

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΘΕΜΑ:

Οι συνθήκες εργασίας των Νοσηλευτών και η σχέση τους με την κατάρτιση και τον ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό στην Δυτική Ελλάδα τα τελευταία χρόνια

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Δρ Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος

ΠΑΤΡΑ 2005

**Στους αυριανούς μου  
συναδέλφους  
νοσηλευτές**

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>
--------------------

**Πρόλογος** ..... 4

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**Εισαγωγή**..... 6

**Μέρος 1ο. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας – κριτική  
Θεώρηση**..... 11

**Μέρος 2ο. Η νοσηλευτική στους χώρους εργασίας σήμερα**

**Μέρος 3ο. Η τεχνολογία και οι συνθήκες εργασίας των  
νοσηλευτών**.....

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**Σκοπός τους παρούσας εργασίας**..... 118

**Υλικό – Μέθοδος**..... 119

**Αποτελέσματα** ..... 123

**Συζήτηση**..... 148

**Συμπεράσματα – προτάσεις** ..... 150

**Βιβλιογραφία** ..... 151

**Παραρτήματα**..... 155

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συνεχώς αυξανόμενη τεχνολογική ανάπτυξη φέρνει νέα στοιχεία από λεπτομερέστερες έρευνες. Ο άνθρωπος, κυριολεκτικά στέκει με δέος και παρακολουθεί την αλματώδη, αυτή ανάπτυξη, προσπαθώντας με κάθε τρόπο να γνωρίσει τα πάντα γύρω από τις ανακαλύψεις που συνεχώς έρχονται εμπρός του.

Σήμερα, άλλωστε, η παροχή της φροντίδας είναι βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία και καλύπτει με επιτυχία σχεδόν όλο το φάσμα των ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν, ελάχιστη ελπίδα για να ζήσουν. νοσηλευτές, καθώς και εκείνοι οι αυριανοί νοσηλευτές, καθώς και εκείνοι που, ήδη αποτελούν δύναμη στελέχωση των νοσοκομείων μας, θελήσαμε να καταστήσουμε κατανοητή την συμβολή της τεχνολογίας, ώστε να αξιολογηθεί.

Η τεχνολογική επανάσταση ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας δεν αφήσει αδιάφορους τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτελεσματική, αλλά και να μην επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις νοσηλευτή - αρρώστου και τον ανθρωπιστικό μας ρόλο με τις ανθρώπινες ηθικές αρχές.

Βασικός στόχος αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσουμε την επίδραση που έχει η Τεχνολογία με τη Νοσηλευτική επιστήμη και κυρίως τις συνθήκες εργασίας των Νοσηλευτών, καθώς και αν τα τεχνολογικά μέσα έχουν επηρεάσει, κατά περίπτωση βέβαια, το νοσηλευτικό επάγγελμα.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Εισαγωγή

Στο κατώφλι του 21<sup>ου</sup> αιώνα οι ανάγκες για την στελέχωση των Ελληνικών Νοσοκομείων από Υπολογιστές και εξειδικευμένο προσωπικό καθημερινός αυξάνονται καθώς καλούνται να καλύψουν και να αναπληρώσουν τα μεγάλα κενά που υπήρχαν και υπάρχουν πάνω στα επαγγέλματα Υγείας.

Δυστυχώς στα Ελληνικά Νοσοκομεία υπάρχει κάποια άγνοια για το τι είναι υπολογιστές, ποια τα αποτελέσματα αυτής της χρήσης. Με την εικόνα αυτή, αλλά και την ελπίδα για καλύτερη οργάνωση των ελληνικών Νοσοκομείων ξεκινήσαμε αυτή την έρευνα με σκοπό να δούμε την όλη κατάσταση που επικρατεί και δεύτερον να "χαράξουμε" τον νέο και άγνωστο δρόμο της πληροφορικής.

Με την άμεση επαφή μας, τον διάλογο και την απάντηση του ερωτηματολογίου, βγήκε συμπέρασμα ότι πράγματι υπάρχει άγνοια, πλην όμως όλο το προσωπικό εξέφρασε την επιθυμία του ότι θα επιθυμούσε να υπάρχει πληροφορική μέσα στα Νοσοκομεία λύνοντας έτσι πολλά επαγγελματικά προβλήματα και προσφέροντας καλύτερες συνθήκες δουλειάς.

Επίσης υπήρξε θετική στάση στην εκπαίδευση τόσο των σπουδαστών και φοιτητών της Νοσ/κής όσο και στην εκπαίδευση των ιδίων οι οποίοι εργάζονται στα Νοσοκομεία και σε όλα τα ιδρύματα Υγείας.

Με αφορμή και κίνητρο τα παραπάνω αναλαμβάνουμε την ευθύνη και το χρέος το οποίο πλέον έχουμε και προτείνουμε μία σειρά από συνεχή προγράμματα σεμιναρίων εντός αλλά και εκτός Ελλάδας στα οποία θα υπάρξει ουσιαστική επιμόρφωση των ήδη εργαζομένων ατόμων.

Στις σχολές εκπαίδευσης προτείνουμε την ένταξη νέων μαθημάτων πληροφορικής και την στελέχωσή τους με καθηγητές πληροφορικής και υπολογιστές νέας γενιάς, ώστε οι πτυχιούχοι να είναι έτοιμοι να χειριστούν και να δουλέψουν αποτελεσματικά πάνω στον υπολογιστή.

Πιστεύουμε ότι με την πραγματοποίηση των παραπάνω θα επέλθει μία θετική αλλαγή και εξέλιξη των Νοσοκομείων μας.

## Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, που με τον πολιτισμό και τη μακραίωνη ιστορία της αποτελεί το λίκνο του ευρωπαϊκού πολιτισμού, έχει προικίσει τους Έλληνες νοσηλευτές με τις καταβολές των ανθρωπιστικών αξιών που διέπουν τη φροντίδα των ασθενών στην ελληνική παράδοση. Ο αρχαιοελληνικός πολιτισμός συνετέλεσε νομοτελειακά με το έργο του στο να επισημανθεί στους Έλληνες νοσηλευτές ένας μεγάλος σεβασμός για την ανθρώπινη ζωή.

Φαίνεται πως ιστορικά οι ρίζες της άσκησης της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα έχουν μια τριπολική διάσταση.

- α. Νοσηλευτική φροντίδα παρεχόταν μέσα στους κόλπους της οικογένειας κυρίως από μέλη της, από δούλους και υπηρέτες.
- β. Σε περιόδους πολέμου νοσηλευτική φροντίδα παρεχόταν από απλούς πολίτες, αλλά και από ευγενείς που κατείχαν την τέχνη της θεραπευτικής και της φροντίδας.
- γ. Νοσηλευτική φροντίδα παρεχόταν στα οργανωμένα πρώιμα νοσοκομεία της Βυζαντινής αυτοκρατορίας, στους Ξενώνες και στα Γηροκομεία από μοναχούς αλλά και λαϊκούς – άνδρες και γυναίκες – αρχικά αμισθί ως ένδειξη έμπρακτης χριστιανικής αγάπης και αργότερα επί μισθώ.

Είναι άξιο ότι στη χώρα μας δεν έχει επιχειρηθεί μέχρι σήμερα η μελέτη και η συγγραφή της νοσηλευτικής ιστορίας του τόπου μας, εκτός από κάποιες σποραδικές προσπάθειες ή αναφορές, που καλύπτουν όμως περιορισμένο φάσμα της μακραίωνης αυτής ιστορίας.

Η αρχή της ελληνικής Νοσηλευτικής ανάγεται στα αναρρωτήρια της αρχαίας Ελλάδας, όπως είναι του Αμφιαράεως στη Μαυροσουβάλα Ωρωπού, του Τροφωνίου στη Λιβαδειά και του Τιθορέως στη Φωκίδα, όπου παρεχόταν κάποια μορφή οργανωμένης νοσηλείας στους καταφεύγοντες σε αυτά. Τα αναρρωτήρια αυτά προϋπήρχαν των Ασκληπιείων. Τα Ασκληπιεία, που επίσης άκμασαν στην αρχαία Ελλάδα, παρείχαν φροντίδες υγείας σε οργανωμένη μορφή και χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι μέσα στην

οργανωτική τους δομή υπήρχε και η τάξη των "ζακόρων" ή "νακόρων", οι οποίοι φρόντιζαν τους ασθενείς και τα καθήκοντα τους αποτελούσαν ένα μείγμα καθηκόντων υπηρετών και νοσοκόμων.

Οι Herfst και Jones υποστηρίζουν ότι την αρχαία Ελλάδα και στη Ρώμη υπήρχαν ειδικές νοσοκόμοι, οι τροφοί, που φρόντιζαν τα παιδιά. Ο Reinach κάνει μια μικρή αναφορά για τη Νοσηλευτική στον αρχαίο κόσμο αναφέροντας χαρακτηριστικά ότι "... αναμφισβήτητα οι γυναίκες, οι οποίες θα μπορούσαμε να πούμε ότι γεννήθηκαν αρωγοί των ασθενών, ήταν αυτές που εκτελούσαν εργασίες που αφορούσαν στη φροντίδα ασθενών για όλες τις εποχές", ενώ η Delougey αναφέρει ότι "... στην αρχαία Ελλάδα οι νοσηλευτικές φροντίδες ήταν καθήκον των γυναικών του σπιτιού, ελεύθερων ή δούλων". Αξίζει να τονιστεί ότι το ρήμα "θεραπέυω" στην αρχαϊκή του εκφορά σήμαινε παρέχω φροντίδες, εξ ου και το ουσιαστικό "θεραπαινίς" (η υπηρέτρια ή δούλη που παρείχε φροντίδες).

Ο Θουκυδίδης (4<sup>ος</sup> π.Χ. αιώνας) αναφέρει ότι, τον καιρό της επιδημίας πανώλους που ενέσκηψε στην αρχαία Αθήνα, φροντίδες στους ασθενείς παρείχαν οι γυναίκες της οικογένειας, οι δούλοι και οι φίλοι τους.

Όπως η Ιατρική, έτσι και η Νοσηλευτική χρησιμοποιεί την ιπποκρατική Ιατρική ως πρόδρομό της και συχνά υποστηρίζεται ότι ο Ιπποκράτης δεν αναφέρει "νοσοκόμες" αλλά βοηθούς των ιατρών. Οι Dock και Stewart αναφέρουν ότι ο Ιπποκράτης στα κείμενά του λεπτομερώς περιγράφει αυτό που σήμερα καλείται Νοσηλευτική. Η καθηγήτρια Λανάρα υποστήριξε ότι η Βοηθητική αποτελεί αυτό που σήμερα ονομάζεται Νοσηλευτική κάνοντας αναφορές στον Πλάτωνα, ο οποίος διαιρούσε την Ιατρική σε τέσσερις κλάδους: τη Φαρμακευτική, τη Χειρουργική, τη Βοηθητική και τη Νοσογνωμική. Επιπλέον, η ίδια συγγραφέας υποστήριξε ότι ο Ιπποκράτης στα συγγράμματά του αναφέρεται εκτενώς και λεπτομερώς στην τέχνη της νοσηλείας.



Υπάρχει μια εγγενής δυσκολία στο να γραφεί η ιστορία της Νοσηλευτικής στην αρχαία Ελλάδα εξαιτίας του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο αυτή ασκούσαν. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην αρχαία Ελλάδα, μια πρακτική που θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι συνεχίστηκε σε άλλοτε άλλο βαθμό μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα στη χώρα μας, αποτελούσε κυρίως έργο των γυναικών κάθε νοικοκυριού. Για τον λόγο αυτό η άσκηση νοσηλευτικού έργου στην αρχαία Ελλάδα δεν μπορεί παρά να προσεγγιστεί μέσα από την κοινωνική θέση της γυναίκας την εποχή αυτή.

Ήδη αμέσως μετά την απελευθέρωση και την ίδρυση του ελληνικού κράτους γίνονται οι πρώτες προσπάθειες συγκρότησης ενός υγειονομικού συστήματος και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία. Το 1878 λειτουργούν στην Ελλάδα δώδεκα νοσοκομεία που στελεχώνονται κυρίως με πρακτικές νοσοκόμες, γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου που ασκούσαν το νοσηλευτικό επάγγελμα για βιοπορισμό.

Σε κρίσιμες υγειονομικές καταστάσεις για τη χώρα μας αλλά και σε καιρό ειρήνης, σημαντική ήταν η προσφορά εθελοντριών νοσοκόμων. Στην επιδημία χολέρας που ξέσπασε στην Αθήνα το 1854 και υπήρχε μεγάλη ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας για τον πληγέντα πληθυσμό, η βασίλισσα Αμαλία έκανε έκκληση στις κυρίες της Αθήνας και οργάνωσε ένα σώμα εθελοντριών με επικεφαλής την ίδια, το οποίο παρείχε φροντίδα σε ασθενείς.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, αν και το ελληνικό κράτος ιδρύθηκε το 1832 και η έλλειψη εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού είχε αναγνωριστεί από τις αρχές, η πρώτη νοσηλευτική σχολή ιδρύθηκε μόλις το 1874 και άρχισε να λειτουργεί το 1875 με τετράμηνη διάρκεια φοίτησης. Πρωτοεργάτης της ίδρυσης αυτής της πρώτης νοσηλευτικής σχολής, που ονομαζόταν “Νοσοκομικό Παιδευτήριο”, ήταν ο “Σύλλογος Κυριών υπέρ της Γυναικείας Παιδείσεως”, με πρόεδρο την Ελένη Παπαρηγοπούλου. Ένθερμη υποστηρίκτρια της σχολής αυτής ήταν η βασίλισσα Όλγα, η οποία έδωσε υποτροφίες για νοσηλευτικές σπουδές και αργότερα

χρηματοδότησε την ανέγερση του νοσοκομείου “Ευαγγελισμός”, που είχε ως σκοπό την εκπαίδευση νοσοκόμων.

Στον πόλεμο του 1897 νοσηλευτικές φροντίδες τους τραυματίες προσέφεραν κυρίως εθελόντριες, ενώ παραμονές του πολέμου, τον Μάρτιο του 1897, εισήχθη ο θεσμός της επί μισθώ αδελφής νοσοκόμου στις ένοπλες δυνάμεις.

Στους Βαλκανικούς πολέμους εκτιμήθηκε ότι το σώμα αδελφών νοσοκόμων του στρατού δεν επαρκούσε, επιστρατεύθηκαν και πάλι οι εθελόντριες, ενώ για να ενισχυθεί κοινωνικά αυτή η τάση μέλη της βασιλικής οικογένειας, όπως η πριγκίπισσα Μαρία Βοναπάρτη, σύζυγος του πρίγκιπα Γεωργίου, ενίσχυσαν με την παρουσία τους τις τάξεις των εθελοντριών νοσοκόμων. Σημαντική ήταν η προσφορά των νοσοκόμων προς τους τραυματίες πολέμου στον Μικρασιατικό πόλεμο, όπου επιστρατεύθηκαν και πάλι εθελόντριες νοσοκόμες, γυναίκες της αστικής τάξης – χαρακτηριστικά μνημονεύεται ότι η Ασπασία Μάνου, μοργανατική σύζυγος του βασιλιά Αλέξανδρου, είχε προσφέρει υπηρεσίες ως εθελόντρια. Με τους πρόσφυγες που κατέκλυσαν την Ελλάδα μετά τη Μικρασιατική καταστροφή του 1922 μείζονα υγειονομικά προβλήματα ανέκυψαν και σημαντική ήταν η συμβολή των αδελφών νοσοκόμων και των εθελοντριών του Ε.Ε.Σ.

Στον πόλεμο του 1940 περίπου 3.000 αδελφές νοσοκόμες (300 διπλωματούχοι και 2.700 εθελόντριες) υπηρέτησαν στις ένοπλες δυνάμεις και ακολούθησαν τα ελληνικά στρατεύματα στο αλβανικό μέτωπο, ενώ 14 αδελφές έδωσαν τη ζωή τους στον πόλεμο αυτό, κυρίως με τον βομβαρδισμό του νοσοκομείου Ιωαννίνων στις 17 Απριλίου του 1944. Με την ήττα των ελληνικών δυνάμεων και την Κατοχή πολλές αδελφές νοσοκόμοι υπηρέτησαν στα συμμαχικά νοσοκομεία της Μέσης Ανατολής συνοδεύοντας τα ελληνικά στρατεύματα και την εξόριστη ελληνική κυβέρνηση.

**ΜΕΡΟΣ 1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΣΗΜΕΡΑ – ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ**

**1.1 Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ**

Η προστασία της Υγείας αποτελεί πρώτητιστη Κοινωνική Ευθύνη. Η Πολιτεία οφείλει να παρέχει και να εγγυάται σε όλους τους πολίτες υψηλού επιπέδου υπηρεσίες Υγείας. Έχει την υποχρέωση να διαθέτει όλα τα απαραίτητα μέσα που να στηρίζουν μία ολοκληρωμένη πολιτική Υγείας, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και τις αρχές της ηθικής και της προστασίας της ανθρώπινης ζωής.

Δυστυχώς όμως, είναι πλέον κοινή πεποίθηση ότι ακόμα και σήμερα, η Ελλάδα εξακολουθεί να μην διαθέτει ένα αξιόπιστο και αποτελεσματικό Σύστημα Υγείας. Το κατ' όνομα «Εθνικό Σύστημα Υγείας», είκοσι χρόνια μετά τη δημιουργία του, έχει αποτύχει να προσφέρει στους Έλληνες πολίτες τις υπηρεσίες υγείας που έχουν ανάγκη και για τις οποίες φορολογούνται και καταβάλλουν τις ασφαλιστικές εισφορές τους. Το ΕΣΥ είναι συνυφασμένο με εικόνες ντροπής οι οποίες σίγουρα δεν αρμόζουν σε μια ευρωπαϊκή χώρα του 21ου αιώνα. Δυστυχώς, κάθε μέρα, στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας πεθαίνει η αξιοπρέπεια του πολίτη.

**Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες:** πηγή κοινωνικών ανισοτήτων

Το τίμημα αυτής της αποτυχίας είναι δυσβάσταχτο. Από τη μία, η Υγεία – το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου – δεν προστατεύεται ικανοποιητικά και το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών σε αυτόν τον τόσο ευαίσθητο τομέα παραμένει χαμηλό. Από την άλλη, οι πολίτες αναγκάζονται να πληρώνουν από την τσέπη τους για να καλύψουν τα ελλείμματα της κυβερνητικής πολιτικής. Στα 20 χρόνια ζωής του ΕΣΥ οι ιδιωτικές δαπάνες όχι μόνο δεν εξαφανίσθηκαν – όπως υπόσχονταν οι εξαγγελίες του συστήματος – αλλά αυξήθηκαν.

Σήμερα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που ανακοίνωσε ο ΟΟΣΑ το 2003, μόλις το 56% της συνολικής δαπάνης για την Υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσια, ενώ το 44% είναι ιδιωτική. Τα αντίστοιχα μεγέθη στην Ευρωπαϊκή Ένωση βρίσκονται περίπου στο 74% και 26%. Δηλαδή για κάθε 100 ευρώ που δαπανώνται για υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, τα 44 ευρώ τα καταβάλλει ο πολίτης από την τσέπη του – ενώ οι αντίστοιχες δαπάνες των Ευρωπαίων πολιτών είναι περίπου 26 ευρώ. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα το 2001 το σύνολο της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης για την Υγεία ανήλθε στο 9,4% του ΑΕΠ ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. ήταν 9,3%. Παρόλα αυτά, οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας βρίσκονται σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Αυτό οφείλεται τόσο στην κακοδιαχείριση της δημόσιας δαπάνης, όσο και στο ότι το σύνολο της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης δεν χρηματοδοτεί συντεταγμένα ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγείας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και ότι από το 44% της ιδιωτικής δαπάνης, το 90% δίνεται για άμεσες πληρωμές και το γνωστό "φακελάκι" οι οποίες γίνονται την ώρα που ο πολίτης δέχεται τις δήθεν δωρεάν υπηρεσίες υγείας και όχι για τη συμμετοχή του στις δαπάνες για φάρμακα ή την ιδιωτική ασφάλιση. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το 2,5% των ελληνικών νοικοκυριών καταστρέφονται οικονομικά στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Το ποσοστό είναι εύγλωττο για τη συνολική εικόνα και πραγματικά τραγικό, αν αναλογιστεί κανείς πως ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 0,4%.

Έτσι η χώρα μας είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε ιδιωτικές δαπάνες για την Υγεία και στις τελευταίες θέσεις στις δημόσιες δαπάνες. Οι μεγάλες όμως ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν πηγή κοινωνικών ανισοτήτων. Και αυτό γιατί όποιος έχει χρήματα απολαμβάνει καλύτερη περίθαλψη, ενώ για όποιον δεν έχει, η πρόσβαση και η χρήση υπηρεσιών είναι δυσχερέστερη.

Ποια τα αίτια αποτυχίας του ΕΣΥ:

Το ΕΣΥ απέτυχε νομοτελειακά, μέσα στην οικονομικά ατελέσφορη, κοινωνικά άδικη και επιστημονικά παρωχημένη διαδικασία εφαρμογής του.

Τα αίτια της αποτυχίας του ΕΣΥ είναι πολλά. Οι κυβερνήσεις του ΠΑΣΟΚ θυσιάσαν στο βωμό των πολιτικών σκοπιμοτήτων βασικές αρχές ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, όπως το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του πολίτη, τη δυνατότητα άμεσης και εύκολης πρόσβασης σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης και την παροχή υπηρεσιών Υγείας ποιότητας. Επίσης, ότι όλα αυτά τα χρόνια οι κυβερνώντες επιδόθηκαν κυρίως στην εξυπηρέτηση μικροκομματικών συμφερόντων και στις φραστικές, δήθεν «ιδεολογικές», διακηρύξεις που δεν εφαρμόστηκαν ποτέ στην πράξη.

Στις δύο δεκαετίες εφαρμογής του, το ΕΣΥ αποδείχθηκε στην πράξη πως δεν είναι μόνο αναποτελεσματικό, αλλά και σπάταλο. Η κακοδιαχείριση των πόρων και ο ασφυκτικός κομματικός παρεμβατισμός, σε συνδυασμό με την παραοικονομία πέτυχαν ένα φαινόμενο μοναδικό στην Ευρώπη: να συντηρείται με τεράστιο κόστος ένα αναχρονιστικό και υποβαθμισμένο «Σύστημα Υγείας». **Από μελέτες που έγιναν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών προέκυψε ότι το κόστος της ατελέσφορης λειτουργίας του νοσοκομειακού συστήματος ανέρχεται περίπου στο 30% του συνολικού λειτουργικού συστήματος. Αυτό σημαίνει ότι χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση θα μπορούσε να βελτιωθεί το παραγόμενο νοσοκομειακό προϊόν κατά 30%.**

Ενώ σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών Υγείας είναι αποτέλεσμα των εφαρμογών της συνεχούς εξέλιξης της τεχνολογίας και της βελτίωσης των υπηρεσιών, στην Ελλάδα το κόστος αυξάνεται χωρίς να βελτιώνονται ούτε ποιοτικά, ούτε ποσοτικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας στον Έλληνα πολίτη. Γι' αυτό και η Ελλάδα είναι η χώρα της Ε.Ε. με την χαμηλότερη ικανοποίηση του πληθυσμού από το σύστημα υγείας (Ευρωβαρόμετρο 2002).

Τποια είναι η σημερινή κατάσταση:

Σήμερα το ΕΣΥ οριοθετείται από ένα μωσαϊκό νομοθετικών ρυθμίσεων, που όχι μόνο δεν λύνουν αλλά επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τα συσσωρευμένα προβλήματα στο χώρο της Υγείας. Η κατάσταση είναι γνωστή:

- Τα νοσοκομεία, έρμια της κακοδιαχείρισης, βουλιάζουν και πάλι στα ελλείμματα – μόλις δύο χρόνια μετά τη ρύθμιση των προηγούμενων χρεών τους, οφείλουν ήδη περισσότερα από 400 δισ. δρχ. στους προμηθευτές τους.
- Οι πολίτες ταλαιπωρούνται σαν κάτοικοι τριτοκοσμικής χώρας στα εξωτερικά ιατρεία στις πρωινές ώρες και στις ημέρες εφημερίας για το ευρύ κοινό. Στα ίδια όμως νοσοκομεία, τις απογευματινές ώρες λειτουργούν προσωπικά ιατρεία ορισμένων γιατρών, τα οποία οι ασθενείς ακριβοπληρώνουν.
- Οι τεράστιες ουρές κι οι λίστες αναμονής που δημιουργούνται στα νοσοκομεία, αναγκάζουν τους ασθενείς να καταφεύγουν σε κάθε τρόπο για να εξυπηρετηθούν, ορθόδοξο ή ανορθόδοξο (το γνωστό «φακελάκι»).
- Αρκετά νοσοκομεία – ιδίως σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη – είναι γερασμένα. Σε όλη τη χώρα, οι ελλείψεις στις υποδομές είναι μεγάλες. Χρησιμοποιούνται ακόμη μηχανήματα εικοσαετίας, ενώ και τα πιο πρόσφατα δεν συντηρούνται ικανοποιητικά. Η τεχνολογία δεν χρησιμοποιείται αποδοτικά, από την αγορά ως τη συντήρησή της.
- Πολλά νοσοκομεία της περιφέρειας είναι απολύτως ανεπαρκή να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις ασθενών με σοβαρά προβλήματα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να πρέπει να διακομισθούν σε μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία. Η Αθήνα δέχεται σήμερα ασθενείς από άλλες περιοχές σε ποσοστό πάνω από 38% και η Θεσσαλονίκη σε ποσοστό 47%. Τα ποσοστά αυτά είναι μεγαλύτερα και από τα αντίστοιχα του 1980!

- Επιπλέον όμως, είναι γνωστό ότι το σύστημα διακομιδής ασθενών του ΕΚΑΒ αντιμετωπίζει πολλά και σημαντικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να υπάρχει κόστος ακόμα και σε ανθρώπινες ζωές.
- Τα παράπονα των πολιτών από τα δημόσια νοσοκομεία είναι πολύ μεγάλα. Όπως προκύπτει από την έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ., οι αρνητικές γνώμες για τις υπηρεσίες τους είναι 47,6% στο επίπεδο της αξιοπρέπειας, 46% στο θέμα της έγκαιρης προσοχής και 63,5% στην αξιολόγηση του περιβάλλοντος.
- Υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό. Όπως υπολογίζουν οι ομοσπονδίες των εργαζομένων, αλλά και τα ίδια τα νοσοκομεία, υπάρχουν πάνω από 25.000 κενές θέσεις.
- Οι πολίτες συναντούν μια απαράδεκτη κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Το ΙΚΑ - για παράδειγμα - χαρακτηρίζεται από τλαιπωρία, μεγάλες λίστες αναμονής, έλλειψη βασικών ειδικοτήτων. Οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, και δευτερευόντως άλλων ταμείων, έχουν απαξιωθεί στη συνείδηση των ασφαλισμένων με αποτέλεσμα τη μεγάλη διαρροή του οικογενειακού εισοδήματος προς την ιδιωτική αγορά.
- Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ο κάθε ασφαλιστικός οργανισμός επιλέγει και εφαρμόζει ένα δικό του, αναποτελεσματικό και γραφειοκρατικό, σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με αποτέλεσμα τα σπασμένα να τα πληρώνουν οι ασφαλισμένοι. Είναι μοναδικό, σε όλες τις χώρες της Ε.Ε., το ελληνικό φαινόμενο της παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα ίδια τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτό πρέπει να σταματήσει! Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η μεγαλύτερη πληγή του ΕΣΥ.
- Τα κέντρα υγείας παρουσιάζουν μεγάλες ελλείψεις και στο προσωπικό, αλλά και στην υποδομή. Ο εξοπλισμός τους στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν έχει ανανεωθεί την τελευταία εικοσαετία. Η χώρα μας είναι η μοναδική ευρωπαϊκή χώρα που

στερείται μιας αποτελεσματικής επείγουσας περίθαλψης και φροντίδας, με αποτέλεσμα να χάνονται ανθρώπινες ζωές.

• Το σύστημα επιμόρφωσης και μετεκπαίδευσης των γιατρών και των νοσηλευτών του ΕΣΥ είναι πρακτικά ανύπαρκτο.

• Οι έννοιες του ελέγχου ποιότητας και της πιστοποίησης – απαραίτητες για να λειτουργήσει αποδοτικά ένα Σύστημα Υγείας – είναι άγνωστες.

• Όλο και περισσότερο οι Έλληνες αναγκάζονται να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα, παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει κι αυτός. Για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες (51%) απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ το 20% των Ελλήνων επιλέγουν, παρά το υψηλό κόστος, να νοσηλευτούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Δηλαδή, ακόμα και πολλοί ασφαλισμένοι, προτιμούν να πληρώσουν για την περίθαλψή τους, παρά να χρησιμοποιήσουν τις δωρεάν αλλά χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται.

Όλα αυτά, έχουν οδηγήσει την κατάσταση σε ένα τραγικό αδιέξοδο που προβληματίζει ακόμη και πολλούς που, άλλοτε, υποστήριζαν το ΕΣΥ με φανατισμό.

Εύλογο επομένως είναι το ερώτημα που τίθεται σήμερα:

**Είναι ή όχι αναστρέψιμη η κατάσταση που έχει δημιουργηθεί στο χώρο της Υγείας;**

Πιστεύουμε κατηγορηματικά πως υπάρχουν λύσεις. Οι λύσεις αυτές όμως, απαιτούν μελετημένο σχεδιασμό για να συγκροτηθούν σε μία ολοκληρωμένη πρόταση και πολιτική βούληση και τόλμη για να εφαρμοστούν.

Το ΕΣΥ δεν επιδέχεται πλέον νέο απλό εξωραϊσμό της εικόνας του. Τα ημίμετρα δεν μπορούν να προσφέρουν τίποτα. Χρειάζεται μια ριζική αναθεώρηση, με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα που τόσο πολύ στερήθηκε και την αποφυγή της σπατάλης που τόσο πολύ πλήρωσε ο Έλληνας πολίτης τα τελευταία χρόνια.



Έχοντας επίγνωση των δυσκολιών, πιστεύουμε ότι είναι δυνατόν να δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις τόσο με τη δημιουργία του θεσμικού πλαισίου, όσο και με τον κατάλληλο οικονομικό σχεδιασμό, ώστε να εξασφαλισθούν οι πόροι που απαιτούνται για τη σταδιακή εφαρμογή των ριζοσπαστικών αλλαγών και την υλοποίηση των προτεινόμενων μέτρων.

Θεμελιώδη αρχή της νέας πολιτικής στον τομέα της Υγείας που προτείνουμε, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η **προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας** και θα εξασφαλίζονται:

- ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας επιπέδου για όλους τους πολίτες
- ελεύθερη επιλογή γιατρού

**Αυτά για μας αποτελούν εθνικό και κοινωνικό όραμα.**

## **1.2 ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ**

Σε μία σύγχρονη δημοκρατική κοινωνία, η πολιτική Υγείας πρέπει να διακρίνεται από το **σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και την ελευθερία της επιλογής.**

Το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει σε όλους τους πολίτες υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα όμως, μπορεί να δραστηριοποιείται και η ιδιωτική πρωτοβουλία, βάσει κανόνων και προδιαγραφών που θέτει το κράτος, το οποίο και εποπτεύει την εφαρμογή τους.

### **Οι αρχές μας**

Ένα σύγχρονο Σύστημα Υγείας θα πρέπει να διέπεται από τις εξής αρχές:

- Να θέτει ως προτεραιότητα την προστασία της υγείας και όχι μόνο τη διαχείριση της ασθένειας.
- Να είναι δίκαιο και να εξασφαλίζει τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας για όλους τους πολίτες.
- Να εξασφαλίζει το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού.
- Να είναι αποτελεσματικό και να συνδυάζει την ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες προσφέρει, με την αποδοτικότητα του συστήματος.
- Να είναι ευέλικτο με δυνατότητες προσαρμογής και συνεχούς αναβάθμισης, χωρίς να εμποδίζεται από δυσκίνητες, γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- Να είναι αποκεντρωμένο σε προσωπικό και υπηρεσίες.
- Να είναι ολοκληρωμένο -περιλαμβάνοντας όλα τα επίπεδα- και να αξιοποιεί το σύνολο του ιατρικού σώματος προς όφελος των Ελλήνων πολιτών.
- Να εξασφαλίζει στους εργαζομένους στο χώρο της Υγείας αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας και ικανοποιητικές αμοιβές.
- Να λειτουργεί ορθολογικά, με υπεύθυνη οικονομική διαχείριση και όχι με τις σημερινές σπατάλες.

#### **Οι στόχοι μας**

Με βάση αυτές τις αρχές το πρόγραμμά μας έχει τους εξής βασικούς στόχους:

- Να εξασφαλίζει το δικαίωμα της Υγείας σε υψηλό ποιοτικά επίπεδο, τόσο για τον κάθε πολίτη όσο και για τη Δημόσια Υγεία συνολικά.
- Να κατοχυρώνει έμπρακτα το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού και να εξασφαλίζει δυνατότητες εύκολης πρόσβασης σε όλες τις βαθμίδες και λειτουργίες του συστήματος.

- Να εξαλείψει τις ανισότητες μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, μέσω ενός νέου εθνικού προγραμματισμού. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να δημιουργηθεί ο υγειονομικός χάρτης της χώρας στον οποίο θα καταγράφονται το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή, οι ελλείψεις και οι ανάγκες κάθε περιοχής της χώρας. Με γνώμονα τον υγειονομικό χάρτη, δημιουργούνται νέες μονάδες υγείας, όπου είναι απαραίτητο, και εξειδικεύεται και κατανέμεται το ιατρικό δυναμικό και το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας.
- Να εκσυγχρονίσει το σύστημα υγείας, με την καθιέρωση του ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή. Ο φάκελος αυτός θα συνοδεύει υποχρεωτικά τον ασθενή σε όλες τις ιατρικές Υπηρεσίες και σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης, με όλες τις ασφαλιστικές δικλείδες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
- Να διαμορφώσει ενιαίους όρους λειτουργίας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα πάντα με τις σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές.
- Να διαμορφώσει, σε εθνικό επίπεδο, ένα ενιαίο πλαίσιο που θα εξασφαλίζει σύγχρονη και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας.
- Να εξασφαλίζει τη συνεχή εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης, ποιοτικού ελέγχου και πιστοποίησης του συστήματος υγείας και κάθε μονάδας. Επίσης, να εξασφαλίζει τη συνεχή αξιολόγηση του ιατρικού δυναμικού και των επαγγελματιών υγείας. Η επιλογή και η εξέλιξη των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας να γίνεται με βάση ουσιαστικά αξιολογικά κριτήρια.
- Να δημιουργήσει έναν αυστηρό και αξιόπιστο ελεγκτικό μηχανισμό για όλες τις βαθμίδες του συστήματος Υγείας.
- Να προστατεύσει πλήρως τα δικαιώματα του πολίτη απέναντι στην κρατική αυθαιρεσία στον ευαίσθητο τομέα της Υγείας. Για

το λόγο αυτό προβλέπουμε να ιδρυθεί μία νέα Ανεξάρτητη Αρχή, ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών.

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΚΑΤΑ ΚΑΙΡΟΥΣ:**

- Ποιότητα παντού
- Ελεύθερη επιλογή γιατρού
- Εύκολη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας
- Ίδιες δυνατότητες πρόσβασης για όλους τους πολίτες
- Υγειονομικός χάρτης, νέος εθνικός προγραμματισμός
- Εξάλειψη των ανισοτήτων κέντρου - περιφέρειας
- Ενιαίος ηλεκτρονικός φάκελος για κάθε ασθενή
- Ενιαίοι όροι λειτουργίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- Εκπαίδευση, μετεκπαίδευση, επιμόρφωση των γιατρών και όλων των επαγγελματιών υγείας
- Σύστημα αξιολόγησης, ποιοτικού ελέγχου και πιστοποίησης κάθε μονάδας και ανθρώπινου δυναμικού
- Συνεχής αξιολόγηση του ιατρικού δυναμικού και των επαγγελματιών υγείας
- Επιλογή και εξέλιξη προσωπικού με ουσιαστικά αξιοκρατικά κριτήρια
- Αυστηρός και αξιόπιστος ελεγκτικός μηχανισμός
- Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών

**2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος.

Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή **προληπτικών** υπηρεσιών υγείας ή **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή **πρωτοβάθμια περίθαλψη**.

## 2.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΠΡΟΛΗΨΗ

**Αρχή και προτεραιότητα του προγράμματός μας είναι η προστασία της υγείας - και, επομένως, η επένδυση στην προληπτική ιατρική. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Άλλωστε, όλοι συμφωνούν ότι είναι προτιμότερο το να προλαμβάνεις παρά το να θεραπεύεις.**

Δυστυχώς όμως, αυτό δεν γίνεται σήμερα στη χώρα μας. Η αλήθεια είναι ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη λειτουργεί υποτυπωδώς. Οι υπηρεσίες της λειτουργούν αποσπασματικά, χωρίς συντονισμό και καθοδήγηση, ορισμένες από αυτές υπολειτουργούν λόγω ελλείψεως αναγκαίου προσωπικού, ενώ δεν καλύπτουν και όλα τα αντικείμενα. Είναι ανάγκη να θεσμοθετηθεί ένα εθνικό πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης, το οποίο να καλύπτει ουσιαστικά τις ανάγκες προστασίας της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την **καταπολέμηση** και την προσπάθεια **εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων** της αρρώστιας (πρωτογενής πρόληψη) και την πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση **προληπτικής ιατρικής** και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την **ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα**.
- Την **ιατρική της εργασίας**, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών **Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής**.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα **οικογενειακού προγραμματισμού** και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της **ρύπανσης του περιβάλλοντος**.
- Την **αγωγή Υγείας**.
- Την **παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας** με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.).
- Την **αγωγή στοματικής υγείας** και την άσκηση **προληπτικής οδοντιατρικής** μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

### **Ποιος έχει την ευθύνη του επιτελικού σχεδιασμού**

Για να είναι αποτελεσματικό και ολοκληρωμένο το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης, χρειάζεται εθνικός σχεδιασμός, ριζική αναδιοργάνωση και σημαντική ενδυνάμωση των υπηρεσιών που ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη. Γι' αυτό προβλέπουμε:

- Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρέπει να δημιουργηθεί **Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης**, η οποία έχει ως αποστολή τον εθνικό σχεδιασμό, την καθοδήγηση και την εποπτεία των περιφερειακών μονάδων, καθώς και τη δημιουργία του πλαισίου λειτουργίας τους. Η Γενική Διεύθυνση συνεργάζεται στενά με τα αντίστοιχα τμήματα των Ιατρικών Σχολών και των ΤΕΙ, την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και τους σχετικούς επιστημονικούς φορείς.
- Σε επίπεδο περιφέρειας, πρέπει να δημιουργηθεί **Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης**. Η Διεύθυνση αυτή είναι καλά οργανωμένη και στελεχωμένη με το κατάλληλο προσωπικό. Έχει το συντονισμό των νομαρχιακών μονάδων και αναπτύσσει κινητή μονάδα για τις ανάγκες της περιφέρειας.
- Σε **κάθε νομό**, αναδιοργανώνονται ριζικά και στελεχώνονται πλήρως οι υπηρεσίες που έχουν ως αντικείμενο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη.

## **2.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Οι περισσότεροι Έλληνες πολίτες βιώνουν μια απαράδεκτη κατάσταση στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης: χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, στο ΙΚΑ - για παράδειγμα - τालαιπωρία, μεγάλες λίστες αναμονής, ουρές, έλλειψη βασικών ειδικοτήτων, τόσο στα πολυϊατρεία όσο και στα Κέντρα Υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ - και, δευτερευόντως, άλλων ταμείων - έχουν απαξιωθεί στη συνείδηση των ασφαλισμένων με αποτέλεσμα τη μεγάλη διαρροή του οικογενειακού εισοδήματος προς την ιδιωτική αγορά υγείας. Έτσι όπως έχει διαμορφωθεί η

κατάσταση σήμερα, αυτό είναι απολύτως φυσιολογικό: Οι πολίτες στερούνται του δικαιώματος ελεύθερης επιλογής γιατρού και οι υποβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας οδηγούν τους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ και στον ΟΓΑ να προσφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς, με δικά τους έξοδα. Η τάλαιπωρία γίνεται μεγαλύτερη όταν υπάρχουν επείγοντα περιστατικά και, τελικά, η έλλειψη οργανωμένου συστήματος επείγουσας Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, δυστυχώς στοιχίζει ακόμη και σε ανθρώπινες ζωές.

Ο κάθε ασφαλιστικός οργανισμός αποφασίζει το δικό του σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που θα εφαρμόσει, στα πλαίσια ενός καθαρά ασφαλιστικοκεντρικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έτσι με την πάροδο του χρόνου **αναπτύχθηκε στη χώρα μας ένα φαινόμενο μοναδικό σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ασφαλιστικά ταμεία να παράγουν μόνα τους υπηρεσίες υγείας.** Σε όλες αυτές τις χώρες, η αρχή που εφαρμόζεται είναι τα ασφαλιστικά ταμεία να αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από ένα σύστημα που οργανώνεται από την Πολιτεία και εποπτεύεται από αυτή. Η πολιτεία, υπεύθυνη για τη χάραξη της πολιτικής υγείας, ενώ θα έπρεπε να καθορίσει ένα θεσμικό πλαίσιο υποχρεώσεων των ασφαλιστικών φορέων, περιορίζεται μόνο στο να καλύπτει τα ελλείμματα που οι αποφάσεις των ασφαλιστικών ταμείων δημιουργούν.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι τα προβλήματα, οι στρεβλώσεις και οι ελλείψεις στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη επιδρούν έντονα και αρνητικά και στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Το αποτέλεσμα είναι χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας με ιδιαίτερα υψηλό κόστος, τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη.

Τι πρέπει να αλλάξει στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη:

Αυτή η σημερινή κατάσταση δεν πάει άλλο. Απαιτείται ριζική και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της παθογένειας του συστήματος και όχι αποσπασματικά μέτρα.



Το πρόγραμμά μας προβλέπει ένα νέο σύστημα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, του οποίου **βασική αρχή είναι η δυνατότητα επιλογής γιατρού από τον ασθενή.**

Άλλωστε, το δικαίωμα αυτό είναι κατοχυρωμένο, με διαφορετικό τρόπο σε κάθε χώρα, σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στόχος του προγράμματός μας είναι: **όλοι οι Έλληνες να μπορούν ελεύθερα να επιλέξουν το γιατρό τους και να αξιοποιηθεί το σύνολο του ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού της χώρας.** Αυτό άλλωστε επιτάσσει και η αρχή του σεβασμού της ελεύθερης βούλησης του κάθε πολίτη.

Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός προβλέπουμε:

- Την **καθιέρωση εθνικής συλλογικής σύμβασης** βάσει της οποίας οι ιδιώτες γιατροί που την αποδέχονται μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους **ΙΚΑ, Δημοσίου, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ.** Το ίδιο ισχύει και για όσα άλλα ταμεία επιθυμούν να ενταχθούν στο σύστημα αυτό.
- Την εθνική συλλογική σύμβαση, η οποία τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, **υπογράφουν όσοι γιατροί επιθυμούν να συμμετέχουν στο σύστημα.** Δικαίωμα υπογραφής έχουν μόνο γιατροί, οι οποίοι δεν έχουν καμία εργασιακή σχέση με το Δημόσιο, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα.
- Ο κάθε ασθενής μπορεί να **επιλέγει** γιατρό από τους συμβεβλημένους.
- Οι **όροι συνεργασίας των γιατρών, οι υποχρεώσεις και οι αμοιβές τους** συναποφασίζονται από την Πολιτεία, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Πανελλήνια Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς.
- Την καθιέρωση της **αμοιβής των συμβεβλημένων γιατρών κατά ιατρική επίσκεψη και πράξη.**

- Καθιερώνεται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος για κάθε ασθενή, ο οποίος ενημερώνεται με ευθύνη του ιδίου και των γιατρών, που τον παρακολουθούν και τον συνοδεύει σε κάθε ιατρική επίσκεψη και πράξη. Ειδική μέριμνα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
- Είναι φυσικό ότι πρέπει να υπάρχει και να οργανωθεί πλήρως σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο αυστηρός και αποτελεσματικός ελεγκτικός μηχανισμός.

### ΤΟ ΝΕΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

- Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, Δημοσίου, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ θα έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού
- Καθιέρωση εθνικής συλλογικής σύμβασης ιδιωτών γιατρών με ασφαλιστικά ταμεία
- Όσοι ιδιώτες γιατροί επιθυμούν, θα μπορούν να υπογράψουν τη σύμβαση και να συμμετέχουν στο σύστημα
- Οι όροι συνεργασίας συναποφασίζονται από την Πολιτεία, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς
- Ο ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα από το σύνολο των συμβεβλημένων γιατρών
- Καθιερώνεται η αμοιβή των συμβεβλημένων γιατρών κατά ιατρική επίσκεψη και πράξη
- Αξιοποιείται το σύνολο του ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού
- Καθιερώνεται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος για κάθε ασθενή
- Οργανώνεται αυστηρός και αποτελεσματικός ελεγκτικός μηχανισμός σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο

## 10 βήματα για την πλήρη εφαρμογή του Νέου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Θα πρέπει ιδιαίτερα να τονισθεί ότι η ριζοσπαστική αλλαγή του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με δυνατότητα επιλογής γιατρού, απαιτεί πιλοτική εφαρμογή, χρόνο προσαρμογής και φυσικά μια σειρά από, ανύπαρκτες σήμερα, προϋποθέσεις.

Γι' αυτό προβλέπουμε:

- **Επανακωδικοποίηση του συνόλου των ιατρικών πράξεων** με βάση τα σημερινά ευρωπαϊκά και διεθνή δεδομένα. Πλήρης απαγόρευση της άσκησής τους από μη γιατρούς.
- **Οριοθέτηση των απαραίτητων ιατρικών πράξεων (συνοδοί πράξεις)** που περιλαμβάνονται στην ιατρική επίσκεψη της κάθε ειδικότητας και που δεν θα αμείβονται ξεχωριστά, αλλά περιλαμβάνονται στην αμοιβή της επίσκεψης.
- **Κοστολόγηση των ιατρικών επισκέψεων, αλλά και των πράξεων που δεν περιλαμβάνονται στην επίσκεψη.**

Τα δύο παραπάνω μέτρα κρίνονται αναγκαία, αφού σύμφωνα με τη σημερινή πρακτική, μόνο το 1/4 των δαπανών στο δημόσιο τομέα αναφέρεται στο κόστος των επισκέψεων, ενώ τα υπόλοιπα προέρχονται από συνοδούς πράξεις οι οποίες δεν είναι πάντα αναγκαίες. Έτσι, μπορεί να επιτευχθεί η αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων, η μείωση των δαπανών, αλλά και η καλύτερη αμοιβή των ιατρικών επισκέψεων.

- **Σαφή περιγραφή των υποχρεώσεων των συμβεβλημένων γιατρών.** Μεταξύ των άλλων υποχρεούνται σε «ελάχιστο ωράριο» εργασίας και σε τακτικές εφημερίες, είτε σε κέντρα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών είτε στα ιατρεία τους, ανάλογα με την ειδικότητα και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Επίσης, υποχρεούνται σε κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

• **Δημιουργία αστικών κέντρων υγείας, τα οποία εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, που λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως με αποστολή κυρίως την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.** Επίσης, αποστολή τους είναι η παροχή υπηρεσιών σε ειδικές ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, χρονίως πάσχοντες, απόρους και ανασφάλιστους. Θα προκύψουν κυρίως από μετεξέλιξη μέρους των σημερινών πολυϊατρείων του ΙΚΑ και θα είναι χωροταξικά κατανεμημένα, κατόπιν μελέτης, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους.

**Τα αστικά κέντρα υγείας θα καλύψουν το κενό που υπάρχει σήμερα στην επείγουσα περίθαλψη, αλλά ταυτόχρονα θα συμβάλλουν καθοριστικά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, λειτουργώντας ως «φίλτρα».** Έτσι θα πάψουμε να βλέπουμε τις γνωστές εικόνες ντροπής, κυρίως στα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι με τον τρόπο αυτό θα σωθούν ανθρώπινες ζωές. Με τη λειτουργία τους θα αναβαθμιστεί σημαντικά όχι μόνο η Πρωτοβάθμια, αλλά και η Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

• Με την ολοκλήρωση της εφαρμογής του συστήματος, όσα πολυϊατρεία του ΙΚΑ δεν θα έχουν μετεξελιχθεί σε αστικά κέντρα υγείας, δεν θα χρειάζονται πλέον και θα πάψουν να λειτουργούν. **Από τους γιατρούς του ΙΚΑ, άλλοι θα επιλέξουν την εθνική συλλογική σύμβαση, ένας σημαντικός αριθμός θα ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας με τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ για τη λειτουργία των αστικών κέντρων υγείας και ορισμένοι θα καλύψουν τις υπόλοιπες δραστηριότητες του ασφαλιστικού φορέα.**

• Στο δεύτερο και τελικό στάδιο εφαρμογής του συστήματος, θα καθιερωθεί και ο **Θεσμός του οικογενειακού γιατρού,** ο οποίος δεν θα αμείβεται κατά ιατρική πράξη, αλλά ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που τον επιλέγουν. Ο οικογενειακός γιατρός θα είναι γιατρός γενικής ιατρικής, παιδίατρος ή ειδικός παθολόγος.

Στις υποχρεώσεις του οικογενειακού γιατρού περιλαμβάνονται η παρακολούθηση της πορείας της υγείας του ασθενή, η καθοδήγησή του και ο συντονισμός - όποτε είναι ανάγκη - των ειδικών γιατρών. Επίσης, σε συνεργασία με τον ασθενή αλλά και τους άλλους γιατρούς, έχει την ευθύνη για την ενημέρωση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Αυτή ακριβώς είναι και η σύγχρονη αντίληψη της έννοιας του οικογενειακού γιατρού μέσα στις ανάγκες και τις ήδη διαμορφωμένες συνθήκες των σημερινών κοινωνιών.

Σε αυτό το τελικό στάδιο, η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα παρέχεται ισότιμα σε όλους, ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκουν.

- Όλες αυτές οι αλλαγές είναι ριζοσπαστικές για τα ελληνικά δεδομένα και δεν μπορούν, φυσικά, να γίνουν από τη μία μέρα στην άλλη. Χρειάζεται ένα καλά μελετημένο χρονοδιάγραμμα εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων, το οποίο όμως να τηρείται με αποφασιστικότητα.

Απαιτείται πρώτα απ' όλα η πιλοτική εφαρμογή της επιλογής γιατρού για ένα χρόνο σε ένα Νομό που να έχει στη σύνθεσή του αστικούς, ημιαστικούς και αγροτικούς πληθυσμούς. Τα λειτουργικά και οικονομικά αποτελέσματα της πιλοτικής εφαρμογής μελετώνται και γίνονται οι όποιες διορθωτικές αλλαγές κριθούν αναγκαίες, ώστε να προχωρήσει η πολιτεία σε καθολική εφαρμογή του συστήματος.

- Η πιλοτική εφαρμογή, εκτός των άλλων, θα οδηγήσει στη δημιουργία πλέγματος συγκεκριμένων κινήτρων και αντικινήτρων για ασθενείς και γιατρούς, ώστε να αποφευχθεί η κατάχρηση του δικαιώματος ελεύθερης επιλογής γιατρού. Όταν παρατηρείται κακή χρήση στην άσκηση του δικαιώματος, αυτό θα συνεπάγεται για τον ασθενή συμμετοχή στις δαπάνες και για το γιατρό χρηματική επιβάρυνση και διακοπή της σύμβασης για σημαντικό χρονικό διάστημα. Αντιστοίχως, θα θεσπιστούν κίνητρα για την καλή χρήση του δικαιώματος.

• Ο κάθε ασφαλισμένος δικαιούται **συγκεκριμένο συνολικό αριθμό επισκέψεων** για όλους τους γιατρούς που ο ίδιος έχει επιλέξει και ο οποίος καθορίζεται βάσει των διεθνών προδιαγραφών και των αποτελεσμάτων της πιλοτικής εφαρμογής του συστήματος. Εάν χρειαστούν επιπλέον επισκέψεις, σε αυτές αρχίζει η σταδιακή συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη. **Ο περιορισμός αυτός δεν ισχύει για τις περιπτώσεις χρόνιων ή ανίατων ασθενειών**, για τις οποίες γίνονται ειδικές ρυθμίσεις.

Όμως όλοι οι ασφαλισμένοι, δεν έχουν περιορισμό στον αριθμό επισκέψεων στον οικογενειακό γιατρό, στα αστικά κέντρα υγείας, τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία.

### 2.3 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ένα σύγχρονο Σύστημα Υγείας οφείλει να μεριμνά αποτελεσματικά για τη στοματική υγεία των πολιτών, τόσο προληπτικά, όσο και θεραπευτικά.

Στη χώρα μας, ο σχεδιασμός της Οδοντιατρικής Περίθαλψης έγινε χωρίς κανένα προγραμματισμό και κυριάρχησε ο αυτοσχεδιασμός και η προχειρότητα.

Στους ασφαλιστικούς οργανισμούς Δημοσίου, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΙΚΑ, οι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν καθόλου οδοντιατρική περίθαλψη ή έχουν πολύ χαμηλού επιπέδου. Το αποτέλεσμα είναι η μέγιστη πλειοψηφία των ασφαλισμένων σε αυτούς τους οργανισμούς να υποχρεώνεται να στραφεί στην ιδιωτική περίθαλψη. Συγκεκριμένα:

- **Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ** έχουν οδοντιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνο αυτή που παρέχεται στα κέντρα υγείας.
- **Οι ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ** μόνο για τα παιδιά έως 16 ετών και αποκλειστικά για θεραπευτικές πράξεις.
- **Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου** έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής οδοντιάτρου, αλλά τυπικά μόνο δικαιούνται

οδοντιατρικής περίθαλψης. Με δεδομένη την από πολλών ετών καταγγελία των σχετικών συμβάσεων από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία - σε συνδυασμό με την καθήλωση των τιμών των οδοντιατρικών πράξεων σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα - έχει ουσιαστικά αχρηστευτεί αυτό το δικαίωμά τους.

- **Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ** είναι οι μόνοι που έχουν οδοντιατρική περίθαλψη, αν και συνήθως χαμηλής ποιότητας, με δαπάνες του ασφαλιστικού τους οργανισμού. Σήμερα καλύπτονται στο θέμα αυτό από τα οδοντιατρικά τμήματα των πολυϊατρείων και τις μονάδες ορθοδοντικής, παιδοοδοντικής και προσθετικής του Ιδρύματος. Όμως, κατά γενική ομολογία, οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι χαμηλής ποιότητας. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, κάνει χρήση μόνο το 20-25% και οι υπόλοιποι προτιμούν να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα, με δικές τους δαπάνες.

Στο νέο σύστημα για την οδοντιατρική περίθαλψη, προβλέπουμε:

- **Πρώτο στάδιο**

- Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ θα καλύπτονται οδοντιατρικά με τον ίδιο τρόπο που ισχύει σήμερα.
- **Οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου θα έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής οδοντιάτρου** για προληπτικές και θεραπευτικές πράξεις, με ποσοστό συμμετοχής σε αυτές.

Η ελεύθερη επιλογή γίνεται μεταξύ των οδοντιάτρων που έχουν υπογράψει την εθνική συλλογική σύμβαση. Οι όροι συνεργασίας των οδοντιάτρων και η αμοιβή τους κατά πράξη συναποφασίζεται από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, μετά από **επανακοστολόγηση** των οδοντιατρικών πράξεων.

Επιπλέον, οι άμεσα ασφαλισμένοι **θα δικαιούνται επιδόματος για τις προσθετικές εργασίες**, το οποίο θα αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο ποσό, ανάλογα με τη φύση της εργασίας. Η ρύθμιση αυτή ισχύει και για όσα ορθοδοντικά περιστατικά

κρίνεται από ειδική επιστημονική επιτροπή ότι έχουν ανάγκη αντιμετώπισης.

• **Δεύτερο στάδιο**

– Το **δικαίωμα ελεύθερης επιλογής** για προληπτικές και θεραπευτικές πράξεις και με ποσοστό συμμετοχής, θα επεκταθεί και για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ.

– Ειδικότερα, για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ διατηρούνται σε λειτουργία οι μονάδες Ορθοδοντικής, Παιδοδοντικής και Κινητής Προσθετικής που υπάρχουν, καθώς και τα σχετικά εργαστήρια.

– Οι ασφαλισμένοι όλων των ταμείων θα μπορούν να επισκέπτονται τα αστικά Κέντρα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας για την αντιμετώπιση επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών.

• **Τελικός στόχος** είναι, σε επόμενο στάδιο, ό,τι ισχύει για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου να ισχύσει και για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ.

Ποιοι φορείς θα παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Τελικά, οι υπηρεσίες υγείας στο νέο σύστημα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, όταν αυτό ολοκληρωθεί, θα παρέχονται από:

**Τους ιδιώτες γιατρούς και οδοντιάτρους που έχουν συμβληθεί με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω της εθνικής συλλογικής σύμβασης** και για τους οποίους θα ισχύει το δικαίωμα επιλογής του ασθενούς. Η σύμβαση ισχύει για τους ασφαλισμένους σε Δημόσιο, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και σε όσα από τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία επιθυμούν να ενταχθούν σε αυτό το σύστημα.



**Επισημαίνεται ότι οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, έχουν δικαίωμα επιλογής γιατρού για τις ειδικότητες που δεν υπάρχουν στα κέντρα υγείας.**

- **Τα αστικά Κέντρα Υγείας**, τα οποία θα λειτουργούν σε 24ωρη βάση.
- **Τα Κέντρα Υγείας και τα αγροτικά ιατρεία**, τα οποία διατηρούνται και στο νέο σύστημα. Στα Κέντρα Υγείας καλύπτονται οι ελλείψεις σε προσωπικό και σε εξοπλισμό.
- **Τις κινητές μονάδες ιατρείων**, όπου οι γεωγραφικές συνθήκες της χώρας το επιβάλλουν.
- **Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων**, τα οποία μπορεί να επισκέπτεται ο ασθενής μόνο κατόπιν παραπομπής από τα αστικά Κέντρα Υγείας, τα Κέντρα Υγείας, τα αγροτικά ιατρεία ή το γιατρό που ο ίδιος έχει επιλέξει.

Για την πληρότητα του συστήματος προβλέπουμε:

- **Την πλήρη αναδιοργάνωση του ΕΚΑΒ** το οποίο παραμένει Ν.Π.Δ.Δ., με τη δημιουργία σύγχρονων μονάδων ταχύτατης διακομιδής ασθενών, πλήρως εξοπλισμένων και επανδρωμένων με το απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό.
- **Τη δημιουργία ειδικών κινητών μονάδων** για το νησιωτικό χώρο και τις ορεινές περιοχές.

## **2.4 Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ**

Σήμερα, η κατάσταση στα νησιά μας είναι πραγματικά αποκαρδιωτική και δεν ταιριάζει σε μια σύγχρονη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εικόνα είναι, λίγο ή πολύ, γνωστή σε όλους. Τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας όπου υπάρχουν, έχουν μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και σε υποδομές και πολλά από αυτά υπολειπούνται, ενώ και οι προβλεπόμενες επισκέψεις γιατρών είναι αποσπασματικές και τελικά αναποτελεσματικές. Επιπλέον, το σύστημα διακομιδής ασθενών

πάσχει και, δυστυχώς, αυτό έχει αποδειχθεί με τον πιο δραματικό τρόπο.

### **Τι πρέπει να αλλάξει**

Για την αποτελεσματικότερη προσφορά υπηρεσιών υγείας στο νησιωτικό χώρο, απαιτείται να γίνει:

- **Πλήρη οργάνωση νοσοκομειακών μονάδων σε επιλεγμένα νησιά**, ώστε να μην αποτελεί μοναδική λύση η μεταφορά ασθενών στην Αθήνα. Οι νοσοκομειακές αυτές μονάδες θα στελεχωθούν με το αναγκαίο προσωπικό και θα εφοδιαστούν με τον πλέον σύγχρονο εξοπλισμό. Θα αναπτύξουν όλα τα τμήματα μεταξύ των οποίων και μονάδα εντατικής θεραπείας και μονάδα αιμοκάθαρσης έτσι ώστε να είναι σε θέση να καλύψουν όλες τις ανάγκες της δευτεροβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Για τη στελέχωση αυτών των νοσοκομειακών μονάδων, θα δοθούν επιπλέον κίνητρα.
- **Συστηματική χρήση της τηλεϊατρικής**, από τις νοσοκομειακές μονάδες και τα Κέντρα Υγείας της οποίας οι δυνατότητες δεν αξιοποιούνται σήμερα, ενώ μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο στήριγμα της προσπάθειας των γιατρών στα νησιά.
- **Στελέχωση των Κέντρων Υγείας** με γιατρούς ειδικοτήτων, το αναγκαίο νοσηλευτικό προσωπικό και εφοδιασμό τους με σύγχρονο εξοπλισμό ώστε να μπορούν να λειτουργούν ως μικρές νοσοκομειακές μονάδες.
- **Τακτικές επισκέψεις στα νησιά ειδικών κινητών μονάδων**. Θα έχουν γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων και θα υποστηρίζονται από κινητά εργαστήρια (μικροβιολογικά, ακτινολογικά κ.λπ.). Οι επισκέψεις αυτές θα είναι συστηματικές και όχι αποσπασματικές όπως γίνεται σήμερα.
- **Αποτελεσματικό σύστημα διακομιδής ασθενών**, με πλήρη αναδιοργάνωση του ΕΚΑΒ. Ενίσχυση του στόλου του ΕΚΑΒ με επιπλέον ελικόπτερα βαρέως τύπου τα οποία μπορούν να κινούνται και με δυσμενείς καιρικές συνθήκες που συνήθως επικρατούν στο Αιγαίο.

### 3. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου – χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- **Κρατικά του ΕΣΥ**, στα οποία υπηρετούν γιατροί του ΕΣΥ.
- **Πανεπιστημιακά**, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του ΕΣΥ Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- **Στρατιωτικά**, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- **Ειδικού καθεστώτος** στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- **Ιδιωτικά Θεραπευτήρια**

Για την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη οργάνωση της δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, πρέπει να προβλεφθεί:

- Τα νοσοκομεία του ΙΚΑ μετατρέπονται σε αυτοτελή κρατικά νοσοκομεία ή παραρτήματα νοσοκομείου. Παύουν, δηλαδή, να είναι νοσοκομεία αποκλειστικά για τους ασφαλισμένους σε αυτόν τον οργανισμό, αλλά εντάσσονται στο πλέγμα των κρατικών νοσοκομείων.

- Δημιουργούνται δύο αμιγώς πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ένα στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη, τα οποία θα προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευση και ερευνητικό έργο. Σήμερα, οι πανεπιστημιακές κλινικές των Ιατρικών Σχολών Αθήνας και Θεσσαλονίκης στεγάζονται σε διάφορα νοσοκομεία που έχουν και κλινικές του ΕΣΥ, ενώ δεν υπάρχει κανένα πλήρες αμιγώς πανεπιστημιακό νοσοκομείο (το Αιγινίτειο και το Αρεταίειο είναι εξειδικευμένα νοσοκομεία).

Στην Αθήνα, με δεδομένο ότι το νοσοκομείο Χαϊδαρίου θα λειτουργήσει ως πανεπιστημιακό, το θέμα δεν επείγει, αν και θα εξακολουθήσει να υφίσταται η ανάγκη να δημιουργηθεί ένα αμιγώς πανεπιστημιακό νοσοκομείο κοντά στην Ιατρική σχολή. Στη Θεσσαλονίκη όμως επείγει, διότι δεν υπάρχει κανένα αποκλειστικά πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Είτε το ΑΧΕΠΤΑ είτε το Ιπποκράτειο θα εκσυγχρονιστεί και θα γίνουν οι αναγκαίες επεκτάσεις, ώστε να γίνει αμιγώς πανεπιστημιακό.

Στις υπόλοιπες Ιατρικές σχολές, λειτουργούν ήδη σύγχρονα νοσοκομεία τα οποία κατασκευάστηκαν εξ αρχής ως πανεπιστημιακά και στα οποία στεγάζονται όλες οι πανεπιστημιακές κλινικές.

### 3.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η οργάνωση του σύγχρονου συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης που προτείνουμε, στηρίζεται στους παρακάτω βασικούς άξονες:

- Τα νοσοκομεία θα παρέχουν μόνο Δευτεροβάθμια περίθαλψη - και όχι και Πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως σήμερα.

- **Μεταφέρονται όσες ιατρικές πράξεις** είναι επιστημονικά δυνατόν, από τη Δευτεροβάθμια στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έτσι θα ανακουφιστούν τα νοσοκομεία από πράξεις που δεν αντιστοιχούν σε αυτά, θα βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και θα μειωθεί το κόστος.
- Με την εφαρμογή του συστήματος ελεύθερης επιλογής γιατρού, ο ασφαλισμένος (σε ταμείο που είναι συμβεβλημένο με την εθνική συλλογική σύμβαση) μπορεί να επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία ή να εισαχθεί στο νοσοκομείο, μόνο όταν **παραπέμπεται σ' αυτό από γιατρό του νέου συστήματος ή από τα αστικά κέντρα υγείας ή τα κέντρα υγείας**. Εξαιρούνται ασφαλώς οι επείγουσες περιπτώσεις, τα ατυχήματα, οι απαιτούμενες επανεξετάσεις μετά από νοσηλεία, οι επισκέψεις σε ειδικά ιατρεία αναφοράς κ.λπ.
- **Ο ασθενής συνοδεύεται πάντα από τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελό του**, στον οποίο αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η κατάσταση του, η συμπτωματολογία του και η αναγκαιότητα της παραπομπής ή διακομιδής του.
- Η λειτουργία των αστικών κέντρων υγείας, όπως αναφέρεται και στο κεφάλαιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, **θα συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από επείγοντα περιστατικά**.

**Ποια τα οφέλη από τις αλλαγές που προτείνονται:**

Ποια τα οφέλη από τις αλλαγές που προτείνονται:

Με την εφαρμογή των παραπάνω:

- α) **Περιορίζεται** ο υπερβολικός αριθμός των ασθενών για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων
- β) Τα χρόνια περιστατικά **παύουν** να βαπτίζονται «οξέα» προκειμένου να ξεπεραστούν οι λίστες αναμονής

γ) **Περιορίζονται** οι άσκοπες εργαστηριακές εξετάσεις και λοιπές ιατρικές πράξεις

Αποτέλεσμα είναι η **αποσυμφόρηση** των νοσοκομείων, η **βελτίωση** της αποδοτικότητας και της ποιότητας υπηρεσιών τους και, φυσικά, η **μείωση** του κόστους λειτουργίας τους.

### **Πρόσθετες επικουρικές αλλαγές**

Για την καλύτερη λειτουργία της Δευτεροβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, επικουρικά με τα παραπάνω, προβλέπουμε:

- **Κατάρτιση ενός νέου υγειονομικού χάρτη**, βάσει του οποίου **θα ανακαινιστούν**, όπου είναι δυνατό, τα υπάρχοντα νοσοκομεία και στις λίγες περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο **θα κατασκευαστούν νέα**.

**Στη Θεσσαλονίκη**, είναι ανάγκη να κατασκευαστεί ένα νοσοκομείο Παιδών, αφού είναι απαράδεκτο ολόκληρη η Βόρεια Ελλάδα να στερείται ενός νοσοκομείου αυτής της κατηγορίας.

- **Έλεγχος όλων των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας** που στεγάζονται σε κτίρια πολλών δεκαετιών. Ακριβής καταγραφή της σημερινής κατάστασης σε ό,τι αφορά την αντισεισμικότητα, την πυρασφάλεια, την πυροπροστασία, ως και για τους απαραίτητους κανόνες περί ακτινοπροστασίας και γενικά υγιεινής του χώρου.

Βάσει αυτής της καταγραφής θα γίνουν οι αναγκαίες παρεμβάσεις, ώστε να εκσυγχρονιστούν οι υποδομές των νοσοκομείων. Σήμερα, άλλωστε, υπάρχουν ακόμη νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν υποτυπωδώς.

**Νοσοκομεία που δεν τηρούν τους βασικούς κανόνες υγιεινής και προστασίας, δεν μπορεί να συνεχίσουν τη λειτουργία τους, αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα.**

## **3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Υπεύθυνη πολιτική στον τομέα της Υγείας, σημαίνει ότι πρέπει να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο δυνατό κοινωνικό όφελος, χωρίς να γίνεται σπατάλη χρημάτων του φορολογούμενου πολίτη. Στόχος είναι να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι, μεταξύ άλλων, να γίνουν σημαντικές παρεμβάσεις στη λειτουργία και τη διοίκηση των νοσοκομείων.

### Τι πρέπει να αλλάξει στη λειτουργία των νοσοκομείων

Γι' αυτό μπορεί να προβλεφθεί:

- **Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από περιστατικά πρωτοβάθμιας περίθαλψης.** Αυτό θα επιτευχθεί με τις ριζικές αλλαγές που προβλέπουμε στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και με τον νέο τρόπο εισαγωγής των ασθενών στα νοσοκομεία. Έτσι, τα νοσοκομεία θα λειτουργούν αποκλειστικά ως κέντρα δευτεροβάθμιας περίθαλψης, θα βελτιωθεί κατά πολύ η αποτελεσματικότητα και η εύρυθμη λειτουργία τους και θα εξαλειφθεί το τριτοκοσμικό φαινόμενο των ράντζων.
- Τα νοσοκομεία υποβάλλονται σε συνεχή έλεγχο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, υποβάλλονται συστηματικά και με συνέχεια σε αξιολόγηση της οικονομικής τους διαχείρισης, βάσει αντικειμενικών κριτηρίων κόστους – παραγωγικότητας. Το ζητούμενο είναι η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με παράλληλη μείωση των ημερών νοσηλείας. Ο στόχος είναι να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε υγιείς και αποτελεσματικούς οργανισμούς, ο πολίτης να απολαμβάνει υπηρεσίες υψηλού επιπέδου και, ταυτόχρονα, να ανακουφιστεί από την πολλαπλή έμμεση και άμεση επιβάρυνσή του από το υπέρογκο δημόσιο χρέος.
- **Επέκταση του θεσμού της μονοήμερης νοσηλείας σε όλα τα νοσοκομεία** με συγκεκριμένες και σαφείς προδιαγραφές για το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

- **Καθιέρωση του Θεσμού της κατ' οίκον νοσηλείας και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του δικτύου κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας εκτός νοσοκομείων.** Η συστηματική εφαρμογή αυτών των μέτρων, καθώς και του Θεσμού της μονοήμερης νοσηλείας, θα μειώσει το χρόνο νοσηλείας, με φυσικό αποτέλεσμα την εξυπηρέτηση περισσότερων ασθενών και την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.
- **Δημιουργία οργανωμένων κέντρων με εξειδίκευση σε συγκεκριμένο αντικείμενο,** με σκοπό να αναδειχθούν σε ολοκληρωμένες μονάδες με πανελλήνια εμβέλεια. (Π.χ. πρέπει να δημιουργηθεί ένα πνευμονολογικό κέντρο σε μία περιβαλλοντικά επιβαρημένη περιοχή.)
- **Δημιουργία τραυματολογικών κέντρων,** σωστά χωροταξικά κατανομημένων. Σε πρώτη φάση, θα δημιουργηθούν κατά προτεραιότητα τουλάχιστον δύο τέτοια Κέντρα σε νοσοκομεία πόλεων κατά μήκος της εθνικής οδού.
- **Ενίσχυση της Γναθοχειρουργικής σε επιλεγμένα Νοσοκομεία και δημιουργία Κέντρων Σχιστιών και Στοματολογικών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη** συνδεδεμένα με τις Οδοντιατρικές Σχολές.
- **Αντιμετώπιση, με προτεραιότητα και συνέπεια, του ακανθώδους προβλήματος ελλείψεως Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, που παρουσιάζεται στη χώρα μας.** Ο αριθμός και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών των Μ.Ε.Θ. σε κάθε χώρα, εκφράζει και το επίπεδο υγειονομικού πολιτισμού της. Δυστυχώς, τα επιτεύγματα της χώρας μας στον τομέα αυτό είναι πενιχρά.

Γι' αυτό θα συμπληρωθούν με ταχείς ρυθμούς οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και σε εξειδικευμένο προσωπικό. Παράλληλα, αυξάνονται οι κλίνες, ώστε σταδιακά να φτάσουμε στα επίπεδα της Ε.Ε., ξεκινώντας από όσα νοσοκομεία έχουν πάνω από 200 κλίνες, αλλά και όσα βρίσκονται σε νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Επιπλέον, με την εφαρμογή



προγράμματος μετεκπαίδευσης θα δημιουργηθεί το απαραίτητο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

**Για τη βελτίωση της υποδομής των νοσοκομείων, προβλέπουμε τη σταδιακή εφαρμογή των εξής μέτρων:**

- **Κατάργηση των πολύκλινων δωματίων νοσηλείας, ώστε κάθε νοσοκομείο να διαθέτει μόνο δωμάτια νοσηλείας από 1 έως 4 κλίνες.**
- **Κάθε δωμάτιο νοσηλείας να έχει τον απαραίτητο ιατρικό και ξενοδοχειακό εξοπλισμό και σύστημα κλιματισμού.**
- **Οι μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες να διαθέτουν τμήμα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας, πλήρες ακτινοδιαγνωστικό τμήμα με αξονικό, μαγνητικό τομογράφο, υπερηχοτομογράφους και λοιπό εξοπλισμό για την αντιμετώπιση όλων των περιστατικών.**
- **Έμφαση δίνεται στην καθαριότητα, τη λειτουργικότητα και τη βελτίωση της αισθητικής των χώρων.**

Σήμερα είναι δεδομένο ότι η κακή υποδομή στα δημόσια νοσοκομεία, το επίπεδο της λειτουργίας τους, η συμφόρησή τους πολλές φορές, αλλά και η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών τους, αναγκάζουν πολλούς ασφαλισμένους να καταφεύγουν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια με δικές τους δαπάνες. Αυτή η τάση πρέπει να αναστραφεί. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν και τον ιατρικό τεχνολογικό εξοπλισμό και την ποιότητα του ιατρικού δυναμικού που μπορούν να στηρίξουν την αναστροφή αυτού του κλίματος.

Με την υλοποίηση των προτάσεών μας: την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, την εύρυθμη λειτουργία τους και τη βελτίωση της υποδομής τους, θα βελτιωθεί κατά πολύ το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν.

Στόχος μας επιπλέον είναι τα δημόσια νοσοκομεία να γίνουν ανταγωνιστικά και να προσελκύσουν ασφαλισμένους, αποκλειστικά ή επικουρικά, και από τον ιδιωτικό τομέα.

### **Τι πρέπει να αλλάξει στη διοίκηση των νοσοκομείων**

Ο σημερινός θεσμός των Διοικητών των Νοσοκομείων και μάλιστα με τον τρόπο που εφαρμόστηκε, αποδείχθηκε ανεπαρκής με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία και την απόδοσή τους.

Εισάγουμε μια νέα μορφή Διοίκησης στα Νοσοκομεία, γιατί θεωρούμε ότι είναι η μόνη, ικανή και αναγκαία, να οδηγήσει τα Νοσοκομεία στις νέες απαιτήσεις και μάλιστα με ταχείς ρυθμούς.

Με βάση όλα τα παραπάνω, πρέπει να προβλεφθεί:

- **Συνύπαρξη ενός ολιγομελούς Διοικητικού Συμβουλίου και ενός Μάνατζερ υγείας** ο οποίος μετέχει ως εισηγητής στο Δ.Σ. αλλά χωρίς δικαίωμα ψήφου. Εισηγείται τα θέματα στο Δ.Σ. και είναι υπεύθυνος για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό και την υλοποίησή του, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Δ.Σ. Έχει τις εκτελεστικές αρμοδιότητες που ορίζονται από το νόμο. Ανά δύο χρόνια, κρίνεται το έργο του και αξιολογείται.
- **Αντικατάσταση των σημερινών συμβουλίων διοίκησης από κανονικά Διοικητικά Συμβούλια**, αφού είναι απαράδεκτο τα ίδια πρόσωπα να είναι ελεγκτές και ελεγχόμενοι. Τα Διοικητικά Συμβούλια είναι 7μελή. Απαρτίζονται από τον Πρόεδρο και άλλα τέσσερα μέλη που διορίζονται από την ηγεσία του Υπουργείου και από τους εκλεγμένους εκπροσώπους του επιστημονικού προσωπικού και των εργαζομένων.
- **Τη θέση του Μάνατζερ θα καλύψουν άτομα με υψηλή επιστημονική κατάρτιση και μεγάλη εμπειρία**, ιδίως σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο του Δημόσιου όσο και του Ιδιωτικού τομέα. Θα είναι θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με αποδοχές ανάλογες της δυναμικότητας του Νοσοκομείου.

• Αυτό πιστεύουμε ότι είναι το αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης των Νοσοκομείων. Στην πορεία του χρόνου και ανάλογα με το μέγεθος του Νοσοκομείου, μπορεί να κριθεί αναγκαία και η πρόσληψη πρόσθετου αριθμού στελεχών. Η διάκριση των ρόλων Δ.Σ. και Μάνατζερ είναι σαφής και δεν απέχει από τον τρόπο που δρουν και κινούνται οι Διοικήσεις των μεγάλων οργανισμών ή αυτές των Εταιριών.

### 3.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

#### Ποια είναι η σημερινή πραγματικότητα

Είναι δεδομένο ότι υπάρχει κακή διαχείριση και σπατάλη των πόρων, τόσο των ανθρώπινων όσο και των οικονομικών. Οι αιτίες είναι συγκεκριμένες:

- **Υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στο προσωπικό**, ιδίως στις ειδικότητες που σχετίζονται με τις οικονομικές υπηρεσίες και τη σύγχρονη τεχνολογία, ενώ ούτε το υπάρχον προσωπικό αξιοποιείται ορθολογικά.
- Οι προμήθειες συχνά γίνονται είτε χωρίς προγραμματισμό και χωρίς διαγωνισμό, είτε με «φωτογραφικούς» διαγωνισμούς.
- Δεν υπάρχει αντιστοιχία των προμηθειών με τις πραγματικές ανάγκες των νοσοκομείων και δεν γίνεται έλεγχος του ισοζυγίου προμηθειών και κατανάλωσης από τους ασθενείς.
- Παρατηρείται σημαντικός αριθμός μη απαραίτητων εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων.
- **Οι ισολογισμοί πολλές φορές είναι πλασματικοί**, ενώ δεν γίνεται απολογισμός στο κάθε νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν ούτε καν στοιχειώδη συμπεράσματα για το ποιο είναι το συνολικό κόστος και πώς μπορεί να περιοριστεί η σπατάλη. Και βέβαια, δεν υπάρχουν ούτε συγκριτικά στοιχεία τα οποία να επιτρέπουν τον έλεγχο.

- Επιπλέον, καθυστερεί σημαντικά η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα οι προμήθειες τελικά να επιβαρύνονται με αύξηση 20-30%, λόγω καθυστέρησης στην αποπληρωμή. Αυτό άλλωστε αποτελεί και ένα επιπλέον «παράθυρο» παράνομης συναλλαγής.

Σε τελευταία ανάλυση, αν ερωτηθεί σήμερα το υπουργείο Υγείας ποια είναι η πραγματική κατάσταση σε οποιοδήποτε νοσοκομείο, δεν θα μπορεί να απαντήσει. Για κανένα νοσοκομείο δεν υπάρχει πλήρης εικόνα. Πρόκειται για μία απαράδεκτη κατάσταση, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, ώστε να εξοικονομηθούν πόροι και ταυτόχρονα να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Χαρακτηριστικό της κατάστασης που επικρατεί στα Νοσοκομεία, είναι ότι ενώ το χρέος τους, ύψους 1 δισ. Ευρώ (340 δισ. δρχ.) ρυθμίστηκε με μεσομακροπρόθεσμο τραπεζικό δανεισμό μετά την ψήφιση μάλιστα, διάταξης που νομιμοποιούσε παράνομες συμβάσεις οι οποίες είχαν κριθεί μη πληρωτέες από το Ελεγκτικό Συνέδριο, σήμερα, τα νέα χρέη των Νοσοκομείων έχουν ξεπεράσει τα 1,2 δισ. Ευρώ (400 δισ. δρχ.).

Και ενώ το υπουργείο Υγείας, το υπουργείο Ανάπτυξης (που είναι αρμόδιο για τον προγραμματισμό μέρους των προμηθειών των Νοσοκομείων) και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, παραμένουν απλοί θεατές, τα χρέη των νοσοκομείων αυξάνονται ανεξέλεγκτα και ο φορολογούμενος πολίτης «πληρώνει τελικά τα σπασμένα». Από μελέτες που έγιναν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών προέκυψε ότι το κόστος της ατελέσφορης λειτουργίας του νοσοκομειακού συστήματος ανέρχεται περίπου στο 30% του συνολικού λειτουργικού συστήματος. Αυτό σημαίνει ότι χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση θα μπορούσε να βελτιωθεί το παραγόμενο νοσοκομειακό προϊόν κατά 30%.

### Τι πρέπει να αλλάξει

Μαγική συνταγή για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης δεν υπάρχει. Το σύστημα χρειάζεται ριζικές αλλαγές, οι οποίες πρέπει να γίνουν με ταχείς ρυθμούς. Γι' αυτό προβλέπουμε:

- **Πλήρη καταγραφή της πραγματικής εικόνας** όλων των νοσοκομείων του χώρου ευθύνης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Συστηματική και επιμελημένη διερεύνηση των αιτιών της σπατάλης πόρων που οδήγησαν στην υπερχρέωση των νοσοκομείων.

- **Οριστική ρύθμιση των χρεών των νοσοκομείων.**

- **Πλήρη αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας στη λειτουργία των νοσοκομείων.** Νέες μορφές οργάνωσης των νοσοκομείων, και ιδίως των οικονομικών υπηρεσιών, και εγκατάσταση των ενιαίων συστημάτων M.I.S. και L.I.S. Μέσω της σύγχρονης τεχνολογίας, τα νοσοκομεία συνδέονται μεταξύ τους και με το Υπουργείο. Έτσι θα υπάρχει πλήρης και συνεχής εικόνα των οικονομικών δραστηριοτήτων του κάθε νοσοκομείου και ταυτόχρονα θα είναι δυνατή η σύγκριση μεταξύ παρόμοιων πράξεων.

- **Ριζική αναμόρφωση όλων των οικονομικών υπηρεσιών των Νοσοκομείων:**

- εφαρμογή ενιαίου λογιστικού σχεδίου

- καθιέρωση του διπλογραφικού συστήματος

- υποχρεωτική εκπόνηση και δημοσίευση Ισολογισμού και συγκεκριμένων απολογιστικών στοιχείων ανά έτος, μέσα στο πρώτο τρίμηνο του επόμενου έτους.

- **Ενίσχυση με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό** των οικονομικών υπηρεσιών και των τμημάτων λογιστηρίου, προμηθειών και αποθηκών.

- Προσδιορισμό, με βάση όλα τα παραπάνω και με τη μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση, του **πραγματικού κόστους ημερήσιου νοσηλίου**.

### Νέο Σύστημα Χρηματοδότησης

Το «κλειστό νοσήλιο» το οποίο πληρώνουν σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία στα νοσοκομεία, υπολείπεται κατά πολύ του πραγματικού νοσηλίου. Το σύστημα αυτό οδηγεί τα νοσοκομεία σε μεγάλα ελλείμματα και διαρκή υποβάθμιση των υπηρεσιών τους προς τους πολίτες. Το σημαντικό είναι ότι η πραγματική δημόσια δαπάνη δεν μειώνεται από την απόκλιση από το πραγματικό νοσήλιο, γιατί τα ποσά που δεν καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί λόγω του υποτιμημένου κλειστού νοσηλίου, τα καταβάλλει στη συνέχεια το κράτος με καθυστέρηση ετών.

Είναι ανάγκη όμως να **υπολογιστεί το πραγματικό κόστος** και να υπάρξει σύγκλιση αυτών των δύο μεγεθών, για να δημιουργηθεί η δυνατότητα πραγματικής εξυγίανσης του συστήματος.

Για τον τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων προβλέπουμε:

- Σε πρώτο στάδιο, **αντικατάσταση του σημερινού κλειστού νοσηλίου με την καθιέρωση ενός «νέου τύπου νοσηλίου»**. Το νέο νοσήλιο διατηρεί τα χαρακτηριστικά του κλειστού νοσηλίου, αλλά υπολογίζονται σε αυτό οι βασικές σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές μέθοδοι που κρίνονται αναγκαίες σε κάθε περίπτωση. Έτσι θα προσεγγίσουμε περισσότερο το πραγματικό κόστος.

Το αποτέλεσμα θα είναι να εξυγιανθεί το σύστημα, αφού θα γνωρίζουμε πλέον την πραγματική κατάσταση των κλάδων υγείας των ταμείων, θα λαμβάνονται τα αναγκαία μέτρα και τα πιθανά ελλείμματά τους θα καλύπτονται από το κράτος.

• **Σταδιακή εφαρμογή της μεθόδου χρηματοδότησης με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, (D.R.G.), π.χ. καρδιοχειρουργικές, ορθοπεδικές κ.λπ.** Έτσι, η χρηματοδότηση θα γίνεται ανά ασθένεια και όχι ανά νοσηλεία. Η μέθοδος χρηματοδότησης με ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες εφαρμόζεται και έχει επεκταθεί ταχύτατα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Έχει το πλεονέκτημα, πέραν των άλλων, ότι είναι η πλέον ολοκληρωμένη μέθοδος αξιολόγησης της δραστηριότητας της κάθε νοσηλευτικής μονάδας και των επιμέρους τμημάτων.

Αξίζει να σημειωθεί το σημερινό παράδοξο: όλοι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, με ευθύνη της Πολιτείας, **χρησιμοποιούν για ορισμένες παθήσεις αυτή τη μέθοδο χρηματοδότησης στον ιδιωτικό τομέα, αλλά όχι και στα δημόσια νοσοκομεία.** Για παράδειγμα, μια καρδιοχειρουργική επέμβαση σε ιδιωτικό θεραπευτήριο πληρώνεται από το ασφαλιστικό ταμείο με 10.000 ευρώ, ενώ η ίδια επέμβαση σε δημόσιο νοσοκομείο κοστολογείται 75 ευρώ την ημέρα, δηλαδή συνολικά περίπου 1000 ευρώ.

• **Άμεση εφαρμογή στα δημόσια νοσοκομεία της μεθόδου χρηματοδότησης με βάση τις ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, για τις παθήσεις που ισχύει σήμερα στον ιδιωτικό τομέα.**

**Σταδιακά, το σύστημα θα επεκταθεί και σε άλλες κατηγορίες ασθενειών.**

#### **Ποια τα οφέλη από τις αλλαγές που προτείνονται**

Με την αλλαγή του συστήματος χρηματοδότησης, και τα νοσοκομεία θα έχουν σημαντικά έσοδα, αλλά και ένα μέρος αυτών των εσόδων θα κατανέμεται στο προσωπικό που ασχολήθηκε με την επέμβαση. Παρέχεται έτσι, ένα σημαντικό κίνητρο αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Επιπλέον, με τη μέθοδο χρηματοδότησης κατά ομοιογενείς κατηγορίες ασθενειών, διευκολύνεται η σύναψη συμβάσεων και

με τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, αλλά και η σύναψη διακρατικών συμφωνιών για τη νοσηλεία ασθενών από άλλες χώρες.

### 3.4 ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι κοινή διαπίστωση και ομολογήθηκε τόσο από την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όσο και από το υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρατηρείται μεγάλη σπατάλη πόρων. Μάλιστα, στην αιτιολογική - εισηγητική έκθεση για την ψήφιση του τελευταίου νόμου περί προμηθειών των μονάδων υγείας του ΕΣΥ αποδόθηκε η σπατάλη αυτή στους εξής λόγους:

**Πρώτον**, καθυστέρηση στην κατάρτιση του προγράμματος προμηθειών και καθυστέρηση διεξαγωγής των σχετικών διαγωνισμών.

**Δεύτερον**, έλλειψη σαφών και κοινών προδιαγραφών και ύπαρξη φαινομένων καταστρατήγησης των κανόνων στους διαγωνισμούς.

**Τρίτον**, καθυστέρηση στην εξόφληση των προμηθευτών, με αποτέλεσμα τη μεγάλη αύξηση του κόστους των προμηθειών.

**Τέταρτον**, εκμετάλλευση των νοσοκομείων από τους προμηθευτές που αποτελούν ολιγοπώλιο και «μοιράζουν» την αγορά.

Η παραδοχή αυτή έλεγε όμως μόνο τη μισή αλήθεια. Ψηφίστηκε, βέβαια, ένα νομοσχέδιο, δήθεν για να επιλύσει τα ζητήματα προμηθειών στις μονάδες υγείας, αλλά το μόνο που κατάφερε ήταν να διευρύνει ακόμα περισσότερο τα ελλείμματα στα νοσοκομεία και να ενισχύσει τις διάφορες πηγές - αιτίες σπατάλης, όπως είναι:

- Η εξουδετέρωση κάθε μορφής ελεγκτικού μηχανισμού και ουσιαστικού ελέγχου.



- Η ανάπτυξη Θεσμών αδιαφάνειας σε όλα τα επίπεδα δράσης.
- Η ατιμωρησία των υπεύθυνων και η πολιτική κάλυψη παρανομιών.
- Η διατήρηση ξεπερασμένων συστημάτων λογιστικής παρακολούθησης.
- Σοβαρές ελλείψεις σε ικανό και έμπειρο προσωπικό, ιδιαίτερα των τμημάτων λογιστηρίου, προμηθειών και αποθηκών.
- Η καθυστέρηση εκταμίευσης των κονδυλίων του κρατικού προϋπολογισμού.
- Η εσκεμμένη καθυστέρηση στην εξόφληση των προμηθευτών με σκοπό: αφενός τον εξαναγκασμό των προμηθευτών σε «συναλλαγές» και αφετέρου την εξουδετέρωση ορισμένων «μη αρεστών» προμηθευτών και τελικά την αποθάρρυνση και την απομάκρυνσή τους από τους διαγωνισμούς. Έτσι, δημιουργούνται κλειστά κυκλώματα προμηθειών.
- Η προμήθεια υλικών είτε με ανάθεση με τη μέθοδο του κατακερματισμού των προμηθειών, είτε χωρίς νέους διαγωνισμούς, με παράταση παλαιών, αναθεωρήσεις, προσθήκες κ.λπ.

### **Νέο Σύστημα Προμηθειών**

Για να αντιμετωπιστούν όλα αυτά τα προβλήματα, το σύστημα προμηθειών αλλάζει. Γι' αυτό προβλέπουμε:

- **Οι προμήθειες παγίων στοιχείων ιατροτεχνολογικού, τεχνικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού κι ορισμένες άλλες, οι οποίες θα ορίζονται με ακρίβεια σε υπουργική απόφαση, δεν θα γίνονται πλέον με τοπικούς διαγωνισμούς, αλλά από κεντρικό όργανο, μέσω διεθνούς διαγωνισμού. Στις αρμοδιότητες των νοσοκομείων παραμένουν οι προμήθειες ειδών και υπηρεσιών, οι οποίες δεν μπορούν να αποτελούν αντικείμενο του γενικού διαγωνισμού.**

- Στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συγκροτείται Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών πλήρως στελεχωμένη με το κατάλληλο προσωπικό και εξοπλισμένη με σύγχρονη τεχνολογία, η οποία υπάγεται απευθείας στον υπουργό Υγείας.
- Όλα τα νοσοκομεία της χώρας υποβάλλουν στο υπουργείο ετήσιο πρόγραμμα αναγκών, το οποίο συντάσσεται με βάση τις συνθήκες λειτουργίας τους και τον απολογισμό του προηγούμενου έτους. Βάσει αυτού του προγράμματος, η Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών διενεργεί τους διεθνείς διαγωνισμούς, όπως προβλέπεται από τις αποφάσεις του υπουργού Υγείας.
- Οι διαγωνισμοί αυτοί θα στηρίζονται σε σαφείς προδιαγραφές, θα έχουν δημόσιο και διεθνή χαρακτήρα και θα διεξάγονται με απλές και διαφανείς διαδικασίες, ώστε να αποφεύγονται καταστρατηγήσεις στους κανόνες περί διαγωνισμών και τυχόν συνθήκες ολιγοπωλίου.

#### Τι κερδίζουμε από το νέο σύστημα προμηθειών

Με όλα τα παραπάνω, εξυγιαίνεται σε μεγάλο βαθμό το σύστημα των προμηθειών και, επιπλέον, υπάρχει σαφής εικόνα των πραγματικών αναγκών των νοσοκομείων, τα οποία υποχρεώνονται σε ορθολογικό προγραμματισμό και απολογισμό. Επίσης, διευκολύνεται η σύγκριση μεταξύ των νοσοκομείων και, επομένως, ο έλεγχος και η αξιολόγησή τους.

Τι πρέπει να αλλάξει στις προμήθειες που θα διενεργούν μόνα τους τα νοσοκομεία

Σε ό,τι αφορά τις προμήθειες που γίνονται από τα νοσοκομεία, προβλέπουμε:

- Οι προμήθειες θα γίνονται βάσει προγράμματος που θα καταρτίζεται εγκαίρως και κατά τρόπο ώστε να μην καθυστερούν οι απαραίτητοι διαγωνισμοί και να αποφεύγονται προμήθειες με αναθέσεις.

- **Πλήρη οργάνωση και ενίσχυση των υπηρεσιών λογιστηρίου, προμηθειών και αποθηκών** με το αναγκαίο προσωπικό και τα απαραίτητα μέσα.
- **Όλες οι προμήθειες να γίνονται με διαφανείς διαδικασίες και δημόσιους διαγωνισμούς.** Στους διαγωνισμούς συμπεριλαμβάνεται το μεγαλύτερο μέρος από ορισμένα είδη που μέρος της τωρινής διοίκησης των Νοσοκομείων ονομάζει «μικροπρομήθειες», ώστε να σταματήσουν οι αναθέσεις αυτών των δήθεν «μικροπρομηθειών» που σήμερα καλύπτουν σημαντικό ποσοστό από το πρόγραμμα των προμηθειών των Νοσοκομείων. Σε αυτό θα διευκολυνθούν τα νοσοκομεία με την εξασφάλιση αποθηκευτικών χώρων για αναλώσιμα υλικά.
- **Για την αντιμετώπιση έκτακτων και ειδικών αναγκών θα επιτραπούν οι προμήθειες αγαθών χωρίς διαγωνισμό,** αλλά θα καθοριστεί ειδικό όριο (πλαφόν) ανά είδος και ανά τρίμηνο ή έτος. Το όριο θα είναι ανάλογο των κλινών ή της συνολικής αξίας των προμηθειών του Νοσοκομείου.
- **Αυστηρό έλεγχο** για τη συσχέτιση των ποσοτήτων που αγοράζονται με τις ποσότητες που χορηγούνται - χρεώνονται στους ασθενείς.
- **Οι ελεγκτικοί μηχανισμοί θα ενισχυθούν,** θα εξετάζουν και θα αναλύουν τα στοιχεία κόστους λειτουργίας κάθε νοσοκομείου και κάθε κατηγορίας περιστατικών.
- **Η εξασφάλιση των απαραίτητων πιστώσεων και η εκταμίευση των χρημάτων να γίνεται έγκαιρα** για να αποφεύγονται οι καθυστερήσεις στην αποπληρωμή που συνεπάγονται διογκώσεις των τιμών. Επιπλέον, με τον τρόπο αυτό αλλά και με σειρά άλλων μέτρων, θα επιδιωχθεί η δημιουργία κλίματος υγιούς ανταγωνισμού και βεβαίως η ενθάρρυνση πολύ περισσότερων προμηθευτών ή αντιπροσώπων για συμμετοχή στους εκάστοτε διαγωνισμούς.
- **Για τα αντιδραστήρια των εργαστηρίων που καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος του προγράμματος προμηθειών των**

Νοσοκομείων, **θα θεσπιστούν σύγχρονοι τρόποι διαχείρισης.** (Όπως, π.χ. συμβάσεις προμήθειας εξοπλισμού-αναλυτών και αντιδραστηρίων ή αναλώσιμων υλικών με χρέωση του Νοσοκομείου ανά διεξαγόμενη ιατρική πράξη.)

• **Οι αναλώσεις υλικών μεγάλου κόστους, θα εξετάζονται από ειδικό τμήμα της Κεντρικής Επιτροπής Προμηθειών** και θα συναρτώνται από τον αριθμό των ασθενών που κάνουν χρήση του συγκεκριμένου υλικού.

### **Νέο Σύστημα Ελέγχου των Προμηθειών**

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία και έλεγχο του συστήματος προμηθειών προβλέπουμε:

• **Δημιουργία τράπεζας πληροφοριών,** στην Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών, όπου συγκεντρώνονται από όλα τα νοσοκομεία στοιχεία για τις τιμές απόκτησης των αγαθών και η σύγκριση των τιμών της ελληνικής αγοράς με τις διεθνείς αγορές.

• **Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της σύγχρονης τεχνολογίας** (π.χ. εγκατάσταση Δικτύου) για την άμεση και συνεχή παρακολούθηση της πορείας κάθε διαγωνισμού, την έκδοση συγκριτικών στοιχείων για την προμήθεια ομοειδών υλικών και, γενικότερα, τη συσχέτιση των προμηθειών με τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

## **3.5 ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

### **Ποια είναι η σημερινή πραγματικότητα**

Οι τελευταίες αλλαγές που έγιναν στο ΕΣΥ περιορίστηκαν, στην ουσία, στη δημιουργία των πολυδάπανων ΠΕΣΥΠ και στην επέκταση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στους πανεπιστημιακούς γιατρούς και στη δυνατότητα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής από τους γιατρούς του ΕΣΥ και τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, σε απογευματινά ιατρεία εντός των νοσοκομείων.

Η πράξη απέδειξε ότι τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία εντός των νοσοκομείων καταστρατηγούν το δημόσιο χαρακτήρα τους, δημιουργούν εμπόδια στην ομαλή λειτουργία τους και καταργούν στην πράξη την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτά. Επιπλέον, το μέτρο αυτό αφήνει «παράθυρα» καταστρατήγησης, όπως ιατρικές πράξεις του πρωινού ωραρίου οι οποίες μεταφέρονται σκόπιμα το απόγευμα, με βαριά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του πολίτη. Σε ό,τι αφορά στην πολυδιαφημισμένη αύξηση των πόρων των νοσοκομείων, αποδείχθηκε στην πράξη «άνθρακες ο θησαυρός».

Η υποχρεωτική για όλους τους νοσοκομειακούς γιατρούς εργασιακή σχέση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, όχι μόνο δεν εξυπηρέτησε τον πολίτη, όπως αρχικά υποστηριζόταν, αλλά αντίθετα οδήγησε στην εμπορευματοποίηση της Υγείας και σε στρεβλώσεις και ευνόησε την ανάπτυξη της παραοικονομίας της Υγείας (το γνωστό «φακελάκι»).

Πρέπει, κυρίως, να τονιστεί πως είναι απαράδεκτο για μία ευνομούμενη Πολιτεία αυτό που συμβαίνει με τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών των νοσοκομείων. Δεν εφαρμόζεται ούτε τυπικά ούτε ουσιαστικά ο νόμος και, δυστυχώς, αυτό συμβαίνει εν γνώσει της ηγεσίας του υπουργείου Υγείας. Ο νόμος παραμένει γράμμα κενό. Σήμερα, ούτε η πλήρης απασχόληση ισχύει (οι περισσότεροι εργάζονται, ανεξέλεγκτα, με μειωμένο ωράριο) ούτε η αποκλειστική (πολλοί διατηρούν παράνομα ιδιωτικά ιατρεία, τα οποία δεν φορολογούνται).

**Αυτή η κατάσταση πρέπει να σταματήσει. Είναι ανάγκη επιτέλους τα πάντα να γίνονται με διαφάνεια και με κανόνες. Μόνον έτσι, όχι μόνο θα δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες άσκησης επαγγέλματος για τους γιατρούς, αλλά και - τελικά - θα βελτιωθεί πραγματικά η ποιότητα των υπηρεσιών που αυτοί παρέχουν στον πολίτη.**

#### **Τι πρέπει να αλλάξει**

Για τις εργασιακές σχέσεις του ιατρικού δυναμικού θα πρέπει να :

- **Καταργούνται τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία εντός των νοσοκομείων και για τους πανεπιστημιακούς και για τους γιατρούς του ΕΣΥ. Το μέτρο αυτό, αλλά και η γενικότερη οργάνωση της λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και η σχέση της με τη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, όπως έχουν ήδη αναπτυχθεί στο πρόγραμμά μας, δεν αφήνουν πλέον περιθώρια στο νοσοκομειακό γιατρό να χρησιμοποιεί το νοσοκομείο για την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής.**

- **Καθιερώνονται δύο κατηγορίες γιατρών και οδοντιάτρων του κλάδου ΕΣΥ, με δυνατότητα να επιλέξουν οι ίδιοι την εργασιακή τους σχέση: α) πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και β) πλήρους απασχόλησης.**

**Οι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δεν έχουν το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής και έχουν πρόσθετες υποχρεώσεις, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να αυξηθεί ο χρόνος λειτουργίας των νοσοκομείων προς όφελος του πολίτη. Για το λόγο αυτό, έχουν μεγαλύτερο μισθό έναντι της άλλης κατηγορίας.**

**Οι πλήρους απασχόλησης έχουν υποχρέωση πλήρους ωραρίου και μετέχουν στο πρόγραμμα εφημεριών. Έχουν το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής, εκτός νοσοκομείου και φυσικά εκτός ωραρίου, δεν έχουν όμως το δικαίωμα σύμβασης με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που συμμετέχουν στην Εθνική Συλλογική Σύμβαση και δεν μπορούν να συνεργάζονται με ιδιωτικά θεραπευτήρια.**

- **Για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύουν όλα τα ανωτέρω και διατηρούν το επίδομα εκπαίδευσης και έρευνας.**

- **Η τήρηση των κανόνων μέσα στο νοσοκομείο και ιδίως του ωραρίου, αποτελούν ευθύνη των ίδιων των γιατρών, του Διευθυντή της κλινικής και της Διοίκησης. Το ωράριο θα είναι συγκεκριμένο και πρέπει να τηρείται με αυστηρότητα και η παραβίασή του επιφέρει κυρώσεις όχι μόνο στο ιατρικό**

δυναμικό, αλλά και σε αυτούς που έχουν την ευθύνη της τήρησής του. Επίσης, αυστηρότατες κυρώσεις θα επιβάλλονται στα ιδιωτικά θεραπευτήρια τα οποία συνεργάζονται με πανεπιστημιακούς και γιατρούς του ΕΣΥ.

- Ανάλογα με τις ανάγκες των νοσοκομείων, καθιερώνεται ο **Θεσμός των συνεργατών** γιατρών με ειδικές συμβάσεις εργασίας.

- Οι αποδοχές του ιατρικού δυναμικού θα συμπληρώνονται:

- Από **πριμ παραγωγικότητας** που θα υπολογίζεται σύμφωνα με διεθνώς αναγνωρισμένους δείκτες μέτρησης. Σημειώνεται ότι αυτό το πριμ θα δίνεται σε όλους τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.

- Από **πρόσθετη αμοιβή για τις ιατρικές πράξεις που χρηματοδοτούνται από την ιδιωτική ασφάλιση.**

### **3.6 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ**

Η Πολιτεία έχει την υποχρέωση να παρέχει σε όλους τους πολίτες υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα όμως, μπορεί να δραστηριοποιείται στον τομέα της Υγείας και η ιδιωτική πρωτοβουλία.

Επειδή όμως η Υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, ο ιδιωτικός τομέας θα πρέπει να λειτουργεί με κανόνες και σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές, των οποίων την ευθύνη της εποπτείας και πιστής εφαρμογής έχει το Κράτος.

Δυστυχώς στη χώρα μας αυτές οι αυτονόητες αλήθειες αποτελούν ακόμη το ζητούμενο. Η σημερινή κατάσταση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ο δημόσιος τομέας σπάταλος και αναποτελεσματικός αποτελεί το μεγάλο ασθενή. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, πολλοί ασφαλισμένοι αποφεύγουν τα δημόσια

νοσοκομεία και προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα, με δικές τους δαπάνες.

- Ο ιδιωτικός τομέας συνεχώς επεκτείνει τις δραστηριότητές του εκμεταλλευόμενος το κενό που δημιουργεί η υποβάθμιση του δημόσιου τομέα.

- Στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία οι Έλληνες έρχονται πρώτοι μεταξύ των πολιτών της Ε.Ε. με ποσοστό δαπάνης 44% (ΟΟΣΑ 2003).

- Η εποπτεία και ο έλεγχος απουσιάζουν και δεν λειτουργούν ενιαίοι κανόνες και προδιαγραφές για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

### Τι πρέπει να αλλάξει

Για την προσφορά καλύτερων υπηρεσιών υγείας στον πολίτη, πρέπει να αξιοποιηθούν οι υπηρεσίες υγείας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη του Ιδιωτικού τομέα, αλλά με κανόνες και έλεγχο. Γι' αυτό προβλέπουμε:

• **Τροποποίηση και εκσυγχρονισμό του νομικού πλαισίου που αναφέρεται στην υλικοτεχνική υποδομή** και το οποίο θα είναι ενιαίο για τα Δημόσια Νοσοκομεία και Ιδιωτικά Θεραπευτήρια.

• **Έλεγχο όλων των ιδιωτικών Θεραπευτηρίων της χώρας**, αν πληρούν τις προβλεπόμενες προδιαγραφές υγιεινής και ασφάλειας. Ιδιωτικά Θεραπευτήρια, που δεν τηρούν αυτούς τους όρους προστασίας δεν μπορεί να συνεχίσουν την λειτουργία τους, αν δεν αντιμετωπισθούν τα προβλήματά τους.

• **Καθιέρωση σύγχρονου Οργανισμού λειτουργίας των Ιδιωτικών Θεραπευτηρίων** με λεπτομερή καταγραφή των υποχρεώσεών τους, των οργανικών θέσεων Ιατρικού, Νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.

• **Συνεχή έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της λειτουργίας των ιδιωτικών Θεραπευτηρίων.** Στόχος μας είναι όλα τα Ιδιωτικά Θεραπευτήρια - και αυτά που σήμερα δίνουν την εικόνα λαθροβιούντων γηροκομείων και προθαλάμων



«αναπηρικών» συντάξεων - να προσαρμοσθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις, να λειτουργούν συμπληρωματικά με το Δημόσιο τομέα και να εξυπηρετούν πράγματι το κοινωνικό σύνολο.

• **Θέσπιση κινήτρων για την μετατροπή ιδιωτικών Θεραπευτηρίων σε Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης με συγκεκριμένες προδιαγραφές.**

#### **4. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. κατά γενική παραδοχή, αποτελούν υπερβολική «πολυτέλεια» για το ελληνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο δεν αριθμεί περισσότερα από 100 μεγάλα και 50 μικρά νοσοκομεία. Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. ενώ στοιχίζουν πάνω από 50 δισ. δρχ. ετησίως, δεν έχουν καμία ουσιαστική χρησιμότητα. Δεν έχει βελτιωθεί κανένας δείκτης παραγωγικότητας των Νοσοκομείων.

Στην πράξη αποδείχτηκε ότι:

- **αποτελούν έναν πολυδάπανο Θεσμό**
- **αυξάνουν τη γραφειοκρατία και δημιουργούν ασφυξία στην αυτόνομη λειτουργία των νοσοκομείων**
- **αποτελούν άλλο ένα κέντρο διαπλοκής και διακίνησης «προμηθειών»**
- **στην ουσία υπηρετούν μόνο κομματικές σκοπιμότητες.**

#### **Τι πρέπει να αλλάξει**

Για όλους τους παραπάνω λόγους, προβλέπουμε:

• **την κατάργηση των ΠΕ.Σ.Υ.Π. τα οποία δεν έχουν καμία θέση στο Σύστημα Υγείας όπως οργανώνεται με τις προτάσεις μας. Έτσι θα εξοικονομηθεί μεγάλο ποσό απαραίτητο για την βελτίωση της υποδομής των Νοσοκομείων.**

Πραγματική αποκέντρωση στην Περιφερειακή Διοίκηση της Υγείας σημαίνει τα νοσοκομεία να λειτουργούν ως αυτόνομες, ολοκληρωμένες επιχειρησιακές μονάδες. Χρειάζεται όμως για

την **εποπτεία** και το **συντονισμό** τους ένα **ευέλικτο όργανο**, το οποίο θα είναι αποτελεσματικό, δεν θα εμποδίζει την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων και δεν θα είναι πολυδάπανο.

Γι' αυτό προβλέπουμε:

- Το έργο του συντονισμού και της εποπτείας των νοσοκομείων αναλαμβάνει η **Περιφερειακή Διεύθυνση Υγείας**, που υπάγεται στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και εντάσσεται στο οργανωτικό σχήμα του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας.

Στις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνεται η ευθύνη λειτουργίας των αστικών κέντρων υγείας και των κέντρων υγείας καθώς και η εποπτεία και ο συντονισμός των Υγειονομικών Υπηρεσιών της Περιφέρειας.

- Τη θέση του Διευθυντή θα καλύψουν άτομα με υψηλή επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία στο μάνατζμεντ, ιδίως σε μονάδες παροχής υγείας.

- Το έργο της Περιφερειακής Διεύθυνσης Υγείας υποστηρίζεται από το Περιφερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο. Σε αυτό μετέχουν:

- ο Διευθυντής της Περιφερειακής Διεύθυνσης Υγείας και οι διευθυντές υπηρεσιών υγείας των νομών της περιφέρειας

- οι μάνατζερ των νοσοκομείων της περιφέρειας

- εκπρόσωποι της Ιατρικής Σχολής της περιφέρειας

- εκπρόσωποι των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών συλλόγων και των συλλόγων επαγγελματιών υγείας της περιφέρειας

- εκπρόσωποι των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων της περιφέρειας.

## 5. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Είναι γνωστό ότι η αποδοτικότητα ενός συστήματος Υγείας είναι συνάρτηση αφενός μεν του βαθμού αποδοχής του από το ανθρώπινο δυναμικό, αφετέρου δε από την επιστημονική κατάρτιση, την αξιοκρατική επιλογή, από τις συνθήκες εργασίας, τις αμοιβές και το ηθικό κύρος του στην κοινωνία.

Το κύρος αυτό έχει τραυματιστεί καίρια. Η πολιτική των αντικινήτρων που δημιουργούνται με την αναξιοκρατία και τον κομματισμό, υπήρξε όχι μόνο αντιπαραγωγική, αλλά και επιβλαβής για την υγεία του ελληνικού λαού.

Η αξιολόγηση όλων των παραγόντων της Υγείας και του προσωπικού, η αξιοκρατία και η απομάκρυνση του κομματισμού αποτελούν προτεραιότητες της πολιτικής μας. Η άρτια εκπαίδευση, η μετεκπαίδευση και η συστηματική επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού είναι πρωταρχικές μας επιδιώξεις.

#### Ιατρικό προσωπικό

Στη χώρα μας, βάσει των στοιχείων που υπάρχουν, η αναλογία γιατρών προς κατοίκους είναι περίπου 1 γιατρός ανά 230 κατοίκους, ενώ η μέση σχέση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι περίπου 1 γιατρός ανά 360 κατοίκους (πηγή ΟΟΣΑ). Μάλιστα, στην Αττική ο αριθμός των γιατρών είναι πραγματικά υπερβολικός, αφού η σχέση είναι 1 προς 160.

Ενώ πολλές χώρες της Ε.Ε. έχουν πετύχει μια ισορροπία στην ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, η Ελλάδα παρουσιάζει ανεξέλεγκτη αύξησή του. Επιπλέον η ανισομερής κατανομή μεταξύ μεγάλων πόλεων και περιφέρειας, επιτείνει ακόμα περισσότερο το πρόβλημα.

Ο πληθωρισμός των γιατρών έχει ως συνέπεια:

- Την **αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας** - και επομένως την αύξηση των δαπανών της.
- Την **επιβάρυνση της εθνικής οικονομίας** με μεγάλο κόστος παραγωγής επιστημονικού δυναμικού, το οποίο δεν είναι

δυνατόν να απορροφηθεί και λόγω εξειδίκευσης δεν μπορεί να ενταχθεί αλλού.

- Την **υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών**. Έχει αποδειχθεί ότι ενώ μέχρι ενός ορίου η αύξηση του ιατρικού δυναμικού σημαίνει και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, πέραν αυτού του ορίου το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δεν ακολουθεί ανοδική πορεία. Επίσης, η ανισομερής κατανομή μεταξύ μεγάλων πόλεων και περιφέρειας επιτείνει ακόμη περισσότερο το πρόβλημα.

### Τι πρέπει να αλλάξει

Για την επίλυση του προβλήματος του πληθωρισμού των γιατρών, προβλέπουμε:

- Έναν **ουσιαστικό και ρεαλιστικό διάλογο** μεταξύ Πολιτείας, Πανεπιστημίων και ιατρικών συλλόγων, στον οποίο θα τεθεί και το θέμα της ποιότητας των σπουδών.
- **Ανακατανομή του ιατρικού δυναμικού** προς αποφυγή ακόμη δυσμενέστερων προβλημάτων στο μέλλον. Αυτό είναι δυνατόν να επιτευχθεί:

Με **κίνητρα** στους γιατρούς που εγκαθίστανται στην περιφέρεια.

Με αξιοποίηση των δυνατοτήτων που δημιουργούνται με τη μεταρρύθμιση που προτείνουμε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη - φροντίδα. Με τη νέα οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης - φροντίδας, πέραν των άλλων, θα δημιουργηθούν οι συνθήκες να **αναπτυχθούν ειδικότητες** που σήμερα παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις, όπως γενική ιατρική, ιατρική της εργασίας, ιατρική της δημόσιας υγείας κ.α. Για τις ειδικότητες αυτές, προβλέπουμε την άμεση αύξηση των θέσεων ειδικότητας.

### Νοσηλευτικό προσωπικό

Η χώρα μας παρουσιάζει τους χαμηλότερους δείκτες νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε.

Έχουμε σοβαρή έλλειψη από νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Ελλάδα η αναλογία δεν είναι μόνο εξαιρετικά χαμηλή, αλλά είναι και ανησυχητικό το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών/τριών και η έλλειψη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης.

Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ο δείκτης είναι δύο με τρεις νοσηλευτές ανά γιατρό, ενώ στη χώρα μας είναι κάτω της μονάδος. Αυτό όμως που είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό είναι το γεγονός της μεγάλης έλλειψης πτυχιούχων νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτές αυτής της κατηγορίας στη χώρα μας είναι 2 και 3 φορές λιγότεροι από τις άλλες χώρες της Ε.Ε.

### **Τι πρέπει να αλλάξει**

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος προτείνουμε:

- Τη δημιουργία Τμημάτων Νοσηλευτικής και σε άλλα Πανεπιστήμια.
- Την αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σχολών των ΤΕΙ και την ουσιαστική σύνδεσή τους με τα μεγάλα νοσοκομεία.
- Την παροχή στους νοσηλευτές κινήτρων οικονομικών, ηθικών και επαγγελματικών.
- Τη δημιουργία φορέα ελέγχου επαγγέλματος νοσηλευτών με την μορφή ΝΠΔΔ.
- Την υλοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.
- Την προκήρυξη όσο το δυνατόν περισσότερων θέσεων εργασίας για την κάλυψη των μεγάλων αναγκών που ξεπερνούν σήμερα τις 20 έως 25 χιλιάδες.

### **Άλλα επαγγέλματα υγείας**

Τα άλλα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν μικρότερες ελλείψεις σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Όμως παρόλα αυτά παρατηρείται έλλειψη σε λοιπούς επιστήμονες της ιατρικής

υπηρεσίας, σε ορισμένες παραϊατρικές ειδικότητες και σε επαγγέλματα χρήσιμα για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος, όπως διευθυντικά στελέχη, επιχειρησιακοί ερευνητές, στατιστικολόγοι, γνώστες της πληροφορικής κ.λπ.

### Τι πρέπει να αλλάξει

Προβλέπουμε:

- την πληρέστερη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με προσωπικό τέτοιων ειδικοτήτων
- σημαντική βελτίωση των συνθηκών εργασίας όλου του προσωπικού.

## 6. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Ως Δημόσια Υγεία ή Δημόσια Υγιεινή ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της κοινωνίας που αποβλέπουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού. Η Δημόσια Υγεία αποσκοπεί σε δράσεις που αφορούν κυρίως μεγάλες ομάδες πληθυσμού, σε αντίθεση με την υγειονομική περίθαλψη που επικεντρώνεται στα άτομα.

Δυστυχώς όμως, η κατάσταση στη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα σήμερα χαρακτηρίζεται από έλλειψη συντονισμού, συγκρούσεις αρμοδιοτήτων, απαρχαιωμένες δομές, έλλειψη προσωπικού, υποχρηματοδότηση και καθυστέρηση στις σύγχρονες τεχνολογίες.

Στο πρόγραμμά μας προβλέπουμε:

- Εκπόνηση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία για την καταγραφή και ιεράρχηση των κινδύνων που απειλούν τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα και την αντιμετώπισή τους.
- Αποκέντρωση λειτουργιών Δημόσιας Υγείας σε ισχυρούς οργανισμούς και υπηρεσίες. Η Κεντρική υπηρεσία θα ασχολείται με στρατηγικό προγραμματισμό, χρηματοδότηση του συστήματος,

το συντονισμό των περιφερειακών υπηρεσιών και οργανισμών, την αξιολόγηση υπηρεσιών και την ενσωμάτωση των σύγχρονων τεχνολογιών.

- **Ολοκλήρωση του πλαισίου για τα επείγοντα ζητήματα Δημόσιας Υγείας** (Ολυμπιακοί Αγώνες, παλαιές και αναδυόμενες ή καινοφανείς λοιμώξεις, βιοτρομοκρατία, κ.α.)
- **Αναβάθμιση της εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία** με ενεργοποίηση της ΕΣΔΥ και των Ιατρικών Σχολών της χώρας προς την κατεύθυνση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του προσωπικού (γιατροί, επισκέπτες και επόπτες υγείας κ.λπ.)
- **Δημιουργία Σώματος Ιατρών Δημόσιας Υγείας** με ειδικές απαιτήσεις σπουδών, προϋπηρεσίας και αυξημένες αποδοχές.
- **Κάλυψη κενών θέσεων προσωπικού.**
- Θεσμική κατοχύρωση της λειτουργίας συγγενών φορέων, υπηρεσιών και οργανισμών με τη μορφή **Δικτύων Δημόσιας Υγείας**, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η διαφάνεια και ο συντονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που λειτουργούν σε διαφορετικούς φορείς και Υπουργεία.

## 7. ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη **μελέτη** και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην **προαγωγή** της Ιατρική έρευνας
- Στη μόνιμη **διά βίου εκπαίδευση** των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας και
- Στον **ποιοτικό έλεγχο** των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας.

Στη σημερινή Ελλάδα οργανωμένα κέντρα Τριτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας δεν υπάρχουν.

Υπάρχουν όμως διάσπαρτες μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Για το λόγο αυτό προβλέπουμε:

- **Τη Θεσμοθέτηση των προϋποθέσεων ένταξης και λειτουργίας μονάδων στο επίπεδο Τριτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας.**

- Τη σαφή περιγραφή του Κύκλου δραστηριοτήτων των μονάδων αυτών στις οποίες, εκτός των όσων ήδη αναφέρθηκαν περιλαμβάνονται:

- Η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων διά βίου εκπαίδευσης
- Η επιστημονική, επιδημιολογική και στατιστική παρακολούθηση ειδικών, σπάνιων και σοβαρών νοσημάτων
- Η σύνταξη Ηθικοδεοντολογικού Υγειονομικού κανονισμού και η γνωμοδότηση, μέσω μιας επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας που θα συσταθεί και θα λειτουργεί εντός των πλαισίων της Υπηρεσίας αυτής, για κάθε σχετικό πρόβλημα.

Η Θεσμοθέτηση και η λειτουργία τριτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας μέσα στα πλαίσια ενός Δημόσιου Συστήματος Υγείας θα **αναβαθμίσει** σημαντικά την ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών όλου του Συστήματος.



## 8. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η φροντίδα για τους ψυχικά πάσχοντες στη χώρα μας είναι υποβαθμισμένη. Διατίθενται πολύ μικρά ποσά για αυτούς και η κατανομή των κονδυλίων είναι ανισομερής. Μεγάλο μέρος των διατιθέμενων κονδυλίων αφορά σε έργα βιτρίνας και όχι την ουσιαστική αντιμετώπιση προβλημάτων.

Οι ελάχιστες σημαντικές αποφάσεις, πάρθηκαν κάτω από την πίεση των γεγονότων (περίπτωση της Λέρου ύστερα από πίεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Μόνο με την εφαρμογή των κοινοτικών προγραμμάτων δόθηκε η δυνατότητα για αξιολογημένο πρόοδο κυρίως σε επίπεδο τριτοβάθμιας πρόληψης (δηλαδή αποϊδρωματισμό και αποκατάσταση). Και εδώ όμως θα πρέπει να επισημανθούν τα εξής:

- **Τα προγράμματα αυτά έχουν συνήθως ασυνέχεια.** Δηλαδή λειτουργούν για όσο διάστημα υπάρχει κοινοτική χρηματοδότηση και εν συνεχεία διακόπτονται μέχρι να υπάρξει και πάλι χρηματοδότηση. Οι συνέπειες για τους ασθενείς κυρίως, αλλά και για το προσωπικό είναι καταστροφικές.
- **Επιτελούνται σχεδόν αποκλειστικά μόνο τα προγράμματα αποκατάστασης.** Αυτό δεν είναι σωστό. Πρέπει να υπάρχει ισόρροπη ανάπτυξη όλων των τομέων.

**Για το λόγο αυτό προβλέπουμε:**

- **Τη συνέχιση της χρηματοδότησης** αυτών των προγραμμάτων και μετά την εξάντληση των Κοινοτικών κονδυλίων.
- **Τη σημαντική βελτίωση των κτιριακών υποδομών.** Οι υπάρχουσες σήμερα, δεν ταιριάζουν παρά μόνο σε τριτοκοσμική χώρα.
- **Να δοθεί έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων,** δηλαδή στην καταπολέμηση των αιτίων που προκαλούν τα ψυχικά νοσήματα καθώς και στην έγκαιρη διάγνωσή τους.
- **Την εφαρμογή της λεγόμενης κοινοτικής ψυχικής υγείας.** Την αναζήτηση δηλαδή και την αντιμετώπιση των ψυχικών

πασχόντων στον τόπο της κατοικίας και της εργασίας τους, με δεδομένη τη δυσκολία προσέγγισής τους που έχει ως αποτέλεσμα την παραμέληση της πλειονότητας των περιστατικών. Στα πλαίσια αυτά θα λειτουργήσουν κέντρα άμεσης βοήθειας, υπηρεσίες παρέμβασης σε κρίση, κινητές μονάδες κ.λπ.

- Την **ενημέρωση του κοινού** σε θέματα ψυχικής υγείας ώστε να απαλλαγεί από την προκατάληψη για τους ψυχικώς πάσχοντες. Αυτό θα βοηθήσει αποτελεσματικά στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και διευκολύνει την συμμετοχή τους στο κοινωνικό σύνολο. Σε μια σύγχρονη κοινωνία ευαίσθητη και ανθρωπιστική η φροντίδα αυτών των ανθρώπων είναι καθήκον όλων και κριτήριο του πολιτισμού μας
- Την ένταξη στην **παραγωγική διαδικασία** των ψυχικά ασθενών που αποκαθίστανται, διαδικασία που του βοηθά σημαντικά.

**Σημαντικό ρόλο** στην πραγματοποίηση όλων των παραπάνω παίζει η **καλή συνεργασία και η αξιοποίηση των φορέων** που μπορούν να παράσχουν την αναγκαία επιστημονική πληροφόρηση. Δηλαδή της **ελληνικής ψυχιατρικής εταιρείας**, των **άλλων επιστημονικών εταιρειών**, των **πανεπιστημιακών και κρατικών ψυχιατρικών κλινικών**, καθώς επίσης και του **ιδιωτικού τομέα** ο οποίος στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι ενεργός, αναπτυσσόμενος και προσφέρει σημαντικό και χρήσιμο έργο.

## **9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ**

**Κοινωνική Πρόνοια** ονομάζεται το σύνολο των παροχών και των μέτρων που αναφέρονται σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και που έχουν σαν στόχο τη μείωση της ανισότητας των ομάδων αυτών σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι προνοιακές παροχές είναι μη ανταποδοτικού χαρακτήρα, βαρύνουν κυρίως τον Κρατικό Προϋπολογισμό και αποτελούν τον πλέον αντικειμενικό δείκτη αξιολόγησης της κοινωνικής ευαισθησίας της Πολιτείας.

Η Κοινωνική Πρόνοια οφείλει να μην στηρίζεται, αποκλειστικά και μόνο, στην επιδοματική αντίληψη αλλά να περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων που να εξυπηρετούν αποτελεσματικά τον κύριο στόχο της.

Μέσα από τη λογική αυτή, η έννοια της «**ευπαθούς κοινωνικής ομάδας**» οφείλει να καθορίζεται σύμφωνα με τις κοινωνικές ανάγκες της εποχής και με την ταυτόχρονη διεύρυνση των δραστηριοτήτων και των παροχών του Κοινωνικοασφαλιστικού Συστήματος.

Σήμερα, υπάρχουν μεγάλα προβλήματα τα οποία απαιτούν σημαντική παρέμβαση της Κοινωνικής Πρόνοιας και μια σειρά άλλα, που έχουν απόλυτη ανάγκη κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, στη βάση μιας πλέον σύγχρονης και αποτελεσματικής αντίληψης.

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται σε αντικείμενα της Κοινωνικής Πρόνοιας που είναι συναφή με τα θέματα Υγείας.

Τα προβλήματα της ελληνικής κοινωνίας που απαιτούν αποτελεσματικές πολιτικές είναι τα εξής:

- **Ο μεγάλος αριθμός των μόνιμα κινητικά αναπήρων.** Σε μεγάλο βαθμό, το πρόβλημα αυτό αναφέρεται σε άτομα νέας ηλικίας με τεράστιες μακροχρόνιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, για το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας.

- **Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ατόμων που ανήκουν σε συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες όπως:**

- Τα άτομα με ειδικές ανάγκες

- Οι τελείως ανασφάλιστοι

- Οι Έλληνες Τσιγγάνοι, στο βαθμό που οι ίδιοι επιθυμούν την ένταξή τους στις κοινωνικές και λειτουργικές δομές του

Κράτους, με άμεση προτεραιότητα σε θέματα Στέγασης, Παιδείας και Υγείας

- Τα άτομα τρίτης ηλικίας που διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, με τελείως διαφορετική προσέγγιση στην αντιμετώπισή τους:

α) Σε όσους μπορούν ακόμα να απασχοληθούν, έστω και μερικώς, στην παραγωγική διαδικασία, και

β) Στους υπέργηρους και μη δυνάμενους να αυτοεξυπηρετηθούν, για τους οποίους οφείλει να επεκταθεί και να λειτουργήσει στη σωστή του βάση το σύστημα «βοήθεια στο σπίτι». Παράλληλα, επιβάλλεται η αναθεώρηση και ο εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας περί «Οίκων Ευγηρίας».

- **Οι αποθεραπευμένοι χρήστες ναρκωτικών ουσιών**, η κοινωνική επανένταξη των οποίων οφείλει να αποτελεί αντικείμενο και της Κοινωνικής Πρόνοιας.

• Η ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή προνοιακών υπηρεσιών. Υπάρχει Πρόνοια δύο ταχυτήτων: μία του Δημόσιου Τομέα σε ορισμένες «τυχερές» περιοχές της χώρας μας, όπου τα προνοιακά ιδρύματα λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες Πρόνοιας και οι όποιες αδυναμίες τους μπορούν να καλυφθούν στο μέλλον με μία σωστή προνοιακή στρατηγική και προγραμματισμό. Και μία άλλη, όπου ολόκληρες γεωγραφικές περιοχές δεν έχουν καμία προνοιακή υποδομή. Οι υπάρχουσες υποδομές με τη μορφή αναγνωρισμένων Φιλανθρωπικών Σωματείων και Ν.Π.Ι.Δ. ασφυκτιούν οικονομικά, οδηγούνται σε κλείσιμο και οι εργαζόμενοι είναι επί μήνες απλήρωτοι και κυριολεκτικά επαιτούν οικονομικές ενισχύσεις από το Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας μέσω των κρατικών λαχείων.

• **Η αθρόα είσοδος στη χώρα μας οικονομικών μεταναστών**, η υποδοχή των οποίων θα έπρεπε να αποτελεί αντικείμενο της Κοινωνικής Πρόνοιας, με κέντρα υποδοχής, ώστε να εξασφαλίζονται συνθήκες υγιεινής βραχύχρονης διαμονής,

έως ότου οι υπηρεσίες του Κράτους αποφασίσουν για την παραμονή τους στον τόπο μας.

Η Κοινωνική Πρόνοια, κατάλληλα οργανωμένη, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα αποκατάστασης, κοινωνικής επανένταξης, επαγγελματικού προσανατολισμού και γενικά, εισόδου στην παραγωγική διαδικασία.

Αυτό βεβαίως, είναι δυνατό να γίνει μόνο με συνολική αλλαγή της πολιτικής της Κοινωνικής Πρόνοιας και στροφή της από τη σημερινή επιδοματική της αντίληψη στην παραγωγική αντίληψη της αποκατάστασης και της κοινωνικοεπαγγελματικής ένταξης ή επανένταξης.

Η αντίληψη αυτή αποτελεί σήμερα τον πυρήνα της αντίστοιχης πολιτικής των προηγμένων χωρών και συνιστά θέση αδιαπραγμάτευτη της Ε.Ε., όπως εκφράζεται στα σχετικά της προγράμματα.

Η βαρύτητα, εξάλλου, που έχουν προσδώσει οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα ευρύτερα θέματα Πρόνοιας, έχει συνοδευτεί από πληθώρα χρηματοδοτικών πρωτοκόλλων, τα οποία είναι δυνατόν με κατάλληλο σχεδιασμό και αξιοποίηση να ενισχύσουν ουσιαστικά την προνοιακή πολιτική της χώρας μας (αρκεί βεβαίως να συνδυαστούν με πολιτική βούληση και τεχνοκρατική ικανότητα εκ μέρους της Πολιτείας).

### Τι πρέπει να αλλάξει

Για να είναι αποτελεσματικό το σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας χρειάζονται θεσμικές και οργανωτικές τομές. Γι' αυτό προβλέπουμε:

- **Ακριβή καθορισμό των «Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων»** και καθορισμό των υποχρεώσεων του Κράτους προς αυτές.
- **Ενιαία οργανωτική υποδομή των Δημοσίων και Ιδιωτικών φορέων** και συνεχής μεταξύ τους συνεργασία, με στόχο την πληρέστερη δυνατή αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται.

- **Λειτουργία πλήρως οργανωμένης και κατάλληλα στελεχωμένης Διεύθυνσης Προνοιακών Προγραμμάτων** στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με στόχο τόσο την πληρέστερη δυνατή απορρόφηση των σχετικών κονδυλίων της Ε.Ε., όσο και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των Προνοιακών Προγραμμάτων.
- **Πλήρη αναδιοργάνωση του Εθνικού Ιδρύματος Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.)** και των παραρτημάτων του και μετατροπή του σε ολοκληρωμένη μονάδα αντιμετώπισης χρονίως κινητικά αναπήρων. Δημιουργία αντίστοιχου ιδρύματος στη Βόρεια Ελλάδα. Στόχος είναι η πληρέστερη δυνατή επανένταξή τους στην παραγωγική διαδικασία (όχι μόνο η ασυλική τους περίθαλψη όπως - σε μεγάλο βαθμό - συμβαίνει σήμερα).
- Σε ορισμένες περιοχές, λειτουργούν **αναγνωρισμένα Σωματεία που διαθέτουν πιστοποιημένες Προνοιακές μονάδες** για άτομα με αναπηρίες και τμήματα επαγγελματικής κατάρτισης, χωρίς παράλληλη λειτουργία - στις ίδιες περιοχές- αντίστοιχης κρατικής υποδομής. Τα Σωματεία αυτά, ή μετατρέπονται - με συμφωνία των ίδιων ασφαλώς - σε κρατικές προνοιακές υπηρεσίες ή ενισχύονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, με ταυτόχρονο έλεγχο και εποπτεία της λειτουργίας τους.
- **Δημιουργία χωροταξικά κατανεμημένου δικτύου (ιδίως όπου υπάρχουν Ιατρικές σχολές) Κέντρων Αναπτυξιακής Αποκατάστασης.** Τα Κέντρα αυτά θα εντοπίζουν έγκαιρα και σε πρώιμη ηλικία τα προβλήματα των ΑμεΑ και θα τα αντιμετωπίζουν. Σε αυτή την ηλικία τα προβλήματα αντιμετωπίζονται πολύ πιο αποτελεσματικά και με μικρότερο κόστος, αφού δεν έχουν λάβει ακόμα μόνιμα χαρακτηριστικά.
- **Στελεχώνονται οι νομαρχιακές διευθύνσεις Πρόνοιας με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό, για τη στήριξη των οικογενειών παιδιών με αναπηρίες.** Η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία ανατρέπει όλο τον οικογενειακό προγραμματισμό και αποτελεί κυριολεκτικά ένα διαρκή Γολγοθά για χιλιάδες

οικογένειες. Χρειάζεται στήριξη και καθοδήγηση, από την ανακοίνωση της πρώτης διάγνωσης μέχρι την ενηλικίωση του παιδιού και την αυτόνομη διαβίωσή του, όταν αυτή επιχειρηθεί.

• **Δημιουργία Παρατηρητηρίου Αναπηρίας** στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με αρμοδιότητες:

– Καταγραφή των αναπήρων ανά είδος αναπηρίας (κινητική αναπηρία, νοητική υστέρηση, αισθητηριακά ελλείμματα, πολλαπλές αναπηρίες κ.λπ.)

– Καταγραφή και ανάλυση των αιτιών της αναπηρίας

– Ετήσια στατιστική παρακολούθηση αύξησης ή μείωσης των αναπήρων στη χώρα μας.

Το Παρατηρητήριο θα συνεργάζεται με τις Πανελλήνιες Οργανώσεις Αναπήρων και όλες τις μονάδες Κοινωνικής Πρόνοιας.

• **Διοικητική αποκέντρωση της Κοινωνικής Πρόνοιας με δημιουργία, στην έδρα κάθε Περιφέρειας, Περιφερειακής Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας**, που εντάσσεται στο οργανωτικό σχέδιο του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας. Κύρια αποστολή της είναι:

– Καταγραφή (αριθμητική και χωροταξική) των ευπαθών ομάδων της Περιφέρειας σύμφωνα με το θεσμοθετημένο πλαίσιο.

– Σχεδιασμός και έλεγχος προνοιακών προγραμμάτων κάθε Περιφέρειας.

– Συντονισμός και εποπτεία όλων των προνοιακών μονάδων.

Σε μία σύγχρονη κοινωνία με ανθρωπιά και κοινωνική αλληλεγγύη, όπως θέλουμε να φτιάξουμε την Ελλάδα, όσο άρτια κι αν είναι η κρατική οργάνωση της κοινωνικής πρόνοιας, δεν αρκεί. **Χρειάζεται ενεργοποίηση των δυνάμεων της κοινωνίας των πολιτών, συντονισμός και συνεργασία όλων.**

Η βούληση για εθελοντική συνεισφορά υπάρχει και σήμερα. Απόδειξη είναι το **πλούσιο έργο της Εκκλησίας, οι δραστηριότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και πολλών ιδιωτικών οργανισμών και σωματείων**. Όμως η προσπάθεια αυτή δεν είναι συντονισμένη. **Χρειάζεται και θα οργανωθεί θεσμικό πλαίσιο συνεργασίας όλων των φορέων, ενθάρρυνση των χορηγιών και του εθελοντισμού**. Έτσι θα δημιουργήσουμε μία πραγματική κοινωνία αλληλεγγύης.

## 10. ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Τα τελευταία 20 χρόνια, η ανεργία της πολιτικής των κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ για το φάρμακο, δημιούργησε μεγάλα προβλήματα, τόσο για τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, όσο και για τους πολίτες αλλά και για την εθνική οικονομία.

Το 1990, από το σύνολο των ιδιοσκευασμάτων που κυκλοφορούσαν στην ελληνική αγορά, **εισαγόταν από το εξωτερικό μόνο το 29%**. Το ποσοστό αυτό έχει διπλασιαστεί: και **σήμερα έχει φτάσει στο 58%** ενώ οι περισσότερες Ελληνικές παραγωγικές μονάδες έπαυσαν να λειτουργούν. Αυτή είναι η μεγαλύτερη απόδειξη της κρίσης που περνάει η εγχώρια παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων, μετά από 20 χρόνια διωγμών.

Μάλιστα, με την εφαρμογή της αναξιόπιστης επιστημονικά λίστας «συνταγογραφούμενων φαρμάκων» από τα ασφαλιστικά ταμεία, η ιδιωτική δαπάνη για το φάρμακο εκτινάχθηκε (με στοιχεία του 2001) στα 200 δισεκατομμύρια δρχ.

Συμπερασματικά, η φαρμακευτική πολιτική της τελευταίας εικοσαετίας, με τη συρρίκνωση της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας, είχε σαν αποτέλεσμα:

- Την **απώλεια χιλιάδων θέσεων εργασίας**
- Την **εξάρτηση της ελληνικής αγοράς από τις εισαγωγές**



- Την υπερβολική κυριαρχία στην ελληνική αγορά των μεγάλων πολυεθνικών μονοπωλίων
- Επιπλέον, ο Ε.Ο.Φ. μετατράπηκε σε έναν υπερτροφικό δεινόσαυρο και δεν ανταποκρίνεται στο έργο που έπρεπε να επιτελεί.

### Τι πρέπει να αλλάξει

Χρειάζονται ριζικές αλλαγές για να αναστραφεί σταδιακά, αλλά με γρήγορους ρυθμούς, η σημερινή απαράδεκτη κατάσταση.

Γι' αυτό προβλέπουμε:

- **Αναδιοργάνωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων**, κατά τα σύγχρονα ευρωπαϊκά πρότυπα. Στόχος είναι η μετατροπή του Ε.Ο.Φ. σε υψηλής αξιοπιστίας Οργανισμό ελέγχου ποιότητας και διακίνησης του φαρμάκου, ο οποίος να μπορεί να ελέγχει με πληρότητα από επιστημονικής πλευράς τα προϊόντα της αρμοδιότητάς του που παράγονται στον τόπο μας ή εισάγονται από το εξωτερικό.
- **Κατάργηση της «λίστας» συνταγογραφούμενων** από τα ασφαλιστικά ταμεία φαρμάκων. Έτσι θα επιτευχθεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασθενών στη φαρμακευτική θεραπεία.
- **Επανακαθορισμός των παθήσεων για τις οποίες** τη δαπάνη των φαρμάκων αναλαμβάνει πλήρως ο ασφαλιστικός οργανισμός. Επίσης, θα γίνει αναθεώρηση, με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, της λίστας «Ναρκωτικών Φαρμάκων».
- Τα φάρμακα πωλούνται μόνο από τα φαρμακεία και καθιερώνεται σύστημα ταυτότητας των φαρμακευτικών προϊόντων («Barcode») που ήδη εφαρμόζουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ώστε να διευκολυνθούν η οπτική ανάγνωση, η διακίνηση και η παρακολούθηση της κατανάλωσής τους.
- **Λειτουργία συστήματος κεντρικού μηχανογραφικού ελέγχου** της διακίνησης των ιδιοσκευασμάτων (στον ΕΟΦ), το οποίο θα εντοπίζει τις ενδεχόμενες ανάγκες της ελληνικής αγοράς και τις παρεκκλίσεις από τη νομική υποχρέωση παραγωγών, εμπόρων ή

διακινητών. Με αυτό το σύστημα, θα εξασφαλίζεται και η επάρκεια φαρμακευτικών προϊόντων για έκτακτες ανάγκες - και όπως αυτές καθορίζονται από αυστηρώς επιστημονικά κριτήρια.

- **Αναμόρφωση της λειτουργίας των νοσοκομειακών φαρμακείων** με πλήρη μηχανοργάνωση, ώστε να υπάρχει εκτός των άλλων σύνδεση και έλεγχος των ποσοτήτων που αγοράζονται με τις ποσότητες που χορηγούνται - χρεώνονται στους ασθενείς. Καθιερώνεται ειδική νοσοκομειακή συσκευασία (εμβαλλάγιο) των φαρμάκων.

- **Καθιέρωση τακτικών ημερίδων και δελτίου ενημέρωσης** όλων των γιατρών και των φαρμακοποιών για τις εξελίξεις στον τομέα του φαρμάκου, ώστε η ιατρική ενημέρωση να μην είναι αποκλειστικό προνόμιο των φαρμακευτικών εταιριών.

- **Διεκδίκηση, με εξειδικευμένους εκπροσώπους, αυξημένης ελληνικής συμμετοχής** στους κεντρικούς φορείς της Ε.Ε. που έχουν πλέον την πρωτοβουλία εγκρίσεως και διακινήσεως των φαρμακευτικών προϊόντων.

- **Δημιουργία μακροπρόθεσμου μνημονίου συνεργασίας** μεταξύ κράτους, φαρμακευτικών επιχειρήσεων και συναφών κλαδικών συλλογικών οργανώσεων, κατά τη διεθνή πρακτική, για τη βελτίωση των συνθηκών εφαρμογής της φαρμακευτικής πολιτικής.

- **Εφαρμογή των οδηγιών** της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον τομέα της βιοτεχνολογίας.

- **Παροχή κινήτρων συγχώνευσης και ανάπτυξης** των ελληνικών μονάδων παραγωγής. Στόχος είναι όχι μόνο να ισχυροποιηθεί η θέση τους στην ελληνική αγορά, αλλά και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της διαθέσεως των προϊόντων τους σε άλλες χώρες, αναλαμβάνοντας επιπλέον την παραγωγή φαρμακευτικών προϊόντων για λογαριασμό αλλοδαπών εταιριών.

- Τέλος, η **συνεπής εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης**, όπως αυτή που

περιγράφεται στο πρόγραμμά μας, καθώς και η προληπτική θεραπευτική αγωγή (εμβολιασμοί) σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, **θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας του πληθυσμού και επομένως τη μειωμένη χρήση φαρμάκων και την επακόλουθη μείωση στις δαπάνες των ασφαλιστικών οργανισμών.**

## 11. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η επιτυχής αντιμετώπιση της χρήσης και της διάδοσης των ναρκωτικών (παράνομων εξαρτησιογόνων) ουσιών αποτελεί στόχο υψηλής προτεραιότητας για τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Απαιτούνται αποφασιστικές ενέργειες της πολιτείας τόσο στον τομέα της **μείωσης της προσφοράς**, όσο και της **μείωσης της ζήτησης** (πρόληψη της διάδοσης ναρκωτικών, θεραπεία και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων).

Παράλληλα, απαιτείται συντονισμένη δράση των κρατών σε διεθνές, Ευρωπαϊκό και διακρατικό επίπεδο.

Η συνεχής και ραγδαία αύξηση της διάδοσης των ναρκωτικών στη χώρα μας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η οποία φαίνεται από τους σχετικούς δείκτες (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις, ζήτηση θεραπείας κ.λπ.) αποδεικνύει ότι η μέχρι τώρα εφαρμοζόμενη πολιτική δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

### **Τι πρέπει να αλλάξει**

Ένας ρεαλιστικός στόχος είναι σήμερα η ανακοπή της αύξησης της διάδοσης των ναρκωτικών. Για το σκοπό αυτό προβλέπουμε:

**Αναβάθμιση του ΟΚΑΝΑ και δημιουργία οργάνου παρά τω Πρωθυπουργώ με τους εξής στόχους:**

- Συντονισμό των δράσεων μείωσης της ζήτησης και μείωσης της προσφοράς (σήμερα ο ΟΚΑΝΑ ασχολείται μόνο με τη μείωση της ζήτησης).

- Συντονισμό των δράσεων για τη μείωση όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ και της κατάχρησης ουσιών από αθλητές.
- Ταχύτατες και αδιάβλητες διαδικασίες πρόσληψης προσωπικού, ίδρυσης μονάδων, χρηματοδότησης προγραμμάτων, θέματα στα οποία υπάρχουν σοβαρότατες καθυστερήσεις με αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις.

### **Μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για την πρόληψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών**

Ο σχεδιασμός αυτός προβλέπουμε να περιλαμβάνει:

- **Ενιαίο Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας σε όλα τα σχολεία.**
- **Πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης μεγάλων κοινωνικών ομάδων σε κοινοτικό κυρίως πλαίσιο.**
- **Εκπαίδευση των εκπαιδευτικών των σχολείων και μαζική εκπαίδευση στελεχών για την εφαρμογή των ανωτέρω.**

Τα μέτρα αυτά πρέπει να εφαρμοστούν με βάση ένα μακροπρόθεσμο εθνικό πρόγραμμα που θα στηρίζεται σε μελέτες και χρονοδιαγράμματα εφαρμογής, θα έχει την αναγκαία χρηματοδότηση και τη συνεχή και αδιάλειπτη πολιτική υποστήριξη.

### **Εθνικό σχέδιο για τη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων**

Είναι απόλυτη ανάγκη να καταρτισθεί ένα Εθνικό Σχέδιο που θα εξασφαλίζει θεραπευτικές υπηρεσίες σε όσα εξαρτημένα άτομα έχουν ανάγκη θεραπείας. Είναι απαράδεκτο σήμερα να πεθαίνουν εξαρτημένοι ασθενείς λόγω έλλειψης θεραπευτικών θέσεων. Πέραν όμως της μείωσης των θανάτων και των επιπτώσεων στην υγεία των εξαρτημένων ατόμων πρέπει να αναφερθούν και οι σημαντικές ωφέλειες για το κοινωνικό σύνολο.

Προβλέπουμε:

- **Εξασφάλιση θέσεων Θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες, με τη δημιουργία νέων Θεραπευτικών μονάδων ή την επέκταση αυτών που λειτουργούν.** Έτσι θα εξαλειφθεί η σημερινή απαράδεκτη κατάσταση των καταλόγων αναμονής.
- **Εκπαίδευση** ιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών κλπ. για την παροχή Θεραπευτικών υπηρεσιών σε εξαρτημένα άτομα.
- **Ενίσχυση** των υπάρχοντων και δημιουργία και άλλων «στεγνών» προγραμμάτων.
- Συστηματική διερεύνηση και **προσεκτική εφαρμογή νέων Θεραπευτικών προσεγγίσεων**, όπως μέθοδοι υποκατάστατων, ανταγωνιστικών και άλλων ουσιών.
- **Επιστημονική διερεύνηση** της δυνατότητας **εμπλοκής του ΕΣΥ** ή και του ιδιωτικού τομέα στη θεραπεία της εξάρτησης.
- **Χωροταξική κατανομή** των Θεραπευτικών μονάδων, συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα εφαρμογής και επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό για τη στελέχωση των μονάδων αυτών.
- Δημιουργία **Θεσμικού πλαισίου** δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα στην θεραπεία εξαρτημένων ατόμων υπό την εποπτεία του ΟΚΑΝΑ.
- **Κάλυψη** από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της δαπάνης αποτοξίνωσης και βασικής απεξάρτησης.

**Συνεπής εφαρμογή προγράμματος κοινωνικής επανένταξης.**

- **Επιδοτούμενη εκπαίδευση** και επαγγελματική κατάρτιση απεξαρτημένων ατόμων.
- **Διευκόλυνση των απεξαρτημένων στην αγορά εργασίας και δημιουργία Ειδικού Φορέα στο Υπουργείο Εργασίας.** Θέσεις για τα απεξαρτημένα άτομα στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, οργανισμούς και υπηρεσίες του ευρύτερου δημόσιου τομέα.

- Διεύρυνση του υφισταμένου θεσμού **επιδότησης των εργοδοτών** που απασχολούν απεξαρτημένα άτομα
- **Οικονομική ενίσχυση σε επιχειρήσεις** των απεξαρτημένων ατόμων.

#### **Ενίσχυση της έρευνας και της εκπαίδευσης**

- **Εισαγωγή διδασκαλίας για τα ναρκωτικά** στους κλάδους υγείας των **ΑΕΙ και ΤΕΙ** και συγκεκριμένα στους φοιτητές των τμημάτων ιατρικής, ψυχολογίας, νοσηλευτικής, κοινωνικής εργασίας. Επίσης, ανάπτυξης τμημάτων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.
- **Υποστήριξη** όχι μόνο της κλινικής έρευνας γύρω από τα ναρκωτικά, όπως γίνεται σήμερα, αλλά και της **βασικής έρευνας**.

**Επίκεντρο της πολιτικής μας είναι το δικαίωμα του χρήστη στη θεραπεία και, υπό προϋποθέσεις, στην κοινωνική επανένταξη.** Μέσα από την εφαρμογή ενός εμπειριστατωμένου προγράμματος καταρτισμένου από ομάδα εμπειρογνομώνων με βάση τα μέτρα που αναπτύχθηκαν παραπάνω και με το συντονισμό της προσπάθειας από ένα κεντρικό όργανο χάραξης της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, στοχεύουμε στη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών και στην ανακοπή του **ρυθμού της εξάπλωσης του φαινομένου και στην χώρα μας.**

**ΜΕΡΟΣ 2 : Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ**

Νοσοκομεία με ράντζα μπορούν να λειτουργήσουν - νοσοκομεία χωρίς το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό όμως Βάζουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών και υπονομεύουν κάθε προσπάθεια για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας που θα διασφαλίζει αξιοπρεπείς συνθήκες νοσηλείας.

Και όμως στην Ελλάδα, όπου οι μεταρρυθμίσεις είκοσι χρόνια τώρα γίνονται στα λόγια, το μόνο σταθερό στοιχείο που παραμένει είναι τα εντυπωσιακά κενά οργανικών θέσεων προσωπικού που υπάρχουν στα κρατικά νοσοκομεία.

Διαγωνισμοί για προσλήψεις έχουν γίνει ή εξαγγέλλονται, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες βρίσκονται σε εξέλιξη, μερικοί νοσηλευτές έχουν προσληφθεί, αλλά τα αποτελέσματα παραμένουν πενιχρά, αφού εξακολουθούν να υπάρχουν νοσοκομεία που λειτουργούν με τον μισό αριθμό των νοσηλευτών που απαιτούνται!

Το γεγονός παίρνει τραγικές διαστάσεις, αφού Μονάδες εντατικής Θεραπείας παραμένουν κλειστές ή υπολειτουργούν την ώρα που άνθρωποι πεθαίνουν επειδή δεν μπορούν να νοσηλευθούν σε αυτές. Ενώ, ειδικά για τις θέσεις νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, διαπιστώνεται ότι σε ποσοστό 76% (!) παραμένουν από χρόνια κενές. Ανάλογες, φυσικά, είναι οι ελλείψεις και σε μαίες, τραυματιοφορείς ή βοηθούς νοσηλευτές.

Για όποιον θέλει να δει το πρόβλημα χωρίς προκαταλήψεις, είναι φανερό ότι οι ελλείψεις στο προσωπικό αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή κακοδαιμονίας του ΕΣΥ-αλλά και την μόνη που, αν θέλει η κυβέρνηση, μπορούμε μία της απόφαση να αντιμετωπίσει. Ίδού η Ρόδος.

Με τους πιο μέτριους υπολογισμούς της ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ των δημόσιων νοσοκομείων <ΠΟΕΔΗΝ>, οι κενές θέσεις ξεπερνούν τις τριάντα χιλιάδες. Αυτό επιβεβαιώνει και η έκθεση του

υπουργείου Υγείας η οποία συντάχθηκε τον περασμένο Φεβρουάριο.

Πίσω από τις πόρτες των δημόσιων νοσοκομείων κρύβεται ένα “μυστικό ” .Το γνωρίζουν όλοι, το ζουν καθημερινά οι γιατροί , το πληρώνουν συχνά ακόμα και με τη ζωή τους οι ασθενείς.

Δεν είναι η έλλειψη γιατρών. Η χώρα μας είναι δεύτερη σε αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους, ανάμεσα σε 25 κράτη του κόσμου. Είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Σε αυτό η χώρα μας έρχεται προτελευταία. Τρεις και ...κάτι νοσηλευτές αναλογούν σε κάθε 1.000 Έλληνες, τη στιγμή που τόσο στην υπόλοιπη Ευρώπη όσο και σε άλλες χώρες του κόσμου η αναλογία ξεπερνά τους 6 ή φτάνει και τους 16 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους ( σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατης έρευνας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης -ΟΟΣΑ).

Οργανικές θέσεις, δηλαδή οι θέσεις μόνιμου προσωπικού που προβλέπονται από τον Οργανισμό κάθε νοσοκομείου, παραμένουν κενές σε τουλάχιστον 25 νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ενώ σε όλα τα υπόλοιπα οι ελλείψεις ξεπερνούν πολλές φορές κατά πολύ το 50%. Οσοι προσελήφθησαν ...πέρυσι δεν έχουν ακόμη φτάσει στα νοσοκομεία -για τις φετινές προσλήψεις ούτε λόγος .

“Το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού το ζουν καθημερινά οι περισσότεροι γιατροί. Και μια από τις σοβαρότερες συνέπειες είναι πως η “καρδιά” των νοσοκομείων , τα χειρουργεία, δεν μπορούν να λειτουργήσουν όπως πρέπει. Σήμερα κάνουμε περίπου 50 χειρουργεία την ημέρα. Θα μπορούσαμε όμως να κάνουμε μέχρι και 70 αν είχαμε επαρκές προσωπικό. Περιστατικά που πρέπει να χειρουργηθούν “λιμνάζουν” , ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς νοσηλεύονται ακόμη και πέντε (5) ημέρες περισσότερο, χωρίς να υπάρχει λόγος”, αναφέρει ο κ. Νίκος Παναγόπουλος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας στο Τζάνειο Νοσοκομείο του Πειραιά και καταλήγει: “Οσες προσπάθειες και αν κάνουμε μεμονωμένοι Διοικητές νοσο-



κομείων, κάτι που συμβαίνει και στο Τζάνειο, το πρόβλημα θα πρέπει να λυθεί κεντρικά από το υπουργείου Υγείας>>

Χαρακτηριστικά την κατηγορηματική της αντίθεση σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τον Ευαγγελισμό στο Αττικό νοσοκομείο, στο Χαϊδάρι, χωρίς οι ίδιοι να το επιθυμούν, εξέφρασε με ανακοίνωσή της η πενταμελής επιτροπή ΕΙΝΑΠ του Ευαγγελισμού

Υπενθυμίζεται ότι πρίν μερικούς μήνες έγινε η μεταφορά της Β΄ παθολογικής κλινικής του Ευαγγελισμού και του προσωπικού στο Αττικό, με αποτέλεσμα να αυξηθεί σημαντικά ο όγκος στις άλλες παθολογικές κλινικές του νοσοκομείου, οι οποίες δεν ενισχύθηκαν με επιπλέον προσωπικό ιατρικό-νοσηλευτικό για τις νέες ανάγκες.

Σημειώνεται ότι η καταγγελία αναδεικνύει τις επιλογές του Υπουργείου Υγείας για την λειτουργία του Αττικού νοσοκομείου, όχι μόνο δέν απέδωσαν-αφού για να μπει σε πλήρη λειτουργία χρειάζεται τουλάχιστον 450 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό- αλλά αποτέλεσαν πληγή για μια σειρά ακόμα νοσοκομεία του λεκανοπεδίου (π.χ. Λαϊκό-Ιπποκράτειο κ.α.).

Η έλλειψη προσωπικού καθιστά τη δυσλειτουργία καθημερινό φαινόμενο στο μεγαλύτερο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. "Οκτώ ξενώνες που έπρεπε να έχουν λειτουργήσει από τον περασμένο Δεκέμβριο μένουν στα χαρτιά. Από τα δέκα (10) καινούργια τμήματα, τα έξι(6) παραμένουν κλειστά. Το προσωπικό επαρκεί για να λειτουργήσουν μόνο τα τέσσερα (4) και αυτά στα όρια της ασφάλειας των ασθενών. Και οι 30 προσλήψεις που περιμένουν είναι σταγόνα στον ωκεανό...", τονίζει ο κ. Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου, Διευθυντής του 11ου Τμήματος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ).

Η παρακάτω εικόνα δεν είναι σπάνια σε κάποια από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας: Μία και μόνο νοσηλεύτρια στην απογευματινή βάρδια που γίνεται ...χίλια κομμάτια και πάλι δεν προλαβαίνει: "Στην απογευματινή βάρδια παρατηρείται το μεγαλύτερο πρόβλημα, αφού το προσωπικό λιγοστεύει ακόμη

περισσότερο και συχνά υπάρχει μόνο ένα άτομο. Αυτό βέβαια στον “Αγιο Σάββα”. Κάποια άλλα νοσοκομεία δυσκολεύονται ακόμη και όταν οι συνθήκες είναι πιο ομαλές”, σημειώνει ο κ. Γεράσιμος Ρηγάτος, Διευθυντής της Α' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του νοσοκομείου “Αγιος Σάββας”.

Σε 25 τουλάχιστον από τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας όλης της χώρας παραμένουν κενές όλες οι οργανικές θέσεις νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, σύμφωνα με μελέτη της ΠΟΕΔΗΝ σε δείγμα 84 νοσοκομείων πανελλαδικά. Ανάμεσα σε αυτά είναι και αρκετά μεγάλα νοσοκομεία, όπως το “Ελπίς” στην Αθήνα, το νοσοκομείο του Αργους και της Κοζάνης, το Ψυχιατρείο Χανίων, και άλλα.

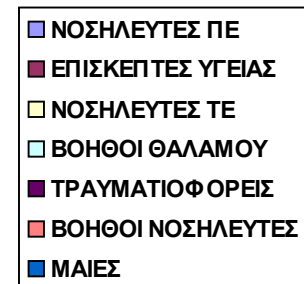
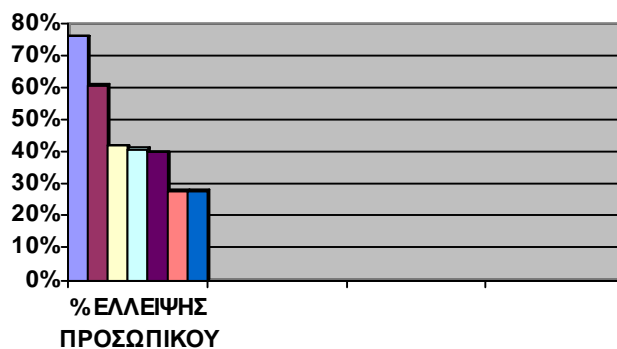
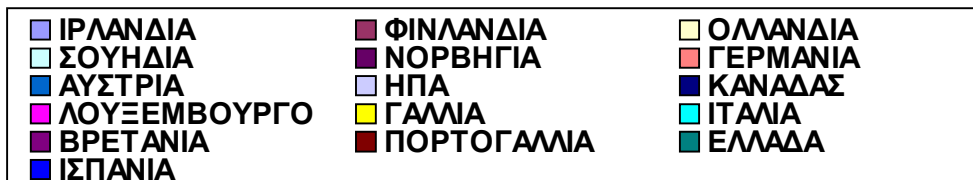
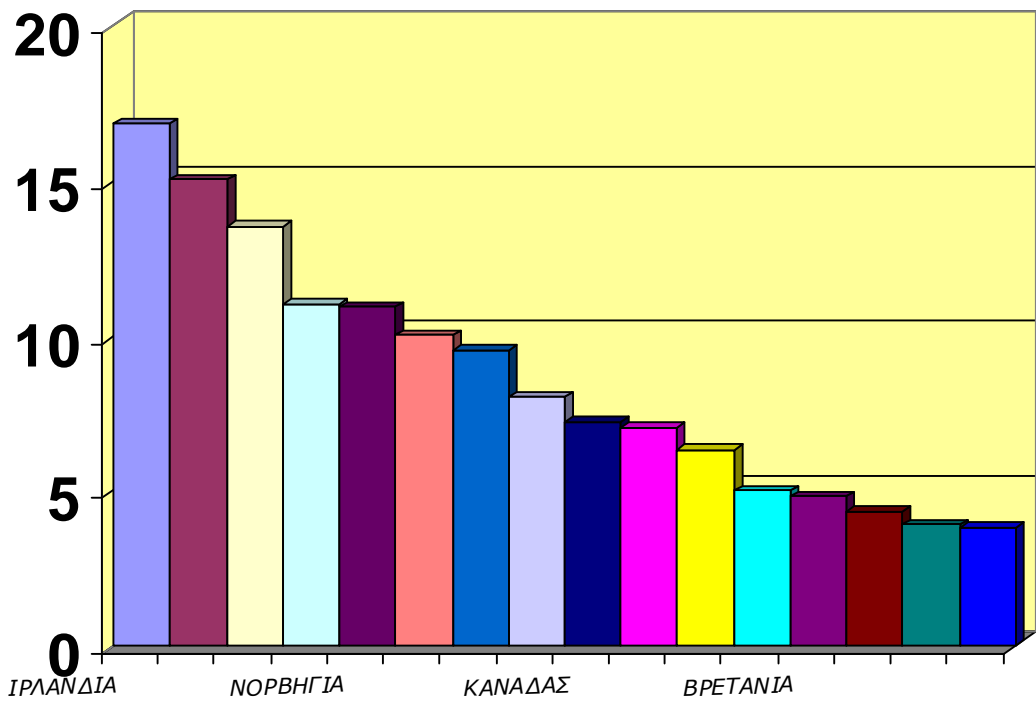
Συνολικά, περισσότερες από επτά στις δέκα θέσεις (ποσοστό 76%) νοσηλευτών Π.Ε παραμένουν κενές. Αντίστοιχα, οι θέσεις που προβλέπονται στα νοσοκομεία για νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης είναι σήμερα ακάλυπτες κατά 42%. Σημαντικές είναι οι ελλείψεις και σε άλλες κατηγορίες προσωπικού, όπως είναι οι τραυματιοφορείς, οι μαιές, οι βοηθοί νοσηλευτές κ.λ.π.

“Οι θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού που είχαν προκηρυχθεί τον περασμένο Μάιο δεν έχουν ακόμη καλυφθεί. Από τα 3.500 άτομα, έχουν φτάσει στα νοσοκομεία μόνο τα 1.000”, επισημαίνει ο Σπύρος Κουτσιουμπέλης, πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ). Και συμπληρώνει πως “για διοικητικό και τεχνικό προσωπικό δεν έχουν ακόμη προκηρυχθεί οι θέσεις, ενώ για τις προσλήψεις του 2002 δεν έχει οριστικοποιηθεί ο αριθμός των θέσεων”. Αλλά και το προσωπικό που τελικά προσλαμβάνεται δεν επαρκεί για να καλύψει τα κενά, αφού αυτά υπάρχουν στα περισσότερα τμήματα των νοσοκομείων. Οι Κλινικές τελικά καταλήγουν να δίνουν μάχη για το μοίρασμα του νέου προσωπικού, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι νοσηλευτές πηγαινοέρχονται από τμήμα σε τμήμα για να καλύψουν τις επείγουσες ανάγκες που δεν προκύπτουν σπάνια, αλλά σχεδόν καθημερινά.

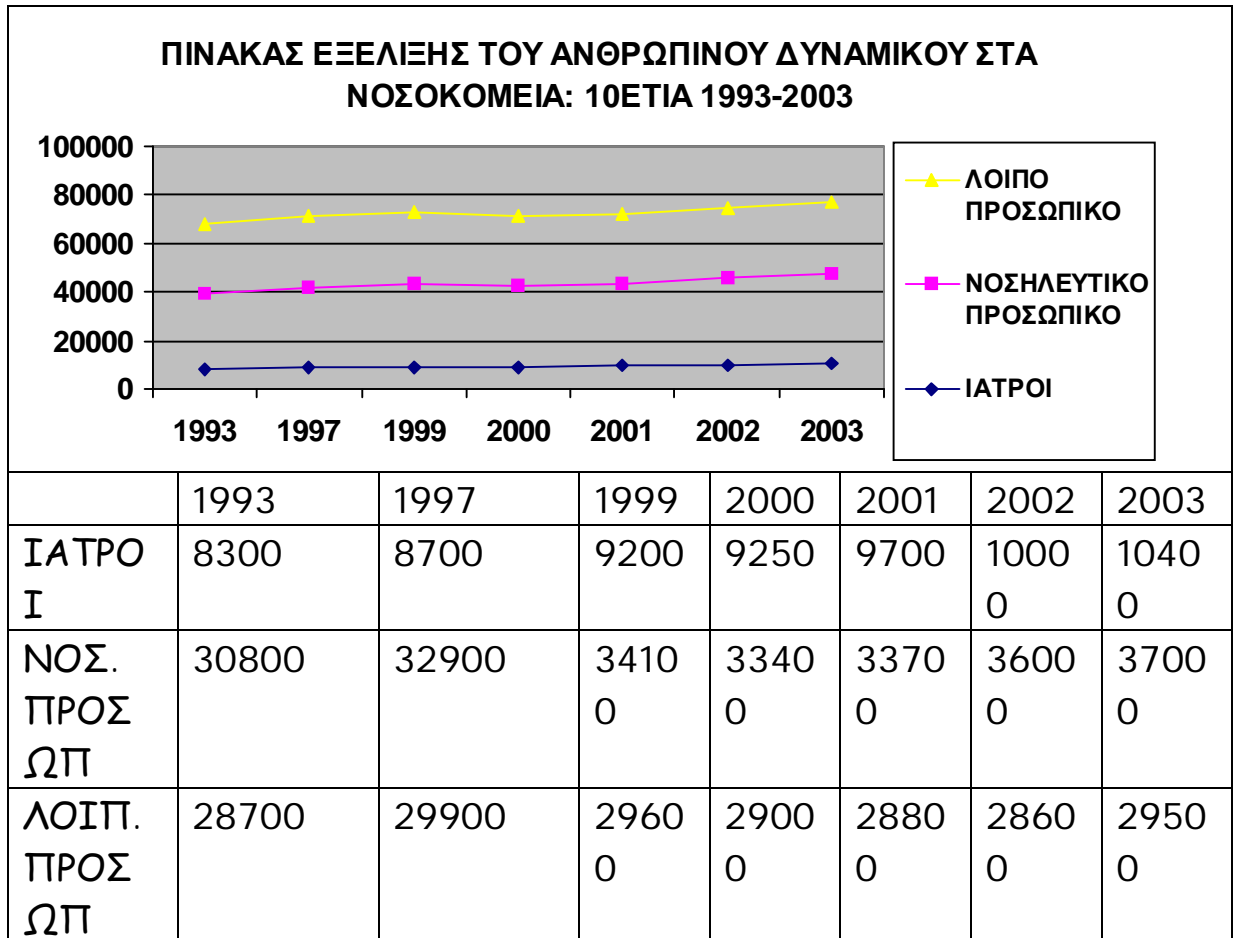
**“Κλειστά” Κρεβάτια στην εντατική, ενώ οι άρρωστοι περιμένουν στην ουρά**

Το πρόβλημα με την έλλειψη των νοσηλευτών γίνεται εντονότερο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των νοσοκομείων. Από τη μια, 114 κρεβάτια στις ΜΕΘ όλης της χώρας είναι κλειστά. Από αυτά, τα 28 αφορούν στα νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αθηνών. Και από την άλλη, όσα κρεβάτια χρησιμοποιούνται λειτουργούν με ελλιπές προσωπικό. Όλες οι μονάδες της χώρας είναι σήμερα στελεχωμένες με προσωπικό που μόλις καλύπτει, το 50% των αναγκών. 'Όπως ανέφερε στα “ΝΕΑ” ο κ. Γιώργος Μπαλτόπουλος, Διευθυντής της ΜΕΘ του νοσοκομείου Αγιοι Ανάργυροι, “σε κάθε Κλίνη θα έπρεπε να αναλογούν τέσσερα (4 ) άτομα, εκτός του γιατρού. Αυτή τη στιγμή, οι μονάδες λειτουργούν με 1,1 άτομο ανά κρεβάτι” .“ Η μονάδα λειτουργεί με είκοσι πέντε (25) άτομα ενώ θα έπρεπε να έχει σαράνταπέντε (45) ”

αναφέρει ο κ. Τάσος Χατσης, Διευθυντής στην ΜΕΘ του νοσοκομείου Παιδων Αγία Σοφία. Την ίδια ώρα η αναζήτηση μιας θέσης στη ΜΕΘ είναι καθημερινό φαινόμενο στα μεγάλα νοσοκομεία όλης της χώρας και ιδιαίτερα της πρωτεύουσας.



**ΜΕΡΟΣ 3: Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**



Οι τιμές του 2003 ισχύουν με την προϋπόθεση ότι θα έχουν ολοκληρωθεί όλες οι προσλήψεις της έγκρισης του 2001 (Αποφαση ΔΙΠΠ/17728/25-10<sup>0y</sup> -2000, 5000 μόνιμο προσωπικό ) και της έγκρισης του 2002 (Απόφαση ΔΙΠΠ/7524/15-5<sup>0y</sup> 2001 , 3000 μόνιμο προσωπικό). Έως στιγμής δεν έχουν ολοκληρωθεί οι παραπάνω προσλήψεις. Επίσης στον πίνακα προσμετρείται η προκύρηξη του 2003.

## **ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993 -2003 ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

- ✓ Αυξήθηκαν οι γιατροί στα νοσοκομεία της χώρας κατά 25%
- ✓ Αυξήθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό κατά 15%
- ✓ Το λοιπό προσωπικό δεν αυξήθηκε καθώς σταδιακά οι υπηρεσίες καθαριότητας, φύλαξης κ.λ.π. παρέχονται από εξωτερικά συνεργεία.

## **ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

Νεότερα δεδομένα επιτάσσουν την ανάγκη των οργανισμών των νοσοκομείων .Οι παρακάτω συνιστώσες επηρεάζουν και απαιτούν την αλλαγή στις αρμοδιότητες, στη διάρθρωση και στη στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

- ✓ .Η αλλαγή της σύστασης του πληθυσμού.
- ✓ Η γενικότερη πολιτική στο χώρο της Υγείας που επιβάλλει ανάπτυξη των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- ✓ Οι εξελίξεις στο χώρο της Υγείας και η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών .
- ✓ Η αναγνώριση της Νοσηλευτικής ως αυτόνομης και ανεξάρτητης Επιστήμης, γεγονός που συμβαδίζει με την αναγνώριση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως αυτόνομης και ανεξάρτητης υπηρεσίας στο νοσοκομείο.
- ✓ Η σύσταση νέων τμημάτων τα οποία δεν προβλέπονται από τους ισχυοντες οργανισμούς.
- ✓ .Η δημιουργία ή η περαιτέρω ανάπτυξη τμημάτων νοσηλείας Βαρέως πασχόντων ασθενών (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας, Μονάδες Μεταναισθητικής Φροντίδας, Μονάδες Εγκαυμάτων , Μονάδες Νεογνών , Στεφανιαίες Μονάδες) στα περισσότερα νοσοκομεία που χρειάζονται πιο εκπαιδευμένο, εξειδικευμένο και έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό και σε αναλογία 1ας νοσηλευτής / 1 ασθενής σε κάθε Βάρδια.
- ✓ Η ανάπτυξη σε όλα τα νοσοκομεία Τμήματος Επειγόντων

Περιστατικών.

- ✓ Η υπάρχουσα έλλειψη Νοσηλευτικού Προσωπικού, αφού ο καθορισμός των θέσεων του Νοσηλευτικού Προσωπικού σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 87 /86, ακόμη κι αν εφαρμοστεί η μεγαλύτερη ποσόστωση για γενικό νοσοκομείο -Αριθμός κλινών \* 45% \* 3-, για ειδικό νοσοκομείο-Αριθμός Κλινών \* 45% \* 1.8- και για ψυχιατρικό νοσοκομείο -Αριθμός κλινών \* 45% \* 2- δεν πλησιάζει ούτε στο ελάχιστο το αντίστοιχο επίπεδο στελέχωσης των νοσοκομείων του εξωτερικού, οπότε και δεν επιτελούνται σε ικανοποιητικό Βαθμό και οι σκοποί του ιδρύματος.
- ✓ Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος της Νοσηλευτικής υπηρεσίας το αποτελούν γυναίκες που Βρίσκονται στη αναπαραγωγική περίοδο της ζωής τους που έχουν το δικαίωμα απουσίας από την υπηρεσία τους από 14 μήνες ως 2 χρόνια.
- ✓ Η ανάγκη για 24ωρη κάλυψη όλων των τιμιμάτων με νοσηλευτικό προσωπικό.

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

Όλα αυτά τα δεδομένα κάνουν επιτακτική την ανάγκη για την αλλαγή των οργανισμών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων .Οι αλλαγές θα πρέπει να γίνουν με γνώμονα όχι τις σημερινές ανάγκες αλλά και αυτές που τα νοσοκομεία καλούνται να αντιμετώπισουν στα επόμενα τουλάχιστον 10 χρόνια. Αλλαγές των νοσοκομείων και που αφορούν τη Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι οι ακόλουθες:

- ✓ **ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΝΙΑΙΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ - ΒΑΣΗΣ** Το θεωρητικό ενιαίο πλαίσιο θα αποτελεί τη Βάση για τη διαμόρφωση των οργανισμών .
- ✓ **ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Είναι σημαντικό να καθορίζεται στους οργανισμούς ο σημαντικός ρόλος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας που είναι "η προώθηση και

η προαγωγή της υγείας των πολιτών , η φροντίδα των ασθενών , η συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία για τον προγραμματισμό και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, η εξασφάλιση και η προώθηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και, τέλος, η εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να αυξάνεται η ικανοποίηση και η απόδοσή του”.

#### **ν ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Κρίνεται απαραίτητο να παρέχεται η δυνατότητα στις ισόβαθμες και αυτόνομες υπηρεσίες για ανεξάρτητη διάρθρωση και στελέχωσή τους. Όσον αφορά τη Νοσηλευτική Υπηρεσία, καλό θα ήταν να υπάρχει η δυνατότητα ανεξάρτητης διάρθρωσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

#### **ν ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Είναι σημαντικό να οριοθετούνται οι αρμοδιότητες της κάθε υπηρεσίας ώστε να μην εμπλέκεται η μία στη λειτουργία της άλλης ( διαφορετικά συγκρούσεις μπορούν να δημιουργηθούν όταν υπάρχουν “νομοθετικά κενά” , όπως με το Νόμο 2889/2001 ) .

#### **ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

#### **ν ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Ο υπολογισμός των οργανικών θέσεων , είτε με την εφαρμογή της ποσόστωσης του Π.Δ. 87 /86 είτε με αδρούς δείκτες-Ι Νοσηλευτής 1 Κρεβάτι, είναι ξεπερασμένος και δημιουργεί εξ αρχής μεγάλη έλλειψη Νοσηλευτικού Προσωπικού στα νοσοκομεία. Για το λόγο αυτό απαιτείται η εφαρμογή διεθνών κριτηρίων κατά τον υπολογισμό του αριθμού του προσωπικού.

**Ø ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ** που προτείνονται από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών καθορίζουν την απαραίτητη αναλογία



Νοσηλευτών / ασθενών για κάθε τμήμα. Ενδεικτικά η αναλογία για κάποια νοσηλευτικά τμήματα είναι:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	1/1
Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας	1/3
Τμήματα Ενδιάμεσης Φροντίδας (π.χ. Καρδιολογικό τμήμα)	1/4
Χειρουργείο	1/1
Αίθουσα Τοκετών	1/2
Μονάδα Νεογνών	1/2
Τμήμα αναισθητικής Φροντίδας	1/2
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	1/4
Μονάδα Εγκαυμάτων	1/1
Παιδιατρική κλινική	1/4
Τμήματα ειδικής φροντίδας (π. χ .ογκολογική κλινική)	1/5
Μονάδα Τηλεμετρίας	1/5
Μαιευτική κλινική	1/6
Γενικό χειρουργικό ή παθολογικό	1/8
Ψυχιατρικά τμήματα	1/6
Μεικτά τμήματα	1/6

Κατά τον υπολογισμό του αριθμού των Νοσηλευτών ανά τμήμα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι για την κάλυψη μιας Νοσηλευτικής θέσης χρειάζονται 1,7 Νοσηλευτές για την κάλυψη των αδειών ( αναρρωτικών , κα νονικών , εκπαιδευτικών ) και των ρεπό . Αφαίρεση ημερών μη εργασίας όλο το έτος για 1 θέση προσωπικού πλήρους απασχόλησης

364 μέρες -104 μέρες (2 Η/ Βδ.\* 52 Βδ.) = 260 μέρες  
υπόλοιπο - 10 αργίες = 250 μέρες υπόλοιπο -10 μέρες ασθένεια  
= 240 μέρες υπόλοιπο -5 μέρες εκπαιδευτική άδεια = 235 μέρες  
υπόλοιπο -25 μέρες άδεια κανονική= 210 μέρες = σύνολο  
ημερών εργασίας

Διαίρεση του έτους διά των ημερών πραγματικής εργασίας του νοσηλευτή για την εύρεση του αριθμού πλήρους απασχόλησης του απαιτούμενου προσωπικού για την κάλυψη μιας θέσης  $364 / 210 = 1,7$

ΑΡΑ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ 1,7 Νοσηλευτές για την κάλυψη μιας θέσης

- ν .Σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με 8 κρεβάτια και για να επιτευχθεί αναλογία Νοσηλευτών /ασθενών 1/1 σε κάθε Βάρδια και σύμφωνα με τους παραπάνω υπολογισμούς χρειάζονται 48 Νοσηλευτές ( 6 Νοσηλευτές 1κρεβάτι ) . Γίνεται επομένως αντιληπτό κατά πόσο αυξάνονται οι ανάγκες των νοσοκομείων σε Νοσηλευτικό Προσωπικό όταν λειτουργούν τμήματα μεγάλης ή και μέσης Βαρύτητας.

#### 4.1 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ -Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

Το εθνικό σύστημα υγείας από ιατροκεντρικό να γίνει ανθρωποκεντρικό, με Η στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας θα πρέπει να γίνεται με Βάση την αναλογία Νοσηλευτών/ Βοηθών Νοσηλευτών σε σχέση 2/1.

Απαραίτητη είναι επίσης η σταδιακή αύξηση των θέσεων στον κλάδο ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών και η ανάλογη μείωση των θέσεων του Υγειονομικού Βοηθητικού Προσωπικού της κατηγορίας Υ.Ε. Η αναβάθμιση και η εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού, ακόμη και της κατώτερης εκπαιδευτικής κατηγορίας κρίνεται απαραίτητη και μπορεί να πραγματοποιηθεί με προγράμματα ανάλογα αυτών που πραγματοποιούνται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και που έχουν διάρκεια τουλάχιστον 9 μήνες.

## **ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ 4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ / 1 ΓΙΑΤΡΟΥ.**

Αντιλαμβανόμαστε ότι μόνο με τη θεσμοθέτηση μιας κατάλληλης αναλογίας γιατρών νοσηλευτών μπορεί να αλλάξει με σκοπό την καλύτερη φροντίδα των πολιτών .

### **.ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ**

#### **4.2 Μελέτη που εκπόνησαν 18 προσωπικότητες στην Αμερική**

**ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΝΕΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΘΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ,**

Το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών , του μεγαλύτερου επαγγελματικού σώματος στις υπηρεσίες υγείας, πρέπει να αλλάξει σημαντικά για να προασπιστούν οι ασθενείς από τα λάθη. Η έκθεση αναφέρει ότι πρέπει να γίνουν αλλαγές στον τρόπο που υπολογίζονται οι ανάγκες σε αριθμό Νοσηλευτών και περιορισμός των υποχρεωτικών υπερωριών πέραν του ωραρίου των Νοσηλευτών , σαν μέρος ενός σχεδίου μείωσης των προβλημάτων που απειλούν την ασφάλεια των ασθενών, βελτιώνοντας το εργασιακό περιβάλλον σε τέσσερις τομείς : διοίκηση, μείωση της φυγής του προσωπικού, εργασιακό σχεδιασμό, και κουλτούρα του οργανισμού.

Μία ή δύο ενέργειες από μόνες τους δεν μπορούν να κρατήσουν τους ασθενείς ασφαλείς, δήλωσε ο πρόεδρος της επιτροπής και συντάκτης της έκθεσης Donald M. Steinwachs, καθηγητής του τμήματος πολιτικής υγείας και μανάτζμεντ στο Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore. Αντιθέτως, ένα εργασιακό περιβάλλον που θα μειώνει τα λάθη και θα αυξάνει την ασφάλεια των ασθενών απαιτεί αλλαγές στον τρόπο εργασίας των Νοσηλευτών , στα αίτια που τους κάνουν να φεύγουν από τη δουλειά και στο πώς ο οργανισμός

αντιλαμβάνεται την ασφάλεια και τι κάνει για αυτό.

Ακολουθεί ένα σχέδιο που αναλύει όλους αυτούς τους τομείς.

Τα 2.2 εκατομμύρια Νοσηλευτές, οι 700.000 πιστοποιημένοι πρακτικοί και τα 2.3 εκατομμύρια βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν το 54% όλων όσοι εργάζονται στον τομέα υγείας. Οι Νοσηλευτές είναι αυτοί που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς συχνότερα σε όλα τα επίπεδα και από τις πράξεις τους εξαρτάται και η έκβαση της πορείας των ασθενών. Μελέτες δείχνουν ότι οι επι μολύνσεις, οι αιμορραγίες και οι αναπνευστικές και καρδιακές επιπλοκές συνδέονται με τον ανεπαρκή αριθμό νοσηλευτών. Οι Νοσηλευτές, από την άλλη, αμύνονται και εναντίον των λαθών. Για παράδειγμα, μια μελέτη σε 2 νοσοκομεία έδειξε ότι οι νοσηλευτές εντόπισαν το 86% των λαθών σε φάρμακα, πριν φθάσουν στους ασθενείς.

Παρά όμως την πληθώρα των στοιχείων που δείχνουν ότι μεγαλύτερη αναλογία Νοσηλευτών-ασθενών εξασφαλίζει πιο ασφαλή νοσηλεία, οι Νοσηλευτές σε μερικά νοσοκομεία καταταλαιπωρούνται. Παράδειγμα: σε μερικά νοσοκομεία μπορεί να έχουν 12 ασθενείς για όλη τη βάρδιά τους. Η μόνη διαθέσιμη μέθοδος που έχουν να αμυνθούν είναι να αρνηθούν να αναλάβουν άλλον ασθενή όταν έχουν φθάσει στα όρια τους και δεν μπορεί να εξασφαλισθεί ασφαλής φροντίδα. Αυτή η δυνατότητα όμως ανεπίσημα δεν υπάρχει.

Οι κανονισμοί ρύθμισης του ελάχιστου αριθμού προσωπικού στα γηροκομεία, που είχαν καθιερωθεί την περασμένη δεκαετία, πρέπει να αναθεωρηθούν .

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ πρέπει να επιβάλλει στα γηροκομεία να έχουν τουλάχιστον έναν Νοσηλευτή εντός του ιδρύματος σε 24ωρη βάση. Επίσης ο αριθμός του προσωπικού θα πρέπει να αυξάνει όσο αυξάνει ο αριθμός των ασθενών βάσει της έκθεσης του υπουργείου στο Κογκρέσο σχετικά με την ελάχιστη αναλογία ασθενών Νοσηλευτών στα γηροκομεία. Η επιτροπή πρότεινε να γίνεται έλεγχος στον τρόπο εργασίας του προσωπικού των γηροκομείων και στην ασφάλειά τους, όταν σε αυτά η αναλογία πέφτει κάτω

από ένα Νοσηλεύτη ανά 32 τροφίμους, έναν πιστοποιημένο πρακτικό ανά 18 τροφίμους και ένα βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό ανά 8,5 τροφίμους την ημέρα.

Στις εντατικές μονάδες επίσης να αυξάνει ο έλεγχος όταν οι αναλογίες πέφτουν κάτω από ένα Νοσηλεύτη για 2 ασθενείς. Οι εκθέσεις για τα γηροκομεία από τις πολιτειακές αρχές θα πρέπει να αναφέρουν και το επίπεδο επάνδρωσης, ενώ θα πρέπει να μετριέται το επίπεδο επάνδρωσης σε όλα τα γηροκομεία προκειμένου να γίνεται η αναφορά σε αυτό. Όταν θα είναι δυνατόν, οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν Νοσηλευτές από πρακτορεία για να καλύψουν ελλείψεις προσωπικού.

Τα εκτεταμένα ωράρια εργασίας αποτελούν απειλή για την ασφάλεια των ασθενών επειδή η κόπωση μειώνει την ενέργεια, αυξάνει το χρόνο αντίδρασης, μειώνει τη δυνατότητα της προσοχής στη λεπτομέρεια και συνεισφέρει γενικότερα στα λάθη. Ενώ οι περισσότεροι Νοσηλευτές εργάζονται από 8 έως 12 ώρες, υπάρχουν περιπτώσεις όπου κάποιοι εργάζονται ακόμα παραπάνω. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο, είναι περισσότερο σοβαρά και χρειάζονται τη συμβολή της τεχνολογίας για την παρακολούθησή τους περισσότερο από ό, τι παλιότερα. Η νομοθεσία θα πρέπει να απαγορεύει στους Νοσηλευτές να εργάζονται περισσότερο από 12 ώρες την ημέρα και περισσότερο από 60 την εβδομάδα όπως κατέληξε η επιτροπή.

Μαζί με τις αλλαγές σε αριθμό προσωπικού και ωράρια εργασίας, η ανακατασκευή πολλών νοσοκομείων που ξεκίνησε στα μέσα του 1980 οδήγησε σε αλλαγές στο πώς εργάζονται οι Νοσηλευτές. Τα νοσοκομεία προσπάθησαν να ανταποκριθούν σε οικονομικές πιέσεις λόγω των αλλαγών στα ασφαλιστικά συστήματα των ασθενών και οδήγησαν τους Νοσηλευτές να δουλεύουν με τρόπο που κλόνισε την εμπιστοσύνη των Νοσηλευτών στο μανατζμέντ των νοσοκομείων. Η έκθεση της επιτροπής ωθεί στην αναθέρμανση των σχέσεων μανατζμέντ και Νοσηλευτών ως απαραίτητη προϋπόθεση να βελτιωθεί το εργασιακό περιβάλλον. Όπως αναφέρει η έκθεση, αυτό θα ε-

πιτευχθεί με την συμμετοχή των ηγετών Νοσηλευτών σε όλα τα επίπεδα μανατζμεντ και ιδιαίτερα στις αποφάσεις που αφορούν το σχεδιασμό του εργασιακού περιβάλλοντος των ίδιων των Νοσηλευτών οι οποίοι είναι οι καταλληλότεροι να Βελτιώσουν τα σημεία εκείνα της εργασίας τους που συμβάλλουν σε λάθη και οδηγούν άλλους να αποχωρήσουν από τη Νοσηλευτική, ενώ είναι και οι καταλληλότεροι να καθορίσουν τον απαραίτητο αριθμό νοσηλευτών για κάθε τμήμα.

Τα Προγράμματα προσαρμογής για τους νεοδιορισμένους και τα Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης δεν πραγματοποιούνται λόγω οικονομικού κόστους, αν και μελέτες έχουν δείξει ότι οι νέοι απόφοιτοι νοσηλευτές δεν είναι πλήρως προετοιμασμένοι να αναλάβουν την φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία. Επίσης. Πολλοί νοσηλευτές δεν ενημερώνονται και δεν λαμβάνουν γνώση από την ανάπτυξη της γνώσης και των νέων τεχνολογιών. Η επιτροπή προτείνει στους οργανισμούς να εξασφα-λίσουν οικονομικούς πόρους για τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού τους.

Καθώς οι συστάσεις αυτές της επιτροπής γίνονται σε μια περίοδο μεγάλης φυγής από το επάγγελμα των Νοσηλευτών και μιας έλλειψης που αναμένεται να χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου, η εφαρμογή τους ίσως μπορέσει να αντιστρέψει την κατάσταση. Επειδή δυστυχώς η περίοδος είναι ακριβώς ισχνεί πρέπει να Βοηθηθούν με μέτρα εργασιακά. Δηλαδή διαθέσιμους χώρους, ελκυστικό ωράριο, στελέχωση σε προσωπικό και μια νέα νοοτροπία που μειώνει τα λάθη και τα αντιμετωπίζει καλύτερα όταν συμβούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΟΥ ΠΑΡΑΜΟΝΕΥΟΥΝ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Εάν επιχειρήσουμε να κάνουμε μια γενική προσέγγιση της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων στο νοσοκομείο που αποτελεί έναν εξαιρετικά ευαίσθητο και επικίνδυνο εργασιακό χώρο και να δώσουμε σε πρώτη φάση ένα γενικό πλάνο για την προστασία των εργαζομένων θα αξιολογήσουμε τα εξής

### Υγεία και Εργασία

Αρχικά ας δούμε πως συνδέονται οι δύο τόσο βασικές έννοιες, της υγείας και της εργασίας. Όλοι γνωρίζουμε πως ορίζει η W.H.O την υγεία ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως απουσία ασθενείας ή αναπηρίας. Με τον όρο εργασία, εννοούμε τη σκόπιμη και σχεδιασμένη εκείνη δραστηριότητα με την οποία ο άνθρωπος στοχεύει άμεσα ή έμμεσα στην ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του.

Η σχέση που υπάρχει μεταξύ υγείας και εργασίας είναι σχέση αλληλεπίδρασης. Έτσι, η υγεία επηρεάζει τη δυνατότητα για εργασία όπως εξάλλου και η εργασία επηρεάζει το επίπεδο της υγείας. Είναι προφανές ότι ένα άτομο που ασθενεί, αντιμετωπίζει προβλήματα στην επαγγελματική του ένταξη. Άλλωστε και σύμφωνα και με το Ν. 1648/86 ο βαθμός αναπηρίας ενός ατόμου, προσδιορίζεται από τη περιορισμένη του ικανότητα για επαγγελματική απασχόληση.

Η εργασία μπορεί να έχει τόσο βλαπτική, όσο και θετική επίδραση στην υγεία του ατόμου. Έτσι αναλόγως των συνθηκών εργασίας, διαφόρων παραγόντων που επικρατούν στο χώρο εργασίας (φυσικοί-χημικοί-βιολογικοί), της οργάνωσης της εργασίας ή άλλων παραμέτρων που συνθέτουν, το φυσικό και ψυχολογικό εργασιακό περιβάλλον, μπορεί να προκληθούν τέτοιες βλάβες στην υγεία του εργαζόμενου που να απειληθεί

ακόμα και η ζωή του.

Βέβαια, θα ήταν άδικο εάν δεν αναγνωρίζαμε και το ρόλο της εργασίας στη προαγωγή της υγείας.

**Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ, ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΔΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟΣ ΣΕ ΠΟΛΥΑΡΙΘΜΟΥΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.**

**Εκτιμήσεις-Προτάσεις :** Μια πρόχειρη εκτίμηση που μπορούμε να κάνουμε να επιχειρίσουμε να ρίξουμε μια ματιά στην Ελληνική πραγματικότητα, όσον αφορά τη υπαρξη σχετικού ενδιαφέροντος και λήψη βασικών μέτρων για την προστασία των εργαζομένων στα νοσοκομεία, είναι απογοητευτική. Δεν είναι άλλωστε τυχαία η έλλειψη σχετικών ερευνητικών και βιβλιογραφικών δεδομένων, καθώς και τα τεράστια νομοθετικά κενά που υπάρχουν για την Υγιεινή και την Ασφάλεια των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Επικαλούμενοι τις προσωπικές εμπειρίες που υπάρχουν σε συνδυασμό με όσα προαναφέρθηκαν, είμαστε απόλυτα πεπεισμένοι, ότι στη πλειοψηφία μας, η έκφραση υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων στο νοσοκομείο, ηχεί μάλλον ως ουτοπία παρά ως προσδοκία, και αυτό γιατί το έως τώρα ενδιαφέρον και οι προσπάθειες των αρμοδίων, απλά τείνουν στο μηδέν.

Για του λόγου το αληθές, θα κάνουμε μια επιλεκτική αναφορά σε χαρακτηριστικά παραδείγματα που σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο που εφαρμόζεται η υγιεινή και ασφάλεια για τη νοσηλευτική και τους εκπροσώπους της, που όμως αποτελούν μια από τις πολυπληθέστερες και σε μεγάλο βαθμό εκτεθειμένες στο κίνδυνο, ομάδες εργαζομένων στο νοσοκομείο. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει από μέρος μας πρόθεση να εκθέσουμε κανένα νοσοκομείο, οι αναφορές μας θα είναι γενικές, αν και είμαστε βέβαιοι ότι θα έχουν να πουν σε όλους μας από κάτι.

Ο νοσηλευτής, λόγω της φύσης της εργασίας του κατά τη



διάρκεια όλης της βάρδιας, είναι εκτεθειμένος σε πολυάριθμους Βιολογικούς παράγοντες (βακτήριαιους-μυκητες κ.λ.π) σε χημικούς-τοξικούς παράγοντες(πτητικές ουσίες, αντισηπτικά, χημειοθεραπευτικά, ατμούς κ.λ.π), και σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλους εργαζόμενους σε φυσικούς παράγοντες την νύχτα το μικροκλίμα είναι επιβαρυνμένο, όταν μάλιστα δεν υπάρχει μέριμνα να διατηρηθούν οι ίδιες συνθήκες που υπάρχουν την ημέρα.)

Επίσης, ιδιαίτερα δυσμενείς επιδράσεις έχουν οι ψυχολογικοί παράγοντες (εντατικοποίηση εργασίας κυλιόμενο ωράριο - έλλειψη κινήτρων- κακές εργασιακές σχέσεις-συγχυση και συγκρουση ρόλων με άλλες κοντινές ειδικότητες, μονοτονία, περιορισμένες ευκαιρίες επιμόρφωσης, ανασφάλεια λόγω απουσίας προστασίας κ.λ.π) Τέλος, εργονομικοί παράγοντες αλλά και οργανωτικοί συχνά αποτελούν αιτία εργατικών ατυχημάτων στο νοσηλευτικό προσωπικό. Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι έχουμε δει : Νοσηλευτές που κατά την εργασια τους (μετά από τρύπημα και άλλο τρόπο) μολύνθηκαν με ιούσώπως π.χ. Η.Ι.Υ , Η.Β.Υ, ΗCΥ, ή άλλους βιολογικούς παράγοντες και η υγεία ,τους επιβαρύνεται σταδιακά , να μην έχουν καμμία ιδιαίτερη μεταχείριση και συχνά να εργάζονται στους πιο νευραλγικούς χώρους, έχοντας και το κοινωνικό στίγμα του μολυσματικού.

- ✓ Το λιγότερο που μπορεί να κάνει για την προστασία του και όχι μόνο τη δική του ο νοσηλευτής, Είναι η χρήση ατομικών μέτρων προστασίας π.χ. γάντια. Συνήθως αυτά δεν επαρκούν με αποτέλεσμα τις τελευταίες ημέρες του μήνα και μέχρι να γίνει η νέα παραλαβη υλικού , να εργάζεται με ελάχιστα γάντια ή και καθόλου. Όπως φαίνεται η οικονομία του νοσοκομείου γίνεται σε βάρος των νοσηλευτών.
- ✓ Και βέβαια δεν είναι μόνο οι περικοπές υλικού αλλά και η ποιότητά του υλικού, που ουνήθως είναι κακή με επιβαρυντικά για την ασφάλειά μας.
- ✓ Η επιλογή των προστατευτικών μέσων που χορηγούνται από το νοσοκομείο π.χ. ορθοπεδικά παπούτσια,

προστατευτικά καλτσόν κατά των Θρομβώσεων κ.λ.π, γίνεται με κύριο κριτήριο τον μειοδότη.

- ✓ Όσο για τις συνθήκες εργασίας η κατάσταση είναι γνωστή. Το βιολογικό μας ρολόι είναι μονίμως απορρυθμισμένο, από τις πολλές νυχτερινές και απογευματινές βάρδιες λόγω μόνιμης έλλειψης προσωπικού.
- ✓ Η έλλειψη προσωπικού που οδηγεί σε εντατικοποίηση της εργασίας, συνεπάγεται την σωματική και ψυχική κόπωση με απρόσμενες συνέπειες για νοσηλευτές και νοσηλευομένους.
- ✓ Το δικαίωμα της ασθενειας αποτελεί πολυτέλεια για το νοσηλευτή, που συχνά στα πλαίσια της συναδελφικότητας, προκειμένου να μην επιβαρύνει τους συναδέλφους του με μια παραπάνω βάρδια εργάζεται αν και ασθενής.
- ✓ Το δικαίωμα της συνεχόμενης επιμόρφωσης μπαίνει σε δεύτερη μοίρα με αποτέλεσμα η εργασία να γίνεται μονότονη μια στερείται εμπλουτισμού από νέες γνώσεις και τεχνικές.
- ✓ Η έκθεση των νοσηλευτών σε κίνδυνο από τοξικές και μεταλλαξιογόνες ουσίες είναι συχνή ενώ δεν παρέχονται ειδικά μέσα για την προστασία τους, στα περισσότερα νοσοκομεία π.χ. ειδικοί χώροι παρασκευής και χορήγησης χημειοθεραπευτικών σχημάτων κ.λ.π.
- ✓ Ακατάλληλοι εργονομικά χώροι (στενοί, μη λειτουργικοί) οδηγούν πολύ συχνά σε εργατικά ατυχήματα, αφού δεν υπάρχει άνεση στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων.

#### **Επιβάλλεται λοιπόν:**

- ✓ Κάλυψη των τεράστιων νομοθετικών κενών για την υγιεινή και την ασφάλεια στα νοσοκομεία.
- ✓ Οργάνωση και λειτουργία Υπηρεσίας Υγιεινής στο ,νοσοκομειο
- ✓ Υπεύθυνος Υγιεινής που να έχει ειδική εκπαίδευση στη Δημόσια Υγιεινή.
- ✓ Σύνταξη κανονισμού για την Υγιεινή και την Ασφάλεια - αξιολόγησης της εφαρμογής του και επαναπροσδιορισμός του κατά διαστήματα.

- ✓ Εκπαίδευση όλων των εργαζομένων κατά επάγγελμα σχετικά με τους επαγγελματικούς κινδύνους, την πρόληψη αυτών και την προστασία από αυτούς.
- ✓ Επίβλεψη και έλεγχος της εφαρμογής της πολιτικής πρόληψης .
- ✓ Περιοδικοί έλεγχοι και εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων.
- ✓ Αυστηρή τήρηση του απορρήτου από τους εμπλεκόμενους στη διαδικασία αυτή.
- ✓ Κατάλληλα άτομα σε κατάλληλες θέσεις.
- ✓ Επάρκεια εργαζομένων με βάση τις απαιτήσεις κάθε εργασιακού χώρου.
- ✓ Ευνοϊκότερες συνθήκες σε άτομα που εκτελούν κυκλικό ωράριο.
- ✓ Κτιριακή αναπροσαρμογή βάσει των υγειονομικών , απαιτησεων
- ✓ Άρτια λειτουργία της Επιτροπής Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων.
- ✓ Ιδιαίτερη μέριμνα για τους χώρους υψηλών υγειονομικών, απαιτησεων.
- ✓ Συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και εφαρμογής μέτρων προστασίας τους.

## 5.1 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BURNOUT ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στα μέσα της δεκαετίας του 70ντα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ ο όρος burnout, για να περιγράψει μια επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν κοινωνικό λειτούργημα ( ιατρούς , νοσοκόμους , κοινωνικούς λειτουργούς ,δασκάλους κλπ). Η επαγγελματική αυτή παθολογία χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων. Οφείλεται κυρίως στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού στρές στην υγεία αλλά και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ο όρος προέρχεται από

την αθλητική αργκό της δεκαετίας του 30αντα στις ΗΠΑ. Περιέγραφε εκείνους τους αθλητές που μετά από μεγάλες επιδόσεις δεν μπορούσαν πλέον να προσφέρουν τα αναμενόμενα σε αγωνιστικό επίπεδο. Αναλογικά , όσοι ασκούν κοινωνικό λειτούργημα και εκδηλώνουν το σύνδρομο burnout ή σύνδρομο της ολοκληρωτικής εξάντλησης , αδυνατούν να εξασκήσουν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα και να συνδράμουν εκείνους που έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες τους.

Το σύνδρομο burnout εξαρτάται από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρώντας ως καταλύτες, συντελούν στο πέρασμα από το στρές στο burnout. από την μία η αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και οι συνθήκες αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντείνουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για παρεμβάσεις κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης και περίθαλψης. από την άλλη η οικονομική ύφεση συντελεί στο περιορισμό των αναγκαίων πόρων για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών προγραμμάτων. Η αντίθεση αυτή, ενισχυμένη από τους στεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και πλαισιωμένη από μια διάχυτη αίσθηση αδιεξόδου και καταστέπεια υποτίμησης του εργασιακού καθήκοντος γεννά τις κοινωνικο-μορφωτικές αιτίες που συμβάλλου καθοριστικά στην εκδήλωση του συνδρόμου burnout.

Τρία είναι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα. Η εξάντληση, ο κυνισμός και η αναποτελεσματικότητα. Η εξάντληση προέρχεται από την επίδραση του εργασιακού στρές στην ψυχική και σωματική υγεία. Ο κυνισμός αποτελεί έκφραση της αρνητικής στάσης του πάσχοντος προς τους άλλους αλλά και προς την εργασία του, ενώ η αναποτελεσματικότητα είναι το προϊόν μια αρνητικής αυτοεκτίμησης. Η φυγή από το εργασιακό γίνεσθαι, η μειωμένη ικανότητα αυτοελεγχου, η εμμονή στη χρήση ουσιών, καθώς και η εκδήλωση διαφόρων ψυχοσωματικών ασθενιών(αλλεργικό άσθμα, αλλεργικές δερματίτιδες κλπ), συνοδεύουν το τρίπτυχο των βασικών συμπτωμάτων.

## 5.2 ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ 414 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

### 5.2.1 Το 45% με πρόβλημα

Μελέτη που έγινε σε δείγμα 414 νοσηλευτών διαφόρων ειδικοτήτων σε πέντε νοσοκομεία των Αθηνών έδειξε ότι το 45% είχε υποστεί burnout. Η έρευνα που διεξήγε ομάδα επιστημόνων της σχολής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε νοσηλευτές 5 Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) 20 κλινικών και 7 Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έδειξε ότι οι αιτίες που προκαλούσαν το burnout ήταν:

- ✓ στις ΜΕΘ: η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης, συνεργατικότητας, η αδυναμία λήψης πρωτοβουλιών και η έλλειψη οργάνωσης
- ✓ στις κλινικές: ο φορτος εργασίας, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης και οργάνωσης καθώς και η έλλειψη αυτονομίας.
- ✓ Στα ΤΕΠ: η έλλειψη ανανέωσης και οργάνωσης, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης, ο φορτος εργασίας. Οι νοσηλευτές -που κλήθηκαν να απαντήσουν σε 90 ερωτήσεις ο καθένας-, σύμφωνα με την έρευνα, στα ΤΕΠ και στις ΜΕΘ ήταν διπλά επιρρεπείς, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές στις κλινικές, στο σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης, γεγονός που θα αποφευγόταν με την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη.

Η πλειονότητα (91,3%) των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 34 έτη και μέσος όρος εμπειρίας στη νοσηλευτική ήταν 10 χρόνια. Το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών ήταν 5,7% απόφοιτοι πανεπιστημίου, 38,7 ΤΕΙ, 6% είχαν διδακτορικό και το 23,8%, μεταπτυχιακό. Το 44,5% των νοσηλευτών αφιέρωναν το 25% του χρόνου εργασίας τους σε ασθενείς και το 22,9 το 50%.

Ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε τα γεγονότα και τα αφήνουμε να μας επηρεάσουν καθώς και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εργασία σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης είναι οι κύριοι λόγοι που αναπτύσσει κανείς burnout.

**Μειωμένο Προσωπικό = Αύξηση Ατυχημάτων με Βελόνες**

Έρευνα του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια που δημοσιεύτηκε στο τεύχος Ιουνίου του 2002 του περιοδικού American Journal of Infection Control, έδειξε σαφή αύξηση των ατυχημάτων όσο μειώνεται ο αριθμός των Νοσηλευτών. Στην έρευνα συμμετείχαν 2.278 Νοσηλευτές σε 22 φημισμένα Αμερικανικά Νοσοκομεία. Βρέθηκε ότι οι κακές συνθήκες εργασίας και ο μεγάλος φόρτος εργασίας ευθύνονται για 50 έως 200 % αύξηση σε τρυπήματα με μολυσμένες βελόνες και παραλίγο τρυπήματα, προκαλώντας έτσι στους επαγγελματίες υγείας τον κίνδυνο της μόλυνσης από τις επικίνδυνες λοιμώξεις HIV και ηπατίτιδα c. Η μείωση προσωπικού από τα νοσοκομεία για συγκράτηση του κόστους είχε διπλή επίδραση στα ατυχήματα. Νοσηλευτές που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με αιχμηρά αντικείμενα ανέλαβαν τέτοιες δραστηριότητες, ενώ από την άλλη ο φόρτος εργασίας αυξανόταν ποικιλοτρόπως. Νοσηλευτές που ανέλαβαν την λήψη αίματος και την τοποθέτηση ενδοφλέβιων καθετήρων είχαν διπλάσιες πιθανότητες να πάθουν ατύχημα. Ο οργανισμός ασφάλειας από τις βελόνες και πρόληψης των τραυματισμών, υποχρεώνει τα νοσοκομεία να παρέχουν στους εργαζόμενους ασφαλέστερα υλικά για ενέσεις, λήψη αίματος και καθετηριασμούς φλεβών. Η έρευνή τους βρήκαν ότι η χρήση των ειδικών αυτών υλικών μείωσε τα ατυχήματα κατά 20-30%.

**5.2.2 Νοσηλευτές Θύματα του SARS**

Ένας χρόνος πέρασε που το SARS εμφανίστηκε στον πλανήτη και δεκάδες εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη του Τορόντο (Καναδάς) παραμένουν μακριά από την εργασία τους, αγωνιζόμενοι να καταπολεμήσουν τα ολέθρια ψυχικά αποτελέσματα που είχε ο θανατηφόρος ιός πάνω τους. Αυτοί οι άνθρωποι δεν θα επιστρέψουν, δεν είναι μόνο η φυσική τους

κατάσταση, δεν είναι η δύσπνοια, η δυσκολία στην αναπνοή, αλλά και ένα σωρό άλλες αιτίες, δήλωσε ο Δρ Donald Low , μικροβιολόγος στο νοσοκομείο Mount Sinai.

Είναι μέλος μιας ομάδας επιστημόνων που μελετούν τις μακροχρόνιες επιδράσεις του ιού σε ασθενείς και προσωπικό που επέζησαν . Αν και το στρες φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος που δεν επέστρεψαν ακόμα στη δουλειά τους, το ένα τρίτο έως το ένα δεύτερο όσων εργαζόμενων του τομέα υγείας επέσαν από τον SARS στο Πεκίνο, υποφέρουν τώρα από οστικές αλλοιώσεις πιθανών λόγω των στεροειδών που έλαβαν για να θεραπευθεί η ασθένεια.

Περίπου 50 από τους 500 επιζώντες από το SARS στο Πεκίνο που εξετάστηκαν , βρέθηκαν επίσης να έχουν νέκρωση αγγείων , που προκλήθηκε από την προσωρινή ή μόνιμη απώλεια αίματος στα οστά που οδήγησε σε νεκρωση των ιστών και μερικές φορές έκανε τα οστά να διάλυθούν .Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι το ίδιο θα συμβεί και με τους Καναδούς επιζώντες, αλλά είναι πολύ πιθανό αφού οι γιατροί χρησιμοποίησαν τα ίδια φάρμακα σε σχεδόν ίδιες δόσεις για να θεραπεύσουν τα 110 θύματα του SARS, δήλωσε ο Δρ. Andrew Simor , ειδικός λοιμωξιολόγος στο νοσοκομείο Sunnybrook του Καναδά. Οι γιατροί σταμάτησαν να χρησιμοποιούν το φάρμακο όταν φάνηκαν οι πρώτες παρενέργειες όπως αναιμία, και ανωμαλίες στο ασβέστιο και το μαγνησιο που ήταν περισσότερο σημαντικά απο το αντισταθμιστικό όφελος.

Δύο από τους 12 του νοσοκομείου Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre που ασθένησαν , δεν έχουν επιστρέψει ακόμα στη δουλειά τους.

Στο νοσοκομείο North York General, όπου 3.000 προσωπικό και 850 γιατροί τέθηκαν σε καραντινα, 70 από αυτούς αισθάνονται ακόμα άρρωστοι και 40 ακόμα αναρρώνουν .

Ο πρόεδρος του νοσοκομείου Bonnie Adamson δήλωσε σε πρόσφατη συνέντευξή του στο Τορόντο ότι δεν είναι σίγουρος εάν θα επιστρέψουν στη δουλειά τους. Πάντως, δήλωσε, σίγουρα δεν είναι σε θέση να φροντίσουν κανέναν άλλον .Μερικοί, ανέφερε επίσης, πέρασαν τέτοιο στρες που τα μαλλιά τους

έπεφταν με τις τούφες.

Αν και τιμήθηκαν για την γενναιότητα και την αυτοθυσία τους κατά την διάρκεια της επιδημίας αποκαλούμενοι ως ήρωες, συνειδητοποιούν ότι η δουλειά τους είναι πιο επικίνδυνη από ότι είχαν μέχρι, τότε φανταστεί.

Ακόμα και λαμβάνοντας τα μέτρα, ο κίνδυνος είναι υπαρκτός, όπως συνέβη με την νοσηλεύτρια Nelia Lagoza που νόσησε αν και φορούσε την μάσκα της όταν φρόντιζε ένα μετεγχειρητικό ασθενή στο νοσοκομείο North York General και παρότι τα μέτρα είχαν λήξει, ο ιός πέρασε τη μάσκα μπήκε στους αεραγωγούς της και την κατέβαλε.

Αμέσως απομονώθηκε, μπήκε σε καταστολή και μηχανική αναπνοή και δεν ξύπνησε ποτέ. Η ψυχολογική επίδραση είναι τεράστια και δεν έχει προσεχτεί όσο θα έπρεπε, δηλώνει ο Δρ Low. Με μπουκάλια αντισηπτικά κάθε φορά που μπαίνουν σε ένα θάλαμο, με πινακίδες υπενθύμισης πλυσίματος των χεριών και μιας νέας πολιτικής που απαιτεί την χρήση ποδιάς και μάσκας κάθε φορά που ένας ασθενής με πυρετό και βήχα φθάνει στο νοσοκομείο, οι αναμνήσεις του SARS δεν θα ξεχαστούν ποτέ για το υγειονομικό προσωπικό του Τορόντο.

Ο σύλλογος Νοσηλευτών του Ontario υπολογίζει ότι 24 περίπου άτομα είναι ακόμα σε αναρρωτικές άδειες. Περίπου 36 Νοσηλεύτριες ασθένησαν από SARS και οι περισσότερες από αυτές δεν έχουν επιστρέψει ακόμα στην προηγούμενη φυσική τους κατάσταση, δήλωσε η προεδρος Barb Wahl και συνέχισε λέγοντας ότι είναι μια πάρα πολύ σοβαρή ασθένεια για την οποία δεν ξέρουμε πολλά και κυρίως τις μακροχρόνιες επιδράσεις της. Τα θύματα του ιού, ειδικοί και σύλλογοι εργαζόμενων συγκεντρώθηκαν ακριβώς ένα χρόνο μετά την ημέρα που περιγράφηκε για πρώτη φορά η ασθένεια σε έναν άντρα από την επαρχία Φοσάν της Κίνας. Αυτός επέζησε και εκ των υστέρων ανακοινώθηκε ως το πρώτο κρούσμα. Οι ερευνητές υποσιάζονται ότι θα περάσουν μερικά χρόνια ακόμα πριν ανακαλυφθεί το εμβόλιο, ενώ η πλήρη θεραπεία φαίνεται ακόμα πολύ μακριά.

Κανένας δεν γνωρίζει από πού προήλθε ο ιός, αν και έχει



κατηγορηθεί ένα είδος γάτας.

Οι επιστήμονες είναι αβέβαιοι για τις μακροχρόνιες επιδράσεις του ιού, έχει η μάχη κατά του ιού Βλάψει κάποια όργανα ανεπανόρθωτα; Θα έχουν οι επιζώντες του SARS ευαισθησία σε λοιμώξεις του αναπνευστικού;

Μελέτες είναι σε εξέλιξη στην πόλη του Τορόντο με αρκετούς ιατρούς και νοσοκομεία. Αν και χρειάζονται ακόμα πολλές εβδομάδες για να ολοκληρωθούν οι μελέτες, φαίνεται ότι η πλήρης ανάρρωση από τον ιό είναι χρονοβόρα.

Ο SARS διαφέρει από τους άλλους ιούς στην ισχύ παραμονής του. Η γρίπη σε καταβάλλει γρήγορα και έχει γρήγορη αποδρομή, ενώ ο SARS παίρνει έως μία εβδομάδα για να επωαστεί πλήρως. Έτσι η ανάρρωση γίνεται αργά και αφήνει μια αδυναμία, κόπωση, δυσκολία στην αναπνοή και Βήχα.

Ανάλογα με την ηλικία και άλλους παράγοντες όπως διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια κ.λπ. η ανάρρωση μπορεί να είναι πιο αργή. Μια εβδομάδα στο κρεβάτι μπορεί να απαιτεί 6 εβδομάδες σε αποκατάσταση της μυϊκής ισχύος.

Αν και ακόμα αναλύονται τα στοιχεία, οι πρώτες ενδείξεις δείχνουν ότι οι επιζήσαντες δεν αποκτούν προδιάθεση για νέες αναπνευστικές λοιμώξεις. Το ψυχικό στρες όμως της αντιμετώπισης μιάς χλωδούς επιδημίας είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθεί οι άνθρωποι ακόμα δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στα μέρη που κόλλησαν τον ιό. Δεν είχαμε ξαναδεί να συμβαίνει κάτι τόσο γρήγορα. Η Ηπατίτιδα Β, η φυματίωση, η γρίπη πάντα υπάρχουν πάντα εγκυμονούν κίνδυνο, αλλά σαν το SARS δεν είναι. Έβλεπες τους συνεργάτες σου να αρρωσταίνουν και μπορούσες και εσύ να αρρωστήσεις και εσύ τόσο βαριά ώστε να χρειάζονταν να μείνεις στο Νοσοκομείο. Κάτι τέτοιο είχε να συμβεί από την εποχή της πολιομυελίτιδας, κατέληξε ο Δρ Low.

### 5.2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΩΣ ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΟΣ

Οι κίνδυνοι για τους εργαζόμενους σε κάθε παραγωγική διαδικασία είναι αρκετοί. Συχνά, δυστυχώς, συμβαίνουν

ατυχήματα με θύματα εργαζόμενους, ενώ αύξηση παρουσιάζουν και οι επαγγελματικές ασθένειες. Οι μόνοι όμως που γνωρίζουν πολύ καλά τους κινδύνους που παραμονεύουν στο χώρο εργασίας των νοσηλευτικών τμημάτων είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές-τριες.

Θα πρέπει επιτέλους ο χώρος των νοσοκομείων και των αποκεντρομένων μονάδων να χαρακτηριστεί ως ανθυγιεινός περνώντας στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

Έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλά νοσοκομεία της χώρας όπου ειδικότερα υπάρχουν οργανωμένα ογκολογικά τμήματα ή μη οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες για την αντιμετώπιση ογκολογικών περιστατικών οι νοσηλευτές εκτίθενται σε κυτταροστατικά φάρμακα ή άλλους χημικούς, βιολογικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, χωρίς να λαμβάνονται υποψηφ, τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας, όπως νηματική ροή, χώρος με τον ανάλογο εξοπλισμό, μέσα ασηψίας και αντισηψίας καθώς και το απαραίτητο ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμφωνα με το άρθρο 35 του Ν.1568/85 τα νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν λαμβάνουν μέτρα για την ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού έχουν ποινική ευθύνη.

**Επιβάλλεται λοιπον:**

- 1) **Λειτουργία επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας** όπως αυτές προβλέπονται από τον Ν.1568/85. Παράλληλη πρόβλεψη στους υπο διαμόρφωση οργανισμός θέσεων ιατρού εργασίας και τεχνικού ασφαλείας είτε κατά νοσοκομειακή μονάδα είτε κατά συγκρότημα είτε σε επίπεδο νομαρχείας ανάλογα με την δύναμη κάθε νοσοκομειακής μονάδας.
- 2) **Μέτρα προστασίας**
  - ✓ Κωδικοποίηση της επικείμενης νομοθεσίας
  - ✓ Παροχές σε είδος υλικών για την προστασία στους εργαζόμενους
  - ✓ Σωστές συνθήκες εργασίας

- ✓ Εισαγωγή και θεσμοθέτηση του όρου εργατικό ατύχημα-επαγγελματική ασθένεια στο δημόσιο τομέα ώστε να καταγράφονται οι συνέπειες των συνθηκών εργασίας και παράλληλα να γίνονται δυνατή η ιεράρχηση των παρεμβάσεων και ο έλεγχος απόδοσης των μέτρων μείωσης της επικινδυνότητας που λαμβάνονται.
  - ✓ Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εγγύων, λεχώνων και γαλουχούσων εργαζομένων σε συμμόρφωση με την οδηγία 92/85/ΕΟΚ
- 3) **Μείωση του χρόνου εργασίας** στο ωράριο ανάλογη με την ζώνη επικινδυνότητας
  - 4) **Μειωση του χρόνου συνταξιοδότησης και ορίων ηλικίας** ανάλογης με την ζώνη επικινδυνότητας
  - 5) **Ενημέρωση των εργαζομένων- εκπαίδευση** από πλευράς εργοδότη (ΝΠΔΔ) στον κάθε εργαζόμενο για την ασφάλεια και την υγεία του.

### 5.3 ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΙΚΗ Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Σε μια σειρά χώρες της ΕΕ και όχι μόνο οργανώνονται διαδηλωσεις διαμαρτυρίας ενάντια στην πολιτική που ακολουθείται στον τομέα της Υγείας. Τα αντιδραστικά μέτρα που επεκτείνονται στην Υγεία χτυπούνε παράλληλα τον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών – νοσηλευτριών.

Το κύμμα καταλήψεων δημοσίων κτιρίων, διαδηλώσεων και συγκρούσεων με την αστυνομία δεν είναι κεραυνός εν αιθρία. Είναι συνέχεια των κινητοποιήσεων περασμένων ετών και της συσσωρευμένης αγανάκτησης λόγω και των αννεκπληρωτων υποσχέσεων των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει η κάθε κυβέρνηση.

**Η σημερινή κατάσταση στις άλλες χώρες δείχνει τα εξής:**

### 5.3.1 ΖΙΜΠΑΜΠΟΥΕ

#### Συνεχείς Απεργίες των νοσηλευτών

Τα δημόσια νοσοκομεία στη Χαράρε, πρωτεύουσα της Ζιμπάμπουε, αναγκάστηκαν να διώξουν τους ασθενείς τους και να κλείσουν τμήματα ως αποτέλεσμα της απεργίας των Νοσηλευτών. Οι Νοσηλευτές ενώθηκαν με τους γιατρούς, που ήδη απεργούσαν εδώ και καιρό, για υψηλότερες αμοιβές και έτσι η κρίση στο δημόσιο σύστημα υγείας έγινε οξύτερη.

Στα 2 μεγαλύτερα νοσοκομεία της πόλης, το Harare και το Parirenyetwa, δεν γίνονται δεκτοί ασθενείς και τα εξωτερικά ιατρεία έχουν κλείσει. Μόνο τα μαιευτικά τμήματα παρέμεναν ανοιχτά. Ελάχιστες Νοσηλεύτριες εργάζονταν μαζί με μερικούς φοιτητές. Όσοι από τους ασθενείς μπορούσαν να πληρώσουν, είχαν παραπεμφθεί στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι γιατροί κερδίζουν μεταξύ 263,305 και 807,735 δολάρια Ζιμπάμπουε το μήνα. Σε αμερικανικά δολάρια είναι από 330 έως 1.000 στην επίσημη ισοτιμία και 48 έως 147 στην παράλληλη αγορά. Ζητούν οι μισθοί τους να ανεβούν κατά 8.000%, ενώ οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι δεν θα επιστρέψουν στην δουλειά τους, αν δεν ικανοποιηθούν οι υποσχέσεις που τους είχε δώσει η κυβέρνηση από τον περασμένο χρόνο.

Οι Νοσηλευτές θέλουν τους μισθούς τους να είναι στα 1.6 εκατομμύρια δολάρια Ζιμπάμπουε, που είναι 2.000 δολάρια Αμερικής στην επίσημη ισοτιμία και 290 στην παράλληλη αγορά, εν όψει του πληθωρισμού που κυμαίνεται τώρα στο 600%.

Τον περασμένο μήνα είχαν ενωθεί ξανά σε απεργία με τους γιατρούς, αλλά επέστρεψαν στην δουλειά τους αφού η κυβέρνηση τους υποσχέθηκε 800% αύξηση. Εντούτοις, όταν οι νοσηλευτές έλαβαν τους μισθούς του Νοεμβρίου, ανακάλυψαν ότι δεν υπήρξε καμία αύξηση. Η Ένωση Νοσηλευτών της Ζιμπάμπουε πραγματοποίησε συνεδρίαση στο Χαράρε και αποφάσισε να κατέβει πάλι σε απεργία μαζί με τους γιατρούς. Ο υπουργός Υγείας της χώρας David Parienyatwa έχει αναγνωρίσει ότι οι μισθοί στον τομέα της υγείας πρέπει να

εξεταστούν και, όπως δήλωσε, επιθυμεί οι εργαζόμενοι στην υγεία να παίρνουν καλύτερους μισθούς, αλλά νομίζει ότι η απεργία δεν είναι η λύση. Επιθυμεί μια διάσκεψη στρογγυλής τραπέζης και να Βάλει την υγεία των ανθρώπων ως πρώτη προτεραιότητα.

Οι υγειονομικές υπηρεσίες της Ζιμπάμπουε ήταν σε άσχημη κατάσταση κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. Η χρόνια έλλειψη συναλλάγματος για εξοπλισμό και φάρμακα έχει επιδεινώσει την κατάσταση. Γιατροί, Νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας έφυγαν από τη χώρα τους σε μεγάλους αριθμούς σε αναζήτηση καλύτερων αμοιβών σε άλλες χώρες. Μια σχετική εξέλιξη ήταν η κυβέρνηση να επιτάξει τους στρατιωτικούς γιατρούς και νοσηλευτές για να εργαστούν στα δημόσια νοσοκομεία των οποίων οι γιατροί και οι νοσηλευτές απεργούσαν. Εντούτοις, οι ανώτεροι υπάλληλοι υγείας είπαν ότι η κίνηση αυτή θα ήταν απίθανο να βοηθήσει, δεδομένου ότι και τα στρατιωτικά νοσοκομεία έχουν ανεπαρκές προσωπικό και χαμηλές αμοιβές.

### 5.3.2 ΑΜΕΡΙΚΗ: ΧΤΥΠΑΕΙ Η ΚΟΡΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Την ημέρα του ετήσιου χορού των νοσοκομείων Brookhaven στο ξενοδοχείο Waldorf Astoria στο Μανχάταν, μια ομάδα νοσηλευτών στήθηκε έξω από το ξενοδοχείο, όχι με ποτήρι στο χέρι, αλλά με πλακάτ. Τα μέλη της Ομοσπονδίας Νοσηλευτών στο Brookhaven θέλησαν να τραβήξουν την προσοχή εκείνων που παρευρίσκονταν με μηνύματα για την έλλειψη του προσωπικού και των δύσκολων συνθηκών εργασίας.

Το μήνυμά τους ήταν "Δεν ψάχνουμε για αύξηση ψάχνουμε για προσωπικό," όπως ανέφερε ο Ron Abrahall, πρόεδρος των νοσηλευτών. Το σύνθημά τους ήταν: management went to the

ball, nurses answered the call. Ο πρόεδρος Abrahah είπε ότι το νοσοκομείο έχει πάρα πολύ υψηλή αναλογία ασθενών-Νοσηλευτών. Ένας Νοσηλευτής έχει 12 έως 16 ασθενείς και μάλιστα σε 12ωρη βάρδια, ενώ μπορεί να έχει ή να μην έχει και ένα Βοηθό. Εάν θα μπορούσε να μειωθεί η αναλογία, θα μειώνονταν και η πίεση, όπως είπε. Υπάρχουν άνθρωποι που δεν μπορούν να το κάνουν άλλο αυτό. Έτσι χάνουμε Νοσηλευτές οι οποίοι ήταν 10 και 20 χρόνια στο νοσοκομείο.

Πηγαίνουν και δουλεύουν σε πρακτορεία Νοσηλευτών, όπου η δουλειά είναι λιγότερο στρεσογόνος. Το νοσοκομείο με την σειρά του Βασίζεται σε μετανάστες Νοσηλευτές αντί να αντικαταστήσει τους Νοσηλευτές του. Παρότι η διοίκηση έχει συναντηθεί με τους εκπροσώπους των Νοσηλευτών για την έλλειψη του προσωπικού, τίποτα δεν έχει γίνει ακόμα. Η Νέα Υόρκη έχει αποδεχθεί τη σχετική νομοθεσία για ασφαλή αναλογία ασθενών-Νοσηλευτών εδώ και αρκετά χρόνια και προωθεί νομοθετική ρύθμιση για ανεύρεση επιπλέον πόρων για οικονομική ενίσχυση Νοσηλευτών που δέχονται να εργαστούν εκεί όπου υπάρχει μεγάλη έλλειψη.

Οι Νοσηλευτές του νοσοκομείου Medical College of Pennsylvania δεν είναι οι μόνοι που Βγήκαν στο δρόμο διαμαρτυρόμενοι για την έλλειψη Νοσηλευτών, που Βάζει σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών αλλά και την ίδια τη δουλειά τους. Είναι όμως οι μόνοι που το κάνουν επίσημα. Μια νοσηλεύτρια έστειλε ένα μήνυμα στον δημοσιογράφο Ronnie Polaneczky λέγοντας ότι αυτή όπως και πολλοί άλλοι Νοσηλευτές είναι σε μια προσωπική της απεργία. Άφησε τη δουλειά της για τους ίδιους λόγους που οι συνάδελφοί της διαδηλώνουν επί 2 εβδομάδες τώρα. Αυτό που θέλει, όπως και πολλοί Νοσηλευτές ακόμα δεν θα μπορούσε να είναι πιο ξεκάθαρο: “θέλω λογικό αριθμό νοσηλευτών για να έχω τη δυνατότητα να προσφέρω ασφαλή και ποιοτική νοσηλεία. Όταν αυτό εξασφαλισθεί, θα επιστρέψω αμέσως” .

Την έλλειψη των Νοσηλευτών σε εθνικό επίπεδο δεν την πιστεύουν. Τη μόνη έλλειψη που Βλέπουν είναι σε Νοσηλευτές που δέχονται να μείνουν σαν σκλάβοι στα νοσοκομεία των

οποίων το management ασχολείται μόνο με τη μείωση του κόστους, παρά με τις ανθρώπινες ζωές. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύλλογο Νοσηλευτών υπάρχουν 2,7 εκατομμύρια Νοσηλευτές, από τους οποίους εργάζονται μόνο τα 2.2 εκατομμύρια. Έτσι μένουν έξω 500.000 Νοσηλευτές εκ των οποίων οι περισσότεροι θα επέστρεφαν στα νοσοκομεία, αν αυτά ήταν διατεθειμένα να έχουν τέτοιες αναλογίες Νοσηλευτών-ασθενών, ώστε να υπάρχουν προϋποθέσεις ασφάλειας στα νοσοκομεία. Οι αναλογίες αυτές μπορεί και να σημαίνουν τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο.

Έρευνα έχει δείξει ότι για καθέναν ασθενή που προστίθεται στο μέσο όρο εργασιακού φορτίου των Νοσηλευτών, οι δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων αυξάνονται κατά 7%. Αν μάλιστα οι νοσηλευτές είναι ήδη κουρασμένοι, όπως άλλες έρευνες δείχνουν, τότε χρειάζεται προσοχή γιατί οι πιθανότητες να κάνουν λάθη είναι αυξημένες.

Στο νοσοκομείο Medical College of Pennsylvania οι Νοσηλευτές είναι υπερφορτωμένοι και ταλαιπωρημένοι. Ανάλογα ποιος σου δίνει τα Στοιχεία, στο νοσοκομείο υπάρχει μία έλλειψη από 60 έως 75 νοσηλευτές. Το νοσοκομείο αντιμετωπίζει το φαινόμενο με την υποχρεωτική υπερωρία, η οποία κοστίζει λιγότερο στο νοσοκομείο από το να προσλάβει τους επιπλέον νοσηλευτές που του λείπουν. Υποχρεωτική υπερωρία σημαίνει ότι οι Νοσηλευτές αναγκάζονται να μείνουν στη δουλειά για 4 και άνω ώρες από το κανονικό τους ωράριο. Μάλιστα, μερικοί το κάνουν αυτό και μετά από 12ωρη Βάρδια. Αυτό καταστρέφει την οικογενειακή τους ζωή και τους αφήνει ταλαιπωρημένους και με πρησμένα μάτια. Τι μπορούν να κάνουν για αυτό; Ο οργανισμός διαπίστευσής τους, τους λέει να αρνούνται να αναλάβουν εργασία στην οποία δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν. Όμως αν αρνηθούν να δουλέψουν και φύγουν, θα βρεθούν κατηγορούμενοι για εγκατάλειψη ασθενών και θα χάσουν την άδειά τους. Ακόμα χειρότερα, το νοσοκομείο δεν επιθυμεί πια να πληρώνει διπλά ως υπερωρίες αυτές τις παρατάσεις του ωραρίου και έτσι με αυτό τον τρόπο οι Νοσηλευτές φοβούνται ότι θα αυξηθούν ακόμα περισσότερο οι

υπερωρίες. Αυτό που θέλουν να γίνει είναι να καταργηθούν τελείως αυτές οι υπερωρίες. Για να κάνουν γνωστά τα αιτήματά τους έκαναν μια δυναμική συγκέντρωση έξω από το νοσοκομείο πριν κάτσουν στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων .

Οι Νοσηλευτές Βρίσκονται σε δύσκολη θέση αλλά και οι υπόλοιποι από εμάς θα έπρεπε να φοβόμαστε, γιατί οι συνθήκες αυτές που περι γράφονται Βρίσκονται σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα. Στην Καλιφόρνια και σε άλλες πολιτείες, υπάρχει τώρα νομοθεσία που απαγορεύει την υποχρεωτική υπερωρία σε οργανισμούς που είναι ενταγμένοι στο πρόγραμμα Medicare. Απομένει να δούμε, όμως, αν θα καταφέρουν τα Lobby των Νοσηλευτών να γενικεύσουν τέτοιους νόμους σε όλη τη χώρα. Αυτές είναι δύσκολες μέρες για το σύστημα υγείας. Έτσι οι Νοσηλευτές στο Medical College of Pennsylvania είναι ήρωες που παίρνουν μια θέση η οποία είναι για το συμφέρον του νοσηλευτικού κόσμου.

### 5.3.3 ΣΚΩΤΙΑ

#### **Μια νοσηλευτική απεργία έκλεισε παιδικούς σταθμούς**

Οι γονείς των παιδιών έπρεπε να κανονίσουν τι θα έκαναν με τα παιδιά τους, όταν ειδοποιήθηκαν από το Δημαρχείο της Γλασκόβης σχετικά με το επικείμενο κλείσιμο οκτώ παιδικών σταθμών. οι σταθμοί Molendinar Family Learning Centre, Littlehill Nursery Class, Barlanark Family Learning Centre, Bonnybroom Nursery School, Drumchapel Day Nursery , Drumchapel Family Learning Centre, Cloverbank Nursery School and Pikeman Nursery School έκλεισαν .οι υπόλοιποι σταθμοί της πόλης, για παιδιά κάτω των 5 ετών , δεν επηρεάστηκαν και λειτούργησαν κανονικά.

Η Unison, η ομοσπονδία που εκπροσωπεί τους Νοσηλευτές των παιδικών σταθμών , ανέφερε ότι είχε έγκριση για απεργιακή κινητοποίηση από την 1η έως και τις 5 του Δεκέμβρη προκειμένου να φέρει τους εργοδότες στο τραπέζι



των διαπραγματεύσεων. Αυτή τη φορά πάντως η απεργία ήταν περιορισμένης ισχύος, σε σύγκριση με την περσινή, όπου είχε επιτευχθεί κλείσιμο περισσότερων από 100 σταθμούς. Η Carol Ball, πρόεδρος του παραρτήματος σκωτσέζων νοσηλευτών παιδικών σταθμών, κάλεσε τους εργοδότες να έρθουν σε συμφωνία πριν τις γιορτές των Χριστουγέννων. Συγκεκριμένα, ανέφερε ότι οι Νοσηλευτές θέλουν να επιστρέψουν στη δουλειά τους για εκπαίδευση και φροντίδα των παιδιών, αλλά θέλουν να αμείβονται το ίδιο όπως και οι άλλοι μέσα στην ίδια χώρα, που κάνουν την ίδια δουλειά.

Αυτή τη στιγμή μια Νοσηλεύτρια παιδικού σταθμού με 10 χρόνια υπηρεσία αμείβεται το μέγιστο με £13,800 λίρες Αγγλίας το χρόνο. Οι απεργοί ζητούσαν οι μισθοί τους να είναι από £17,340 έως £21,732 λίρες Αγγλίας.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Με βάση τα δεδομένα της διεθνούς αλλά και της ελληνικής διαθέσιμης βιβλιογραφίας που παρουσιάσθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, κεντρικός σκοπός της παρούσας εργασίας εντοπίσθηκε να είναι η ανάδειξη των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών στην σημερινή Ελλάδα, σε όλες του τις διαστάσεις και την ένταση, υπό το πρίσμα της ανάγκης κατάλληλης ειδικής αντιμετώπισης από τους ίδιους του επαγγελματίες, αλλά και της παρέμβασης στην κοινότητα των επαγγελματιών υγείας μέσα από ενημέρωση και ευαισθητοποίησή της από την άλλη.

Η επίτευξη του παραπάνω σκοπού θα είναι δυνατή μέσα από τους επιμέρους στόχους της εργασίας οι οποίοι είναι:

- Η μελέτη των καταγεγραμμένων διαστάσεων του θέματος στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία
- Η ανάλυση των εφαρμοσμένων στρατηγικών αντιμετώπισης μέσα από την διεθνή και ελληνική εμπειρία.
- Η ερευνητική καταγραφή του προβλήματος μέσα από ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο το οποίο θα απευθύνεται σεεργαζόμενους νοσηλευτές.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση τα επιστημονικά δεδομένα που παρουσιάσθηκαν στο Γενικό Μέρος οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας βασίσθηκαν σε τρεις άξονες:

**1<sup>ος</sup> άξονας:** Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν έντονα εργασιακά προβλήματα άγνωστα στην ιατρονοσηλευτική κοινότητα

**2<sup>ος</sup> άξονας:** Η ενημέρωση και η δραστηριοποίηση είναι η βασική μεθοδολογία υποστήριξής τους.

**3<sup>ος</sup> άξονας:** Οι κοινότητα των νοσηλευτών μπορεί να ανταπεξέλθει στα εργασιακά αδιέξοδα κυρίως με την εκτεταμένη δυνατότητα παρέμβασης της στην κοινότητα των επαγγελματιών υγείας.

## 1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής και ενεργής έρευνας που είναι μορφή του περιγραφικού σχεδίου έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

### B. Πληθυσμός - δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές σε νοσοκομεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούταν από 139 άτομα.

### Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιανουάριο ως και τον Απρίλιο του 2004 - 2005 της Αθήνας & Πάτρας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο χώρο του νοσοκομείου.

### Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

### E. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

Ø η ειδικότητα και

Ø ο τομέας εργασίας.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

Ø μη νοσηλευτική ειδικότητα

Ø μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 139 από τα 150 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν.

### ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

### Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρόνιο Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση.

Τέλος αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο των ερωτώμενων. (πίνακες συνάφειας, στατιστικοί σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα

χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητές του SPSS ξεκινάνε μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα.

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας)
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

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

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 11.00 για Windows.

#### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

#### 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων ή 2 ετών που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική

μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square ή  $\chi^2$  (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

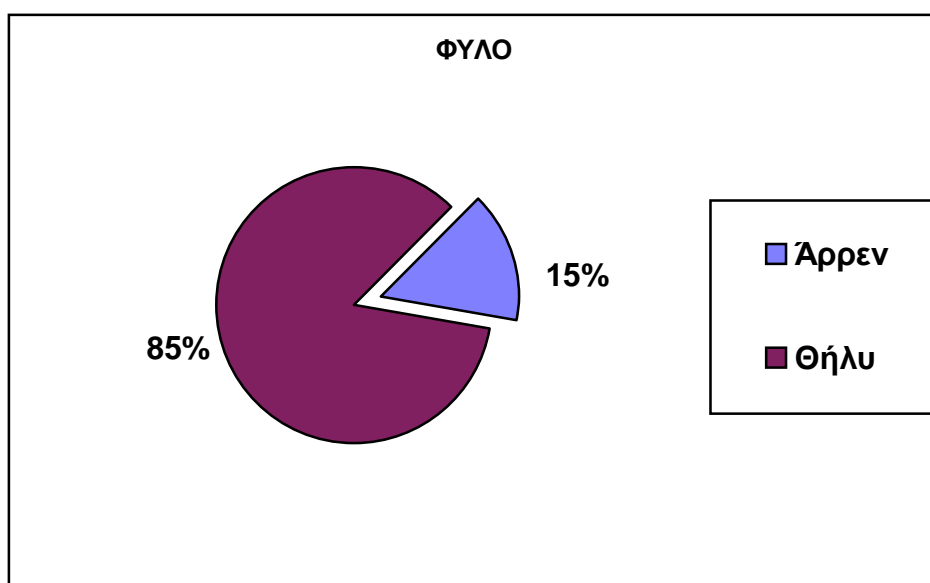
**2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ****ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Οι απαντήσεις καταγράφουν την άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το νοσοκομειακό τμήμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

**Α. Δημογραφικά στοιχεία**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΑΡΡΕΝ	12	7
ΘΗΛΥ	67	53
ΣΥΝΟΛΟ	79	60

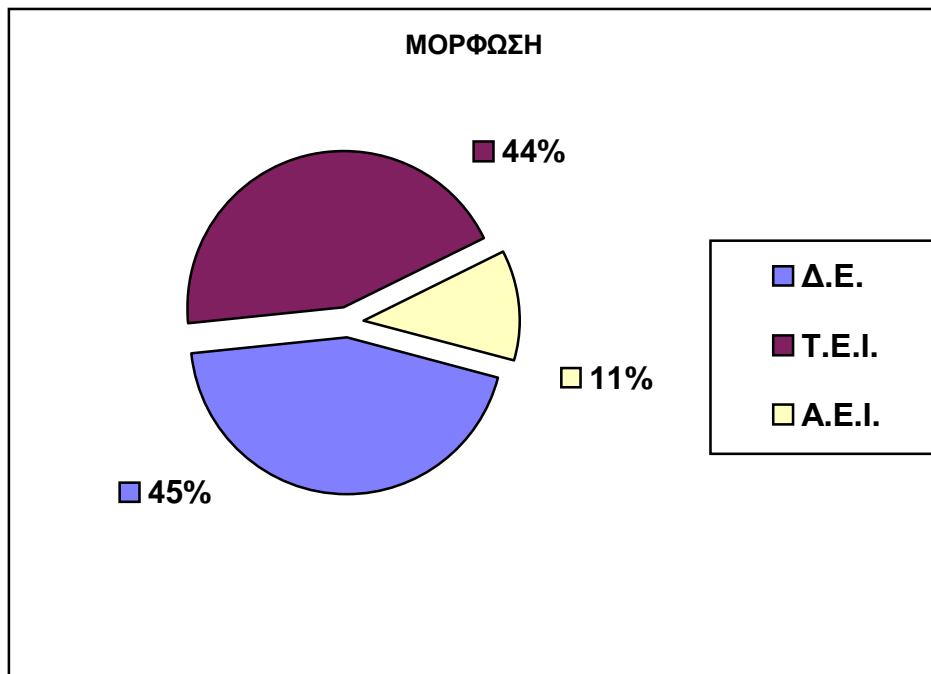




Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μόρφωσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2003	2005
Δ.Ε.	35	27
Τ.Ε.Ι.	35	30
Α.Ε.Ι.	9	3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ.

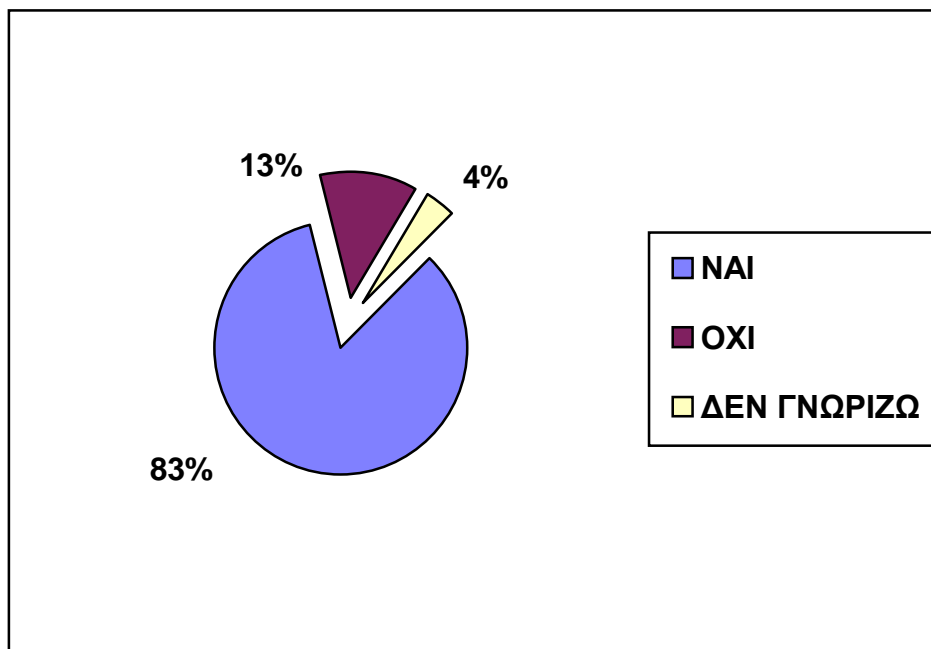
**Β. Απαντήσεις ερωτηματολογίου**

**ΕΡΩΤΗΜΑ 1°**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα σας;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	66	52
ΟΧΙ	10	8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
$\chi^2$	2.33	P > 0.05



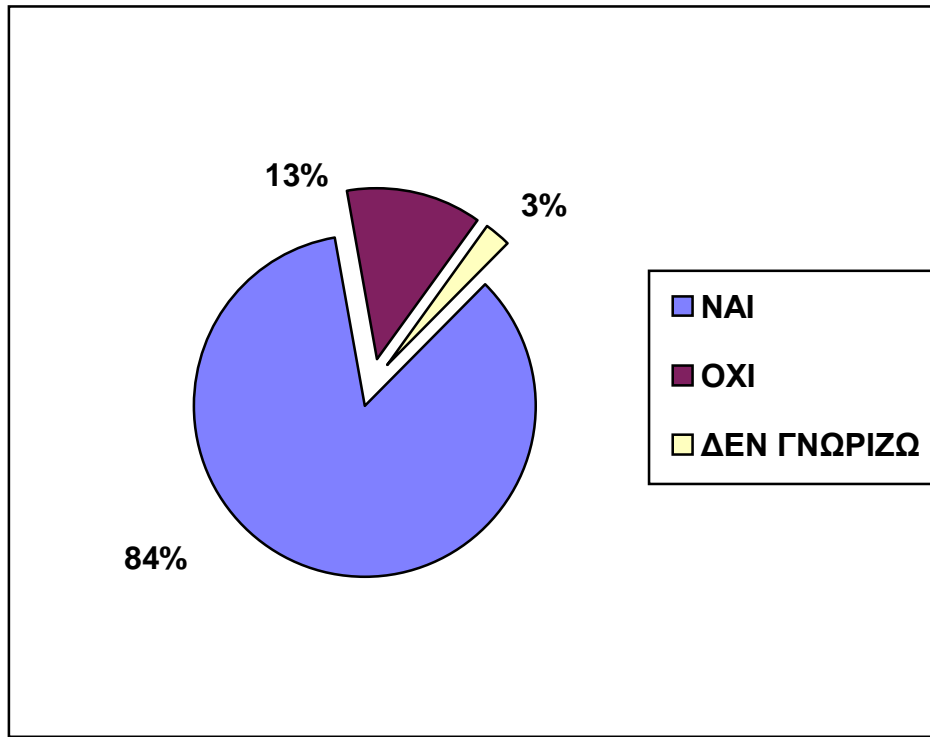
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους.

### ΕΡΩΤΗΜΑ 2<sup>ο</sup>

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Πιστεύετε ότι υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε τεχνολογικό, μηχανολογικό και ιατρικό εξοπλισμό στο τμήμα σας;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε τεχνολογικό, μηχανολογικό και ιατρικό εξοπλισμό στο τμήμα τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	67	44
ΟΧΙ	10	13
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>
$\chi^2$	2.84	P > 0.05



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε τεχνολογικό, μηχανολογικό και ιατρικό εξοπλισμό στο τμήμα τους.

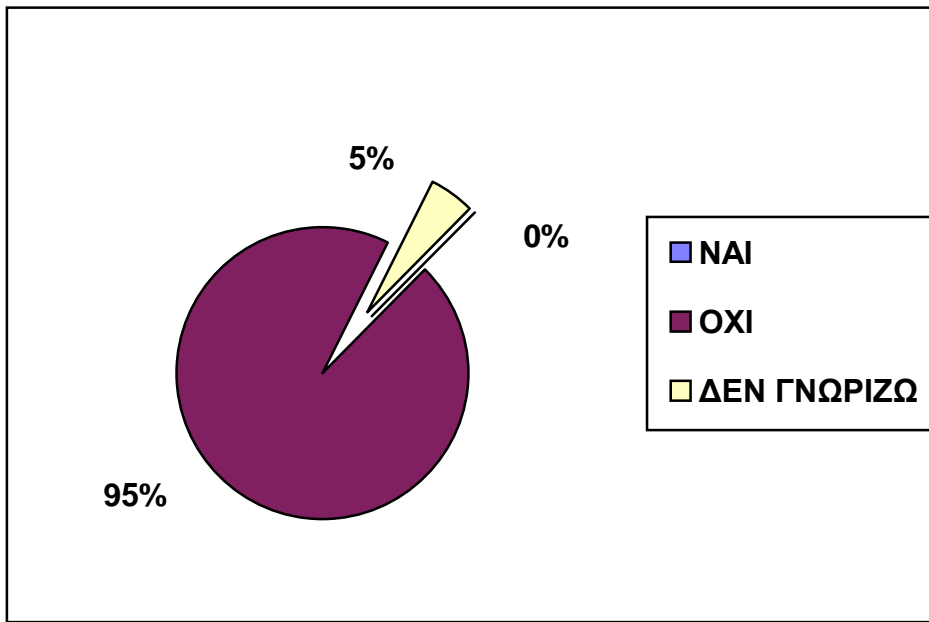
### ΕΡΩΤΗΜΑ 3<sup>ο</sup>

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι επαρκούν οι κλίνες ώστε τα νοσοκομεία να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πολίτη και να μη δημιουργούνται λίστες αναμονής;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι επαρκούν οι κλίνες ώστε τα νοσοκομεία να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πολίτη και να μη δημιουργούνται λίστες αναμονής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	0	11
ΟΧΙ	75	47
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>
<b><math>\chi^2</math></b>	<b>15.8</b>	<b>P = 0.0004</b>





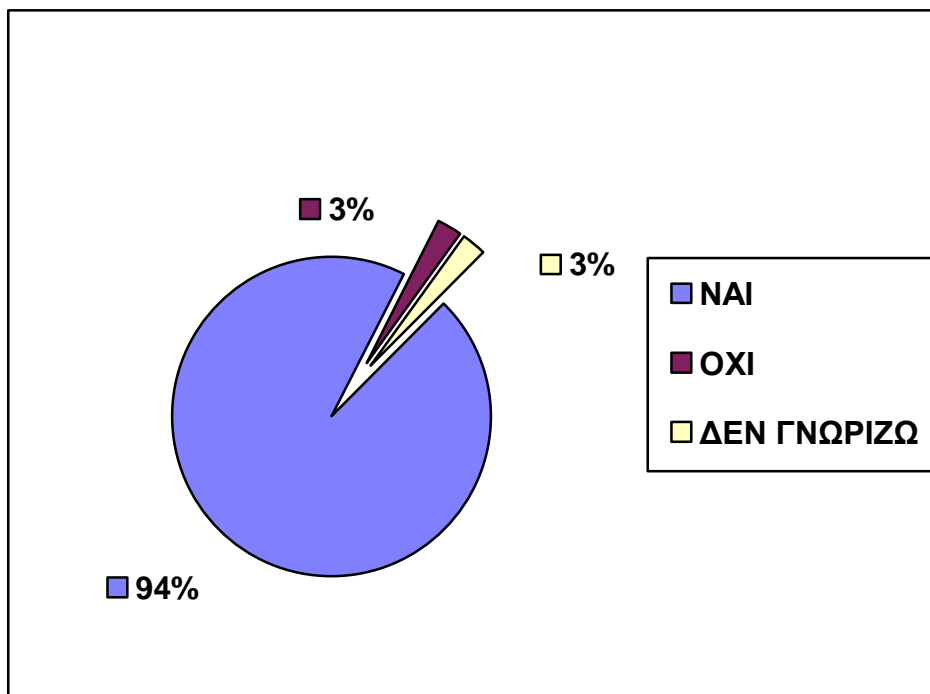
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι επαρκούν οι κλίνες ώστε τα νοσοκομεία να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πολίτη και να μη δημιουργούνται λίστες αναμονής

**ΕΡΩΤΗΜΑ 4<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις σύγχρονες ανάγκες της τεχνολογίας (π.χ. πληροφορική);

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις σύγχρονες ανάγκες της τεχνολογίας (π.χ. πληροφορική).

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	75	54
ΟΧΙ	2	4
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
Χ <sup>2</sup>	1.52	P > 0.05



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις σύγχρονες ανάγκες της τεχνολογίας (π.χ. πληροφορική).

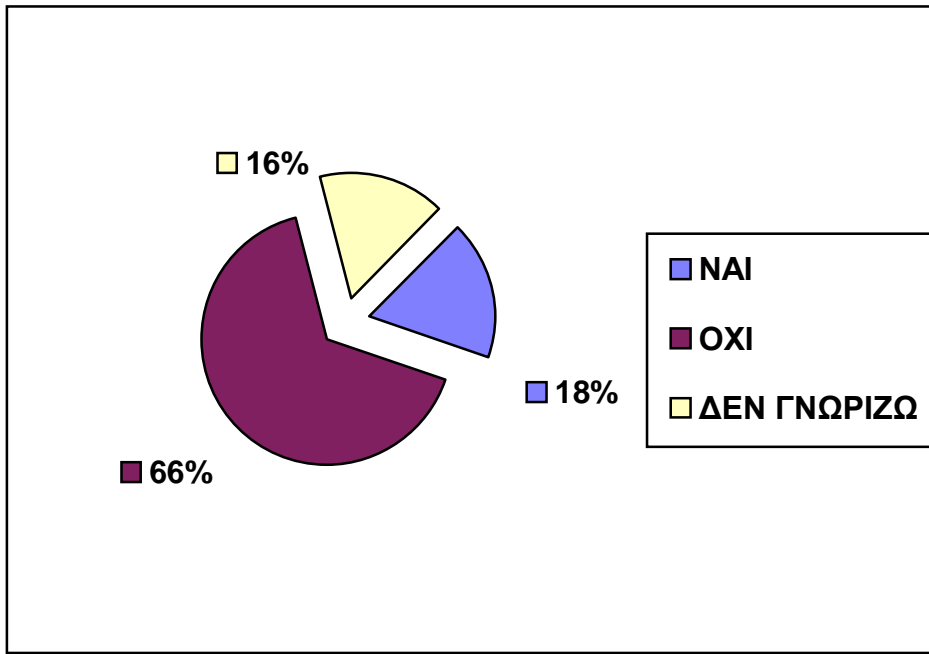


**ΕΡΩΤΗΜΑ 5<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχει manager νοσοκομείου και να ασκείται μονοπρόσωπη διοίκηση αντί να υπάρχει έλεγχος της διοίκησης από τους ίδιους τους εργαζόμενους;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει manager νοσοκομείου και να ασκείται μονοπρόσωπη διοίκηση αντί να υπάρχει έλεγχος της διοίκησης από τους ίδιους τους εργαζόμενους.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
ΝΑΙ	14	9
ΟΧΙ	52	34
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	13	17
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>
<b>Χ<sup>2</sup></b>	<b>2.84</b>	<b>P &gt; 0.05</b>



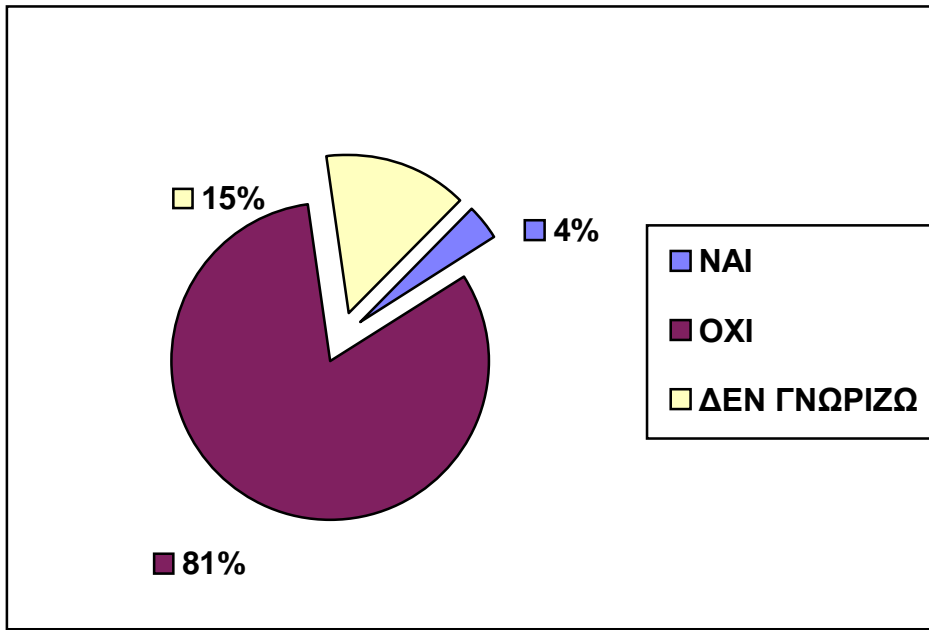
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει manager νοσοκομείου και να ασκείται μονοπρόσωπη διοίκηση αντί να υπάρχει έλεγχος της διοίκησης από τους ίδιους τους εργαζόμενους.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 6<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Είστε ικανοποιημένοι από τη θέση και τη στάση της ηγεσίας της ΠΟΕΔΗΝ απέναντι στα προβλήματα των εργαζομένων;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από τη θέση και τη στάση της ηγεσίας της ΠΟΕΔΗΝ απέναντι στα προβλήματα των εργαζομένων.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
ΝΑΙ	3	3
ΟΧΙ	66	51
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	12	6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>
<b>Χ<sup>2</sup></b>	<b>0.81</b>	<b>P &gt; 0.05</b>



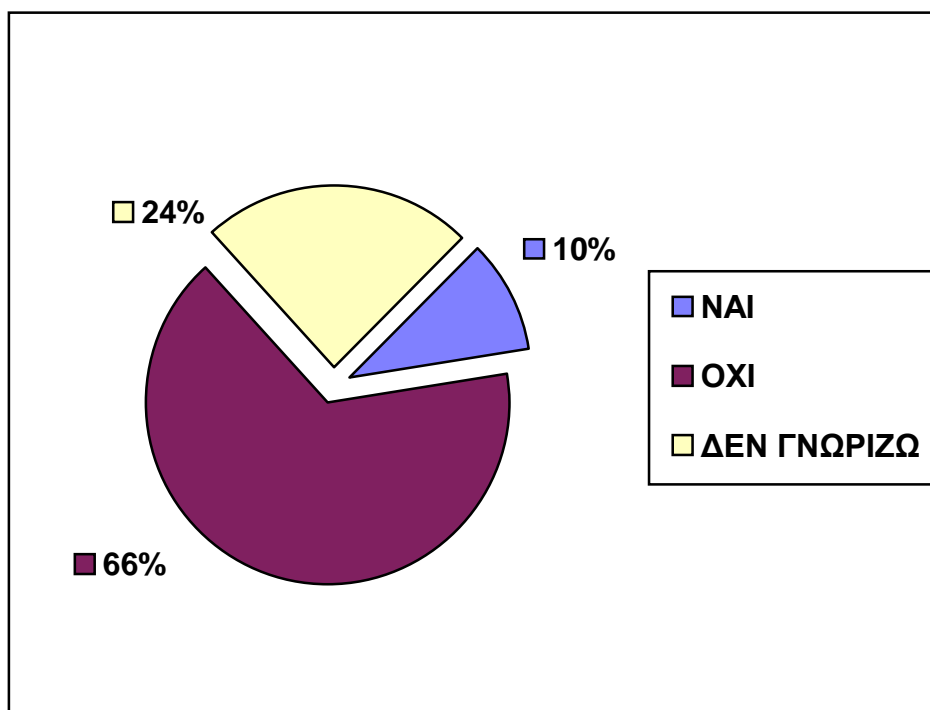
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είναι ικανοποιημένοι από τη θέση και τη στάση της ηγεσίας της ΠΟΕΔΗΝ απέναντι στα προβλήματα των εργαζομένων.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 7<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι είναι θετική η στάση της κυβέρνησης στον τομέα της υγείας με την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ);

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι είναι θετική η στάση της κυβέρνησης στον τομέα της υγείας με την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.).

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	8	16
ΟΧΙ	52	29
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	19	15
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
Χ <sup>2</sup>	7.21	P = 0.03



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι είναι θετική η στάση της κυβέρνησης στον τομέα της

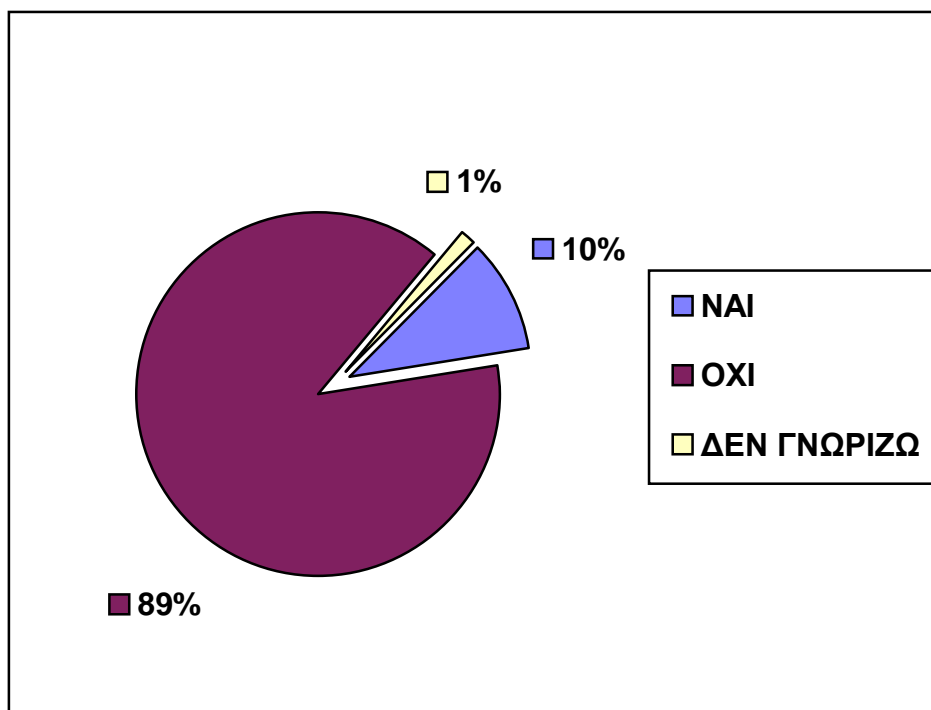
υγείας με την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.).

**ΕΡΩΤΗΜΑ 8<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Είστε ικανοποιημένοι από την μισθολογική σας κατάσταση;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι είναι ικανοποιημένοι από την μισθολογική τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	8	4
ΟΧΙ	70	56
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	0
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
Χ <sup>2</sup>	1.32	P > 0.05



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είναι ικανοποιημένοι από την μισθολογική τους κατάσταση.

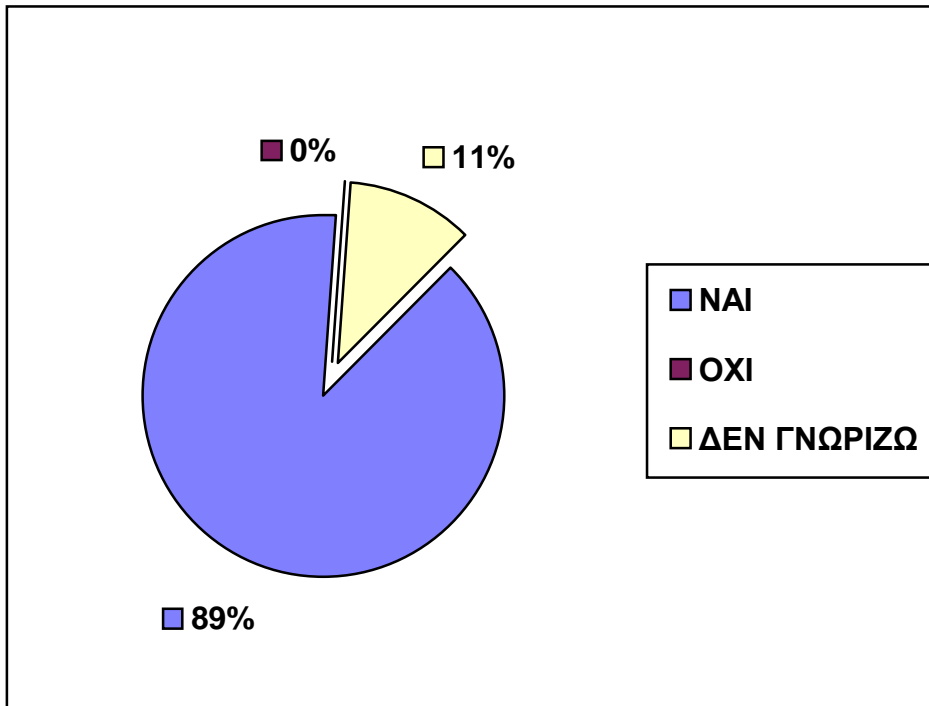
**ΕΡΩΤΗΜΑ 9<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρξουν αυξήσεις που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των εργαζομένων π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό: δεδουλευμένα σε νυχτέρια - αργίες;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξουν αυξήσεις που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των εργαζομένων π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό: δεδουλευμένα σε νυχτέρια - αργίες.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>ΝΑΙ</b>	70	57
<b>ΟΧΙ</b>	0	2
<b>ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ</b>	9	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	79	60
<b>Χ<sup>2</sup></b>	7.27	P = 0.02





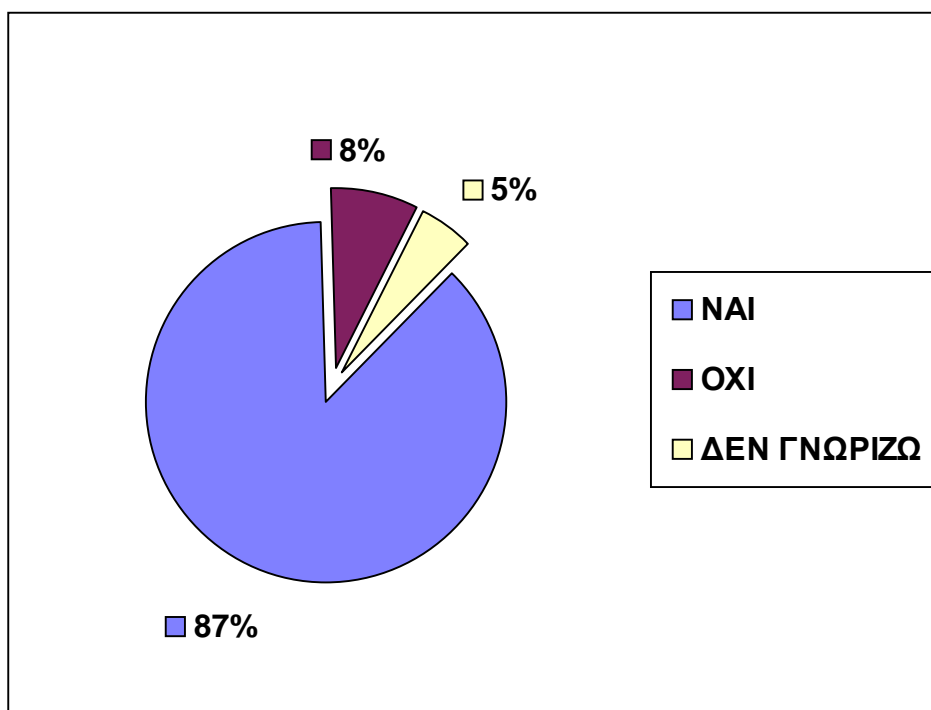
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξουν αυξήσεις που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των εργαζομένων π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό: δεδουλευμένα σε νυχτέρια - αργίες.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 10<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε ο κλάδος των νοσηλευτών να επεκταθεί στα βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε ο κλάδος των νοσηλευτών να επεκταθεί στα βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	69	60
ΟΧΙ	6	0
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	0
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
Χ <sup>2</sup>	8.19	P = 0.02



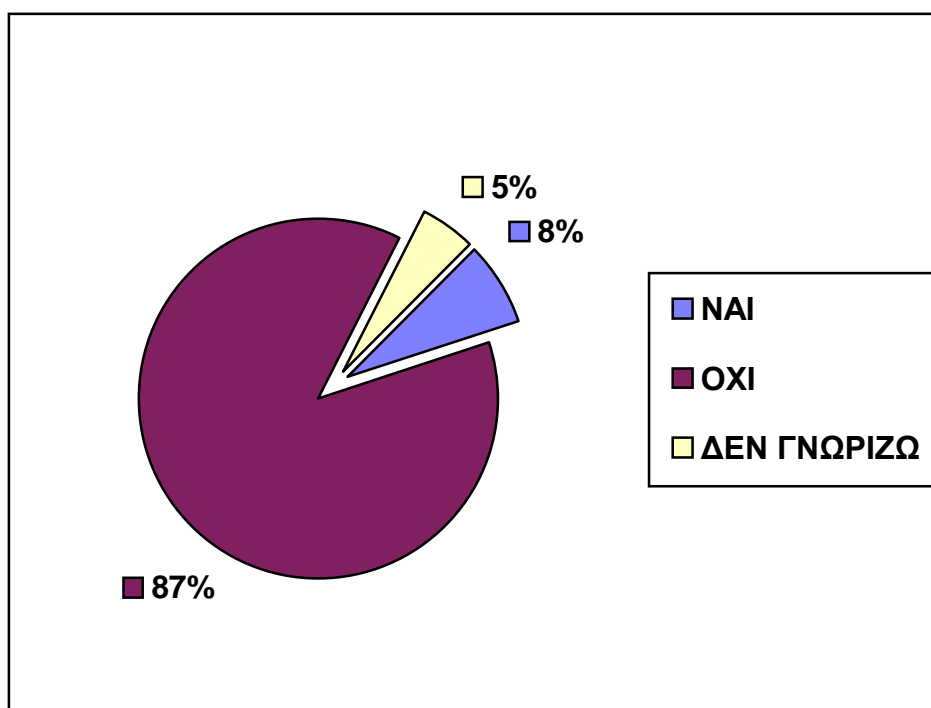
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε ο κλάδος των νοσηλευτών να επεκταθεί στα βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 11°**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Πιστεύετε ότι οι συνθήκες δουλειάς εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας ώστε να αντιμετωπίζονται οι επαγγελματικές ασθένειες;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι οι συνθήκες δουλειάς εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας ώστε να αντιμετωπίζονται οι επαγγελματικές ασθένειες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	6	6
ΟΧΙ	69	52
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>79</b>	<b>60</b>
<b>Χ<sup>2</sup></b>	<b>0.47</b>	<b>P &gt; 0.05</b>



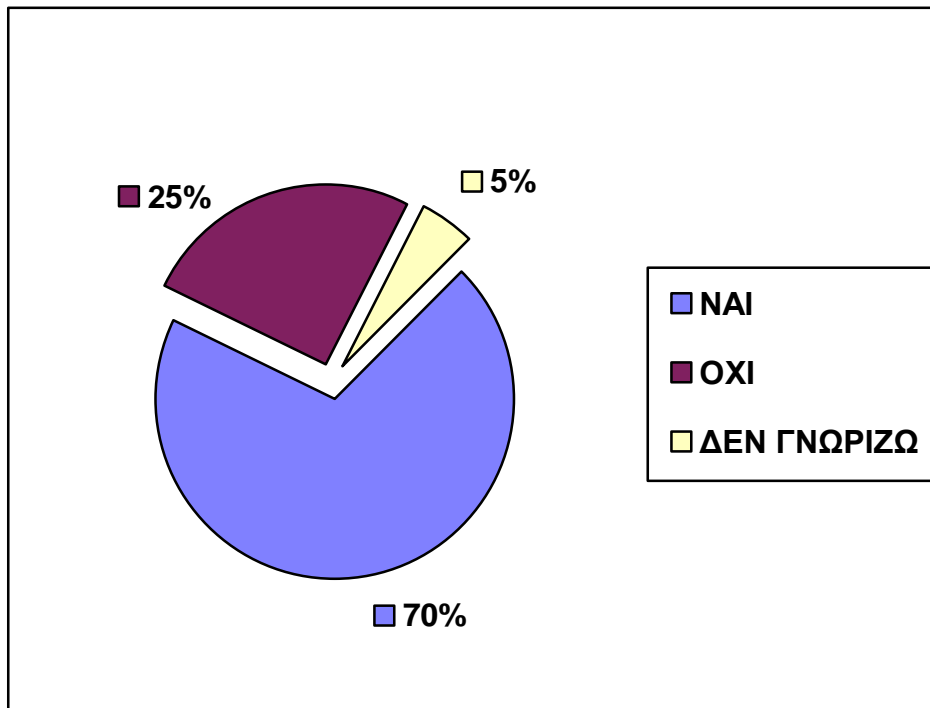
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι συνθήκες δουλειάς δεν εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας ώστε να αντιμετωπίζονται οι επαγγελματικές ασθένειες.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 12<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Θεωρείτε ότι ο επιστημονικός κλάδος του νοσηλευτή πρέπει να αναδεικνύεται μέσα από ενιαία εκπαίδευση με ολοκληρωμένη μόρφωση, ένα πτυχίο όπου δεν θα υπάρχουν διακρίσεις Δ.Ε, Τ.Ε, Α.Ε. με ίσα επαγγελματικά δικαιώματα;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ο επιστημονικός κλάδος του νοσηλευτή πρέπει να αναδεικνύεται μέσα από ενιαία εκπαίδευση με ολοκληρωμένη μόρφωση, ένα πτυχίο όπου δεν θα υπάρχουν διακρίσεις Δ.Ε, Τ.Ε, Α.Ε. με ίσα επαγγελματικά δικαιώματα.

<b>ΑΠΑΝΤΗΣΗ</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>ΝΑΙ</b>	55	46
<b>ΟΧΙ</b>	20	12
<b>ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ</b>	4	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	79	60
<b>Χ<sup>2</sup></b>	0.89	P > 0.05



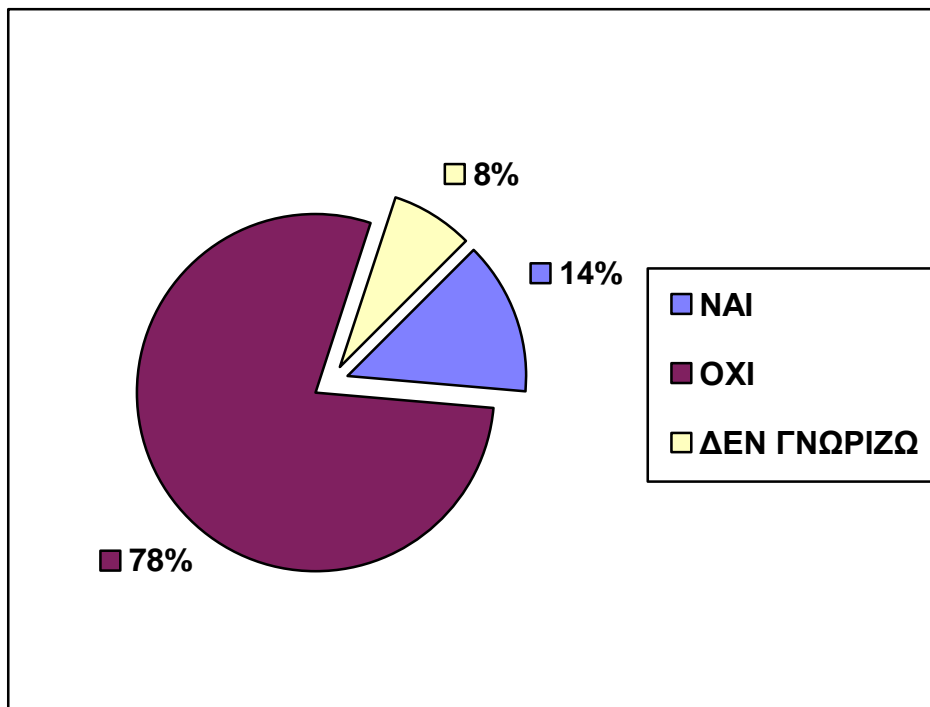
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ο επιστημονικός κλάδος του νοσηλευτή πρέπει να αναδεικνύεται μέσα από ενιαία εκπαίδευση με ολοκληρωμένη μόρφωση, ένα πτυχίο όπου δεν θα υπάρχουν διακρίσεις Δ.Ε, Τ.Ε, Α.Ε. με ίσα επαγγελματικά δικαιώματα.

**ΕΡΩΤΗΜΑ 13<sup>ο</sup>**

**ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** Υπάρχει ενημέρωση - εκπαίδευση για θέματα ασφάλειας -υγιεινής;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Κατανομή των απαντήσεων 139 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι υπάρχει ενημέρωση - εκπαίδευση για θέματα ασφάλειας - υγιεινής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2004	2005
ΝΑΙ	11	15
ΟΧΙ	62	44
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6	1
ΣΥΝΟΛΟ	79	60
Χ <sup>2</sup>	4.73	P > 0.05



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι υπάρχει ενημέρωση - εκπαίδευση για θέματα ασφάλειας - υγιεινής



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν νοσηλευτές κυρίως γυναίκες από όλες τις κατηγορίες εκπαίδευσης και κυρίως ΤΕ.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους και πιστεύουν ότι υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις και σε τεχνολογικό, μηχανολογικό και ιατρικό εξοπλισμό στο τμήμα τους.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι επαρκούν οι κλίνες ώστε τα νοσοκομεία να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πολίτη και να μη δημιουργούνται λίστες αναμονής και πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις σύγχρονες ανάγκες της τεχνολογίας (π.χ. πληροφορική).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει manager νοσοκομείου και να ασκείται μονοπρόσωπη διοίκηση αντί να υπάρχει έλεγχος της διοίκησης από τους ίδιους τους εργαζόμενους, ενώ δεν είναι ικανοποιημένοι από τη θέση και τη στάση της ηγεσίας της ΠΟΕΔΗΝ απέναντι στα προβλήματα των εργαζομένων.

Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι είναι θετική η στάση της κυβέρνησης στον τομέα της υγείας με την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) και φυσικά δεν είναι ικανοποιημένοι από την μισθολογική τους κατάσταση.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξουν αυξήσεις που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των εργαζομένων π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό: δεδουλευμένα σε νυχτέρια – αργίες και θεωρούν ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε ο κλάδος των νοσηλευτών να επεκταθεί στα βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

Οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι συνθήκες δουλειάς δεν εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας ώστε να αντιμετωπίζονται οι επαγγελματικές ασθένειες, ενώ θεωρούν ότι ο επιστημονικός κλάδος του νοσηλευτή πρέπει να αναδεικνύεται μέσα από ενιαία εκπαίδευση με ολοκληρωμένη μόρφωση, ένα πτυχίο όπου δεν θα υπάρχουν διακρίσεις Δ.Ε, Τ.Ε, Α.Ε. με ίσα επαγγελματικά δικαιώματα.

Τέλος οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι υπάρχει ενημέρωση - εκπαίδευση για θέματα ασφάλειας - υγιεινής.

Σε ένα χώρο που η διαχείριση του γίνεται όλο και πιο πολύπλοκη και καθώς η ιατρική συνεπικουρείται σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό από τα επιτεύγματα των τεχνολογικών επιστημών .

Τελικά η εκπαίδευση των χρηστών των ιατρικών Μηχανημάτων αποτελεί μία πολυσήμαντη παράμετρο για την ασφαλή , αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του τεχνολογικού εξοπλισμού του Νοσοκομείου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι νοσηλευτές πρέπει να επωφεληθούν τις τεχνολογικές εξελίξεις. Πάνω από όλα πρέπει να επαγρυπνούν και να μην ξεχνούν ότι οι Η/Υ και τα ιατρικά μηχανήματα είναι απλώς μέσα και ότι αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής είναι η φροντίδα και η εστίαση στον άνθρωπο.
- Σημαντικό επίσης πρέπει να θεωρηθεί και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές θεωρούν απαραίτητη την εκπαίδευση τους σε θέματα χειρισμού συστημάτων ιατρικής τεχνολογίας αλλά και για τους κινδύνους που σχετίζονται με αυτή και την ασφαλή λειτουργία των μηχανημάτων.
- Η πιθανότητα εκδήλωσης μίας πληθώρας δυσμενών συμβάντων κατά την λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων ενός Νοσοκομείου με αποτέλεσμα την έκθεση ασθενών και προσωπικού σε κίνδυνο καθώς και την πρόκληση ατυχήματος ή βλάβη στην υγεία τους είναι αυξημένη.
- Άρα η εκπαίδευση των χρηστών των ιατρικών Μηχανημάτων αποτελεί μία πολυσήμαντη παράμετρο για την ασφαλή, αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του τεχνολογικού εξοπλισμού του Νοσοκομείου.
- Στο περιβάλλον του νοσοκομείου και υπό το πρίσμα της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας και της επιστήμης σήμερα η διαχείριση της τεχνολογίας και της επικινδυνότητας αυτής αποτελούν επιτακτική ανάγκη.
- Σε ένα χώρο που η διαχείριση του γίνεται όλο και πιο πολύπλοκη και καθώς η ιατρική συνεπικουρείται σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό από τα επιτεύγματα των τεχνολογικών επιστημών .
- Έτσι και η νοσηλευτική πρέπει να αποβάλλει το αίσθημα της τεχνοφοβίας και να μετέχει ενεργά στο χώρο της υγείας μιας και οι μηχανές αποτελούν πια τον περιβαλλοντολογικό διάκοσμο του σύγχρονου νοσηλευτή.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Κουτσογιάννης Κων/νος, «Εισαγωγή στην Τεχνολογία στις Επιστήμες Υγείας-Πρόνοιας» Εκδόσεις «ΙΩΝ», Αθήνα 2002.
2. Πρακτικά 16<sup>ου</sup> Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου "Τεχνολογία και Νοσηλευτική", Αθήνα 16 - 18 Μαΐου 1989, Ξενοδοχείο Hilton.
3. American medical Association, "Διάγνωση Ασθενειών", Εκδόσεις ΜΑΝΙΑΤΕΑ, Αθήνα 1993, σελ. 37, 42-44, 48-54, 60-65.
4. ΕΣΔΝΕ Τομέας ΜΕΘ, Κλινικό Φροντιστήριο, Κατευθυντήριες γραμμές στις νοσοκομειακές λοιμώξεις, Κέρκυρα 26-5-99, "Πρόληψη από ενδοαγγειακές συσκευές", σελ. 6-27, 54-63.
5. Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Διπλωματούχων Νοσηλευτών/τριών American medical Association, "Ο Καρκίνος", Εκδόσεις ΜΑΝΙΑΤΕΑ, Αθήνα 1993, σελ. 77-79, 84-87.
6. American medical Association, "Η Καρδιά", Εκδόσεις ΜΑΝΙΑΤΕΑ, Αθήνα 1993, σελ. 49-54, 58-61.
7. Λόλας Χρ. "Καρδιοπάθειες - Αγγειοπάθειες και πώς Χειρουργούνται", Εκδόσεις ΛΙΤΣΑ, Β' Έκδοση, Αθήνα 1984, σελ. 24-32.
8. Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ., "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 2<sup>ος</sup> Μέρος Α', Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ Medical Arts", Αθήνα 1994, σελ. 295, 296, 297.
9. Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ., "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1<sup>ος</sup>, Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ Medical Arts", Αθήνα 1994, σελ. 133, 279, 387.
10. Παληκαράκης Ν. - Νικηφορίδης Γ. - Παναγιωτάκης Γ., Ιατρική Φυσική Τόμος 3, σελ. 327-329.

11. Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Διπλωματούχων Νοσηλευτών/τριών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.) 16-19 Οκτωβρίου 1997 Sun Beach Χαλκιδική, σελ. 29-32, 107-113.
12. Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ., "Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική", Τόμος Β' / Μέρος 1<sup>ο</sup>, Έκδοση 15<sup>η</sup>, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1992, σελ. 137-138.
13. Πρώιμος Β. ιατρική Φυσική, Τόμος ΙΙΙ, σελ. 134-139, 141, 146, 169.
14. ΕΣΔΝΕ 20ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Προληπτική Νοσηλευτική, Πρακτικά Porto Carras Χαλκιδική 18-19-20 Μαΐου 1993, σελ. 97-106.
15. Παναγάκη Α. - Παπασπύρου Θ. Πτυχιακή Εργ. "Η Συμβολή της Τεχνολογικής Εξέλιξης στην Ανάπτυξη και Διοίκηση του Νοσοκομειακού Τομέα" Υπ. Καθ. Θεοδωράτος Ε., Πάτρα Σεπτέμβριος 1990, σελ. 10, 55-56, 60-61, 65-66.
16. Παπαδάτου Δανάη - Αναγνωστόπουλος Φώτιος, "Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας", Εκδόσεις "Ελληνικά Γράμματα", Αθήνα 1995, σελ. 242-262.
17. Στεφανοπούλου Ο. - Ανδρόγλου Α., πτυχιακή εργασία "Τεχνολογική εξέλιξη και οι επιπτώσεις της στην κοινωνία", Υπ. Καθ. Ζορμπάς Β., ΣΔΟ, Τμήμα ΔΕ, Πάτρα Μάιος 1998.
18. ΕΣΔΝΕ Τομέας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, 1<sup>η</sup> Επιστημονική Ημερίδα, "Προβληματισμοί και προοπτικές στο χώρο της ΜΕΘ", Πρακτικά 18 Σεπτέμβρη 1998. Αμφιθέατρο ΝΙΜΙΤΣ Αθήνα, σελ. 24-35, 41-48.
19. Γιαννοπούλου Αθηνά, "Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική", Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1990, σελ. 15-24, 113.
20. American Nurses Associations (ANA) (1976), Code for nurses with interpetice statements, Kansas City M.O.ANA.

21. International Council of Nurses (1973), Code for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing Geneva: ICN.
22. αρ. Προυκάκης: ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ τμός 1ος – ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗ (Επιστ. Εκδόσεις: Κ Παρισιμου) ΑΘΗΝΑ 1983 X
23. ικ. Παλληκαράκης, Γ. Νικηφορίδης, Γ. Παναγιωτάκης (Εκδ. Παν/μίου Πατρών) ΠΑΤΡΑ 1989 N
24. . Walton ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, (Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας) ΑΘΗΝΑ 1996 L
25. . Πρώιμος, ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ, τόμος 2, (Εκδόσεις Παν/μίου Πατρών) ΠΑΤΡΑ 1996. B
26. . Κουτσογιάννης ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΥ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΤΩΝ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ, Διδακτορική διατριβή ΠΑΤΡΑ 1994. K
27. razis PW, Masdeu JC, Biller J: Localization in Clinical Neurology, Little Brown & Co, 1990 B
28. onrad B, Benecke R: Diagnostische Entscheidungen mit dem EMG. Weinheim, Ed.Medizin, VCH, 1987 C
29. ethi RK, Thompson LL: The Electromyographer's Handbook, ed 2. Boston, Little Brown & Co, 1989 S
30. umitru, D: Electrodiagnostic Medicine. Philadelphia, Hanley & Belfus, 1995 D
31. eiringer SR: Anatomic Localization for Needle Electromyography, Philadelphia, Hanley & Belfus, 1994 G

32. K  
 ahle W, Leonhardt H, Platzer W: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου, τόμοι 1 και 3. Γουδί, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1985
33. L  
 iveson JA, Ma DM: Laboratory Reference for Clinical Neurophysiology. Philadelphia, FA Davis, 1992
34. M  
 umenthaler M, Schliak H: Laesionen peripherer Nerven, 6.Aufl. Stuttgart,Thieme, 1993
35. Λ  
 ογοθέτης Ι, Μυλωνάς Ι: Νευρολογία Λογοθέτη, 3η έκδοση. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1996
36. Κ  
 ανδαράκης Ι.: Φυσικές και τεχνολογικές Αρχές Πυρηνικής Ιατρικής, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 1998.
37. Κ  
 ανδαράκης Ι.: Φυσικές και τεχνολογικές Αρχές Ακτινοδιαγνωστικής, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 1998.
38. Γ  
 αλανόπουλος Ν, Νηφόρος Ν, Στυρλιαράς Λ: Βασική Ακτινολογία, Εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΣΙΑΝΟΣ», 1998
39. Σ  
 αββόπουλος Γ.: Ασκήσεις-Μαθήματα Ακτινοτεχνολογίας, Εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΣΙΑΝΟΣ», 2001
40. Μέγκος Ν. : Απεικονιστική Ακτινοτεχνολογία, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», 1996.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Φύλλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία: .

Προϋπηρεσία: (έτη)

Μόρφωση: Δ.Ε Τ.Ε.Ι Α.Ε.Ι

Τμήμα: .....

1. Θεωρείτε ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

2. Πιστεύετε ότι υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε τεχνολογικό, μηχανολογικό και ιατρικό εξοπλισμό στο τμήμα σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

3. Θεωρείτε ότι επαρκούν οι κλίνες ώστε τα νοσοκομεία να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του πολίτη και να μη δημιουργούνται λίστες αναμονής;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

4. Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρχει εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στις σύγχρονες ανάγκες της τεχνολογίας (π.χ. πληροφορική);

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

5. Πιστεύετε ότι πρέπει να υπάρχει manager νοσοκομείου και να ασκείται μονοπρόσωπη διοίκηση αντί να υπάρχει έλεγχος



της  
διοίκησης από τους ίδιους τους εργαζόμενους;

ΝΑΙ      ΟΧΙ      ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

6. Είστε ικανοποιημένοι από τη θέση και τη στάση της  
ηγεσίας της  
ΠΟΕΔΗΝ απέναντι στα προβλήματα των εργαζομένων;

ΝΑΙ      ΟΧΙ      ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

7. Θεωρείτε ότι είναι θετική η στάση της κυβέρνησης στον τομέα της υγείας με την δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ);

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

8. Είστε ικανοποιημένοι από την μισθολογική σας κατάσταση;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

9. Θεωρείτε ότι πρέπει να υπάρξουν αυξήσεις που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των εργαζομένων π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό: δεδουλευμένα σε νυχτέρια - αργίες;

ΕΗ ΝΑΙ CH ΟΧΙ ED ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. Θεωρείτε ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε ο κλάδος των νοσηλευτών να επεκταθεί στα βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

11. Πιστεύετε ότι οι συνθήκες δουλειάς εξασφαλίζουν την υγιεινή και την ασφάλεια στους χώρους εργασίας ώστε να αντιμετωπίζονται οι επαγγελματικές ασθένειες;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

12. Θεωρείτε ότι ο επιστημονικός κλάδος του νοσηλευτή πρέπει να αναδεικνύεται μέσα από ενιαία εκπαίδευση με ολοκληρωμένη μόρφωση, ένα πτυχίο όπου δεν θα υπάρχουν διακρίσεις Δ.Ε, Τ.Ε, Α.Ε με ίσα επαγγελματικά δικαιώματα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

13. Υπάρχει ενημέρωση - εκπαίδευση για θέματα ασφάλειας - υγιεινής;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

