

Θέμα:

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ**



Σπουδάστρια:

Κακαλιάντη Μαρία

Υπεύθυνες Καθηγήτριες:

Παπαδημητρίου Μαρία

Φιδάνη Αικατερίνη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Η Νοσηλευτική Σήμερα	
1.1 Σύγχρονες Αξίες και Φιλοσοφία της Νοσηλευτικής.....	6
1.2 Νεώτερες Αντιλήψεις για τη Νοσηλευτική.....	8
1.3 Η Νοσηλευτική του 21 ^{ου} Αιώνα.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Προβλήματα στο Χώρο Εργασίας	
2.1 Υπερφόρτωση Εργασίας.....	15
2.2 Στρεσογόνο περιβάλλον.....	17
2.3 Έλλειψη Προσωπικού.....	18
2.4 Εργασιακές Σχέσεις.....	20
2.5 Έλλειψη Υλικοτεχνικής Υποδομής.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Ανευθυνότητα Νοσηλευτών	
3.1 Έλλειψη Νοσηλευτικής Ευθύνης.....	28
3.2 Αμέλεια Συνευθύνης Ιατρών-Νοσηλευτών.....	31
3.3 Έλλειψη Ηθικής Ευθύνης (Νοσηλευτικά Διλήμματα).....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Εκπαίδευση Νοσηλευτών	
4.1 Έλλειψη Γνώσεων και Εμπειρίας.....	38
4.2 Έλλειψη Εκπαίδευσης Νοσηλευτών στην Ηθική Δεοντολογία.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Έλλειψη Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

5.1

<i>Εισαγωγή.....</i>	46
<i>5.2 Έλλειψη Ελέγχου για τη Διασφάλιση της Ποιότητας.....</i>	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Έλλειψη Επαγγελματικής Κατοχύρωσης

<i>6.1 Η Νοσηλευτική Φροντίδα και τα Όρια της.....</i>	51
--	-----------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	56
------------------------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	58
----------------------	-----------

OVERVIEW.....	59
----------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	63
-----------------------	-----------

<i>1. Ερωτηματολόγιο.....</i>	64
<i>2. Έρευνες.....</i>	69
<i>3. Άρθρα.....</i>	71
<i>4. Εικόνες.....</i>	74
<i>5. Δελτίο Αξιολόγησης Προσωπικού.....</i>	79

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ιδέα για τη συγγραφή αυτής της εργασίας με τον τίτλο «*Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών*», υπήρξε αποτέλεσμα της σκέψης ότι όλοι οι άνθρωποι μοιραίως διέρχονται από την πύλη του νοσοκομείου έχοντας την ανάγκη των νοσηλευτών για την ανακούφιση του πόνου τους. Καταλαβαίνετε λοιπόν την ευθύνη των νοσηλευτών και πως ένα λάθος μπορεί να στοιχίσει μια ανθρώπινη ζωή.

Σκοπός της εργασίας είναι να εντοπιστούν τα αίτια των λαθών και να ευαισθητοποιηθούν οι σπουδαστές και οι εργαζόμενοι του κλάδου της νοσηλευτικής, έτσι ώστε να προσφέρουν με την καρδιά τους, το μυαλό τους και τα χέρια τους τη φροντίδα στους συνανθρώπους τους αγωνιζόμενοι για την ποιοτική ανάπτυξη και εξέλιξη της νοσηλευτικής.

Για να αναπτυχθεί σωστά ένα επάγγελμα, θα πρέπει οι λειτουργοί του, να έχουν ενδιαφέρον για αυτό το ίδιο το επάγγελμα. Θα πρέπει να το έχουν επιλέξει αβίαστα γιατί τους αρέσει και γιατί «*κάνουν για αυτό*».

Δεν μπορεί κανείς να ασκεί ένα επάγγελμα καταναγκαστικά και αυτό μόνο για βιοπορισμό. Η εργασία είναι μια αξία όχι μόνο οικονομική αλλά και ηθική και κοινωνική και ψυχολογική.

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που αν το γνωρίσει κανείς σε βάθος θα νοιώσει συγκίνηση και θαυμασμό για το μεγαλείο του. Ας αφήσουν οι νέοι ελεύθερο τον εαυτό τους να ερευνήσει και να ανακαλύψει το βαθύτερο νόημα της νοσηλευτικής προσφοράς.

Αν πραγματικά διαλέξεις με την ψυχή σου αυτό το επάγγελμα, προσπάθησε να ανεβάσεις τη νοσηλευτική στα σωστά του βήθρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχει αυξανόμενη ανησυχία για τα λάθη που γίνονται στη κλινική πρακτική, ιδιαίτερα όταν αυτά επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας ή βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Από τις περιγραφές των συμμετεχόντων στα λάθη, αυτά κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες βασιζόμενες στα στάδια της νοσηλευτικής διαδικασίας: εκτίμηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση. Το 10,1% των λαθών αποδίδεται στην εκτίμηση, το 27,9% στο σχεδιασμό, το 33% στην εφαρμογή και το 29% στην αξιολόγηση.

Τι είναι νοσηλευτικό λάθος: Το νοσηλευτικό λάθος φαίνεται να ανήκει στην κατηγορία των λαθών των οποίων ο Gallie ονομάζει «*διαμφισβητούμενες έννοιες*», που σημαίνει ότι είναι ανοικτό στη δημόσια συζήτηση και αμφισβήτηση.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους πρέπει να μελετηθούν τα νοσηλευτικά λάθη. Ο πρώτος λόγος είναι ανάπτυξη λογιστικού ελέγχου στον τομέα της υγείας, όπου έχει κάνει αναγκαίο το γεγονός να γνωρίζουμε περισσότερα για τους τύπους των λαθών που εμφανίζονται στη νοσηλευτική πρακτική και τον τρόπο που επηρεάζουν τη φροντίδα. Ένας δεύτερος λόγος είναι η αλλαγή της εικόνας της νοσηλευτικής.

Η νοσηλευτική πασχίζει να γίνει ένα αυτόνομο επάγγελμα. Οι νοσηλευτές πρέπει να συμβαδίζουν με τις αλλαγές στην πρακτική και συνεχώς να εκσυγχρονίζουν τις γνώσεις τους και δεξιότητες τους με εκπαίδευση.

Παραδόξως οι αλλαγές των επαγγελματικών βλέψεων, ίσως τους κάνουν πιο επιρρεπής στη νομοθεσία. Μέχρι τώρα ήταν σχετικά σπάνιο να κατηγορηθούν προσωπικά για τα λάθη τους. Ίσως στο μέλλον θα πρέπει να απαντήσουν για τα δικά τους λάθη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΗΜΕΡΑ

1.1 Σύγχρονες Αξίες και Φιλοσοφία της Νοσηλευτικής

Ο όρκος των νοσηλευτών, προέκταση του όρκου του Ιπποκράτη, τονίζει την ακεραιότητα στη ζωή των νοσηλευτών, την πιστή άσκηση του επαγγέλματος, την αποχή από οποιαδήποτε βλάβη και αδικία και την εχεμύθεια, όσον αφορά τις προσωπικές υποθέσεις του αρρώστου και τα επαγγελματικά θέματα.

Στο Καταστατικό του Διεθνούς Συμβουλίου των νοσηλευτών τονίζεται, ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να καλλιεργούνται σαν άτομα και σαν πολίτες, για να μπορούν να χρησιμοποιούν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις τους στην πολυδιάστατη υπηρεσία, την οποία η σύγχρονη κοινωνία απαιτεί.

Ο αναθεωρημένος κώδικας ηθικών καθηκόντων των νοσηλευτών αναφέρει: Βασικές ευθύνες των νοσηλευτών είναι η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της νόσου, η αποκατάσταση της υγείας και η ανακούφιση του πόνου. Ο σεβασμός προς τη ζωή, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ανθρώπου αποτελεί σύμφυτο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής.

Η νοσηλεία είναι τέχνη και επιστήμη. Η υγεία του αρρώστου επιτυγχάνεται μέσω υπηρεσιών, που βασίζονται σε όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, συναισθηματικές, σωματικές, οικονομικές και κοινωνικές. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στις ανάγκες κάθε αρρώστου παρέχεται με σεβασμό προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ανεξάρτητα αν ο άρρωστος πρόκειται να αναρρώσει ή είναι ετοιμοθάνατος.

Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής εκφράζεται και από δηλώσεις διαφόρων προσωπικών απόψεων και πεποιθήσεων, όπως: Η νοσηλευτική έχει τις ρίζες της στις ανάγκες της ανθρωπότητας και θεμελιώνεται στο ιδεώδες της διακονίας. Σκοπός της δεν είναι να θεραπεύει μόνο τον άρρωστο και τον τραυματία, αλλά και να συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας, στην εξασφάλιση άνεσης, ανάπαυσης και ανακούφισης της ψυχής και του σώματος. Να προσφέρει καταφύγιο, τροφή, προστασία και διακονία

σε όλους τους αβοήθητους και ανάπηρους νέους και υπερήλικες. Στόχος της είναι η πρόληψη και η διατήρηση της υγείας. Συνεργάζεται με όλους τους κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδιώκουν την πρόληψη της νόσου και τη διατήρηση της υγείας. Οι νοσηλευτές δεν ασχολούνται μόνο με τη νοσηλευτική φροντίδα του ατόμου, αλλά και με την υγεία ολόκληρου του λαού.

Η Henderson αναγνωρίζει μοναδικότητα στο έργο της νοσηλευτικής με την εξής έννοια: Οι νοσηλευτές βοηθούν τον άνθρωπο, άρρωστο ή υγιή, στην εκτέλεση ενεργειών οι οποίες συντελούν στην υγεία ή την ανάρρωση ή στον ειρηνικό θάνατο, ενέργειες τις οποίες το άτομο θα έκανε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Ενεργεί δε κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Η Lambertsen γράφει: *«Η νοσηλευτική είναι δυναμικό, θεραπευτικό και εκπαιδευτικό λειτούργημα, που αντιμετωπίζει τις ανάγκες υγείας της κοινωνίας. Οι νοσηλευτές αποδέχονται τον κοινωνικό ρόλο του επαγγέλματος και πιστεύουν στην αξία της συμβολής τους, γιατί προσφέρουν ουσιώδη κοινωνική υπηρεσία. Η νοσηλευτική προσφέρει βοήθεια, η θεραπευτική δε σχέση, που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα σε θέματα διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας. Η ανάγκη εξάρτησης του αρρώστου και η φύση των νοσηλευτικών αναγκών του προϋποθέτουν πίστη και εμπιστοσύνη στην προσωπική ακεραιότητα των νοσηλευτών, αλλά και στην επιστημονική και επαγγελματική τους κατάρτιση. Η ποιότητα της νοσηλείας επηρεάζεται από τις γνώσεις, την κρίση, τη δεξιοτεχνία και τις αξίες όλων των ατόμων, τα οποία συμμετέχουν στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου».*

Η άποψη αυτή φαίνεται σαν η πλέον αντιπροσωπευτική της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής.

Τέλος, η φιλοσοφία της Anderson, συνοψίζει τις προαναφερθείσες ιδέες: Το έργο της νοσηλείας αποτελεί ουσιώδη κοινωνική προσφορά και ταυτόχρονα επηρεάζει τους νοσηλευτές και τους νοσηλευόμενους. Οι νοσηλευτές θεωρούν την υγεία βασικό δικαίωμα του ανθρώπου για όλες τις κοινωνικές τάξεις χωρίς καμιά διάκριση. Πιστεύουν ότι η νοσηλευτική είναι υπηρεσία, η οποία ικανοποιεί βαθιές ανάγκες των

ανθρώπων για φροντίδα, ασφάλεια και κατανόηση, αναγνώριση, ανακούφιση και θεραπεία. Αναγνωρίζει και διατηρεί την ατομικότητα κάθε αρρώστου, την ακεραιότητά του σαν προσώπου, τη ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση. Σε συνεργασία με τους άλλους υγειονομικούς κλάδους, συμβάλλει ιδιαίτερα στη βελτίωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των πολιτών.¹

1.2 Νεώτερες Αντιλήψεις για τη Νοσηλευτική

Στο παρελθόν το έργο των ιατρών ήταν τελείως ξεχωριστό από αυτό των νοσηλευτών. Τα όρια ήταν χαραγμένα με ακρίβεια. Ο μεν ιατρός ασχολείτο με τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου ενώ ο νοσηλευτής με τη φροντίδα του αρρώστου.

Τα τελευταία έτη, αρκετά από τα έργα που θεωρούνταν μονοπώλιο των ιατρών, μπορούν ικανοποιητικά να εκτελούνται και από νοσηλευτές. Ειδικότερα αυτό γίνεται σε ειδικές μονάδες όπου ιατροί και νοσηλευτές εργάζονται μαζί και μοιράζονται τους ίδιους αντικειμενικούς σκοπούς. Οι εμπειρότεροι κλινικοί νοσηλευτές αναλαμβάνουν ποικιλία εξειδικευμένων καθηκόντων και πολλές φορές αναλαμβάνουν ρόλους ιατρών.

Άλλωστε επειδή οι μισθοί των ιατρών είναι ψηλότεροι από των νοσηλευτών κάτι που έχει σημασία κυρίως στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία προτιμάται από πολλούς η πρόσληψη νοσηλευτού αντί ιατρού.

Στο Νότιο Cleveland, υπεύθυνος νοσηλευτής αντικατέστησε εσωτερικό ιατρό αντιμετωπίζοντας σωστά αρρώστους με επείγοντα προβλήματα, όπως αποπληκτικά επεισόδια (ημιπληγία, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο) και ενδοκρανιακές αιμορραγίες. Στο Bristol, τρεις νοσηλευτές αντικατέστησαν τους εσωτερικούς ιατρούς σε Μονάδες Γαστρεντερολογίας, Ουρολογίας, Νεογνολογίας και Γενικής Γηριατρικής.

Ο S. Dowling και οι συνεργάτες του χώρισαν σε δύο ομάδες αρρώστους με ρευματοειδή αρθρίτιδα που παρακολουθούνταν για 48 εβδομάδες σε εξωτερικά

ιατρεία. Τη μία ομάδα παρακολουθούσε ιατρός και την άλλη νοσηλευτής. Τα αποτελέσματα της παρακολούθησης ήταν όμοια και στις δύο ομάδες υπό έποψη πρωινής δυσκαμψίας, ψυχολογικής εκτίμησης και ελάττωσης της γλοιότητας του αίματος. Εξάλλου οι ασθενείς της ομάδας που παρακολουθούσε ο νοσηλευτής παραπονούνταν λιγότερο για πόνο απ' ό,τι οι άρρωστοι της ομάδας που παρακολουθούνταν από τον ιατρό, είχαν καλύτερη γνώση της αρρώστιας τους και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη φροντίδα που είχαν από ένα σύμβουλο ρευματολόγο.

Στην ίδια έρευνα χώρισαν τυχαία σε δύο ομάδες, από τις οποίες τη μία παρακολουθούσε οικογενειακός ιατρός και την άλλη νοσηλευτής, για ένα έτος. Οι δύο ομάδες είχαν τον ίδιο αριθμό θνητότητας, συγχρόνως δεν υπήρχε διαφορά από κοινωνικής και συγκινησιακής πλευράς.

Ο Carzoli και οι συνεργάτες του εξάλλου, μελέτησαν σειρά διαδοχικών εισαγωγών σε Νεογνική Εντατική Μονάδα στη Florida των ΗΠΑ. Τους ασθενείς χώρισαν σε 2 ομάδες. Στη μία ομάδα η ευθύνη παρακολούθησης ανήκε σε εσωτερικούς ιατρούς, ενώ η άλλη ομάδα βρισκόταν υπό την παρακολούθηση νοσηλευτών ειδικευμένων στη νεογνική φροντίδα. Σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη από τον Maule παρακολούθηθηκαν ασθενείς με ύποπτο Ca ορθού. Αυτοί υποβλήθηκαν σε εξέταση με εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο και η εξέταση γινόταν από ιατρούς ή εξασκημένους νοσηλευτές. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των, εκτός του ότι οι ιατροί εισήγαγαν το όργανο ελαφρά, αλλά αισθητά βαθύτερα απ' ό,τι οι νοσηλευτές. Σε μια άλλη εργασία καταφαίνεται ότι πεπειραμένοι νοσηλευτές εκτελούσαν χρέη βοηθού χειρουργού επιτυχώς, σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

Ο Collins και οι συνεργάτες του στο Taunton αναφέρουν ότι ένας νοσηλευτής μπορεί ν' ασκεί έργο εσωτερικού ιατρού. Το Scharf Report επίσης τη χρησιμοποίηση νοσηλευτών ως ένα μέσο ελάττωσης των «ορών» των εσωτερικών ιατρών. Αλλά υπάρχουν και μερικοί οι οποίοι έχουν προχωρήσει ακόμη περισσότερο. Έτσι ο A. Chant προτείνει όπως τα 2 πρώτα έτη σπουδών ιατρών και νοσηλευτών είναι κοινά.

Εντύπωση εξάλλου εμποιεί το γεγονός ότι το Institute for Health and Socioeconomic Studies του Ερυθρού Σταυρού στη Γενεύη το 1974, δηλαδή πριν 15

έτη, προέβηκε σε μια μελέτη ως προς το πως θα είναι η Ιατρική μετά μια 10ετία. Στην καταπληκτικά προφητική αυτή μελέτη, γράφονται τα εξής: «Οι νοσηλευτές θ' αναλάβουν ένα αυξανόμενο αριθμό καθηκόντων από τους ιατρούς, παραπέμποντας σε αυτούς τους αρρώστους μόνο όταν προκύπτουν δυσκολίες. Οι νοσηλευτές θα είναι υπεύθυνοι για τη συνέχιση θεραπείας επιλεγμένων ομάδων ασθενών με υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνιες νεφροπάθειες, κ.ά. Αντίστοιχα οι νοσηλευτές θ' ανακουφιστούν σε αρκετά καθήκοντα τους από βοηθούς». Στην ομάδα υγείας νοσηλευτής και ιατρός θα είναι συνεργάτες και όχι ο ένας υποτακτικός του άλλου και θα μοιράζονται το ρόλο του συντονιστή σε αυτή. Ο νοσηλευτής θα είναι κυρίως υπεύθυνος για τη διατήρηση της ανθρώπινης επαφής με τον άρρωστο στο Νοσοκομείο, ή στο Ιατρικό Κέντρο. Η νοσηλεύτρια-μαία θα είναι υπεύθυνη για τη συνηθισμένη προ και μετά γεννητική φροντίδα της γυναίκας, την παρακολούθηση κατά τον τοκετό και θα συνεργάζονται με τον παιδίατρο για τη φροντίδα του βρέφους. Η φροντίδα στο σπίτι θα γίνεται από «βοηθούς» που θα εργάζονται υπό την επίβλεψη του νοσηλευτή και του ιατρού.

Ανεξάρτητα των μεταρρυθμίσεων που γίνονται σχετικά με τις σπουδές και το έργο των νοσηλευτών τονίζεται ιδιαίτερα ότι εκείνο που πρέπει να μείνει στο έργο των νοσηλευτών -αλλά και των ιατρών- είναι η παροχή πλούσιας αγάπης για τον άρρωστο. Ο άρρωστος δεν έχει φυσικά μόνο ανάγκη θεραπείας και φροντίδας, αλλά προπαντός μεγάλη δόση αγάπης. Τίποτα δεν δείχνει καλύτερα αυτό, από το παράδειγμα που αναφέρει ο διάσημος ερευνητής Sir A. Cochrane: Στο τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου όταν οι Γερμανοί υποχωρούσαν, ένα στρατόπεδο αιχμαλώτων Ρώσων έπεσε στα χέρια των Άγγλων που προήλαυναν. Ένας αιχμάλωτος, βαριά τραυματισμένος και σχεδόν ετοιμοθάνατος, ούρλιαζε από πόνους. Ο συγγραφέας του άρθρου γράφει ότι δεν είχε μορφίνη να του χορηγήσει και γι' αυτό του έδωσε μόνο ασπιρίνη, αλλά αυτή δεν έφερε κανένα αποτέλεσμα. Τότε αυτός σκέφθηκε να τον πάρει στην αγκαλιά του. Το ουρλιαχτό του τραυματία υποχώρησε αμέσως και αυτός ηρέμησε. Δεν ήταν λοιπόν ο πόνος η αιτία του ουρλιαχτού, αλλά η ψυχική μόνωση. Αυτή την ψυχική μόνωση πρέπει ιατροί και νοσηλευτές να προσπαθούν να τη θεραπεύουν σε κάθε άρρωστο.²

1.3 Η Νοσηλευτική του 21^{ου} αιώνα

Μέσα στον 20^ο αιώνα έλαβαν μεγάλες δημογραφικές, κοινωνιολογικές και τεχνολογικές αλλαγές. Έτσι, οι επιστήμονες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με γερασμένο πληθυσμό, του οποίου οι ανάγκες αυξάνουν σε οξύτητα και πολυπλοκότητα και με νέες αρρώστιες η θεραπεία των οποίων παραμένει προβληματική. Λύσεις σε θέματα κατάχρησης φαρμάκων, έλλειψης στέγης και χρόνιων και ψυχικών νόσων είναι δύσκολες ακόμη και στα πιο επιτηδευμένα συστήματα και τεχνολογίες φροντίδας υγείας. Η κατάσταση περιπλέκεται από το τεράστιο κόστος φροντίδας υγείας και τις ελλείψεις προσωπικού.

Οι συμβαίνουσες αλλαγές στο σύστημα υγείας καθιστούν αναπόφευκτη την αλλαγή στη νοσηλευτική. Η νοσηλευτική είναι μέγιστος συντελεστής στην παροχή φροντίδας υγείας και αποτελεί μια σημαντική δύναμη στη μελλοντική της διάπλαση.³

Δεν είναι σχηματικός ο λόγος για την προκλητικότητα του νέου αιώνα κάτω από την απειλή του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, την αλματώδη ανάπτυξη της Βιοιατρικής και της τεχνολογίας όπου ο χώρος της Υγείας θα έχει το τίμημα του. Αλλά και η Νοσηλευτική ως επιστήμη και επάγγελμα παράλληλη με τις άλλες επιστήμες δεν εξαιρείται των επιδράσεων και των τάσεων του νέου αιώνα. Είναι βέβαιο, ότι στην προσπάθεια να αντεπεξέλθει θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσει όλο το οπλικό της σύστημα αξιών προς τον άνθρωπο για να συνεχίσει να διατηρεί τον ανθρωπιστικό της χαρακτήρα. Επειδή ο ρόλος της απευθύνεται άμεσα στον άνθρωπο η υπαρξιακή της ταυτότητα ωθεί να στέκεται πάντοτε με αξιοπρέπεια απέναντι του. Είναι βέβαιο ότι το πέρασμα των αιώνων δεν αλλάζει τις διανθρώπινες αξίες που την διέπουν.

Ο 21^{ος} αιώνας καλεί σε επαγρύπνηση την προσοχή των Νοσηλευτών, ώστε η τεχνολογία να χρησιμοποιηθεί βοηθητικά, συμπληρωματικά και σε καμία περίπτωση αναπληρωματικά. Η εξατομικευμένη φροντίδα είναι το κλειδί και η ψυχή της νοσηλευτικής προσπάθειας.

Όπως πολύ σωστά διατυπώθηκε μέσα από τις προβλέψεις του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ΔΣΝ) ο νέος αιώνας υπόσχεται να είναι ταχύς στο

πέραςμα του με έμφαση στην πρόοδο της τεχνολογίας τις ευκαιρίες και τις επιλογές. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας θα συνδέσει τους νοσηλευτές απ' όλες τις γωνίες του κόσμου και οι πληροφορίες θα είναι διαθέσιμες με ευκολία πρόσβασης χωρίς να ανήκει κανείς σε Νοσηλευτικούς οργανισμούς. Το ενδιαφέρον των Νοσηλευτών, σε διεθνείς απόψεις και γεγονότα, θα συνεχίσει να αυξάνει. Θα προκύψουν περισσότερες πιέσεις για παγκόσμιες διασυνδέσεις και περισσότερες επιλογές σε διεθνείς νοσηλευτικούς οργανισμούς, ενώ τα, δίκτυα εργασίας θα αυξηθούν αριθμητικά. Προδιαγράφεται ένας φόβος ότι με την αύξηση των νοσηλευτικών οργάνων θα επέλθει ο κίνδυνος διάσπασης της νοσηλευτικής φωνής. Η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών οργάνων στον 21^ο αιώνα θα εξαρτηθεί από την ικανότητα αντιμετώπισης των προσδοκιών. Αυτό δημιουργεί μία άλλη σχέση συνάφειας, ότι οι νοσηλευτές για να είναι παρόντες και μέσα στα πράγματα οφείλουν να κοινοποιούν τις προσδοκίες τους. Χωρίς προσδοκίες δεν υπάρχει συνέχεια προοπτικής, δυναμικής αναπτύξεως και πορείας.

Στο ξεκίνημα ενεργό θέση κατέχει και το κεφάλαιο της εκπαίδευσεως. Ένα νέο ξεκίνημα στην εκπαίδευση σημαίνει πολλά, αλλά χρειάζονται λίγα. Το θέμα της εκπαιδευτικής προετοιμασίας των νοσηλευτών συσσωρεύει επάνω του βαρύτητα και ουσία. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα οφείλουν να εκσυγχρονίζονται και να εναρμονίζονται συνεχώς με τα δεδομένα της εφαρμοσμένης τεχνολογίας στην υγεία αλλά και με τις τάσεις όπως αυτές διαμορφώνονται ως ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες.

Η εκπαίδευση οφείλει να εφοδιάζει το νοσηλευτή με τα στοιχεία της φιλοσοφίας του έργου, τις αρχές και τους κανόνες άσκησης με ασφάλεια. Η εργονομία, η επικοινωνία, η ψυχοκοινωνιολογία και ότι ενισχύει τη διασφάλιση της ακεραιότητας του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής του πράξης να αποτελούν συνεχώς τα σημεία μαθήσεως.

Ο νέος αιώνας θέλει το νοσηλευτή ενεργό ερευνητή ώστε να μετράται ποσοτικά και ποιοτικά το έργο παραγωγής του. Να βελτιώνεται η προσπάθεια του όπως αυτή θα εμφανίζεται μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα. Η νοσηλευτική έρευνα είναι μέθοδος απεικονίσεως και κοινοποιήσεως του νοσηλευτικού έργου, αλλά και

τρόπος παραπομπής σε βελτιώσεις. Τέλος είναι η αλήθεια της επιστημονικής προσπάθειας με όλες τις παραμέτρους που την συνθέτουν.

Η ικανότητα ανταπόκρισης των νοσηλευτών μέσα σ 'αυτό το συνεχώς ταχύτατα εναλλασσόμενο περιβάλλον εξαρτάται από: την οργάνωση της νοσηλευτικής εργασίας στο σύστημα φροντίδας, την άσκηση της νοσηλευτικής πράξης και την εξασφάλιση της ποιότητας στη φροντίδα, την προετοιμασία των νοσηλευτών και το βασικότερο πως οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το ρόλο τους.

Η νοσηλευτική σήμερα είναι και θα είναι περισσότερο από κάθε άλλη φορά όχι απλά ένας τρόπος συλλογής καθηκόντων όπου ο καθένας με λίγη εξάσκηση θα μπορεί να επιδοθεί στην εκτέλεση τους σ 'ένα αποδεκτό επίπεδο. Πέραν από το ότι αυτή απαιτεί τεχνική ικανότητα, ευαισθησία προσεγγίσεως η νοσηλευτική είναι κάτι περισσότερο. Είναι διανοητική δραστηριότητα επειδή περιλαμβάνει κλινικές αποφάσεις που στηρίζονται σε σύγχρονες γνώσεις. Είναι ηθικοδεοντολογική δραστηριότητα γιατί εξαρτάται από τις σχέσεις εμπιστοσύνης σ ' ένα περιβάλλον όπου οι επιλογές και οι αποφάσεις δεν εξαρτώνται μόνο από τις επιστημονικές γνώσεις.

Είναι ακόμη συναισθηματική δραστηριότητα γιατί ο νοσηλευτής μοιράζεται την εμπειρία και τα βιώματα του αρρώστου και εργάζονται και οι δύο από κοινού σε συμφωνημένους σκοπούς.

Τέλος η νοσηλευτική είναι πολιτική δραστηριότητα διότι περιλαμβάνει τη χρήση πηγών και μέσων που πολλές φορές ξεπερνούν τις προμηθευτικές δυνατότητες.

Όλοι οι φορείς της νοσηλευτικής οφείλουμε να δημιουργήσουμε ευκαιρίες ανάδειξης, όπως, καθιέρωση, διατήρηση και ανάπτυξη προγραμμάτων που θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να επιτύχουν οικονομική και κοινωνική αναγνώριση ανάλογη με τη συνεισφορά τους στην κοινωνία. Προώθηση και καθιέρωση ευκαιριών ανάπτυξης και υποστήριξης επιλογών για τους νοσηλευτές. Προετοιμασία ανάπτυξης των δικών της εργαλείων αξιολόγησης του έργου της. Ενθάρρυνση των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν, αξιολογούν και επεξηγούν την εργασία τους.

Είναι ανάγκη να λυθεί το εκπαιδευτικό πρόβλημα των νοσηλευτών με την καθιέρωση ενιαίας τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Ακόμη, η πολιτεία

οφείλει να συμπεριλαμβάνει και τη νοσηλευτική στους σχεδιασμούς των υπηρεσιών υγείας αλλά και στις αποφάσεις ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που την αφορούν άμεσα. Όσο το σύστημα μας θα έχει μόνο προσανατολισμό ιατρικής ανάπτυξης τόσο θα είναι ακριβότερο και άλλο τόσο δεν θα προσφέρει ποιότητα φροντίδας. Το σύστημα υγείας με κενά οργανωτικών θέσεων νοσηλευτών της τάξεως 40% και άνω αδυνατεί να ανταποκριθεί στο βασικό σκοπό της φροντίδας και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

Είναι καιρός και η κοινωνία μας να αντιληφθεί ότι οι νοσηλευτές δίνουν μάχη και αγώνα καθημερινά στο καθήκον της φροντίδας. Είναι πολλές οι περιπτώσεις που ασκούν το χρέος με τα στοιχεία της υπέρβασης. Η κατανόηση είναι ένα πρώτο βήμα στην αναγνώριση και την καταξίωση.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.1 Υπερφόρτωση Εργασίας

Από την πρακτική εμπειρία υποστηρίζεται ότι τα περισσότερα λάθη είναι εξωγενή, υπό την έννοια ότι εξωτερικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στη δημιουργία τους.⁵

Ο φόβος του σφάλματος είναι στενά συνδεδεμένος με την υπερφόρτωση εργασίας. Ο φόβος για τη δημιουργία λαθών και οι επιπτώσεις τους είναι η κύρια έγνοια των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές εκφράζουν από καιρό σε καιρό τις ανησυχίες τους για την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Αναφέρουν ότι πολλές φορές πρέπει να ακολουθήσουν το συντομότερο δρόμο για να συγκεντρωθούν περισσότερο στους ασθενείς που έχουν ανάγκη από επιπλέον φροντίδα. Δεν θέλουν να δημιουργήσουν προβλήματα στους νοσηλευόμενους και ανησυχούν για τις ικανότητες τους να εκπληρώσουν επαρκώς τα καθήκοντά τους.⁶

Όταν ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος η επαφή του επαγγελματία με το χρήστη των υπηρεσιών, ελαχιστοποιείται. Δαπανάται ελάχιστος χρόνος, προσφέροντας λιγότερες υπηρεσίες, ενώ υπάρχει μικρή ή καθόλου ανατροφοδότηση μεταξύ τους. Με αυτό τον τρόπο δεν αλλάζει μόνο η ποσότητα της επαφής, αλλά και η ποιότητα. Ο επαγγελματίας επικεντρώνεται επιλεκτικά σε κάποιο πρόβλημα, ενώ άλλα τα θεωρεί λυμένα. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να εξυπηρετήσει ο εργαζόμενος, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει και ταυτόχρονα δεν έχει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας.

Στη χώρα μας, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές παθολογικών τμημάτων σε δημόσια νοσοκομεία της Αττικής, όπου υπήρχε μεγάλος φόρτος εργασίας και συγχρόνως δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον, εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης η οποία συμβάλλει στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών.

Η εργασιακή ένταση έχει επιπτώσεις σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Στο σωματικό επίπεδο μπορεί να παρατηρηθούν αύξηση του μυϊκού πόνου, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αλλαγές στην πεπτική λειτουργία. Στο ψυχολογικό, αλλαγές στον τρόπο σκέψης και στα συναισθήματα, ενώ σε επίπεδο συμπεριφοράς αντιδράσεις διαφυγής ή ετοιμότητας. Όλες αυτές είναι προσωρινές και ενεργητικές γιατί αποτελούν την άμυνα του οργανισμού. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια όμως δημιουργούν προβλήματα λόγω χρόνιου στρες το οποίο παρουσιάζεται με ποικίλα άλλα συμπτώματα.⁷

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι παράγοντας που ευνοεί τις παραιτήσεις του προσωπικού ή συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.⁸

Επιπλέον ο φόρτος εργασίας έχει αρνητική επίπτωση στις σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους. Δεν υπάρχει χρόνος για κοινωνική επαφή, για αλληλεπίδραση και θετική ανατροφοδότηση, για συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων, για προσδιορισμό των στόχων της μονάδας και επαναβεβαίωση της σημαντικότητας της εργασίας.⁹

Είναι φανερό ότι οι νοσηλευτές και οι νοσηλευτικές διοικήσεις, είναι απαραίτητο να ενημερώνονται συνεχώς για τους στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι είναι συμφυείς με το ρόλο του νοσηλευτή. Να φροντίζουν για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας μέσω:

- Της ισότιμης ανάπτυξης δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού, με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος και της συνεργασίας.
- Της δημιουργίας υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, ομάδων υποστήριξης και η εισαγωγή ατομικής συμβουλευτικής στο χώρο εργασίας.
- Της μείωσης του φόρτου εργασίας με την ορθολογιστική στελέχωση των υπηρεσιών από νοσηλευτές.
- Του σαφούς καθορισμού του ρόλου των νοσηλευτών
- Της ανάπτυξης ευχάριστου φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος.⁷

Τέτοιου είδους αλλαγές αναμένεται να μειώσουν τα αισθήματα απογοήτευσης και μη ικανοποίησης, να περιορίσουν την ένταση του στρες και να βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.⁹

2.2 Στρεσογόνο περιβάλλον

Δουλεύοντας κάτω από συνεχιζόμενη πίεση δημιουργείται πολλές φορές η αίσθηση της αβεβαιότητας. Οι ασθενείς, τα φάρμακα, οι θεραπείες που ακολουθούνται, οι άνθρωποι με τους οποίους έρχεται σε επαφή ο νοσηλευτής σημαίνουν ότι περισσότερος χρόνος πρέπει να διατεθεί για να εξασφαλιστεί η σωστή φροντίδα.⁶

Οι περιβαλλοντικές εντάσεις μπορεί να επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την ποιότητα του εργασιακού κλίματος μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές παρέχουν την φροντίδα στον άρρωστο.

Αυτό έδειξε μελέτη που έγινε σε 544 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε Μ.Ε.Θ., παθολογικά και χειρουργικά τμήματα.

Η αυτονομία, ο διοικητικός έλεγχος, ο φόρτος εργασίας και οι απαιτήσεις των ασθενών συμπεριλήφθηκαν στα σημαντικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος και εξήγησαν το 23% της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ το νοσηλευτικό στρες και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά εξήγησαν το 21% της μεταβλητότητας. Η επαγγελματική εξουθένωση και το στρές ενοχοποιούνται για τη δημιουργία λαθών. Όταν ο νοσηλευτής είναι κουρασμένος και στρεσαρισμένος, πιο εύκολα υποκύπτει σε λάθη.

Το επίπεδο του θορύβου συχνά χρησιμοποιείται ως δείκτης της φυσικής άνεσης των εργαζομένων στο εργασιακό περιβάλλον.

Σε μελέτη που έγινε σε 100 νοσηλευτές Μ.Ε.Θ., ερευνήθηκε η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και θορύβων (από μόνιτορ, συστήματα συναγερμού οργάνων, τηλέφωνα) στις Μ.Ε.Θ. Ο θόρυβος ορίστηκε ως σωματική διέγερση και είναι υποκειμενικά ενοχλητικός.

Συγκεκριμένα, οι μικροί χώροι, όπου δύσκολα χωρούν τα πολύπλοκα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για τους ασθενείς, οι απαιτήσεις της δουλειάς, τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, ο πυρετώδης βηματισμός, οι κυκλικές βάρδιες και το σήκωμα και η μετακίνηση των ασθενών συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης και κατά συνέπεια στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών.⁷

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αποτελούν για τους νοσηλευτές, τμήματα με αυξημένες απαιτήσεις και μια μεγάλη ένταση επαγγελματικού στρες.¹⁰

Νοσηλευτές αναφέρουν ότι συχνά ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, αγχωμένοι εάν έχουν κάνει κάτι σωστά. Προσπαθούν κυρίως με παθητικό τρόπο να αντεπεξέλθουν στο άγχος παρά με ενεργητικό.

Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί από τον Dawe (1987).

Η παθητική μείωση του άγχους περιλαμβάνει ενέργειες όπως:

- φέρνοντας ένα πρόβλημα ξανά και ξανά στο μυαλό
- κλαίγοντας
- προσπαθώντας να έχουν έναν καλό ύπνο.⁶

Το περιβάλλον εργασίας το οποίο υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού και μειώνει τις φυσικές δυνατότητες του για σημαντικά επιτεύγματα αυξάνει την τάση του για κυνισμό και απομάκρυνση από τους ασθενείς. Αντίθετα το περιβάλλον που δίνει την αίσθηση του ελέγχου και της ευθύνης των πράξεών τους στα μέλη του προσωπικού μειώνει την ευπάθεια τους στην επαγγελματική εξουθένωση. Όπως σημειώνουν, ο διοικητικός έλεγχος πρέπει να είναι λιγότερο έντονος αν περιμένει κανείς να δει καινοτόμα μέτρα στις μονάδες.⁷

2.3 Έλλειψη προσωπικού

Τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο δοκιμάζονται από αύξηση των εξόδων και μείωση των εσόδων, με αποτέλεσμα πολλές περικοπές και αποδοτικά μέτρα να έχουν τεθεί σε εφαρμογή, τα οποία έχουν άμεσο αποτέλεσμα στην εργασία των νοσηλευτών.

Αυξάνοντας την ένταση της φροντίδας και παράλληλα μειώνοντας τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, χωρίς αντίστοιχα να υπάρχει αύξηση του προσωπικού, έχει σαν αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να πρέπει να επιταχύνουν τη δική τους δουλειά. Με άλλα λόγια πρέπει να αυξήσουν την παραγωγικότητα τους.

Με περισσότερη εργασία να φέρουν σε πέρας και την ίδια ποσότητα πόρων, οι νοσηλευτές πρέπει να αποφασίσουν για την κατανομή του χρόνου τους. Ουσιαστικά αυτό σημαίνει περιορισμός της φροντίδας των ασθενών. Ο περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας συνεπάγεται ότι δίνεται λιγότερη από την απαιτούμενη φροντίδα σε κάποιους ασθενείς με σκοπό να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες αυτών που χρειάζονται περισσότερη προσοχή.⁶

Στην Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών περιορίζεται στους 10.700, αναλογία 1/492 κατοίκους και τοποθετεί τη χώρα στην τελευταία θέση μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών. Το φαινόμενο αποδίδεται από πολλούς ερευνητές σε τρεις λόγους. Στην έλλειψη κοινωνικής καταξίωσης που περιβάλλει το επάγγελμα, στις χαμηλές αποδοχές και στις αντίξοες συνθήκες άσκησης τους. Τα παραπάνω σύμφωνα με πολλούς ερευνητές συνδέονται με την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης και την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης.⁹

Δυστυχώς το φαινόμενο τα τελευταία χρόνια έχει ενταθεί παρά την αύξηση παραγωγής νοσηλευτών, ιδιαίτερα βοηθών νοσηλευτών, που εμφανίζει μάλιστα και πληθωριστικές τάσεις. Ωστόσο ο αριθμός των απασχολούμενων στο ΕΣΥ παραμένει αποκαρδιωτικά μικρός. Στο σύνολο των οργανικών θέσεων που είναι 35.791, εμφανίζονται καλυμμένες 25.669 (71%) ενώ παράλληλα παρατηρείται γεωγραφική ανισοκατανομή. Σε πολλά γενικά νοσοκομεία ποσοστό 40% και πλέον του αριθμού των θέσεων παραμένει κενό λόγω περιορισμένων διορισμών, σε σημείο να συμπεραίνεται έμμεσα το απαξιωτικό μέλλον του ΕΣΥ. Ακόμη η υποκατάσταση του νοσηλευτικού δυναμικού σε καθολικό επίπεδο από αποκλειστικές, με ασυνήθη ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια απασχόλησης, καθιστά τη νοσηλευτική φροντίδα όχι μόνο άναρχα παραγόμενη αλλά και υψηλού ασφαλιστικού κόστους με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα νοσηλείας και στην εν γένει αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομείων.

Το σύνολο των νοσηλευτών είναι μικρότερο από αυτό των βοηθών νοσηλευτών. Η αναστροφή αυτή που παρατηρείται τελευταία είναι ανησυχητική διότι μπορεί να επιφέρει:

- Προβλήματα ποιότητας εξειδικευμένων νοσηλειών και νοσηλευτικής διοίκησης
- Επιβάρυνση του περιβάλλοντος νοσοκομειακών λοιμώξεων
- Υψηλό μέσο όρο ημερών νοσηλείας

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι τα προβλήματα ποιότητας νοσηλείας που θα συσσωρευτούν στα προσεχή χρόνια εφόσον το καθεστώς προσλήψεων δεν αλλάζει, δεν πραγματοποιούνται αθρόες προσλήψεις και δεν θεσπίζονται κίνητρα εκπαίδευσης καθώς και οικονομικά.¹¹

2.4 Εργασιακές σχέσεις

Όπου υπάρχει στενή και αρμονική συνεργασία, εκεί υπάρχει η δυνατότητα εμφάνισης δημιουργικών έργων. Αντίθετα, όταν απουσιάζει η συνεργασία, επικρατεί το πνεύμα της προχειρότητας και του ερασιτεχνισμού, που παρεμποδίζει την αρτιότερη εμφάνιση του έργου.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που κατ' αρχή δεν πιστεύει στην αξία της συνεργασίας. Η καθημερινή πείρα αποδεικνύει ότι «*το μέγεθος του ομαδικού έργου υπερβαίνει αξιολογικά το άθροισμα των προσπαθειών κάθε ατόμου*». Η πτωχή ατομική πείρα δεν είναι ικανή να υποκαταστήσει τον πλούτο της ατομικής πείρας. «*Η πείρα της ομάδας είναι πλουσιότερη από την πείρα κάθε μέλους. Η ομάδα, σαν σύνολο, βλέπει ευρύτερα και από το ευφύεστερο μέλος της*». Αποτελεί αξίωμα, ότι η συνεργασία πολλαπλασιάζει τις δυνάμεις συνεργαζομένων ασημοτήτων και τις αποδεικνύει ανώτερες από τις δυνάμεις δισταμένων διασημοτήτων.

Στην αρμονική συνεργασία των πολλών στηρίζεται και η νοσηλευτική επιστήμη. Το έργο της νοσηλείας, με τη σημερινή του έκφραση και μορφή, είναι έργο συνεργασίας. Χωρίς συνεργασία η νοσηλευτική δεν μπορεί να κατακτά τους υψηλούς σκοπούς της, να επιτυγχάνει, δηλαδή, την πρόληψη της αρρώστιας, την ανακούφιση και θεραπεία του αρρώστου, την προστασία και βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Αλλά τι σημαίνει συνεργασία; Η συνεργασία αποτελεί τη συνένωση των γνώσεων, των ικανοτήτων και της πείρας πολλών προσώπων για την εκπλήρωση προγραμματισμένου σκοπού, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζομένων ατόμων. Η αρμονική συνεργασία δημιουργεί το ευνοϊκό κλίμα, όπου εκφράζονται και αναπτύσσονται ακόμη και οι λανθάνουσες προσωπικές δυνατότητες, και επιτυγχάνεται η καλλιέργεια και η ολοκλήρωση της προσωπικότητας των συνεργαζομένων.

Ποιες όμως προϋποθέσεις χρειάζονται για την ύπαρξη αρμονικής και αποδοτικής συνεργασίας;

Η συνεργασία προϋποθέτει:

- αυτογνωσία
- σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου
- διαπροσωπική δεξιοότητα
- ευγένεια, διάκριση και ανωτερότητα.

Σήμερα, στο έργο της νοσηλείας συμμετέχουν πρόσωπα με διαφορετική εκπαίδευση και κλινική πείρα: Διπλωματούχοι Νοσηλευτές με τριετή και τετραετή εκπαίδευση, απόφοιτοι Πανεπιστημίου, φοιτήτριες, σπουδάστριες, σπουδαστές και βοηθοί νοσοκόμοι. Τα πρόσωπα αυτά εκτός από τις διαφορές στη νοσηλευτική τους κατάρτιση, παρουσιάζουν και άλλες διαφορές π.χ. στην ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα ψυχικά χαρίσματα, τα προσόντα και τις ικανότητες, τις δυνατότητες για ανάπτυξη και πρόοδο, στην κλινική πείρα και γενικότερα στην πείρα της ζωής.

Δημιουργούν πνεύμα ομαδικής συνεργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό οι νοσηλευτές όταν:

- Ανακαλύπτουν και αναγνωρίζουν τις ικανότητες των συνεργατών τους, εκτιμούν και επιδοκιμάζουν και τη μικρότερη συμβολή τους σαν απαραίτητη στην επιτυχία της νοσηλείας.
- Εμφανίζονται πάντα συνετές, διακριτικές, μετριοφρονες, ευγενείς και αξιοπρεπείς.
- Προλαμβάνουν τις παρεξηγήσεις. Δεν εμπλέκονται σε μικρότητες και φιλονικίες, δεν λογομαχούν σε περίπτωση διαφωνίας και αντιθέτων απόψεων.

-Σέβονται τους συνομιλητές τους και αναγνωρίζουν σ' αυτούς το δικαίωμα να έχουν και να εκφράζουν τη γνώμη τους. Διατηρούν ψυχική ηρεμία και με ήπιο τρόπο βοηθούν στην κατανόηση του σωστού και στην αποκατάσταση της τάξεως και της αρμονίας.

-Είναι αριστοτέχνες στη συζήτηση, απαλύνουν και προλαμβάνουν και τις επιθετικές ακόμη διαθέσεις των συνομιλητών. Και αν βρεθούν ποτέ στην ανάγκη να μιλήσουν με έντονο ύφος, αυτό θα είναι τρόπος προβολής της αλήθειας, ποτέ όμως έκρηξη εσωτερικής αναστατάσεως .

Κατά τη συνεργασία τους οι νοσηλευτές:

-Παραδέχονται τα λάθη τους και τα όρια των δυνατοτήτων τους .Εκφράζουν εκτίμηση για το έργο των άλλων

-Ποτέ δεν αφήνουν τον εαυτό τους να επηρεάζεται από παρεξηγήσεις

-Δεν απαιτούν τη συνεργασία από τους άλλους. Αυτή δεν επιβάλλεται με διατάξεις και κανονισμούς. Η αληθινή συνεργασία εμπνέεται και κερδίζεται και κατακτάται με την αγάπη και τη βαθύτερη ψυχική επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

-Πιστεύουν στην αξία, τη δημιουργική δύναμη και τη συμβολή της αρμονικής συνεργασίας στην τελειότερη νοσηλεία του αρρώστου και στην πρόοδο του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πραγματικά υπάρχουν μειονεκτήματα στην απομονωμένη προσπάθεια. Όταν ο νοσηλευτής προσπαθεί να αντιμετωπίσει όλες τις ανάγκες των ασθενών μόνος του, επιτυγχάνει τόσο, όσο και ο ποδοσφαιριστής που προσπαθεί να παίξει όλους τους ρόλους των μελών της ομάδας μόνος του.

Η συνεργασία συντελεί στο να γίνονται λιγότερες παραλείψεις ή παραβάσεις και να αποφεύγονται σοβαρό λάθη. Ακόμη εξασφαλίζει σε όλους τους εργαζομένους τη συναίσθηση ότι η συμβολή τους αναγνωρίζεται σαν σημαντική και αξιόλογη. Και η συναίσθηση αυτή δημιουργεί και σφυρηλατεί πολλά ευγενικό συναισθήματα φιλίας, αδελφοσύνης, αλληλεγγύης κ.λπ., που έχουν εξαιρετική σημασία όχι μόνο για το νοσηλευτικό έργο αλλά και για τη ζωή και το έργο της κοινωνίας γενικότερα.

Είναι φανερό, ότι ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές συνεργάζονται, καθορίζει το μέγεθος της συμβολής τους στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου σαν ολοκληρωμένου προσώπου.

Συνεργασία νοσηλευτή αρρώστου

Η νοσηλευτική, όπως ήδη τονίσθηκε, είναι διαπροσωπική διεργασία και σχέση ειδικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. Πώς συνεργάζεται ο νοσηλευτής με τον άρρωστο; Πάντοτε συμπεριφέρεται προς τον άρρωστο σαν πολύτιμο συνεργάτη και όχι σαν παθητικό δέκτη των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Του δίνει ευκαιρίες να παίρνει αποφάσεις, να εκφράζει γνώμες και προτιμήσεις σε ορισμένες περιπτώσεις της νοσηλείας του. Σέβεται τις απόψεις του αρρώστου, τις ανησυχίες, τις αντιδράσεις του και τη δυσκολία προσαρμογής σε ειδικές καταστάσεις που του επιβάλλει η ασθένεια, η θεραπεία ή και η απλή παραμονή του στο νοσοκομείο.

Η συνεργασία νοσηλευτή και αρρώστου αποκλείει τον κίνδυνο και εκλαμβάνεται ο άρρωστος σαν απλό αντικείμενο, που το χειρίζονται αυθαίρετα οι άλλοι. Περιφρουρεί την αξιοπρέπειά του και ενεργοποιεί το πνευματικό δυναμικό του για να υπερβεί τη δοκιμασία της αρρώστιας του.

Συνεργασία νοσηλευτή γιατρού

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση του αρρώστου δεν επιτυγχάνεται μόνο με τη γόνιμη συνεργασία του νοσηλευτή μαζί του. Απαιτεί επίσης στενή και αποδοτική συνεργασία νοσηλευτή και γιατρού. Ο νοσηλευτής δεν περιορίζεται στην πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών, αλλά φροντίζει να ενημερώνει πάντα τον γιατρό για την κατάσταση του αρρώστου και τη νοσηλευτική του φροντίδα, να συζητά με τον γιατρό για τη συνέχιση ή τροποποίηση της θεραπείας και να συντονίζουν μαζί τις προσπάθειές τους για την αποκατάσταση του αρρώστου.

Η επιτυχημένη συνεργασία νοσηλευτή και γιατρού προϋποθέτει αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ο γιατρός υπολογίζει στην ευσυνείδητη εργασία του νοσηλευτή. Αλλά και αυτή πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του γιατρού με την επιστημονική

κατάρτιση, την υψηλή ποιότητα του έργου και την καλλιεργημένη προσωπικότητά της.

Είναι ευνόητο ότι συνεργασία νοσηλευτή και ιατρού δεν σημαίνει κοινωνική εξοικείωση και φιλία. Έχει υπηρεσιακή μορφή και δεν βγαίνει ποτέ από τα όρια της ευγένειας, της αξιοπρέπειας και της σοβαρότητας που απαιτεί η νοσηλεία και η θεραπεία του αρρώστου.

Συνεργασία νοσηλευτή με άλλες υπηρεσίες

Η φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο εκπληρώνεται και από πολλές άλλες υπηρεσίες, εκτός της νοσηλευτικής και ιατρικής. Ο νοσηλευτής προσαρμόζει, εξατομικεύει και ολοκληρώνει, για μεγαλύτερη ωφέλεια του αρρώστου, ό,τι οι άλλες ειδικές υπηρεσίες προσφέρουν τμηματικά και απρόσωπα. Με τον συντονισμό όλων των φροντίδων εξασφαλίζει την περίθαλψη του αρρώστου σαν προσώπου και προλαμβάνει τη διάσπαση και τις συγκρούσεις.

Αναφέρονται ορισμένοι τομείς συνεργασίας των νοσηλευτών:

- Συνεργάζονται με το διαιτολόγιο τμήμα και επιτυγχάνουν, ώστε τα γεύματα του αρρώστου να συμφωνούν με τη θεραπευτική δίαιτα αλλά και με τις προτιμήσεις του.
- Επικοινωνούν με τα διάφορα εργαστήρια και προγραμματίζουν τη σειρά των διαγνωστικών εξετάσεων ώστε να μη συμπίπτουν, να μη συγκρούονται και να μη αναβάλλονται, με συνέπεια την καθυστέρηση της διαγνώσεως και της θεραπείας του αρρώστου.
- Διατηρούν καλή συνεργασία με το τμήμα κεντρικής αποστείρωσεως, με την υπηρεσία προμήθειας υλικού και με το φαρμακείο, και εφοδιάζονται έγκαιρα με το απαραίτητο υλικό και τα φάρμακα για τη νοσηλεία των αρρώστων.
- Επιδιώκουν συνεχή επαφή με την υπηρεσία καθαριότητας και εξασφαλίζουν υψηλή στάθμη υγιεινής του περιβάλλοντος των ασθενών, δηλαδή, ολόκληρης της νοσηλευτικής μονάδας.
- Συνεννοούνται με το πλυντήριο και την ιματιοθήκη και εξασφαλίζουν επαρκή και καθαρά λευχίματα για κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

-Αναγνωρίζουν την αξιόλογη συμβολή της κοινωνικής υπηρεσίας (κοινωνικής λειτουργού) για τη λύση ειδικών προβλημάτων των αρρώστων.

-Τέλος, αναπτύσσουν συνεργασία με κέντρα υγείας, ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, κέντρα αποκατάστασης ασθενών, οικογένειες, σχολεία και με οργανωμένες κοινωνικές ομάδες. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στο να εξασφαλίσει συνέχεια της νοσηλείας του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και να βοηθήσει στην κοινωνική του επανένταξη και προσαρμογή, σε περίπτωση μόνιμης αναπηρίας ή χρόνιας ασθένειας. Οι διεπαγγελματικές αυτές σχέσεις ευρύνουν τα ενδιαφέροντα και την πείρα των νοσηλευτών και τους προσφέρουν ανεκτίμητες μορφωτικές εμπειρίες.

Σαν συμπέρασμα αναφέρεται ότι το μοναδικό έργο της σύγχρονης νοσηλείας προϋποθέτει ειδική εκπαίδευση και άσκηση των φοιτητριών της νοσηλευτικής καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Η αρμονική συνεργασία στη νοσηλευτική υπενθυμίζει την αρμονία της ορχήστρας. Χωρίς συστηματική ατομική προετοιμασία κάθε μουσικού και χωρίς ομαδικές δοκιμές είναι αδύνατο να επιτευχθεί εκτέλεση και παραγωγή συμφωνίας από μια ορχήστρα. Τηρώντας τις αναλογίες, δεν μπορούμε να έχουμε συμφωνία, αρμονική και δημιουργική συνεργασία στη νοσηλευτική, στη θεραπευτική και στην ευρύτερη διεπαγγελματική ομάδα, αν δεν προηγηθεί η ειδική εκπαίδευση και άσκηση των μελών των συνεργαζομένων ομάδων. Η συμφωνία, η συγχорδία και η ενορχήστρωση στις νοσηλευτικές, τις νοσοκομειακές γενικά και υγειονομικές υπηρεσίες, εξασφαλίζει την ολοκληρωμένη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου.

Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου που αναδεικνύει τη Νοσηλευτική αληθινό διαπροσωπικό έργο.¹²

2.5 Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής

Για την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπειών και νοσηλείων απαιτείται επάρκεια υλικού και τεχνικών μέσων (οργάνων, συσκευών, μηχανημάτων, εγκαταστάσεων, φαρμάκων, ιματισμού, αναλώσιμου υλικού).¹²

Σκεφτείτε μια επείγουσα κατάσταση όπου ένα μηχάνημα δεν λειτουργεί και ο τεχνικός της βιοιατρικής δεν είναι διαθέσιμος. Αυτό μάλλον θα οδηγήσει σε νοσηλευτική φροντίδα με συμβιβασμούς. Στην αεροπορική βιομηχανία αυτό μπορεί να σημαίνει τη συντριβή ενός αεροπλάνου.

Είναι κατανοητό ότι η μη διαθεσιμότητα εξοπλισμού ή οποιοδήποτε έλλειμμα στον εξοπλισμό μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλευτικά σφάλματα, για τα οποία ο νοσηλευτής δεν πρέπει να είναι υπεύθυνος αφού προηγουμένως έχει ενημερώσει τις αρμόδιες υπηρεσίες για τις ελλείψεις.

Στην περίπτωση αυτή οφείλει να είναι υπόλογο εκείνο το «μέρος» του συστήματος που φέρει την ευθύνη για τη δυσλειτουργία του.¹³

Σίγουρα η συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία προμηθειών υλικού και εξοπλισμού είναι δεδομένη. Πόσο όμως είμαστε ικανοί και αποτελεσματικοί στις σημερινές συνθήκες; Αν κρίνουμε από τα αποτελέσματα (μεγάλο κόστος νοσηλείας, χαμηλή ποιότητα κ.λ.π.), γίνεται φανερό ότι ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει οπωσδήποτε να βελτιωθεί στην εφαρμογή του σύγχρονου management.

Ο νοσηλευτής καλείται να συμμετέχει στη διαδικασία προμήθειας υλικού στο νοσοκομείο ή σε οποιοδήποτε οργανισμό του τομέα υγείας υπηρετεί. Η συμμετοχή του στις επιτροπές διενέργειας αξιολόγησης και παραλαβής υλικού είναι σημαντική και ουσιαστική σε όλα τα επίπεδα. Για να καταξιώσει λοιπόν το ρόλο του ο νοσηλευτής στην εργασία προμήθειας υλικού, για να πετύχει την ποσοτική και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, για να αναβαθμίσει τις συνθήκες νοσηλευτικής εργασίας, για να συμβάλλει στη θετική οικονομική πορεία του οργανισμού ή του φορέα που υπηρετεί και γενικότερα για να είναι σημαντικός και ουσιαστικός στον τόσο ευαίσθητο χώρο της υγείας οφείλει:

- Να γνωρίζει το σκοπό και το στόχο του οργανισμού που υπηρετεί.
- Να είναι γνώστης του υλικού το οποίο καλείται να αξιολογήσει.
- Να είναι γνώστης της αγοράς και των τελευταίων τεχνολογικών εξελίξεων.
- Να είναι γνώστης της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας.
- Να είναι συνεργάσιμος με τα υπόλοιπα μέλη των επιτροπών.

- Να έχει ευχέρεια χρόνου.
- Να στηρίζει τις θέσεις και τις απόψεις του τεκμηριωμένα χωρίς να ξεχνά τη νοσηλευτική του ειδικότητα.¹⁴

Οι επιτροπές προμήθειας υλικών και τεχνικών μέσων έχουν χρέος να διασφαλίσουν

- Ασφαλή και υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς.
- Ασφαλή εργασία του προσωπικού απέναντι στον εαυτό του.¹⁵

Με τα παραπάνω γίνεται ευκρινές ότι για τα νοσηλευτικά λάθη ο νοσηλευτής αποτελεί μόνο μέρος του συστήματος υγείας και ότι το σύστημα παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας είναι εξαρτώμενο σύστημα. Για να προσφέρει καλή νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να έχει αναπτύξει σε μέγιστο βαθμό τη γνώση σε αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω πριν αυτά γίνουν συστηματο-εξαρτώμενα. Ένα καλό σύστημα θα ευοδώσει την πρόσκτηση, τη διατήρηση και την αναβάθμιση των νοσηλευτικών γνώσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

3.1 Έλλειψη Νοσηλευτικής Ευθύνης

Μιλώντας για νοσηλευτική ευθύνη, αναφερόμαστε στην υποχρέωση του νοσηλευτή για την όσο το δυνατόν πληρέστερη ανταπόκριση στα καθήκοντά του. Η έλλειψη ευθύνης οδηγεί σε παραβίαση των υποχρεώσεων του νοσηλευτικού επαγγέλματος απέναντι στους ασθενείς και οδηγεί αναπόφευκτα σε λάθη.

Η Νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Επομένως οι νοσηλευτές καλούνται να συνειδητοποιήσουν τη νοσηλευτική ευθύνη τους.¹² Η σύγχρονη διεθνής νοσηλευτική βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα της επιστημονικής και επαγγελματικής ευθύνης των νοσηλευτών. Η νοσηλευτική έρευνα και η συνεχής ανάπτυξη νοσηλευτικών θεωριών δείχνει την αναζήτηση ακριβούς προσδιορισμού του χώρου ευθύνης και ορθού προσανατολισμού της νοσηλευτικής για αποτελεσματική άσκηση του επαγγέλματος και κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών της χώρας.

Όσο δε καλύτερα γνωρίζει η κάθε επιστήμη και κλάδος καθώς και οι λειτουργοί τους, τα όρια της ευθύνης και τις αρμοδιότητες τους, τόσο καλύτερα συνεργάζονται στο χώρο εργασίας και προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό.¹⁶ Αλλά ποιο το περιεχόμενο και ποια η έκταση αυτής της ευθύνης;

Η νοσηλευτική ευθύνη εκτείνεται σε κάθε τι που αφορά το επάγγελμα. Αρχικά, οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την άρτια βασική εκπαίδευση τους και τη συνεχή επιμόρφωση, τη διατήρηση, τον εκσυγχρονισμό και την τελειοποίηση των νοσηλευτικών τους δεξιοτήτων, μεθόδων και εφαρμογών. Η Chaptal γράφει: «Έχουμε εμείς οι Αδελφές την ευθύνη και για όσα δεν μάθαμε γιατί δεν τα παρακολουθήσαμε όταν διδάχθηκαν στη σχολή ή δεν τα προσέξαμε κατά την κλινική μας άσκηση. Έχουμε την ευθύνη των νοσηλευτικών μας αποφάσεων και ενεργειών. Ευθύνη μας είναι και η πρόβλεψη των συνεπειών των νοσηλευτικών μας πράξεων.

Είμεθα υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά μας, τον τρόπο με τον οποίο εκτελούμε το καθήκον μας, γι' αυτό που εκτελούμε σήμερα και γι' αυτό που θα εκτελέσουμε αργότερα».

Σχετικά με τη νοσηλευτική ευθύνη και ο Biot θεωρεί πρωταρχική ανάγκη την άριστη κατάρτιση της Αδελφής Νοσοκόμου «λόγω της μέγιστης αξίας του ανθρώπου, προς τον οποίο απευθύνονται οι νοσηλευτικές της ενέργειες. Η σοβαρότητα των συνεπειών και της ελάχιστης ακόμη ενέργειας της Αδελφής, γράφει, κάμνει επιτακτικότερο το καθήκον της για την τελειότερη γνώση της νοσηλευτικής. Το αίσθημα της ευθύνης αποτελεί τον ισχυρότερο μοχλό της ανθρώπινης δραστηριότητας. Συγκινεί πάντα περισσότερο τη γενναία και ευγενική καρδιά η συνείδηση, ότι οι γνώσεις και οι ενέργειες της Αδελφής έχουν άμεσο αντίκτυπο στη θεραπεία του αρρώστου, τη ζωή του παιδιού, τη διάσωση της μητέρας μιας οικογένειας...».

Η αρτιότερη άσκηση της νοσηλευτικής προϋποθέτει την καθημερινή συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής ευθύνης. Η προθυμία, η παρατηρητικότητα, η ετοιμότητα, η ακρίβεια, η προσοχή στις γενικές γραμμές και στις λεπτομέρειες, τα πάντα εξαρτώνται από τον βαθμό, στον οποίο έχουν συνειδητοποιήσει την ευθύνη τους οι νοσηλευτές.

Η ευθύνη των νοσοκόμων αναφέρεται όχι μόνο στις νοσηλευτικές ενέργειες και την ποιότητά τους αλλά και στις νοσηλευτικές παραλείψεις. Η λεπτή και ευαίσθητη συνείδηση κάθε νοσηλευτή δεν ανέχεται και μικρές ακόμη παραλείψεις, έστω κι αν δεν ελέγχονται και δεν διώκονται από τον νόμο. Ορθά παρατηρεί πάνω σ' αυτό η Morison: «Σταθμίζετε την ευθύνη των παραλείψεων σας». Προσωπική είναι η ευθύνη του νοσηλευτή για τις ενέργειές της και τη συμπεριφορά της, έστω κι αν οι συνεργάτες ή οι μεγαλύτεροί της ιεραρχικά κάμνουν παραβάσεις ή αμελούν το καθήκον τους. Σε καμία περίπτωση η συμπεριφορά των άλλων δεν είναι δικαιολογία να παραμελεί ο νοσηλευτής τις ευθύνες του.

Για μεγαλύτερη κατανόηση αναφέρονται ορισμένες από τις καθημερινές μορφές της νοσηλευτικής ευθύνης:

-Ευθύνη για την παρατήρηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αντιδράσεων, αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, τον προγραμματισμό και την

εφαρμογή ορθών νοσηλευτικών ενεργειών καθώς και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των ενεργειών αυτών σχετικά με τη βελτίωση, επιδείνωση, μεταβολή ή στασιμότητα της κατάστασώς του αρρώστου.

-Ευθύνη για τη σωστή χρήση των οργάνων, συσκευών, μηχανημάτων και άλλων ειδών νοσηλευτικής και ιατρικής τεχνολογίας για την ανακούφιση του αρρώστου και την προστασία του από τυχόν βλάβη λόγω κακής ή λανθασμένης χρήσεώς τους.

-Ευθύνη για την ακριβή καταγραφή όσων αφορούν τη νοσηλεία του αρρώστου π.χ. ονόματα και δόσεις φαρμάκων, ώρες εφαρμογής νοσηλείας και θεραπείας, συμπτώματα που παρατηρούνται κ.ά. Τα λάθη δεν επιτρέπονται.

-Ευθύνη για την επίβλεψη του προσωπικού που εκτελεί νοσηλεία με την καθοδήγηση των Διπλωματούχων Νοσηλευτών διότι αυτές έχουν την ευθύνη για τα λάθη και τις παραλείψεις.

-Ευθύνη για την εκτέλεση των νομίμων ιατρικών οδηγιών και για την κατανόηση της επιστημονικής ενδείξεώς τους και του θεραπευτικού αποτελέσματος που αναμένεται από τις οδηγίες αυτές. Ένα ιατρικό λάθος μπορεί να επιβαρύνει με ευθύνη και τη νοσοκόμο που συμμετείχε στη διάπραξη.

-Ευθύνη για τη σωστή επιλογή και εκτέλεση κάθε νοσηλείας σύμφωνα με τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής.

-Ευθύνη για τη διδασκαλία και διαπαιδαγώγηση του αρρώστου σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση, την αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας του.¹²

Οι νοσηλευτές υπόκεινται σε νομικές ευθύνες κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Μερικά από τα προς αποφυγή είναι:

-Αμέλεια

-Επίθεση και κακοποίηση

-Κλοπή

-Παραβίαση του ιατρικού απορρήτου και της προσωπικότητας

-Κακομεταχείριση¹⁷

Η νοσηλευτική ευθύνη περιλαμβάνει και τη μέριμνα της προσωπικής υγείας, γιατί χωρίς ακμαία υγεία είναι αδύνατη η πιστή και ολοκληρωμένη άσκηση της νοσηλείας. Η χωρίς λόγο σπατάλη δυνάμεων και υπερβολική κόπωση αντιστρατεύεται στο καθήκον, που παρουσιάζεται για να κάνει ο νοσηλευτής την καλύτερη δυνατή χρήση των δυνάμεων της. Ευθύνη της είναι να εξετάζει και να επιλέγει σωστά, σε ποιο βαθμό είναι λογικό και νόμιμο να διατρέξει ένα κίνδυνο υγείας. Είναι σκόπιμο, όταν ο σκοπός που επιδιώκεται έχει μια ανώτερη αξία και δεν μπορεί να εκπληρωθεί παρά μ' αυτό τον κίνδυνο. Τότε δεν πρόκειται για σπατάλη δυνάμεων αλλά για θυσία.

Ευθύνη των νοσηλευτών προς τον εαυτό τους, εκτός των άλλων, θεωρείται και η καλλιέργεια και ανάπτυξη των χαρισμάτων και ικανοτήτων τους, καθώς και η άντληση ικανοποιήσεως και χαράς από τη χρησιμοποίηση αυτών κατά την άσκηση της νοσηλευτικής.¹²

3.2 Αμέλεια Συνευθύνης Ιατρών Νοσηλευτών

Πολύ συχνά ακούμε τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της «ευαισθησίας» που δείχνει η τηλεόραση, περιπτώσεις που κατηγορούνται ιατροί κάθε ειδικότητας για λάθη που έκαναν είτε στη διάγνωση μιας νόσου είτε κατά τη χειρουργική επέμβαση είτε και μετά, κατά την ανάρρωση του ασθενή, που πολλές φορές είχαν μοιραίες συνέπειες. Το βάρος του λάθους το επωμίζεται πάντα ο ιατρός;¹³ Συνήθως και μάλιστα στον κλινικό τομέα παρουσιάζεται ως συνευθύνη με τον ιατρό και η ευθύνη του νοσηλευτή.

Κατά τον Δρα Παν. Μπιτούνη, χειρουργό:

«Παλαιότερα, ο χειρουργός σε όλες τις περιπτώσεις ήταν υπεύθυνος για τα δικά του σφάλματα αλλά και για εκείνα των συνεργατών του. Η σύγχρονη όμως άσκηση της χειρουργικής έχει δημιουργήσει νέα πλαίσια προϋποθέσεων για μια σωστή ενέργεια, καθημερινά δε, και περισσότερο κερδίζει έδαφος η λεγόμενη

χειρουργική της ομάδας στην οποία η σύνθεση του χειρουργείου προϋποθέτει ένα πραγματικό επιτελείο από γιατρούς και μη, απαραίτητους για τη λειτουργία του.

Έτσι η θέση του χειρουργού, χωρίς να αποδυναμώνεται προσδιορίζεται στα νέα πλαίσια της αμοιβαίας και ισότιμης συνεργασίας με τα υπόλοιπα άτομα της ομάδας στην οποία κάθε μέλος ασκεί τις αντιστοιχούσες στην ειδικότητά του αρμοδιότητες. Σαν άμεση συνέπεια θεωρείται και η χωριστή για τον καθένα και ανάλογη με την ειδικότητά του αναγνώριση ευθύνης για ό,τι συμβεί στο χώρο του, γεγονός που απαλλάσσει τον χειρουργό από ευθύνες που παλαιότερα του καταλογίζονταν.

Σήμερα, υπάρχει ευθύνη χειρουργού, ευθύνη αναισθησιολόγου, ευθύνη νοσηλεύτη, ευθύνη αιματολόγου ακόμη και ευθύνη του ιδρύματος.

Η συνεργασία του χειρουργού με άλλα ειδικά άτομα δεν περιορίζεται μόνο στην διεξαγωγή της εγχείρησης. Τόσο κατά το προεγχειρητικό στάδιο, όσο κυρίως μετά το μετεγχειρητικό η συμβολή και άλλων ειδικών είναι αναγκαία για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Αν κάποιος του νοσηλευτικού προσωπικού ενός οργανωμένου νοσοκομείου παραγγελλεί από το χειρουργό ή άλλης ειδικότητας ιατρό να χορηγήσει ένα συγκεκριμένο φάρμακο σε μια ορισμένη δόση και χρόνο, κι αυτός ενεργήσει αυτοβούλως ή από αμέλεια και τροποποιήσει το θεραπευτικό σχήμα, ευθύνη για το ιατρό δεν δημιουργείται εφόσον οι εντολές του ήταν σαφείς και ορθές».

Και το συμπέρασμα που προκύπτει:

«Ευθύνη κατά το προεγχειρητικό στάδιο μπορεί να στοιχειοθετηθεί όταν δεν συντρέχουν:

- Σωστή διάγνωση (αποτελεί βασική προϋπόθεση για μια χειρ/κή επέμβαση) .
- Εξασφάλιση των άριστων προϋποθέσεων τόσο από πλευράς αρρώστου όσον και από πλευράς υλικοτεχνικής υποδομής.
- Εξασφάλιση σωστής συνεργασίας με τα άλλα άτομα της ομάδας.
 - Ευθύνη για την ανάρρωση από την επέμβαση (μετεγ/κώς). -αναπληρώσεις υγρών, χορήγηση ηλεκτρολυτών, παρεντερική χορήγηση τροφής - παρακολούθηση επούλωσης του τραύματος, ακόμη, πρώιμες κινητοποιήσεις, αποφυγή κατακλίσεων.

- Ευθύνη για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών.
- Ευθύνη συνεργασίας με άλλους ειδικούς (κακοήθη νεοπλάσματα - συνεργασία με Χημειοθεραπευτή και Ακτινοθεραπευτή -Συμβούλιο συμμόρφωσης). Οι πάντες θα πρέπει να υπακούουν στα συμπεράσματα του συμβουλίου (ιατρικό).
- Ευθύνη για την παροχή οδηγιών .

Θα αναφέρουμε πληροφορίες που προέρχονται από τον Dr. Edward Mullens Prof of Surgery University of Toronto:

Μηνύσεις σε γενικούς χειρουργούς μέσα σε 9 χρόνια (139 περιπτώσεις)

ΑΙΤΙΕΣ ΜΗΝΥΣΕΩΝ:

- α. Εγχείρηση σε λάθος ασθενή και σε λάθος θέση.
- β. Βλάβη νεύρων -μετά από βιοψία λεμφαδένων ή κατά τη διάρκεια επεμβάσεων .

γ. Επιπλοκές

- Χολοκυστεκτομής (Χολοπεριτόναιο)
- Γαστρεντερικού συστήματος
- Ουροποιητικού συστήματος (ειλεός -περιτονίτις)
- Ενδοσκοπήσεις (ρήξη παχέος εντέρου, 12δακτύλου, αιμορραγική παγκρεατίτις)
- Ουρογεννητικού συστήματος (μολύνσεις ουρητήρων, νέκρωση εντέρου).
- Αμβλώσεις -VAGEOTOMY (διάτρηση μήτρας, αποστήματος).
- Απολίνωση σπερματικού πόρου (νέκρωση όρχεων, αιμάτωμα).
- Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (τρύπημα λαγόνιας αρτηρίας).
- Χειρουργική για κίρσους (απολίνωση μηριαίας αρτηρίας ή φλέβας).
- Ξένα σώματα (γάζες, εργαλεία, βελόνες).
- Το μέτρημα των εργαλείων, λάθος στο 50% των επεμβάσεων.

Συμπεράσματα

- α. Δεν υπάρχει μικρή εγχείρηση.
 - β. Μέτρηση (Γάζες -εργαλεία).
- Επιμελής έλεγχος του χειρουργικού πεδίου, αναφορά του ελέγχου κατά την υπαγόρευση της εγχειρήσεως.
- γ. *Επιβεβαίωση της θέσεως της βλάβης για σωστή χειρουργική τομή.»*

Και βέβαια γεννιέται το ερώτημα: *γνωρίζουν οι νοσηλευτές-τριες των χειρουργικών και των αναισθησιολογικών τμημάτων την νέα αυτή κατάσταση της συνευθύνης; γνωρίζουν τις ποινικές και αστικές ευθύνες τις οποίες επωμίζονται;*

Τελευταία βλέπουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναζητεί περισσότερο εμπειριστατωμένη ενημέρωση γιατί δηλώνει ότι δεν γνωρίζει και πολλά πράγματα.

Μια μικρή τέτοια έρευνα (1997) διεξήχθη από νοσηλεύτριες του Αναισθησιολογικού τομέα του Νοσοκομείου ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ.

Στην έρευνα αυτή ερωτήθηκαν με επώνυμο ερωτηματολόγιο 14 ερωτήσεων 50 νοσηλεύτριες TE 15 Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. (13 Νοσοκομεία Αττικής, 1 Χανίων, 1 Κορίνθου).

Ερώτηση 5η. *«Πιστεύετε ότι είχατε ενημερωθεί επαρκώς, κατά τη διάρκεια της φοίτησής σας στη Νοσηλευτική Σχολή από το μάθημα του δικαίου, σχετικά με τα όρια των υποχρεώσεών σας στους χώρους υγείας»;*

Απάντηση OXI 100%.

Το αποτέλεσμα είναι συγκλονιστικό.¹⁸

3.3 Έλλειψη Ηθικής Ευθύνης (Νοσηλευτικά Διλήμματα)

Παλαιότερα ακόμη η πρωταρχική ευθύνη της νοσοκόμου ήταν στραμμένη προς το γιατρό. Τώρα όμως η ευθύνη της μετατίθεται ολοένα και περισσότερο προς τον άρρωστο και μάλιστα με την προοδευτική εφαρμογή της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής. Αυτό σημαίνει μεγαλύτερη αυτονομία και ελευθερία αλλά και βαρύτερη ευθύνη στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων και την επιλογή και εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων. Οι νοσοκόμοι πλέον δεν μπορούν να μένουν στο περιθώριο της ηθικής ευθύνης, να παρακολουθούν δηλαδή σαν απλοί θεατές από τις κερκίδες τη μάχη που δίδεται καθημερινά στο στίβο της υγείας μεταξύ της απρόσωπης τεχνικής και της επιστήμης χωρίς ηθικές αξίες από το ένα μέρος και από το άλλο της ηθικής δεοντολογίας της υγείας με το σεβασμό της αξίας, των δικαιωμάτων και της ζωής του ανθρώπου.

Δεν μπορεί η σύγχρονη νοσηλεύτρια να λέει: *ο γιατρός είναι υπεύθυνος να αποφασίζει και εγώ να εκτελώ ανεξέταστα τις αποφάσεις του χωρίς προσωπική ευθύνη.* Άλλωστε σε πολλές περιπτώσεις καλείται να αποφασίζει και να ενεργεί για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου ανεξάρτητα από τις ιατρικές οδηγίες για εφαρμογή θεραπείας. Επίσης προσκαλείται να εκφράσει υπεύθυνη γνώμη σε διεπιστημονικές επιτροπές προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας εθνικού και διεθνούς επιπέδου.

Τα δεοντολογικά διλήμματα και προβλήματα κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ταυτόσημα με εκείνα που απασχολούν την ιατρική και όλα τα άλλα επαγγέλματα υγείας.¹² Μερικά από αυτά είναι:

- Πότε (πρέπει να) σταματά η ζωή σε άνθρωπο που βρίσκεται συνδεδεμένος με αναπνευστικό μηχάνημα;
- Πόσες «ηρωικές» προσπάθειες αναζωογόνησης πρέπει να κάνει κανείς σε περιπτώσεις ανίατης νόσου στο τελευταίο στάδιο;
- Πότε ακριβώς αρχίζει η ζωή;
- Πόση βοήθεια πρέπει να δίνεται στην προσπάθεια για σύλληψη;
- Πρέπει να λαμβάνονται τα όργανα του "εγκεφαλικά νεκρού" για να μεταμοσχευτούν σε ανθρώπους που τα χρειάζονται;
- Το έμβρυο έχει δικαιώματα;
- Είναι σωστό να βοηθά κανείς γυναίκα για να κάνει ή αφού έχει κάνει έκτρωση;
- Οι πάσχοντες από AIDS πρέπει να έχουν την ίδια φροντίδα όπως και οι άλλοι ασθενείς;
- Είναι κάποιες φορές αποδεκτή η ευθανασία; .Πρέπει να χρησιμοποιούνται ζώα για πειράματα που ωφελούν τον άνθρωπο;
- Όταν ο ασθενής αρνείται να λάβει νερό και τροφή, προκειμένου να επιταχύνει το θάνατό του. ή αρνείται να μεταγγιστεί, πρέπει να γίνεται σεβαστή η επιθυμία του;

- Ποιος αποφασίζει να σταματήσει το μηχάνημα που κρατά στη ζωή τον ασθενή, όταν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη θέλησή του και οι συγγενείς δεν έχουν ενιαία γνώμη;
- Πώς θα γίνει η επιλογή μεταξύ δύο ασθενών που χρειάζονται μεταμόσχευση νεφρού, όταν υπάρχει μόνον ένας νεφρός διαθέσιμος;
- Ποιος αποφασίζει πότε η έγκυος γυναίκα πρέπει να διακόψει την εγκυμοσύνη της;
- Με ποια προτεραιότητα θα γίνει η κατανομή των περιορισμένων χρηματικών πόρων για έρευνα και αντιμετώπιση διαφόρων σοβαρών ασθενειών;

Σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα υπάρχουν «Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας», που δίνουν συμβουλές στο προσωπικό σε θέματα ηθικής και κρίνουν υποθέσεις τέτοιου είδους. Η βασική αρχή είναι ο σεβασμός των ασθενών και των επιθυμιών τους. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις για την περίθαλψη και τα επακόλουθα της, αποτελεί τον καλύτερο δείκτη για το αν και κατά πόσο υπάρχει ο σεβασμός αυτός.¹⁷

Σε μια έρευνα που έγινε σε ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε δυσκολία στο να ορίσει τις έννοιες της αυτονομίας, της ιδιωτικότητας και της πληροφορούμενης συναίνεσης, ενώ όταν το έκανε δεν συσχέτιζε τις έννοιες αυτές με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού ή αναθεώρησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ένταξης των εννοιών αυτών στο μάθημα ηθικής και δεοντολογίας με μεγάλη έμφαση στη κλινική εφαρμογή.

Στη διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για τις τρεις έννοιες. Η αυτονομία έχει οριστεί ως αυτοδιαχείριση, ελευθερία, δικαίωμα, ιδιωτικότητα, προσωπική επιλογή, αυτοδιάθεση.

Ο Πανούτσος όρισε την αυτονομία ως «ένα άλλο νόημα της ελευθερίας νοούμενης και με τις δύο σημασίες της: ελευθερία απέναντι στη φυσική αιτιότητα και ελευθερία απέναντι στον ηθικό νόμο που ένας άλλος ή ο ίδιος ο πράτων έχει διατυπώσει. Αυτόνομη επομένως είναι μια ατομική υπόσταση που μπορεί να

καθορίζεται από νόμους (όχι μόνο από αιτίες), αλλά και μια αφύπαρκτη προσωπικότητα αυτεξούσια και αυτοδύναμη που μπορεί να πράξει το αγαθό αλλά και το κακό των άλλων και το δικό της».

Η έννοια της ιδιωτικότητας στο λεξικό Webster ορίζεται ως «απόσυρση από τη δημόσια θέα και συναναστροφή», ή ως «το δικαίωμα του κάθε ατόμου να διαχωρίζει και να κρατάει για τον εαυτό του ορισμένα θέματα της προσωπικότητάς του, καθώς και ιδέες, στάσεις ή προσωπικές συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν μέρος της ιδιωτικής του ζωής, δηλαδή, το δικαίωμα να μην τα κοινοποιεί σε άλλους ανθρώπους».

Η πληροφορούμενη συναίνεση συνήθως ορίζεται ως μια διαδικασία αμοιβαίας εναλλαγής πληροφοριών, κατανόησης, εμπιστοσύνης και συναίνεσης μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, απαιτείται ικανότητα, προθυμία, εθελοντισμός και απουσία βίας.

Κατανοώντας την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς και οι νοσηλευτές για την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την πληροφορούμενη συναίνεση των ασθενών, θεμάτων δηλαδή που άπτονται της καθημερινής τους αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας και την ηθική διάσταση του προβλήματος.

Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών για τα ηθικά θέματα και την εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

4.1 Έλλειψη Γνώσεων και Εμπειρίας

Είναι ζωτικής σημασίας κάθε νοσηλευτική δραστηριότητα να στηρίζεται σε γερές βάσεις γνώσεων. Δεν υπάρχει αμφιβολία ως προς το γεγονός ότι η νοσηλευτική γνώση πρέπει να είναι ευρύτατη και να χαρακτηρίζεται από διάφορα πρότυπα. Η Carper προσδιορίζει τα εξής τέσσερα βασικά πρότυπα γνώσης, απαραίτητα στη νοσηλευτική: εμπειρική γνώση, αισθητική γνώση, προσωπική γνώση και ηθική γνώση.

Εμπειρική γνώση. Αναφέρεται στην επιστημονική άποψη της νοσηλευτικής. Είναι η γνώση η συστηματικά καταταγμένη σε γενικούς νόμους και θεωρίες με σκοπό την περιγραφή, επεξήγηση και προδιαγραφή των καταστάσεων που έχουν άμεση σχέση με το νοσηλευτικό πεδίο. Ο τελικός στόχος αυτού του προτύπου γνώσης είναι η ανάπτυξη θεωριών οι οποίες παρέχουν ουσιώδεις οδηγίες για ασφαλή και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση.

Αισθητική γνώση. (ή τέχνη της νοσηλευτικής) Αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να αναγνωρίζει συγκεκριμένες λεπτομέρειες που ξεχωρίζουν σε μια αφηρημένη ολότητα. Η εμπάθεια (η δυνατότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να αισθάνεται τα προβλήματα και την κατάσταση των άλλων) είναι σημαντικό προσόν, το οποίο ένας νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει για την απόκτηση της αισθητικής γνώσης. Οι Benner και Tanner χρησιμοποιούν τον όρο «ενστικτώδης γνώση» αναφερόμενοι στη δυνατότητα αντίληψης και προοραματισμού διαφόρων καταστάσεων.

Προσωπική γνώση. Αναφέρεται στο είδος της γνώσης που προάγει την ολότητα και ακεραιότητα της προσωπικότητας του ατόμου, και δεν δέχεται την αδιαφορία και τον απρόσωπο προσανατολισμό στη νοσηλευτική φροντίδα. Η Carper θεωρεί ότι αυτό το πρότυπο γνώσης είναι το πιο δύσκολο να αποκτηθεί και να

διδασχθεί, αλλά συγχρόνως το πιο βασικό για την κατανόηση της σημασίας της υγείας στην προσωπική ευεξία του ατόμου.

Ηθική γνώση. Αναφέρεται σε θέματα υποχρεώσεων, δηλαδή στο τι πρέπει να γίνεται, και όχι απλώς στους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η ηθική γνώση στη νοσηλευτική απαιτεί την κατανόηση των διαφόρων φιλοσοφικών τοποθετήσεων σχετικά με το τι είναι καλό, επιθυμητό και σωστό να γίνεται σε διάφορες περιστάσεις. Επίσης απαιτεί την κατανόηση των θεωρητικών μοντέλων δεοντολογίας τα οποία στοχεύουν στην επίλυση των πολύπλοκων ηθικών αντιπαραθέσεων.

Η φύση της Νοσηλευτικής ως «τέχνη και επιστήμη» απαιτεί η νοσηλευτική γνώση να μην περιορίζεται μόνο στην επιστημονική γνώση, αλλά να περιλαμβάνει και διάφορα άλλα πρότυπα γνώσης τα οποία δε συμφωνούν με την παραδοσιακή άποψη της επιστήμης. Γι' αυτό είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να συνδυάζουν και τα τέσσερα προαναφερόμενα πρότυπα γνώσης για την επίτευξη της απόλυτης πραγματογνωμοσύνης στο νοσηλευτικό επάγγελμα, καθότι κανένα από τα πρότυπα γνώσης από μόνο του δεν μπορεί και δεν πρέπει να θεωρείται αρκετό.

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα το οποίο βασίζεται στην πράξη και γι' αυτό κάθε θεωρία πρέπει να έχει στενή σχέση με τη νοσηλευτική πράξη. Οι περισσότεροι συγγραφείς δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έντονης συνοχής μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης για την ανάπτυξη και προαγωγή της νοσηλευτικής γνώσης. *Η νοσηλευτική γνώση, όσο προηγμένη και δομημένη και αν είναι, θεωρείται ανεπαρκής και δεν είναι τίποτα άλλο παρά άσκοπη θεωρία, αν δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην πράξη.*

Ανεξάρτητα από το πού προέρχεται, είτε είναι καθημερινή πράξη είτε πολύπλοκα (πολυσύνθετα) επίπεδα θεωρίας ή έρευνας, η ανάπτυξη της γνώσης πρέπει να έχει ως σκοπό την εφαρμογή της στη νοσηλευτική πράξη, στο Νοσοκομείο, στο Κέντρο Υγείας, ή σε οποιονδήποτε άλλον τομέα. Η ποιότητα της νοσηλευτικής πράξης εξαρτάται από τον πλούτο και την ακρίβεια της επιστημονικής γνώσης από την οποία προέρχονται οι οδηγίες για τις διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Επομένως, κάθε νοσηλευτική θεωρία πρέπει, όχι μόνο να καλλιεργείται και να

αναπτύσσεται στην πράξη, αλλά και να εφαρμόζεται σε αυτή. Όπως οι Dickoff και James υποστηρίζουν, αν ο σκοπός της νοσηλευτικής θεωρίας δεν είναι η πράξη, τότε η Νοσηλευτική δεν είναι παρά απλώς ένα ακαδημαϊκό επάγγελμα.

Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης απαιτεί δυναμική και συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ θεωρίας έρευνας και πράξης. Ωστόσο ένα ευρύ χάσμα επικρατεί μεταξύ των τριών τμημάτων της νοσηλευτικής ταξινόμησης, και ειδικότερα όσον αφορά την εφαρμογή των αποτελεσμάτων μιας ερευνητικής μελέτης στη νοσηλευτική πράξη. Μεταξύ των αιτίων που προκαλούν αυτό το χάσμα, κυριότερες είναι: η έλλειψη κατάλληλης γνώσης των νοσηλευτών σχετικά με την εφαρμογή των ερευνητικών αποτελεσμάτων στην πράξη, και το γεγονός ότι η ανάπτυξη των θεωριών δεν βασίζεται ή απέχει από την καθημερινή πράξη. Επιπλέον αρκετά συχνά παρατηρείται πλήρης έλλειψη σχέσης μεταξύ θεωρητικής και πρακτικής γνώσης. Επομένως η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών που αντιπροσωπεύουν τους τομείς θεωρίας, έρευνας και πράξης μπορεί να συμβάλλει στη μείωση ή αποφυγή αυτού του χάσματος.²⁰

Η σπουδή της Νοσηλευτικής δεν σταματά με το πανεπιστημιακό πτυχίο. Η Ελλάδα δεν είναι μόνο η γενέτειρα της ποιήσεως, της φιλοσοφίας και της επιστήμης, αλλά και η μόνη χώρα στον κόσμο, που έχει διακηρύξει την ανάγκη της συνεχούς επιμορφώσεως. *«Γηράσκω αεί διδασκόμενος»*.

Στο σημείο αυτό είναι ανάγκη να υπενθυμίσουμε τον Ιπποκράτειο λόγο: *«Η μεν τέχνη μακρά, ο δε βίος βραχύς»*. Αυτό λέγεται σχετικά με την ιατρική επιστήμη. Αλλά και η σύγχρονη νοσηλευτική, σαν επιστήμη και τέχνη, σαν θεωρητική και εμπειρική γνώση, είναι εκτεταμένη και απαιτεί ισόβιο κόπο και μόχθο για την κατάκτηση μιας ολοκληρωμένης νοσηλευτικής μορφώσεως. Κατά τον Ισοκράτη, η πολυμάθεια προϋποθέτει πάντοτε τη φιλομάθεια: *«Εάν ης φιλομαθής, εσει πολυμαθής»* (Ισοκράτους, 50).

Η συνεχής και συστηματική νοσηλευτική επιμόρφωση τονίζεται και από τον Διεθνή Κώδικα (1973) ηθικών καθηκόντων των Διπλωματούχων Νοσοκόμων: *«Η νοσοκόμος φέρει προσωπική ευθύνη για την εκτέλεση του έργου της και τη διατήρηση της δεξιοτεχνίας και των γνώσεών της σε σταθερό υψηλό επίπεδο με τη συνεχή επιμόρφωση»*

Η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών νοσηλειών, οι οποίες πρέπει να εκτελούνται με δεξιοτεχνία και σύστημα, με λεπτούς και σταθερούς χειρισμούς, με πειθαρχία στους συγκεκριμένους κανόνες εκτελέσεως, όπως είναι οι κανόνες άσηπτης τεχνικής, και με επιστημονικές γνώσεις.

Π.χ.

- Γιατί εφαρμόζεται η συγκεκριμένη νοσηλεία;
- Ποιες συνθήκες επηρεάζουν την εφαρμογή της;
- Ποια αποτελέσματα αναμένονται;
- Υπάρχουν κίνδυνοι; πώς προλαμβάνονται ή εξουδετερώνονται;
- Ποιες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν στον άρρωστο;
- Πότε χρειάζεται η τροποποίηση ή αντικατάσταση της συγκεκριμένης νοσηλείας;

Επί πλέον η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει τον χειρισμό ορισμένων οργάνων, συσκευών και μηχανημάτων (μανόμετρα, καρδιοσκόπια, αναπνευστήρες, συστήματα παροχής οξυγόνου, αναρροφητήρες, τεχνητός νεφρός κ.ά.). Ο χειρισμός αυτών απαιτεί γνώση της λειτουργίας των, παρακολούθηση και ερμηνεία των πληροφοριών, τις οποίες μεταδίδουν για την κατάσταση του αρρώστου, αλλά και την αντίληψη της μη καλής λειτουργίας των, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχής νοσηλεία και παρακολούθηση του αρρώστου. Διότι κανένα μηχάνημα δεν μπορεί να σώσει τη ζωή του ανθρώπου, αν δεν χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και επιδέξια.¹²

Η εκπαίδευση παίζει ρόλο κλειδί στη μείωση των λαθών. Καλά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές των οποίων οι γνώσεις και οι ικανότητες είναι σύμφωνες με το επάγγελμα τους θα κάνουν λιγότερα λάθη από αυτά των μη εκπαιδευμένων.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε τη διαφορά λαθών που γίνονται μεταξύ νεοδιοριζόμενων και αυτών που έχουν προϋπηρεσία.

Τα λάθη των νεοδιοριζόμενων προέρχονται από την αναρμοδιότητα κι έλλειψη πείρας και γνώσεων ενώ αυτών που έχουν προϋπηρεσία από λάθος χειρισμούς. Γιατί όσο μεγαλύτερη είναι η ικανότητα, τόσο μικρότερη είναι πιθανότητα να γίνουν λάθη. Παρόλα αυτά, δίνεται λιγότερη από την απαιτούμενη προσοχή σε αυτό που κάνουν.

Η απόκτηση δεξιοτήτων και η απόκτηση γνώσεων δεν είναι ταυτόσημα. Μπορεί κάποιος να έχει θεωρητική κατάρτιση και όμως να μην είναι ικανός να θέσει σε πρακτική εφαρμογή της γνώσεις τους. Ενώ κάποιος άλλος να έχει καλές δεξιότητες και να υστερεί σε θεωρητικό πλαίσιο.⁵ Γι' αυτό πρέπει να γίνει νέα προσέγγιση στη νοσηλευτική εκπαίδευση. συνεχιζόμενη εκπαίδευση μπορεί να συνεισφέρει στον επαγγελματισμό του κλάδου.²¹

Προτείνονται οι παρακάτω στόχοι για την αντιμετώπιση του προβλήματος:

-Δημιουργία νέων και αξιοποίηση υπαρχόντων προγραμμάτων πληροφορικής για αναβάθμιση της καθημερινής κλινικής πράξης.

-Εφαρμογή των νοσηλευτικών γνώσεων και των ερευνητικών ευρημάτων στην καθημερινή κλινική πρακτική με στόχο την παροχή αυξημένης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

-Εκπαίδευση των νοσηλευτών για την απόκτηση συμβουλευτικών δεξιοτήτων, με στόχο την αποτελεσματική επικοινωνία νοσηλευτού-ασθενούς και την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση του πάσχοντα.²²

-Οι εκπαιδευτές πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για διδασκαλία στη συνεχή επαγγελματική κατάρτιση που ισχύουν στη χώρα και να διαθέτουν τις απαραίτητες εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία για το αντικείμενο που καλούνται να διδάξουν.²³

-Να υλοποιηθεί η ενιαία, πανεπιστημιακού επιπέδου, νοσηλευτική εκπαίδευση που θα προετοιμάζει νοσηλευτές της μιας και μοναδικής επιστημονικής οντότητας, της νοσηλευτικής.²⁴

-Ευκαιρία για χρησιμοποίηση ατομικά καθορισμένων συστημάτων μάθησης. Η ατομική αυτή προσέγγιση είναι πρωταρχικής σημασίας, γιατί το κάθε άτομο μαθαίνει με δικό του τρόπο και αναγνωρίζονται οι προσωπικές δυνατότητές του.

-Παροχή προγράμματος γενικών γνώσεων με ειδικότητες. Η προσέγγιση αυτή δίνει την ευκαιρία στους εργαζομένους να ακολουθούν ειδικότητες μέσα στο ίδρυμα, σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους. Ένα γενικό πρόγραμμα, που συμμετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι, βοηθά στην κατανόηση της συμβολής του καθενός στην παροχή φροντίδας στον άρρωστο.

Παρουσίαση μιας περίπτωσης, π.χ., εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς, δίνοντας ευκαιρίες συζητήσεων σε ιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς και φυσιοθεραπευτές.

-*Προκαταρκτική εξέταση γνώσεων με συμπλήρωση ερωτηματολογίου για επιλεγμένες εκπαιδευτικές εμπειρίες.* Αυτό είναι βοηθητικό για τον εκπαιδευτή και τις ανάγκες των εκπαιδευομένων .

- *Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνεχείας προοδευτικά.* Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τον προγραμματισμό αρχικών και προηγμένων προγραμμάτων σε σχέση με ανάγκες μάθησης. Ελαττώνει το χρόνο για όσους κατέχουν προηγμένες γνώσεις και δεξιότητες. Προστατεύει ακόμα από την ανία που παρουσιάζεται, όταν το περιεχόμενο είναι ήδη γνωστό.

- *Πρόβλεψη για περιορισμένο αριθμό εγγραφής ή κριτήρια συμμετοχής σε ειδικά προγράμματα.* Αυτό εξαρτάται από τις γενικές ανάγκες, αλλά μπορεί να έχει άριστα επιθυμητά αποτελέσματα σε μια ειδική ομάδα.

-*Πρόνοια για εκπαιδευτικές ευκαιρίες που προετοιμάζουν άτομα να αναλάβουν ευθύνη διδασκαλίας άλλων.* Η προσέγγιση αυτή κατανέμει την ευθύνη διδασκαλίας. Όπως, λ.χ. ορισμένες απόψεις για τη διδασκαλία του διαβήτη, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες μάθησης των βοηθών νοσηλευτών.

-*Παροχή ευκαιριών παρακολούθησης προγραμμάτων εκτός του ιδρύματος.* Αυτό μπορεί να εφαρμόζεται για να διατηρεί το ίδρυμα δραστήρια ανάπτυξη προσωπικού ή για κάλυψη ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών .

-*Δημιουργία ευκαιριών και αξιοποίηση υπηρεσιών.* Οι προσεγγίσεις αυτές συμπληρώνουν τον προγραμματισμό. Η επιτυχία έγκειται στην ύπαρξη κοινών ενδιαφερόντων και σκοπών.

-*Χρησιμοποίηση εκπροσώπων συγγενών επιστημών υγείας.* Εκπρόσωποι από άλλους κλάδους βοηθούν τον εκπαιδευτή σε ορισμένες επιλεγμένες δραστηριότητες. Τα άτομα αυτά μπορεί να χρησιμοποιούνται κατά τρόπο που να ωφελούνται όλοι

Συμπεραίνοντας βλέπουμε ότι έμφαση δίνεται στην ανάγκη οργάνωσης αποτελεσματικού και ικανοποιητικού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανάπτυξης προσωπικού για τη διευκόλυνση της όλης διοικητικής προσπάθειας και την κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών του ιδρύματος.

Η οργάνωση ανάπτυξης προσωπικού βασίζεται στη φιλοσοφία και τους σκοπούς του ιδρύματος και των υπηρεσιών. Υπάρχουν επομένως ποικίλα οργανωτικά σχέδια και προσεγγίσεις. Η εφαρμογή προγραμμάτων διαφέρει και εξαρτάται από την οργανωτική δομή και από τις διαθέσιμες πηγές.

Απαραίτητη είναι η περιοδική αναθεώρηση των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, για να ανταποκρίνονται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες. Ανεξάρτητα της χρησιμοποιούμενης προσέγγισης, τα προγράμματα πρέπει να είναι ευέλικτα, προσαρμοζόμενα στις καταστάσεις, εύκολα στην εφαρμογή και στα εκπαιδευτικά συστήματα.¹⁶

4.2 Έλλειψη Εκπαίδευσης των Νοσηλευτών στην Ηθική Δεοντολογία

Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης φοιτητών στην ηθική και δεοντολογία είναι μεγάλης προτεραιότητας σήμερα παρά ποτέ ίσως άλλοτε. Καθημερινά διαπιστώνεται ότι η ραγδαία τεχνολογική και επιστημονική πρόοδος, που έχει διεισδύσει στο χώρο της υγείας συνεπάγεται πρόσθετα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα τα οποία όπως προβλέπεται θα είναι ακόμα πιο πολύπλοκα στο μέλλον, όπου οι σημερινοί φοιτητές και αυριανοί νοσηλευτές θα ασκήσουν το έργο τους. Η ικανοποιητική ηθική διαπαιδαγώγηση παίζει θεμελιώδη ρόλο στην επιτυχή άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

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

Ηθική και δεοντολογική πράξη είναι ευθύνη όλων των νοσηλευτών. Επομένως, αν οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν τη σημασία των ηθικών και δεοντολογικών αρχών και να τις εφαρμόζουν στην πράξη, όπως και την ευθύνη τους

για την ασφάλεια των ασθενών σε συγκρουόμενες καταστάσεις κατά την καθημερινή εργασία, είναι απαραίτητο να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση ανανεούμενη με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε όλη τη σταδιοδρομία τους.

Τα σύγχρονα πολύπλοκα γραφειοκρατικά και τεχνολογικά συστήματα υγείας απαιτούν από τους νοσηλευτές αυξανόμενη ευθύνη για λήψη ηθικών αποφάσεων. Η εκπαίδευση για θέματα ηθικής και δεοντολογίας αλλά και η συνεχιζόμενη κατάρτιση των νοσηλευτών, όπως και όλων των λειτουργιών υγείας αποτελούν βασική ανάγκη και όχι πολυτέλεια.¹⁶

Η συναίσθηση της ευθύνης βέβαια δεν ακολουθεί αυτόματα σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσως. Δεν αποβάλλεται στις νοσηλεύτριες όσο θαυμάσιες και πείσθητες οδηγίες και αν τους δοθούν. Ούτε έρχεται σαν έμπνευση όταν επιτύχουν στις εξετάσεις και πάρουν το δίπλωμά τους. *«Η ευθύνη, γράφει η Δρ. Β. Λανάρα, είναι ισόβιος διεργασία, την οποία ο άνθρωπος αναπτύσσει καθ' όλην την ζωήν...Η νοσηλευτική παρέχει το εργαστήριο δια την ανάπτυξην υπευθύνου προσωπικότητας, καθ' ον χρόνον η αδελφή αναλαμβάνει υπεύθυνα έργα. Δια της ασκήσεως της νοσηλείας καλλιεργεί την ευθύνη».*

Είναι περιττό να υπενθυμίσουμε ότι η πνευματική και ηθική ακεραιότητα των νοσοκόμων αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο μπορεί να στηριχτεί η συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής ευθύνης.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Οι Taylor και Hausman υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική δυσκολεύτηκε μέχρι τη δεκαετία του '60 να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι, τη χαρακτήρισαν «ομιχλώδη όρο», επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στη διεθνή βιβλιογραφία.

Του λόγου το αληθές επιβεβαιώνει το γεγονός ότι όροι όπως διασφάλιση ποιότητας, πρότυπα της φροντίδας και έλεγχος της ποιότητας χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου ποιότητα.

Η Lang όρισε την ποιότητα στη νοσηλευτική ως μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Την ίδια άποψη εκφράζουν και άλλοι ερευνητές, συμπληρώνοντας πως είναι άγονη η όλη συζήτηση αποσαφήνισης της εννοιολογικής διάστασης της ποιότητας, αφού έχει κοινωνικό προσδιορισμό και επηρεάζεται από τις αξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις των ανθρώπων.

Ο Masso υποστηρίζει ότι, παρόλο που η ποιότητα έχει διαφορετικό περιεχόμενο για τους ανθρώπους, σίγουρα υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία, στους διάφορους ορισμούς, που επιτρέπουν την αξιολόγηση και τη μέτρηση της. Τονίζει πως η ποιότητα είναι συνισταμένη δύο εξαρτημένων μεταβλητών: τις σχέσεις πελάτη – ασθενούς και προμηθευτή – επαγγελματία υγείας. Έτσι, νοσηλευτής και ασθενής βλέπουν την ποιότητα από διαφορετική οπτική γωνία. Για την Altschul, οι νοσηλευτές σπαζοκεφαλιάζουν να βρουν τις αδυναμίες των ασθενών, από τις οποίες εξαρτάται η κριτική τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Έτσι, η ποιότητα έχει υποκειμενικό χαρακτήρα επειδή καθένας την ορίζει διαφορετικά.²⁵

5.2 Έλλειψη Ελέγχου για τη Διασφάλιση της Ποιότητας

Μια καλή οδηγία για την ελάττωση των σφαλμάτων είναι η αξιολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων, με ποσοτικές μετρήσεις της διαδικασίας της φροντίδας υγείας και των εκβάσεων για τις οποίες ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθούν προκαθορισμένες και δοκιμασμένες πρακτικές, θα πρέπει να ακολουθούνται και να ελέγχονται προσεκτικά.¹³

Ο έλεγχος ορίστηκε ως η δομημένη αξιολόγηση των ιατρικών και των νοσηλευτικών φακέλων που είναι δικατευθυντική. Η μια μορφή του ελέγχου έχει χρονική διάσταση: έτσι, ο έλεγχος μπορεί να είναι προδρομικός, συγχρονικός - κατά την εξέλιξη της φροντίδας - ή, τέλος αναδρομικός. *Ο προδρομικός έλεγχος* φαίνεται παραδόξως, καθώς δεν μπορεί να αξιολογηθεί η φροντίδα πριν την παροχή της.

Στην πράξη ωστόσο, οι τεχνικές του προδρομικού ελέγχου έχουν το χαρακτήρα της ανίχνευσης των περιπτώσεων για μελέτη, όπως για παράδειγμα ο υπολογισμός του λογαρίθμου των επομένων 30 ασθενών με τη νοσηλευτική διάγνωση: *«αλλαγή της εικόνας αυτού και του σωματικού ειδώλου»*. Από τη στιγμή που θα εντοπιστούν αυτοί ασθενείς, μπορεί κατόπιν η φροντίδα να αξιολογηθεί είτε συγχρονικά είτε αναδρομικά.

Ένα πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι επιτρέπει την αναζήτηση περιπτώσεων ασθενών που δεν διαφεύγουν από τα συστήματα κωδικοποίησης των διαγνώσεων. Εξάλλου δεν είναι τόσο χρονοβόρα διαδικασία όπως ο αναδρομικός έλεγχος και θεωρείται πιο ακριβής και ευαίσθητη.

Ο συγχρονικός έλεγχος καλείται συχνά ανοικτός έλεγχος επειδή η αξιολόγηση της φροντίδας γίνεται καθώς αυτή παρέχεται στον ασθενή. Το πλεονέκτημα αυτού του ελέγχου είναι η δυνατότητα άμεσης διορθωτικής παρέμβασης.

Η τρίτη μορφή ελέγχου είναι ο *αναδρομικός έλεγχος* που καλείται και κλειστός έλεγχος και αφορά την αξιολόγηση της φροντίδας μετά την ολοκλήρωση της. Οι τεχνικές του αναδρομικού ελέγχου είναι ο έλεγχος των φακέλων νοσηλείας και οι συνεντεύξεις των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Το δίλημμα όσων προβαίνουν στον αναδρομικό έλεγχο των φακέλων νοσηλείας συνίσταται στην αναζήτηση της σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα της καταγραφής των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή και την ίδια την ποιότητα της φροντίδας. Κάποιοι υποστηρίζουν: «*ότι δεν καταγράφεται θεωρείται σαν να μη συνέβη ποτέ*».

Ο έλεγχος αποτελεί το πιο αποδοτικό μέσο για την εκτίμηση της ποιότητας και το πρώτο βήμα για τη διασφάλιση της ποιότητας.²⁵ Η διασφάλιση ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία. Οι συγκρίσεις γίνονται περιοδικά και ελέγχονται τα αποτελέσματα των αλλαγών. Εάν η παρεχόμενη υπηρεσία είναι παράλληλα ή παραπάνω από την επιθυμητή τότε το πρότυπο μπορεί να αλλαχθεί ώστε να καθορίζει ένα βελτιωμένο επίπεδο υπηρεσίας. Αυτά τα βασικά βήματα επαναλαμβάνονται με κυκλικό τρόπο. Η διασφάλιση ποιότητας είναι μια ατέλειωτη βελτίωση της ποιότητας. Τα βασικά βήματα φαίνονται σαν ένα ελατήριο, δηλαδή βασικοί κύκλοι ποιότητας που επαναλαμβάνονται και βελτιώνονται συνεχώς.

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελείται από τα παρακάτω στάδια:

- Καθορισμός προτύπων δηλαδή καταγραφή προτάσεων που καταγράφουν τα κατορθωτά και επιθυμητά επίπεδα της ποιότητας. Αυτά είναι οι επαγγελματικές προσδοκίες της υπηρεσίας και εκφράζουν την πρόθεση του πελάτη.
- Εκτίμηση πραγματικών επιτευγμάτων. Περιλαμβάνει τη σύγκριση της πράξης με τα καθορισμένα πρότυπα μέσω μετρήσιμων κριτηρίων.
- Σχεδιασμός βελτιώσεων. Εάν η ποιότητα είναι χαμηλότερα από τα αποδεκτά πρότυπα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες ώστε να επιτευχθούν τα πρότυπα.
- Ανάλυση δράσης όταν απαιτείται.²⁶

Για τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας πολύτιμα εργαλεία αποτελούν τα πρότυπα. Πρόκειται για έγκυρους και αποδεκτούς επεξηγηματικούς ορισμούς της ποιότητας της φροντίδας. Τα πρότυπα θεωρούνται έγκυρα εφόσον περιγράφονται από τα κριτήρια, που επιτρέπουν σε τελική ανάλυση, τη μέτρηση και αξιολόγηση της φροντίδας, με όρους αποτελεσματικότητας και ποιότητας.

Ο Αμερικάνικος σύλλογος νοσηλευτών (A.N.A.) ορίζει την ποιότητα μέσα σε ένα τρισδιάστατο μοντέλο που περιλαμβάνει: πρότυπα δομής, διαδικασίας και έκβασης.

Πρότυπα Δομής: Τα πρότυπα αυτά ρυθμίζουν τη νοσηλευτική πρακτική και περιλαμβάνουν τις διαδικασίες πιστοποίησης και παροχής άδειας εξασκήσεως επαγγέλματος. Παραδείγματα αποτελούν η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και η απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρότυπα Διαδικασίας: Παράδειγμα αποτελούν τα πλάνα φροντίδας, οι αξίες και τα πιστεύω της νοσηλευτικής υπηρεσίας και του υπόλοιπου προσωπικού, η ολιστική φροντίδα, η δυναμική της διεπιστημονικής ομάδας. Νοσηλευτική διαδικασία είναι η οργανωμένη και συστηματική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς.

Πρότυπα Έκβασης: Πρόκειται για δείκτες που μετρούν το βαθμό στον οποίο η αλληλεπίδραση μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάζει την έκβαση της υγείας του πρώτου, η ικανοποίηση του ασθενούς, η εκπλήρωση των αναγκών του ασθενούς.²⁵

Η διασφάλιση ποιότητας στο νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί ως η αποτίμηση του τελικού επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για τροποποίηση των υπηρεσιών όταν και αν αυτό είναι αναγκαίο. Η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος περιλαμβάνει, αρχικά, την φάση ελέγχου κατά την οποία δημιουργούνται κριτήρια σύμφωνα με τα οποία θα μετρηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται. Ταυτόχρονα σε αυτό το στάδιο θεσπίζονται τα επιθυμητά αποτελέσματα -πρότυπα, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας του νοσοκομείου. Τα κριτήρια και τα πρότυπα είτε θέτονται από ειδικούς επιστήμονες εκτός νοσοκομείου, είτε θέτονται από ομάδα που αποτελείται από επαγγελματίες που εργάζονται στο νοσοκομείο. Στη συνέχεια γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση τα κριτήρια που έχουν τεθεί αρχικά και αφού «μετρηθεί» το επίπεδο ποιότητας με αυτό τον τρόπο, συγκρίνεται με τα πρότυπα για να διαπιστωθεί το επίπεδο ποιότητας που βρίσκεται ο οργανισμός. Τέλος, ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης η

διοίκηση δημιουργεί το αναγκαίο πρόγραμμα δράσης που θα οδηγήσει το νοσοκομείο σε υψηλότερο επίπεδο ποιότητας. Αυτή η διαδικασία (έλεγχος, αξιολόγηση, δράση) επαναλαμβάνεται συνεχώς.

Η εκπόνηση, λοιπόν, ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας στο νοσοκομείο ουσιαστικά μειώνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας και δημιουργεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη έκβαση και την συντομότερη θεραπεία των ασθενών. Τα οφέλη που αποκομίζει το νοσοκομείο από την εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι ποικίλα. Το βασικότερο όφελος αποτελεί η συστηματική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η ποιοτική φροντίδα επιτρέπει την αποδοτικότερη κατανομή των εργασιών με αποτέλεσμα να εξοικονομείται χρόνος για άμεση φροντίδα των ασθενών. Η κατανόηση των ποικίλων αναγκών των ασθενών καθώς και η άμεση και ορθή ανταπόκριση σε αυτές θα προσφέρει υψηλότερο επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών.

Ωστόσο, αυτή η διαδικασία αναγνώρισης των αναγκών των ασθενών και του καθορισμού προτύπων απαιτεί την εμπλοκή όλων των εργαζομένων. Η συμμετοχική αυτή προσέγγιση καταλήγει σε καλύτερα πρότυπα, προσφέρει στους εργαζομένους τη δυνατότητα να καθορίσουν τη μέθοδο εργασίας, αυξάνει το status κάθε επαγγέλματος και αναπτύσσει την επικοινωνία μεταξύ των επιπέδων του προσωπικού. Αυτοί όλοι οι παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των υπαλλήλων.

Στην ελληνική πραγματικότητα είναι φανερό ότι υπάρχει ανάγκη παρεμβάσεων σε θέματα που αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο. Ωστόσο, η εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας πρέπει να σχεδιαστεί και να προγραμματιστεί σωστά ώστε οι παρεμβάσεις να γίνονται οργανωμένα, συντονισμένα και με χρονική διάρκεια και συνέπεια. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα γίνουν βήματα και πρόοδος προς την κατεύθυνση τόσο της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας όσο και της βελτίωσης της οικονομικής θέσης των νοσοκομείων.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗΣ

6.1 Νοσηλευτική Φροντίδα και τα Όρια της

Η οριοθέτηση του επαγγέλματος είναι πρωταρχικής σημασίας ώστε να γνωρίζουν οι εξυπηρετούμενοι αλλά και οι λειτουργοί του επαγγέλματος μέχρι πού μπορεί να φτάσουν, πού υπάρχουν επικαλύψεις, πού απαιτούνται συνεργασίες με άλλους επαγγελματίες και πού υπάρχουν συγκεκριμένοι κίνδυνοι.

Μελετώντας την ιστορία ανάπτυξης του ιατρικού και του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν μπορεί κανείς να μην παρατηρήσει ό,τι το ιατρικό επάγγελμα ακολουθώντας τα πεπρωμένα του και τις επιλογές του, μέσα στο χώρο των θετικών επιστημών, αναπτύχθηκε επιστημονικά και επαγγελματικά και κατοχυρώθηκε κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καλύψει από πλευράς τύπων και ουσίας όλους τους άλλους κλάδους.

Η νοσηλευτική από την πλευρά της αναπτύχθηκε μέσα στα προνοιακά πλαίσια της χριστιανικής φιλοσοφίας και πρακτικής. Όταν οι ιατροί εδραιώνονταν σαν επαγγελματίες και νομιμοποιούσαν την επαγγελματική προσφορά τους, οι νοσηλεύουσες μοναχές και άλλες εξέχουσες γυναίκες ανέβαζαν τη νοσηλευτική σε επίπεδα πνευματικά, μακριά από επιστημονική έρευνα και υλικές απαιτήσεις. Η νοσηλευτική, αποστολή αγάπης στο συνάνθρωπο έμεινε πίσω, από επιστημονική και επαγγελματική άποψη. Μόλις την τελευταία 30ετία άρχισε να γενικεύεται η ανάγκη για επιστημονική έρευνα και να διαχωρίζεται από την ιατρική προσπαθώντας να φθάσει σε κάποια προηγμένα επίπεδα επιστημονικά. Άργησε πολύ να διαχωριστεί από τον πρόνοια. Αν έγινε αυτό ποτέ. Από επαγγελματικής πλευράς η καθυστέρηση υπήρξε γενικά πολύ μεγάλη.

Δεν θα πρέπει επομένως να μας ξενίζει το γεγονός, ότι γιατροί έχουν πλήρη επαγγελματική και επιστημονική κατοχύρωση ενώ η νοσηλευτική ακόμη παλεύει να

βρει τη θέση της ανάμεσα στις επιστήμες αλλά και στα κατοχυρωμένα επαγγέλματα υγείας.

Ο ιατρικός κλάδος χρησιμοποίησε πλήρως στην ανάπτυξη του, το γυναικείο νοσηλευτικό κλάδο και επωφελήθηκε τα μέγιστα από τη φιλοσοφία και την επαγγελματική ηθική του. Πιστεύουμε, ότι το παραδέχονται οι συνεργάτες ιατροί. Και αν όπως είπαμε υπάρχουν, κατοχυρώσεις επαγγελματικές με νόμους, διεθνώς και στη χώρα μας, που δεν εφαρμόστηκαν ποτέ, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ριζωμένο βαθιά στη συνείδηση των ιατρών και του κόσμου σαν βοηθητικό επάγγελμα. Ο ιατρός εξακολουθεί στα πάντα να θεωρεί σαν βοηθητικό του προσωπικό τους νοσηλευτές και νοσοκόμους. Είναι μια νοοτροπία αιώνων που δεν συμβιβάζεται με την φιλοσοφία και την ανάπτυξη που πραγματοποίησε το νοσηλευτικό επάγγελμα μεμονωμένα, και όχι μόνο χωρίς τη βοήθεια, αλλά συχνά με την αντίδραση των συνεργατών του ιατρών .

Ο νοσηλευτής -νοσοκόμος είναι «*βοηθός του έχοντος ανάγκη ανθρώπου*».

Ας δούμε όμως πού έχουμε προβλήματα με τους ιατρούς. Στη νοσηλευτική άσκηση επαγγέλματος -αυτοαπασχόληση και υπαλληλική άσκηση -εκτελούνται από τους νοσηλευτές και βοηθούς πράξεις συγκεκριμένες του θεραπευτικού προγράμματος, που ενώ ανήκουν στις ιατρικές πράξεις δεν διανοείται κανείς ότι θα τις εκτελεί κατ' επάγγελμα ο ιατρός, αλλά ο νοσηλευτής, νοσοκόμος. Ωστόσο αυτές οι πράξεις δεν κατοχυρώνονται στο νοσηλευτή-νοσοκόμο αν και εκτελούνται συστηματικά από αυτόν. Τίθεται επομένως το ερώτημα για παράνομη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος;

Για παράδειγμα στα καθήκοντα και στις υποχρεώσεις των νοσηλευτών είναι:

- Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας, να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Η σκόπιμη ασάφεια που υπάρχει σε αυτή τη διάταξη καλύπτει ακριβώς την περίπτωση την οποία έχουμε αναφερθεί παραπάνω για τις ιατρικές πράξεις-παράνομη άσκηση ιατρικού επαγγέλματος κ.λ.π.

- Αι αδελφαί νοσοκόμαι και επισκέπτριαι αδελφαί οφείλουσιν να περιορίζονται κατά την εξάσκησι του επαγγέλματος αυτών εις την εφαρμογήν των θεραπευτικών μέσων και παροχήν των βοηθειών ως ταύτα εδιδάχθησαν εν ταις οικείαις σχολές (αφορά σαφώς το ανώτερο επίπεδο, αφήνει την ευθύνη στις σχολές για να διδάξουν το ελεγχόμενο αναλυτικό πρόγραμμα).

Εκ των προτέρων λέμε, ότι στην πρακτική άσκηση οι σπουδάστριες διδάσκονταν πάντα να εκτελούν πολύ περισσότερα π.χ. φλεβοκεντήσεις κ.λ.π.

Η Πολιτεία θέτει στη διάθεση του ιατρικού σώματος ένα συνεργάτη επίσημα ικανό να εκτελέσει πράξεις ασφαλώς ιατρικές, κατά την κρίση πάντοτε των υπευθύνων ιατρών, χωρίς ούτε να αναφέρονται αυτές οι πράξεις ούτε να δίνεται στο νοσηλευτή δικαίωμα να τις εκτελέσει υπεύθυνα. Εδώ θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι οι ιατροί έχουν κατοχυρωμένες με τη νομολογία όλες τις πράξεις που ορίζονται σαν διαγνωστικές και θεραπευτικές. Και με π. δ/γμα επισημοποιούν πίνα- κα άνω των 1000 ιατρικών πράξεων, με τις αμοιβές κατά πράξη (η τελευταία προσαρμογή του πίνακα αυτού έγινε με το π. δ/γμα 161/90 ΦΕΚ 159Α/10-4-90). Αναμένεται κι άλλη συμπλήρωση.

Μέσα στον πίνακα των ιατρικών πράξεων συμπεριλαμβάνονται και όλες οι πράξεις υψηλής νοσηλείας που παραδοσιακά ανήκουν στη νοσηλευτική, νοσηλείες που εκτελούνται από νοσηλευτές, νοσοκόμους, αλλά και κάθε εμπειρικό με αμοιβή μη νομιμοποιημένη αλλά αποζημιώσιμη από τις ασφαλίσεις π.χ. ενέσεις, οροί, αλλαγές, εμβόλια κ.λ.π. Αυτές οι πράξεις θα πρέπει να νομιμοποιηθούν μέσα σε συλλογικές συμβάσεις όπως γίνεται σε άλλες χώρες.

Οι νοσηλευτές -νοσοκόμοι μαθαίνουν όσα μπορούν περισσότερα για να καλύπτουν Α' βοήθεια, να μπορούν να συμμετέχουν, άτυπα, στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των ιατρών. Μπορούν να εκτελέσουν όλες τις θεραπείες αλλά δεν μπορούν να αποφασίσουν για τις θεραπείες.

Εκχώρηση αρμοδιοτήτων, παραχώρηση κ.λ.π. από τους ιατρούς μέσα στα ιδρύματα είναι συνηθέστατη κατάσταση.

Στην αυτοπασχόληση, στον ιδιωτικό τομέα, εκεί, όποιος θέλει, κάνει ό,τι θέλει και κανένας δεν επεμβαίνει και δεν ελέγχει την κατάσταση.

Το παρανοσηλευτικό κύκλωμα που έχει αναπτυχθεί στο χώρο της νοσηλείας στο σπίτι αλλά και στα ιδιωτικά προνοιακά ιδρύματα με τους χρόνια πάσχοντες, τους ηλικιωμένους κ.λ.π. είναι απίστευτα μεγάλο. Η Πολιτεία δεν σώζει την κατάσταση όταν ασχολείται με την αναβάθμιση των πτυχιούχων κ.λ.π. και φέρεται να αγνοεί ό,τι γίνεται με τους πρακτικούς.

Το επάγγελμα επομένως του νοσηλευτή-νοσοκόμου ουσία είναι ακατοχύρωτο. Ακόμη και στα κρατικά ιδρύματα διορίζονται -μέχρι και σήμερα- ανειδίκευτα πρόσωπα, λόγω «αναγκών» και η ίδια κατάσταση αναπαράγεται για 25-30 χρόνια. Γίνονται πάντως κάποιες προσπάθειες αλλά το πρόβλημα είναι τεράστιο. Κυρίως προσπάθειες εκπαίδευσης με κοινοτικές (ευρωπαϊκές) ενισχύσεις.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει χρησιμοποιηθεί κατ' επανάληψη για την αντιμετώπιση της ανεργίας των ανειδίκευτων, γυναικών κυρίως, για την εξυπηρέτηση κομματικών συμφερόντων κ.λ.π. Ποια λοιπόν δεοντολογία και ποια νομοθεσία περί τα έργα του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να εφαρμοσθεί; και ποια όρια μπορούν να γίνονται σεβαστά, όταν έχουμε μια εκ προοιμίου απαράδεκτη κατάσταση;

Όλοι όσοι έτυχε να βρεθούν υπάλληλοι στα νοσοκομεία πτυχιούχοι και μη εκτελούν τα ίδια έργα.

Και οι διατάξεις του ν.δ. 683/48 ως προς την δεοντολογία και τα έργα δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ούτε μέσα ούτε έξω από τα νοσοκομεία.¹⁸

Τα όρια της εξειδίκευσης, οι αρμοδιότητες και δικαιώματα και το μέγεθος της ευθύνης που έχει κάθε συνεργαζόμενος κλάδος υγείας για τον κοινό σκοπό, έφθασε η εποχή που πρέπει να νομοθετούνται, σε γενικές γραμμές πάντοτε. Άλλως, δεν ωφελεί να νομοθετούνται μεμονωμένα γιατί απλούστατα δεν γίνεται τις περισσότερες φορές αποδεκτή η νομοθεσία από μέρος ή από όλους τους συνεργαζόμενους. Γνωστές οι επαγγελματικές διαμάχες μεταξύ συγκεκριμένων -λεγόμενων τεχνικών -κλάδων . Οι κλάδοι υγείας οφείλουν να καθίσουν στο ίδιο τραπέζι και να συζητήσουν για να βρουν τις λύσεις στα προβλήματα που παρουσιάζονται. Είναι ο λόγος για τον οποίο,

πιστεύουμε ότι ο ιατρικός και νοσηλευτικός κλάδος απολύτως απαραίτητοι και αλληλοσυμπληρούμενοι έπρεπε να σπουδάζουν μαζί στον ίδιο χώρο, να αλληλογνωρίζονται από τις σπουδές ακόμα, να βρουν τα όριά τους και τις ευθύνες τους. Αβίαστα και άνετα το αίτημα για Παν/κή Νοσηλευτική εκπαίδευση μπορεί να διατυπώνεται και από τους δύο βασικούς αυτούς κλάδους του χώρου υπηρεσιών

υγείας. Όσο για τα δικαιώματα των πτυχιούχων νοσηλευτών και αυτά έπρεπε πριν γίνουν οποιεσδήποτε κλαδικές νοσηλευτικές εισηγήσεις να έχουν συζητηθεί και αποφασισθεί μεταξύ των επαγγελματικών φορέων, ιατρών και νοσηλευτών.

Για να αναπτυχθεί το νοσηλευτικό επάγγελμα στις σωστές του διαστάσεις που απαιτούνται στη σημερινή εποχή, πρέπει να το θέλουν και να το προωθήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα από κοινού. Αυτό έχει γίνει πράξη σε άλλες χώρες αλλά δεν φαίνεται ακόμη ότι έχει γίνει καν κατανοητό στη χώρα μας. Πρέπει να αντιμετωπισθεί η κατάσταση του νοσηλευτικού εμπειρισμού και να εφαρμοσθούν η εθνική και η διεθνής νομοθεσία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Το «μοντέλο» του νοσοκόμου που αναπτύχθηκε με την ανοχή όλων μας (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνία) εκτός του ότι απομακρύνει από το επάγγελμα ικανότατους νοσηλευτές-τριες, υποβαθμίζει τη νοσηλεία γενικά και δημιουργεί κλίμα ευρύτερα αντι-υγειονομικό.²⁷

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ένα φαινόμενο που πάντα προβληματίζε ιατρούς νοσηλευτές και ασθενείς είναι η εμφάνιση λαθών στα επαγγέλματα υγείας. Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο απασχολεί διοικούντες και προσωπικό η μείωση και εξάλειψή τους. Στην παραπάνω εργασία αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν οι παράγοντες που οδηγούν σε νοσηλευτικά λάθη τα οποία έχουν κάποιες επιδράσεις όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους νοσηλευτές.

Στις περισσότερες περιπτώσεις λάθους οι νοσηλευτές αγχώνονται συναισθηματικά. Σημειώνονται δύο χαρακτηριστικοί τύποι συναισθηματικής αντίδρασης, η εσωτερική και η εξωτερική.²⁸ Με την εσωτερική αντίδραση ο νοσηλευτής νιώθει θυμωμένος με τον εαυτό του ένοχος και ανεπαρκής. Όταν αντιδρά με αυτό τον τρόπο σημαίνει ότι δέχεται την ευθύνη του σφάλματος του, το οποίο οδηγεί σε εποικοδομητικές αλλαγές στην πρακτική.

Με την εξωτερική αντίδραση, ο νοσηλευτής νοιώθει θυμωμένος με τους άλλους και φοβάται τον αντίκτυπο. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσει αμυντικές αλλαγές, με συνέπεια να έχει λιγότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να γίνει πιο αγχώδης στη δουλειά του.

Εάν αυτές οι αντιδράσεις δεν αναγνωρισθούν και δεν αντιμετωπισθούν σωστά, ίσως επηρεάσουν την εμπιστοσύνη στη κρίση του και εμποδίσουν τη μάθηση. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα αυτοί οι νοσηλευτές να κάνουν και άλλο λάθος από τη στιγμή που βρίσκονται σε τέτοια ψυχική διάθεση.^{28,29}

Μετά από ένα λάθος οι περισσότεροι αισθάνονται την ανάγκη υποστήριξης. Οι πιο πολλοί στρέφονται προς τους συναδέλφους τους, ενώ ελάχιστοι πηγαίνουν στους προϊσταμένους τους.³⁰

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών παραδέχεται ότι έχει κάνει κάποιες αλλαγές στην πρακτική, μετά από ένα λάθος. Η υιοθέτηση εποικοδομητικών αλλαγών έχει ως αποτέλεσμα να παρέχεται πιο ασφαλής φροντίδα. Γι' αυτό πρέπει να ενθαρρύνονται, να δέχονται την ευθύνη του λάθους τους χωρίς να υπάρχει φόβος αλληλοκατηγορίας.³¹

Η ενθάρρυνσή του προσωπικού να συζητά το λάθος, ίσως προλαμβάνει την ανάγκη τους να προσπαθήσουν να αποστασιοποιηθούν από αυτό και να μην το αναφέρουν .

Η αναφορά του λάθους μπορεί να μην αλλάζει άμεσα την πιθανότητα να επαναληφθεί, ίσως όμως λειτουργήσει ως θετικός παράγοντας για τους άλλους, ώστε να μην κάνουν το ίδιο σφάλμα. Πρέπει να γίνει προσπάθεια να ανακαλύψουμε τις θετικές επιδράσεις που μπορεί να έχει η κριτική. Η κριτική μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη εάν λειτουργήσει ως ανατροφοδότηση πληροφοριών και γνώσεων.⁵

Καθώς τα λάθη μπορεί να έχουν βλαπτικές επιπτώσεις στους ασθενείς, είναι σημαντικό να γίνουν προσπάθειες μείωσης της συχνότητας και της σοβαρότητάς τους.

Πρώτον μπορεί να προωθηθεί η μάθηση από τον ένα συνάδελφο στον άλλο.

Δεύτερον να απομακρυνθεί η απροθυμία του προσωπικού να παραδεχθεί ότι δεν γνωρίζουν κάτι. Ο συμμερισμός των εμπειριών, των γνώσεων και των δεξιοτήτων καθώς και το γεγονός ότι δουλεύει σε ένα περιβάλλον που τον υποστηρίζει, μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τρίτον ένα μέτρο που χρειάζεται εξέταση είναι ο εκσυγχρονισμός των γνώσεων και δεξιοτήτων.^{32,30}

Καθώς η αυγή του 21^{ου} αιώνα χαράζει, είναι επιθυμητό η νοσηλευτική να προσεγγίσει από διαφορετική οπτική γωνία τις μέχρι τώρα θέσεις της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή αναφέρονται οι σπουδαιότεροι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών. Συγκεκριμένα η υπερφόρτωση εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής, γνώσεων των ευθυνών, εμπειρίας, ελέγχου στην ποιότητα φροντίδας και κατοχύρωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, καθώς και οι εργασιακές σχέσεις, αναφέρονται ως οι κύριοι παράγοντες των οποίων η ύπαρξη επηρεάζει την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στις υπηρεσίες υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος, πως πρέπει να λειτουργεί κάθε επαγγελματίας και το σύστημα υγείας που έρχεται σε επαφή με τον πάσχοντα άνθρωπο ώστε να αποφευχθούν τα λάθη και να προάγουμε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η σημαντικότητα του προβλήματος των νοσηλευτικών λαθών αφορά τόσο τους ίδιους τους ασθενείς, αφού ο κίνδυνος που διατρέχει η υγεία τους από αυτά πολλές φορές είναι θανατηφόρος, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό στο οποίο επικρατεί άγχος για ποινικές κυρώσεις και συναισθηματική απογοήτευση.

Δυστυχώς παρά τις ραγδαίες εξελίξεις της νοσηλευτικής και των συστημάτων υγείας το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών παραμένει το ίδιο σημαντικό όπως και στο παρελθόν.

Επομένως στόχος της νοσηλευτικής είναι η διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας που αποτελεί αδιαφιλονίκητη επιδίωξη όλων.

OVERVIEW

In this paper the major factors which contribute in the occurrence of errors in nursing practice are mentioned. Specifically the job overload, the lack of personnel, of material and technical structure, of knowledge, of responsibility awareness, of experience, of care quality control and of the consolidation of the nurse occupation, as such the work association, are reported as the major factors the existence of which affects the occurrence of errors in nursing practice.

There is also emphasis on the ways used to face the problem, on the way a professional and the whole health system, which is in contact with the patient, must operate so that to avoid errors and promote the quality of nursing care.

The importance of the nursing errors problem is related so with the patients, as long as the danger for their health concerning the errors may become mortal, as with the nursing personnel which is anxious about penal sanctions and sentimental disappointment.

Unfortunately, in spite of the rapid development of nursing and health systems, the problem of errors in nursing practice remains as important as it was in the past.

Therefore the target of nursing is the quality reservation in health systems which is everybody's unquestionable objective.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Λανάρα Α. Βασιλική**, *Ηρωισμός και Νοσηλευτική Φιλοσοφική Διάσταση*, ΈΒ έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 1996, σ. 25-46.
2. **Κουρκούτα Λαμπρινή και συνεργάτες**, *Νεότερες Αντιλήψεις για τη Νοσηλευτική*, 26^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σ. 166-169.
3. **Σαχίνη Άννα, Πάνου Μαρία**, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος 1, Έκδοση 13, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σ. 1.
4. **Χαραλαμπίδου Ελισάβετ**, *Νέο Ξεκίνημα για τη Νοσηλευτική*, Νοσηλευτική, Τόμος 39, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, σ. 114-118.
5. **Senders J.W. , Moray N.P. ,** *Human Error: Cause Prediction and Reduction*, Lewrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey 1991, σ. 125-137.
6. **Hibberd Judith, Norris Judy**, *Striving for Safety: Experience of Nurses in a Hospital Under Siege*, Journal of Advanced Nursing 17, 1992, σ. 487-495.
7. **Αδαλή Ευαγγελία, Λεμονίδου Χρυσούλα**, *Παράγοντες που Συμβάλλουν στην Εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών*, Νοσηλευτική, Τόμος 40, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2001, σ. 15-20
8. **Χαραλαμπίκη Σοφία και συνεργάτες**, *Εργασιακή Ένταση και Νοσηλευτική*, Νοσηλευτική παρέμβαση, Έτος Ά, Αριθμός φύλλου 1, Ιούνιος 2000, σ. 6.
9. **Αδαλή Ευαγγελία**, *Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών, Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες*, Νοσηλευτική, Τόμος 39, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2000, σ. 293-296.
10. **Αδαλή Ευαγγελία και συνεργάτες**, *Επίδραση Δημογραφικών και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών στην Εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης*, Νοσηλευτική, Τόμος 39, Τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2000, σ. 320.

11. **Μαργαριτίδου Βάσω**, *Ανθρώπινοι Πόροι στην Υγεία-Νοσηλευτικό Προσωπικό*, Νοσηλευτική παρέμβαση, Έτος Α, Αριθμός φύλλου 5, Νοέμβριος 2000, σ.2.
12. **Ραγιά Χρ. Α.**, *Βασική Νοσηλευτική*, Αθήνα 1987, σ. 32-33, 74, 146-153, 364-374.
13. **Χατζηπαύλου Αλέξανδρος**, *Πόσο Φταίει ο Ιατρός για τα Λάθη του;*, Ε Ιατρικά, Τεύχος 10, 14 Μαΐου 2002, σ. 15-22.
14. **Σιώμου Ευαγγελία, Διαμαντή Παρασκευή**, *Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στη Διαδικασία Προμηθειών Νοσοκομείου*, 26^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Κέρκυρα, 25-27 Μαΐου 1999, σ. 384-388.
15. **Καρνέτση Κυριακή, Ευμοιρίδης Κωνσταντίνος**, *Διασφάλιση Ποιότητας στις Προμήθειες Αναλώσιμου Υλικού και Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού στα Νοσοκομεία*, 29^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Ιωάννινα, 13-16 Μαΐου 2002.
16. **Λανάρα Βασιλική Ανδρ.**, *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Έκδοση ΣΤ', Αθήνα 1999, σ. 134-137, 404, 405
17. **Καλαβρουζιώτης Γεώργιος**, *Νοσηλευτική Βοήθεια-Εισαγωγή στη Γενική Νοσηλευτική*, Έκδοση 7^η, Τόμος 1, σ.26-27.
18. **Ρούσου Ν.**, *Νομοθεσία*, Αθήνα 1999, σ. 129-151
19. **Λεμονίδου Χ. και συνεργάτες**, *Ηθικά Θέματα στη Νοσηλευτική: Πιλοτική Μελέτη*, Νοσηλευτική, Τόμος 40, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2001, σ. 92-101.
20. **Λαχανά Σοφία**, *Η Σχέση Μεταξύ Θεωρίας, Έρευνας και Πράξης στη Νοσηλευτική, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση*, Νοσηλευτική, Τόμος 40, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2001, σ. 26-31.
21. **Keogh J.**, *Professionalization of Nursing: development, difficulties and solutions*, Journal of Advanced Nursing 25, 1997, σ. 302-308.
22. **Σκαλιάρη Ιωάννα**, *Συμπεράσματα-Προτάσεις 27^{ου} Νοσηλευτικού Συνεδρίου Ερέτρια 23-25 Μαΐου 2000*, Νοσηλευτική, Τόμος 39, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2000, σ. 120-121.

23. **Σουρτζη Παναγιώτα**, *Δημόσια Υγεία και Νοσηλευτική, πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης για νοσηλευτές*, Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ, Τεύχος 62-63, Ιούλιος-Αύγουστος 2001, σ. 4.
24. **Χαραλαμπίδου Ε. , Παπαδαντωνάκη Α. ,** *Ενιαία Νοσηλευτική Εκπαίδευση*, Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΔΝΕ, Τεύχος 56, Ιανουάριος 2001, σ. 3.
25. **Ραφτόπουλος Βασίλειος, Ελένη Θεοδοσοπούλου,** *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Νοσηλευτική, Τόμος 40, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 2001, σ. 12-20.
26. **Χατζοπούλου Μαρία,** *Διασφάλιση Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*, 29^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Ιωάννινα, 13-16 Μαΐου 2002.
27. **Ρούσου Χ. Ν. ,** *Νομοθεσία, Υγειονομική, Νοσηλευτική Επαγγελματική*, Εκδόσεις ZYMELL, Αθήνα 1990, σ. 101-102.
28. **Meurier C. E. and co,** *Nurses Responses to Severity Dependent Errors : a study of the causal attributions made by nurses following an error*, Journal of Advanced Nursing 27, 1998, σ. 349-354.
29. **Bardwell Rebecca,** *Attributions theory and Behaviour Change: ideas for nursing settings*, 25 (3), 1986, σ. 122-124.
30. **Meurier C. E. and co,** *Learning from Errors in Nursing Practice*, Journal of Advanced Nursing 26, 1998, σ. 111-119.
31. **Wu et al,** *Do House Officers Learn from their Mistakes? ,* JAMA 265 (16), 1991, σ. 2089-2094.
32. **United Kingdom Council for Nurses, Midwives and Health Visitors,** Prep and you UKCC, London 1991.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρών ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Απευθύνεται σε όσους σπουδάζουν και ασκούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη. Σκοπός της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών και με ποιο τρόπο επηρεάζουν τα λάθη τη φροντίδα των ασθενών. Απώτερος σκοπός της έρευνας είναι η ανάπτυξη και εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης.
(τα στοιχεία είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων)

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πόλη:

Νοσηλευτικό Ίδρυμα:.....

Κλινική:.....

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία 20-30 30-40 40-50 >50

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος /η Έγγαμος /η Διαζευγμένος /η

Αριθμός παιδιών: 1 2 3 >4

Βαθμίδα εκπαίδευσης: Δ.Ε. Τ.Ε. Π.Ε.

Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό Νοσηλευτική Ειδικότητα

Άλλο.....

Ετη Υπηρεσίας: 0-5 5-10 10-15 15-20 >25

Θέση εργασίας: Νοσοκόμος /α Νοσηλεύτης /τρια Υπεύθυνος /η

Προϊστάμενος /η Άλλο.....

Ωράριο Εργασίας: Πρωινό Απογευματινό Βραδινό Κυκλικό

B. ΕΙΔΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερώτηση 1: *Πόσα λάθη κάνετε σε χρονικό διάστημα ενός μήνα;*

- Κανένα..... 1
- 1 – 5 λάθη..... 1
- 5 – 10 λάθη..... 1
- 10 και περισσότερα..... 1

Ερώτηση 2: *Πόσο αυτά τα λάθη είναι σοβαρά και κατά πόσο επηρεάζουν την μετέπειτα εξέλιξη της υγείας του ασθενούς;*

- Καθόλου σοβαρά, δεν επηρεάζουν την υγεία του ασθενούς..... 1
- Λίγο σοβαρά, δεν χρειάζεται ιδιαίτερη ιατρική περίθαλψη για να ξεπεραστούν..... 1
- Αρκετά σοβαρά, χρειάζεται επιπλέον περίθαλψη για να αντιμετωπιστούν 1
- Πολύ σοβαρά, η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη..... 1

Ερώτηση 3: *Που πιστεύετε ότι οφείλεται η πλειοψηφία των λαθών που συμβαίνουν στα νοσοκομεία σήμερα;*

- Στην έλλειψη εμπειρίας πάνω στις εκάστοτε νοσηλείες..... 1
- Στην έλλειψη επίβλεψης από πιο έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό..... 1
- Στην υπερφόρτωση εργασίας..... 1
- Σε λάθος κρίση την κρίσιμη στιγμή..... 1
- Άλλο.....

Ερώτηση 4: Ποια εποικοδομητική αλλαγή πιστεύετε ότι επιφέρει ένα λάθος στον τρόπο εργασίας ενός νοσηλευτή;

- Δίνει περισσότερη προσοχή στη λεπτομέρεια..... 1
- Διαβάζει πιο προσεκτικά τα διαγράμματα και το φάκελο των ασθενών..... 1
- Ζητά συμβουλές και ρωτά τους συναδέλφους του τι θα έκαναν σε αντίστοιχη περίπτωση..... 1
- Κρατά καλύτερο ιστορικό των ασθενών..... 1
- Άλλο.....

Ερώτηση 5: Ποια αμυντική αλλαγή πιστεύετε ότι επιφέρει ένα λάθος στον τρόπο εργασίας ενός νοσηλευτή;

- Ανησυχεί περισσότερο..... 1
- Κρατά το λάθος για τον εαυτό του..... 1
- Αισθάνεται λιγότερη αυτοπεποίθηση στη δουλειά του..... 1
- Εμπιστεύεται λιγότερο τους άλλους..... 1
- Άλλο.....

Ερώτηση 6: Ποιο θεωρείτε κυριότερο παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών;

- Προβλήματα στο χώρο εργασίας..... 1
- Ανευθυνότητα των νοσηλευτών..... 1
- Ανεπαρκής εκπαίδευση των νοσηλευτών..... 1
- Έλλειψη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας..... 1
- Έλλειψη επαγγελματικής κατοχύρωσης..... 1

Ερώτηση 7: Κατά πόσο πιστεύετε πως οι γνώσεις του εκπαιδευτικού ιδρύματος από το οποίο αποφοιτήσατε είναι καθοριστικές για την αποφυγή λαθών;

- Πάρα πολύ..... 1
- Αρκετά..... 1
- Λίγο..... 1
- Καθόλου..... 1

Ερώτηση 8: Η έλλειψη επαγγελματικής κατοχύρωσης πόσο θεωρείτε πως επηρεάζει το νοσηλευτή στην καθημερινή ανταπόκριση στα καθήκοντα του;

- Πάρα πολύ..... 1
- Αρκετά..... 1
- Λίγο..... 1
- Καθόλου..... 1

Ερώτηση 9: Θεωρείτε την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή επαρκή για τις ανάγκες μιας πλήρους νοσηλείας;

- Ναι..... 1
- Όχι..... 1

Ερώτηση 10: Με ποιο τρόπο πιστεύετε πως τα νοσηλευτικά λάθη θα μειωθούν;

- Να δοθούν οικονομικά κίνητρα..... 1
- Να υπάρχει διαρκής μετεκπαίδευση των νοσηλευτών για εκσυγχρονισμό των γνώσεων και δεξιοτήτων..... 1
- Να γίνεται εποικοδομητική κριτική με δελτία αξιολόγησης προσωπικού..... 1
- Να υπάρξει πληρέστερη νομική κάλυψη στα πρότυπα της διεθνούς νομοθεσίας..... 1

- Άλλο.....

Ερώτηση 11: *Θεωρείτε πως αρκετοί νοσηλευτές σήμερα είναι ανεύθυνοι και δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα του επαγγέλματός τους;*

- Ναι, οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι ανεύθυνοι..... 1
- Ορισμένοι νοσηλευτές είναι ανεύθυνοι..... 1
- Όχι, κανένας νοσηλευτής δεν είναι ανεύθυνος..... 1

Ερώτηση 12: *Κατά πόσο υπάρχει συνευθύνη ιατρών νοσηλευτών στα λάθη που αποδίδονται σε νοσηλευτές;*

- Πάρα πολύ μεγάλη..... 1
- Αρκετή..... 1
- Λίγη..... 1
- Καθόλου..... 1

ΕΡΕΥΝΕΣ

Αίτιο	Αριθμός	Ποσοστό %
<i>Έλλειψη εμπειρίας</i>		
Ανεξοικείωτοι με τη διαδικασία	26	21.1
Έλλειψη κατάλληλης πληροφόρησης	51	42.1
<i>Έλλειψη επίβλεψης</i>		
Αν και ήμουν υπεύθυνος κάποιος άλλος έκανε το λάθος	39	31.2
Επίβλεψη από ανώτερο προσωπικό ήταν ανεπαρκής	33	26.4
<i>Υπερφόρτωση εργασίας</i>		
Το ότι είχα τόσα πολλά να κάνω μου απέσπασε την προσοχή	83	65.9
<i>Λάθος κρίση</i>		
Αποφάσισα πολύ γρήγορα	47	37.6

Αίτια λαθών που παραδέχτηκαν από νοσηλευτές

Τύποι αλλαγών	Αριθμός	Ποσοστό %
<i>Εποικοδομητικές αλλαγές</i>		
Δίνουν περισσότερη προσοχή στη λεπτομέρεια	108	84.7
Διαβάζουν πιο προσεκτικά τα διαγράμματα και το φάκελο των ασθενών	67	53,6
Ζητούν συμβουλές	61	48.8
Ρωτούν τους συναδέλφους τους τι θα έκαναν σε αντίστοιχη περίπτωση	64	51.2
Κρατούν καλύτερο ιστορικό των ασθενών	68	51.5
<i>Αμυντικές αλλαγές</i>		
Ανησυχούν περισσότερο	45	35.7
Κρατούν το λάθος για τον εαυτό τους	22	17.5
Αισθάνονται λιγότερη αυτοπεποίθηση στη δουλειά τους	27	51.8
Εμπιστεύονται λιγότερο τους άλλους	43	34.4

Αλλαγές στον τρόπο νοσηλείας μετά από νοσηλευτικά λάθη

Σημείωση: Οι έρευνες έγιναν σε σύνολο 175 νοσηλευτών εκ των οποίων οι 75 ήταν μόνιμο προσωπικό και οι 100, βοηθητικό προσωπικό. Η νοσηλευτική εμπειρία των νοσηλευτών κυμαινόταν από 6 μήνες ως 25 χρόνια και το 91% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες.

Ανταπόκριση στα λάθη

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών είχε την συναισθηματική καταπόνηση σαν ανταπόκριση στα λάθη τους. Το 73% (94) των περιπτώσεων των νοσηλευτών ένιωθαν θυμωμένοι με τον εαυτό τους. Το 42% (54) ένιωθαν θυμωμένοι με τους άλλους ανθρώπους. Αισθήματα ανεπάρκειας αναφέρθηκαν από το 46% των νοσηλευτών. Το 37% ένιωσε φόβο για τις επιπτώσεις του λάθους ενώ το 66% δήλωσε πως είχε ενοχές. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην έρευνα αυτή, ένιωσε την ανάγκη να συζητήσει τα λάθη του με άλλους, ιδιαίτερα με τους συναδέλφους τους (66%) και τον προϊστάμενο του τμήματος.

Συνέπειες των νοσηλευτικών λαθών για τους ασθενείς

Το 64% των νοσηλευτών (81) ανέφεραν ότι το λάθος τους είχε κάποιες συνέπειες για τους ασθενείς. Το υπόλοιπο 36% (44) δεν είχε καμία συνέπεια. Από αυτούς τους νοσηλευτές-τριες που παραδέχτηκαν ότι τα λάθη τους επηρέασαν τους ασθενείς τους, το 28% (36) ανέφεραν ότι το λάθος τους είχε ήπια αποτελέσματα στην υγεία τους. Το 23 % (30) και το 13% (15) δήλωσαν πως τα αποτελέσματα ήταν μέτρια και σοβαρά, αντίστοιχα. Πριν το λάθος σχεδόν οι μισοί ασθενείς (48%) δεν είχαν κανένα πρόβλημα και απαιτούσαν ένα ελάχιστο επίπεδο φροντίδας. Το 20% (26) είχαν ήπια ενώ το 16% (21) και το 15% (20) είχαν μέτρια και σοβαρά προβλήματα υγείας πριν το λάθος.

Σημείωση: Οι έρευνες έγιναν σε σύνολο 175 νοσηλευτών εκ των οποίων οι 75 ήταν μόνιμο προσωπικό και οι 100, βοηθητικό προσωπικό. Η νοσηλευτική εμπειρία των νοσηλευτών κυμαινόταν από 6 μήνες ως 25 χρόνια και το 91% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες.

ΑΡΘΡΑ

28ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ «ΛΗΜΝΟΣ 3-5 ΜΑΪΟΥ 2001»

«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αφιρτικό υψι της Λήμνι επιλέχθηκε από τον ΕΕΣΝΕ ως τόπος διεξογμής του 28ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου.

Η επιλογή έγινε για δύο λόγους. Γράσαν για να υποστηρηθεί η Ελληνική μεθόριος και δεύτερον να αναδειχθεί η προσφορά της τοπικής κοινότητας και των συνδέοφων νοσηλευτών και υψισι στην καθημερινή κλινική πράξη. Κέντρα και περιφερεια συνδιοργανώσανε αγαστά με κοινό σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και την αναβάθμιση της νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος του Έλληνα ασθενή.

Το Συνέδριο υφρανήθηκε με απόλυτη επιτυχία παρά τις κάποιες αντιξοότητες, οι οποίες επέλεγει ξεπεράστηκαν. Η συμμετοχή των συνέδρων, από όλα τα μέρη της Ελλάδας και την Κύπρο, έφτασε τους 1.600 εκ των οποίων αξιοσημείωτος ήταν ο αριθμός των φοιτητών και σπουδαστών Νοσηλευτικής.

Το επιστημονικό μέρος Συνεδρίου περιελάμβανε: δύο βι στρατηγικά προαέξια, τρία βι θεωρητικά συμπίοια, τέσσερα βι κλινικά φροντιστήρια, τρία βι διαλέξεις, σκατών πρώτα 1180 ελεύθερες ανακοινώσεις, και πέντα 150 ενοχίες εκθέματα. Για πρώτη φορά ο κύριος άξος των εργασιών αποτέλεται από κλινικές ενοχίες αραιμένες από τις οποίες σχεδίασαν και διεξέογαν νέα νοσηλευτικά γεγονότα ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα για το μέλλον της νοσηλευτικής στη χώρα μας. Οι εκπαιγτές κάλυψαν ευρύ φάσμα αντικειμένων και όλες σχεδόν τις ειδικότητες της νοσηλευτικής επιστήμης. Είναι επίσης σημαντικό ότι στο πλαίσιο του Συνεδρίου παρουσιάστηκαν δύο βι νοσηλευτικές θεωρίες, το «Ολιστικό Ενωσιακό Μοντέλο για την ανάπτυξη και τη διαοργη της Νοσηλευτικής Επιστήμης» και η «Κινηματική της Νοσηλευτικής».

Χαρακτηριστικό του σκεπτικού συνεδρίου ήταν το θεωρητικό συμπίοιο, που παρουσίασαν την **τεχνητή διατροφή στην κατ' οίκον νοσηλεία, τις διατροπαχές του ύπνου και θέματα της σύγχρονης ογκολογικής νοσηλευτικής**. Το κλινικό φροντιστήριο της καρδιοαναοημιακής αναοργάνωσης και της προνοσοκομειακής αντιμετώπισης σπληνιτών, έδωσαν τη δυνατότητα, σε όσους τα παρακολούθησαν, να αναπτύξουν δεξιότητες στα συγκεκριμένα αντικείμενα.

Η εναρκτήρια τελετή έγινε παρουσία των πολιτικών και εκκλησιαστικών αρχών του υψισιού καθώς και πλόζους κόσμου. Την επίσημη εμιλία έκανε ο συγγραφέας - καθηγητής Ο. Μπελιτσός με θέμα «Η Λήμνος στα όπλα των σάνων».

Η εμφάνιση στο θέματα της Νοσηλευτικής στο πρώτο μέρος του Συνεδρίου και η ανταλλαγή της βιωμένης εμπειρίας οδήγησε στα παρακάτω:

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας σε βιθικά επίπεδα είναι αναγκαία και προτεραιότητα.

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού παραμένει ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του υγειονομικού μας γάρη. Το πρόβλημα δεν κινείται με λύσεις έκτακτης ανάγκης όπως οι ενοχίες και 11 μήνες αμμόδεσης που σπλά ανακουφίζουν προσωρικά. Το προσωπικό που θα στελεχώσει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι μόνιμο, εκπαιδευμένο και επαρκές.
- Ο οργανισμό των νοσοκομείων χρειάζεται αναοργάνωση με βάση τα σύγχρονα δεδομένα.
- Η θεοσθέτηση παιδιαστέρων και συγκεκριμένων νοσηλευτικών ειδικοτήτων θα οδήγησει στην εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού και στην αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.
- Η συμμετοχή των νοσηλευτών στα κέντρα λήψης απόφασης κρίνεται απαραίτητη.
- Η νοσηλευτική πρέπει να πάρει τη θέση που της αξίζει ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας και οι αρμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι ανάλογες των ιστιών του ΕΣΥ.

Ένα χρόνο μετά την αγωγή της νέας κλειδιάς, η Νοσηλευτική επιστηπροσδιάρη τους στόχους της και οραματίστηκε βιθό, ένα καλύτερο σκίριο, με περισσότερη υγεία και λιγότερη σθένεια.

Για την Επιστημονική Επιτροπή
Ηρώ Μηρακαλή, Πρόεδρος
Μαρία Γκίκα, Αντιπρόεδρος

(Τα συμπεράσματα ορίστηκαν με διαβουσία στον Υπεύθυνο Υγείας)



Να σταματήσουν τα λόγια και με έργα να αποδείξουν οι υπεύθυνοι πως επιδιώκουν την ανάπτυξη των νοσοκομείων, επισήμαναν γιατροί και εργαζόμενοι

Μεγάλα λόγια

Εργαζόμενοι και γιατροί κατήγγειλαν το υπουργείο για τις ελλείψεις προσωπικού, καθώς κινδυνεύουν οι ασθενείς

γανικές κενές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και πάρα πολλές βοηθητικού, υγειονομικού και διοικητικού. Ακούτε καθημερινά εξαγγελίες μεγαλόστομες σε ό,τι έχει να κάνει με την ανάπτυξη των νοσοκομείων. Αυτά είναι ψέματα γιατί η βασική μας θέση είναι ότι εάν δεν προχωρήσει άμεσα το Υπουργείο και οι διοικήσεις των νοσοκομείων σε προσλήψειςμόνιμου προσωπικού, κανένα τμήμα του δικού μας τουλάχιστον νοσοκομείου δεν μπορεί να αναπτυχθεί» ανέφερε ο πρόεδρος του Π.Π.Ν.Π., Νίκος Τζουμερκιώτης.

Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου πραγματοποιούν σήμερα 4ωρη προειδοποιητική στάση εργασίας, ενώ όλοι οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στην 24ωρη Πανελλαδική απεργία που κήρυξε η ΑΔΕΔΥ.

Για το θέμα των νοσηλευτριών, ο εκπρόσωπος της ΔΑΚΕ Σωτήρης Καρβέλης, αποκάλυψε μια

σειρά εγγράφων της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Παρασκευής Ασκοτήρη, στην τ. Διοίκηση του νοσοκομείου και την Διοικητική Διεύθυνση, από την παρασμένη μάλιστα χρονιά. Σ' ένα από αυτά αναφέρεται ότι: « Η στελέχωση του Νοσοκομείου μας δεν μας επιτρέπει την κάλυψη όλων των βαρδιών με νοσηλεύτη, με αποτέλεσμα να υφίσταται κενό στη νοσηλεία του αρρώστου».

Η πρόεδρος του «Αγ. Ανδρέα» Νάνσυ Αγγελοκοπούλου, ερμηνεύοντας την μέχρι σήμερα πολιτική του Υπουργείου Υγείας είπε:

« Καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχει πρόθεση προσλήψεων, παρά όλες τις διαβεβαιώσεις που παίρνουμε σχεδόν καθημερινά από την Διοίκηση, ότι έρχονται νέες νοσηλεύτριες, που ξεκίνησαν από 80, έγιναν 36,8,3 και ένας Θεός ξέρει πόσες και αν θα έλθουν. Επίσης, οι για διάφορους λόγους και όχι πάντοτε για το συμφέρον της υπηρεσίας, μετακινήσεις προσωπικού και δη νοσηλευτικού, αποδυναμώνει ζωτικά τμήματα και εντείνει το πρόβλημα».

MARINA ΡΙΖΟΓΙΑΝΝΗ

«Υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή των ασθενών που νοσηλεύονται εξ αιτίας της ελλείψης νοσηλευτριών. Η κατάσταση είναι επικίνδυνη κι εκρηκτική».

Την δήλωση αυτή έκαναν χθες από κοινού οι διοικήσεις των σωματείων εργαζομένων του Π.Π.Ν.Π., του «Αγ. Ανδρέα» και της Ένωσης Νοσοκομειακών Γιατρών σε κοινή συνέντευξη Τύπου που παραχώρησαν χθες το μεσημέρι προκειμένου να ενημερώσουν τους πολίτες για την κατάσταση που έχει δημιουργηθεί στα νοσοκομεία.

«Στο νοσοκομείο του Ρίου, υπάρχουν 200 ορ-

ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΣΦΥΡΙΖΟΥΝ ΑΔΙΑΦΟΡΑ

Από την πλευρά του, ο πρόεδρος της Ένωσης Νοσοκομειακών Γιατρών Στάθης Τερζής, αναλύοντας τις εξελίξεις που σημειώθηκαν το τελευταίο διάστημα στο χώρο της υγείας ανέφερε: « Είναι εξοργιστικό το γεγονός ότι έχουμε ένα τεράστιο έλλειμμα νοσηλευτικού προσωπικού σε όλα τα νοσοκομεία και κανείς δεν μιλάει γι' αυτό. Οι καθ' όλην αρμόδιοι, είτε δίνουν υποσχέσεις είτε σφυρίζουν αδιάφορα».

Αναφερόμενος στα υπόλοιπα προβλήματα, στάθηκε ιδιαίτερα στις λίστες αναμονής για την διενέργεια εξετάσεων. « Είναι εξοργιστικό το ακτινολογικό να αφήνεται να λειτουργεί με μηχανήματα που έχουν ήδη εκπνεύσει σε ό,τι αφορά το χρόνο ζωής τους και το Πανεπιστημιακό να λειτουργεί μ' ένα αξονικό, μ' έναν αγγειογράφο που έχει συμπληρώσει τα χρόνια της ζωής του. Συνέπεια όλων αυτών, είναι να έχουμε αυτή την τρομακτική αναμονή σε κρίσιμες εξετάσεις».

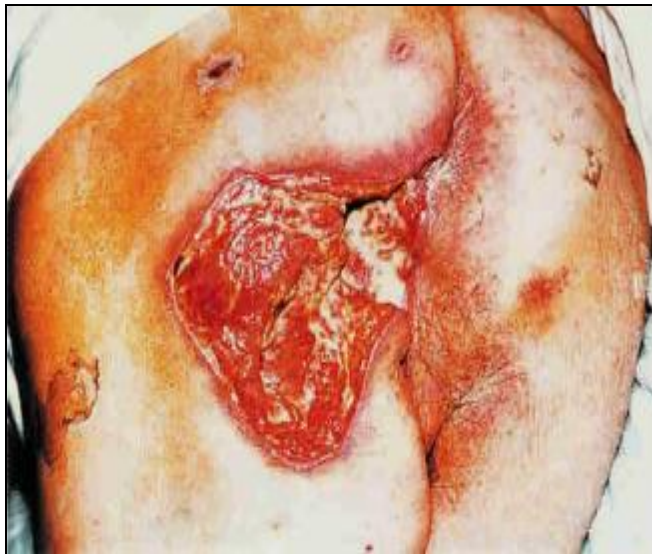
Η Ε.Ι.Ν.Α και τα σωματεία εργαζομένων μέσα στις επόμενες ημέρες θα καλέσουν σε ευρεία σύσκεψη τους φορείς και τους βουλευτές του Νομού, προκειμένου να τους ενημερώσουν για τα προβλήματα των νοσοκομείων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΕΔΗΝ

- ⇒ Αύξηση των δαπανών για την Δημόσια Υγεία στο 8% του ΑΕΠ
- ⇒ Στελέκωση των υγειονομικών μονάδων με το αναγκαίο μόνιμο προσωπικό, προσλήψεις 5000 κατόπιν για μια 4ετία
- ⇒ Ισόρροπη ανάπτυξη των υπηρεσιών του ΕΣΥ με στόχο αυτοδυναμία των υγειονομικών περιφερειών. Αποκέντρωση υπηρεσιών και στα πλαίσια των υγειονομικών περιφερειών. Διαμόρφωση υγειονομικού χάρτη
- ⇒ Εισαγωγή των managers στα νοσοκομεία, εισαγωγή διπλογραφικού συστήματος, μηχανογράφησης, σφαιρικών - τμηματικών προϋπολογισμών
- ⇒ Ανάπτυξη της ΠΦΥ, αναβάθμιση - στελέκωση ΚΥ αγροτικού τύπου. Κτίσιμο 60-80 ΚΥ αστικού τύπου για τα μεγάλα αστικά κέντρα. Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού με παράλληλη εξασφάλιση της πρόσβασης στο σύστημα. Έμφαση στην πρόληψη και την αγωγή Υγείας
- ⇒ Ανάπτυξη της προσοικοκομειακής φροντίδας - πανελλαδική διάρθρωση του ΕΚΑΒ, στελέκωση και εκσυγχρονισμός του στόλου (οπισθοπούνται άμεσα 200-300 νέα ασθενοφόρα)
- ⇒ Κτίσιμο 3 νέων νοσοκομείων σε λεκανοπέδιο, 2 νέων νοσοκομείων σε Θεσσαλονίκη, 5-6 στην Περιφέρεια για μεταστέγηση παλαιών αποξινωμένων κτιριακά μονάδων. Κτιριακή αναβάθμιση νοσοκομείων, μετατροπή θαλάμων σε μονόκλινο, δίκλινο, ατομικό μπάνιο, κλιματισμός, αναβάθμιση μηχανολογικού ξενοδοχειακού εξοπλισμού
- ⇒ Ανάπτυξη εξειδικευμένων πολιτικών για ΑΜΕΑ και η διασφάλιση κοινωνικής προστασίας για παιδιά - ηλικιωμένους
- ⇒ Εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με στόχο την αποσυλοποίηση και κοινωνική επανένταξη. Εξασφάλιση κρατικών πόρων
- ⇒ Ο περιορισμός της πολυφαρμακίας, η μηχανογράφηση του συστήματος, η καθιέρωση νοσοκομειακού συνταγολογίου
- ⇒ Η αναβάθμιση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας
- ⇒ Αυστηρός έλεγχος των όρων λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας
- ⇒ Εισαγωγή ποιοτικών κριτηρίων για την αξιολόγηση του συστήματος (Δημοσίου- Ιδιωτικού τομέα)
- ⇒ Επίλυση χρόνιων προβλημάτων των εργαζομένων στο σύστημα (οικονομικά - θεσμικά - εκπαίδευση κ.α.)

Προτάσεις ΠΟΕΔΗΝ προς τον Υπουργό Υγείας

ΕΙΚΟΝΕΣ



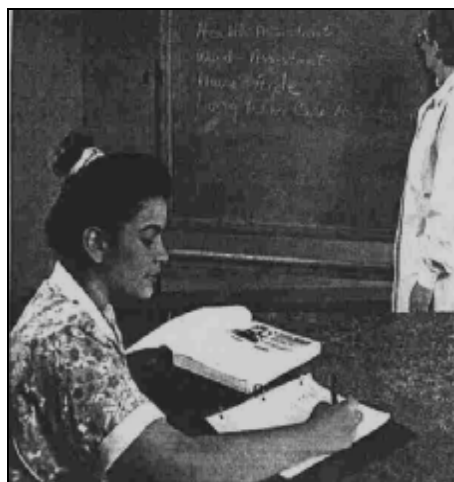
Μεγάλη ιστική βλάβη μετά από λανθασμένη μυϊκή ένεση. Η ένεση έγινε πολύ προς τα έσω και κάτω και συνάντησε την κάτω γλουτιαία αρτηρία. Το φάρμακο προκάλεσε σπασμό του αγγείου. Ο μη αιματούμενος ιστός νεκρώθηκε. Πέρασαν πολλές εβδομάδες μέχρι να κλείσει ο βαθύς κρατήρας. Παραμένει μεγάλη ουλή, πόνοι και δυσχέρεια στις κινήσεις.



Βλάβη στους μυς και στα οστά. Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση, εκροή, δυσσομία, στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού. Είναι αποτέλεσμα κακής νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή με μικρή κινητικότητα (παράλυση). Δημιουργείται λόγω αυξημένης πίεσης στην περιοχή που έχει ως συνέπεια κακή αιμάτωση του ιστού και δημιουργία κατάκλισης. Ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργικό καθαρισμό του νεκρωμένου ιστού και πλαστική.



Η χαλάρωση σε ήσυχο περιβάλλον με φίλους είναι ένας καλός τρόπος για την ελάττωση του στρες.



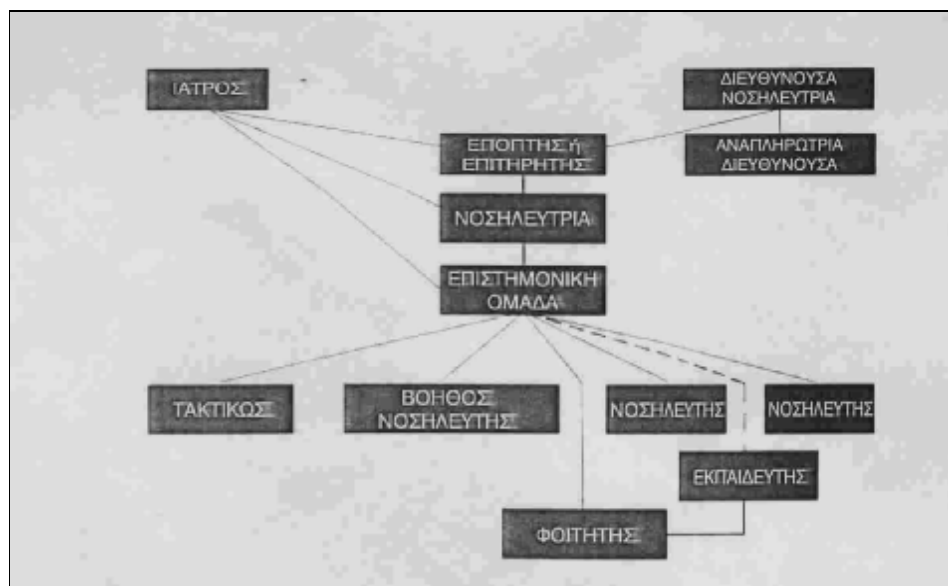
Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την άρτια βασική εκπαίδευσή τους και τη συνεχή επιμόρφωσή τους.



Να διατηρείς πάντα την ευχάριστη έκφραση στο χώρο εργασίας



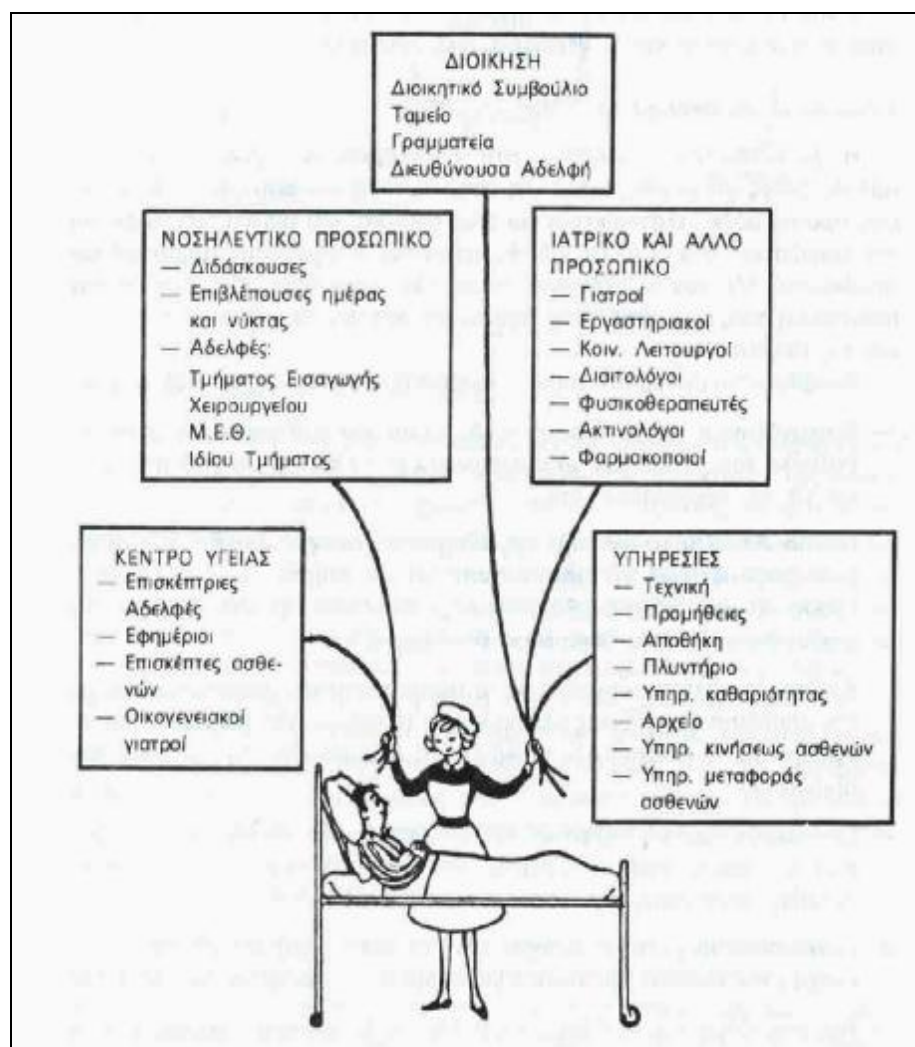
Ελέγχεται ο επίδεσμος του χεριού του ασθενούς προκειμένου να βεβαιωθούμε ότι η φροντίδα ήταν πρέπουσα



Σειρά οργανώσεως για τη φροντίδα των ασθενών



Κάθε μέλος της ομάδας έχει ειδική αποστολή. Για παράδειγμα, ο ιατρός (κέντρο) γράφει τις οδηγίες για την ιατρική φροντίδα, η εσωτερική νοσηλεύτρια (αριστερά) φροντίζει και συγχρονίζει την ιατρική φροντίδα και η κοινωνική λειτουργός (δεξιά) βοηθά τον ασθενή για την ανεύρεση τρόπων επιλύσεως των κοινωνικών και επαγγελματικών προβλημάτων



Οι καλές σχέσεις του νοσηλευτή με όλες τις υπηρεσίες συντελούν στην αποτελεσματική ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.

ΔΕΛΤΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ή Ν.Π.Δ.Δ.
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΕΝΤΥΠΟ Β'
 (Υπολήλων των κατηγοριών
 ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ)

Αριθ. Πρωτ.

ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Χρονική περίοδος

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟΥ
 (Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

(Επίσημο με κοράκιλα)	(Όνομα)	(Πατρώνυμο)
(Κατηγορία & Κλάδος)	(Βαθμός)	(Τίτλος θέσης)

B. ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ – ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ
 (Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο)

.....

Γ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΤΕΛΕΣΘΗΚΕ:
 (Συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Περιγράφονται οι δραστηριότητες και τα αποπελάσματα που επέτυχε και εκθέτες που του ανατέθηκαν πέρα από τα κύρια καθήκοντά του)

α) Συνοπτική περιγραφή του έργου:

.....

β) Μελέτες – άρθρα – πρακτικές – βραβεύσεις:

.....

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡ. 4.2.2

II. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

- 4. Ενδιαφέρον και αφοσίωση στην εργασία.
- 5. Πρωτοβουλία – Καινοτομίες, εκπόνηση σχετικών με την υπηρεσία μελετών, άρθρων ή προτάσεων και βράβευση τέτοιων εργασιών.
- 6. Ανάληψη ευθυνών.

- Ειδική και συγκεκριμένη αιτιολογία του Α' Αξιολογητή για βαθμολογία κάθε κριτηρίου με βαθμούς 9 ή 10 ή 4 και κάτω, βάσει πραγματικών στοιχείων:

Βαθμολογία
(1-10)
Α' Αξιολογητή

III. ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- * 7. Συμπεριφορά προς πολίτες. Εξυπηρέτηση του κοινού.
- 8. Επικοινωνία και συνεργασία με συναδέλφους και άλλες υπηρεσίες.

-Ειδική και συγκεκριμένη αιτιολογία του Α' Αξιολογητή για βαθμολογία κάθε κριτηρίου με βαθμούς 9 ή 10 ή 4 και κάτω, βάσει πραγματικών στοιχείων.

Βαθμολογία
(1-10)
Α' Αξιολογητή

* Αξιολογούνται οι υπάλληλοι που λόγω των αρμοδιοτήτων τους έρχονται σε επικοινωνία με το κοινό.

Βαθμολογία
(1-10)

Α' Αξιολογητή

II. ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

4. Ενδιαφέρον και αφοσίωση στην εργασία.
5. Πρωτοβουλία - Καινοτομίες, εκπόνηση σχετικών με την υπηρεσία μελετών, άρθρων ή προτάσεων και βράβευση τέτοιων εργασιών.
6. Ανάλυση ευθυνών.
 - Ειδική και συγκεκριμένη απολογία του Α' Αξιολογητή για βαθμολογία κάθε κριτηρίου με βαθμούς 9 ή 10 ή 4 και κάτω, βάσει πραγματικών στοιχείων:

Βαθμολογία
(1-10)

Α' Αξιολογητή

III. ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- * 7. Συμπεριφορά προς πολίτες. Εξυπηρέτηση του κοινού.
8. Επικοινωνία και συνεργασία με συναδέλφους και άλλες υπηρεσίες.
 - Ειδική και συγκεκριμένη απολογία του Α' Αξιολογητή για βαθμολογία κάθε κριτηρίου με βαθμούς 9 ή 10 ή 4 και κάτω, βάσει πραγματικών στοιχείων:

* Αξιολογούνται οι υπόλληλοι που λόγω των αρμοδιοτήτων τους έρχονται σε επικοινωνία με το κοινό.

- 6 -

Ζ. * ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

Η. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Β' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ:

Θ. ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

α/α	ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ								
		1 Αποε- βλήσεων (1-10)	2 Ε Αξο- λογητής (1-10)	*** Οριστική Βαθμολογία					9 Συμπληρωματική Βαθμολογία για εξαιρετικές επιδόσεις (10)	
				3 Α Αξο- λογητής (1-10)	4 Επιθε- ωτής (1-10)	5 Α Αξο- λογητής (1-10)	6 Ε Αξο- λογητής (1-10)	7 Επιθε- ωτής (1-10)		8 Μέσος όρος Βαθμολογίας Α, Β Αξιολογητή & Επιθεωρητή (1-10)
1	ΓΝΩΣΗ ΑΠΤΙΚΕΜΕΝΟΥ									
2	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ									
3	ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ									
4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ									
									Γενικός μέσος όρος	ΣΥΝΟΛΟ

Ι. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΡΙΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

ΙΑ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΩΝ ΕΝΣΤΑΣΗΣ
(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)

Α' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ _____
(Όνοματεπώνυμο) (Τίτλος Θέσης & Βαθμός) (ημερομηνία) (υπογραφή)

Β' ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗΣ _____

- * Πραγματοποιείται πριν από την αξιολόγηση, κατά την κρίση του αξιολογητή, οποιαδήποτε όμως εφόσον ζητηθεί από τον αξιολογούμενο.
- ** Τίθεται ο μέσος όρος της βαθμολογίας των επί μέρους κριτηρίων με προσέγγιση εκατοστού.
- *** Τίθεται η βαθμολογία αφού ληφθούν υπόψη τα αποτελέσματα της κρίσης της Ειδικής Επιτροπής αξιολόγησης για την ειδική αιτιολογία και του Υπηρεσιακού Συμβουλίου για τυχόν ενστάσεις.