει βρει ακόμα πρόσφορο έδαφος στην χώρα μας. Τα Κέντρα Υγείας που αναπτύχθηκαν, θεωρούνται μάλλον ότι ήρθαν να καλύψουν το αναμφισβήτητο μεγάλο κενό υπηρεσιών που υπήρχε στην ύπαιθρο, χωρίς να γίνεται αντιληπτό ότι είναι ένας πυρήνας μίας νέας πολιτικής υγείας. Γι'αυτό το λόγο άλλωστε η ανάπτυξη τους περιορίστηκε μόνο στις μη αστικές περιοχές, ενώ στις αστικές το δίκτυο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών παρέμεινε πρακτικά άθικτο, διατηρώντας τα οργανωτικά χαρακτηριστικά της δεκαετίας του 1950.

Αντίθετα, τα νοσοκομεία κατόρθωσαν να μονοπωλήσουν την αντίληψη ότι είναι οι κύριοι προμαχώνες της υγείας και να διατηρήσουν ακέραιο τον ηγεμονικό τους ρόλο μέσα στο σύστημα υγείας. Είναι αρκετά φανερό ότι οι πολιτικές ηγεσίες, οι επιστημονικοί και υγειονομικοί φορείς και γενικότερα το σύνολο του ελληνικού λαού, αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη ή δυσπιστία τη νέα αντίληψη για τις υπηρεσίες υγείας, στερώντας την από την απαραίτητη υποστήριξη και δέσμευση για την υλοποίησή τους.

Μέσα σε αυτό το γενικό κλίμα το κύρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας παρέμεινε και δυστυχώς παραμένει χαμηλό. Η Γενική Ιατρική και οι Υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας κινδυνεύουν να θεωρηθούν σαν δεύτερης ποιότητας ιατρική. Και ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να διαιωνίζεται και για το μέλλον, στο βαθμό που δεν έχει θυσιαστεί κανένα πρακτικά μέτρο για την επιστημονική στήριξη και αναβάθμιση των νέων θεσμών. Ο Πανεπιστημιακός χώρος έμεινε αδιάφορος στα νέα μηνύματα αφήνοντας έξω απ' τις πύλες του τόσο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα όσο και τη Γενική Ιατρική. Η σχετική ερευνητική δραστηριότητα είναι ανύπαρκτη. Επιστημονικά συνέδρια, εταιρίες, περιοδικά, κ.λπ. κινούνται χωρίς καμία υποστήριξη στα πλαίσια της ατομικής πρωτοβουλίας των άμεσα ενδιαφερομένων, ενώ κανένα οργανωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης επιστημονικής στήριξης και αναβάθμισης του προσωπικού των Κέντρων Υγείας δεν έχει εκδηλωθεί.

Η αποκέντρωση εξουσιών και αρμοδιοτήτων δε. προχώρησε σε κανένα επίπεδο. Ούτε στο επίπεδο της περιφέρειας (όπου τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας δε συστάθηκαν ποτέ), ούτε πολύ περισσότερο σε νομαρχιακό ή τοπικό επίπεδο. Αυτό ουσιαστικά παραμένει και το πρόβλημα της διοίκησης των Κέντρων Υγείας και των σχέσεων τους με τις διοικήσεις των νοσοκομείων (ποιός αποφασίζει για τις

δραστηριότητες που θα αναπτύξει το Κέντρο Υγείας ή για το τρόπο που θα χρησιμοποιήσει το προσωπικό του).

Σε ότι αφορά την κοινοτική συμμετοχή καμία πρόβλεψη, καμία νομοθετική ρύθμιση και κανένας θεσμός δεν υπάρχει. Η προάσπιση της υγείας συνεχίζει να θεωρείται αποκλειστικά ιατρική υπόθεση και το μήνυμα της ALMA - ATA ότι η υγεία είναι υπόθεση όλων παραμένει έξω από την ελληνική οπτική.

Όσον αφορά το ζήτημα του δυναμικού των στελεχών, όπως ήταν φυσικό, η πολιτική κινήθηκε σε πλαίσια εξίσου στενά με το γενικότερο κλίμα. Κανένας σχεδιασμός του είδους και της έκτασης των αναγκών σε προσωπικό δεν έγινε έτσι ώστε να αποτελέσει γνώμονα για τον προγραμματισμό της παραγωγής του αναγκαίου δυναμικού. Ούτε τέτοιος προγραμματισμός υπήρξε. Με εξαίρεση τις νέες ιατρικές ειδικότητες που προαναφέρθηκαν και τις κάποιες αλλαγές στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, καμία άλλη πολιτική, δεν είναι αρκετή, ούτε στο προπτυχιακό, ούτε στο μεταπτυχιακό επίπεδο. Τέλος, για όλους τους άλλους επιστημονικούς κλάδους - που μέσα από μία διεπιστημονική θεώρηση της υγείας και στο πνεύμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας εμπλέκονται στις υπηρεσίες υγείας - δεν υπήρξε καμία μέριμνα.

3.8.2. Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ (στόχος 27).

Το ζήτημα της κατανομής των πόρων για την υγεία παρέμεινε στα ίδια πλαίσια που βρίσκεται εδώ και δεκαετίες. Το κριτήριο « η κατανομή των πόρων να αντανακλά στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού » δε βρήκε ακόμη καμία υλική έκφραση στη χώρα μας. Η αύξηση του προσωπικού, που χρησιμοποιούν τεχνολογικό εξοπλισμό, μηχανήματα κ.λ.π. και των συνακολούθων δαπανών στα Κέντρα Υγείας, είναι αποκλειστικά μία αναπόφευκτη συνέπεια της πολιτικής επιλογής για την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας και σε καμία περίπτωση δεν είναι απόρροια μιας πολιτικής μεταφοράς πόρων απ' το νοσοκομειακό φορέα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Αντίθετα, οι νοσοκομειακές δαπάνες αυξήθηκαν πολύ περισσότερο, αποσπώντας και πάλι τη μερίδα του λέοντος. Σίγουρα πολλές ενστάσεις θα μπορούσαν να υπάρξουν στο σημείο αυτό: η χρόνια υπανάπτυξη του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας είναι λογικό να απαιτεί σημαντικούς πόρους για να μπορέσει αυτός να ανακάμψει. Η πραγματικότητα αυτή εν τούτοις, μπορεί να μεταβάλλει μεν τις ισορροπίες αλλά σίγουρα δεν μπορεί να θεωρείται επαρκής αιτία για την ακύρωση της χρηματοδοτικής στήριξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Δεν είναι άλλωστε δυνατό τη στιγμή που διακηρύσσεται μία πολιτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας η κατανομή των δαπανών να φέρει τη σφραγίδα της νοσοκομειακής

ανάπτυξης. Πέρα λοιπόν από την παραπάνω επιφύλαξη είναι γεγονός ότι η κυριαρχία του νοσοκομείου αντιπροσωπεύεται και στο επίπεδο της κατανομής των πόρων.

Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις με τρόπο απογοητευτικό. Ένα τέτοιο απογοητευτικό στοιχείο είναι η εκδήλωση μίας αντίστροφης πορείας μεταφοράς προσωπικού απ' τα Κέντρα Υγείας προς τα νοσοκομεία, μέσω του μηχανισμού των αποστάσεων. Η διαδικασία αυτή που αποτελεί μία συνεχή αιμορραγία για τα Κέντρα Υγείας, δείχνει πόσο μικρή υποστήριξη βρήκε η πολιτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, η οποία αντί να ισχυροποιηθεί τείνει τελικά να εξαντληθεί από πλευράς προσωπικού.

Στο ζήτημα της περιφεροποίησης των υπηρεσιών μπορεί να αναγνωριστεί ένα ουσιαστικό βήμα, που συνίσταται στη δημιουργία των νέων μεγάλων περιφερειακών νοσοκομείων και την αναδιοργάνωση αρκετών νομαρχιακών. Το πρόβλημα όμως της συγκέντρωσης του κύριου όγκου των κλινών στα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα καθώς και το πρόβλημα της υψηλής ιατρικής τεχνολογίας και υψηλής εκπαίδευσης του προσωπικού παραμένει οξύ και προφανώς θα συνεχίσει να παραμένει για αρκετά χρόνια, στο βαθμό που δεν είναι εύκολο να αναπτυχθούν νέα τμήματα ή να μεταφερθούν εκτός Αθηνών άλλα που ήδη λειτουργούν. Το ζήτημα της αποκέντρωσης προσέκρουσε ακόμη και σε διοικητικές καθυστερήσεις όπως η μη σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και η απουσία ισχυρών διοικητικών θεσμών περιφερειακής ανάπτυξης.

Τέλος η σύσταση του Π.Ο.Υ. για ανάπτυξη μηχανισμών που θα επιδιώκουν να κατανέμουν τους πόρους σύμφωνα με τις συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των επιμέρους περιοχών ή πληθυσμιακών ομάδων, δεν έγινε κατανοητή και ούτε καν συζητήθηκε.

3.8.3. ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (στόχος 28).

Στο επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρουν οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες η κατάσταση διατηρήθηκε στα ήδη υπάρχοντα πλαίσια. Τα Κέντρα Υγείας περιορίζονται συνήθως στη παροχή της κλασσικής ιατρικής περίθαλψης, απλώς με μεγαλύτερη επάρκεια απ' ότι τα Αγροτικά Ιατρεία - λόγω πρόσληψης περισσότερου και καλύτερα εκπαιδευμένου προσωπικού. Νέες υπηρεσίες που προσφέρονται είναι η οδοντιατρική περίθαλψη και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Η προληπτική δραστηριότητα και η φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν αναπτύχθηκαν πέρα των καθιερωμένων. Τα συλλογικά προγράμματα δημόσιας υγείας για την κοινότητα και οι υπηρεσίες συμβουλευτικής ιατρικής είναι έξω από τη συνήθη ιατρική πρακτική και συχνά πάνω από τις σημερινές υποκειμενικές δυνατότητες των Κέντρων Υγείας. Έτσι εκείνες ακριβώς οι υπηρεσίες που δίνουν την ξεχωριστή των νοσοκομείων δεν μεταφέρθηκε στα Κέντρα Υγείας. Αντίθετα η κίνηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων αυξήθηκε κατακόρυφα. Τα νοσοκομεία διαθέτοντας προσωπικό, τεχνολογία και κύρος, διεκπεραίωσαν το μεγαλύτερο τμήμα των μη νοσοκομειακών υπηρεσιών, ακυρώνοντας ταυτόχρονα τη δυνατότητα ανάπτυξης και ισχυροποίησης των Κέντρων Υγείας.

3.8.4. Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (στόχος 29).

Η διεπιστημονική αντιμετώπιση της ασθένειας και κατά συνέπεια η ομαδική εργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας είναι μία πρακτική μάλλον άγνωστη για τη χώρα μας. Οι υπηρεσίες υγείας είναι απόλυτα « ιατροκρατούμενες » και όλα τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας διαδραματίζουν απλώς ένα βοηθητικό ρόλο. Η συμβολή που μπορεί να έχουν στις φροντίδες υγείας, ένα πλήθος άλλων επιστημονικών κλάδων πέραν της ιατρικής δεν είναι κατανοητή, με αποτέλεσμα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να παραμένει καθηλωμένη στα όρια της ιατρικής περιθαλψής. Οι ρόλοι, τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες δεν είναι επαρκώς καθορισμένες, γεγονός που δυσχεραίνει την συνεργασία μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού και εμποδίζει την ομαδική εργασία. Το σημαντικότερο εν τούτοις πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχει καμμία συζήτηση και καμμία δραστηριότητα για τη μεταβολή της κατάστασης αυτής. Κανένα εκπαιδευτικό οργανωτικό μέτρο δεν έχει ληφθεί στην προπτυχιακή εκπαίδευση και στους χώρους εργασίας αλλά ούτε επιδιώχθηκε ποτέ κάτι τέτοιο.

Αντίστοιχη είναι η κατάσταση σε ότι αφορά την ενημέρωση και συνεργασία μεταξύ του προσωπικού υγείας και του πληθυσμού. Καμμία οργανωμένη παρέμβαση ή δραστηριότητα δεν έχει υπάρξει και στο σημείο αυτό.

3.8.5. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΕ ΤΟΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (στόχος 30).

Η αναγκαιότητα συντονισμού όλων των δραστηριοτήτων που έχουν σχέση με την υγεία σε επίπεδο κοινότητας - ένα στοιχείο στο οποίο ο Π.Ο.Υ. αποδίδει τόσο σημασία ώστε να το αναγορεύει σε ξεχωριστό στόχο - έμεινε επίσης έξω από την ελληνική προβληματική. Δεν υπάρχει καμμία νομοθετική ρύθμιση για τη σύσταση των συμβουλίων ή άλλων συντονιστικών οργάνων που θα ενοποιούν όλες τις υπηρεσίες σε ένα « σύστημα πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας » σε τοπικό επίπεδο, όπως προτρέπει ο Π.Ο.Υ. Ούτε παράλληλα υπάρχει κάποιος άλλος θεσμός που να μπορεί να παίρνει αποφάσεις και να κινητοποιεί πόρους για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε τοπικό επίπεδο. Έτσι στην απουσία μίας εθνικής στρατηγικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας προστίθεται και η αδυναμία χάραξης μίας τέτοιας στρατηγικής σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Οι διάφοροι τομείς που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην προάσπιση της υγείας (όπως διατροφή, άθληση, παιδεία, συγκοινωνίες, κοινωνικές υπηρεσίες, κ.τ.λ.) είναι πλήρως αποσυντονισμένοι και ο αποσυντονισμός αυτός αφ'ενός στερεί δυνατότητες

σημαντικών προληπτικών φροντίδων και αφετέρου διογκώνει τις προσδοκίες του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας.

3.8.6. Η ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (στόχος 31)

Ο έλεγχος και η εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας πρακτικά δεν γίνεται πουθενά. Υπάρχουν ελάχιστα δείγματα εργασιών αξιολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα που δεν αφήνουν περιθώρια να υποθέσουμε ότι ανοίγουν σοβαρές προοπτικές. Καμμία από τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την προσέγγιση αυτού του στόχου δεν εκπληρώνεται στη χώρα μας.

Συμπερασματικά, είναι σαφές ότι η χώρα μας είναι ανέτοιμη να ανταποκριθεί στην πρόκληση αυτή, υγεία για όλους το 2000, παρά το ξεκίνημα που έγινε. Κλείνοντας το 1996, η ελληνική πραγματικότητα, απέχει πολύ απ'τους στόχους που έχουν τεθεί (και που οι ίδιοι άλλωστε είναι σχεδόν άγνωστοι στην Ελλάδα). Υπάρχει αναμφισβήτητη μία κατάσταση στασιμότητας που μπορεί να ανατραπεί μόνο με την εκδήλωση μίας νέας δυναμικής πολιτικής σοφότερης αλλά και γενναιότερης απ'ότι μέχρι τώρα, διαφορετικά τα Κέντρα Υγείας κινδυνεύουν να χάσουν τον αποχρώντα λόγο της ύπαρξης τους, δηλαδή, να στηρίξουν την ανάπτυξη ενός νέου συστήματος υγείας που θα λειτουργεί στα πλαίσια μίας νέας φιλοσοφίας για την υγεία. Δυστυχώς μέχρι σήμερα έχουν γίνει απλώς το φετίχ της δικαίωσης η απόρριψη μίας συγκεκριμένης ιστορικά πολιτικής υγείας. Το ερώτημα εν τούτοις δεν είναι απλώς αν κινδυνεύουν τα Κέντρα Υγείας. Στο πρόσωπό τους διακρύβεται κάτι πολύ περισσότερο. Διακυβεύεται συνολικά η πολιτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και ταυτόχρονα η πιθανότητα της χώρας να φτάσει στο 2000 με μία σύγχρονη πολιτική υγείας.^{17, 18}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΥΛΙΚΟ

Η παρούσα εργασία συνδέεται με ανάλογη δραστηριότητα της ερευνητικής ομάδας και επιχειρεί να συγκεντρώσει (καταγράψει) ιδέες και προτάσεις για την μείωση του φόρτου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς αυτές να επιβαρύνουν την οικονομία του κράτους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο, μεικτό , κλειστό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 23 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 18 αναφέρονται στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι υπόλοιπες 5 στις προϊσταμένες και τις υπεύθυνες των τμημάτων.

Το δείγμα της έρευνας ήταν 441 νοσηλευτές-τριες, ηλικίας 20 - 40 ετών από τις παρακάτω κλινικές: Παθολογική, Χειρουργική, Ορθοπαιδική, Ν/Χ, ΜΕΘ., ΕΕΙ, Τ.ΕΙ, Ανάνηψη και Χειρουργείο, εκεί όπου πιστεύεται ότι υπάρχει φόρτος εργασίας. Η χρονική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν από 23/11/95 έως και 13/11/96. Τα στοιχεία που μελετήθηκαν προέρχονται από τρία μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και από τα παρακάτω νοσοκομεία

- 1) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, « ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ».
- 2) Νοσοκομείο « Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού » Κοργαλένιο Μπενάκειο.
- 3) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, « Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο ».
- 4) Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης « ΑΧΕΠΑ ».
- 5) Πρώτο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης « ΑΠΟΣ ΠΑΥΛΟΣ ».
- 6) Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ".
- 7) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης « Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο ».
- 8) Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης « ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ ».
- 9) Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « ΡΙΟΝ ».
- 10) Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών « ΑΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ».
- 11) Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « 409 - ΑΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ».
- 12) Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Πατρών « ΑΠΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ».

Θα ήταν παρακινδυνευμένο να θεωρήσουμε ότι οι διαπιστώσεις μας αποτελούν θεμελιωμένα συμπεράσματα και αυτό γιατί η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία (όπως εκ των υστέρων διαπιστώθηκε) αλλά ούτε απόλυτα αντιπροσωπευτική.

Όλο το φάσμα των ερωτήσεων και απαντήσεων « λειτουργεί » έτσι ώστε να μας δώσει πληροφορίες για το τρόπο με τον οποίο θα διερευνηθεί το ζήτημα μελλοντικά.

4.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 23 ερωτήσεις. Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS for Windows Release 6.0.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, οι τιμές τους καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελλί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

- 1 Μέγεθος του δείγματος
- 2 χ^2 (chi-square)
3. Βαθμοί ελευθερίας. (d.f.)
4. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων.

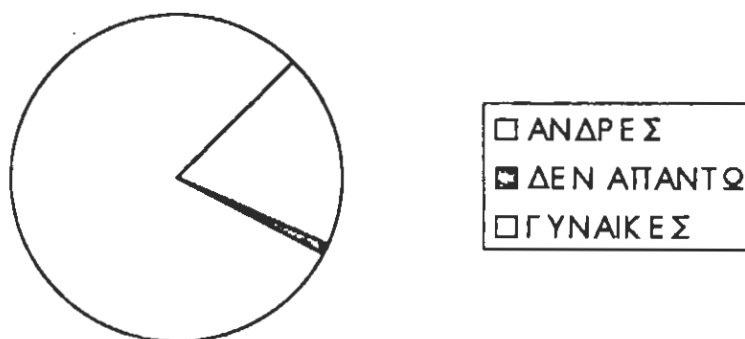
Παρακάτω παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	1.1
ΑΝΔΡΑΣ	85	19.3
ΓΥΝΑΙΚΑ	351	79.6

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες .

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους

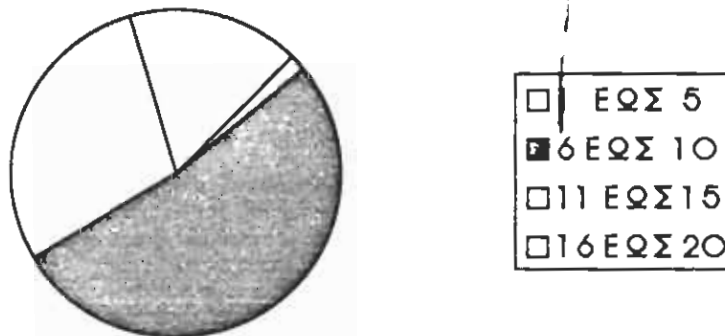


ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	0.9
1-5	150	34
6-10	151	34.2
11-15	85	19.3
16-20	51	11.6

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών αντιπροσωπεύει προσωπικό το οποίο έχει προσληφθεί την τελευταία δεκαετία στο χώρο της Υγείας.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας.

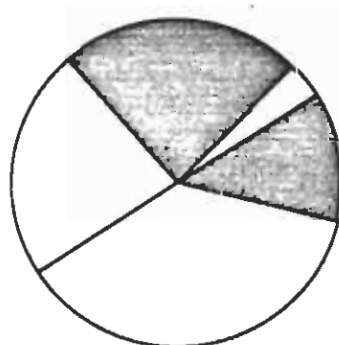


ΠΙΝΑΚΑΣ 22 : Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	16	3.6
20-25	57	12.9
26-30	163	37.0
31-35	101	22.9
36-40	104	23.6

Οι περισσότεροι νοσηλευτές-τριες οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα ήταν νέοι

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



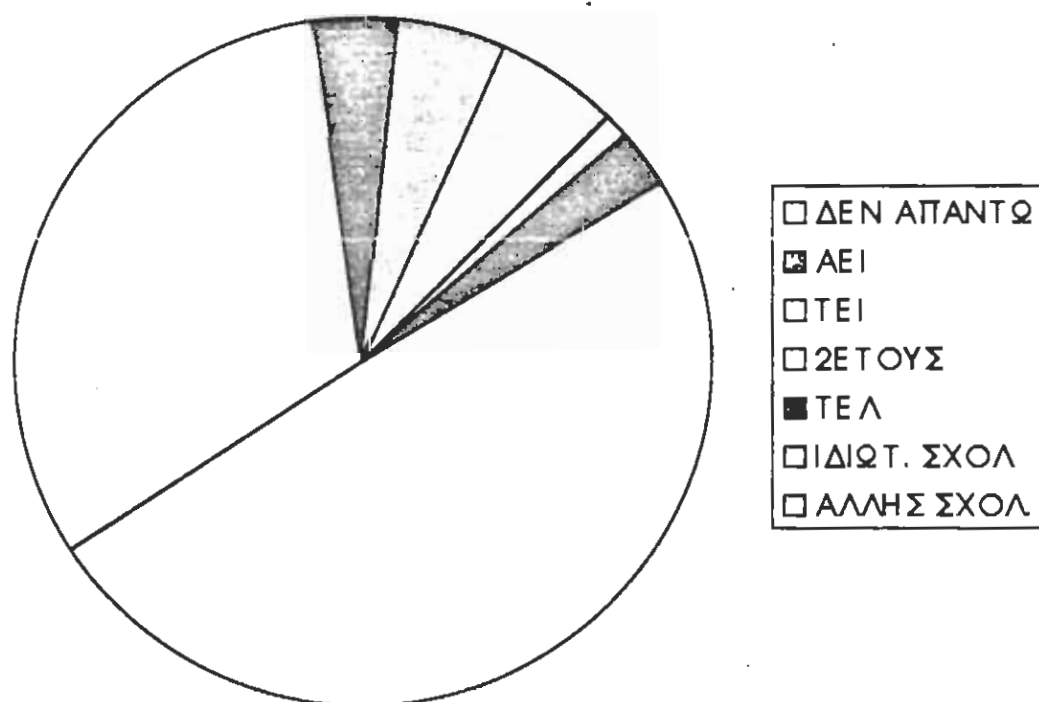
□	1 ΕΩΣ 5
■	20 ΕΩΣ 25
□	26 ΕΩΣ 30
□	31 ΕΩΣ 35
■	36 ΕΩΣ 40

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	5	1.1
ΑΕΙ	12	2.7
ΤΕΙ	219	49.7
2ΕΤΟΥΣ	142	32.2
ΤΕΛ	17	3.9
ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	21	4.8
ΑΛΛΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	25	5.7

Η πλειοψηφία αντιπροσωπεύει αποφοίτους των ΤΕΙ ενώ σημαντικός αριθμός νοσηλευτών προέρχεται από τις 2ετείς σχολές των Νοσοκομείων (ΜΤΕΝΣ)

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

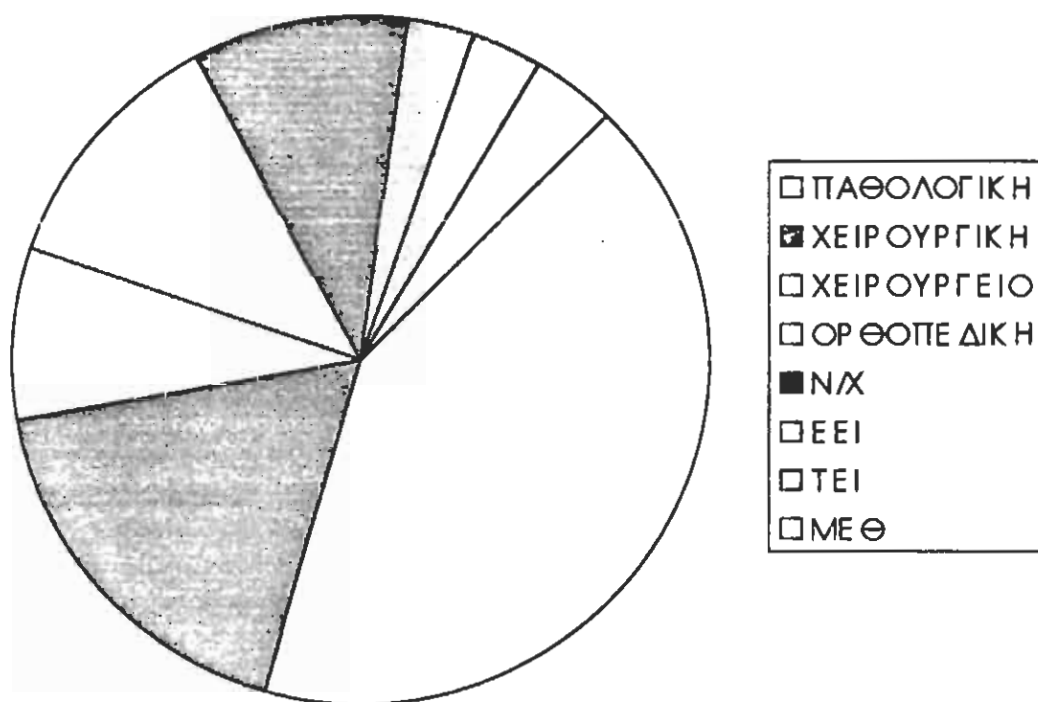


ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την κλινική που εργάζονται

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	1.4
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	184	41.7
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	78	17.7
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	34	7.7
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	53	12.0
N/X	44	10.0
ΕΕΙ	14	3.2
ΤΕΙ	10	2.3
ΜΕΘ	18	4.1

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στον παθολογικό τομέα όπου η ζήτηση για προσφορά υπηρεσιών περιθαλψής.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με τη κλινική που εργάζονται

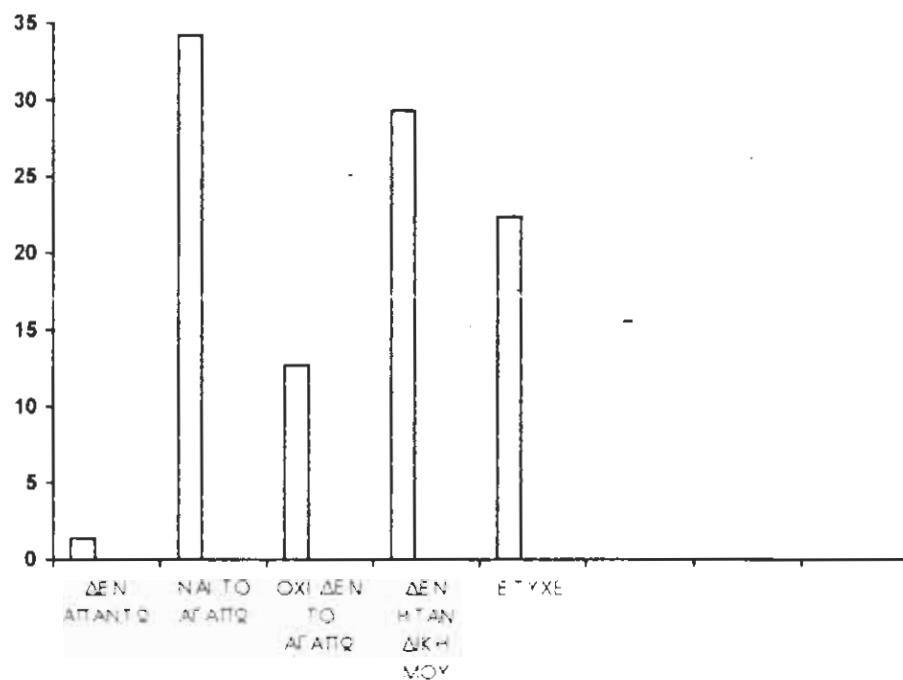


ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων στην ερώτηση για το αν αγαπούν το επάγγελμά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	14
ΝΑΙ ΤΟ ΑΓΑΠΩ	151	34.2
ΟΧΙ ΔΕΝ ΤΟ ΑΓΑΠΩ	56	12.7
ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΔΙΚΗ ΜΟΥ	129	29.3
ΕΤΥΧΕ	99	22.4

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών επέλεξαν το επάγγελμά τους επειδή το αγαπούν

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αγαπούν το επάγγελμά τους.

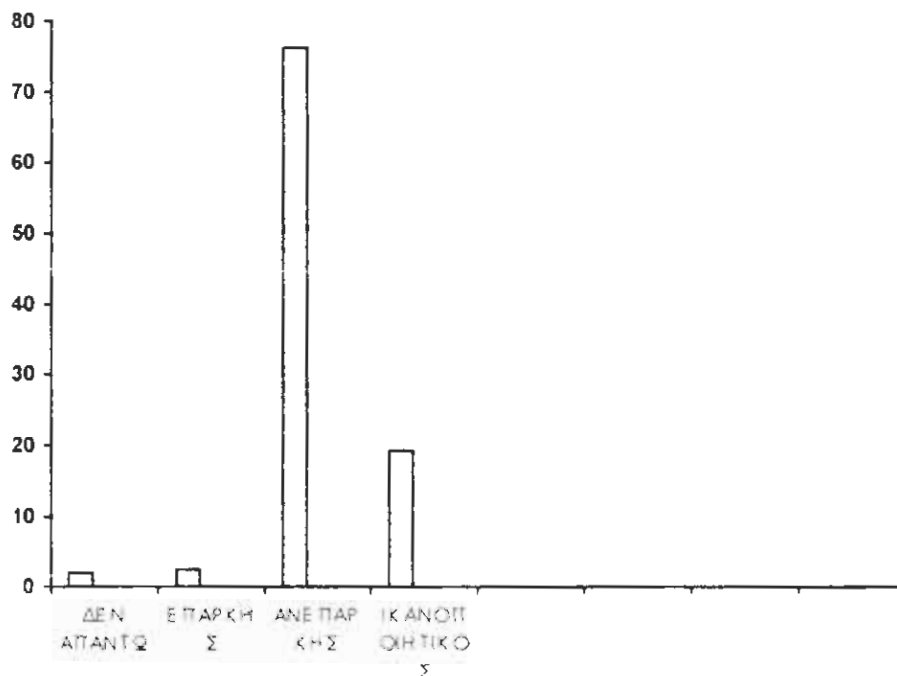


ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο αριθμός των εργαζομένων στο τμήμα τους είναι ή δεν είναι επαρκής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	2.0
ΕΠΑΡΚΗΣ	11	2.5
ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ	336	76.2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ	85	19.3

Το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού (τα 3/4) πιστεύει ότι δεν είναι επαρκής ο αριθμός των εργαζομένων στα τμήματα τους.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι επαρκής η δύναμη νοσηλευτικού προσωπικού στο τμήμα τους.

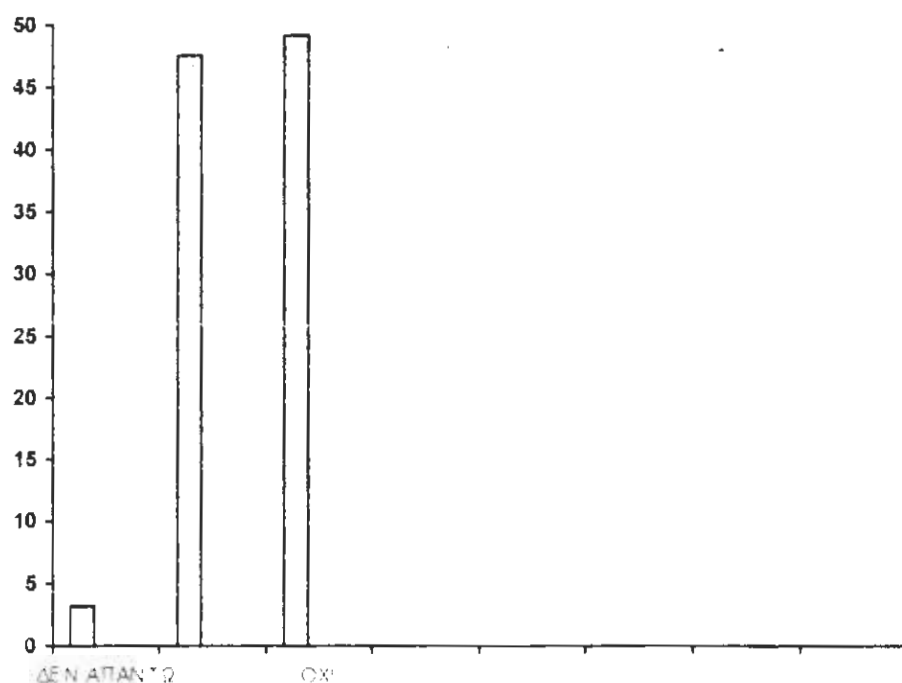


ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1 Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο φόρτος εργασίας μπορεί να μειωθεί με την προμήθεια τεχνολογικού εξοπλισμού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	14	3.2
ΝΑΙ	210	47.6
ΟΧΙ	217	49.2

Οι γνώμες για την επίδραση του τεχνολογικού εξοπλισμού στον φόρτο εργασίας διχάζονται αφού οι μισοί περίπου πιστεύουν ότι δεν υπάρχει επιπλέον φόρτος εργασίας λόγω της έλλειψης του αναλόγου εξοπλισμού.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση στο φόρτο εργασίας του τεχνολογικού εξοπλισμού.

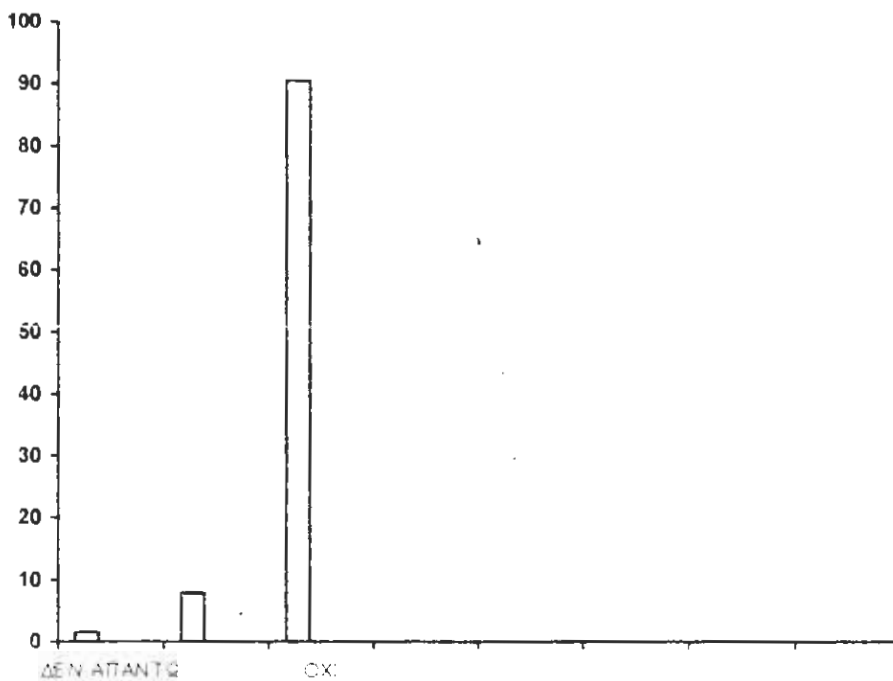


ΠΙΝΑΚΑΣ 8Α.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο μισθός είναι ικανοποιητικός και αντάξιος της εργασίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7	1,6
ΝΑΙ	35	7,9
ΟΧΙ	399	90,5

Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων απάντησε ότι ο μισθός δεν είναι ικανοποιητικός

ΣΧΗΜΑ 8Α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο μισθός τους είναι ικανοποιητικός

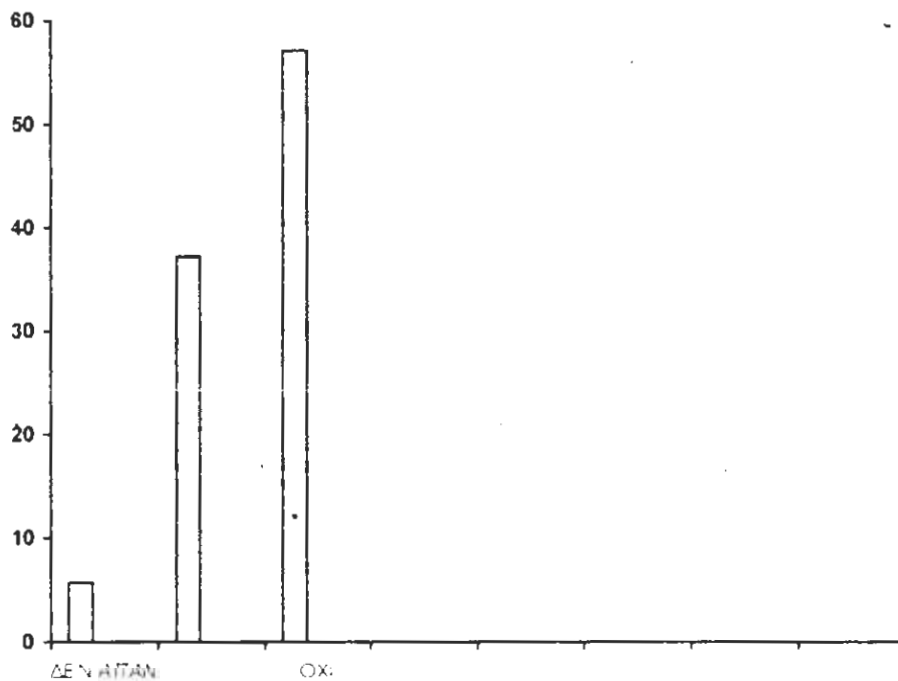


ΠΙΝΑΚΑΣ 8Β.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το επίπεδο των αποδοχών τους επηρεάζει την εργασία τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	25	5.7
ΝΑΙ	164	37.2
ΟΧΙ	252	57.1

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων απάντησε ότι δεν επηρεάζει την εργασία τους το επίπεδο των αποδοχών τους. Παρ' όλα αυτά όμως ένα σοβαρό ποσοστό επηρεάζεται από το γεγονός αυτό.

ΣΧΗΜΑ 8Β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ο μισθός τους επηρεάζει την εργασία τους.

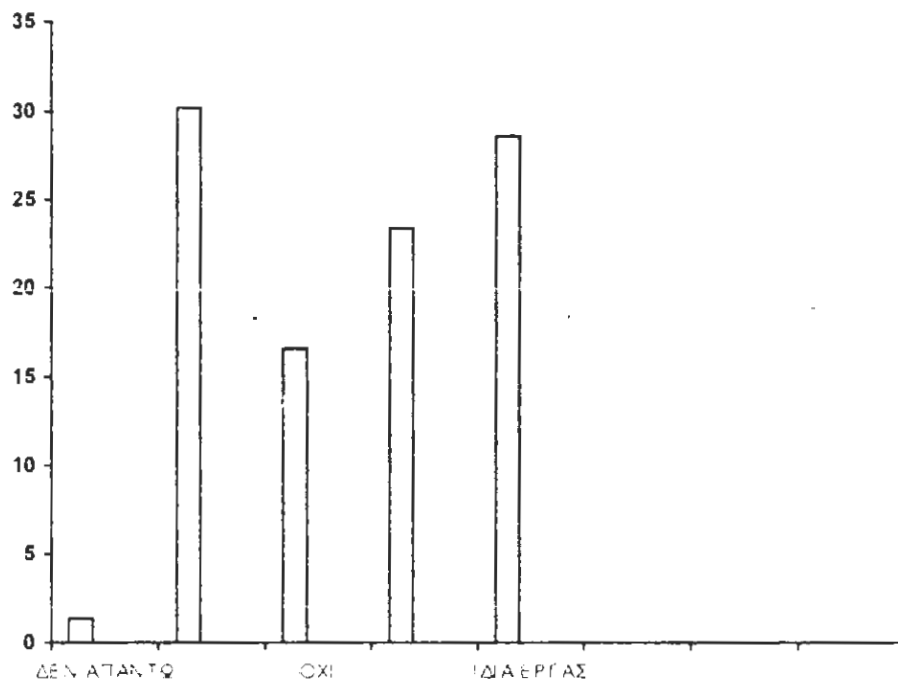


ΠΙΝΑΚΑΣ 8Γ.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την απόδοσή τους αν οι αποδοχές τους ήταν τριπλάσιες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	6	1.4
ΝΑΙ	133	30.2
ΟΧΙ	73	16.6
ΠΕΡΙΣΣΟΤ. ΕΡΓΑΣ.	103	23.4
ΙΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	126	28.6

Ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτών υποστηρίζει ότι θα προσέφερε περισσότερη παραγωγικότητα εάν ο μισθός του ήταν τριπλάσιος ενώ το 1/4 υποστηρίζει ότι η εργασία που σήμερα προσφέρει αξίζει τριπλάσια αμοιβή.

ΣΧΗΜΑ 8Γ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η απόδοσή τους θα ήταν η ίδια με τριπλάσιο μισθό

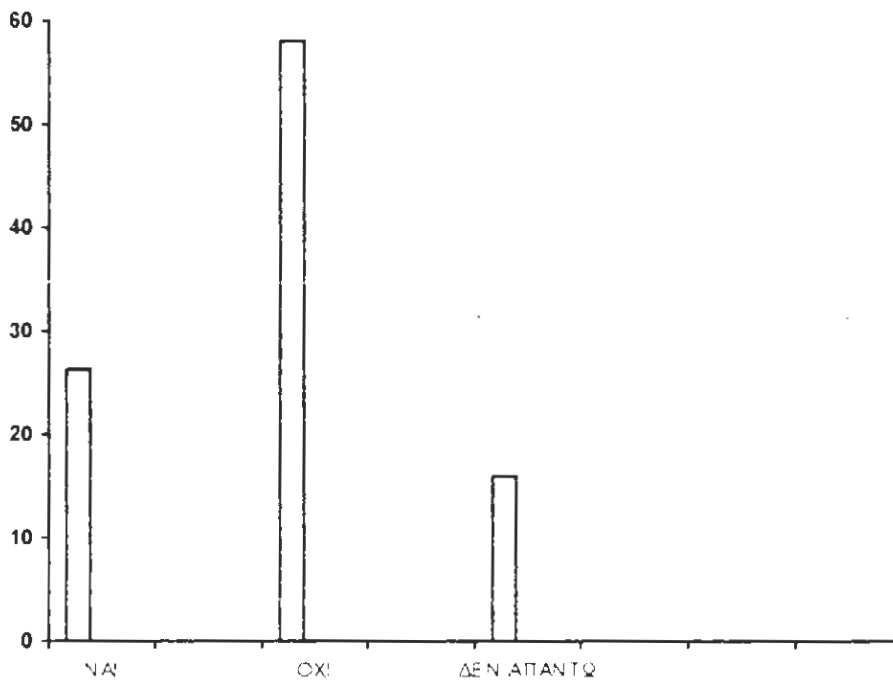


ΠΙΝΑΚΑΣ 9.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους δόθηκε κατάλληλη εκπαίδευση για την ανταπόκρισή τους στις ανάγκες της εργασίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	69	15.6
ΝΑΙ	116	26.3
ΟΧΙ	256	58.0

Η εκπαίδευση κατά την γνώμη της πλειοψηφίας των νοσηλευτών είναι επαρκής για την πλήρη ανταπόκρισή του στις ανάγκες της εργασίας του.

ΣΧΗΜΑ 9 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η εκπαίδευσή τους είναι επαρκής.

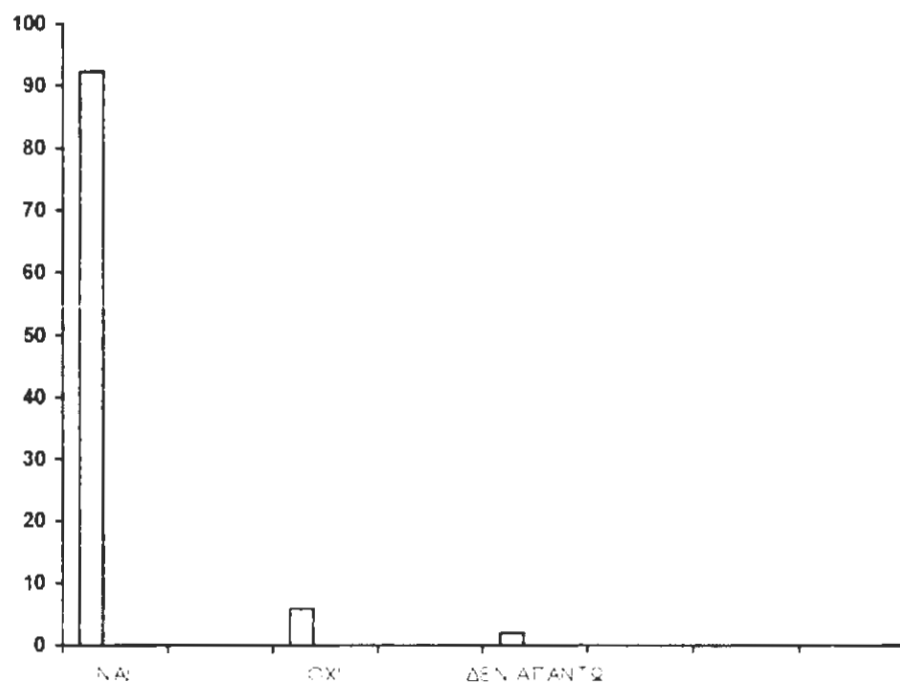


ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΟΑ.Ε Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η μη καλή συνεργασία επιφέρει φόρτο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	8	1,8
ΝΑΙ	407	92,3
ΟΧΙ	26	5,9

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η μη καλή συνεργασία του προσωπικού επιφέρει φόρτο εργασίας.

ΣΧΗΜΑ ΙΟΑ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η μη καλή συνεργασία επιφέρει φόρτο εργασίας

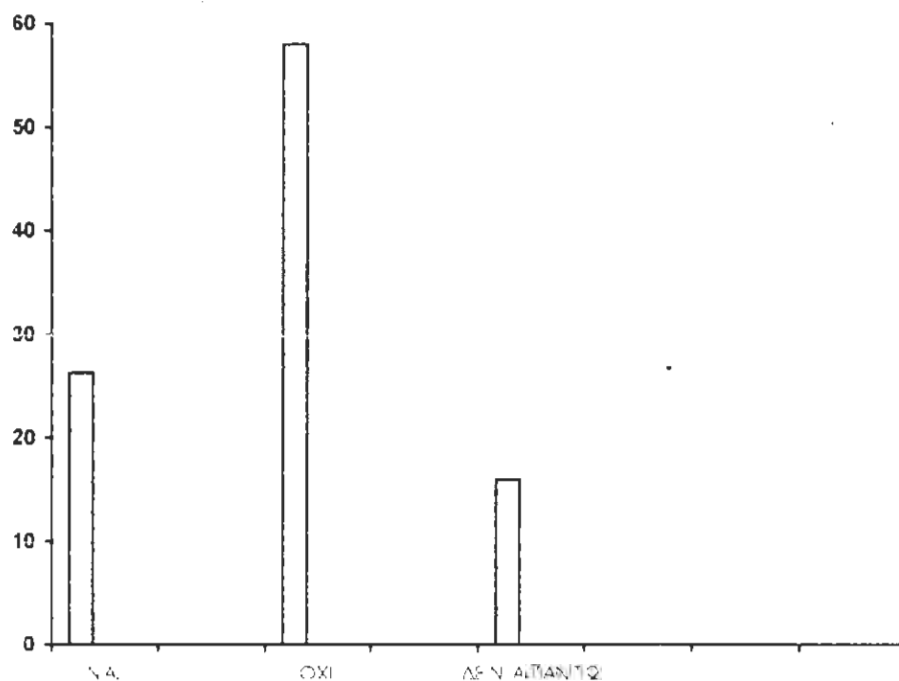


ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΒ.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων στην ερώτηση για το ποιά είναι η αιτία της μη καλής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	2.9
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΜΟΡΦΩΣΗ	70	15.9
ΣΤΟΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ	53	12.0
ΘΕΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	290	65.8
ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ	15	3.4

Η προσωπικότητα του κάθε εργαζομένου είναι για το μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων η αιτία της κακής συνεργασίας

ΣΧΗΜΑ ΥΒ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιά είναι η αιτία της κακής συνεργασίας.

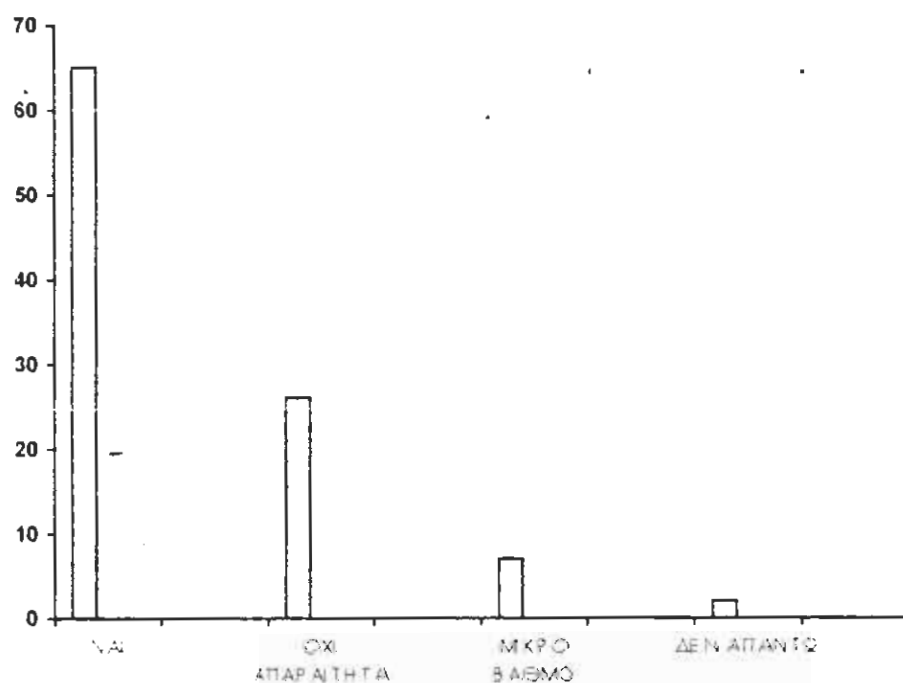


ΠΙΝΑΚΑΣ Π11: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την συνεργασία ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	2.0
ΝΑΙ	287	65.1
ΟΧΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ	115	26.1
ΜΙΚΡΟ ΒΑΘΜΟ	30	6.8

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών θεωρεί το νοσηλευτικό προσωπικό ανεύθυνο όσον αφορά στην εκτέλεση ορισμένων νοσηλευτικών πράξεων.

ΣΧΗΜΑ Π1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

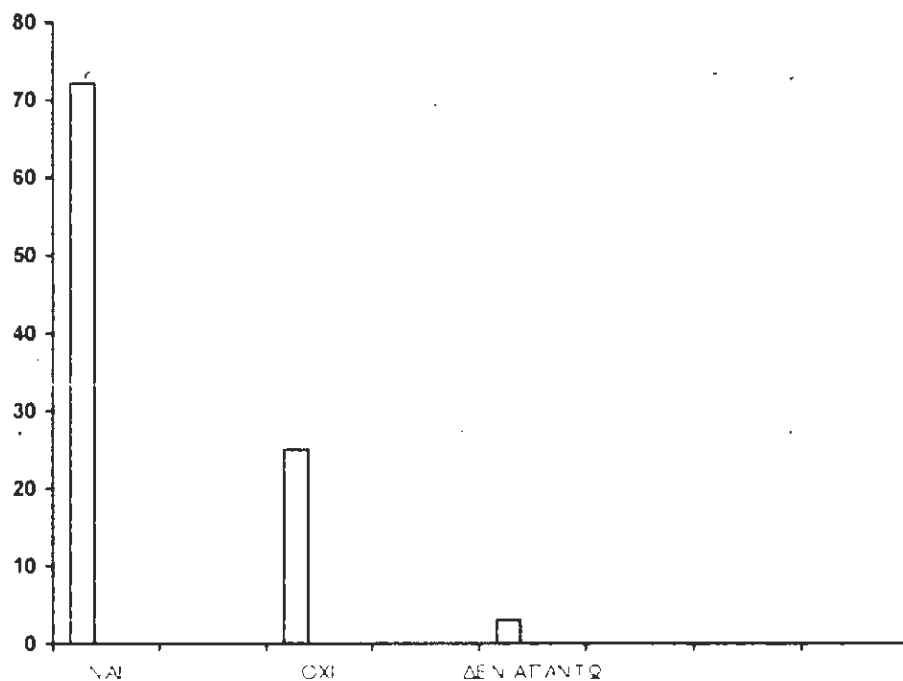


ΠΙΝΑΚΑΣ 121: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την έλλειψη καθηκοντολογίου και τον φόρτο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	13	2,9
ΝΑΙ	318	72,1
ΟΧΙ	10	2,49

Το υψηλότερο ποσοστό των εργαζομένων πιστεύει ότι η έλλειψη καθηκοντολογίου οδηγεί σε φόρτο εργασίας.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την έλλειψη καθηκοντολογίου και τον φόρτο εργασίας.

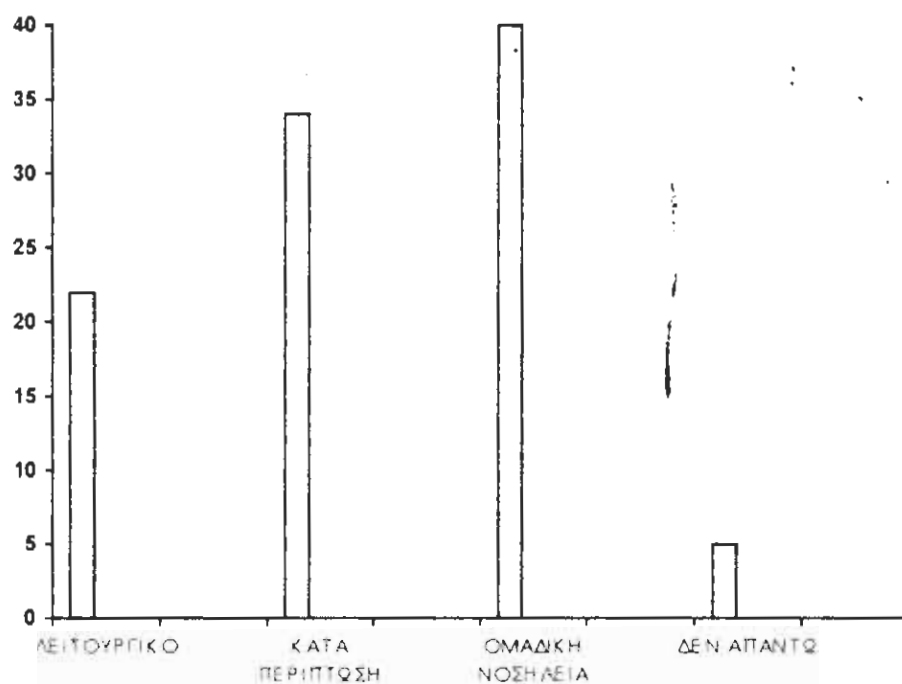


ΠΙΝΑΚΑΣ 13.ε Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων στην ερώτηση για το εφαρμοζόμενο σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	21	4.8
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ	97	22.0
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	149	33.8
ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΝΟΣ	174	39.5

Η κατανομή των απαντήσεων παρουσιάζει ότι δεν υπάρχει κάποια επικρατούσα μορφή συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας.

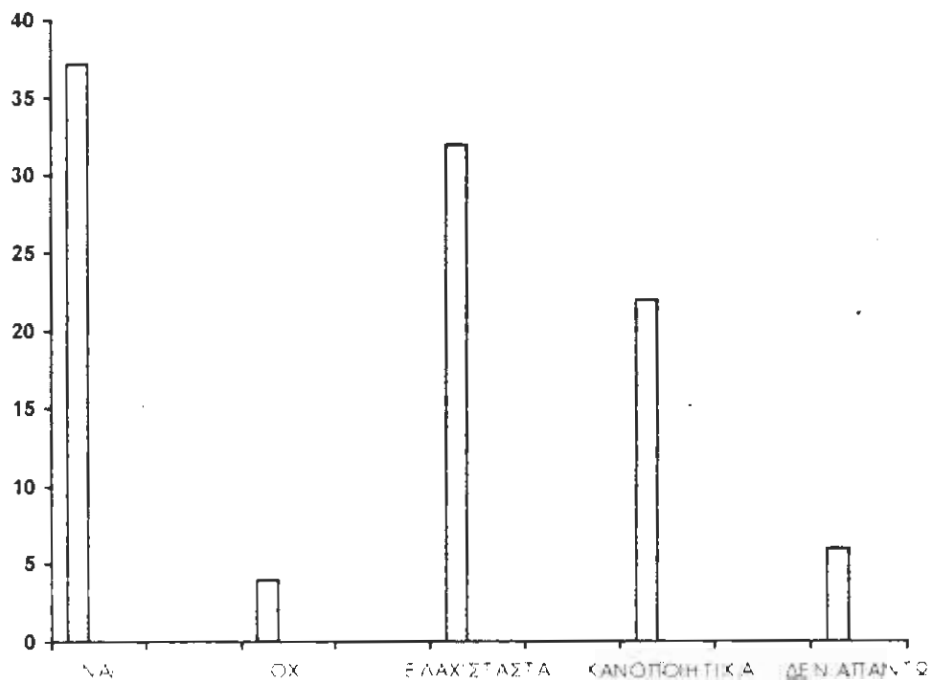


ΠΙΝΑΚΑΣ 14.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την προσφορά των φοιτητών κλπ, στο φόρτο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	25	5.7
ΝΑΙ	164	37.2
ΟΧΙ	17	3.9
ΕΛΑΧΙΣΤΑ	139	31.5
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	96	21.8

Είναι αξιοσημείωτο το ποσοστό των νοσηλευτών που πιστεύουν ότι η προσφορά των φοιτητών στο φόρτο εργασίας είναι ελάχιστη.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η προσφορά των φοιτητών είναι ικανοποιητική.

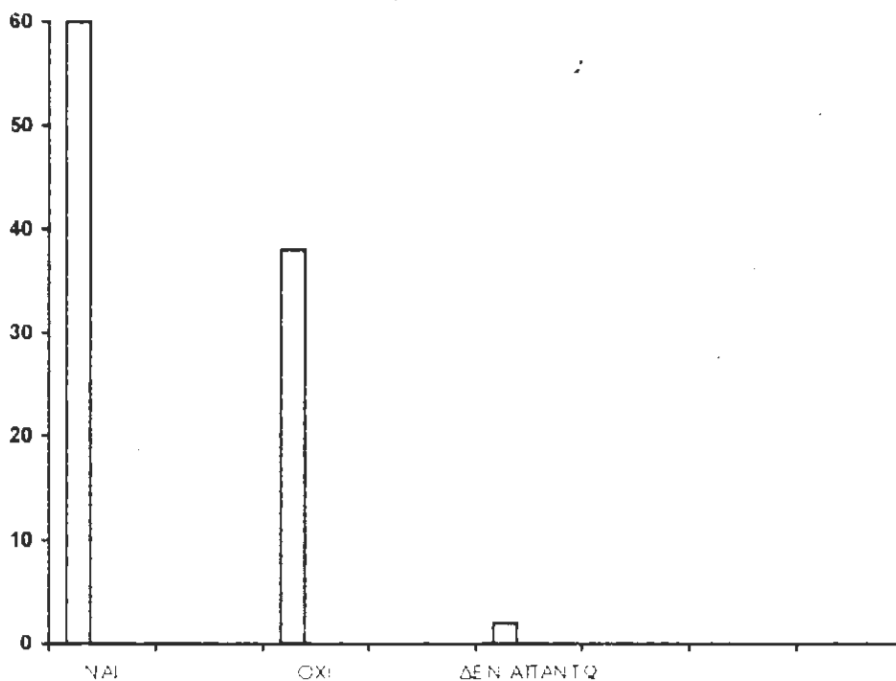


ΠΙΝΑΚΑΣ 15.ε Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει στους νοσηλευτές-τριες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	2.0
ΝΑΙ	265	60.1
ΟΧΙ	167	37.9

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει στους νοσηλευτές-τριες.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το που πέφτει ο φόρτος εργασίας.

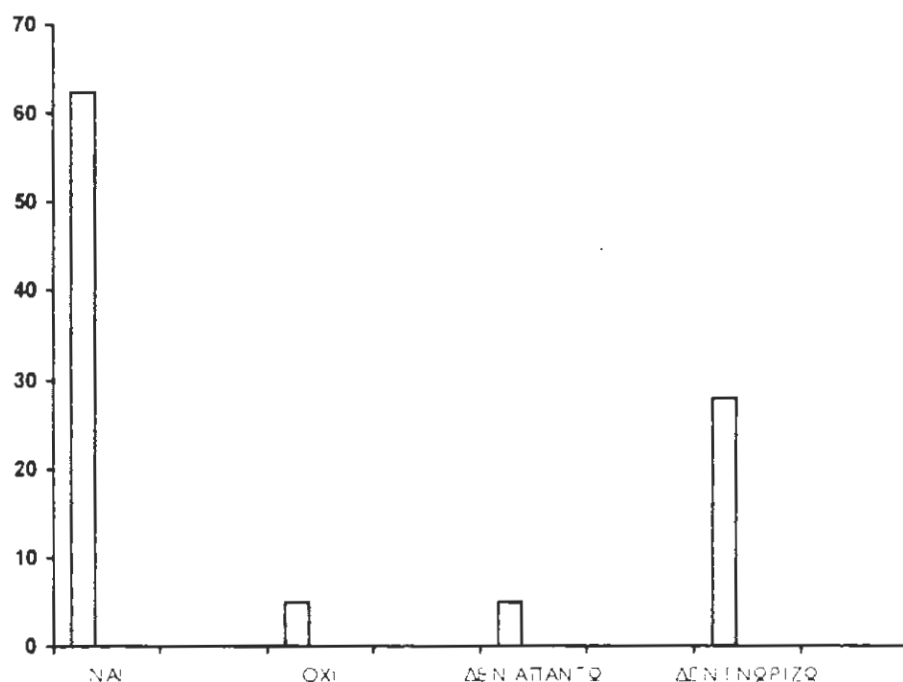


ΠΙΝΑΚΑΣ 16.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορεί να μειωθεί ο φόρτος εργασίας με την περιφερειακή και αστική ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	20	4,5
ΝΑΙ	275	62,4
ΟΧΙ	21	4,8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	125	28,3

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων απάντησε θετικά στο ερώτημα για το αν η περιφερειακή και αστική ανάπτυξη των κέντρων υγείας θα βελτιώσουν την κατάσταση από πλευράς φόρτου εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορεί να μειωθεί ο φόρτος εργασίας με την περιφερειακή και αστική ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας.

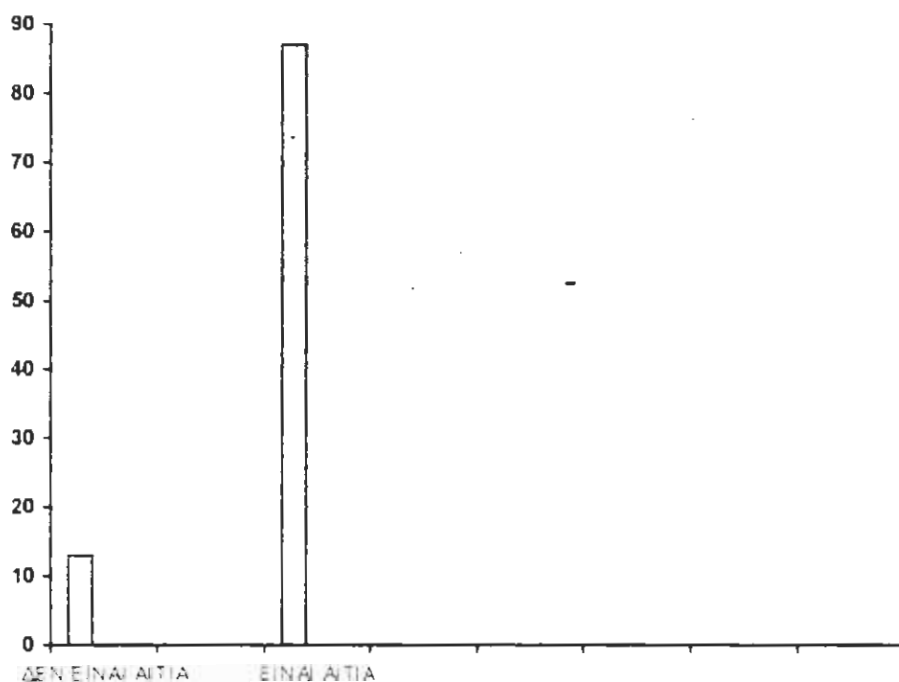


ΠΙΝΑΚΑΣ 17.11: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η έλλειψη προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	56	12,7
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	385	87,3

Στον πίνακα αυτό αλλά και σε αυτούς που ακολουθούν το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων πιστεύει ότι η κύρια αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η έλλειψη προσωπικού.

ΣΧΗΜΑ 17Α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η έλλειψη προσωπικού είναι η κυριώτερη αιτία που επιφέρει φόρτο εργασίας



ΠΙΝΑΚΑΣ 17.2.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η εκπαίδευση του προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	305	69.2
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	136	30.8

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.3.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η έλλειψη εξοπλισμού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	260	59.0
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	181	41.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.4.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι οι μη καλές αποδοχές.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	254	57,6
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	187	42,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.5.1 : Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η μη καλή συνεργασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	202	45,8
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	239	54,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.6.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η μη καλή συνεργασία ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	238	54,0
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	203	46,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.7.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι συναισθηματική φόρτιση του προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	374	84.8
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	67	15.2

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.8.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι έλλειψη καθηκοντολογίου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	232	52.6
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	209	47.4

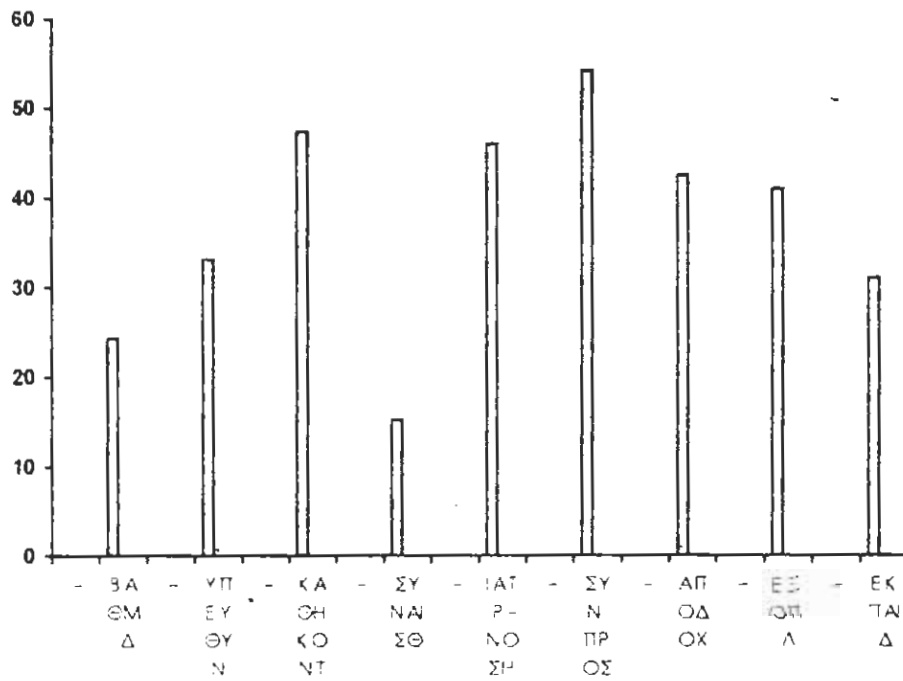
ΠΙΝΑΚΑΣ 17.9.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι η έλλειψη υπευθυνότητας του νοηλ/κού προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	295	66.9
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	146	33.1

ΠΙΝΑΚΑΣ 17.10.1: Κατανομή των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας είναι οι πολλές βαθμίδες εκπαίδευσης του προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	334	75.7
ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΙΑ	107	24.3

ΣΧΗΜΑ 17B: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιά είναι η κυριώτερη αιτία που οδηγεί σε φόρτο εργασίας.



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

(ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 18 ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ)

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΑΝ ΜΟΝΟ 71 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

1. Η κατανομή των αρρώστων στα Νοσοκομειακά τμήματα να γίνεται όχι από απλό διοικητικό προσωπικό του γραφείου κίνησης αλλά από αρμόδιο άτομο και με τη συμμετοχή νοσηλεύτη.
2. Να δίδεται έντυπο στους αρρώστους με διευκρινιστικές οδηγίες, γιά να μην απασχολούν με επουσιώδεις ερωτήσεις το προσωπικό.
3. **Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας**
4. Επαρκής αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων από αρμόδιους και κατάλληλα εκπαιδευμένους φορείς.
5. Μείωση των κλινών κατά τμήμα.
6. Καλύτερες κτιριακές εγκαταστάσεις
7. **Πρόσληψη νοσ/κού προσωπικού (87 %), (p = 0.001)**
8. **Αύξηση αποδοχών (81 %), (p = 0.001).**
9. Αύξηση αδειών.
10. Περισσότερη πρακτική εξάσκηση και ουσιαστική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα στο περιβάλλον του νοσοκομείου.
11. **Καλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού (34 %), (p < 0.01) .**
12. **Υπαρξη καθηκοντολογίου (27 %), (p = 0.001)**
13. Επένδρωση νοσοκομείων με τεχνολογικό εξοπλισμό.
14. Να μην γίνονται διακρίσεις προσωπικού στο χώρο εργασίας.
15. Πριν οργανωθεί οποιαδήποτε Νοσηλευτική μονάδα να λαμβάνεται υπόψιν η γνώμη του έμπειρου προσωπικού που θα εργάζεται στο συγκεκριμένο τμήμα.
16. Σωστός προγραμματισμός διαδικασιών.
17. Υπευθυνότητα και εκπαίδευση του νοσ/κού προσωπικού στο συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας.
18. Όχι στις πολλές βαθμίδες εκπαίδευσης.
19. Οργάνωση τμημάτων και διαχωρισμός καθηκόντων.
20. Σωστή διαχείριση – διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού γιά πληρέστερη χρησιμοποίηση αυτού.
21. Οργάνωση περισσότερων σεμιναρίων και παρακολούθηση αυτών από το νοσηλευτικό προσωπικό.
22. Καλή συνεργασία νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.
23. Σωστή και μεθοδική κατανομή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

24. Αποσυμφόρηση των μεγάλων αστικών ιατρικών κέντρων και μετατοπίση των υπηρεσιών και λειτουργιών προς τα μικρότερα περιφερειακά κέντρα (41 %), ($p = 0.01$).
25. Αυστηρή τήρηση του καθημερινού ωραρίου από όλους τους νοσηλευτές-τριες και ιατρούς.
26. Η νοσηλεία των ασθενών και τραυματιών να είναι απολύτως αναγκαία και όχι να ισχύει η παρατεταμένη "κράτηση" τους για ευνόητους λόγους στα νοσοκομεία.
27. Να ισχύει ένα καθημερινό χρονοδιάγραμμα εργασίας για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο και θα τηρείται από όλους.
28. Να υπάρχει ένα εναλλακτικό σχήμα, στα μεγάλα ιατρικά κέντρα (νοσοκομεία, κλινικές), νοσ/κού προσωπικού για να ανταποκρίνεται οπουδήποτε υπάρχει οξύ πρόβλημα σε οποιαδήποτε τομές (πχ. παθολογικό, Ορθοπεδικό κλπ).
29. Υπαρξη ενός δικτύου ενημέρωσης και πληροφοριών των πολιτών από τα νοσοκομεία και τις κλινικές (τηλεφωνικά, ή μέσα από Η/Υ τοποθετημένους στα ιατρικά κέντρα), που θα τους γνωρίζουν σε ποιο κέντρο θα εξυπηρετηθούν καλύτερα, για να ισοκατανεμηθεί ο φορτος εργασίας (με βάση τον αριθμό των κλινών, των ιατρών κλπ).
30. Μείωση της ζήτησης των πολιτών για περίθαλψη με:
- μείωση της περίθαλψης με καλύτερη διαβίωση των ανθρώπων.
 - ελάττωση και εξάλειψη των επιδημιολογικών φαινομένων
 - ενημέρωση και εκπαίδευση των πολιτών για τον τρόπο αντιμετώπισης ενός προβλήματος υγείας, έτσι ώστε να μην καταφεύγουν με το παραμικρό στα ιατρικά κέντρα.
 - αυστηρά μέτρα πρόληψης και αποφυγής ατυχημάτων στον εργασιακό χώρο, στους εθνικούς δρόμους κ. ά.
31. Βελτίωση προσφοράς (παροχή υπηρεσιών) από νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό με :
- α) Εγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση των ασθενών για να μειωθεί ο χρόνος προσφοράς προς τον "πελάτη".
 - β) Διαμόρφωση ενός νέου Συστήματος Υγείας με συμμετοχή ιδιωτών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών.
 - γ) Χορήγηση πλέον "αξιόπιστων" φαρμάκων ως καλύτερη ιατρική περίθαλψη, για την ελαχιστοποίηση του χρόνου ανάρρωσης.
32. Λογικό πρόγραμμα εργασίας προσωπικού (μειωμένο ωράριο).
33. Καλή λειτουργία του τμήματος.
34. Εξάλειψη της νοοτροπίας "δεν σπούδασα για να κάνω τα πάντα" !!!

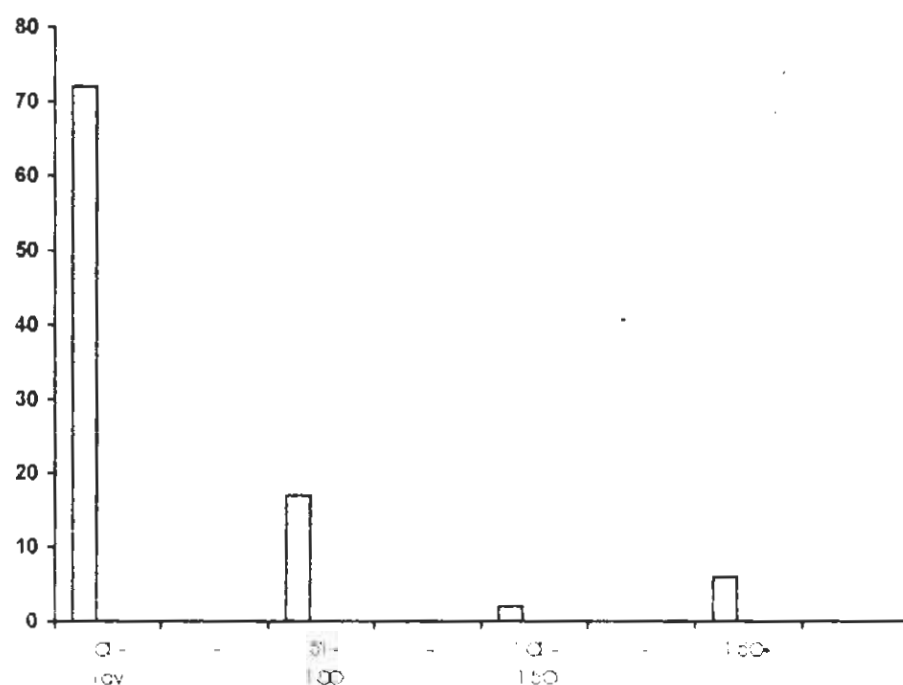
35. Εφαρμογή του κατά περίπτωση συστήματος νοσηλευτικής φροντίδας.
36. Σταθερή δύναμη ασθενών στις κλινικές (όχι φορεία στους διαδρόμους)
37. Ανάπτυξη της δραστηριότητας των κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσηλευτικά τμήματα και όλων των άλλων ειδικοτήτων που έχουν ως θέμα τους ηλικιωμένους
38. Παρακολούθηση σεμιναρίων συνεχιζόμενης κατάρτισης για νοσηλευτές 2ετούς φοιτήσεως και ΤΕΛ
39. Υπευθυνότητα νοσηλευτικού προσωπικού.
40. Μεταφορά αργόσχολου προσωπικού σε κλινικές με μεγάλες ανάγκες.
41. Αναβάθμιση του ρόλου των Κέντρων Υγείας.
42. Πριμ παραγωγικότητας.
43. Εμπιστοσύνη από το ιατρικό προσωπικό προς το νοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε ευπύθνη εργασία και αλληλοσεβασμός.
44. Αλλαγή νοοτροπίας των κυβερνητικών στελεχών απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό.
45. Κίνητρα για επιμόρφωση του προσωπικού και όχι μόνο των ιατρών.
46. Τήρηση ιεραρχίας και να μην ασχολείται ο νοσηλευτής με γραφική εργασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.1: Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα άτομα νοσηλεύονται στα τμήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-50	42	72
51-100	10	17
101-150	1	2
150 +	4	6

Το μεγαλύτερο ποσοστό προϊσταμένων διοικεί τμήματα που νοσηλεύουν μέχρι και 50 άτομα και πολύ μικρότερο τμήματα των 100 και 150 ατόμων.

ΣΧΗΜΑ 19 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα άτομα νοσηλεύονται στο τμήμα τους.

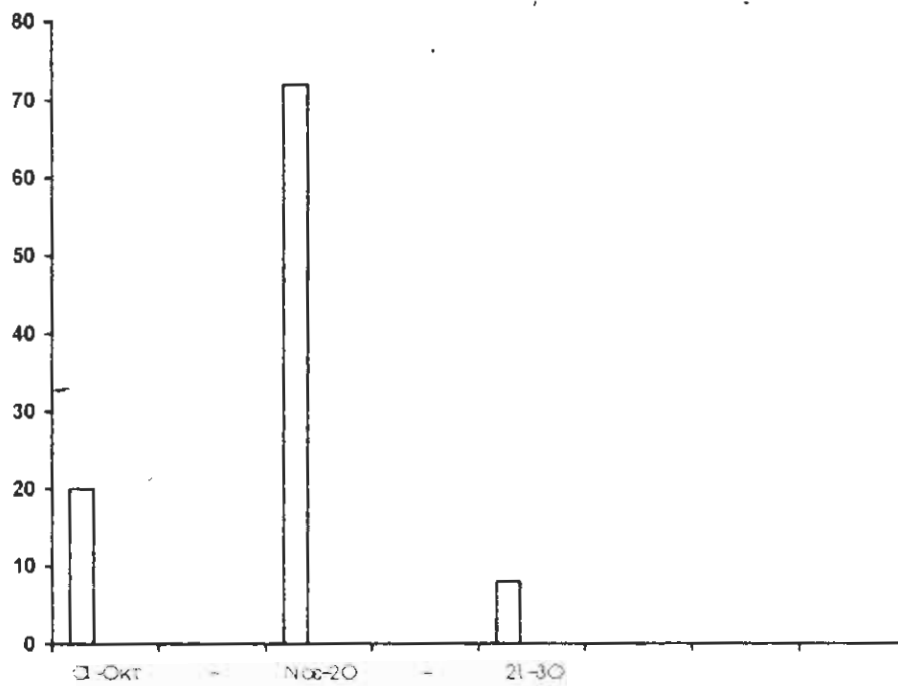


ΠΙΝΑΚΑΣ 20.1 : Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα άτομα εργάζονται στα τμήματα τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-10	12	20
11-20	42	72
21-30	5	8

Το μεγαλύτερο ποσοστό προϊσταμένων διοικεί από 11 έως 20 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα άτομα διοικούν

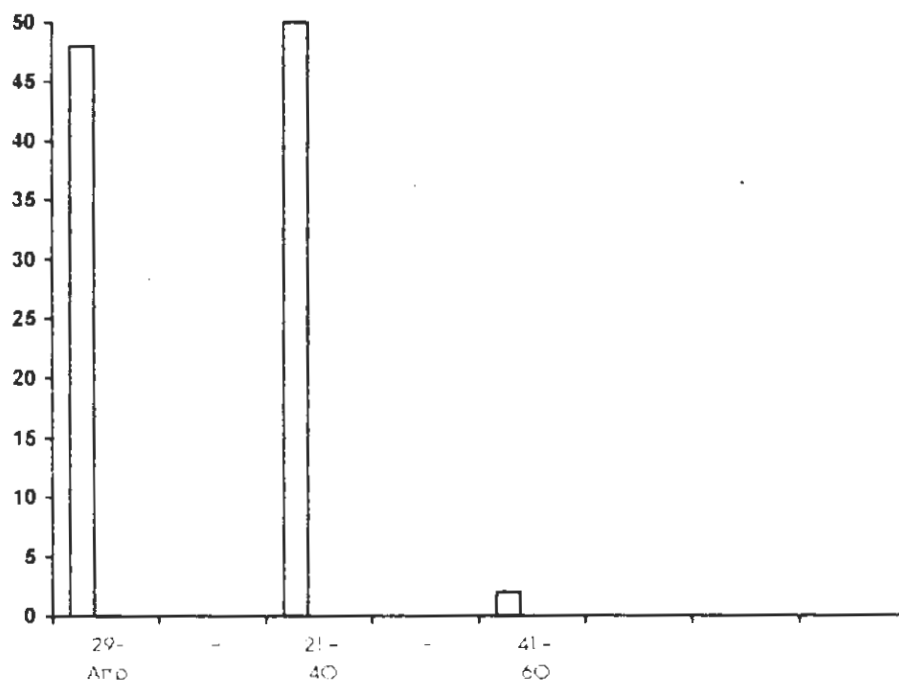


ΠΙΝΑΚΑΣ 211: Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ήθελαν περισσότερο προσωπικό στα τμήματά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-20	28	48
21-40	29	50
41-60	1	2

Όπως χαρακτηριστικά παρουσιάζεται στον πίνακα αυτό οι περισσότεροι προϊστάμενοι θα ήθελαν περισσότερο προσωπικό στο τμήμα τους.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επιθυμούσαν περισσότερο προσωπικό.

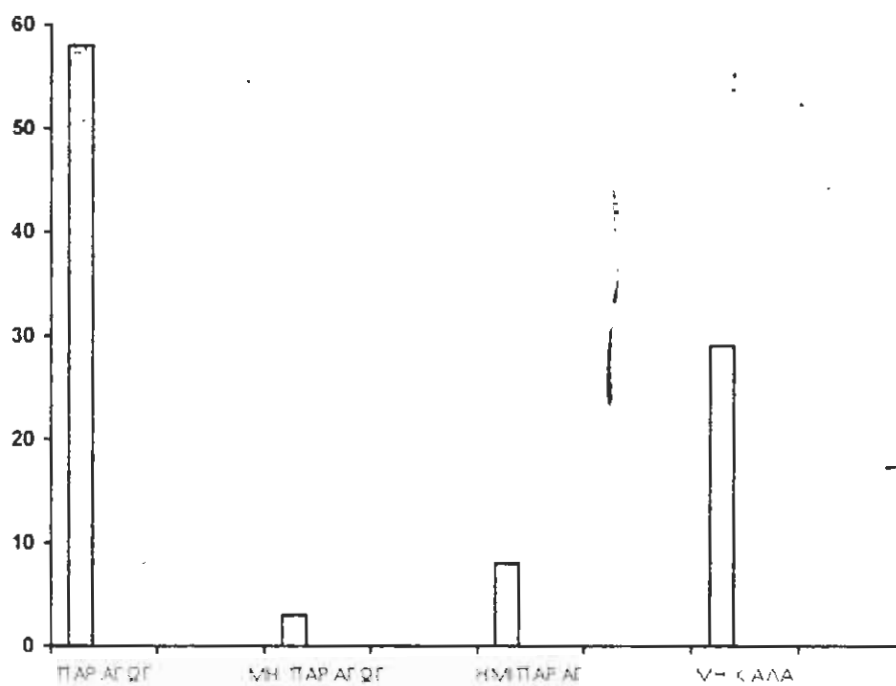


ΠΙΝΑΚΑΣ 221: Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με την αξιολόγηση του Νοσηλευτικού προσωπικού από τις προϊστάμενες των τμημάτων

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ	34	58
ΜΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ	2	3
ΗΜΙΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ	5	8
ΜΗ ΚΑΛΑ	17	29

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι άρτια εκπαιδευμένο

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού.

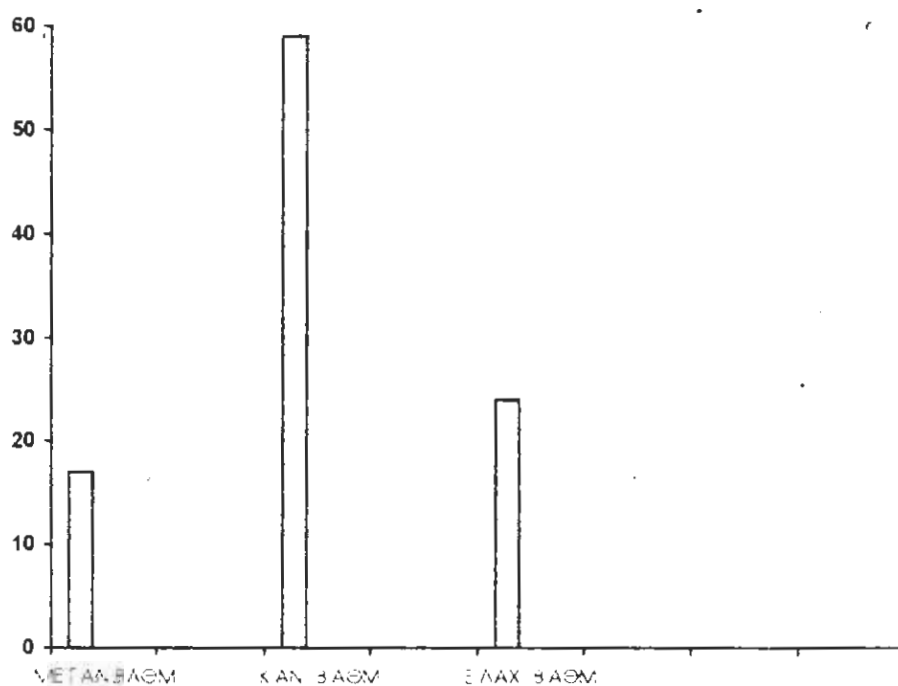


ΠΙΝΑΚΑΣ 23.1: Κατανομή των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν δίνεται στο προσωπικό η ευκαιρία να αξιοποιήσει τις γνώσεις και τις δυνατότητές του

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ	10	17
ΣΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΒΑΘΜΟ	34	59
ΣΕ ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΒΑΘΜΟ	14	24

Οι προϊστάμενες των τμημάτων πιστεύουν ότι δίνεται στο προσωπικό τους η ευκαιρία να αξιοποιήσει τις γνώσεις του και τις ικανότητές του σε ικανοποιητικό βαθμό.

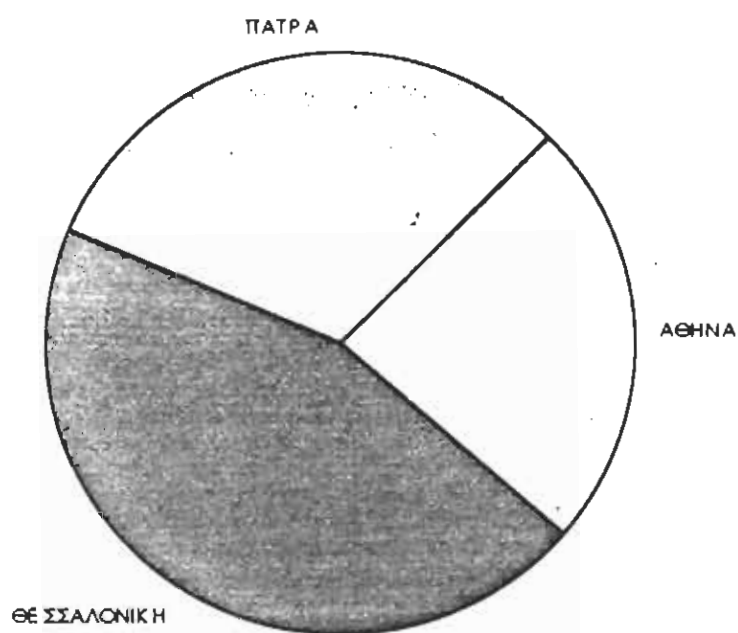
ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 58 ερωτηθέντων σε σχέση με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του προσωπικού.



ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Κατανομή των απαντήσεων- 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την πόλη στην οποία εργάζονται

ΠΟΛΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΘΗΝΑ	106	24
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	199	45
ΠΑΤΡΑ	136	31

ΣΧΗΜΑ 24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την πόλη που εργάζονται



ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας και με το αν πιστεύουν ότι ο μισθός τους είναι αντάξιος της εργασίας τους.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9			4 0.9
1-5	2 0.5	13 2.9	135 30.6	135 34.6
6-10	1 0.2	10 2.3	140 31.7	151 34.2
11-15		8 1.8	77 17.5	85 19.3
16-20		4 0.9	47 10.7	51 11.6
ΣΥΝΟΛΟ	7 1.6	35 7.9	399 90.5	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	39.3	0.000001

P : συντελεστής στατιστικής σημαντικότητας

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία και το αν ο μισθός είναι αντάξιος της εργασίας τους.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9	5 1.1	7 1.6	16 04.6
20-25		5 1.1	52 11.8	57 12.9
26-30	1 0.2	12 2.7	150 34.0	163 37.0
31-35	2 0.5	4 0.9	95 21.5	101 22.9
36-40		9 2.0	95 21.5	104 23.6
ΣΥΝΟΛΟ	7 1.6	35 7.9	399 90.5	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	34.9	0.00003

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει ότι ανεξάρτητα με την ηλικία οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι ο μισθός τους δεν είναι αντάξιος της εργασίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο και με το αν το Νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει σε όλους το ίδιο.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9	1 0.2		5 1.1
ΑΕΙ		1 0.2	11 2.5	12 2.7
ΤΕΙ	1 0.2	15 3.4	203 46.0	219 49.7
2ΕΤΟΥΣ	2 0.5	14 3.2	126 28.6	142 32.2
ΤΕΛ		2 0.5	15 3.4	17 3.9
ΙΔΙΩΤΙΚ ΣΧΟΛ		1 0.2	20 4.5	21 4.8
ΑΛΛΗΣ ΣΧΟΛ		1 0.2	24 5.4	25 5.7
ΣΥΝΟΛΟ	7 1.6	35 7.9	399 90.5	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	40.5	0.00006

Η άποψη για τις οικονομικές αποδοχές δεν έχει σχέση ούτε και με το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών αφού αντιμετωπίζουν από κοινού όλοι τον ίδιο φόρτο εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας και με το αν το Νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει περισσότερο στους απόφοιτους ανώτερης σχολής.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9			4 0.9
1-5	1 0.2	88 20.0	61 13.8	150 34.0
6-10	4 0.9	90 20.4	57 12.9	151 34.2
11-15		48 10.9	37 8.4	85 19.3
16-20		39 8.8	12 2.7	51 11.6
ΣΥΝΟΛΟ	9 2.0	265 60.1	399 90.5	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	45.4	0.00001

Η πλειοψηφία των εργαζομένων με έτη εργασίας 16 - 20 πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει περισσότερο στους αποφοίτους ανώτερης σχολής παρόλο που το προσωπικό είναι πολυσυλλεκτικό όσον αφορά τις σχολές από τις οποίες έχει αποφοιτήσει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων με την ηλικία και με το αν το Νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει περισσότερο στους απόφοιτους ανώτερης σχολής.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9	9 2.0	3 0.7	16 3.6
20-25	1 0.2	33 7.5	23 5.2	57 12.9
26-30		93 21.1	70 15.9	163 37.0
31-35	4 0.9	58 13.2	39 8.8	101 22.9
36-40		72 16.3	32 7.3	104 23.6
ΣΥΝΟΛΟ	9 12.0	265 60.1	167 37.9	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	31.4	0.00012

Οι νοσηλευτές σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο φόρτο εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων με το μορφωτικό επίπεδο και με το αν το Νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι ο φόρτος εργασίας πέφτει περισσότερο στους απόφοιτους ανώτερης και ανώτατης σχολής.

Αριθμός Ποσοστό	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4 0.9		1 20.2	5 1.1
ΑΕΙ		9 2.0	3 0.7	12 2.7
ΤΕΙ	3 0.7	170 38.5	46 10.4	219 49.7
2ΕΤΟΥΣ	1 0.2	51 11.6	90 20.4	142 32.2
ΤΕΛ		8 1.8	9 2.0	17 3.9
ΙΔΙΩΤΙΚ ΣΧΟΛ	1 0.2	11 2.5	9 2.0	21 4.8
ΑΛΛΗΣ ΣΧΟΛ		16 3.6	9 2.0	25 5.7
ΣΥΝΟΛΟ	9 2.0	265 73.6	167 37.9	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	102.2	0.00001

Με βάση τον παραπάνω πίνακα ο φόρτος εργασίας πέφτει σε νοσηλευτές ανώτερων και ανώτατων σχολών οι οποίοι έχουν και την μεγαλύτερη ευθύνη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3ε: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η κακή συνεργασία είναι βασικό αίτιο φόρτου εργασίας και σε σχέση με την τη Πόλη στην οποία εργάζονται

Αριθμός Ποσοστό	ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΠΑΤΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ		3 0.7	5 1.1	8 1.8
ΝΑΙ	102 23.1	180 40.8	125 28.3	407 92.3
ΟΧΙ	4 0.9	16 3.6	6 1.4	26 5.9
ΣΥΝΟΛΟ	106 24.0	199 45.1	136 30.8	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	9.08	0.05

Η συσχέτιση των παραπάνω δεδομένων παρουσιάζει ότι είναι κοινή η άποψη ότι η κακή συνεργασία είναι το βασικό αίτιο που προκαλεί φόρτο εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία (για τον Νησηλευτή) μη καλής συνεργασίας και την Πόλη στην οποία εργάζονται

Αριθμός Ποσοστό	ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΠΑΤΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2 0.5	5 1.1	6 1.4	13 2.9
ΔΙΑΦ ΜΟΡΦ	17 3.9	43 9.8	10 2.3	70 15.9
ΣΤΟΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜ	10 2.3	32 7.3	11 2.5	53 12.0
ΘΕΜΑ ΧΑΡΑΚΤ	77 17.5	106 24.0	107 24.3	290 65.8
ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ		13 2.9	2 0.5	15 3.4
ΣΥΝΟΛΟ	106 24.0	199 45.1	136 30.8	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	40.7	0.00001

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η χαρακτήρας του καθενός ευθύνεται για τις περιπτώσεις κακής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων στο χώρο της υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία της κακής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού και την Πόλη στην οποία εργάζονται

Αριθμός Ποσοστό	ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΠΑΤΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ		3 0.7		9 2.0
ΝΑΙ	78 17.7	121 27.4	6 1.4	287 65.1
ΟΧΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ	24 5.4	59 13.4	88 20.0	115 26.1
ΜΙΚΡΟ ΒΑΘΜΟ	4 0.9	16 3.6	32 7.3	30 6.8
ΣΥΝΟΛΟ	106 24.0	199 45.1	136 30.8	441 100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	13.11	0.04

Τα αυξημένα ποσοστά των νοσηλευτών της Αθήνας αποκαλύπτουν και τον μεγάλο φόρτο της εργασίας που αντιμετωπίζουν στα εκεί νοσηλευτικά ιδρύματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η έλλειψη καθηκοντολογίου οδηγεί σε φόρτο εργασίας και την Πόλη στην οποία εργάζονται

Αριθμός Ποσοστό	ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΠΑΤΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	4	7	13
	0.5	0.9	1.6	2.9
ΝΑΙ	80	144	94	318
	18.1	32.7	21.3	72.1
ΟΧΙ	24	51	35	110
	5.4	11.6	7.9	24.9
ΣΥΝΟΛΟ	106	199	136	441
	24.0	45.1	30.8	100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	3.59	0.004

Η σύγκλιση των απόψεων είναι σαφής και στις τρεις πόλεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Συσχέτιση των απαντήσεων 441 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το Νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι θα βελτιωθεί η κατάσταση με την εφαρμογή του προγράμματος του Π.Ο.Υ. και την Πόλη στην οποία εργάζονται

Αριθμός Ποσοστό	ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΠΑΤΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	6	10	20
	0.9	1.4	2.3	4.5
ΝΑΙ	82	107	86	275
	18.6	24.3	19.5	62.4
ΟΧΙ	2	10	9	21
	0.5	2.3	2.0	4.8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	76	31	125
	4.1	17.2	7.0	28.3
ΣΥΝΟΛΟ	106	199	136	441
	24.0	45.1	30.8	100.0

χ^2	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	26.0	0.0002

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών της Αθήνας πιστεύει στην βελτίωση της κατάστασης με την εφαρμογή του προγράμματος του Π.Ο.Υ.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη διάρκεια της τετραετούς φοίτησής μας και της συμμετοχής μας στη παραγωγική διαδικασία του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου μέσω της κλινικής και πρακτικής μας, γνωρίσαμε από κοντά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος της Νοσηλευτικής. Ένα από τα κυριώτερα προβλήματα όπως διαπιστώσαμε ήταν ο φόρτος εργασίας.

Έτσι αποφασίσαμε να προβούμε στην εκπόνηση μίας στοιχειώδους ερευνητικής μελέτης η οποία είχε σαν στόχο τη συλλογή ιδεών και προτάσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη μείωση της επαγγελματικής κόπωσης και γνωρίζοντας τα τεράστια οικονομικά προβλήματα του κράτους θέλαμε οι προτάσεις να είναι τέτοιες ώστε να μην επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό. Παρασυρρόμενοι από τις συνεχείς διαμαρτυρίες του νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώσαμε εκ των υστέρων ότι ήταν λάθος να θεωρήσουμε ως δεδομένο ότι υπάρχει φόρτος εργασίας. Βέβαια τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έρχονται σε αντίθεση με τα παραπάνω. Κατά τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν άτομα εκτός του νοσ/κού χώρου που υποστήριξαν ότι ο φόρτος εργασίας των νοσ/τών έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια

Από τα 441 άτομα που απάντησαν τα ερωτηματολόγια το 79,6% ήταν γυναίκες και το 19,3% άνδρες, η ηλικία των οποίων κυμαινόταν από 20 - 40 ετών με ετη εργασία από 1 - 20. Μέσα σε αυτό το δείγμα το 49,7% είναι απόφοιτοι των Τ.Ε.Ι ποσοστό ιδιαίτερα ευχάριστο γιατί αποδεικνύει ότι τα τελευταία χρόνια τα νοσοκομεία επανδρώνονται από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ένα ποσοστό 34,2 % των εργαζομένων απαντά πως η Νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα το οποίο αγαπούν ιδιαίτερα γιατί το επέλεξαν οι ίδιοι ($p < 0,001$). Γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι, οι νοσηλευτές με υπευθυνότητα ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις του Νοσηλευτικού τους τμήματος, προσφέροντας υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, μολονότι ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 76,2% πιστεύει ότι ο αριθμός των νοσηλευτών κατά νοσηλευτική μονάδα είναι ανεπαρκής, πρόταση που επιβεβαιώνεται και από τις προισταμένες των τμημάτων ($p < 0,001$).

Όπως όλοι οι εργαζόμενοι στις δημόσιες υπηρεσίες, έτσι και οι νοσηλευτές διαμαρτύρονται για τις οικονομικές τους αποδοχές σ' ένα ποσοστό 90,5%. Πράγμα το οποίο δεν θα έπρεπε να προκαλεί την αντίδραση των υπευθύνων εαν λάβουμε υπόψη μας ότι το επάγγελμα της νοσηλευτικής δεν είναι απλό επάγγελμα αλλά αποτελεί λειτούργημα. Το κυκλικό ωράριο, η αυξημένη υπευθυνότητα, η ανθυγιεινή εργασία, η

ψυχική και σωματική καταπόνηση που καθημερινά βιώνει ο νοσηλευτής φροντίζοντας τον άρρωστο ή τον ετοιμοθάνατο, ο φόρτος εργασίας σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, η συνεχιζόμενη ετοιμότητα και προσοχή προς αποφυγή λάθους που αν ολιγορήσει θα στοιχήσει ίσως και αυτή τη ζωή του αρρώστου, είναι παράγοντες που δηλώνουν φανερά ότι οι οικονομικές αποδοχές των νοσηλευτών δεν είναι ανάλογες της προσφοράς της εργασίας τους.

Ωστόσο όμως τόσο η εκπαίδευση όσο και η προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτήτριας θα πρέπει να είναι έτσι που να μην επιτρέπουν οι οικονομικές αποδοχές να επηρεάζουν αρνητικά τη παραγωγικότητα και τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.(57,1 %). ($p < 0.01$)

Από τη πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι αποδεκτό με ποσοστό 92,3% ότι η μη καλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού οδηγεί σε επαγγελματική κόπωση ($p < 0.001$). Ένα ποσοστό 58% διαμαρτύρεται ότι δεν του δόθηκαν τα απαραίτητα εφόδια από την εκπαίδευση του για την ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Από την άλλη όμως, το 65,8% υποστηρίζει ότι η μη καλή συνεργασία δεν είναι μόνο θέμα εκπαίδευσης και μάθησης αλλά και θέμα χαρακτήρα και προσωπικότητας ($p < 0.01$). Ποσοστό 65,1% πιστεύει ότι όχι μόνο η μη καλή συνεργασία μεταξύ του νοσ/κού προσωπικού αλλά και μεταξύ νοσ/κού και ιατρικού προσωπικού οδηγεί σε επαγγελματική κόπωση.

Εκπληξη προκαλεί το γεγονός ότι το 72,1% των νοσ/τών θεωρεί ότι η έλλειψη καθηκοντολογίου οδηγεί σε φόρτο εργασίας ($p = 0.001$). Γνωρίζουν όμως τα περιεχόμενα του προτεινόμενου καθηκοντολογίου; Μάλλον όχι. Και αυτό γιατί το καθηκοντολόγιο περιλαμβάνει πολλές νοσηλευτικές πράξεις οι οποίες θα έπρεπε να γίνονται, ενώ γίνονται πολύ λιγότερες. Το 60,1 των νοσηλευτών και όχι μόνο των αποφοίτων των Τ.Ε.Ι αλλά και των άλλων σχολών, υποστηρίζουν ότι μεγαλύτερο φόρτο αισθάνονται οι νοσ/τές τριτοβαθμίου εκπαίδευσης και τούτο λόγω μεγαλύτερης ευθύνης.

Οι νοσ/τές - τριες παραδέχονται έμμεσα ότι η επαγγελματική κόπωση θα μειωθεί εάν υλοποιηθεί το πρόγραμμα του Π.Ο.Υ. για περιφερειακή και αστική ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας (Π.Φ.Υ.) και αυτό σε ποσοστό 62,4% ($p = 0.01$).

Πάλι με έμμεσο τρόπο, οι νοσ/τές υποστηρίζουν ότι ο φόρτος θα μειωθεί εάν γίνουν περισσότερες προσλήψεις νοσ/κού προσωπικού, εάν υπάρξει καλύτερη συνεργασία μεταξύ νοσ/τών και εάν καθιερωθεί το προτεινόμενο καθηκοντολόγιο.

Αν και είχε ζητηθεί από το νοσ/κό προσωπικό να προτείνει δικές του ιδέες για την μείωση του φόρτου εργασίας, χωρίς την οικονομική επιβάρυνση του κράτους ωστόσο όπως δείχνουν τα παρακάτω οι περισσότεροι νοσ/τές έδωσαν βάρος μόνο στο πρώτο σκέλος της ερώτησης.

- α) πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού
- β) επάνδρωση νοσοκομείων με τεχνολογικό εξοπλισμό
- γ) ύπαρξη ενός εκτεταμένου δικτύου πληροφοριών και ενημέρωσης των πολιτών, σχετικά με το που θα εξυπηρετηθούν γρηγορότερα και αποτελεσματικότερα
- δ) μείωση της ζήτησης των πολιτών για περίθαλψη με:
 1. Μείωση της θνησιμότητας με την καλύτερη διαβίωση των ανθρώπων
 2. Ελλάτωση ή εξάλειψη των επιδημιολογικών φαινομένων
 3. Ενημέρωση και εκπαίδευση των πολιτών για τον τρόπο αντιμετώπισης ενός προβλήματος υγείας, έτσι ώστε να μην καταφεύγουν με το παραμικρό στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.
 4. Αυστηρά μέτρα πρόληψης και αποφυγής ατυχημάτων στον εργασιακό χώρο, εθνικούς δρόμους, κ.α

Άξιο σχολιασμού είναι η παραπάνω πρόταση, η οποία παρόλο που επιβαρύνει κατά πολύ την οικονομία του κράτους αυτή τη χρονική στιγμή, εν τούτοις η υλοποίηση ενός τέτοιου προγράμματος θα έχει μακροπρόθεσμα οφέλη.

ε) να διανέμεται έντυπο στους αρρώστους με διευκρινιστικές οδηγίες, για να μην απασχολούν με επουσιώδεις ερωτήσεις το προσωπικό.

στ) η νοσηλεία των ασθενών και τραυματιών να είναι η απολύτως αναγκαία όσον αφορά τον χρόνο παραμονής στο Νοσοκομείο και όχι να ισχύει η παρατεταμένη "κράτηση" τους για ευνόητους λόγους.

ζ) καταμερισμός εργασίας, με βάση το μορφωτικό επίπεδο και τα έτη εργασίας.

η) καλή συνεργασία μερταξύ νοσ/κού προσωπικού.

Οι ιδέες και προτάσεις των νοσ/των ήταν πολύ περισσότερες αλλά επιλεκτικά και ενδεικτικά αναφέραμε τις παραπάνω. Οι νοσ/τες είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι με τα προβλήματα του χώρου και ασχολούνται με την επίλυση αυτών.

Επιπρόσθετα θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι δεν υπήρξαν βιβλιογραφικά δεδομένα που θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν στην ποσοτική μελέτη των παραγόντων αυτών και την μεθοδολογία που να επιτρέπει την εκτίμηση καθενός από τους παραπάνω παράγοντες, παραμένοντας οι υπόλοιποι σταθεροί. Η συνολική εκτίμηση του ρόλου των παραγόντων που μελετήθηκαν στην εργασία αυτή δεν επιτρέπει την οριστική επίλυση του προβλήματος, για την μείωση της επαγγελματικής κόπωσης.

Το ευοίωνο συμπέρασμα από όλη τη μελέτη είναι ότι οι Νοσηλευτές στο σύνολό τους, έχουν ενδιαφέρον για την απόδοση της εργασίας τους, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι και προβληματισμένοι για το μέλλον της νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης η οποία αντιμετωπίζει πολλά και ποικίλα προβλήματα.

7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. Μεταφορά αργόοχολου προσωπικού από κλινικές που δεν έχουν φόρτο εργασίας π.χ. Οφθαλμολογική σε κλινικές που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από προσωπικό π.χ. Παθολογική.
2. Καταμερισμός εργασίας νοσ/κού προσωπικού από τις προϊστάμενες των τμημάτων με βάση το επίπεδο σπουδών τους και τα έτη εργασίας τους.
3. Σωστός προγραμματισμός των εργασιών του τμήματος τοποθετημένος σε χρονικά όρια π.χ. χρόνος εκτέλεσης νοσηλείας 1h και 20 min
4. Επόπτης εργασίας ο οποίος θα ελέγχει κατά πόσο εφαρμόζεται ο καταμερισμός και η εκτέλεση των εργασιών καθώς επίσης και τα χρονικά όρια κάθε νοσηλευτικής πράξης.
5. Σωστή και διαρκή εκπαίδευση του νοσ/κού προσωπικού μέσω σεμιναρίων σε όλες τις κλινικές των νοσοκομείων.
6. Κοστολόγηση των νοσ/κών πράξεων και του υλικού που χρησιμοποιείται γι'αυτές.
7. Σωστές σχέσεις συνεργασίας μεταξύ του νοσ/κού προσωπικού και ιατρικού προσωπικού - Διαπροσωπικές σχέσεις νοσ/κού προσωπικού.
8. Μεγαλύτερη υπευθυνότητα και ευσυνειδησία του νοσ/κού προσωπικού στην εκτέλεση των διαφόρων νοσ/κών πράξεων
9. Νομοθετική κατοχύρωση για εθελοντική προσφορά, νοσηλευτριών-τών που βρίσκονται σε συνταξιοδότηση καθώς επίσης και πτυχιούχων ανέργων νοσ/τών.
10. Αποκέντρωση των μεγάλων νοσοκομείων των πόλεων μέσω αποδοτικότερης λειτουργίας των Κ.Υ. και των νομαρχιακών τμημάτων με βάση τις τοπικές ανάγκες.
11. Επιβράβευση του προσωπικού και των κλινικών εκείνων που κατορθώνουν να κρατήσουν χαμηλά το κόστος τους ή να κρατηθούν στα πλαίσια του προϋπολογισμού τους.
12. Τήρηση Ιεραρχίας.
13. Να μην ασχολείται ο νοσηλευτής με την στείρα γραφική εργασία.

8. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μέσα από ένα σύστημα που έχει σαν απώτερο σκοπό την παροχής υψηλού δείκτη ποιότητας νοσ/κής φροντίδας και ως εκ τούτου την προσφορά της μέγιστης παραγωγικότητας, έγινε προσπάθεια προσέγγισης του φόρτου εργασίας που καθημερινά βιώνει το νοσ/κό προσωπικό. Αναφορά επίσης έγινε και στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης.

Οι 23 μεταβλητές του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν από 441 νοσηλευτές/τριες.

Μερικές από τις προτάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που θεωρούνται σημαντικές αποτελούν και τα κυριότερα συμπεράσματά μας:

1. Καλή συνεργασία μεταξύ νοσ/κού προσωπικού προταση που υποστηρίζεται από το 923 % των εργαζομένων νοσηλευτών.
2. Καταμερισμός εργασίας ανάλογα με το επίπεδο σπουδών και τα έτη εργασίας.
3. Αποσυμφόρηση των μεγάλων αστικών νοσοκομείων με την ταυτόχρονη ανάπτυξη των κέντρων υγείας.
4. Αξιολόγηση προσωπικού κατά την πρόσληψή του και τοποθέτηση των κατάλληλων ατόμων στις κατάλληλες θέσεις.

Η συνολική εκτίμηση του ρόλου των παραγόντων που μελετήθηκαν στην εργασία αυτή δεν επιτρέπει την οριστική επίλυση του προβλήματος, για την μείωση της επαγγελματικής κόπωσης.

SUMMARY

Into a system that has as further purpose the giving of high index quality of nursing care and as out of that the giving of biggest productiveness we tried to approach the burnout of work that everyday live the nursing staff. We make also a reference to the factors that contribute to the development of burnout.

For the purpose we make a small research in hospitals of Thessaloniki, Patras and Athens.

The 23 questions of the questionnaire are completed by 441 nurses.

The proposals of the nursing staff the believed to be the more interesting are and the main conclusions:

1. Good cooperation between the nursing staff, proposal that supported by the 92.3 % of the working nurses.

2. Apportionment of work analogous to the level of education and the working years.

3. Spread out of the big city hospitals, with the simultaneous development of health care centers.

4. Using nursing staff as it will be engaging and setting the proper people to the proper working places.

The total estimation of the role of the questions that were studied in this research does not allow us to find the final solution of the problem for the reduction of the burnout in the work.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PINES, A. & MASLACH, C.: Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp. Community Psychiatry* 29, p. 233-237 (1978).
2. MASLACH, C.: *Burnout: The Cost of Caring*. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall (1982).
3. MASLACH, C. & JACKSON, S.E.: *The Maslach Burnout Inventory (Research ed.)* Palo Alto, Ca Consulting psychologists, Press (1981).
4. GANN, M.L.: The role of personality factors and job characteristics in burnout: A study of social service workers. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley (1979).
5. HECKMAN, S.J.: Effects of work setting, theoretical orientation and personality on psychotherapist burnout. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley (1980).
6. BITTKER, T.E.: Reaching out to the depressed physician, *JAMA* 236(15): 1713-16 (1976).
7. FRIEL, M. & TEHAN, C.B.: Counteracting burnout for the hospice care-giver. *Cancer Nurs.* 3(4): 285-293 (1980).
8. MASLAG, C.: The burnout syndrom and patient care. In CA Garfield (Ed). *Stress and survival*. St Louis. CV. Mosby (1979).
9. COX. A & ANDREWS, P.: The development of support systems in oncology units. *Oncol Nurs. Forum* 8(3): 31-35, (1981).
10. FREUDEN BERGER. H.J.: The staff burnout syndrom in alternative institutions. *Psychther. Theor. Res. Pract* 12(1): 73-82.
11. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. : Επιθεώρηση Υγείας, Εναίος Φορέας Υγείας. Η αναζήτηση μιά εφικτής λύσης , Διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό του προσωπικού του υγειονομικού τομέα, Ιούλιος - Αύγουστος 1995, τόμος 5, τεύχος 4(35) σελ: 9.
12. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ Α., ΓΕΙΤΟΝΑ Μ., ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Μέθοδοι και κριτήρια χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας. Στα Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 1992, σελ: 57.

- 13. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ.:** Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, 1991
- 14. ΣΙΓΑΛΑΣ Ι.:** Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης Ινστιτούτο Διαρκούς Επιμόρφωσης, Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας. Κατάρτιση και εκτέλεση προϋπολογισμού Νοσοκομείων, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος, 1996, σελ: 2-7.
- 15. ΜΠΑΛΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ Α., ΓΒΙΤΟΝΑ Μ., ΔΡΙΖΗ ΜΠ.:** Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες. Στα Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 1992.
- 16. ΚΟΝΤΟΥΠΗ - ΓΒΙΤΟΝΑ Μ., ΝΙΑΚΑΣ Δ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ.:** Επιθεώρηση Υγείας, Σφαιρικός Προϋπολογισμός Νοσοκομείων. Μιά προκλήση για την Ελληνική πραγματικότητα, Διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό του προσωπικού του υγειονομικού τομέα, Ιούλιος-Αύγουστος 1991, τόμος 2 , τεύχος 4(Π), σελ: 35-38.
- 17. ΖΗΛΙΔΗΣ ΧΡ.:** Επιθεώρηση Υγείας, Οι στόχοι του Π.Ο.Υ. για τις υπηρεσίες Υγείας στη Ευρώπη και η θέση της Ελλάδας, Διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό του προσωπικού του υγειονομικού τομέα, Ιούλιος-Αύγουστος 1991, τόμος 2 , τεύχος 4(Π), σελ : 27-32.
- 18. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.:** κοινοτική Νοσηλευτική, Στόχοι του προγράμματος "Υγεία για όλους" στις χώρες της Ευρώπης, Επίτομος Εκθεση 12, Εκδόσεις "Ταβιθά", Αθήνα 1995, σελ: 423,424.

10. ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ

Προϋπολογισμός: Είναι η διοικητική εκείνη πράξη, με την οποία προσδιορίζονται τα όρια των εσόδων και εξόδων του Νοσοκομείου μέσα στα οποία είναι υποχρεωμένο να κινηθεί, στο συγκεκριμένο οικονομικό έτος.

Εσοδα: είναι οι πόροι, που εξοικονομούνται από έναν οργανισμό για την εκμετάλλευση αυτών.

Εξοδα: είναι οι δαπάνες που χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των αναγκών του νοσηλευτικών ιρδυμάτων.

Ημερήσιο Νοσήλιο: μεθοδος χρηματοδότησης νοσοκομείων.

Σφαιρικός προϋπολογισμός: σύστημα χρηματοδότησης των Ελληνικών Νοσοκομείων.

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Δορυφορικός προϋπολογισμός: είναι ο προϋπολογισμός που συντάσσει κάθε ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό τμήμα, δηλαδή κάθε κέντρο υπευθυνότητας

Κέντρο υπευθυνότητας: αναφέρεται στην κατάτμηση της οργανωτικής δομής του νοσοκομείου.

Κόστος: είναι το σύνολο των δαπανών, που υποβάλλεται κάθε επιχείρηση, προκειμένου να πραγματοποιήσει το παραγωγικό αποτέλεσμα που επιδιώκει

Δαπάνες: είναι οι πόροι που δαπανούνται για την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.ΤΟ ΔΕΠΤΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ δηλαδή το σύστημα κατανομής ειδικών εργασιών στο νοσηλευτικό προσωπικό. Παραδείγματος χάρη μία νοσηλεύτρια αναλαμβάνει την ευθύνη χορηγήσεως των φαρμάκων σε όλους τους ασθενείς, άλλη φορντίζει για την ατομική υγιεινή των ασθενών, μία άλλη εκτελεί την θερμομέτρηση κ.ο.κ.

Το σύστημα αυτό αποδεικνύεται οικονομικό, διότι διεκπεραιώνεται η νοσηλεία με μικρό βαθμό νοσηλευτών διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης για μεγάλο αριθμό ασθενών. παρουσιάζονται όμως αρκετά μειονεκτήματα :

- Δεν επιτυγχάνεται ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για κάθε ασθενή.

- Δεν καλλιεργείται η προσωπική ευθύνη της νοσηλεύτριας /νοσηλευτή για την προσωπική νοσηλεία ορισμένων ασθενών.

- Δεν εξασφαλίζεται για τη νοσηλεύτρια/νοσηλευτή ικανοποίηση από την διαπίστωση των θετικών αποτελεσμάτων του συνόλου των φροντίδων της στην ψυχοσωματική ανακούφιση και ανάρρωση τους ασθενούς.

Όσο για την επίδραση του συστήματος αυτού στον άρρωστο, μπορεί να λεχθεί ότι αυτός παραμένει άγνωστος και ξένος με αιθήματα ψυχικής ανασφάλειας και μόνωσης, ενώ παρακολουθεί την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και αναγκών του από πολλές διαφορετικές νοσηλεύτριες/τες. Η νοσηλεία του σε μεγάλο βαθμό είναι απρόσωπη και έχει υπαλληλικό χαρακτήρα

2.ΤΟ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ σε κάθε ωράριο εργασίας η προϊσταμένη αναθέτει την νοσηλεία ορισμένων ασθενών σε κάθε νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη της αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου του. Προγραμματίζει και εκτελεί την νοσηλευτική του φροντίδα, παρακολουθεί την κατάσταση του, εκτιμά τα αποτελέσματα της θεραπείας, κάνει την ενημέρωση των ιατρών, της προϊσταμένης και των συναδέλφων του.

Το σύστημα αυτό απαιτεί σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα πολλές διπλωματούχες νοσηλεύτριες με άρτια ακπαίδευση και μεγάλη κλινική πείρα. Κάθε μία πρέπει να επιτυγχάνει σε όλα τα επίπεδα και σταδια της σύνθετης νοσηλείας όλων των ασθενών της. Οι ασθενείς χρειάζονται εξατομικευμένη νοσηλευτική προσέγγιση υψηλού επιπέδου αφού έχουν διαφορετικές ασθένειες, θεραπείες και ανάγκες.

Όσοδήποτε καταρτισμένες και επαρκείς σε αριθμό να είναι οι νοσηλεύτριες μπορεί να παρουσιάζουν ελλείψεις και αδυναμίες σε ορισμένες διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας με δυσάρεστες συνέπειες για τον άρρωστο. Εξάλλου, το ότι δεν χρησιμοποιείται εδώ η απαραίτητη συνεργασία των νοσηλευτών στο ίδιο ωράριο εργασίας και για τους αρρωστούς θεωρείται μειονέκτημα, διότι δεν δίνεται η ευκαιρία συμπλήρωσης των ελλείψεων των μεμονωμένων νοσηλευτών.

Υπερέχει σε σχέση με το προηγούμενο σύστημα, διότι ο νοσηλευτής πλησιάζει, γνωρίζει και νοσηλεύει τον άρρωστο προσωπικά. Έχει την δυνατότητα να δημιουργήσει ευνοϊκό διαπροσωπικό κλίμα για ανάπτυξη επικοινωνίας με τον ασθενή.

Η ικανοποίηση από την εργασία τους είναι μεγαλύτερη για τους νοσηλευτές στο σύστημα αυτό. Θα ήταν σοβαρή παράλειψη να μην αναφερθεί ότι το σύστημα αυτό στοιχίζει ακριβά ώστε εφαρμόζεται μερικά με διάφορους συνδυασμούς.

•3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ όπου σε κάθε ωράριο οι νοσηλευτές χωρίζονται σε ομάδες. Κάθε ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη νοσηλείας ενός αριθμού ασθενών. Έχει αρχηγό διπλωματούχο νοσηλευτή και μέλη νεότερους διπλωματούχους και τους βοηθούς νοσηλευτές. Τα μέλη της ομάδας με διαφορετική εκπαίδευση συνεργάζονται κάτω από την ηγεσία του αρχηγού, συνεργασία που αφορά την αξιολόγηση των ασθενών, τον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Ποιά υπεύθυνα έργα θα κάνει ο καθένας ορίζεται από την ομάδα. Ο αρχηγός αναλαμβάνει τον άρρωστο με την πιο κρίσιμη κατάσταση και επιβλέπει και συντονίζει την εργασία όλης της ομάδας. Το σύστημα παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα

- Χρησιμοποιεί και αξιοποιεί όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού με διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης και πείρας και αποδεικνύεται ιδιαίτερα οικονομικό.
- Καλλιεργεί την συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών.
- Προωθεί την ενδοϋπηρεσιακή συνεχιζόμενη κατάρτιση. Οι νεότεροι και λιγότερο εκπαιδευμένοι συνεργάζονται με τους παλιότερους και καλύτερα καταρτισμένους.

Ο άρρωστος ίσως να αισθανθεί κάποια σύγχυση και αβεβαιότητα. Σε ποιόν νοσηλευτή θα μπορεί να εμπιστευθεί τους φόβους του και με ποιόν θα αναπτύξει μία ουσιαστική επικοινωνία ;

ΑΡΘΡΟ 15
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Είναι το μέρος των επαγγελματικών δραστηριοτήτων του νοσηλευτή-τριας. Αντιστοιχούν στο επίπεδο εκπαίδευσης, εξειδίκευσης και εμπειρίας του και αποσκοπούν:

α) Στην προστασία, διατήρηση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας ή της αυτονομίας ζωτικών λειτουργιών του αρρωστού.

β) Στην εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.

γ) Στην υποβοήθηση του αρρωστού να επανενταχθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές πράξεις διακρίνονται σε ανεξάρτητες, εξαρτημένες με οδηγία γιατρού, εξαρτημένες με παρουσία γιατρού και επείγουσες.

Νοσοκόμοι ΜΕ και πρακτικοί νοσοκόμοι εκτελούν κατά ανάθεση νοσηλευτικές πράξεις με ευθύνη του παρόντος υπεύθυνου Νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτικές πράξεις που καθορίζονται με την παρούσα μπορούν να ανακαθορίζονται ή και να συμπληρώνονται μετά την απόκτηση ειδικοτήτων που προβλέπονται από το Ν. 1579/85, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ.

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την νοσηλεία και νοσηλευτική φροντίδα του αρρωστού που έχει υποδειχθεί από το γιατρό και που παρέχεται στο Νοσηλευτικό ίδρυμα ή στο σπίτι από τον νοσηλευτή-τρια με δική του απόφαση και ευθύνη.

Η αρμοδιότητα για την εκτέλεση των πράξεων αυτών απορρέει από την νοσηλευτική του εκπαίδευση και την άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Στις πράξεις αυτές περιλαμβάνονται:

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. Η λήψη Νοσηλευτικού Ιστορικού. Το ιστορικό αυτό είναι διάφορο αυτού του ιατρικού.

2. Η αρχική και καθημερινή νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρωστού.

3. Η πληροφόρηση του αρρωστού και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:

- Τη λειτουργία του Νοσοκομείου
- Τη νομοθεσία των Υπηρεσιών Υγείας
- Την εφαρμοσμένη θεραπευτική αγωγή (όχι την ιατρική)

4. Η εκπαίδευση και βοήθεια προς τον άρρωστο, όπου τούτο είναι αναγκαίο και εφικτό, με σκοπό την αυτοεξυπηρέτηση του.

5. Η εκπαίδευση και βοήθεια προς τους οικείους του αρρώστου, όπου τούτο είναι αναγκαίο και εφικτό, με σκοπό την συνέχιση της νοσηλείας στο σπίτι.

5α. Η φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος, όταν πάσχει από χρόνιο ή ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.

6. Η αγωγή υγείας ατόμων, οικογενειών, πληθυσμών, με σκοπό την υιοθέτηση νέας αντίληψης και φιλοσοφίας πάνω σε θέματα υγείας και την υιοθέτηση νέων υγιεινών έξεων.

Β. ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΠΕΙΝΗ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΟΤΓΑΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.

2. Διευθέτηση του κρεβατιού, κατ' εξοχή του κλινίριου.

3. Διατήρηση της μηχανικής του σώματος με σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.

4. Προετοιμασία και επίβλεψη της ανάπαυσης και του ύπνου.

5. Πρόληψη-φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.

6. Συνοδεία και υποβοήθηση του αρρώστου, όπου η κατάστασή του το επιβάλλει.

7. Φροντίδα λειτουργίας του εντέρου-Φροντίδα κολοστομίας ειλεοστομίας - Εκκενωτικός υποκλισμός στην οίκοι νοσηλεία.

8. Φροντίδα λειτουργίας ουροδόχου κύστης όπως:

- πρόκληση ούρησης (με φυσικά μέσα)
- επίβλεψη καθετήρα
- φροντίδα ουρητηροστομίας

9. Φροντίδα λειτουργίας της αναπνοής, καθώς επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων

- ύγρευση περιβάλλοντος
- επίβλεψη βρογχικής παροχέτευσης
- αναρρόφηση (ρινοστοματική)
- φροντίδα τραχειοσωλήνα
- επίβλεψη αναπνευστήρα, έλεγχος λειτουργίας και χειρισμός μετά την

σύνδεση στον άρρωστο.

10. Επίβλεψη μηχανημάτων συνεχούς καταγραφής ζωτικών σημείων (MONITORS)

11. Επίβλεψη, ανίχνευση επιπλοκών από γύψινο επίδεσμο.

12. Επίβλεψη παροχετεύσεων.

13. Προθανάτια και υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του.

14. Μεταθανάτια φροντίδα του νεκρού στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειάς του.

15. Φροντίδα για πρόληψη επιπλοκών και συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου κατά την διάρκεια ενδοφλέβιας αίματος, παραγώγων και φαρμάκων.

ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΕΛΕΧΟ ΤΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Μέτρηση - καταγραφή κυρίων παραμέτρων όπως:

- Ζωτικά σημεία
- Κορικά αντανακλαστικά
- Δερματικά αντανακλαστικά
- Επίπεδο συνειδήσεως

Αιμοληψία με φλεβοκέντηση

Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.

Άμεση εξέταση ούρων για σάκχαρο, οξόνη, Ειδ. βάρος, λεύκωμα

Άμεση εξέταση αίματος για σάκχαρο, ΡΗ

Έλεγχος - μέτρηση κενώσεων.

Μέτρηση βάρους.

Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους πλην παρεντερικής.

Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για πρόκληση υποθερμίας ή υπερθερμίας.

Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Ελεγχος για οιδήματα

α) Συμμετοχή στην ανίχνευση εξωτερικών παρασιτώσεων και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

β) Συμμετοχή στην κατάσρπιση διαιτολογίου. Στην κοινότητα ρυθμίζει τα διαιτολόγια στα πλαίσια της διαίτας που έχει καθορισθεί από το γιατρό.

ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Α. ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝΑΤΙ ΜΕ ΟΔΗΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΕΦΟΣΟΝ ΚΑΤΕΧΕΙ ΤΗΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ Ή ΕΜΠΕΙΡΕΙΑ

Σε αυτές υπάγονται :

1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων όπως

- αέρια αιματος (όχι αρτηριακή λήψη)
- κεντρική φλεβική πίεση
- ζωτική χωρητικότητα
- συμπύκνωση οξυγόνου σε θερμοκοιτίδα
- λήψη Η.Κ.Γ.

2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς εκτός από αυτές που αναφέρονται στο Β.

3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.

4. Ενδοθερμικές δερμοαντιδράσεις.

5. Θεραπευτικά λουτρά.

6. Προεγχειρητική ετοιμασία.

7. Ειδικές επιδέσεις.

8. Αφαίρεση ραμμάτων και αλλαγή απλών τραυμάτων.

9. Αφαίρεση παροχετεύσεων.

10. Τοποθέτηση νάρθηκα
11. Τοποθέτηση - έξοδο νεογνού από θερμοκοιτίδα
12. Επίβλεψη διαίτας νεογνού.
13. Φροντίδα νεογνού μέσα στην θερμοκοιτίδα
14. Φροντίδα αρρώστου σε τεχνητό νεφρό ή περιτοναϊκή πλύση, σύνδεση μηχανήματος και παρακολούθηση του.
15. Φροντίδα αρρώστου σε στείρο περιβάλλον.
16. Πλύσεις
 - κόλπου
 - οφθαλμών-ώτων
 - τραυμάτων
 - συριγγίων
 - ουροδόχου κύστεως από καθετήρα
 - παραρρινικών κοιλοτήτων από καθετήρα που τοποθέτησε ο γιατρός.
17. Εγερση του αρρώστου μετά από μακροχρόνια κατάκλιση.
18. Εγερση με μηχανικά βοηθήματα
19. Βάδιση
20. Εκκενωτικός υποκλισμός στο Νοσοκομείο.
21. Τοποθέτηση και αλλαγή καθετήρων.
22. Περιποίηση εγκαυμάτων.
23. Αφαιμαξη.

24. Συμμετοχή στη φροντίδα και υποστήριξη των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών που προκαλούν εθισμό καθώς και του περιβάλλοντός τους.

Β. ΠΡΑΞΕΣ ΠΟΥ ΕΚΤΕΛΟΥΝΤΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΠΑΤΡΟΥ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΕΙ ΑΜΕΣΑ ΑΝ ΑΠΑΙΤΗΘΕΙ ΟΠΩΣ:

1. Ενέσεις ή ενδοφλέβια χορήγηση παροαγώνων για τα οποία απαιτείται έλεγχος συμβατότητας.

2. Ενέσεις ή σκαρισιφομοί των υποχρεωτικών από το νόμο εμβολίων.

3. Πρώτη ένεση αλλεργιογόνου.

4. Βοήθεια για την ανάνηψη, επίβλεψη στην αίθουσα ανάνηψης, μετά πό ειδική εκπαίδευση.

5. Συνεργασία με τον γιατρό για προετοιμασία και βοήθεια κατά την εκτέλεση διατήρηση ή διακοπή αγωγής, μετά από κάθε προγραμματισμένη ή έκτακτη ιατρική πράξη, με βάση είτε προαποφασισμένο πρωτόκολλο είτε συγκεκριμένες οδηγίες όπως:

- Καθετηριασμοί στομάχου
- Βοήθεια για την χορήγηση γενικής αναισθησίας
- Παρακεντήσεις
- Κλειστές βιοψίες
- Ενδοσκοπήσεις
- Τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα
- Εφαρμογή και αφαίρεση περιτοναϊκών πλύσεων
- Εφαρμογή και αφαίρεση δερματικών έλξεων
- Μικρές και μεγάλες επεμβάσεις
- Πλύσεις δακρυϊκών πόρων
- Αλλαγές πολύπλοκων τραυμάτων με παροχέτευση
- Άλλες παρεμβατικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις.

Συμμετοχή στην υποστήριξη και φροντίδα ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών που προκαλούν εθισμό καθώς και του περιβάλλοντός τους.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Είναι οι πράξεις που στοχεύουν στην άμεση αντιμετώπιση, σε απουσία γιατρού, μίας αιφνίδιας και απειλητικής για την ζωή ή την ακεραιότητα του αρρώστου μεταβολής της κατάστασής του. -

Οι πράξεις αυτές διακρίνονται σε:

α. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου προβλεπτά οξέα συμβάματα δεν είναι σπάνια.

β. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών όπως:

1. Αφαίρεση ξένου σώματος από την αναπνευστική οδό.
2. Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη
3. Εναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης
4. Ισχαιμική περιδέση
5. Ακινητοποίηση κατάγματος
6. Πρόσθιος ρινικός επιπωματισμός
7. Πλύση στομάχου
8. Ένεση αντιτοφικού ορού
9. Διασωλήνωση
10. Εναρξη αγωγής ηλεκτροσόκ
11. Απομόνωση και δήλωση αρρώστων στους οποίους υπάρχουν ενδείξεις ότι πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΥΛΗ 2. ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : ΗΛΙΚΙΑ:

3. ΕΙΣΤΕ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ :

α) Α.Ε.Ι β) Τ.Ε.Ι γ) 2ΕΤΟΥΣ δ) Τ.Ε.Λ. ε) ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ στ) ΑΛΛΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΘΕ : _____

5. ΑΓΑΠΑΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΔΙΑΛΕΞΑΤΕ ΕΣΕΙΣ;

α) ΝΑΙ ΤΟ ΑΓΑΠΩ ΚΑΙ ΤΟ ΕΠΕΛΞΑ ΕΓΩ β) ΟΧΙ ΔΕΝ ΤΟ ΑΓΑΠΩ ΑΛΛΑ ΗΤΑΝ ΜΙΑ ΛΥΣΗ γ) ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΛΛΑ ΤΟ ΑΓΑΠΗΣΑ δ) ΕΤΥΧΕ ΝΑ ΑΣΧΟΛΗΘΩ ΜΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

6. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

- α) ΕΠΑΡΚΗΣ β) ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ γ) ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ

7. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣ/ΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΦΘΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

8Α. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΜΙΣΘΟΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΤΑΞΙΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

8Β. ΕΑΝ ΟΧΙ, ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΕΠΗΡΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΡΟΠΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΕΤΣΙ ΩΣΤΕ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

8Γ. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΑΝ Ο ΜΙΣΘΟΣ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΤΡΙΠΛΑΣΙΟΣ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΙΝΟΥ,ΘΑ ΠΡΟΣΦΕΡΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΤΩΡΑ;

- α) ΝΟΜΙΖΩ ΠΩΣ ΝΑΙ
- β) ΝΟΜΙΖΩ ΠΩΣ ΟΧΙ
- γ) ΙΣΩΣ ΠΡΟΣΕΦΕΡΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
- δ) ΘΑ ΠΡΟΣΕΦΕΡΑ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΦΟΔΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΟΛΗ ΣΑΣ ΜΕΣΩ ΚΑΠΟΙΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΕΤΣΙ ΩΣΤΕ, ΝΑ ΜΑΘΕΤΕ ΝΑ ΣΥΝΕΡΓΑΖΕΣΘΕ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

10Α. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΗ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΝΟΣ/ΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

10Β. ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΜΗ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ;

α) ΣΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

β) ΣΤΟΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟ

γ) ΕΙΝΑΙ ΘΕΜΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

δ) ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΛΙΚΙΑΣ

11. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΗ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣ/ΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

α) ΝΑΙ, ΣΕ ΜΑΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ

β) ΟΧΙ, ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ

γ) ΣΕ ΜΙΚΡΟ, ΑΣΗΜΑΝΤΟ ΒΑΘΜΟ

12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΛΛΕΨΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

13. ΠΟΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΣ;

- α) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
β) ΤΟ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑ
γ) ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

14. ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΦΟΙΤΗΤΕΣ) ΚΑΙ ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;

- α) ΝΑΙ
β) ΟΧΙ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
γ) ΕΛΑΧΙΣΤΑ
δ) ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ

15. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΕΦΤΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣ/ΤΕΣ - ΤΡΙΕΣ ΛΟΓΩ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ Ο ΦΟΡΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ, ΕΑΝ ΥΛΟΠΟΙΗΘΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.);

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ γ) ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

17. ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΙΤΙΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΥΡΙΩΤΕΡΗ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ;

- α) ΕΛΛΕΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- β) ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΥΤΟΥ
- γ) ΕΛΛΕΨΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ
- δ) ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ
- ε) ΜΗ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- στ) ΜΗ ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- ζ) Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- η) ΕΛΛΕΨΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΟΛΟΓΙΟΥ
- θ) ΕΛΛΕΨΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑΣ-ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ-ΕΥΔΥΝΕΔΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚ/ΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
- ι) ΠΟΛΛΕΣ ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΕΚΑΤΑΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΣΗΜ: Μπορούν να δοθούν περισσότερες από μια απαντήσεις.

18. ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΔΙΚΕΣ ΣΑΣ ΙΔΕΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΟΜΩΣ ΑΥΤΕΣ ΝΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ.

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΕΣ ΤΜΗΜΑΤΩΝ**

19. ΠΟΣΑ ΑΤΟΜΑ ΠΕΡΙΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΝΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΑΣ;

(ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ) _____

20. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΟΥ ΑΠΑΡΤΙΖΕΙ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΑΣ;

(ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ) _____

21. ΠΟΣΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΘΑ ΕΠΙΡΕΠΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΑΣ;

(ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΑ) _____

22. ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΤΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ ΩΣ ΕΞΗΣ:

- α) ΑΡΤΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ
- β) ΑΡΤΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΑΛΛΑ ΜΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ
- γ) ΑΡΤΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΚΑΙ ΗΜΙΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ
- δ) ΜΗ ΚΑΛΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΚΑΙ ΗΜΙΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ
- ε) ΑΔΙΑΦΟΡΟ ΚΑΙ ΑΝΕΥΘΥΝΟ

23. ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΔΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ;

α) ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ

β) ΣΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΒΑΘΜΟ

γ) ΣΕ ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΒΑΘΜΟ

