

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ,  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,  
Τμήμα νοσηλευτικής.

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ  
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ,  
ΣΕ ΣΧΕΣΗ  
ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΚΑΙ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ  
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:** ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ  
**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:** ΒΕΛΟΓΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ,  
ΜΕΝΕΓΑΚΗ ΣΟΦΙΑ,  
ΝΙΚΟΛΟΥΔΑΚΗΣ ΣΠΥΡΟΣ

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2002  
ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΑΣ

ΚΑΛΙ...

ΣΤΟ ΧΑΜΕΝΟ ΜΑΣ ΚΑΛΟΚΑΪΡΙ!

*Υπέρ – Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας,  
Κύριο Σταυρουλάκη Στυλιανό,  
που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε  
με ένα τέτοιο σημαντικό θέμα και μας εμπιστεύτηκε.  
Η βοήθεια του ήταν καθοριστική και σημαντική!*

*Ευχαριστούμε όσους μας βοήθησαν και πίστεψαν σε εμάς,  
για την επίτευξη αυτής της πτυχιακής  
Ευχαριστούμε  
την κυρία Φαζού Αικατερίνη,  
τον Αθανασάκη Ιωάννη,  
τον Μεραμβελιωτάκη Ευάγγελο,  
τον Κάββαλο Κωνσταντίνο,  
τον Σφίγγα Άγγελο,  
την Σταυριανούδη Μαρία  
και την Μουρτζάκη Ιφιγένεια.*

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

### **ΜΕΡΟΣ Α'                   ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

##### **ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

1.1.1	ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....
1.1.2	ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
1.1.3	ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
1.1.4	ΕΙΔΗ ΔΙΟΙΚΗΣΕΩΣ.....
1.2.1	ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....
1.2.2	ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....
1.2.3	ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ – ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....
1.2.4	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ – ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ .....

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

##### **ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ**

2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....
2.2	Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ.....
2.3	Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ.....
2.4	Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ .....

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

##### **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

3.1	ΟΡΙΣΜΟΣ.....
3.2	ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
3.2.1	ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.....

3.3	ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....
3.4	ΠΡΟΤΥΠΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
3.5	ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
3.5.1	ΤΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ MANAGEMENT.....
3.5.2	ΣΚΟΠΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ MANAGEMENT.....
3.5.3	ΠΟΙΟΤΙΚΟ MANAGEMENT: ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ.....
3.5.4	ΣΤΑΔΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ MANAGEMENT.....
3.5.5	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....
3.6	ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....
3.6.1	ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....
3.6.2	ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
3.6.3	ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ.....
3.6.4	ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....
3.6.5	ΚΩΔΙΚΕΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....
3.6.6	ΑΡΧΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΑ ΤΗΣ ΝΥΡΕΜΒΕΡΓΗΣ.....
3.7	ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....
3.7.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.....
3.7.2	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>***

### **ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

4.1	ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
4.2	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....
4.3	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....
4.4	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....
4.5	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ.....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>***

### **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

5.1	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΝΟΙΧΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.....
5.1.1	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....
5.1.2	ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....
5.1.3	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....
5.2	ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
5.3	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
5.4	ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....

5.5	ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
5.6	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....
5.7	ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>***

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

6.1	ΟΡΙΣΜΟΣ.....
6.2	ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ.....
6.3	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....
6.4	ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....
6.5	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ.....
6.6	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....
6.7	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....
6.7.1	ΤΜΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ.....
6.7.2	ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
6.8	ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>***

### **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

7.1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
7.2	Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....
7.3	ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....
7.4	ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
7.5	ΟΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ Υ.Υ.....
7.6	ΒΑΣΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ .....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>***

### **ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

8.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....
-----	---------------

8.2	ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
8.3	ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
8.4	ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....
8.5	ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....
8.6	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....
8.7	ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

### **ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

9.1	ΣΥΝΘΕΣΗ Ν.Υ.....
9.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Η' ΜΟΝΑΔΑ.....
9.3	ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ.....
9.4	ΠΡΟΣΟΝΤΑ - ΕΥΘΥΝΕΣ – ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....
9.5	ΠΡΟΣΟΝΤΑ – ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΒΟΗΘΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ.....
9.6	ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΟΥ.....
9.7	ΠΡΟΣΟΝΤΑ – ΕΥΘΥΝΕΣ – ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....
9.8	ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ.....
9.9	ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΘΗΚΗ ΥΛΙΚΟΥ ΧΡΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΘΗΚΗ ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ ΥΛΙΚΟΥ.....
9.10	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

### **ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

10.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....
10.2	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ.....
10.3	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ.....
10.4	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ.....
10.5	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>**

## ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

11.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....
11.2	ΚΡΙΤΗΡΙΑ - ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ .....
11.3	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ.....
11.4	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ.....
11.5	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....
11.6	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....
11.7	ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....
11.8	Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ (Π.Δ.) ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
11.9	ΓΙΑΤΙ Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ.....
11.10	ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....
11.11	Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ (Π.Β.).....
11.12	ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....
11.13	ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup>***

### **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

12.1	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....
12.2	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
12.3	ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
12.4	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....
12.5	ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ.....
12.6	ΑΡΧΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....
12.7	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....
12.8	ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΣΜΟΣ – ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ.....
12.9	ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....
12.10	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....
12.11	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....
12.12	ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα σε ένα περιβάλλον υγειομονικής φροντίδας όπου οι ανάγκες των ασθενών και οι περιορισμοί σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους αυξάνουν συνεχώς, τα στελέχη της νοσηλευτικής ανησυχούν για την ποιότητα, το κόστος και την αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Υγείας.

Αυτό οδηγεί στην ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση και ενίσχυση των ανθρώπινων και υλικών πόρων και για τεκμηρίωση του βαθμού στον οποίο αυτοί οι πόροι συνεισφέρουν στην φροντίδα ασθενών. Η καλά δομημένη οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων σε συνδυασμό με την καλή στελέχωση τους σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι άμεσα συνυφασμένη με το βαθμό ποιότητας παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη της Λουμπλιάνα η βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού είναι ο δείκτης κοινωνικής ανάπτυξης. Οι Υπηρεσίες Υγείας καλά οργανωμένες και στελεχωμένες αποτελούν όχι το μοναδικό αλλά ένα από τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στην ευημερία των ατόμων και στη δημιουργία προοπτικών για την διατήρηση του επιπέδου υγείας και για αυτό θα πρέπει να αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της βελτίωσης της φροντίδας υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η κατάδειξη του βαθμού στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών, των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Περιφέρειας Κρήτης και στο βαθμό που η στελέχωση αυτή αντανακλά στο νοσηλευτικό ασθενή και στο γενικότερο πληθυσμό της Περιφέρειας.

# 1

## ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

- *Διοίκηση – εισαγωγή*
- *Νομοθετικά πλαίσια διοίκησης νοσοκομείου*

## ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

### 1.1.1. ΔΙΟΙΚΗΣΗ

#### *ΕΙΣΑΓΩΓΗ*

Η Διοίκηση είναι η σημαντικότερη ανθρώπινη δραστηριότητα και αποτελεί τη γενική και βασική λειτουργία κάθε κοινωνίας, η οποία βασίζεται στη συνεργασία πολλών οργανισμών.

Η Διοίκηση υποδηλώνει τη διεύθυνση, το σύνολο των διοικητικών υπηρεσιών, τη διαχείριση των οικονομικών, την φροντίδα και την επιμέλεια.

“*Διοικώ*” σημαίνει διευθύνω, κατευθύνω ένα σύνολο ατόμων ή μια επιχείρηση. Γενικότερα η λέξη διοίκηση σημαίνει κάθε δραστηριότητα που αναπτύσσουν οι άνθρωποι και οι διάφοροι δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί με σκοπό την συστηματική και συνεπή διεύθυνση και διαχείριση των υποθέσεων τους.

Η Διοίκηση, κατά καιρούς έχει διατυπωθεί με ποικίλους τρόπους, χωρίς όμως ποτέ να αλλοιώνεται το κύριο νόημα και ο σκοπός αυτού του όρου.

Είναι ορισμός που έχει δοθεί από τον Breech για τον όρο “*διοίκηση*” είναι ότι:

*“Η διοίκηση είναι μια κοινωνική μέθοδος, η οποία έχει την ευθύνη ανάπτυξης, προγραμματισμών και κανονισμών, στον επιχειρησιακό ή κοινωνικό τομέα προς εκπλήρωση των αντικειμενικών σκοπών”.*

### 1.1.2. ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Αρχές είναι οι θεμελιώδεις αλήθειες, οι οποίες εξηγούν ορισμένα φαινόμενα δηλαδή τις σχέσεις μεταξύ δυο ή περισσοτέρων σειρών μεταβλητών.

Οι αρχές διοίκησης είναι οικουμενικές και έχουν καθολική εφαρμογή, διότι αποτελούν κατευθυντήρια γραμμή για την επίλυση προβλημάτων, καθώς και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των ενεργειών ενός οργανισμού.

### 1.1.3. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Οι θεμελιώδεις αρχές διοίκησης είναι:

1. Υπαγωγή του ατομικού συμφέροντος στο γενικό.
2. Αυστηρή προσήλωση στις κειμενικές διατάξεις.
3. Αμερόληπτη απονομή του δικαίου.
4. Επίδειξη πνεύματος ανωτερότητας, αμεροληψίας και αμνησικακίας σε όλους.
5. Ευγένεια και άμεμπτη συμπεριφορά των ιθυνόντων προς του διοικούμενους.
6. Σεμνότητα και ειδική τάξη στις κάθε φύσεως εκδηλώσεις της διοίκησης.
7. Καλλιέργεια του πνεύματος, της αξιοπρέπειας, συναδερφικότητας, ευπρεπείας και ευγενούς άμιλλας, στην εκτέλεση καθηκόντων.
8. Αμερόληπτος και δίκαιος χειρισμός των ζητημάτων του προσωπικού.
9. Τοποθέτηση των κατάλληλων προσώπων στις κατάλληλες θέσεις.
10. Συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας της διοίκησης.

### 1.1.4. ΕΙΔΗ ΔΙΟΙΚΗΣΕΩΣ

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι διοικήσεως, η *απολυταρχική διοίκηση* και η *δημοκρατική διοίκηση*.

Στην *απολυταρχική διοίκηση*, υπάρχει έντονα το στοιχείο της εξουσίας από τον προϊστάμενο του τμήματος, ο οποίος έχει και το δικαίωμα να λαμβάνει μόνος του αποφάσεις.

Στην *δημοκρατική διοίκηση*, οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να εκφράζουν τις απόψεις του και να παίρνουν μέρος στις διοικητικές αποφάσεις.

Σήμερα, ο τύπος διοίκησης που ισχύει είναι ο δημοκρατικός, διότι αποδειχθεί ότι στην απολυταρχική διοίκηση η ποσότητα της εργασίας είναι μεγαλύτερη, η ποσότητα συνεχώς μειώνεται μεταξύ, ενώ παράλληλα οι σχέσεις μεταξύ εργαζομένων είναι απόμακρες.

Αντιθέτως, στην δημοκρατική διοίκηση η ποιότητα της εργασίας είναι σαφώς καλύτερη, λόγω της καλής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων.

## 1.2.1. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### *Α. περίοδος 1827 – 1928*

Η εξέλιξη του νοσοκομειακού θεσμού, χαρακτηρίζεται από τέσσερις περιόδους:

Στη συνέχεια της παραγράφου αυτής θα γίνει περαιτέρω αναφορά και περιγραφή κάθε περιόδου αναλυτικά.

#### A περίοδος

Η Α περίοδος χαρακτηρίζεται από την απουσία πρωτοβουλιών του κράτους πάνω σε θέματα υγείας.

Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν με την εισφορά ιδιωτών και ορισμένων δήμων και κοινοτήτων (Σύρος 1827).

Τα νοσοκομεία ήταν μικρά και πρόσφεραν βοήθεια στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα (άπορους – φτωχούς).

Βασικός σκοπός του κράτους ήταν η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων με την εφαρμογή του υγειονομικού κανονισμού και τη δημιουργία ιατρικής αστυνομίας. Ο υγειονομικός κανονισμός διαμορφωνόταν από το ιατροσυνένδριο (1833), και ήταν συμβουλευτικό όργανο. Το 1917, δημιουργήθηκε το προσωρινό Υπουργείο περίθαλψης έχοντας στόχο την αποκατάσταση των προσφύγων της Ελλάδας μετά του Βαλκανικούς πολέμους και του πρώτου παγκόσμιου πολέμου. Μετά από μια 5ετία το Υπουργείο περίθαλψης εξελίχθηκε σε Υπουργείο υγιεινής και κοινωνικής πρόνοιας.

#### B περίοδος

Σε αυτή την περίοδο το κράτος παρεμβαίνει δυναμικά ιδρύοντας γενικά, ειδικά, στρατιωτικά καθώς και προσφυγικά νοσοκομεία.

Παρ' όλο που η χρήση των νοσοκομείων γενικεύεται, η παροχή φροντίδας ήταν υποτυπώδης. Υπό αυτές τις συνθήκες το 1937 Α.Ν. 965 «Περί οργανώσεων των δημόσιων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» θέτει τις βάσεις οργάνωσης των νοσοκομείων της χώρας.

Με βάση αυτό το νόμο, το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ορίζει τις τιμές των νοσηλείων, ενώ τις εγκρίνει ο Υπουργός Υγιεινής.

Οι πόροι των νοσοκομείων προέρχονταν από:

1. Τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών,
2. Την ετήσια κρατική επιχορήγηση,
3. Τις επιχορηγήσεις των δήμων ή κοινοτήτων,
4. Τις πληρωμές ασθενών,
5. Καθώς και από τις δωρεές και κληρονομιές.

Το 1941, ψηφίστηκε ο Α.Ν. 2769, ο οποίος έδινε τη δυνατότητα στους Υπουργούς Υγιεινής και οικονομικών να ιδρύσουν προσωρινά – κρατικά νοσοκομεία με σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού, λόγω της συμμετοχής μας στο Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο.

### Γ περίοδος

Το 1953 ψηφίστηκε ο Ν.Δ. 2592 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως». Για πρώτη φορά θεσμοθετείται ένα ενιαίο πλαίσιο έχοντας σκοπό την ορθολογική και επιστημονική οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας.

Οι κύριοι σκοποί ήταν:

1. Η διοικητική αποκέντρωση του υγειονομικού τομέα με τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη θεσμοθέτηση συμβουλευτικών και εκτελεστικών οργάνων σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο,
2. Η υπαγωγή όλων των ιδρυμάτων και υπηρεσιών σε ένα φορέα, το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας,
3. Η ισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών,
4. Η καθιέρωση ενός ενιαίου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων,
5. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις περιφέρειες.

Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με βάση το Ν. 2882/1953, για την εσωτερική διάρθρωση και δομή, προέβλεπε την δημιουργία τριών υπηρεσιών:

- ✓ Της διοικητικής,
- ✓ Της νοσηλευτικής,
- ✓ Της ιατρικής.

Ο Διοικητικός διευθυντής ασκεί τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ενώ η Διευθύνουσα και η Υποδιευθύνουσα ασκούν την διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας

ασκείται από το τριμελές επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από του τρεις αρχαιότερους διευθυντές των ιατρικών τμημάτων.

Η επόμενη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος (1980), νόμος Δοξιαδή «μέτρα προστασίας της υγείας» με σκοπό την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας, δεν ψηφίστηκε.

#### 4 περίοδος

Το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397 για την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος Υγείας. Με την ένταξη όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Ι.Δ. στις διατάξεις του Ν. 1397/83, ο νοσοκομειακός τομέας δημοσιοποιείται πλήρως. Επίσης, καθιερώθηκε για πρώτη φορά ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών και απαγορεύτηκε η ανέγερση και λειτουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τελικά ο νόμος του Ε.Σ.Υ. δεν επέφερε καμιά αλλαγή στον τομέα χρηματοδότησης των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης πόρων και μηχανισμών σύγχρονης οικονομικής διαχείρισης με αποτέλεσμα την εμφάνιση τεράστιων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς.

Με το Ν. 2071/92 επιτρέπεται ξανά η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών Νοσηλευτικών μονάδων και αρχίζει και καθιερώνει αντικειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση των οικονομικών στοιχείων του νοσοκομειακού προϋπολογισμού, δυστυχώς αυτό όμως δεν έχει ισχύσει μέχρι το 1997.

Τελικά, σήμερα η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σύμφωνα με το νόμο του Πε.Σ.Υ. ορίζει ότι στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής. Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μετά από επιλογή του από το νοσηλευτικό συμβούλιο το οποίο λειτουργεί ως υπηρεσιακό συμβούλιο.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι οι τομεάρχες που ορίζονται από τον Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το νοσηλευτικό συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.

Επίσης, οι προϊστάμενοι του τμήματος των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το υπηρεσιακό συμβούλιο στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι.

Αυτός είναι ο τελευταίος κώδικας που αναδιάρθρωσε τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες οι οποίες λειτουργούν ως έχει σήμερα.

## **1.2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Το νοσοκομείο στις μέρες μας αποτελεί ένα μεγάλο οργανωμένο κοινωνικό κέντρο όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων σχηματίζουν διάφορες επαγγελματικές ομάδες, οι ομάδες αυτές πρέπει να εργαστούν αλλά και να συνεργαστούν μεταξύ τους για να εκπληρώσουν τους αντικειμενικούς σκοπούς του νοσοκομείου οι οποίοι είναι:

1. Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάθρωσης της Ιατρικής του υπηρεσίας: πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από κοινωνική, οικονομική ή επαγγελματική κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες εθνικού συστήματος Υγείας,
2. Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας,
3. Η εφαρμογή προγραμμάτων, ειδίκευση συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών και νοσηλευτών κ.α.,
4. Προγραμματισμός,
5. Επιλογή και τοποθέτηση κατάλληλου και ανάλογου προσωπικού,
6. Προμήθεια επαρκούς υλικού και εξοπλισμού,
7. Σωστή λειτουργία με βάση την οργάνωση.

Συνήθως οι σκοποί παραμένουν όπως έχουν τεθεί εξαρχής ή αναθεωρούνται ή τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Συνεπώς η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται διαρκώς και συστηματικά.

Συνεπώς κάθε οργανισμός υγείας (νοσοκομείο) για να λειτουργήσει σωστά και για να εκπληρώσει τους σκοπούς του, θα πρέπει αρχικά να βασίζεται σε ένα σύστημα διοίκησης, το οποίο να περιλαμβάνει τις βασικές αρχές διοίκησης, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- √ Στην οργάνωση του νοσοκομείου και δομή,
- √ Στην συμπεριφορά των ανθρώπων που απαρτίζουν τον οργανισμό,
- √ Στη μέτρηση του βαθμού επιτυχίας των σκοπών του οργανισμού.

### **1.2.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΔΟΜΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Τα νοσοκομεία είναι νόμιμα πρόσωπα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου. Εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων ανεξάρτητα από τον φορέα που ανήκουν.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε *ιδιωτικά* και *δημόσια*, ανάλογα με τον φορέα στον οποίο ανήκουν.

Σε *μικρά – μεσαία* και *μεγάλα*, ανάλογα με το μέγεθος του, δηλαδή τον αριθμό των κλινών που διαθέτουν.

*Γενικά* και *ειδικά*, ανάλογα με τις ειδικότητες που διαθέτουν. Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ενώ τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε *περιφερειακά* και *νομαρχιακά*. Τα περιφερειακά νοσοκομεία καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην παραγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην παραγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τα οποία διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο το οποίο αποτελείται από:



1. Τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο και δυο μέλη που διορίζονται από τον υπουργό,
2. Έναν εκπρόσωπο, των γιατρών του νοσοκομείου,
3. Έναν εκπρόσωπο, των υπολοίπων εργαζομένων του νοσοκομείου,
4. Έναν εκπρόσωπο, της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής που ανήκει το νοσοκομείο.

**Η διεύθυνση της Διοικητικής Υπηρεσίας διαρθρώνεται σε τρεις τομείς:**

1. Υποδιεύθυνση διοικητικού, η οποία διαιρείται στα εξής τμήματα:
  - α. Προσωπικού,
  - β. Γραμματείας,
  - γ. Κίνηση αρρώστων,
  - δ. Γραμματεία εξωτερικών ιατρείων και κοινωνικής υπηρεσίας.
2. Υποδιεύθυνση διοικητικού με τα εξής τμήματα:
  - α. Οικονομικού,
  - β. Πληροφορικής,
  - γ. Οργάνωσης,
  - δ. Διατροφής,
  - ε. Αυτοτελής γραφεία επιστασίας και ιματισμού.
3. Υποδιεύθυνση τεχνικού: τεχνικό και βιοιατρικής τεχνολογίας.

**Οι αρμοδιότητες και η εξουσία του προέδρου του Δ.Σ. είναι:**

1. Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σε αυτό,
2. Συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους,
3. Ασκεί ιεραρχικό έλεγχο,
4. Εκπροσωπεί το νοσοκομείο σε όλες τις εκδηλώσεις του.

Το Δ.Σ. στην καθημερινή του λειτουργία ασχολείται κυρίως με το έργο της διεύθυνσης του νοσοκομείου παρά με την διοίκηση του οργανισμού, επομένως επιβάλλεται η άμεση λειτουργία του θεσμού του γενικού διευθυντή. Στον οποίο πρέπει να ανατεθούν ουσιαστικές και συντονιστικές αρμοδιότητες, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική συμβολή του στην διαχείριση του νοσοκομείου, αλλά και στην αξιολόγηση του έργου και της απόδοσης του από το Δ.Σ. Έτσι το Δ.Σ. θα είναι σε θέση να ασκεί τις στρατηγικές του λειτουργίες οι οποίες είναι:

1. Ο σχεδιασμός της συνολικής πολιτικής του νοσοκομείου,
2. Η επιλογή των υπηρεσιών που θα παρέχονται και των αλλαγών που μπορεί να απαιτούνται με τον χρόνο,

3. Η παρακολούθηση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανόμενη της οικονομικής διαχείρισης,
4. Η μεταβίβαση των εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο γενικό διευθυντή,
5. Η δημιουργία των κατάλληλων μηχανισμών που θα επιτρέπουν στο προσωπικό να επηρεάζει την λειτουργία του νοσοκομείου.

Με βάση το Π.Δ. (Προεδρικό Διάταγμα) 87/1986 θεσμοθετήθηκε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης του νοσοκομείου και στην συνέχεια καταρτίστηκαν οι οργανισμοί του. Όλα τα νοσοκομεία σύμφωνα με τον οργανισμό τους, οργανώνονται, λειτουργούν, ορίζονται οι υπηρεσίες τους – η διάρθρωση τους – η επωνυμία τους και η κατηγορία στην οποία ανήκουν.

Κάθε νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις ισάξιες υπηρεσίες και διευθύνσεις, την Ιατρική, την Νοσηλευτική, την διοίκηση και την Τεχνική. Αν και αυτές οι υπηρεσίες είναι ισότιμες, χαρακτηρίζονται από ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση και υπάγονται στον πρόεδρο του Δ.Σ.

Σύμφωνα με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης τίθενται γενικοί συντελεστές για τον καθορισμό της δύναμης, του αριθμού του προσωπικού, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του καθενός.

#### **1.2.4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ – ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Τα νοσοκομεία σήμερα ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ασφυκτιούν από την έντονη γραφειοκρατία του δημοσίου λογιστικού και οι εργαζόμενοι με την μονιμότητα του δημόσιου υπαλλήλου δεν έχουν κίνητρα για να αυξήσουν την ποσότητα και την ποιότητα του έργου τους. Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων δεν επέφερε θετικά αποτελέσματα στην οργάνωση και λειτουργία με την οριοθέτηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αντίθετα οι αλληλεπικαλύψεις και οι συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιότητας αποτελούν καθημερινά φαινόμενα. Επιπλέον η σύγχυση και η συχνή ταύτιση μεταξύ διοίκησης και διεύθυνσης όπως και ο πρόσφατος διαχωρισμός της διεύθυνσης σε τρεις ή τέσσερις διευθύνσεις, δημιούργησε κλίμα αντιθέσεων και έκανε εμφανή την έλλειψη ενός συντονισμού μεταξύ τους. Ο θεσμός του γενικού διευθυντή παρόλο που νομοθετικά προβλέπεται μέχρι σήμερα όμως δεν έχει εφαρμοστεί. Η απουσία νοσοκομειακού management ενός ευέλικτου πλαισίου λειτουργίας του νοσοκομείου που θα προάγει την αποτελεσματική οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση στα νοσοκομεία αυξάνει την αποδοτικότητα των πόρων που θα διατίθενται σε αυτά, είναι ιδιαίτερα εμφανείς. Ταυτόχρονα το σύγχρονο νοσοκομείο επεκτείνει συνεχώς τις δραστηριότητες και αυτό απαιτεί σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας. Τέλος η βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης προϋποθέτει την καθιέρωση νέων μεθόδων διοίκησης – διαχείρισης ολικής ποιότητας.

# 2

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

- *Εισαγωγή*
- *Η διοίκηση στην αρχαιότητα*
- *Η διοίκηση στην κλασσική Ελλάδα*
- *Η διοίκηση στο Βυζάντιο*

# ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

## 2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται εν συντομία στην ιστορική αναδρομή της διοίκηση και κυρίως της διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των υπηρεσιών από την αρχαιότητα, την κλασική Ελλάδα και βυζάντιο.

Η σύντομη αυτή περιγραφή είναι αναγκαία διότι το παρόν πάντα συνδέεται με το παρελθόν όπως είναι αναπόσπαστο και από το μέλλον. Κατά αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται η συνέχεια και δίνεται η αρμόζουσα σημασία στη σύγχρονη πραγματικότητα.

## 2.2 Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

Επιγραφές που βρέθηκαν στην περιοχή της Αιγύπτου και της Μεσοποταμίας παρουσιάζουν άτομα εργαζόμενα, ρυθμικά υπό την επίβλεψη οδηγού με συνοδεία μουσικής αυλιστών. Εξάλλου μερικά από τα επτά θαύματα του κόσμου, όπως οι Πυραμίδες της Αιγύπτου, οι κρεμαστοί κήποι της Βαβυλώνας, ο ναός του Σολόμωντος, και τα ανάκτορα της Κνωσού και των Μυκηνών αποτελούν τεκμήρια ύπαρξης οργανωμένης διοίκησης. Συγκεκριμένα ο Μινωικός και Μυκηναϊκός πολιτισμός παρουσιάζουν πολλά παραδείγματα εφαρμογής των αρχών καταμερισμού της εργασίας, της εξειδίκευσης των τεχνικών καθώς και ειδικές εφαρμογές γνώσεων υγιεινής όπως ύδρευση και αποχέτευση.

Αναφορικά με την Παλαιά Διαθήκη, ο Μωϊσής έγραψε: *«και έλαβον εξ' υμών, άνδρας σοφούς και επιστήμονας, και συνετούς και κατέστησε αυτούς, ηγεΐσται εφ υμών χιλίάρχους και εκαντοτάρχους και πεντηκοντάρχους και δεκάρχους και γραμματοεισαγωγείς».*

Επιπλέον, σύμφωνα με τις ερμηνείες των πρώτων Αιγυπτιακών παπύρων (13<sup>ου</sup> αιώνα π.Χ.) δείχνουν την αναγνώριση της σημασίας της οργάνωσης και της διοίκησης στις γραφειοκρατικές καταστάσεις της αρχαιότητας.

Στον αρχαίο Ελληνικό πολιτισμό συναντώνται σαφώς καθοριζόμενες ορισμένες αρχές ή κανόνες της διοικητικής, καθώς και η συστηματική προσπάθεια μεγιστοποίησης της παραγωγής με την καθιέρωση ενιαίων μεθόδων εργασίας.

Στην αρχαία Ελλάδα πολύ πριν την εμφάνιση των Ασκληπιείων, αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία π.χ. του Αμφιάρεως στο Μαυροδίλεσι του Ωρωπού, του Τροφονίου, κοντά στην

Λιβαδειά και του Τιθορέως στην πόλη της Φωκίδας. Συνεπώς ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας ήταν η κατοίκων περίθαλψη.

Στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια του Όμηρου παρουσιάζονται πολλές μορφές διοίκησης. Ο συστηματικός τρόπος περίθαλψης των τραυματιών κατά τον Τρωικό πόλεμο, αποδεικνύει ύπαρξη οργανωτικών και διοικητικών αρχών στο χώρο της υγειομονικής περίθαλψης, με την ύπαρξη μόνιμων χειρουργείων «Κλισίας» στα παιδιά των μαχών και ειδικών φορειών μεταφοράς ασθενών «Φοράδαν».

## 2.3 Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

Η διοίκηση στο χώρο της υγείας είχε βαθιές ρίζες και άνθιση στην κλασική Ελλάδα και ειδικότερα στα Ασκληπιεία, τους πρώτους αυτούς «Ναούς – θεραπευτήρια» τα Ασκληπιεία υπέρβαιναν τα 400 σε όλη την Ελλάδα και τα περισσότερα στην Πελοπόννησο. Τα ονομαστότερα ήταν της Τρίκκης Θεσσαλίας και τα αρχαιότερα της Επιδαύρου και της Κω.

Είναι αξιοθαύμαστη η τέλεια αυτή οργάνωση των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, κυρίως από τον Ε΄ π.Χ. αιώνα. Τα Ασκληπιεία κτιζόταν σε μέρη με ωραιότατη θέα κοντά σε Ιαματικές πηγές κάτω από υγιεινότερες συνθήκες παράγοντες που τόσο απουσιάζουν από τις σημερινές περιβαλλοντικές συνθήκες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Το Ασκληπιείο της Επιδαύρου το περιφημότερο όλων ανήκε στην κατηγορία των πανθεραπευτηρίων. Με τις ανασκαφές της ελληνικής αρχαιολογικής εταιρίας από τον Π. Καββαδία το 1928, ήλθαν σε φως ερείπια όλων των οικοδομημάτων του Ασκληπιείου: Το θέατρο, τα προπύλαια, ο ναός ή ιερό με τον θησαυρό, το στάδιο, το άβατο ή κατακλιτήριο, η θόλος, το παλαιό ιερό, ο οίκος των ιερέων, το γυμναστήριο, το λουτρό, η βιβλιοθήκη, το υπόγειο, ο μεγάλος ξενώνας και άλλα.

Το άβατο ή κατακλιτήριο μακρά Ιωνική στοά που χωριζόταν με διπλούς κίονες σε δύο τμήματα ανδρών και γυναικών αποτελούσαν νοσηλευτική μονάδα. Τα ερείπια του κτηρίου αυτού παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί αποτελούν το αρχαιότερο γνωστό υπόδειγμα νοσοκομειακού τμήματος. Ήταν εξοπλισμένο με στρώματα, λυχνίες, τραπέζια, βωμούς, πιθανών και με παραπετάσματα. Οι άρρωστοι έφερνα και δικά τους κλινοσκεπάσματα. Ο ιστορικός Caton αναφέρει ότι τα μεγάλα τετράγωνα κτήρια με τα πολλά μικρά μοναχικά δωμάτια χρησιμοποιούντο για την μεταφορά των βαρέως πασχόντων ασθενών από το άβατο ή και όσων βρισκόταν σε ανάρρωση. Σε αυτά τα κτήρια μπορούσαν να νοσηλεύονται 400 – 500 ασθενείς.

Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το άβατο ήταν κυρίως Μονάδα Εντατική Νοσηλείας με την σύγχρονη νοσηλευτική ορολογία. Ακόμα, η όλη χωροταξική διαρρύθμιση του ακολουθούσε τις αρχές της σταδιακής φροντίδας των ασθενών, σύστημα που διατυπώθηκε και εφαρμόστηκε στη δεκαετία το 60α στις Η.Π.Α.

Το προσωπικό του ασκληπιείου: την επιστημονική διεύθυνση είχε ο πρωθιερέυς ή μέγα ιερεύς (Διευθυντής), ο κύριος γνώστης της ιατρικής τέχνης. Ο πρωθιερέας διηύθυνε το Ασκληπιείο, εξέταζε

προσεκτικά τους πάσχοντες καθόριζε ανάλογη ατομική θεραπεία με την βοήθεια του πυροφόρου, βοηθού του πρωθηρέα, και νοσηλευτών, των ιερομνημόνων. Στην κατηγορία των ιερομνημόνων ανήκαν και οι θεραπευτές, όπως μαλάκτες, υδροθεραπευτές και άλλοι. Επίσης υπήρχαν και οι θεράποντες δηλαδή οι πρακτικοί νοσηλευτές στην τάξη των ζακόρων ή νακόρων. Επομένως, ο τομέας της νοσηλευτικής περίθαλψης ήταν οργανωμένος στα Ασκληπιεία όπως και η προηγούμενη ιατρική.

Αυτό όμως που κυρίως κληροδότησε το κλασσικό ελληνικό πνεύμα στις επιστήμες υγείας είναι οι υψηλές αξίες της ζωής και κυρίως η θεώρηση του ανθρώπου ως όλου, που διέπουν και σήμερα τη φιλοσοφία τους. Οι με κάθε μέσο και τρόπο εκφραζόμενες σύγχρονες απόψεις για ολοκληρωμένη και ανθρωπιστική φροντίδα υγείας, που αποτελούν τον κύριο στόχο της διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών πηγάζουν από την νοσηλευτική της κλασσικής Ελλάδος.

## 2.4 Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

Η οργανωμένη περίθαλψη και η διοίκηση νοσηλευτικών και προνιακών ιδρυμάτων εμφανίζεται εντυπωσιακά κατά την Βυζαντινή περίοδο (330 – 1453 μ.Χ.).

Κατά την περίοδο της χριστιανικής φιλανθρωπικής δράσης καθορίστηκε η έννοια και η μορφή των νοσοκομείων, αρχικά τα νοσοκομεία χαρακτηρίστηκαν σαν κατοικίες για φτωχούς ή απόρους. Έπειτα χαρακτηριστικά σαν χώρο υποδοχής ασθενών και φτωχών ταξιδιωτών. Έτσι ονομάστηκαν «ξενώνες» μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και παρείχαν υπηρεσίες για τη νόσο, το γήρας, την κύηση, την λοχεία, την βρεφοκομεία και παιδοκομεία. Ανάλογα με τις υπηρεσίες που πρόσφεραν τα ξενοδοχεία διακρίνονταν σε γηροκομεία λοχοκομεία βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, τα οποία αποτελούν πρότυπα ιδρύματα. Ακόμα και για την σημερινή εποχή, λόγω της τόσο καλής οργάνωσης που είχαν.

Τα κυριότερα νοσοκομεία του Βυζαντίου ήταν «Ο ξενών του Σαμψών», η Βασηλειάδα στην Καππαδοκία, ο ξενών της μονής Κοσμοσωτήρας, ο ξενών της μονής του Παντοκράτορος, της Αγίας Ειρήνης και άλλα.

Λόγου του ότι τα νοσοκομεία στεγαζόταν σε μοναστήρια, η παροχή νοσηλείας γινόταν από μοναχούς άντρες αλλά και γυναίκες.

Ο ξενών της μονής του Παντοκράτορα ήταν από τα τελειότερα νοσοκομεία του Βυζαντίου και αποτελούνταν από:

1. Το τρικλινάριο, για τους ασθενείς μοναχούς,
2. Τον κυρίως ξενώνα, 50 κλίνες,
3. Το γηροκομείο, 24 κλίνες,
4. Το ψυχιατρείο,
5. Το εξωτερικό ιατρείο.

Ο αυτοκράτορας ήταν αυτό που διαμόρφωσε τον εσωτερικό κανονισμό του ξενώνα (ΤΥΠΙΚΟΝ) που διασώζεται μέχρι και σήμερα. Τα 50 κρεβάτια διακρινόταν σε 10 χειρουργικά, 8 οφθαλμολογικά, 12 γυναικολογικά και τα υπόλοιπα για άλλες παθήσεις.

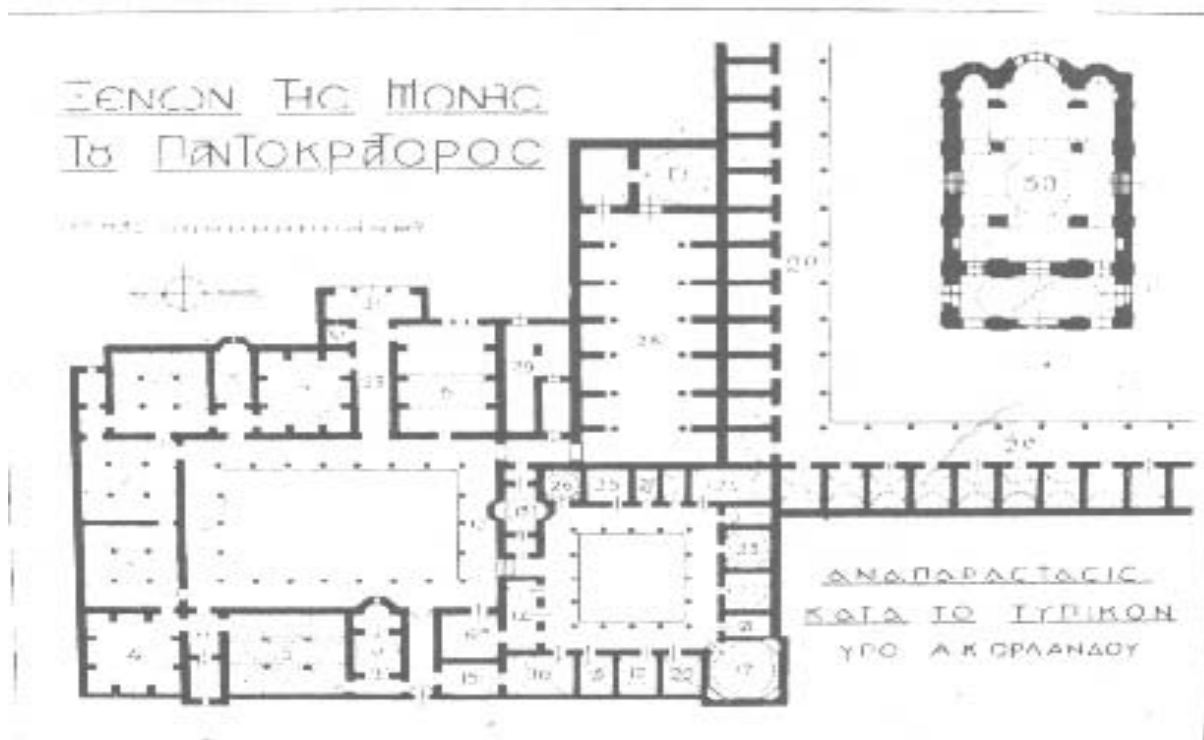
Ο ξενώνας χωριζόταν σε 5 τμήματα. Το οφθαλμολογικό, το χειρουργικό, 2 γενικά παθολογικά και ένα γυναικολογικό.

Στα τμήματα αυτά υπηρετούσαν 53 ιατροί: τραυματικού (χειρουργός), κληροτόμους (παθολόγους), ιατραίνας (γυναικολόγους), τρεις έμβαστους υπουργούς (επιμελητές), δυο περίσσιους υπουργούς (εσωτερικού ιατρούς), διοικητικοί ιατροί, δυο πριμμικήριοι (διευθυντές), ένας επιστήμονας του πιμέντου (φαρμακείου), τρεις έμβαστοι πιμεντάριοι (φαρμακοποιοί), τέσσερις υπουργοί και μια υπουργήσα (διανυκτερεύων προσωπικό).

Στον ξενώνα και ιατρικές σχολές και ένας δάσκαλος για να διδάσκει την ιατρική επιστήμη. Βέβαια εκτός από τους ιατρούς υπήρχε και ο νοσηλευτής ο οποίος φρόντιζε και τους εξωτερικούς και τους εσωτερικούς ασθενείς. Τέλος ο ρόλος του νοσηλευτή ήταν συντονιστικός και διοικητικός.

Συμπερασματικά στο ανώτερο τυπικό της μονής της παντοκράτορας της Κωνσταντινούπολης διαπιστώνεται η υποδειγματική οργάνωση του νοσηλευτικού εκείνου ιδρύματος. Εντυπωσιακές είναι οι αρχές της οργάνωσης, της διοίκησης και της λειτουργίας των νοσοκομείων καθώς και η επίβλεψη του νοσοκομείου.

**Σχήμα 2.1.** Αναπαράσταση του Ξενώνας του Παντοκράτορος κατά Ορλάνδο



# 3

## ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

- ❑ *Ορισμός*
- ❑ *Αρχές νοσηλευτικής διοίκησης*
- ❑ *Σκοποί νοσηλευτικής υπηρεσίας*
- ❑ *Πρότυπα νοσηλευτικής διοίκησης*
- ❑ *Μοντέλα άσκησης νοσηλευτικής διοίκησης*
- ❑ *Εισαγωγή – Νοσηλευτική έρευνα*
- ❑ *Ηθική και δεοντολογία νοσηλευτικής έρευνας*



### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

#### 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

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

#### 3.2 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Υπάρχουν πολλές αρχές διοίκησης, διεύθυνσης, οργάνωσης και συντονισμού. Οι ακόλουθες είναι οι πιο συνοπτικά κατάλληλες για τη καλή οργάνωση και διεύθυνση της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς και τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών:

1. Η ευθύνη για λήψη αποφάσεων είναι εντελώς καθορισμένες,
2. Η ανάθεση ευθύνης είναι και αυτή καθορισμένη. Με την ανάθεση της ευθύνης δίνεται η εξουσία και το κύρος, ώστε ο αναλαμβάνων την ευθύνη να μπορεί να ανταποκριθεί προς τις υποχρεώσεις του,
3. Κάθε άτομο εντός του οργανισμού γνωρίζει τα όρια της αρμοδιότητας του. Γνωρίζει προς ποιον είναι υπεύθυνος, ποιον μπορεί να συμβουλευτεί ή προς ποιον να παραπονεθεί. Επίσης γνωρίζει, ποιος απευθύνεται σε αυτόν και για ποια αρμοδιότητα,
4. Ο συντονισμός και η συνεργασία επιτυγχάνεται με:
  - α. Την οργάνωση της εργασίας,
  - β. Το ικανοποιητικό σύστημα επικοινωνίας,
  - γ. Την ανάπτυξη διαδικασιών «ρουτίνας» για ορισμένες επαναλαμβανόμενες τεχνικές δραστηριότητες,
  - δ. Τον προγραμματισμό εκ των προτέρων,
  - ε. Τη θεληματική προσπάθεια.
5. Η πρόοδος και η ανάπτυξη του προσωπικού, η επίβλεψη της εργασίας και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων αποτελούν λειτουργίες της διοίκησης.

### 3.2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Οι *βασικές αρχές* που διέπουν κάθε υπηρεσία και επιβάλλονται από το διοικητικό δίκαιο είναι:

1. Η αρχή της κανονικής και συνεχούς λειτουργίας της υπηρεσίας.
2. Η αρχή της προσαρμογής της λειτουργίας της υπηρεσίας προς τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες, ώστε να επιτυγχάνεται πάντοτε η εξυπηρέτηση του συμφέροντος του κοινού.

Ο χώρος της υγείας αποτελεί ένα μεγάλο και αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας, γιατί εξυπηρετεί ολόκληρο τον πληθυσμό και τις ανάγκες του. Για αυτό και όσα γράφτηκαν έχουν καθολικότητα και πανανθρώπινη εφαρμογή σε κάθε κοινωνικό τομέα και κοινωνική μονάδα. Ενώ οι επόμενες *γενικές αρχές* διοίκησης έχουν ειδική εφαρμογή στις υγειονομικές κυρίως υπηρεσίες:

1. Ο σκοπός της διοίκησης σε οποιοδήποτε περιβάλλον υγείας είναι υπηρεσία. Η υπηρεσία επιτελείται από άτομα προς άλλα άτομα,
2. Το κύριο μέλημα του διοικούντος είναι να συντονίζει ότι είναι απαραίτητο, ώστε ο καθένας να μπορεί να εκτελεί την εργασία του,
3. Ο βαθμός στον οποίο η διοίκηση επιτυγχάνει το σκοπό της εξαρτάται από τα ακόλουθα:
  - α. Κατά πόσο όλα τα άτομα κατανοούν τον καθορισμένο σκοπό,
  - β. Αν όλοι εργάζονται από κοινού για την επίτευξη του σκοπού,
  - γ. Αν τα άτομα χρησιμοποιούν τα μέσα, τα οποία τους δίνονται.
4. Οι μέθοδοι διοίκησης είναι ίδιες τόσο για τα νοσοκομεία και τα άλλα υγειονομικά ιδρύματα, όσο και για τη βιομηχανία, τους εκπαιδευτικούς, στρατιώτες, εκκλησιαστικούς ή κυβερνητικούς οργανισμούς,
5. Η διοίκηση και οι διοικητικές ενέργειες έχουν μεγαλύτερη σημασία σήμερα με την πρόοδο της ιατρικής και της νοσηλευτικής, καθώς και των τεχνολογικών επιτευγμάτων, λόγω του πολυσύνθετου των υγειονομικών υπηρεσιών,
6. Είναι βασικό και απαραίτητα όλοι, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, να έχουν γνώση και να κατανοούν τη θεωρία και την εφαρμογή της διοίκησης, γιατί η διοίκηση ασκείται σε οποιοδήποτε υγειονομικό τομέα και οπουδήποτε νοσηλεύεται ασθενείς.

**Η οργάνωση εργασίας διέπεται από τις εξής βασικές αρχές:**

1.	T
ην αρχή του ενός προϊσταμένου,	
2.	T
ην αρχή της ομοιογένειας των καθηκόντων,	
3.	T
ην αρχή του ελέγχου,	

### 3.3 ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας, ανώτερης φροντίδας, στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και στα κέντρα υγείας του νοσοκομείου, καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης,
2. Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και μαζικών καταστροφών,
3. Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και σε σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού για είκοσι τέταρτη βάση των νοσηλευτικών αναγκών,
4. Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, προγραμματισμός και έλεγχος των παρεχόμενων, ανάλογα με τα υπάρχοντα δεδομένα της ποιότητας και ασφάλειας,
5. Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων,
6. Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων με σκοπό τη μάθηση φοιτητών και μαθητών της νοσηλευτικής. Επίσης η εφαρμογή προγραμμάτων συστηματικής εκπαίδευσης του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
7. Η ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή των ευρημάτων τους,
8. Η συμμετοχή της στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου,
9. Η κοινή συνεργασία με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

### 3.4 ΠΡΟΤΥΠΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να μελετηθούν αποτελεσματικά τα μοντέλα νοσηλευτικής διοίκησης θα πρέπει αρχικά να καθοριστεί και να κατανοηθεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο ασκείται η Νοσηλευτική Διοίκηση.



### Σχήμα 3.1. Πρότυπο Νοσηλευτικής Διοίκησης

Η Florence Nightingale (Ιδρύτρια της σύγχρονης νοσηλευτικής), επικέντρωσε το ενδιαφέρον της στο περιβάλλον της νοσηλευτικής διοίκησης δηλαδή στους ασθενείς, στους θεσμούς και στη κοινωνικές συνθήκες, που επηρεάζουν την υγεία των ασθενών.

Με βάση τα παραπάνω, η ευθύνη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος νοσηλευτικής άσκησης βασίζεται σε αυτούς που εκτελούν τη Νοσηλευτική Διοίκηση.

Στο περιβάλλον που ασκείται η νοσηλευτική διοίκηση διακρίνεται σε:

- *Εσωτερικό περιβάλλον,*
- *Περιβάλλον εργασίας,*
- *Γενικό περιβάλλον.*

Το *εσωτερικό περιβάλλον*, περιλαμβάνει την εσωτερική δομή της τεχνολογίας νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία ενσωματώνει τη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται προκειμένου να ασκείται η νοσηλευτική εργασία. Περιλαμβάνει νοσηλευτικές πεποιθήσεις, θεωρίες, αξίες, γνώσεις, δεξιότητες, πρωτόκολλο και πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας.

Επίσης περιλαμβάνει την άσκηση νοσηλευτικής διοίκησης όπου ο Διευθυντής της Ν.Υ. (Νοσηλευτικής Υπηρεσίας) καθοδηγείται από τις νοσηλευτικές θεωρίες και από γνώσεις προερχόμενες από την οργάνωση και την διοίκηση, από την οικονομική και πολιτική θεωρία. Δημιουργεί σχέσεις με διάφορους παράγοντες μέσα στο περιβάλλον εργασίας. Τέλος θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε πολλαπλές πηγές ή πληροφορίες, δεξιότητα συνεργασίας και διαπραγματεύσεων καθώς και ευαισθησία σε όλα τα επίπεδα του περιβάλλοντος.

Τέλος, περιλαμβάνει τον Οργανισμό (νοσοκομείο) ο οποίος σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του δέχεται ακατέργαστα υλικά και παράγει υπηρεσίες. Αυτό προϋποθέτει εξάρτηση από όλους τους τομείς του περιβάλλοντος ώστε να καταφέρει να επιβιώσει και να επιτύχει.

Το *περιβάλλον εργασίας* περιέχει τους παράγοντες εκτός οργανισμού οι οποίοι έχουν άμεση επιρροή στην Νοσηλευτική Διοίκηση π.χ. παραγωγοί – καταναλωτές παρουσιάζονται ανάγκες και επιτελείται πολιτική φροντίδα υγείας. Διευκολύνονται ή εμποδίζονται πηγές εφοδίων και απαιτείται νοσηλευτική τεχνολογία. Οι παραγωγοί ρυθμίζουν, πωλούν τα προϊόντα τους ή τις υπηρεσίες τους μέσα σε νόμιμο πλαίσιο.

Οι καταναλωτές είναι εκείνοι οι οποίοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της Ν.Υ. Η ζήτηση των υπηρεσιών καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες των αρρώστων.

Τα επαγγέλματα έχουν σκοπό να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους. Το νοσηλευτικό επάγγελμα συνδέεται με την ατομική και ομαδική φροντίδα των υγιών και ασθενών ανθρώπων. Ο επαγγελματικός τομέας συνιστάται στην συγκέντρωση, προετοιμασία, συνοχή, διατήρηση και ενημέρωση των ασκούμενων. Η οργάνωση επηρεάζεται από το περιβάλλον εργασίας με πρότυπα φροντίδας, με την επιβεβαίωση και το βαθμό αξιοπιστίας του προσωπικού. Δεν θα πρέπει να παραβλέπονται άλλα επαγγέλματα τα οποία συνεισφέρουν στον τομέα υγείας π.χ. Ιατρική, Φαρμακευτική.

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

Οι περιοριστικοί ορισμοί της τεχνολογίας εστιάζονται σε εφόδια, τα οποία θα οδηγήσουν στην πρόοδο. Ευρύτερα όμως, εστιάζεται στη γνώση και δεξιότητα των εργαζομένων, καθώς και στα χαρακτηριστικά του αντικειμένου όπου εκτελείται η εργασία.

Οι γνώσεις είναι απαραίτητο στοιχείο για να αναπτυχθεί η τεχνολογία, η οποία περιλαμβάνει την προαγωγή της επιστήμης και τέχνης, προσεγγίσεις σε εφόδια, υπηρεσίες και υπάρχουσες πηγές.

Η διάσταση της οικονομίας περιλαμβάνει, το ποσό, την κατανομή και τη χρήση των πηγών. Δυστυχώς οι πηγές είναι περιορισμένες σε αντίθεση με τις ανθρώπινες απαιτήσεις που είναι αυξημένες.

Οπότε, αν ο οργανισμός δεν καταφέρει να φέρει τα αποδεκτά αποτελέσματα, δεν θα καταφέρει να έχει το απαραίτητο εισόδημα για να μπορέσει να επιβιώσει.

Η πολιτική – νομοθεσία είναι άλλο ένα στοιχείο που επηρεάζει το γενικό περιβάλλον. Η νομοθεσία, θέτει προτεραιότητες με σκοπό να δημιουργούνται κατάλληλες οικονομικές συνθήκες για να προσφέρονται έτσι υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο. Καθώς επίσης και να παίζει το σημαντικό ρόλο της δικαιοσύνης, παρέχοντας μεθόδους επίλυσης των συγκρούσεων που δημιουργούνται εξαιτίας της έλλειψης της δικαιοσύνης.

Οι δυο αυτές, ουσιαστικές λειτουργίες, εξυπηρετούν στην διατήρηση της τάξης και τη δίκαιη κατανομή των πόρων.

Τέλος ο κοινωνικό-πνευματικός τομέας, περιλαμβάνει αξίες, συλλογικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές ομάδων, μέσα σε νόμιμα πλαίσια. Οι κοινωνικές δυνάμεις του γενικού περιβάλλοντος, επηρεάζουν τη νοσηλευτική και τις ανάγκες φροντίδας υγείας.

### **3.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

Σύμφωνα με τον Lean, ο σχεδιασμός προτύπων μοντέλων της Νοσηλευτικής Φροντίδας και η ανάθεση αρμοδιοτήτων στο νοσηλευτικό προσωπικό στοχεύουν, σε ικανοποιητικά αποτελέσματα πάνω στη φροντίδα των ασθενών, στην διατήρηση της ποιότητας του νοσηλευτικού προσωπικού και τέλος στην οικονομική επάρκεια του προσωπικού.

Οι στόχοι αυτοί επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στους ρόλους και στις αρμοδιότητες των εργαζόμενων και αυτός είναι ο λόγος που απασχολούν την νοσηλευτική ηγεσία.

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

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

Τα νέα πρότυπα άσκησης νοσηλευτικής διοίκησης είναι τρία τα οποία αναφέρονται στην επόμενη ενότητα.

### **3.5.1 ΤΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ MANAGEMENT**

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

#### **α) “Management ημερήσιας λειτουργίας”:**

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

#### **β) “Πολιτισμικό management του Οργανισμού”:**

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

#### **γ) “Στρατηγικό management μελλοντικής πορείας”:**

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

### **3.5.2 ΣΚΟΠΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ MANAGEMENT**

Σκοπός του είναι η δημιουργία μιας επιθυμητής νοσηλευτικής πορείας, η οποία θα διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Προσιτές υπηρεσίες και Νοσηλευτική Φροντίδα,
2. Νοσηλευτικές υπηρεσίες που να συμβαδίζουν με τις επιθυμίες όλων των παραγόντων της νοσηλευτικής π.χ. ιατρών, ασθενών, νοσηλευτών, χρηματοδοτών και οργανισμού,
3. Νοσηλευτικές υπηρεσίες που να στηρίζονται σε εξειδικευμένες αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, και να εκφράζονται ως προϊόντα, που θα ικανοποιήσουν τις ειδικές ανάγκες των ατόμων,
4. Νοσηλευτική φροντίδα, που να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές επιρροές που μπορεί να δημιουργηθούν από τις ανταγωνιστικές τάσεις.

Για την επιτυχή διαμόρφωση και εκτέλεση του μοντέλου αυτού θα πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής στάδια:

1. Ανάπτυξη στρατηγικής δηλαδή γνωστοποίηση των αξιών της νοσηλευτικής ηγεσίας, με ποιοτική συζήτηση των διάφορων ομάδων με σκοπό να καθοριστεί η πορεία του οργανισμού και τα επιθυμητά αποτελέσματα,
2. Η συλλογή δεδομένων και ανάλυση πληροφοριών, η οποία οδηγεί τη δραστηριότητα του στρατηγικού σχεδιασμού, σε όλα τα επίπεδα του Νοσηλευτικού Προσωπικού, καθώς και σε όλους τους τομείς, οι οποίοι λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την άσκηση καθηκόντων και την οργανωτική εκτέλεση,
3. Η δημιουργία εικόνας ιδεατού, προτύπου Νοσηλευτικής Φροντίδας, με το οποίο γίνεται ο σχεδιασμός Φροντίδας.

### **3.5.3 ΠΟΙΟΤΙΚΟ MANAGEMENT: ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ**

Το ποιοτικό management είναι οργανωτικό σύστημα, το οποίο επιτυγχάνει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τους ασθενείς, περιλαμβάνει ικανοποιημένο προσωπικό από την υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής άσκησης και στηρίζεται σε υγιή βάση. Είναι δυνατό να προταθεί ως πρότυπο άσκησης και ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλων των επιπέδων οργάνωσης.

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

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

### **3.5.4. ΣΤΑΔΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ MANAGEMENT**

1. Φιλοσοφική άποψη, αντικειμενικός σκοπός και τρόπος άσκηση management. Η άσκηση management απαιτεί ευρεία προοπτική σχετικά με την ύπαρξη του οργανισμού, τις υπηρεσίες και τα προϊόντα, τα οποία παρέχονται καθώς και με θέματα ειδικών τμημάτων ή μονάδων,
2. Προσδιορισμοί τομέων σημαντικής υπευθυνότητας:
  - Νοσηλευτικά αποτελέσματα: Η προσοχή επικεντρώνεται στα σωστά κλινικά αποτελέσματα και στην ικανοποίηση ασθενών,
  - Άσκηση καθηκόντων: Εργασιακή κατεύθυνση ανάλογα με την δεοντολογία, την πρόοδο και με πράξεις που οδηγούν στα επιθυμητά αποτελέσματα,

- Σημαντικά οφέλη: Επίτευξη νοσηλευτικών αποτελεσμάτων με την κατάλληλη άσκηση καθηκόντων σε προκαθορισμένα πλαίσια κόστους.
  - Δραστηριότητες ομάδων σχετικά με τομείς υπευθυνότητας. Προϋπόθεση για την δημιουργία ανεξάρτητου συστήματος οργάνωσης είναι:
    - Η εξέταση των δραστηριοτήτων, οι οποίες απαιτούν χρόνο και φροντίδα ασθενών,
    - Η επιβεβαίωση ότι με την ανάπτυξη ενός στόχου, δεν θυσιάζεται ένας άλλος.
3. Για να πετύχουν οι managers τη συνεχή βελτίωση της ποιοτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας και της οικονομικής βιωσιμότητας του οργανισμού, θα πρέπει να προκαθορίσουν τις προτεραιότητες των δραστηριοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, την αλληλεπίδραση των αρμοδιοτήτων τους καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα επιτύχουν την επίλυση των συγκρούσεων,
- Συμφωνία ως προς την καθιέρωση αρμοδιοτήτων και ευθυνών το οργανωτικό σύστημα του νοσοκομείου κατευθύνει τους εργαζόμενους ως προς τα καθήκοντα τους με γραπτά, σταθερά σημεία επικοινωνίας και ενημέρωσης. Επομένως, γνωρίζουν ότι δεν είναι μόνοι όταν προσπαθούν να επιτύχουν ένα κοινό σκοπό, η προσπάθειά τους έχει κοινή κατεύθυνση και τέλος, άσκοπες ενέργειες πρέπει να αποφεύγονται,
  - Προσδιορισμός του χαρακτήρα των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων. Όλα τα άτομα γνωρίζουν τις αρμοδιότητες τους και προσδιορίζονται οι προτεραιότητες κατά την φροντίδα των ασθενών.
4. Αναγνώριση δραστηριοτήτων και υπηρεσιών μέγιστης σημασίας,
5. Αναγνώριση σταθερών σημείων αναφοράς της παροχής ειδικών υπηρεσιών.
- Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση και ιεράρχηση σημαντικών θεμάτων παροχής υπηρεσιών. Απαραίτητα είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων με σταθερά σημεία παροχής πληροφοριών και η αξιολόγηση τους,
8. Εξειδικευμένες μέτρησης και συγκρίσεις με πρότυπα παροχής υπηρεσιών. Ελέγχονται τα αποτελέσματα των εξειδικευμένων ενεργειών του προσωπικού σε σύγκριση με τα πρότυπα και αξιολογούνται.
9. Αξιολόγηση: Συλλογή – Οργάνωση και Ανάλυση στοιχείων με ηλεκτρονικό υπολογιστή. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή δίνουν πληροφορίες και συντελούν στην αξιολόγηση μετρήσεων σχετικά με το αν, οι ενέργειες του προσωπικού έχουν απομακρυνθεί, πλησιάσει ή έχουν υπερβεί τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών.
10. Δράση: Επιλογή συγκεκριμένης δράσης. Όταν τα αποτελέσματα των υπηρεσιών δεν είναι τα αναμενόμενα, τότε προτείνονται αλλαγές για την βελτίωση τους και αξιολογούνται οι πράξεις και σχεδιάζονται νέες αλλαγές. Όταν τα αποτελέσματα είναι θετικότερα τότε προτείνονται επαναπληροφόρηση και τίθενται νέοι στόχοι. Η επικοινωνία και ο συντονισμός των ενεργειών, επιφέρουν την πρόοδο, επιλύουν κοινά προβλήματα σε μια προσπάθεια ευρείας ποιοτικής ανάπτυξης του νοσοκομείου.



### 3.5.5 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

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

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

Παράμετροι που προτείνονται να χρησιμοποιηθούν από την νοσηλευτική υπηρεσία είναι:

- Καθορισμός ατόμων (πελατών):

Εξωτερικοί πελάτες είναι οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και γενικά η κοινωνία. Ενώ οι εσωτερικοί πελάτες είναι όλα τα τμήματα τα οποία ανταλλάσσουν εισροές και εκροές,

- Δημιουργία στόχων:

Οι στόχοι πρέπει να αναπτύσσονται και να κατανοούνται από όλα τα μέλη σε όλα τα επίπεδα οργάνωση,

- Αναγνώριση υπευθυνότητας:

Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, διαμορφώνει κλίμα συνεργασίας και υπευθυνότητας στα πλαίσια του οποίου παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα.

- Κατάργηση φραγμών επικοινωνίας:

Οι ιεραρχικοί φραγμοί σε κάθετη και οριζόντια επικοινωνία, είναι ανασταλτικοί παράγοντες ανάπτυξης του management. Ενώ η ικανότητα του νοσηλευτικού στελέχους να ακούει και να διευκρινίζει συντελεί στη δημιουργία περιβάλλοντος επικοινωνίας,

- Εκπαίδευση και προετοιμασία:

Συντελεί σε σπατάλη μικρότερου χρόνου και υλικού από πλευράς νοσηλευτικού προσωπικού, σε επάρκεια και αύξηση παραγωγικότητας σε αποφυγή λαθών και σε σωστές ενέργειες,

- Στατιστικές μετρήσεις:

Επιβεβαιώνουν την παροχή ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή,

- Άσκηση πολιτικής και προγραμματισμός:

Θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις στους τομείς management,

- Ύπαρξη προτύπων εκτέλεσης:

Το νοσηλευτικό έργο πρέπει να βασίζεται, αλλά και να φαίνεται, πάνω στα πρότυπα νοσηλευτικής ασκήσεις, σε όλα τα επίπεδα,

- Συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού:

Είναι σημαντικό να συμμετέχει, στις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα λήψης αποφάσεων και η γνώση του τρόπου επίλυσης προβλημάτων, συντελεί στην αύξηση παραγωγικότητας και επιφέρει θετικά αποτελέσματα,

- Κοινής αποδοχής πολιτισμικές αντιλήψεις:

Τα νοσηλευτικά τμήματα είναι μέρος ενός ευρύτερου οργανωτικού συστήματος. Γι' αυτό το λόγο δεν επιτρέπεται η προσαρμογή άρθρων σε οργανωτικά συστήματα, αν δεν έχει προηγουμένως εκτιμηθεί η κοινή πολιτισμική παράμετρος που ισχύει στο περιβάλλον άσκησης της διοίκησης.

### **3.6. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η νοσηλευτική έρευνα είναι βοηθητικό μέσο της νοσηλευτικής και της διοίκησης για την πραγμάτωση των σκοπών τους, εφ' όσον αποτελεί προσπάθεια αύξησης χρήσιμης γνώσης με την ανακάλυψη νέων στοιχείων δια μέσου της συστηματικής επιστημονικής αναζήτησης. Η έρευνα δεν μπορεί να χωριστεί από την ίδια την νοσηλευτική πράξη, η οποία χαρακτηρίζεται σαν τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής επιστήμης. Νοσηλευτική δε επιστήμη είναι η συστηματοποιημένη γνώση της νοσηλευτικής, που προέρχεται από την παρατήρηση, τη μελέτη και τον πειραματισμό και αποσκοπεί στην επίτευξη νέων επιπέδων εννοιολογικής υπηρεσίας στον άνθρωπο. Η βασική και εφαρμοσμένη έρευνα στην νοσηλευτική προσφέρει τις γνώσεις που μεταφράζονται στην πράξη.

#### **3.6.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Οι κυριότεροι σκοποί της νοσηλευτικής έρευνας είναι:

1. Η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας,
2. Η βελτίωση της κατάστασης υγείας των αρρώστων,
3. Η συμβολή της στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου σε όλες τις καταστάσεις υγείας, ακόμα και στην περίοδο του θανάτου.

Ανεξάρτητα από την έμφαση που δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη, φαίνεται ότι ο άρρωστος θα υπάρχει πάντοτε και απαιτεί την καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα στα ιδρύματα και στο σπίτι. Για αυτό όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η δυναμική συμβολή της νοσηλευτικής έρευνας στη βελτίωση υγείας και φροντίδας του αρρώστου.

#### ***Η έρευνα:***

1. Παρέχει τις πληροφορίες που χρειάζονται για τη λήψη αποφάσεων, απαραίτητη προϋπόθεση για την νοσηλευτική άσκηση, την εκπαίδευση και την διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών,
2. Εφοδιάζει τους νοσηλευτές με τις απαραίτητες μεθόδους αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας,
3. Δίνει εξηγήσεις για τη νοσηλευτική φροντίδα που καλύπτει τις ανάγκες της κοινωνίας,

4. Είναι απαραίτητη και αποφασιστικής σημασίας για τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας και λήψης αποφάσεων,
5. Βελτιώνει και προάγει την κλινική άσκηση και τη διοίκηση, όταν ευρήματα ερευνών εφαρμόζονται στην πράξη.

### **3.6.2 ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

Η έρευνα στη Νοσηλευτική άρχισε με τη Florence Nightingale. Είναι εκείνη που κράτησε λεπτομερειακά στοιχεία και παρατηρήσεις για τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο, με βάση τις δικές της παρατηρήσεις που ήταν αποτελεσματικές και οδήγησαν σε αλλαγές τόσο της νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και της οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αλλά αρκετά χρόνια μετά από το έργο της, ελάχιστα βρίσκονται στη βιβλιογραφία για έρευνα στη νοσηλευτική.

Ο τύπος της νοσηλευτικής έρευνας μετά τη Nightingale στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα ήταν στενά συνδεδεμένος και ευθυγραμμισμένος με τα προβλήματα που αντιμετώπιζε η νοσηλευτική και ακολούθησε την εξέλιξη της γενικής διοικητικής σκέψης.

Η χρονολογική εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας κατατάσσεται στις ακόλουθες σχολές σκέψης:

**Υπηρεσιακή Σχολή** (1900-1940), με έρευνες προσανατολισμένες στην παραγωγικότητα και επηρεασμένες από τη βιομηχανική ανάπτυξη. Αυτή αντιστοιχεί στην κλασική σχολή διοίκησης.

**Διοικητική Σχολή** (1940-1950), με μελέτες οργάνωσης συστημάτων νοσηλευτικών υπηρεσιών, σύμφωνα με την ανθρωπιστική προσέγγιση των νέο-κλασικών.

**Ακαδημαϊκή Σχολή** (1950-1964), με έρευνες σχετικές με την ακαδημαϊκή κατάρτιση των νοσηλευτών.

**Κλινική Σχολή** (1964→), κατά την περίοδο αυτή παρουσιάζεται μεγάλη άνθηση με πολλές έρευνες σε όλους τους τομείς της κλινικής νοσηλευτικής.

**Ερευνητική Σχολή** (1970→), η οποία σηματοδοτεί τη μελέτη της νοσηλευτικής καθ' αυτή. Αρχίζει η ανάπτυξη θεωριών που χρησιμεύουν σαν πλαίσιο συσχέτισης και ερμηνείας φαινομένων και αποτελεσμάτων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για βελτίωση φροντίδας και υπηρεσιών υγείας.

Γεγονός πάντως είναι ότι η προαγωγή της έρευνας και της ανάπτυξης θεωριών συμβαδίζει με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και την προηγμένη ακαδημαϊκή κατάρτιση των νοσηλευτών σε όλο τον κόσμο. Το πανεπιστήμιο είναι ο χώρος για την ανάπτυξη της έρευνας, γιατί καλλιεργεί το ερευνητικό πνεύμα στους φοιτητές.

Σήμερα η νοσηλευτική έρευνα διενεργείται σε όλες τις διαστάσεις του κλάδου:

**Νοσηλευτική εκπαίδευση.** Περιλαμβάνει μελέτες για προσέλκυση σπουδαστών, αποχώρηση, διδακτικές μεθόδους, απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων, σχέση θεωρίας προς πρακτική κ.α.

Νοσηλευτική διοίκηση. Περιλαμβάνει μελέτες για κατάλληλη στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, συχνότητα απουσίας και ασθένειας προσωπικού, χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών στη νοσηλευτική διοίκηση, μελέτες κόστους και παραγωγικότητας κ.α.

Νοσηλευτική άσκηση. Η έρευνα στην περιοχή αυτή αναπτύσσεται γύρω από τέσσερις άξονες:

1. Εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης,
2. Εφαρμογή της νοσηλευτικής τέχνης,
3. Οργανωτικά και διοικητικά συστήματα που απαιτούνται για καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας,
4. Μεθοδολογία που απαιτείται για μέτρηση απόδοσης και αξιολόγηση.

Αυτές οι έρευνες στηρίζονται στην κλινική νοσηλευτική εμπειρία.

Ενδεικτικά, αναφέρονται οι οργανισμοί νοσηλευτικής έρευνας:

1. Πανεπιστημιακές νοσηλευτικές σχολές με κέντρα έρευνας, π.χ. Πανεπιστήμιο Εδιμβούργου, Πανεπιστήμιο Illinois στο Σικάγο. Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας Αγίου Φραγκίσκου κ.α.
2. Νοσοκομεία που προβλέπουν θέση διευθυντή – νοσηλευτή για ανάπτυξη νοσηλευτικής έρευνας, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Καναδά.
3. Ανεξάρτητα Ερευνητικά Κέντρα Νοσηλευτικής:
  - Κέντρο νοσηλευτικής έρευνας στο National Institutes of Health στη Bethesda Md των Η.Π.Α. που ιδρύθηκε το 1985,
  - Danish Institute for Health and Nursing Research στην Κοπεγχάγη που χρηματοδοτείται από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Δανίας με διεθνείς διασυνδέσεις,
  - Κέντρα – Δίκτυα έρευνας (Collaborative Research Centers) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,
  - Διεθνείς επιστημονικές νοσηλευτικές εταιρίες.

Η ανάπτυξη και εφαρμογή έρευνας που κατευθύνει τις απαραίτητες διοικητικές αποφάσεις για την νοσηλευτική πράξη είναι προνόμιο και ευθύνη της νοσηλευτικής. Οι αποφάσεις για την νοσηλευτική που λαμβάνονται καθημερινά από τα νοσηλευτικά στελέχη σε θέσεις εξουσίας σχηματίζουν τη βάση πάνω στην οποία οικοδομείται το περιβάλλον που προωθεί την επιστημονική πράξη. Οι αποφάσεις αυτές είναι σύνθετες και απαιτούν ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες προκειμένου να έχουν προβλεπτικά αποτελέσματα. Η έρευνα – επιστημονική αναζήτηση – είναι η διαδικασία δια μέσου της οποίας παρέχονται αυτές οι πληροφορίες.

Η μεγαλύτερη ευθύνη διαμόρφωσης του περιβάλλοντος για την κατάλληλη νοσηλευτική άσκηση βαρύνει και είναι αρμοδιότητα της νοσηλευτικής διοίκησης και των στελεχών της. Τα νοσηλευτικά διοικητικά στελέχη διαμορφώνουν τη δομή, διαθέτουν τους πόρους και επηρεάζουν άλλους συνεργάτες στη διοίκηση να τροποποιούν το περιβάλλον κατά τρόπο που προωθεί την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η έρευνα νοσηλευτικής διοίκησης έχει προσδιοριστεί με διάφορους τρόπους. Ορισμένοι την καθορίζουν σαν επιστημονική αναζήτηση παραγόντων που συμβάλλουν στην κατάλληλη και αποτελεσματική οργάνωση και παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Άλλοι υποστηρίζουν

ότι ενδιαφέρεται για τον προσδιορισμό του κόστους Νοσηλευτικής Φροντίδας, τη μελέτη σχέσεων μεταξύ νοσηλευτικής υπηρεσίας και ποιότητας φροντίδας ασθενών. Άλλοι δε τη θεωρούν σαν αντιμετώπιση προβλημάτων παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ευρύ πλαίσιο ποιοτικής και παροχής υπηρεσιών υγείας.

Συνοπτικά, οι κυριότεροι σκοποί έρευνας νοσηλευτικής διοίκησης είναι η προώθηση διαδικασιών για αποτελεσματική φροντίδα υγείας. Καθώς και η επίδραση στην ανάλυση και ανάπτυξη **πολιτικής υγείας**.

### **3.6.3 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

Η ίδρυση του κέντρου νοσηλευτικών ερευνών στο Εθνικό Ίδρυμα Υγείας των Η.Π.Α. αποτελεί μεγάλο σταθμό στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας σε όλο τον κόσμο. Η νοσηλευτική έρευνα βρήκε τη θέση της μεταξύ των κυρίων ερευνών των επιστημών υγείας και η χρηματοδότηση των ερευνητικών προγραμμάτων ακολουθεί τις ίδιες προϋποθέσεις, με τα ίδια αντικειμενικά κριτήρια.

Η τάση προς την κλινική έρευνα θα συνεχιστεί και στο μέλλον. Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν, η νοσηλευτική διάγνωση να χρησιμοποιείται σαν θεωρητικό πλαίσιο για την κλινική έρευνα. Η επαλήθευση των διαγνώσεων μπορεί να προσδιορίσει τις νοσηλευτικές ενέργειες στην περιοχή της άσκησης και θα βοηθήσει στη σχεδιαγράφηση της μοναδικότητας του νοσηλευτικού ρόλου στη φροντίδα υγείας.

Μελέτες ως προς την αποτελεσματικότητα νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην υγεία των ατόμων – ασθενών αναμφισβήτητα θα συνεχισθούν στο μέλλον. Η επανάληψη μελετών με ακριβώς την ίδια μεθοδολογία αλλά με διαφορετικούς αρρώστους και κλινικές συνθήκες προτείνονται ιδιαίτερα. Αν τα ευρήματα διαφόρων ερευνών είναι όμοια, οι νοσηλευτές θα αποκτήσουν τη βεβαιότητα και την εμπιστοσύνη ότι οι ενέργειες τους έχουν επίδραση στο αποτέλεσμα / έκβαση της κατάστασης της υγείας του αρρώστου – ατόμου.

Φαίνεται, ότι η έρευνα κατευθύνεται πιο πολύ στην ανάπτυξη νοσηλευτικών θεωριών βασιζόμενων στην πράξη. Προσπάθειες ανάπτυξης θεωριών που κατευθύνουν την νοσηλευτική άσκηση ενθαρρύνονται. Αυξανόμενος αριθμός ερευνών δοκιμάζει την εφαρμογή σύγχρονων θεωρητικών πλαισίων στη πράξη, που προτείνονται από τη νοσηλευτική ηγεσία σε διάφορες κλινικές καταστάσεις.

Η ανάπτυξη μεθόδων και τρόπων επαρκούς και ακριβούς μέτρησης αποτελέσματος σε αρρώστους – άτομα θα αποτελέσει μεγάλη προτεραιότητα του μέλλοντος. Η κατάστρωση μεθοδολογίας κατευθύνεται προς τη μέτρηση βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων με αξιόπιστα και αποτελεσματικά εργαλεία, που είναι απαραίτητα για τη συλλογή πληροφοριών ως προς την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Γενικά το μέλλον της νοσηλευτικής έρευνας διαφαίνεται αισιόδοξο και με πολλές προκλήσεις. Κατευθύνεται περισσότερο προς τη πράξη. Η κατεύθυνση αυτή όχι μόνο θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας αλλά θα αλλάξει και τα εκπαιδευτικά προγράμματα της νοσηλευτικής. Οι μελλοντικοί φοιτητές θα

μαθαίνουν την επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής σε διαφορετικές συνθήκες από αυτές που τη διδάσκονται σήμερα.

Η μελλοντική κατεύθυνση επομένως της νοσηλευτικής έρευνας είναι βέβαιο, ότι θα συνεχιστεί στον τομέα της νοσηλευτικής άσκησης. Η καθιέρωση επιστημονικής βάσης νοσηλευτικών γνώσεων εφοδιάζει τους νοσηλευτές για να λαμβάνουν ορθές αποφάσεις στην κλινική και διοικητική πράξη με ευνοϊκές επιπτώσεις και στην εκπαίδευση των φοιτητών.

Περιοχές νοσηλευτικής διοίκησης που προτείνονται για διερεύνηση περιλαμβάνουν τα εξής θέματα:

1. Σχέσεις μεταξύ απαιτήσεων νοσηλευτικής φροντίδας, διάθεσης πόρων και κόστος φροντίδας,
2. Σχέση ποιότητας φροντίδας και συνεπαγόμενο κόστος,
3. Stress νοσηλευτικού προσωπικού και παραιτήσεις,
4. Ανάπτυξη και δοκιμή νέων ρόλων για τους επιστήμονες νοσηλευτές.

### **3.6.4 ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα της νοσηλευτικής. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει πλούσια ιστορία αφοσίωσης και αποστολής στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των ατόμων, οικογενειών και κοινωνιών. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων έχουμε μάρτυρες ότι από την πρώτη αρχή η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Η δε πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφοσίωση του έργου της, την προσήλωση και τη συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις.

Η νοσηλευτική σε όλα τα μέρη του κόσμου διατηρεί και εκφράζει με τους δικούς της τρόπους ορισμένες πεποιθήσεις και αξίες για τη φύση του ανθρώπου, για τη αξία και την έννοια της ανθρώπινης ζωής και της υγείας. Η βιβλιογραφία της κλασσικής Ελλάδος και της βυζαντινής περιόδου δείχνει, ότι ο αξιολογικός προσανατολισμός της νοσηλευτικής έχει επηρεαστεί από το ιστορικό και φιλοσοφικό Ελληνικό πνεύμα και μορφοποιήθηκε από τη Χριστιανική πίστη και αγάπη, όπως είχε συλληφθεί το νόημα από τους Βυζαντινούς.

Η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου έχει την αρχή της στην Ιπποκρατική σκέψη, έγινε δε αποδεκτή και την επεξεργάστηκε ο Πλάτων:

*«Ὡσπερ ἴσως ἤδη και συ ακήκοας των αγαθών ιατρών, επείχαν τις Αἰτής προσέλθει τους οφθαλμούς αλγών, λέγουσι που ότι ους Οἶον ρε αυτούς μόνους επιχειρεί τους οφθαλμούς ἰασθαι, ἀλλ' αναγκαίων Οἶη ἄμα και την κεφαλὴν θεραπεύει... μετά του ὅλου το μέρος επιχειροῦσι θεραπεύει ρε και ἰασθαι... ότι του ὅλου ... μη καλώς ἔχοντος αδύνατον Οἶη το μέρος ευ ἔχει».*

Αυτή η θεώρηση του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερο και υψηλότερο νόημα με τη Χριστιανική ανθρωπολογική προοπτική. Η Χριστιανική αντίληψη θεωρεί τον άνθρωπο σαν βίο-ψυχοκοινωνικό και πνευματικό ον, μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη με μοναδική και προσωπική ψυχή, που δεν μπορεί να ανταλλαγεί με ολόκληρο τον κόσμο. Εφ' όσον ο άνθρωπος έχει εσωτερική αξία, η νοσηλευτική δεν προσφέρει με όρους τις υπηρεσίες της σύμφωνα με τα «τυχαία» χαρακτηριστικά και προνόμια του ανθρώπου, αλλά παρέχει φροντίδα χωρίς διάκριση, με αγάπη και ενδιαφέρον.

Η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί την ίδια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς, όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία, αρχίζοντας από τα γραπτά της Florence Nightingale μέχρι σήμερα. Έτσι, ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες:

1. Φιλεύσπλαχη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον όλο νοσηλευόμενο άνθρωπο,
2. Δέος για το δώρο της ζωής,
3. Σεβασμός στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπινου όντως,
4. Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου,
5. Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας,
6. Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο,
7. Συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων,
8. Σε πολλά σύγχρονα διεθνή συνέδρια, ιδιαίτερα ηθικής και δεοντολογίας, ακολουθούν δηλώσεις και τονίζονται σημαντικά σημεία στα οποία συμφωνούν όλοι. Ορισμένα περιλαμβάνουν τα εξής θέματα και συμπεράσματα:

- Το «αγαπήσεις τον πλησίον σου ως εαυτόν» έχει μεγαλύτερη σημασία τώρα, παρά ποτέ άλλοτε, σαν αποτέλεσμα της παρούσας έμφασης στην τεχνολογική ανάπτυξη και την υποβάθμιση του ανθρώπου.

- Οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου σαν πρόσωπου, ο οποίος δικαιούται σεβασμό και χρειάζεται φροντίδα με δεξιοτεχνία.

- Η νοσηλεία είναι λειτούργημα και πραγματοποιείται από νοσηλευτές με αγάπη, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, ευσυνειδησία και ικανότητα. Η επιστημονική νοσηλευτική άσκηση χρειάζεται οξεία ηθική και δεοντολογική ευαισθησία.

- Η έλλειψη γνώσης αποτελεί πρώτου μεγέθους «ανήθικη» συμπεριφορά.

Επομένως, οι νοσηλευτές πρέπει να ενδιαφέρονται για την ατομική μας ηθική διαγωγή.

Γενικά, η αγάπη για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο και η ανθρωπιστική φροντίδα είναι οι περισσότερο κυριαρχούσες θεμελιώδεις αξίες στη νοσηλευτική σήμερα.

Είναι φανερό, ότι οι νοσηλευτικές αξίες είναι αξίες των ανθρωπίνων όντων και βασικά δεν έχουν αλλάξει δια μέσου των αιώνων. Οι συνθήκες και οι περιστάσεις έχουν αλλάξει και θα συνεχίζουν να αλλάζουν. Η Νοσηλευτική σαν δυναμικό και αναπτυσσόμενο έργο υφίσταται επιστημονικές και κοινωνικές

αλλαγές. Διαφοροποιεί τους τρόπους και τα μέσα της. Βελτιώνει τις μεθόδους. Προσαρμόζει τις τεχνικές και τις διεργασίες σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας των ανθρώπων και της κοινωνίας. Αναπτύσσει έρευνα. Προάγει την εκπαίδευση. Οργανώνει τις υπηρεσίες της παντού. Επηρεάζει την πολιτική της υγειονομικής φροντίδας της χώρας και σε διεθνή κλίμακα. Με άλλα λόγια, αλλάζουν οι λειτουργικές και όχι οι θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει συνεπές σύστημα αξιών, το οποίο υπάρχει σε όλες τις νοσηλευτικές διαστάσεις, στην εκπαίδευση, τη διοίκηση και τη θεωρητική ανάπτυξη της επιστήμης. Η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής σαν πηγή αξιών μπορεί να κατευθύνει τις αποφάσεις των νοσηλευτών για ηθική πράξη οπουδήποτε και αν ασκούν τη νοσηλευτική: κλινικό χώρο, διοικητικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό.

### 3.6.5 ΚΩΔΙΚΕΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι διάφορες χώρες έχουν αναπτύξει κώδικες δεοντολογίας της νοσηλευτικής, που ως επί το πλείστον βασίζονται στις ηθικές αρχές που ήδη τονίστηκαν (Ιπποκρατική και Χριστιανική προσέγγιση) καθώς και στους κώδικες ηθικής για τη συμπεριφορά ιατρών και άλλων επιστημόνων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της Διακήρυξης του Ελσίνκι για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Η Ελλάδα έχει υιοθετήσει τον Διεθνή Κώδικα ηθικών καθηκόντων του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (ICN) με τελευταία αναθεώρηση στο Μεξικό το 1973 και επανέγκριση το 1989. ο κώδικας αυτός αναφέρει, ότι η βασική ευθύνη του νοσηλευτή είναι τετραπλή:

1. Προαγωγή της υγείας,
2. Πρόληψη της ασθένειας,
3. Αποκατάσταση της υγείας,
4. Ανακούφιση του πόνου.

Η ανάγκη παροχής νοσηλευτικής φροντίδας είναι παγκόσμια. Στενά συνυφασμένος με την έννοια της νοσηλευτικής είναι ο **σεβασμός προς τη ζωή, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ανθρώπου**. Εξ άλλου η νοσηλευτική είναι ελεύθερη από φραγμούς εθνικότητας, φυλής, θρησκευματος, χρώματος, ηλικίας, φύλου, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων. Οι Νοσηλευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για την υγεία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας και συντονίζουν αυτές τις υπηρεσίες μελών, άλλων συναφών επαγγελματιών. Στη συνέχεια αναφέρονται επί μέρους ενότητες, όπως:

1. Σχέσεις νοσηλευτή και κοινού,
2. Οι νοσηλευτές και το έργο τους,
3. Οι νοσηλευτές και η κοινωνία,
4. Οι νοσηλευτές και οι συνεργάτες τους.

Ο κώδικας αποτελεί ομάδα κριτηρίων βασισμένων στις αξίες του επαγγέλματος και της κοινωνίας. Αντιπροσωπεύει διακήρυξη της νοσηλευτικής του αναμενόμενου επιπέδου συμπεριφοράς των νοσηλευτών,



όταν εκπληρούν την αποστολή τους προς την κοινωνία. Η συνέπεια προς τον επαγγελματικό κώδικα αποτελεί τον υψηλότερο προσωπικό τύπο αυτοκυβέρνησης.

Η ευθύνη διάδοσης και εφαρμογής του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας αφορά διάφορες ομάδες του επαγγέλματος: νοσηλευτές εργαζόμενους στο κλινικό τομέα, στην εκπαίδευση, διοίκηση, επιστημονικούς και επαγγελματικούς οργανισμούς. Κυρίως όμως πρέπει να υπάρχει αναφορά στις υπεύθυνες αρχές, όπως στα σχετικά υπουργεία που είναι αρμόδια για νομοθετικές ρυθμίσεις. Οι Κώδικες χρησιμεύουν σαν οδηγία σημεία σε πολλές περιπτώσεις. Για παράδειγμα, θέτουν τα όρια της επαγγελματικής ευθύνης. Καθοδηγούν τους εκπαιδευτικούς στην προετοιμασία ανάληψης του μελλοντικού τους ρόλου. Παρέχουν το μέσο λήψης απόφασης στον κλινικό χώρο σε κάθε νοσηλευτή ατομικά. Ο κώδικας επίσης χρησιμοποιείται σε ενέργειες εξασφάλισης ποιότητας με την ανάπτυξη νοσηλευτικών κριτηρίων. Αποτελεί γενικά έναν τρόπο προστασίας του κοινού για ασφαλή, ηθική και επιδέξια φροντίδα.

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας στο χώρο της υγείας έχουν ιδιαίτερη σημασία στη διάσταση της έρευνας, η οποία περιλαμβάνει ως επί το πλείστον ανθρώπους. Η Νοσηλευτική Έρευνα ασχολείται με τον άνθρωπο, υγιή ή ασθενή, με σκοπό την αύξηση χρήσιμης γνώσης για παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Ανεξάρτητα αν οι νοσηλευτές διενεργούν δικές τους έρευνες ή συμμετέχουν σε ιατρική ή άλλη έρευνα με ανθρώπους, είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιούνται στις ηθικές διαστάσεις της έρευνας, θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Κώδικες ηθικής για τη συμπεριφορά ιατρών και άλλων επιστημών υγείας, σχετικοί με τη χρησιμοποίηση ανθρώπων για έρευνα, υπάρχουν από την εποχή του Ιπποκράτη. Αλλά αυτοί αποτελούν συστάσεις συμπεριφοράς προς συναδέλφους. Οι περισσότεροι εξαρτώνται σχεδόν στο σύνολο τους από την αυτορρύθμιση και δίνουν στον ερευνητή απόλυτη αυτονομία. Η πρόθεση αυτών που συνέταξαν τα κείμενα είναι όντως αξιοθαύμαστη, όμως οι περισσότεροι κώδικες δεν παρέχουν νομική προστασία στους πειραματιζόμενους ανθρώπους.

Μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο έχουν διαπιστωθεί τουλάχιστον τριάντα τρία διαφορετικά κείμενα – εκθέσεις ή κώδικες αρχών ηθικής για τη διενέργεια έρευνας σε ανθρώπους. Τελευταία μάλιστα, τα κείμενα αυτά περιλαμβάνουν και τα πειραματόζωα. Όλα αντικατοπτρίζουν τις ακόλουθες βασικές αρχές:

1. Ο άνθρωπος σαν αντικείμενο έρευνας είναι εκείνος που θεληματικά συμμετέχει με συγκατάθεση του, στηριζόμενη σε όλες τις υπάρχουσες πληροφορίες που του παρέχονται, ώστε αυτή να είναι πραγματικά πληροφορημένη συγκατάθεση,
2. Να είναι ελεύθερος να αποσυρθεί από την έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο βρίσκεται αυτή, αν και όταν το θελήσει ο ίδιος,
3. Να εξαλείφονται όλοι οι προβλεπόμενοι κίνδυνοι κατά το σχεδιασμό και όπου ενδείκνυται, η έρευνα – πείραμα να έχει δοκιμαστεί προηγουμένως σε ζώα,
4. Να υπολογίζονται περισσότερο οι κίνδυνοι των συμμετεχόντων ατόμων, από τα οφέλη που θα προκύψουν για την κοινωνία ή το άτομο ή ακόμα και για τους δυο
5. Να διενεργείται έρευνα μόνον από καταρτισμένα ειδικώς άτομα

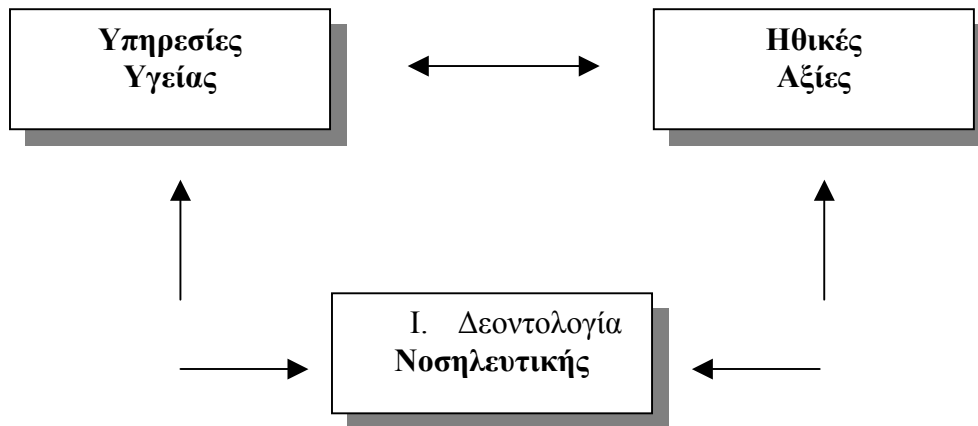
*Η ελεύθερη συγκατάθεση του ατόμου που παίρνει μέρος στην έρευνα είναι απόλυτα απαραίτητη. Το άτομο έχει νόμιμο δικαίωμα συγκατάθεσης και ασκεί το δικαίωμα αυτό με πλήρη ελευθερία χωρίς κανένα στοιχείο εξωτερικής βίας, απάτης ή πίεσης. Όλα τα στοιχεία της πληροφορημένης και ενσυνείδητης συγκατάθεσης πρέπει να είναι εμφανή. Η ευθύνη εξασφάλισης της ποιότητας της συγκατάθεσης παραμένει στο άτομο που διευθύνει ή διενεργεί την έρευνα, η οποία πρέπει:*

- 1. Να αποσκοπεί στην επίτευξη ωφέλιμων κοινωνικών αποτελεσμάτων από τη φάση του σχεδιασμού της, τα οποία δεν μπορούν να επιτευχθούν με άλλους τρόπους και από τη φύση τους δεν είναι τυχαία ή μη απαραίτητα.*
- 2. Να βασίζεται σε αποτελέσματα πειραματισμού σε ζώα και στη γνώση της φυσικής πορείας της ασθένειας ή του προβλήματος. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα πρέπει να δικαιολογούν τη διενέργεια του πειράματος – έρευνας.*
- 3. Να γίνεται με τρόπο, ώστε να αποφεύγεται κάθε μη απαραίτητη σωματική ή ψυχική βλάβη.*
- 4. Να μη γίνεται εφ' όσον υπάρχει υποψία ότι θα συμβεί θάνατος ή αναπηρική βλάβη, εξαίρεση ίσως αν πειραματιζόμενοι είναι οι ίδιοι οι ερευνητές.*
- 5. Να μην υπερβαίνει η ανθρωπιστική σημασία και ωφέλεια του προς λύση προβλήματος το βαθμό συνεπαγομένου κινδύνου.*
- 6. Να λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις, για να προστατεύονται οι πειραματιζόμενοι ακόμα και από απομακρυσμένη πιθανότητα βλάβης ή θανάτου.*
- 7. Να διενεργείται έρευνα μόνο από επιστημονικά καταρτισμένα άτομα. Που διαθέτουν το μεγαλύτερο βαθμό δεξιοτεχνίας, ενδιαφέροντος και φροντίδας σε όλες τις φάσεις της.*
- 8. Να έχει την ελευθερία το άτομο να διακόψει τη συμμετοχή του στην έρευνα, αν φθάσει σε σημείο που η συνέχιση της είναι σωματικά ή ψυχικά επιβλαβής.*
- 9. Να είναι προετοιμασμένος ο υπεύθυνος ερευνητής να διακόψει την έρευνα σε οποιαδήποτε φάση, αν διαβλέπει ότι η συνέχιση της θα έχει επακόλουθο βλάβη, αναπηρία ή θάνατο στο πειραματιζόμενο άτομο.*

### **3.6.6 ΑΡΧΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΑ ΝΥΡΕΜΒΕΡΓΗΣ**

### 3.7 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι ηθικές αξίες σαν βάση της νοσηλευτικής δεοντολογίας παρουσιάζονται στο ακόλουθο σχήμα:



Η Νοσηλευτική είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες και ασκείται, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη των καθηκόντων.

Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι νοσηλευτές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς τους ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες και απρόβλεπτες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά διλήμματα στην πράξη.

Θέματα βίο-ηθικής με επιπτώσεις στην νοσηλευτική είναι αυτά που αφορούν την ζωή και το θάνατο, ιδιαίτερα με τη χρήση προηγμένης τεχνολογίας στην καθημερινή πράξη: παράταση της ζωής των αρρώστων με μη ανατάξιμες βλάβες, ευθανασία, αμβλώσεις, βιομηχανική (γενετικής) χρήση ρομπότ – αυτοματισμού.

Σε ένα πολύ αναπτυγμένο τεχνολογικό περιβάλλον η κοινωνία περιμένει από τους νοσηλευτές να έχουν υψηλή ανθρωπιστική προσέγγιση, να διαθέτουν το ανθρώπινο στοιχείο που είναι απαραίτητο να διατηρεί υψηλή Ηθική και Δεοντολογία και να παρουσιάζουν παραδειγματική αριστεία στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας.

Ηθικά διλήμματα στην πράξη είναι όσα έχουν σχέση με αξίες, συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής, εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, μη ορθή θεραπεία, χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες από ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και ασφάλεια του αρρώστου. Θέματα κατανομής πόρων – ανθρώπινων και υλικών, διάθεση οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας και νοσηλείας παρουσιάζουν σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα για τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ηθικά διλήμματα έχουν τεκμηριωθεί σε 4 περιοχές: **(α)** Στο νοσηλευτικό απόρρητο, **(β)** Στο δικαίωμα των νοσηλευτών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, **(γ)** Στην κατανομή περιορισμένων πόρων και **(δ)** Στην διατήρηση επαγγελματικών προτύπων.

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

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

Η Brooten ταξινομεί σε τρεις ομάδες τα ηθικά και δεοντολογικά θέματα που δημιουργούν διλήμματα και συγκρούσεις στους νοσηλευτές και στις νοσηλευτικές:

Στην πρώτη ομάδα υπάγονται θέματα σχετικά με την τεχνολογία: Γενετικές ανωμαλίες, μη φυσιολογική σύλληψη (Εξωσωματική κύηση ή «παιδιά του σωλήνα»), αντισύλληψη, στειρώση, εκτρώσεις, εντατική φροντίδα νεογνών, διακοπή υποστήριξης της ζωής.

Στην δεύτερη ομάδα υπάγονται θέματα δίκαιας κατανομής πηγών – πόρων: Σπάνιες πηγές, ευπρόσιτη φροντίδα, πληροφορημένη συγκατάθεση, δικαίωμα θανάτου, εχεμύθεια και διάθεση ιατρονοσηλευτικών δεδομένων (Εγγράφων).

Τέλος, στην τρίτη ομάδα υπάγονται θέματα σχετικά με λειτουργούς υγείας, που είναι ανεπαρκείς ή εκμεταλλεύονται τους ασθενείς.

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

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές πολλές φορές είναι διαφορετικά από αυτά των ιατρών. Και οι δύο, νοσηλευτής και ιατρός, έχουν ίδια ερωτήματα ως το προς αν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνολογικά μέσα, όταν υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες θετικού αποτελέσματος: Να χρησιμοποιηθούν ή όχι τα μέσα ανάνηψης; γνωρίζει ο άρρωστος και αντιλαμβάνεται τους κινδύνους της εγχείρησης;

Πέρα όμως από αυτά είναι και άλλα ειδικά θέματα που απασχολούν τη νοσηλευτική. Υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές για την παροχή ασφαλούς φροντίδας; Πρέπει να συνεχίζονται οι αναρροφήσεις σε άρρωστο για τον οποίο υπάρχουν ιατρικές οδηγίες αντίθετες, γραπτές ή υπονοούμενες, όπως «όχι ανάνηψη»; Γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του άρρωστου; Και πολλά παρόμοια ατελείωτα ερωτήματα.

Ορισμένοι λένε, ότι το μεγαλύτερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας σήμερα είναι η τεχνολογική αναγκαιότητα. Και εφόσον υπάρχει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται. Το ηθικό δίλημμα είναι: Πρέπει να χρησιμοποιείται τεχνολογία απλά γιατί υπάρχει; Παραδείγματα κατάχρησης τεχνολογίας βρίσκονται σε πολλές συνηθισμένες καταστάσεις. Ποια η θέση του νοσηλευτή που προτιμάει να χρησιμοποιήσει υπνωτικό παρά να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά μέτρα. Όπως να συζητήσει μαζί του για να τον ηρεμήσει και τόσους άλλους δημιουργικούς τρόπους; πολλά παρόμοια κλινικά νοσηλευτικά προβλήματα παρουσιάζονται στην καθημερινή πράξη.

Είναι απαραίτητο για τον κάθε νοσηλευτή να εκτιμά την κατάσταση ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στον άρρωστο αν η κάθε ενέργεια πρόκειται να επιφέρει βλάβη ή αν ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγάλος. Αυτό επιτυγχάνεται με την συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων σχετικών από τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένεια και από τους συνεργάτες και να επιμένει στην ανάλυση των στοιχείων. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποφασίζει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση. Οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλείψεις ή παραβάσεις. Έχει προσωπική ευθύνη και δεν μπορεί να πει: “ακολουθώ τις ιατρικές οδηγίες”, απαιτεί περισσότερο ενεργητική θέση. Ο Νοσηλευτής οφείλει να ζυγίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασης του. Οφείλει, όταν αυτό είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται στο ίδρυμα για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο.

### **Οι νομικές απαιτήσεις για την Νοσηλευτική Διοίκησης είναι:**

- Τεκμηρίωση των θεραπευτικών και νοσηλευτικών πράξεων και ενεργειών στο ατομικό δελτίο του ασθενούς – ατόμου,
- Αναφορά –δήλωση ενδονοσοκομειακών ατυχημάτων ασθενών, όπως πτώσεις, κατακλίσεις, λοιμώξεις, αυτοκτονίες, εγκαύματα, λάθη σε χορήγηση φαρμάκων, μεταγγίσεις αίματος και άλλα,
- Εχεμύθεια,
- Συγκατάθεση ασθενών για νοσηλευτικές παρεμβάσεις και για συμμετοχή σε έρευνα,
- Διαθήκη ασθενούς.

Όπως αναφερθήκαμε, η συμπεριφορά των νοσηλευτικών στελεχών επηρεάζεται από τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις αξίες και εμπειρίες, οι οποίες και τους διαμορφώνουν σαν άτομα και ηγέτες. Οι προσωπικές αξίες και οι αξίες του επαγγέλματος προς το οποίο έχουν κοινωνικοποιηθεί καθορίζουν τις

ευθύνες προς τους αρρώστους και την κοινωνία. Οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας με τα ερμηνευτικά τους παραρτήματα παρέχουν το πλαίσιο λήψης ηθικών αποφάσεων από επαγγελματικής πλευράς. Η νομοθεσία για δικαιώματα του αρρώστου διευκρινίζει τα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών και υπονοεί την υποχρέωση των νοσηλευτών να τους τα εξασφαλίζει. Και από τα δυο αυτά κείμενα γίνεται φανερό ότι ο διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας έχει την υποχρέωση να:

- Προνοεί για ασφαλή, αδιάκριτη και αξιοπρεπή φροντίδα,
- Εξασφαλίζει ατομικότητα και εχεμύθεια, εξασφαλίζει την πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου μετά από πλήρη ενημέρωση του με τα απαραίτητα στοιχεία,
- Υποστηρίζει την συνεχόμενη φροντίδα,
- Προστατεύει το κοινό από ανήθικη ή παράνομη άσκηση,
- Υποστηρίζει το καλό του νοσηλευτικού επαγγέλματος,
- Ακολουθεί το προσωπικό τις ιατρικές οδηγίες,
- Υποστηρίζει τις πολιτικές του ιδρύματος,
- Διατηρεί συνθήκες εργασίας που προάγουν την ποιοτική φροντίδα, συνεργάζεται με άλλους λειτουργούς υγείας,
- Ενεργεί σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες,
- Προωθεί προσπάθειες για την κάλυψη αναγκών υγείας του κοινού.

Είναι γεγονός ότι συχνά οι υποχρεώσεις αυτές συγκρούονται σε διάφορες συνθήκες και δημιουργούν διλήμματα. Για παράδειγμα, η επιλογή προσωπικού και η απόφαση για τοποθέτηση του σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες που ενέχουν κίνδυνο, το δικαίωμα της απεργίας του προσωπικού σε σχέση με τα δικαιώματα του αρρώστου και πληθώρα άλλων προβλημάτων, που εμφανίζονται στην καθημερινή άσκηση διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών. Σπάνια δε, τα ηθικά διλήμματα έχουν απόλυτα σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Ο διευθυντής αντιμετωπίζει παρόμοιες συγκρούσεις με την προετοιμασία του ίδιου και του προσωπικού στην συμμετοχή λήψης αποφάσεων. Γνώση των αρχών και θεωριών βίο-ηθικής και πρότυπα λήψης απόφασης βοηθούν στην ανάλυση των θεμάτων και στην ικανότητα διάρθρωσης ηθικών τοποθετήσεων.

#### **Στην λήψη ηθικής απόφασης, βοηθάει η διαδικασία λύσης προβλήματος:**

- Καθορισμός του προβλήματος (διευκρίνιση του ηθικού προβλήματος),
- Καθορισμός των ατόμων που εμπλέκονται στην ηθική απόφαση (άρρωστος, οικογένεια, συγγενής, νοσηλευτής, ιατρός, άλλα μέλη της ομάδας υγείας),
- Υπολογισμός παραδεκτών λύσεων (λαμβάνονται υπόψιν όσο το δυνατόν περισσότερες εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίζονται οι επιπτώσεις καθεμιάς σε σχέση με το πολιτισμικό υπόβαθρο και το σύστημα αξιών του αρρώστου),
- Επιλογή λύσης,
- Σχεδιασμός εφαρμογής,
- Εφαρμογή,

- Αξιολόγηση του σχεδίου κατά φάση επιλογής και του αποτελέσματος. Γίνονται απαραίτητες αλλαγές κατά την εφαρμογή για μεγαλύτερη επιτυχία.

### **3.7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

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

Οι επιστήμονες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και άλλοι συναφών κλάδων ανάλογα με τις ανάγκες, αποτελούν την ομάδα υγείας και συνεργάζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κανένας κλάδος μόνος του, όπως και κανένας λειτουργός υγείας, δεν είναι επαρκείς και ικανός να καλύψει τις ανάγκες υγείας μιας κοινότητας ή ενός αρρώστου. Η ομαδική προσέγγιση στο χώρο αυτό αποτελεί βασική προϋπόθεση ποιοτικής προσφοράς υπηρεσιών. Όσο δε καλύτερα γνωρίζει η κάθε επιστήμη και κλάδος καθώς και οι λειτουργεί τους τα όρια της ευθύνης και τις αρμοδιότητές τους, τόσο καλύτερα συνεργάζονται στο χώρο εργασίας και προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό.

Η νομική κατοχύρωση της νοσηλευτικής ευθύνης και των νοσηλευτικών πράξεων βασίζεται στις απόψεις που παρουσιάζονται στο βιβλίο των Lesnik και Anderson, *Nursing Practice and the Law* και έχουν υιοθετηθεί από την διεθνή Νοσηλευτική:

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

### **3.7.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ**

Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης φοιτητών στην ηθική και δεοντολογία είναι μεγάλης προτεραιότητας σήμερα παρά ποτέ ίσως άλλοτε. Καθημερινά διαπιστώνεται ότι η ραγδαία τεχνολογική και επιστημονική

πρόοδος, που έχει εισδύσει στο χώρο της υγείας, συνεπάγεται πρόσθετα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, τα οποία όπως προβλέπεται θα είναι ακόμα πιο πολύπλοκα στο μέλλον, όπου οι σημερινοί φοιτητές και οι αυριανοί νοσηλευτές θα ασκήσουν το έργο τους. Η ικανοποιητική ηθική διαπαιδαγώγηση παίζει θεμελιώδη ρόλο στην επιτυχή άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Ο Πλάτων, αναφερόμενος στην έννοια της επιστήμης και της φιλοσοφίας, που αποτελεί τη βάση της ηθικής, αναφέρει:

*«Καλόν τε είναι η επιστήμη και οιον άρχειν του ανθρώπου και εανπερ γινώσκη τις τ' αγαθά και τα κακά, μη αν κρατυθλυναι υπο μηδενός ώστε άλλ'άττα πράττειν η α αν επιστήμη λελεύη, αλλ'ικανήν είναι την φρόνησιν βοηθείν τω άνθρωπω... σοφίαν και επιστήμην... πάντων κράτιστον είναι των ανθρωπειών πραγμάτων».*

Και σε άλλο σημείο δηλώνει:

*«Πάσα τε επιστήμη χωριζομένη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής πανουργία, ου σοφία φαίνεται».*

Η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των νοσηλευτών και στον προσδιορισμό της κατεύθυνσης της Νοσηλευτικής, των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών και του χώρου της υγείας γενικά. Είναι η μόρφωση ηθικής προσωπικότητας και η διαμόρφωση του χαρακτήρα. Απαιτείται πραγματική μόρφωση του αυριανού νοσηλευτή και ερευνητή, για να είναι ικανός να ασχολείται με πολλαπλά, ποικίλα, σύνθετα γεγονότα και προβλήματα, με άγνωστες και απρόβλεπτες καταστάσεις, με απίθανα ηθικά θέματα στην υγεία και στην καθημερινή πράξη.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση οφείλει να μεταβιβάζει και να ενσωματώνει επιστημονικές γνώσεις και ηθικές αξίες. Γιατί η εκπαίδευση αυτή καλλιεργεί τον Νοσηλευτή. Προσφέρει σταθερά χαρακτηριστικά υψηλού ήθους, αποστολής και υπευθυνότητας, προσόντα απαραίτητα, ιδιαίτερα για τη Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Η ηθική και δεοντολογία δεν είναι μόνο μέθοδος για να διδαχθεί. Απαιτείται μια ολοκληρωμένη και πλήρης εκπαιδευτική διεργασία. Περιληπτικά αναφέρονται ορισμένες προτάσεις σχετικές με τη διδασκαλία της νοσηλευτικής ηθικής και δεοντολογίας:

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

Η ηθική και δεοντολογική πράξη είναι υπεύθυνη όλων των νοσηλευτών. Επομένως, αν οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν τη σημασία των ηθικών και δεοντολογικών αρχών και να τις εφαρμόζουν στην



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

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

# 4

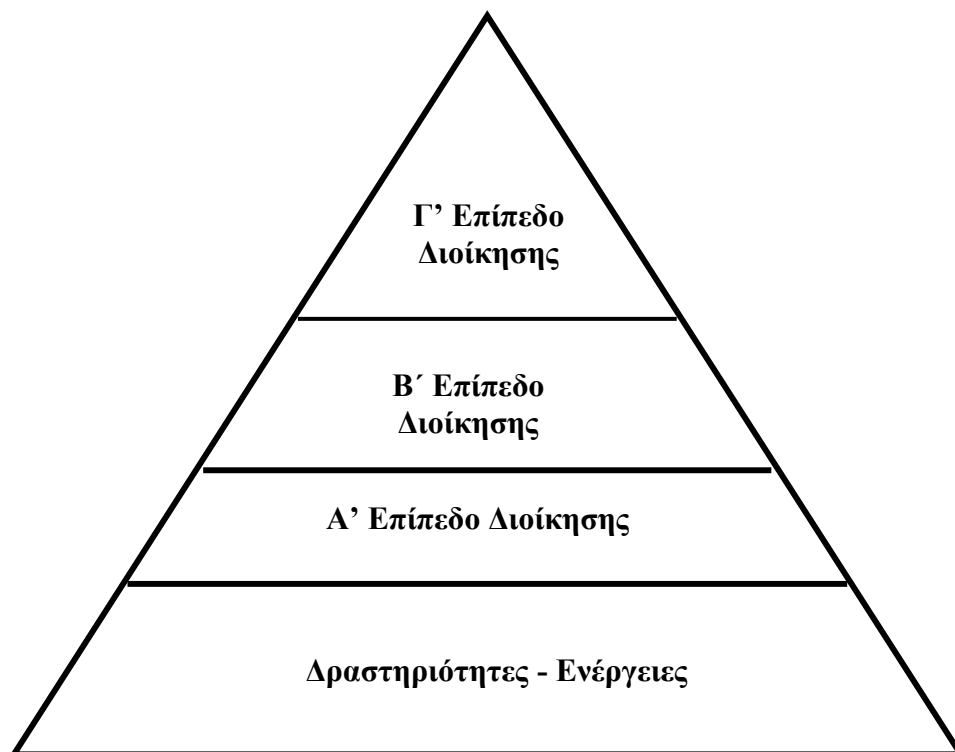
## ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

- ❑ *Ιεραρχική διάρθρωση Διοίκησης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*
- ❑ *Κατάρτιση νοσηλευτών στην διοίκηση*
- ❑ *Διοίκηση Νοσοκομείου*
- ❑ *Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*
- ❑ *Διοίκηση Νοσηλευτικού Τμήματος*

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

4.1 ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

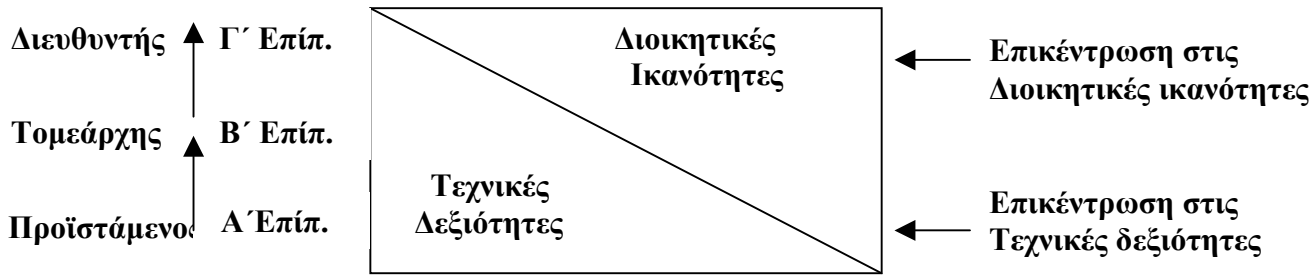
Η διοίκηση διακρίνεται σε τρία κυρίως επίπεδα:



Σχήμα 4.1. Επίπεδα Διοίκησης

- A) Το Α, ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ νοσηλευτικού τμήματος,
- B) Το Β, ΤΟΜΕΑΡΧΗΣ,
- Γ) Το Γ, ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ.

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



**Σχήμα 4.2.** Διοικητικές και τεχνικές δεξιότητες

1. Σχεδιασμός,
2. Προγραμματισμός,
3. Οργάνωση,
4. Διεύθυνση-συντονισμός και
5. Έλεγχο.

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

**Α' Επίπεδο Διοίκησης**  
*Προϊστάμενος*

**Β' Επίπεδο Διοίκησης**  
*Τομέαρχης*

**Γ' Επίπεδο Διοίκησης**  
*Διευθυντής*



**Σχήμα 4.3.** Καταμερισμός χρόνου και δραστηριότητα ανά επίπεδο διοίκησης

Όπως εμφανίζεται στο σχήμα αυτό, ο προϊστάμενος (Α' επίπεδο διοίκησης) καταναλίσκει 15% του χρόνου του για προγραμματισμό, 24% για οργάνωση, 51% για διεύθυνση και 10% για έλεγχο.

Ο Τομεάρχης (Β' επίπεδο διοίκησης) καταναλίσκει 18% του χρόνου του για προγραμματισμό, 33% για οργάνωση, 36% για διεύθυνση και 13% για έλεγχο.

Ο Διευθυντής (Γ' επίπεδο διοίκησης) καταναλίσκει 28% του χρόνου του στο σχεδιασμό-  
 προγραμματισμό, 36% στην οργάνωση, 22% στη διεύθυνση και 14% στον έλεγχο.

Το σημαντικότερο στοιχείο αυτών των ερευνών είναι, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του χρόνου (51%) όλων των δραστηριοτήτων καταναλίσκεται στην περιοχή διεύθυνσης - συντονισμού – άσκησης ηγετικών καθηκόντων κατά το Α' επίπεδο διοίκησης. Αυτό και μόνο δείχνει την επιτακτική ανάγκη εστίασης της προσοχής αρχικής διδασκαλίας διοίκησης περισσότερο σ' αυτή την περιοχή. Επί πλέον, τα ευρήματα αυτά βοηθούν στην ανάπτυξη προγραμμάτων νοσηλευτικής διοίκησης προπτυχιακών και μεταπτυχιακών για κατάρτιση στελεχών υπηρεσιών υγείας.

## 4.2 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η εκπαίδευση στη διοίκηση όλων των στελεχών υγείας είναι απαραίτητη και χρήσιμη για δύο κυρίως λόγους:

**α)** Εισάγει και ευαισθητοποιεί τους φοιτητές στην έρευνα και στο σώμα γνώσεις, που παρέχει την επιστημονική βάση της διοίκησης και βοηθάει αυτούς που την ασκούν να γίνονται ικανά και επιτυχημένα στελέχη.

**β)** Για όσους δεν σχεδιάζουν να αναλάβουν διοικητικά καθήκοντα η μελέτη αυτής της επιστημονικής περιοχής παρέχει πληροφορημένη γνώση και σωστή κρίση της συμπεριφοράς του προϊσταμένου και την κατανόηση των εσωτερικών λειτουργιών των οργανισμών και υπηρεσιών.

Ο συντονισμός και οργανωτικός ρόλος της νοσηλευτικής για την καλή λειτουργία κάθε ιδρύματος υγείας αναγνωρίστηκε από τότε σχεδόν που ιδρύθηκαν τα νοσοκομεία. Η Florence Nightingale θεωρείται ότι συνέλαβε αποτελεσματικά στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο, κυρίως όμως με την καθιέρωση της επιστημονικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Αγγλία το 1860.

Συγκεκριμένα στην Μεγάλη Βρετανία θεωρούν σαν πρώτη αναφορά ανάγκη εκπαίδευσης στη νοσηλευτική διοίκηση το ακόλουθο γραπτό, στο οποίο φαίνεται να ρωτάει με απορία για τους νοσηλευτές η Nightingale:

*« Άραγε η καθημερινή διοίκηση μεγάλου τμήματος, αν όχι ολόκληρου νοσοκομείου, που απαιτεί την γνώση των νόμων της ζωής και του θανάτου των ανθρώπων, δεν αποτελούν σημαντικά και δύσκολα προβλήματα, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση με εμπειρία, προσεκτική έρευνα και αναζήτηση καλύτερων λύσεων; ».*

Για την Ελλάδα πρέπει να σημειωθεί, ότι στην πρώτη νοσηλευτική σχολή της χώρας, του Θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός», που ως γνωστό είναι το μοναδικό νοσοκομείο του κόσμου, το οποίο ιδρύθηκε με πρώτο και κύριο σκοπό την «κατά τους κανόνες της επιστήμης» εκπαίδευση νοσηλευτριών (ΦΕΚ 85/29.7.1885), οι μαθητές καταρτίζονται και στη νοσηλευτική διοίκηση. Μεταξύ των προϋποθέσεων χορήγησης πτυχίου στις τελειόφοιτες συμπεριλαμβανόταν μετά της προφορικές πτυχιακές εξετάσεις και η επιτυχής διεύθυνση ενός θαλάμου παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος για ένα μήνα.

Αλλά γιατί τόση έμφαση δίνεται τελευταία στη σπουδή της νοσηλευτικής διοίκησης; Διάφοροι παράγοντες συντέλεσαν στη σύγχρονη απαίτηση για εκπαίδευση στη διοίκηση. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται η αλλαγή του ρόλου προϊσταμένων νοσηλευτικών μονάδων νοσοκομείων ή άλλων ιδρυμάτων. Ο ρόλος που θεωρείται συνδεδεμένος με τον της πρόβλεψης σε παραδοσιακό τύπο αυστηρής ιεραρχίας, έχει αλλάξει ως προς την άποψη προϊσταμένων νοσηλευτών που ασκούν τον πραγματικό αρχηγού – συντονιστή διευκολύνοντας την άσκηση της νοσηλευτικής. Αυτή είναι μια δυναμική και ενθαρρυντική αλλαγή, που βασίζεται στην έρευνα και εμπειρία αλλά και στην επίδραση των επιστημών συμπεριφοράς.

Άλλος παράγοντας είναι η εκ μέρους των νοσηλευτών τάση προς ανάληψη μεγαλύτερης αυτόνομης προσωπικής ευθύνης σε κάθε τομέα εργασίας. Η νομοθεσία περισσότερων χωρών του κόσμου

συμπεριλαμβανομένων των χωρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, προβλέπει και τονίζει την ατομική ευθύνη των νοσηλευτών κατά πρώτο λόγο προς τον άρρωστο για τις ενέργειές τους, και κατόπιν προς τους ιεραρχικούς προϊσταμένων των υπηρεσιών που εργάζονται.

Η κίνηση των δικαιωμάτων των εργαζομένων αποτελεί αποφασιστικό παράγοντα για την εφαρμογή νέου τρόπου διοίκησης. Ο παράγοντας αυτός είναι αποφασιστικής σημασίας για το μέλλον της νοσηλευτικής στον τομέα της υγείας. Οι νοσηλευτές κλινικοί και διοικητικοί, σαν στελέχη είναι ανάγκη να ασκούν το έργο τους με πλήρη γνώση και κατανόηση των λειτουργιών της διοίκησης, καθώς και τις τεχνικές και μεθόδους για αποτελεσματική άσκηση των ευθυνών, αρμοδιοτήτων και καθηκόντων τους. Η άδεια άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος έδινε βέβαια την ευθύνη επίβλεψης της εργασίας άλλων κατηγοριών προσωπικού μικρότερης βαθμίδας. Γι' αυτό και είχαν πάντοτε την αρμοδιότητα άσκησης διοίκησης με την συνεπαγόμενη ευθύνη.

Σήμερα όμως οι Νοσηλευτές έχουν αυξημένες ευκαιρίες και περισσότερο καθορισμένες αρμοδιότητες, που καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ενσυνείδητης εφαρμογής των αρχών και μεθόδων διοίκησης, οπουδήποτε και αν εκλέξουν να εργασθούν: στον κλινικό χώρο, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στον εκπαιδευτικό, διοικητικό, ή ερευνητικό. Στην πραγματικότητα όλο και πιο πολλοί νοσηλευτές βρίσκουν χρήσιμο να εναλλάσσουν τομείς εργασίας. Με τον τρόπο αυτό επαυξάνουν δυνατότητες χρησιμοποίησης διοικητικών και τεχνικών γνώσεων. Ο διπλός ρόλος νοσηλευτή και διοικητικού στελέχους έχει εφαρμογή σε κάθε επίπεδο νοσηλευτικής άσκησης, ενώ η έμφαση αλλάζει ανάλογα με τις ανάγκες.

Για το νοσηλευτικό στέλεχος, η βαρύτητα δίνεται στην κλινική άσκηση της νοσηλευτικής: ως αρχηγός ομάδας, υπεύθυνος νοσηλείας σε συνεργασία με το άλλο νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικευμένος κλινικός νοσηλευτής κ.ο.κ. κατά αυτόν τον τρόπο ασκεί διοίκηση με ειδικές προσαρμογές στην κλινική οργάνωση και διεύθυνση. Για το νοσηλευτικό διοικητικό στέλεχος, η προτεραιότητα δίνεται στη διοίκηση. Οι νοσηλευτικές γνώσεις, οι μέθοδοι και η φιλοσοφία είναι οπωσδήποτε ουσιαστικές και απαραίτητες. Αλλά οι κλινικές δεξιότητες ασκούνται όλο και λιγότερο, όσο οι διοικητική βαθμίδα ανέρχεται σε υψηλότερα ιεραρχικά επίπεδα, παρ' όλο ότι τα άλλα στοιχεία της νοσηλευτικής εξακολουθούν να αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις.

Ένα από τους σοβαρότερους λόγους, για τους οποίους τα διοικητικά στελέχη πρέπει να είναι οπωσδήποτε νοσηλευτές αποτελεί το γεγονός ότι η νοσηλευτική υπηρεσία είναι το κυριότερο τμήμα κάθε ιδρύματος υγείας. Επομένως, απαιτούνται στελέχη για τις ανώτερες διοικητικές θέσεις με ειδικές γνώσεις αντιμετώπισης των αναγκών των αρρώστων. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία θα συνεχίσει και στο μέλλον να αποτελεί το τμήμα κλειδί των ιδρυμάτων και υπηρεσιών υγείας. Είναι το τμήμα που παρέχει υπηρεσίες στους αρρώστους 24 ώρες το 24<sup>ο</sup> επί επτά μέρες την εβδομάδα καθ' όλο το έτος και απαιτεί πάνω από 40% του λειτουργικού προϋπολογισμού στα περισσότερα νοσοκομεία. Συνήθως απασχολεί το μεγαλύτερο σε ποσοστό προσωπικό από κάθε άλλη υπηρεσία. Γι' αυτό τα ανώτερα στελέχη διοίκησης νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να είναι καταξιωμένοι νοσηλευτές πανεπιστημιακής βαθμίδας, με πείρα και ειδικές μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική διοίκηση.

Επί πλέον πρέπει να είναι ικανοί συντονιστές όλων των υπηρεσιών του ιδρύματος που αφορούν την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων – ατόμων. Αυτό ισχύει τόσο για τους πρωτοβάθμιους νοσηλευτές, όσο και για προϊσταμένους, τομεάρχες, διευθυντές και αλλά ισότιμα ανώτερα ιεραρχικά διοικητικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Ανεξάρτητα του τίτλου της περιγραφής των καθηκόντων και της φύσης επίβλεψης, το κάθε νοσηλευτικό στέλεχος είναι υπεύθυνο να οργανώνει και ασκεί κατάλληλα και αποτελεσματικά την εργασία του στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του με την ανάπτυξη των ηγετικών δυνατοτήτων του. Στην πραγματικότητα έχει μεγαλύτερη επίδραση στις συνθήκες εργασίας, ευθύνη και αρμοδιότητες για δράση, απ' ότι συνήθως γνωρίζει και χρησιμοποιεί. Οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται αποτελεσματικά, μόνο όταν αναλαμβάνουν με συνέπεια τις ευθύνες, αρμοδιότητες και τα καθήκοντα τους, εφόσον διαθέτουν την αντίστοιχη κατάρτιση και τις γνώσεις.

Τα Νοσηλευτικά Διοικητικά Στελέχη οφείλουν να σκέφτονται πάντα οργανωτικά. Να κατανοούν τις επίσημες διοικητικές σχέσεις των υπηρεσιών και τμημάτων του οργανισμού, όπως εμφανίζονται στο οργανόγραμμα. Να κατανοούν την ανεπίσημη οργάνωση που αναπτύσσεται από τις σύνθετες αλληλοεπιδράσεις των εργαζομένων. Να αναγνωρίζουν ότι κάθε εργαζόμενος οποιουδήποτε επιπέδου και ειδικότητας αποτελεί την βασική μονάδα του οργανισμού. Και να συνειδητοποιούν, ότι κάθε μέλος του προσωπικού καθημερινά εισερχόμενο στο χώρο της εργασίας φέρει μαζί τους της αξίες, τα κίνητρα, τις γνώσεις και τις ικανότητες του, αλλά και τα προβλήματά του. Άρα όλοι έχουν ανάγκη από σεβασμό, αναγνώριση, και κατάλληλο χειρισμό για να βοηθούνται και να αποδίδουν παραγωγικό έργο για την εκπλήρωση των σκοπών του ιδρύματος και της υπηρεσίας.

### **4.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

*Οι αρχές και τα συστήματα διοίκηση είναι απαραίτητα για κάθε οργανισμό:*

Υγείας, εκπαιδευτικό, κοινωφελή ή κερδοσκοπικό, βιομηχανία, εμπόριο, κλπ. Στα νοσοκομεία όπως και σε κάθε οργανισμό γίνονται προγραμματισμοί, θέτονται αντικειμενικοί σκοποί, επιλέγεται και τοποθετείτε κατάλληλο και ανάλογο προσωπικό, γίνονται προμήθειες υλικού και εξοπλισμού και εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία στα πλαίσια της οργάνωσης για επίτευξη των σκοπών τους. Η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται συστηματικά, επιβλέπεται και αξιολογείται συνέχεια. Συνήθως ο προγραμματισμός και οι σκοποί παραμένουν όπως έχουν τεθεί από την αρχή ή αναθεωρούνται και τροποποιούνται σύμφωνα με τις προκύπτουσες ανάγκες.

Όλο και περισσότερο τα νοσοκομεία θεωρούνται σαν το μεγαλύτερο τμήμα του όλου συστήματος υγείας μιας χώρας. Η κίνηση για ενοποίηση νοσοκομείου και υπηρεσιών κοινότητας επεκτείνει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, ώστε να περιλαμβάνει και άλλες κοινοτικές υπηρεσίες υγείας με το προσωπικό που εργάζεται με αυτές. Οι προληπτικές, θεραπευτικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες της δημόσιας υγείας, η



κατ' οίκον νοσηλεία, η επαγγελματική υγιεινή και η ανοιχτή περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία και στα κέντρα υγείας τείνουν να ενοποιούνται με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Για τη διοίκηση του νοσοκομείου και τα στελέχη του η τάση αυτή παρουσιάζει πρόβλημα και προκλήσεις ως προς τις δημιουργούμενες σχέσεις συνεργασίας, επικοινωνίας, οργανώσεις και εφαρμογή της πολιτικής. Κανένας όμως δεν μπορεί να παραβλέψει το γεγονός ότι προσφέρονται καλύτερες υπηρεσίες υγείας και οπωσδήποτε καλύτερη νοσηλεία και περίθαλψη στον πληθυσμό σήμερα.

Για να πετύχει στην εφαρμογή του το ενοποιημένο σύστημα από διοικητικής πλευρά χρειάζεται αφενός μεν ενημέρωση του κοινού και συνεργασία με το νοσοκομείο καθώς και ρύθμιση των κανονισμών και ασφαλιστικών ταμείων, ώστε να καλύπτουν τα έξοδα των υπηρεσιών που παρέχονται στην κοινότητα, αφετέρου Δε αλλαγή της νοοτροπίας της διοίκησης και των εργαζομένων, ώστε να καταλάβουν ότι και οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν λειτουργίες του νοσοκομείου. Φυσικά το οικονομικό μέρος παίζει βασικό ρόλο στο θέμα αυτό.

Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής και της τεχνολογίας αλλάζει συνεχώς τη μορφή των νοσοκομείων αλλά και την εργασία των εργαζομένων. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, η καρδιοχειρουργική και άλλα απαιτούν διάφορο τρόπο εργασίας. Η ανάπτυξη της γνώσης συνοδεύεται με αυξανόμενη ειδίκευση στην έρευνα και στη θεραπεία, καθώς και με ραγδαία αύξηση και ανάπτυξη νέων επαγγελμάτων και υπό-επαγγελμάτων μέσα στο νοσοκομείο. Το νοσοκομείο καλείται να παρέχει νοσηλεία με εντατικότερο ρυθμό σε όλο και περισσότερους αρρώστους. Αν και οι άρρωστοι σήμερα παραμένουν λιγότερο στο νοσοκομείο, η εργασία δεν ελαττώνεται.

Μια μεγάλη επίπτωση των ειδικεύσεων και της εντατικοποίησης της νοσηλείας είναι όχι μόνο η αύξηση του αριθμού του προσωπικού κατά άρρωστο ή κατά κλίνη αλλά οι περισσότερες κατηγορίες και τύποι προσωπικού. Κανείς μόνος του σήμερα δεν μπορεί να προσφέρει ιατρική και νοσηλευτική. Το εύρος των διαγνωστικών και θεραπευτικών δεξιοτεχνιών που απαιτείται για φροντίδα χρειάζεται πολλούς ειδικούς από πολλά επαγγέλματα υγείας, για αυτό ο ρόλος της διοίκησης προσλαμβάνει νέες διαστάσεις και προοπτικές.

### **Οι αρχές διοίκησης νοσοκομείου συνοψίζονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες:**

1. Στην οργάνωση του νοσοκομείου,
2. Στην συμπεριφορά των ανθρώπων που αποτελούν τον οργανισμό,
3. Στη μέτρηση του βαθμού επιτυχίας των σκοπών του οργανισμού.

Στην πρώτη ομάδα υπάγονται οι αρχές που αναφέρονται στην επίσημη οργανωτική δομή και λειτουργία. Αφορούν τον προσδιορισμό και τον καθορισμό ευθύνης και εξουσίας, διοικητική και επιστημονική ή επαγγελματική, σε όλο το νοσοκομείο για την επίτευξη των σκοπών του ιδρύματος.

Στην δεύτερη ομάδα υπάγονται οι αρχές που προέρχονται από τις ανθρωπιστικές επιστήμες – ψυχολογία, κοινωνική ψυχολογία, κοινωνιολογία, ανθρωπολογία και πολιτικές επιστήμες. Στο νοσοκομείο οι αρχές αυτές αναφέρονται στη συμπεριφορά και στα κίνητρα του προσωπικού σαν ατόμων, σαν μελών

επίσημων και ανεπίσημων ομάδων και μελών όλου του οργανισμού. Προσφέρουν δε κατευθύνσεις για αξιοποίηση δυνατοτήτων όλων των εργαζομένων, δηλαδή του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου.

Στην Τρίτη ομάδα υπάγονται οι αρχές που προέρχονται από τις μαθηματικές μεθόδους, που αφορούν τις καθημερινές ενέργειες και εργασίες, καθώς και τις ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις εφαρμογής τους για επίτευξη των σκοπών του νοσοκομείου.

Αν και υπάρχει διαφορά στη διοίκηση μεταξύ κερδοσκοπικών οργανισμών και νοσοκομείων, οι βασικές γενικές αρχές είναι ίδιες και αποκτούν ιδιομορφία στον τρόπο εφαρμογής. Στο νοσοκομείο είναι οι υπηρεσίες που προσφέρονται, και αυτό έχει τη μεγαλύτερη σημασία. Ο σκοπός αυτός προηγείται και από τα οικονομικά προβλήματα, ακόμα και από τα χρέη. Μακροπρόθεσμα, τα χρόνια και άλυτα οικονομικά προβλήματα των νοσοκομείων αποκτούν κριτική σημασία. Άμεσα όμως είναι μικρότερης σημασίας, ακόμα και για τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία σε σύγκριση με άλλους κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως βιομηχανίες εμπόριο και άλλα.

Οι αλλαγές είναι το μόνο μόνιμο στη νοσοκομειακή διοίκηση. Αφορούν, στο ιατρικό και νοσηλευτικό περιβάλλον, στη νοσοκομειακή τεχνολογία και στο κοινωνικό περιβάλλον που βρίσκεται και λειτουργεί το νοσοκομείο. Οι διοικούντες και διευθύνοντες δεν αρκεί να δέχονται παθητικά τις αλλαγές. Οφείλουν να αναγνωρίζουν, κατανοούν και συλλαμβάνουν το νόημα των συνθηκών και καταστάσεων και να αναπροσαρμόζουν το σκοπό και τη λειτουργία του νοσοκομείου για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας, στα πλαίσια πάντοτε της πολιτικής υγείας. Οι διαφορές μεταξύ εξωτερικής και εσωτερικής διοίκησης των νοσοκομείων, οι απαιτήσεις πρόβλεψης ανάγκης πρότασης αλλαγών και η αντιμετώπιση τους, ενώ συγχρόνως πρέπει να διατηρείται ο βασικός σκοπός της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, αποτελούν προκλήσεις για τη νοσοκομειακή διοίκηση. Οι δυναμικοί παράγοντες που επιβάλλουν την επέκταση των υπηρεσιών του νοσοκομείου στην κοινότητα και η απαίτηση βελτιωμένων υπηρεσιών, ανοίγουν νέους ορίζοντες και απεριόριστες δυνατότητες για τον κλάδο της διοίκησης.

Οι **σκοποί** του νοσοκομείου συνοψίζονται περιληπτικά στην φροντίδα του αρρώστου, τη διδασκαλία, έρευνα και δημόσια υγιεινή. Αν και τα νοσοκομεία φαίνεται ότι αποτελούν το συνηθισμένο χώρο εργασίας για τους περισσότερους που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, κυρίως νοσηλευτές και ιατρούς, όμως υπάρχουν πολλοί λόγοι που καθιστούν απαραίτητη τη γνώση και κατανόηση λειτουργίας των σύνθετων αυτών οργανισμών.

#### **Οι κυριότεροι λόγοι είναι:**

1. Ο μεγαλύτερος χρόνος της επαγγελματικής ζωής του λειτουργού υγείας καταναλίσκεται στο νοσοκομείο ή σε συναφή οργανισμό,
2. Η απόλυτη ανάγκη της τεχνολογία στο χώρο της υγείας και το υψηλό κόστος της αναγκάζει τη χρησιμοποίηση του νοσοκομείου για αποθήκευση, συσσώρευση και τελειοποίησή της. Τα νοσοκομεία:
  - ❖ Συντονίζουν το καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό με υποδειγματικές διευθετήσεις, που επιτρέπουν να εφαρμόζονται προηγμένες θεραπευτικές μέθοδοι, ειδικά σε κάθε άρρωστο και να επιτυγχάνονται υψηλοί θεραπευτικοί στόχοι,

- ❖ Αποτελούν τις βάσεις για την ανάπτυξη πρωτοβουλίας και επίτευξης αλλαγών με τη δημιουργική χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και την κατάλληλη διαχείριση των οικονομικών τους, επειδή διαθέτουν τους περισσότερους πόρους και πηγές (ανθρώπινους και υλικούς) της βασικής φροντίδας υγείας,
- ❖ Συνιστούν τον κύριο τόπο διεξαγωγής κλινικής έρευνας για βελτίωση της φροντίδας,
- ❖ Αποτελούν κυρίως φορείς πληροφόρησης και μετάδοσης νέων γνώσεων για την υγεία,
- ❖ Εκπαιδεύουν το προσωπικό υγείας εφ' όσον μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης ιατρών, νοσηλευτών και άλλων λειτουργών γίνεται στα νοσοκομεία.

Κάθε νοσοκομείο οργανώνεται σε τέσσερις υπηρεσίες και διευθύνσεις: Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική και Τεχνική. Και οι τέσσερις είναι ισότιμες, άλλα με ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, υπάγονται δε στον Πρόεδρο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ανεξάρτητα από τον φορέα που ανήκουν. Η εποπτεία ανήκει στο τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

#### **4.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Οι άμεσες ευθύνες της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου περιληπτικά αναφέρονται στην φροντίδα του αρρώστου, σύμφωνα με το θεραπευτικό πρόγραμμα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι άρρωστοι που νοσηλεύονται και τα άτομα που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια έχουν μεγάλη ανάγκη της νοσηλευτικής, γι' αυτό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το πολυπληθέστερο. Η δε νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του νοσοκομείου.

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

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

νοσηλευτών και προϊσταμένων άλλων υπηρεσιών. Ποιες οι σχέσεις νοσηλευτικής διεύθυνσης και των άλλων διευθύνσεων του νοσοκομείου.

Οι νοσηλευτικές ανάγκες των αρρώστων ποικίλουν από απλές μέχρι πολύπλοκες. Για αυτό είναι ευθύνη κάθε Νοσηλευτικής Υπηρεσίας να καθορίζει καθήκοντα και αρμοδιότητες προσωπικού καθώς και τους κανονισμούς λειτουργίας σε πλαίσιο εσωτερικού κανονισμού. Ανάλογα με το προσωπικό αλλά και τη κατηγορία (Νοσηλευτές Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι., βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς) καθορίζονται και τα καθήκοντα. Ασφαλώς θα λαμβάνονται υπόψη και οι νομικές δεσμεύσεις μεταξύ ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων. Δηλαδή, που σταματά η ιατρική ευθύνη και που αρχίζει η Νοσηλευτική Ευθύνη. Όλα αυτά πρέπει να είναι καθορισμένα, για να αποφεύγονται οι συγκρούσεις και η σύγχυση που μπορεί να δημιουργηθεί.

Σε πολλές χώρες ο διευθυντής νοσηλευτική υπηρεσίας αναφέρεται κατευθείαν στο διοικητικό συμβούλιο. Σε άλλες αναφέρεται στο γενικό διευθυντή. Αυτό εξαρτάται από τον Οργανισμό. Πάντως και στη δεύτερη περίπτωση είναι απαραίτητο να συμμετέχει στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. ουσιαστικά και με γνώμη, γιατί και γνώστης είναι όλης της λειτουργίας του νοσοκομείου αλλά και πρέπει να ενημερώνεται για τα γενικότερα θέματα που απασχολούν τη Διοίκηση. Επί πλέον είναι απαραίτητο να γνωστοποιεί και ερμηνεύει στο Δ.Σ. τα πολλά προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική υπηρεσία, για να λαμβάνονται ανάλογα μέτρα.

Απαραίτητο θεωρείται να υπάρχει μια Συμβουλευτική Νοσηλευτική Επιτροπή για τον καθορισμό πολιτικής, αλλά και για την μελέτη των θεμάτων που απασχολούν την υπηρεσία. Αυτή η επιτροπή πρέπει να έχει καλές σχέσεις με το Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Δ.Ν.Υ.) και με τα άλλα νοσηλευτικά στελέχη.

Σύμφωνα με το νόμο 2071/92, η Ν.Υ. είναι μια από τις τέσσερις θεμελιώδεις υπηρεσίες του νοσοκομείου με δική τους ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική συγκρότηση.

Η Ν.Υ. στο νοσοκομείο είναι ισότιμη με τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου, επικοινωνώντας επιτελικά ή οριζοντίως, επίσης υπάγεται ιεραρχικά στο γενικό διευθυντή και στον πρόεδρο του Δ.Σ.

**Οργανώνεται σε:** Νοσηλευτική Διεύθυνση, Νοσηλευτικούς Τομείς Νοσηλευτικά Τμήματα ή μονάδες, ειδικά τμήματα νοσηλευτικής διεύθυνσης και ειδικές υπηρεσίες νοσηλευτικών τμημάτων.

#### ➔ Νοσηλευτική διεύθυνση:

Η νοσηλευτική υπηρεσία διευθύνεται από νοσηλεύτρια/τη με βαθμό Α΄ Διευθυντή, ο οποίος επιλέγεται ανάλογα με τα προσόντα του από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Τα απαιτούμενα προσόντα που πρέπει να διαθέτει είναι νοσοκομειακή πείρα, διοικητική ικανότητα, αποκεντρικές τάσεις, επαγγελματικό ήθος, μετεκπαίδευση στη διοίκηση.

#### Ο Διευθυντής της Ν.Υ. είναι:

- Ο διοικητικός προϊστάμενος λόγου του προσωπικού όλης της υπηρεσίας,
- Ο τακτικός εισηγητής στο Δ.Σ. για θέματα της Ν.Υ., καθώς και
- Ο πρόεδρος της Νοσηλευτικής Επιτροπής.

## Ευθύνες και καθήκοντα του Διευθυντή Ν.Υ.:

### *ΕΥΘΥΝΕΣ:*

- I. Η Διευθύντρια/ής είναι υπεύθυνη για την οργάνωση, την λειτουργία και το συντονισμό της Ν.Υ., με σκοπό να λειτουργεί αποδοτικά,
- II. Για την βελτίωση και την προαγωγή της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής δραστηριότητας,
- III. Για την εξασφάλιση ετοιμότητας της Ν.Υ.,
- IV. Για την επίτευξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό,
- V. Για την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού,
- VI. Για την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να είναι ενήμερο στις σύγχρονες εξελίξεις της νοσηλευτικής και ιατρικής,
- VII. Για την ανάπτυξη και υλοποίηση νοσηλευτικών ερευνητικών προγραμμάτων,
- VIII. Για την εξασφάλιση υγιεινού και ασφαλούς περιβάλλοντος τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ασθενείς,
- IX. Για την εξασφάλιση καλής συνεργασίας μεταξύ όλου του προσωπικού του νοσοκομείου,
- X. Για την εκπροσώπηση της Ν.Υ., εντός και εκτός νοσοκομείου.

### *ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ:*

Καθορίζει και εξηγεί τους σκοπούς της Ν.Υ. στο προσωπικό, καθώς καθιερώνει, ερμηνεύει και εισηγείται κανονισμούς που έχουν σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα,

Συνεργάζεται με τον πρόεδρο του Δ.Σ. και εκφράζει τη γνώμη της για τη λειτουργία του νοσοκομείου, επίσης είναι πρόεδρος της νοσηλευτικής επιτροπής και συντονίζει τις εργασίες της, με σκοπό την πραγματοποίηση των αποφάσεων,

Επιβλέπει και ελέγχει την εργασία της Ν.Υ. και καθιερώνει σύστημα ελέγχου, για την αποτελεσματικότητα κάθε απόφασης,

Συνεργάζεται με τους τομειάρχες, για το σχεδιασμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τη λήψη αποφάσεων που έχουν σχέση με την αποτελεσματική λειτουργία της Ν.Υ., ακόμα συνεργάζεται με όλα τα νοσηλευτικά στελέχη για την καθιέρωση κριτηρίων ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας,

Εισηγείται και καθιερώνει σύστημα επικοινωνίας για τη σύντομη και ασφαλή ροή των πληροφοριών ανάμεσα στους νοσηλευτικούς τομείς, ακόμα καθιερώνει το γραπτό σύστημα επικοινωνίας και ενημέρωσης της νοσηλείας του αρρώστου, και το σύστημα καταγραφής – ελέγχου ενδο-νοσοκομειακών ατυχημάτων,

Εισηγείται στο Δ.Σ., πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού με απαιτούμενο αριθμό και ανάλογη σύνθεση μεταξύ των επιπέδων του, που θα καλύψει σύγχρονες και προβλεπόμενες ανάγκες του νοσοκομείου,

Επικοινωνεί με το νοσηλευτικό προσωπικό, κατανοεί και προτείνει λύσεις στα προβλήματά τους και ακόμα ενδιαφέρεται για την προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού,  
Συμμετέχει ή ορίζει εκπροσώπους σε διεπιστημονικές επιτροπές που ασχολούνται με τη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας,  
Κρατάει συνεχής επικοινωνία με τα ιδρύματα που ανήκουν στην ίδια ή μη περιφέρεια, με σκοπό την επίλυση νοσηλευτικών προβλημάτων των ασθενών,  
Συντάσσει τον ετήσιο προϋπολογισμό για τις τρέχουσες και προβλεπόμενες ανάγκες της υπηρεσίας της, καθώς επίσης εισηγείται την προμήθεια υλικού και εξοπλισμένου του νοσοκομείου και εγκρίνει την καταλληλότητα ή μη αυτών,  
Κατά την απουσία της, οι ευθύνες και τα καθήκοντά της μεταβιβάζονται στον Τομεάρχη που έχει οριστεί να την αναπληρώνει,  
Εισηγείται στο Δ.Σ., για την τοποθέτηση των προϊστάμενων στα νοσηλευτικά τμήματα και μονάδες, μετά την επιλογή τους από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

➔ Νοσηλευτικοί τομείς:

Σε αυτούς προΐσταται νοσηλεύτρια/τής ή μαία, οι οποίοι επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο ανάλογα με τα προσόντα που διαθέτουν. Ένα από τα βασικότερα προσόντα είναι η ειδικότητα ή μετεκπαίδευση σε θέματα διοίκησης.

**Καθήκοντα και ευθύνες Τομεάρχη:**

*ΕΥΘΥΝΕΣ:*

- I. Είναι υπεύθυνη για την καλή οργάνωση, συντονισμό και επίβλεψη του τομέα που προΐσταται, επίσης για την βελτίωση και προαγωγή της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας,
- II. Για την επίβλεψη επάρκειας και ετοιμότητας των νοσηλευτικών τμημάτων της, την αποτελεσματικότερη κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και για την εισαγωγή νέων μεθόδων και τεχνικών που θα βελτιώσουν την φροντίδα, κατόπιν βέβαια συνεννόησης με το Διευθυντή της Ν.Υ.,
- III. Για την επαρκεί στελέχωση του τομέα, τη σωστή τοποθέτηση και αποτελεσματική χρησιμοποίηση του νοσηλευτικού και για την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη του νοσηλευτικού προσωπικού του τομέα της,
- IV. Για την ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού όσο αφορά τη νοσοκομειακή τεχνολογία, για την προσωπική της ενημέρωση στις εξελίξεις της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και τέλος για την δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού και εντός και εκτός τομέα.

### *ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ:*

- I. Είναι καθήκον της να ερμηνεύει τους σκοπούς και κανονισμούς της Ν.Υ., ενθαρρύνοντας τους να τους τηρούν και να υποστηρίζει κάθε δίκαιο αίτημα του νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα της,
- II. Πρέπει να ενθαρρύνει την ελευθερία έκφρασης των προϊσταμένων – νοσηλευτών κλπ., κάνοντας διάλογο και να συνεργάζεται με την Διευθύντρια της Ν.Υ. για κάθε θέμα όπως επίσης να υπάρχει επαφή μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού του τομέα της και της Ν.Υ.,
- III. Οφείλει να συναντάται με τις προϊσταμένες του τομέα της μια φορά το μήνα ή όταν υπάρχει πρόβλημα, και ακόμα να σχεδιάζει ερευνητικές μελέτες σχετικά με τη βελτίωση παροχής φροντίδας,
- IV. Πρέπει να συμβάλει στην ανάδειξη νοσηλευτικών στελεχών μα εισηγήσεις της, στην Διευθύντρια της Ν.Υ., για τη χορήγηση αδειών, υποτροφιών μετεκπαιδύσεων κλπ., όπως επίσης να συνεργάζεται με την προϊσταμένη εκπαίδευσης για την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης στο προσωπικό του τομέα της,
- V. Πρέπει να θέτει στο νοσηλευτικό προσωπικό εγχειρίδιο με αρχές των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο διαγνωστικό – θεραπευτικό και αποκαταστικό πρόγραμμα του ασθενούς και να συνεργάζεται με τις προϊσταμένες για την τοποθέτηση, του νοσηλευτικού προσωπικού, τα εβδομαδιαία προγράμματα εργασίας και τις άδειες,
- VI. Επιβλέπει και ελέγχει το σύστημα προμήθειας, διάθεσης και καταγραφής των ναρκωτικών φαρμάκων και ατυχημάτων στα τμήματα του τομέα της καθώς και συνεργάζεται με τη νοσηλευτική ελέγχου λοιμώξεων, τους γιατρούς και άλλους υπεύθυνους παράγοντες,
- VII. Πρέπει να συμμετέχει στις επιτροπές του νοσοκομείου και στις γενικές Συνελεύσεις του τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, μετά από εισήγηση της διευθύντριας της Ν.Υ.,
- VIII. Τέλος, πρέπει να αναπληρώνεται από τον προϊστάμενο του τομέα, τον οποίο έχει επιλέξει η ίδια κατόπιν συμφωνίας με το διευθυντή της Ν.Υ..

Ήδη ο καθορισμός καθηκόντων και αρμοδιοτήτων, καθώς και η ανάθεση ευθύνης συντελούν στην ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης. Το προσωπικό αναπτύσσεται και αποδίδει το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Η σχέση μεταξύ ηθικού του προσωπικού και ποιότητας φροντίδας των αρρώστων είναι πάρα πολύ σημαντική. Τον παράγοντα αυτό δεν πρέπει να τον παραγνωρίζει ο ηγέτης. Ειδικότερα, το υψηλό ηθικό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν επηρεάζει μόνο τους αρρώστους που νοσηλεύονται, αλλά και όλες τις άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Το ηθικό εξαρτάται από οργανωτικούς παράγοντες, όπως αυτοί που αναφέρθηκαν, από την ύπαρξη ή μη κατάλληλων φυσικών χώρων και υπηρεσιών του νοσοκομείου. Επίσης εξαρτάται από την απόδοση του καταρτισμένου προσωπικού, από την αξιοποίηση και την αναγνώριση των υπηρεσιών που προσφέρει, από την στάση του ένα προς τον άλλο, από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις στη υπηρεσία αλλά και από τις ηγετικές ικανότητες των προϊσταμένων στις διάφορες διοικητικές βαθμίδες.

Η Διοίκηση επομένως πρέπει να τείνει στην ανάπτυξη νέων στελεχών και στην πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του υπάρχοντος προσωπικού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την παρότρυνση για

μεταπτυχιακές σπουδές, σταδιακά όλων των νοσηλευτών, με την ενθάρρυνση για επαγγελματική αυτοκριτική και ανάπτυξη έρευνας στη νοσηλευτική θεωρία και στην πράξη. Αν οι ερευνητικές δραστηριότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίες παραβλέπονται, τότε η νοσηλευτική φροντίδα υποβαθμίζεται και ο άρρωστος υποφέρει.

Μια άλλη άποψη συμπεριφοράς διοίκηση αφορά την ανάπτυξη τρόπων εργασίας κατάλληλων για την νοσηλευτική ή πρωτοβάθμια αντί της λειτουργικής μεθόδου. Ακόμα η ρύθμιση χορήγησης συνεχών ημερών ανάπαυσης κ.α.

Βέβαια, κανείς δεν μπορεί να παραβλέψει και τα πολλά και ιδιόζοντα προβλήματα που έχει η Νοσηλευτική Υπηρεσία, γι' αυτό άλλωστε υπάρχουν και πολλά εμπόδια που καθιστούν δύσκολη τη νοσηλευτική διοίκηση. Τα προβλήματα αυτά προέρχονται από τη φύση της εργασίας (24<sup>ωρη</sup> κάλυψη όλων των υπηρεσιών χωρίς διακοπή αργιών, εορτών Κυριακών, κυκλικό ωράριο, πολλές απουσίες του νοσηλευτικού προσωπικού που κατά κανόνα είναι γυναικείο με μακροχρόνιες άδειες μητρότητας, ελλειψόμενα ωράρια κλπ.)

Η Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών παρουσιάζει γενικά πρόοδο και εξέλιξη. Ωστόσο η ποσοτική ανάλυση σπάνια εφαρμόζεται στη νοσηλευτική υπηρεσία. Συνήθως η Ν.Υ. χρησιμοποιεί τη στατιστική μόνο για τις κενές θέσεις προσωπικού και για την έλλειψη του. Δεν είναι συνηθισμένη να ασχολείται με τα οικονομικά και τον προϋπολογισμό. Πού λίγες οδηγίες υπάρχουν για την σύνταξη προϋπολογισμού που θα βοηθούσε το Δ.Ν.Υ.

Μερικά νοσοκομεία προσπάθησαν να περιγράψουν την αναλογία νοσηλευτών προς αρρώστους, αλλά, λόγω των ατελειωτών παραγόντων και διαφορών που υπάρχουν, είναι αδύνατο να ισχύσει στην πράξη αυτή η αναλογία. Αν ο αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού είναι επαρκής. Οι άρρωστοι υφίστανται τις δυσάρεστες συνέπειες. Αν ο αριθμός είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι χρειάζεται, τότε αυξάνονται τα έξοδα και τα νοσοκομεία δεν τα δικαιολογούν. Αν η νοσηλευτική φροντίδα είναι επαρκής λόγω οικονομικών ή έλλειψης προσωπικού, η πιο συνηθισμένη αιτία, τότε είναι τελειώς απαραίτητο να γίνει περισσότερο αποτελεσματική και οικονομική αξιοποίηση του υπάρχοντος νοσηλευτικού προσωπικού.

Η λεπτομερειακή ανάλυση δίνει πληροφορίες που μπορούν να βασίζονται αποφάσεις για άμεσες λύσεις. Ο μεγάλος αριθμός προσωπικού δεν συμβαδίζει πάντα με την παροχή ποιοτικής νοσηλείας. Συμβαίνει πολλές φορές να ξοδεύονται για «κοινωνικές» συζητήσεις και όχι για την φροντίδα του αρρώστου. Γι' αυτό καλό είναι να γίνονται μελέτες που αφορούν την εντόπιση πραγματικών αναγκών των αρρώστων για την νοσηλευτική φροντίδα και βάση αυτών να κανονίζεται και ο αριθμός και η κατηγορία του προσωπικού. Επίσης, η στατιστική ανάλυση παρέχει μεθόδους στελέχωσης και διαφορετικών ωραρίων, πλέον των παραδοσιακά παραδεκτών.

Μια περιοχή που αξίζει να μελετηθεί είναι η ποιότητα της νοσηλείας. Στην απλούστερη της μορφή μπορεί να συλλέξει κανείς πληροφορίες από ερωτηματολόγια σε ασθενείς και συγγενείς κατά συχνά και κοινωνικά διαστήματα, καθώς και από συνεντεύξεις αρρώστων. Φυσικά, αυτή η μέθοδος δεν είναι η καλύτερη, γιατί αφού βασίζεται σε υποκειμενικές γνώμες αρρώστων, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα αποτελέσματα.



Καλύτερη μέθοδος είναι να χρησιμοποιήσει κανείς τη νοσηλευτική αξιολόγηση. Οργανώνεται μια επιτροπή ελέγχου της παρεχόμενης νοσηλείας, που απαρτίζεται από νοσηλευτικά στελέχη. Η επιτροπή αυτή καθιερώνει κριτήρια για την κάθε περίπτωση και εξετάζει όλες τις παραμέτρους. Επακολουθεί ανάλυση σαν βάση για περαιτέρω έρευνα ή αλλαγή. Στην αρχή παρουσιάζονται δυσκολίες ως προς την συλλογή πληροφοριών για την πραγματική άσκηση, που βασίζεται στα στοιχεία και τις νοσηλευτικές σημειώσεις των φύλλων νοσηλείας των αρρώστων. Η άμεση παρατήρηση στα νοσηλευτικά τμήματα συμπληρώνει τις πληροφορίες. Εκτός από τα άμεσα αποτελέσματα βελτίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας, η μέθοδος αυτή βοηθάει στην ανεύρεση καλύτερων τρόπων καθιέρωσης κριτηρίων για την στελέχωση των τμημάτων. Εξάλλου αυτά βοηθούν, στην εισαγωγή μηχανογραφικών συστημάτων, που συντελούν στην καλύτερη οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα παροχή ποιοτικής νοσηλείας.

➔ **Νοσηλευτικό τμήμα:**

Κάθε νοσηλευτικό τμήμα αποτελεί λειτουργική του νοσηλευτικού τομέα και είναι αυτοτελή.

Σ' αυτό προϊσταται η νοσηλεύτρια/ής με βαθμό Α'. Οι προϊστάμενοι ασκούν διοικητική εποπτεία στο προσωπικό που υπηρετεί στο τμήμα και ανήκει ιεραρχικά στη Ν.Υ., τέλος ευθύνονται για το σχεδιασμό της νοσηλείας των αρρώστων του τμήματος με βάση το πρόγραμμα της νοσηλευτικής διεργασίας, τις ιατρικές οδηγίες και τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης.

➔ **Νοσηλευτική μονάδα:**

Η νοσηλευτική μονάδα είναι αυτοδιοικούμενο τμήμα και ισχύουν όλα όσα προαναφέρθηκαν για το νοσηλευτικό τμήμα.

➔ **Ειδικά τμήματα νοσηλευτικής διεύθυνσης:**

Σ' αυτά τα τμήματα προϊσταται νοσηλεύτρια/τής ή μαία που επιλέγονται από το υπηρεσιακό συμβούλιο ανάλογα με τα απαιτούμενα προσόντα τους. Για παράδειγμα εμπειρία, ειδικότητα και εξειδίκευση στη διοίκηση και εκπαίδευση. Ο σκοπός των ειδικών τμημάτων είναι: η υποστήριξη του έργου της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης στο επίπεδο της στελέχωσης των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, της τοποθέτησης και αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού, στον έλεγχο της παρεχόμενης φροντίδας, στην εκπαίδευση προσωπικού και σπουδαστών των νοσηλευτικών σπουδών και στον έλεγχο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

➔ **Ειδικές Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και γραφεία:**

Τα ειδικά γραφεία της νοσηλευτικής διεύθυνσης αντιστοιχούν στο επίπεδο διοίκησης αυτοτελούς γραφείου.

Σ' αυτό προϊσταται η νοσηλεύτρια/τής ή μαία που επιλέγονται από το υπηρεσιακό συμβούλιο ανάλογα με τα προσόντα που διαθέτουν.

Οι ειδικές Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, αντιστοιχούν στη διοίκηση αυτοτελούς γραφείου και συγκροτούνται για την καλύτερη εξυπηρέτηση των λειτουργικών αναγκών των τμημάτων. Σε αυτές, προΐσταται η νοσηλεύτρια/τής ή μαία που επιλέγονται από το υπηρεσιακό συμβούλιο όπως και στα γραφεία.

Οι προϊστάμενοι ασκούν διοικητική εποπτεία στο προσωπικό που υπηρετεί στην ειδική υπηρεσία και είναι υπεύθυνη για τον σχεδιασμό της νοσηλείας των αρρώστων, των ειδικών υπηρεσιών, με βάση τις ιατρικές οδηγίες και τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε κάθε περίπτωση για την διάρθρωση της Ν.Υ. λαμβάνονται υπόψιν οι παρακάτω **αρχές**:

1. Κάθε νοσηλευτικό τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτει από 20 ως 45 νοσηλευτικά κρεβάτια, σε αυτά μπορούν να αναπτύσσονται ειδικές νοσηλευτικές υπηρεσίες ή μονάδες που πλαισιώνονται από αντίστοιχα νοσηλευτικά γραφεία.,
2. Όλες οι νοσηλευτικές μονάδες εντατικής νοσηλείας είναι αυτοτελής και δεν υπάγονται ιεραρχικά στα αντίστοιχα νοσηλευτικά τμήματα,
3. Κάθε 4-8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν ένα τομέα, ενώ από 4-6 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούνται 2 νοσηλευτικοί τομείς, ένα για την κάλυψη των αναγκών των μονάδων και τμημάτων και ένας για την κάλυψη των αναγκών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επίσης σε νοσοκομεία από 6 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούνται τρεις τομείς, ο παθολογικός, ο χειρουργικός, και ο νοσηλευτικός τομέας πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ακόμα σε νοσοκομεία με περισσότερα από 6 χειρουργικά νοσηλευτικά τμήματα μπορεί να συγκροτείται νοσηλευτικός τομέας χειρουργείων. Τέλος, σε νοσοκομεία με λιγότερα από 4 νοσηλευτικά τμήματα δεν συγκροτείται τομέας,
4. Σε γενικά νοσοκομεία που λειτουργούν πάνω από τρία τμήματα ή μονάδες περίθαλψης ψυχικά άρρωστων μπορεί να συγκροτείται νοσηλευτικός τομέας ψυχικής υγείας,
5. Κάθε νοσηλευτικός τομέας δεν μπορεί να έχει στην δύναμή του λιγότερα από 4 και περισσότερα από 8 νοσηλευτικά τμήματα ούτε περισσότερα από 250 νοσηλευτικά κρεβάτια,
6. Σε νοσοκομεία με πάνω από 100 κρεβάτια συνιστώνται στη νοσηλευτική διεύθυνση δύο ειδικά τμήματα τα οποία πλαισιώνονται από τα αντίστοιχα γραφεία:
  - Τμήμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης και έρευνας,
  - Τμήμα προγραμματισμού και συντονισμού νοσηλευτικού έργου.
7. Σε νοσοκομεία κάτω τον 100 κρεβατιών τους σκοπούς των ειδικών τμημάτων εκπληρώνουν, ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε συνεργασία με την Νοσηλευτική Επιτροπή (Η οποία

γνωμοδοτεί για κάθε θάμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, και εισηγείται σχετικά με τον πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου).

## 4.5 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Η Διοίκηση του Νοσηλευτικού Τμήματος, είναι από τα δυσκολότερα έργα. Υπάρχουν δύο πλευρές συντονισμού του προϊστάμενου (1) Συντονισμός του προσωπικού του τμήματος και της εργασίας του, (2) Συντονισμός άλλων υπηρεσιών, εκτός του τμήματος, που συμβάλλουν στη θεραπεία και περίθαλψη του αρρώστου. Κάθε μια από αυτές τις αρμοδιότητες γίνεται όλο και πιο σύνθετη.

1. Το προσωπικό του τμήματος δεν είναι πλέον ομοιογενές. Παλιότερα στα μεγάλα νοσοκομεία υπήρχαν μόνο διπλωματούχοι νοσηλευτές, εκπαιδευόμενοι και προσωπικό καθαριότητας. Τώρα υπάρχουν πολλές κατηγορίες προσωπικού: Νοσηλευτές πτυχιούχοι, Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι., ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., απόφοιτοι επαγγελματικών και πολυκλαδικών λυκείων, πρακτικοί, γραφείς, κλητήρες, διαιτολόγοι, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας κ.α. όλοι εργάζονται λιγότερες ώρες, επομένως απαιτείται μεγαλύτερος συντονισμός εργασιών και προσωπικού. Στα μεγάλα νοσοκομεία όπου διοικητικά οι υπηρεσίες τμηματοποιήθηκαν με προϊσταμένους και επόπτες καθαριότητα, προμηθειών, πλυντηρίου και ιματισμού, μαγειρείου, κλπ, ο έλεγχος και η επικοινωνία παρουσιάζουν δυσκολίες ιδιαίτερα μάλιστα όταν δεν λειτουργούν κανονικά.
2. Όσο οι διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές πολλαπλασιάζονται και επεκτείνονται, τόσο το βάρος στον προϊστάμενο από τις διοικητικές ικανότητες του οποίου εξαρτάται η αποτελεσματική εφαρμογή όλων αυτών στον κάθε άρρωστο προσωπικά. Και αν υπάρχουν διάφοροι ιατροί «ειδικοί» για τον κάθε άρρωστο, τόσο πιο δύσκολο καθίσταται το έργο του προϊστάμενου νοσηλευτή.

Η ανωτέρω διαπίστωση αναφέρεται και στο «Salmon Report» του Ηνωμένου Βασιλείου. Παρόμοια κατάσταση επιβάλλει την καθιέρωση ακριβούς καθορισμού αρμοδιοτήτων, κύρους, ευθυνών και καθηκόντων όλου του προσωπικού που εργάζεται και συνεργάζεται σε επίπεδο Νοσηλευτικού Τμήματος, με σαφή γραμμές επικοινωνίας κατακόρυφα μέσα στις πυραμίδες του νοσοκομειακού οργανογράμματος καθώς επίσης και οριζόντια μεταξύ των επιπέδων των διαφόρων πυραμίδων.

Εξάλλου, πρέπει να υπάρχει εξασφάλιση και από την διεύθυνση του νοσοκομείου και από τον Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ώστε, όπως οι ευθύνες και τα καθήκοντα είναι καθορισμένα έτσι και η εργασία να γίνεται από όλο το προσωπικό ανάλογα με την εκπαίδευση και κατάρτιση. Το περισσότερο καταρτισμένο προσωπικό δεν πρέπει να σπαταλά το χρόνο του σε εργασίες που μπορούν να γίνουν και από λιγότερο καταρτισμένα άτομα. Αυτό σημαίνει ότι ο προϊστάμενος και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατάλληλη και επαρκή υπαλληλική βοήθεια με γραφείς και άλλα, καθώς επίσης επάρκεια υλικού

εξοπλισμού και τεχνικό προσωπικό. Ακόμα σημαίνει ότι ο προϊστάμενος και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν και διοικητική εκπαίδευση και κατάρτιση.

Συμπερασματικά, η πολιτική της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας πρέπει να είναι σύμφωνη με την ιατρική πολιτική στα θέματα που αφορούν την αγωγή του αρρώστου, την διάγνωση και τη θεραπεία.

Όσα αναφέρθηκαν για το επίπεδο διοίκησης Νοσηλευτικού Τμήματος ισχύουν για ολόκληρο το νοσηλευτικό άξονα (εξωτερικά ιατρεία, εφημερείο, χειρουργεία και άλλα). Ευθύνη της Νοσηλευτικής Διοίκησης είναι να υπάρχει πλήρης κάλυψη όλων των τμημάτων και υπηρεσιών σε 24ωρη βάση, για όλες τις ημέρες με το ανάλογο και κατάλληλο προσωπικό και την παραδεκτή αναλογία (δυο νοσηλευτές ανά βοηθό). Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο για τα νυχτερινά ωράρια που οι νοσηλευτές προϊστάμενοι αναλαμβάνουν και πολλά γενικά διοικητικά καθήκοντα. Όπως είναι γνωστό τη νύχτα δεν λειτουργεί καμία άλλη υπηρεσία παρά μόνο η νοσηλευτική. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχουν ικανοί νυχτερινοί προϊστάμενοι, για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου και την ασφάλεια των αρρώστων. Καλό θα ήταν να υπήρχε και διοικητικός προϊστάμενος κατά τις νυχτερινές ώρες.

# 5

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

- ❑ *Υπηρεσίες υγείας – Ανοιχτά συστήματα*
  - ❑ *Σκοποί και στόχοι του συστήματος υγείας*
  - ❑ *Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας*
  - ❑ *Ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας*
  - ❑ *Μορφές του συστήματος υγείας*
  - ❑ *Δραστηριότητες νοσηλευτικής διοίκησης*
  - ❑ *Τα κυριότερα προβλήματα της νοσηλευτικής στην*
  - ❑ *Ελλάδα*
-

### ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 5.1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΑΝΟΙΧΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Το κοινωνικό κράτος έχει πολλά υποσυστήματα, ένα από τα σημαντικότερα είναι το σύστημα υγείας του οποίου η πορεία αλληλεξαρτάται με την πορεία του κοινωνικού κράτους.

Αρα το σύστημα υγείας κάθε χώρας διαμορφώνεται από τον βαθμό παρέμβασης του κράτους σ' αυτό, από τις πολιτικοκοινωνικοοικονομικές συνθήκες του και τέλος από την συμμετοχή της επιστήμης, τον προγραμματισμό και την οργάνωση. Όλα τα παραπάνω μορφοποιούν ή συνθέτουν ένα από τα πλέον δαπανηρά και πολύπλοκα κοινωνικά συστήματα μέσα σ' αυτό εμπλέκονται οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς, τα κτίρια, τα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, θέματα ηθικής δεοντολογίας, κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και το ιατρικό απόρρητο.

Η θεωρία των συστημάτων στηρίζεται στο ότι τα πάντα διέπονται, λειτουργούν και οργανώνονται από ένα σύστημα που συνδέεται με άλλα συστήματα και καταλήγει στο υπερσύστημα.

Υποστηρίζεται ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρχει μια κοινή αποδεκτή εννοιολογική θεώρηση του συστήματος, όμως παρόλα αυτά όλες καταλήγουν σε παρεμφερείς εννοιολογικούς προσδιορισμούς της συστηματικής θεώρησης της οποίας η κυριότερες ιδέες είναι:

- 1) Το όλον δεν είναι μόνο ένα άθροισμα των επιμέρους στοιχείων, γιατί το σύστημα θεωρείται ως μια ολότητα,
- 2) Τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε μια διαρκή και δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και σε σχέση με το περιβάλλον συνθέτουν μια ολότητα οργανικά συνδεδεμένη και οριοθετημένη,
- 3) Το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία – υποσύνολα, υποσυστήματα, συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνουν το στόχο για τον οποίο υπάρχουν.

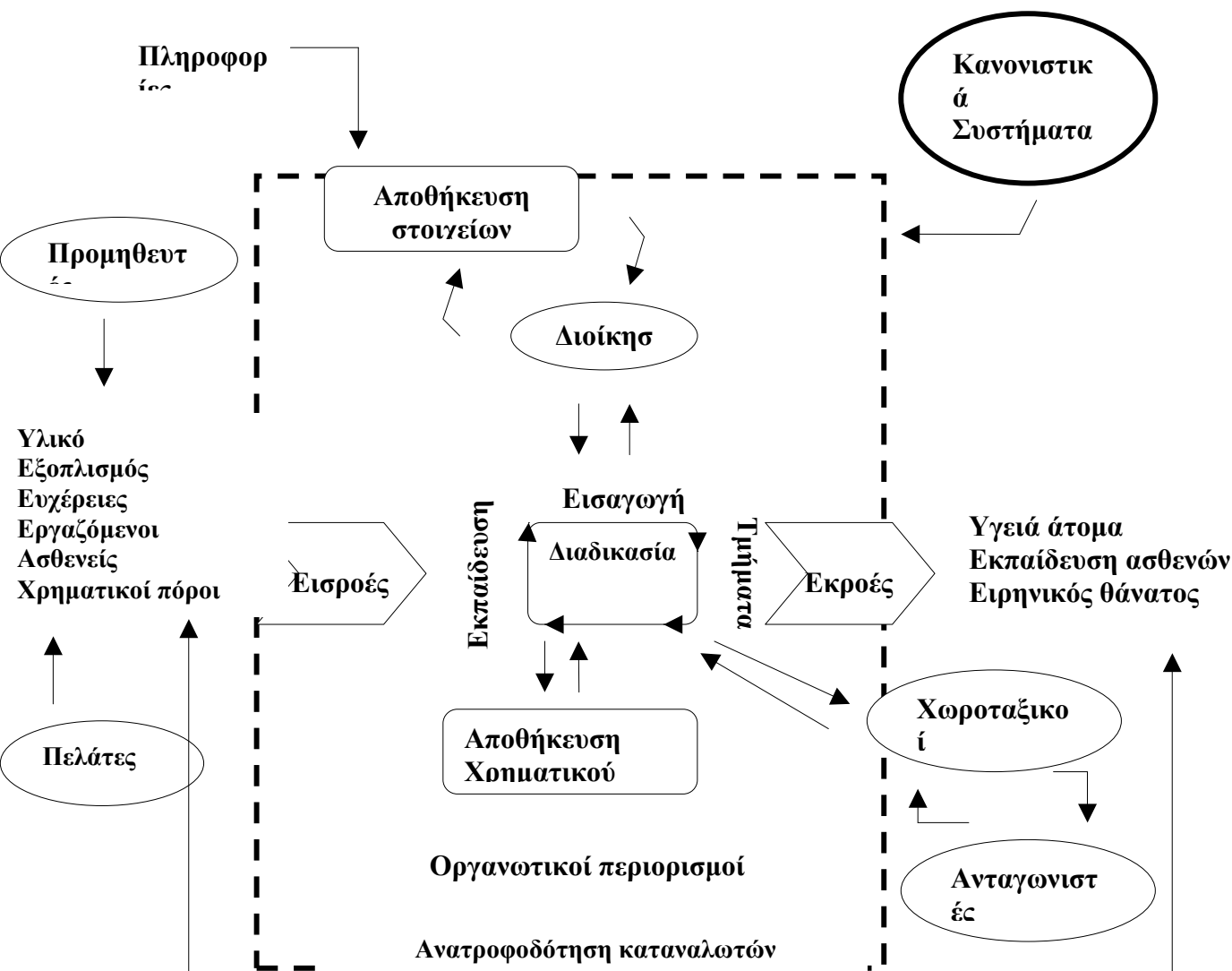
Σύμφωνα με τον Oxford English Dictionary σύστημα είναι: «Μια σειρά πραγμάτων συνδεδεμένων ή αλληλεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα: ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό».

### 5.1.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα συστήματα μπορεί να εμφανίζουν κοινές ιδιότητες και γνωρίσματα, όμως ο βαθμός και η έντασή τους διαφέρουν από σύστημα σε σύστημα, έτσι τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα:

#### 1) Ανοικτά ή κλειστά συστήματα

Ανοικτό σύστημα θεωρείται το σύστημα το οποίο δέχεται και προσφέρει πληροφορίες, ύλη, προϊόντα, υπηρεσίες και ενέργεια από το περιβάλλον του. Επομένως τα ανοικτά συστήματα βρίσκονται σε μια συνεχή δυναμική κατάσταση σε εξέλιξη, λόγω των αλληλεπιδράσεων που δέχεται από το περιβάλλον. Τα ανοικτά συστήματα διαθέτουν μια διαδικασία επαναπληροφόρησης – επανατροφοδότησης, έτσι ώστε να είναι σε θέση να γνωρίζουν πραγματικά αν επιτυγχάνουν τη δυναμική ισορροπία ή σχέση με το περιβάλλον. Τέλος τα ανοικτά συστήματα βασίζονται στην Εντελεχειακή συμπεριφορά των συστημάτων, ενώ το κλειστό σύστημα, είναι αυτόνομο και δεν δέχεται επιδράσεις από το περιβάλλον.



Σχήμα 4.4. Το Νοσοκομείο σαν ανοικτό σύστημα

## 2) Οριοθέτηση συστημάτων

Τα συστήματα πρέπει να έχουν καθορισμένα όρια ώστε να τα διαχωρίζουν από το περιβάλλον. Τα όρια αυτά ποικίλουν, μπορεί να είναι εύκαμπτα – άκαμπτα, ανοικτά – κλειστά, ασαφή – ευκρινή, ρευστά – σταθερά.

## 3) Δυναμικότητα των συστημάτων

Ο βαθμός δυναμικότητας εκφράζεται με τη συχνότητα των σχέσεων ανταλλαγής με το περιβάλλον (εξωτερική δυναμικότητα). Αντίθετα η εσωτερική δυναμικότητα αφορά τη δυναμική του μετασχηματισμού των εισαγομένων από το περιβάλλον στοιχείων (εισροές), σε επεξεργασμένα στοιχεία προ το περιβάλλον (εκροές).

## 4) Πολυπλοκότητα των συστημάτων



Η πολυπλοκότητα των συστημάτων εκφράζεται από το πλήθος των στοιχείων που το αποτελούν και των σχέσεων μεταξύ τους. Ο βαθμός πολυπλοκότητας εξαρτάται από το πλήθος των στοιχείων, αλλά κυρίως από τον αριθμό και τον τύπο των σχέσεών τους, καθώς και από τη λειτουργικότητα των σχέσεων αυτών.

**5) Ιεραρχικότητα των συστημάτων**

Όλα τα συστήματα θεωρούνται υποσυστήματα ενός υπερσυστήματος και το κάθε υποσύστημα έχει το δικό του βαθμό σημαντικότητας.

**6) Τελεολογική συμπεριφορά των συστημάτων**

Κάθε σύστημα υπάρχει για να εκπληρώνει τους στόχους για τους οποίους έχει δημιουργηθεί.

**7) Εντελεγειακή συμπεριφορά των συστημάτων**

Είναι η δυνατότητα των συστημάτων να προσαρμόζουν την συμπεριφορά τους ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος με σκοπό να εκπληρώσει επιτυχώς τους στόχους του.

## **5.1.2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω θεωρίες των συστημάτων θα μπορούσαμε να ορίσουμε σαν σύστημα υγείας «Το σύνολο των επιμέρους στοιχείων – υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού».

Επίσης, υπάρχει άλλος ένας ορισμός του συστήματος υγείας (ΚΕΠΕ 1976), ο οποίος θεωρεί το σύστημα ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης, των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από την οποία εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας».

Επομένως, το σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα που αποτελείται από 3 υποσυστήματα, τα οποία αλληλεξαρτώνται και αλληλοσυνδέονται και αυτά είναι:

**1) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η έλλειψή του:**

Το οποίο σχετίζεται με την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο παράγοντας που καθορίζει την πορεία υγείας του πληθυσμού είναι:

→ Η εξέλιξη της υγείας στο χώρο και το χρόνο που προσδιορίζεται από τις επιδημιολογικές μελέτες με στόχο την εύρεση των αναγκών υγείας.

**2) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας:**

Αποτελείται από το σύνολο υγειονομικών μονάδων, οι οποίες αλληλοσυνεργάζονται και αλληλοεπιδρούνται με σκοπό την προστασία, την διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

**Ένα κλασικό μοντέλο της παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας διακρίνεται από:**

- 1) *Εισροές* → Κτιριακή υποδομή, εξοπλισμός, ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι.
- 2) *Τη διαδικασία* → Έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση.
- 3) *Τις εκροές* → Διάρκεια νοσηλείας, αριθμός και είδος επεμβάσεων, εργαστηριακές εξετάσεις.
- 4) *Τα αποτελέσματα* → Βελτίωση επιπέδου υγείας, βελτίωση επιπέδου ευημερίας και ποιότητα ζωής.

**3) Οι μηχανισμοί κάλυψης δαπανών.**

Η κάλυψη δαπανών αποτελεί ένα υποσύστημα, λόγω τριών σημαντικών παραγόντων, στους οποίους ο τρόπος χρηματοδότησης είναι υπό συνεχή μελέτη. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- α) Η υγεία και τα προβλήματα δεν προσεγγίζονται σαν μονοδιάστατο φαινόμενο μιας ατομικής βιολογικής προσέγγισης, αλλά σαν πολυδιάστατο φαινόμενο σε συλλογικό και κοινωνικό επίπεδο,
- β) Το αγαθό υγείας, θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη,
- γ) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας αναπτύχθηκε σε μεγάλο βαθμό.

### **5.1.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Τα τρία υποσυστήματα τα οποία αναφέρθηκαν στις παραπάνω ενότητες, επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης, τεχνολογίας και θεραπευτικές μεθόδους.

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι τα 3 υποσυστήματα αλληλοεπιδρούνται και αλληλοσχετίζονται π.χ. όταν βελτιώνεται το πρώτο, βελτιώνεται το δεύτερο υποσύστημα ή όταν λειτουργεί σωστά το 3<sup>ο</sup> υποσύστημα, βελτιώνεται το δεύτερο που στη συνέχεια επιδρά θετικά στο πρώτο υποσύστημα.

### **5.2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η βελτίωση και η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όπου για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ευεξίας του πληθυσμού, στον οποίο χρησιμοποιούνται οι δείκτες ποιότητας ζωής για την μέτρηση της αποτελεσματικότητάς του.

Για την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού θα πρέπει να επιτευχθεί κάποιος στόχος, ο οποίος είναι: Η κάλυψη των αναγκών υγείας χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες, οι οποίες προσδιορίζονται από τους δείκτες προσφοράς.

Ένα επιτυχημένο σύστημα υγείας, θεωρείται το σύστημα που πετυχαίνει τους ήδη υπάρχοντες στόχους και θέτει καινούργιους στόχους ξανά.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:**

Η ικανότητα του συστήματος υγείας να προσαρμόζεται στις μεταβολές του περιβάλλοντος, λειτουργικά και οργανικά, και να εκτιμά τα αποτελέσματα της πρακτικής του, αποτελούν τις προϋποθέσεις για τη διατήρηση και την επιτυχία της:

- 1) Αποτελεσματικότητας (η οποία αφορά το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων),
- 2) Αποδοτικότητας (η οποία αφορά την επίτευξη των στόχων με το ελάχιστο δυνατόν κόστος),
- 3) Λειτουργικότητας (η οποία αφορά τη δυνατότητα να παράγει Υπηρεσίες Υγείας που να εξυπηρετούν τους μακροπρόθεσμους σκοπούς του συστήματος όσο και τους ενδιάμεσους στόχους του).

## **5.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

**Τα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν τα συστήματα υγείας είναι τα εξής:**

*1) Διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας.*

Η δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και περιορισμούς.

*2) Προσπελασιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας.*

Κάθε άτομο, Έλληνας ή αλλοδαπός, φτωχός ή πλούσιος, ασφαλισμένος ή μη, έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις Υπηρεσίες Υγείας.

*3) Συνέχεια στην προσφορά των Υπηρεσιών Υγείας.*

Αυτή δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο αντιμετώπισης μιας αρρώστιας, αλλά καλύπτει όλα τα στάδια, πριν και μετά την εμφάνιση μιας νόσου.

*4) Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση Υπηρεσιών Υγείας.*

Η ισότητα στη χρήση Υπηρεσιών, σε άτομα με διαφορετικές ανάγκες δεν σημαίνει κατά ανάγκη, ισότητα χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας, αν δεν ληφθούν υπόψη, οι ιδιαίτερες ανάγκες που ορισμένα άτομα έχουν, σε σχέση με κάποια άλλα.

*5) Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.*

Κάθε σύστημα υγείας δίνει ιδιαίτερο βάρος, στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το Σύστημα Υγείας στο σύνολό του π.χ. στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ.), δίνουν έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της αρρώστιας, ενώ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), δίνουν περισσότερο βάρος στην πρόληψη της αρρώστιας και την αποκατάσταση, μετά τη θεραπεία.

## 5.4. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

### ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Τα συστήματα υγείας αποτελούν ένα από τους μεγαλύτερους και δυναμικότερους κλάδους της εθνικής οικονομίας, αν λάβουμε υπόψη ότι απασχολούν 5 % του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10 % του Α.Ε.Π. στις αναπτυγμένες χώρες.

Αρα θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των συστημάτων, όσο αφορά την οργάνωση προγραμματισμό και τη διοίκησή τους.

### **Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι:**

#### *1) Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση.*

Σε αυτή την περίπτωση, το κράτος παρεμβαίνει στο σύστημα υγείας σε μεγάλο βαθμό. Η παρέμβαση ασκείται από την κεντρική εξουσία, σε εθνικό επίπεδο και από την τοπική εξουσία σε περιφερειακό επίπεδο. Η έκταση και ο βαθμός παρέμβασης καθορίζονται από τα κοινωνικοπολιτικοοικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Το κράτος ελέγχει την οργάνωση, τη διοίκηση, την παραγωγή και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

#### *2) Συστήματα που δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς.*

Η αγορά των Υπηρεσιών Υγείας χαρακτηρίζεται ως «αγορά προμηθευτών», διότι η ζήτηση δεν καθορίζεται από τον καταναλωτή (ασθενή). Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η έλλειψη πληροφόρησης και επιστημονικών γνώσεων των καταναλωτών πάνω σε θέματα υγείας.

#### *3) Συστήματα εντάσεως εργασίας.*

Το σύστημα υγείας θεωρείται «Εντάσεως εργασίας», διότι βασίζεται κυρίως στο συντελεστή εργασίας και όχι στο ίδιο το κεφάλαιο. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σ' αυτό το χώρο την εξουσία λόγω του καταμερισμού της εργασίας, καθώς και ότι ασκούν τις υπηρεσίες τους σε ένα πολύ ευαίσθητο και εξειδικευμένο χώρο. Αυτό εξηγεί και το γεγονός, των συνεχόμενων μισθολογικών αυξήσεων, παρ' όλο που η οικονομία του κράτους παραμένει στάσιμη.

#### *4) Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διοίκησης.*

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν πολύπλοκα και σύνθετα συστήματα διότι ασχολούνται με την ανθρώπινη ζωή, καθώς και τους οικονομικούς πόρους του κράτους.

Γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούν εξειδικευμένες μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών, να γίνονται τακτικοί έλεγχοι, να κρατούνται αρχεία ασθενών και ιατρικών πράξεων. Αυτό εξηγεί την αντικατάσταση της δημόσιας διοίκησης του τομέα υγείας από ένα αποτελεσματικό Management.

## 5.5. ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Για να έχει θετικά αποτελέσματα ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οικονομικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί, και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας.

Το σύστημα υγείας δεν πρέπει να παραμένει στάσιμο, αλλά να εξελίσσεται λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, τις αλλαγές των πολιτικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, αξιών, των οικονομικών δυνατοτήτων και τέλος των διαφορετικών αναγκών που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, τα συστατικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας των συστημάτων είναι:

A) **Οι εισροές** → Ανθρώπινο δυναμικό.

B) **Οι υλικοί και οικονομικοί πόροι**

Γ) **Οι εκροές** → Υπηρεσίες υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Συνεπώς, η ευθύνη του κράτους για τη διασφάλιση της παροχής ιατρικής φροντίδας, ισότιμα σε όλα τα μέλη της, είναι να παρεμβαίνει στην οργάνωση, στην παροχή υπηρεσιών, στις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης και τον τρόπο χρηματοδότησης, έχοντας σκοπό την ισότιμη κάλυψη των πολιτών.

### **Θεωρητικά με βάση τις ευθύνες του κράτους προκύπτουν τρία πρότυπα οργάνωσης:**

α) Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης (ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο),

β) Το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο),

γ) Το μικτό σύστημα υγείας.

#### α) Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης

Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και αποκλειστική επιλογή του καθενός.

Θεωρητικά, στο σύστημα αυτό, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής του γιατρού, ενώ αντίστοιχα ο γιατρός έχει το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και τον καθορισμό του ύψους της αμοιβής.

Το σύστημα αυτό, στην απόλυτη μορφή του δεν συναντάται πουθενά.

*Μειονεκτήματα:*

- 1) Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Άρα, είναι κοινωνικά άδικο αφού δεν προάγει την αλληλεγγύη και ισότητα,
- 2) Υπάρχει απουσία κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού η οποία δεν αφήνει περιθώρια ελέγχου, των δαπανών υγείας, ενώ η πληθώρα των φορέων απαιτεί υψηλό, διοικητικό και διαχειριστικό κόστος,
- 3) Βασίζεται στο κέρδος με αποτέλεσμα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας να είναι μειωμένη και δεν δίνει τόσο το ενδιαφέρον στην πρόληψη όσο στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση της βλάβης,
- 4) Δημιουργούνται μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες, λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού προγραμματισμού και χρηματοδότησης.

β) Το Δημόσιο σύστημα υγείας

Το Δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών. Αυτό το σύστημα υποδιαιρείται σε δύο υποσυστήματα. Το πρώτο είναι εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο μπίσμαρκ), στο οποίο τονίζεται το ατομικό δικαίωμα του κάθε ατόμου να αναζητά μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας πληρώνοντας και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων.

Το σύστημα αυτό κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση, η οποία εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσο των εισφορών, εργοδοτών και εργαζόμενων το χρηματοδοτούν.

Άρα το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), στο οποίο η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό (εφορεία). Βασίζεται στο ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει τις απαιτούμενες ανάγκες Υπηρεσίας Υγείας.

Το Ε.Σ.Υ. αποτελείται και από τους δύο τύπους εθνικών συστημάτων, δηλαδή και από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση.

Χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός μέσα από τον οποίο επιδιώκεται:

- 1) Καθολική – πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού,
- 2) Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- 3) Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων των ανθρώπινων και υλικών πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού,
- 4) Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση που προέρχεται από φορολογία ή ασφαλιστικές εισφορές ή και από τα δύο,

- 5) Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου.

*Πλεονεκτήματα:*

- 1) Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης των πολιτών,
- 2) Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών, όπου εξασφαλίζουν δίκαιη κατανομή των πόρων,
- 3) Η ενιαία κεντρική χρηματοδότηση που αποσκοπεί στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, στην βελτίωση της ποιότητας και στην περιφεριοποίηση των υπηρεσιών,
- 4) Αποτελούν προτεραιότητα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής πληροφόρησης,
- 5) Η άσκηση της ιατρικής δεν επηρεάζεται από το χρήμα και υπάρχουν καλύτερες σχέσεις μεταξύ των γιατρών, λόγω της απουσίας του ανταγωνισμού,
- 6) Καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γιατρού – ασθενή.

*Μειονεκτήματα:*

- 1) Ανάπτυξη γραφειοκρατίας,
- 2) Επαγγελματική χαλαρότητα των γιατρών,
- 3) Εμφάνιση λίστας αναμονών στα νοσοκομεία, διότι η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του ασθενούς και όχι από την οικονομική κατάσταση του ασθενή,
- 4) Ο ασθενής έχει περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου,
- 5) Απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που οδηγούν στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

γ) Το μικτό σύστημα υγείας

Το μικτό σύστημα υγείας βρίσκεται κάπου ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα είναι δύσκολο να καθοριστούν, όπως επίσης είναι πολύ νωρίς για να υποστηριχθεί ότι οι χώρες αρχίζουν να συγκλίνουν προς ένα κοινό – μικτό σύστημα.

## **5.6 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.**

**Οι διοικητικές δραστηριότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:**

A) Η πρόβλεψη:

Για την πραγματοποίηση σωστού σχεδίου προγράμματος πρέπει πριν από αυτό να υπάρχει το στάδιο της πρόβλεψης. Όποτε ο υπεύθυνος της Ν.Υ. θα πρέπει να προβλέπει, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει το μέλλον, σύμφωνα με τις ανάγκες – προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν.

Η πρόβλεψη περιλαμβάνει, την έρευνα των προβλημάτων, την επισήμανση των βασικών παραγόντων και τέλος την πρόβλεψη πιθανών προβλημάτων.

#### B) Ο προγραμματισμός:

Ένας ορθός προγραμματισμός περιλαμβάνει σχεδιασμό για την ανάθεση των καθηκόντων και ευθυνών στο προσωπικό, επιπλέον καθορισμός των αρμοδιοτήτων και ευθυνών στους υπεύθυνους των τομέων της Ν.Υ.

Για την υλοποίηση ενός ορθού προγραμματισμού – σχεδίου θα πρέπει να ισχύουν τα ακόλουθα:

Να υπάρχει συγκεκριμένος αντικειμενικός σκοπός, ο οποίος να είναι απλός, σαφής και καθορισμένος, επίσης οι ενέργειες και οι πράξεις να μπορούν να αναλυθούν και να ταξινομηθούν. Ακόμα δεν θα πρέπει να είναι άκαμπτο, αλλά να δέχεται αλλαγές σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή εμφάνιση καινούργιων προβλημάτων. Τέλος, θα πρέπει να γίνει σωστή χρησιμοποίηση των παρεχόμενων μέσων για την επιτυχή ολοκλήρωση του σχεδίου.

#### Γ) Η οργάνωση:

Μετά το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό το επόμενο στάδιο είναι η οργάνωση της εργασίας.

Με τον όρο αυτό εννοούμε το σύνολο κανόνων και συστηματικών ενεργειών με τους οποίους επιδιώκεται ο συντονισμός της εργασίας. Σκοπός της οργάνωσης εργασίας είναι η σωστή συνεργασία και η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των εργαζόμενων.

Για την εφαρμογή μια καλής οργάνωσης θα πρέπει (**αρχές**):

Να υπάρχουν σαφείς αντικειμενικοί σκοποί και καθορισμός των μεθόδων πραγματοποίησης αυτών, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν περιθώρια αναπροσαρμογής της οργάνωσης σε περίπτωση εμφάνισης νέων προβλημάτων. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει συνεχής ενημέρωση των υπευθύνων, για τυχόν νέα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν, ώστε να τα αντιμετωπίσουν. Τέλος, είναι ανάγκη να υπάρχει καθορισμός ευθυνών και αρμοδιοτήτων, στο προσωπικό.

#### Δ) Εντολή – Διαταγή:

Οι εντολές και διαταγές δίνονται με στόχο την πραγματοποίηση αντικειμενικών σκοπών, οι εντολές – διαταγές δεν πρέπει να δίνονται με ύφος αυταρχικό και αλαζονικό, και θα πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένοι, είτε είναι προφορικές είτε γραπτές.

#### Ε) Συντονισμός:

Ο συντονισμός είναι ο συγχρονισμός και η ένωση των προσπαθειών των εργαζομένων, μέσω των οποίων εξασφαλίζεται η ομαδική προσπάθεια και η καλύτερη δυνατή απόδοση, προλαμβάνει τις



προστριβές και δημιουργεί κατάλληλο και ευνοϊκό κλίμα ομαλής συνεργασίας. Με ένα καλό συντονισμό μπορούν να αποφευχθούν προστριβές και συγκρούσεις των αρμοδιοτήτων, να ενισχυθεί η πρωτοβουλία και να υπάρξει αρμονική συνεργασία. Δυστυχώς, στις μέρες μας, στα νοσοκομεία λόγω του ότι εργάζεται όλο και περισσότερο ειδικευμένο προσωπικό, υπάρχει δυσκολία συντονισμού. Αυτό διότι ο καθένας σκέφτεται και να επιδιώκει τη βελτίωση των συνθηκών του δικού του, μόνο, τομέα και όχι των υπολοίπων. Συνεπώς, μέθοδος πραγματοποίησης ενός καλού συντονισμού, δεν υπάρχει, παρά μόνο εφόσον υπάρχει μια δυναμική ηγεσία η οποία θα καθορίζει τις αρμοδιότητες, θα εξασφαλίζει γραπτό ή προφορικό σύστημα επικοινωνίας και θα προσφέρει κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη συνεργασίας του προσωπικού.

#### ΣΤ)Έλεγχος:

Έλεγχος είναι η μέθοδος, η οποία προσαρμόζει τις ενέργειές του, σύμφωνα με τα προσχεδιασμένα κριτήρια και πρέπει να ασκείται σε όλα τα πρόσωπα καθώς και στις πράξεις τους.

Σκοπός του ελέγχου, είναι η καλοπροαίρετη υπόδειξη των μέσων διόρθωσης των σφαλμάτων αλλά και η δημιουργία ευνοϊκότερων συνθηκών για καλύτερη λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Στόχος του ελέγχου είναι να προλάβει την εμφάνιση προβλημάτων και όχι μόνο να επιλύει προβλήματα.

## **5.7 ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **1) Έλλειψη ορισμού της Νοσηλευτικής φροντίδας:**

Οφείλεται στην έλλειψη αυτονομίας, ευθυνών και δικαιώματος άσκησης ελεύθερου έργου των νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων, αν και η νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία των επαγγελματιών που βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον άνθρωπο, πολλές από τις αποφάσεις που τους αφορούν, λαμβάνονται από άλλους επαγγελματίες υγείας π.χ. Ιατρούς – Διοικητικούς.

Επίσης, οι νοσηλευτικές ενέργειες πολλές φορές δεν είναι εμφανείς ή θεωρούνται δεδομένες, αλλά είναι εμφανείς μόνο όταν εκτελούνται. Επιπλέον οι ασθενείς, καθώς και οι χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας δεν κατανοούν την πολυπλοκότητα της άμεσης ή έμμεσης νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμα, η νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται και ελέγχεται πολύ δύσκολα, λόγω του ότι η νοσηλευτική εξισώνεται με την εργασία της γυναίκας. Επίσης η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής δεν εκτιμάται λόγω του ότι δεν υπάρχει προτεινόμενη βάση δεδομένων. Τέλος, η ποιότητα και το κόστος της νοσηλευτικής φροντίδας δεν εμφανίζεται σε ένα σύστημα κωδικοποίησης.

Για να καταφέρουμε να ορίσουμε με ακρίβεια την νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα κωδικοποιημένο σύστημα για την ανάπτυξη ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και παρεμβάσεων, με στόχο να αναδειχθεί η επίδραση που έχουν οι νοσηλευτές στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και συγχρόνως να προσδιοριστεί το νοσηλευτικό κόστος και να μειωθεί το κόστος φροντίδας της υγείας.

Ακόμα, άλλη λύση είναι η δημιουργία ενός κοινού οράματος μιας πολιτικής για το τι συνιστά η Νοσηλευτική φροντίδα, που θα κατευθύνει όλες τις αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα. Επίσης, να υπάρξει άμεση θεσμοθέτηση των νοσηλευτικών πράξεων και δημιουργία καθηκοντολογίου, για τους νοσηλευτές γενικών καθηκόντων και τους ειδικούς νοσηλευτές.

Επιπλέον, να συμμετέχει το νοσηλευτικό προσωπικό, στα κέντρα λήψης των αποφάσεων και στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας.

## **2) Είναι η αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού:**

Πρώτον, αυτό οφείλεται καταρχήν στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές παρ' όλο που εργάζονται σε ειδικές συνθήκες, έχουν υψηλές ευθύνες και απαιτούνται πολλές δεξιότητες και ικανότητες, οι μισθοί τους έχουν παραμείνει σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τους μισθούς άλλων δημοσίων υπαλλήλων.

Δεύτερον, στο ότι οι συνθήκες εργασίας δεν είναι ευνοϊκές, λόγω του ότι εκτίθενται καθημερινά σε μολυσματικά νοσήματα, οι ώρες εργασίας είναι δύσκολες επειδή δεν υπάρχει σταθερό ωράριο αλλά κυκλικό (πρωί – βράδυ). Τέλος, είναι ένα επάγγελμα στρεσογόνο, διότι έχει να κάνει με ανθρώπινες ζωές.

Τρίτον, ο καθορισμός ενιαίων μισθών σε εθνικό επίπεδο για όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, ανεξάρτητα από τους παράγοντες της ζήτησης και της προσφοράς, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο μισθός να μην λαμβάνεται υπόψη στον προγραμματισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέταρτον, θεωρείται ότι είναι ένα επάγγελμα μη αναγνωρισμένο από την κοινωνία, και αυτό γιατί το έργο του νοσηλευτή δεν είναι εμφανές.

Πέμπτον, λόγω του ότι δεν έχουν διερευνηθεί οι ανάγκες των ασθενών, για τη στελέχωση των υπηρεσιών δεν είναι δυνατόν να γίνει ορθολογική αξιοποίηση του υπάρχοντος νοσηλευτικού δυναμικού, αλλά και η πρόβλεψη για τη μελλοντική κάλυψη των αναγκών.

Έκτον, η κατανομή του προσωπικού γίνεται εμπειρικά, με βάση τον αριθμό των κρεβατιών και όχι με βάση τις ανάγκες των ασθενών, με συνέπεια να υπάρχει ανισοκατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού που οδηγεί σε έλλειψη ή υπέρ-στελέχωση.

Έβδομον, η αύξηση του αριθμού των θέσεων σε άλλες υπηρεσίες Υγείας, π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες, κέντρα υγείας, έχουν απομακρύνει τους νοσηλευτές από τη νοσοκομειακή πράξη. Από την άλλη μεριά, η έλλειψη των νοσηλευτών δεν προκαλείται από τη μείωση των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία αλλά από την αύξηση του αριθμού των θέσεων του νοσοκομείου.

Όγδοων, η εισαγωγή νέων τεχνολογικών και θεραπευτικών σχημάτων, έχει συντελέσει στην αύξηση των ωρών εργασίας που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή το 24ωρο. Επιπλέον, συχνά οι νοσηλευτές εκτελούν μη νοσηλευτικά καθήκοντα, με αποτέλεσμα να καταναλώνεται πολύτιμος νοσηλευτικός χρόνος.

Ένατων, άλλος ένας παράγοντας είναι η αύξηση του αριθμού των κρεβατιών των ΜΕΘ, με συνέπεια να δεσμεύονται τα νοσοκομεία σε μια μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς. Κατά μέσο όρο απαιτούνται 4 νοσηλευτές για να στελεχωθεί κάθε κρεβάτι της Μ.Ε.Θ. όλο το 24ωρο, συγκρινόμενο με 1 νοσηλευτή για κάθε 2 ή 3 ασθενείς σε ένα γενικό τμήμα.

Δέκατον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της απασχόλησης αποκλειστικών, για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, το κόστος το οποίο καλύπτεται είτε με ατομική βάση είτε σε συλλογική από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ενδέκατων, η Νοσηλευτική δεν είναι η πρώτη επιλογή των φοιτητών, οπότε υπάρχουν διαρροές, κατά τη διάρκεια των σπουδών (52 %), και μετά το τέλος των σπουδών (26 %) των παιδιών, συνεχίζουν τις σπουδές σε άλλες σχολές π.χ. Ιατρική.

Τα προτεινόμενα μέτρα για την αύξηση του αριθμού του Νοσηλευτικού Προσωπικού είναι:

- 1) Δημιουργία μητρώων για λεπτομερή καταγραφή του νοσηλευτικού δυναμικού,
- 2) Κεντρικός σχεδιασμός των αναγκών σε νοσηλευτικό δυναμικό με βάση τα ερευνητικά δεδομένα και τη συνεργασία μεταξύ των συναρμοδίων Υπουργείων Υγείας και Παιδείας,
- 3) Κοινωνική αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή,
- 4) Επαναπροσδιορισμός των αμοιβών των νοσηλευτών και διαφοροποίηση των αμοιβών με βάση την υπευθυνότητα και τις συνθήκες εργασίας. Η μεγάλη αύξηση των μισθών θα οδηγούσε περισσότερα άτομα να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα γιατί θα το έκανε περισσότερο ελκυστικό και πιθανόν να οδηγούσε περισσότερα άτομα στις νοσηλευτικές σχολές,
- 5) Εισαγωγή και καθιέρωση οικονομικών και άλλων κινήτρων για προσέλευση νέων στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

### **3) Η ύπαρξη τριών διαφορετικών εκπαιδευτικών νοσηλευτικών επιπέδων ανταγωνιστικών μεταξύ τους:**

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

- 1) Πανεπιστημιακή εκπαίδευση,
- 2) Τεχνολογική εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι.),
- 3) Μέσες Τεχνικές επαγγελματικές σχολές εξαιτίας των τριών διαφορετικών εκπαιδευτικών νοσηλευτικών επιπέδων, δημιουργείται ένα κλίμα ανασφάλειας, αμφισβήτησης και ανταγωνιστικότητας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων Νοσηλευτικού προσωπικού στον επαγγελματικό χώρο.

Το προτεινόμενο μέτρο σ' αυτό το πρόβλημα είναι η ύπαρξη επιβεβλημένης παρέμβασης στο επίπεδο εκπαίδευσης, και η σύνδεσή της με την αγορά εργασίας, ώστε να μην υπάρχει αρνητική σχέση επιστημών νοσηλευτών και βοηθών νοσοκόμων που παρατηρείται σήμερα σ' όλες τις υπηρεσίες υγείας.

# 6

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- *Ορισμός*
- *Αρχές και έννοιες οργάνωσης*
- *Οργάνωση ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Υγείας*
- *Μέθοδοι οργάνωσης Νοσηλευτικής εργασίας*
- *Αξιολόγηση μεθόδων ξεχωριστά*
- *Λειτουργίες Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*
- *Ευθύνες και αρμοδιότητες διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

#### 6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ονομάζουμε οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών τις διοικητικές λειτουργίες οι οποίες αποσκοπούν στον προσδιορισμό της εργασίας σε μορφή καθηκόντων ή θέσεων, την ομαδοποίηση των θέσεων αυτών σε τμήματα, καθώς και την διάταξη των τμημάτων αυτών σε πυραμίδες ανάλογα των σχέσεων που καθορίζονται μεταξύ των μερών της πυραμίδας.

Η οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών δεν είναι εύκολο ζήτημα γιατί υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να είναι αλληλοσυνδεδεμένοι ο ένας με τον άλλο, οποιαδήποτε αλλαγή των παραγόντων αυτών επιφέρει αλλαγές σε όλο το σύστημα οργάνωσης το οποίο απενεργοποιείται από τη φυσιολογική του τροχιά.

#### 6.2 ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ.

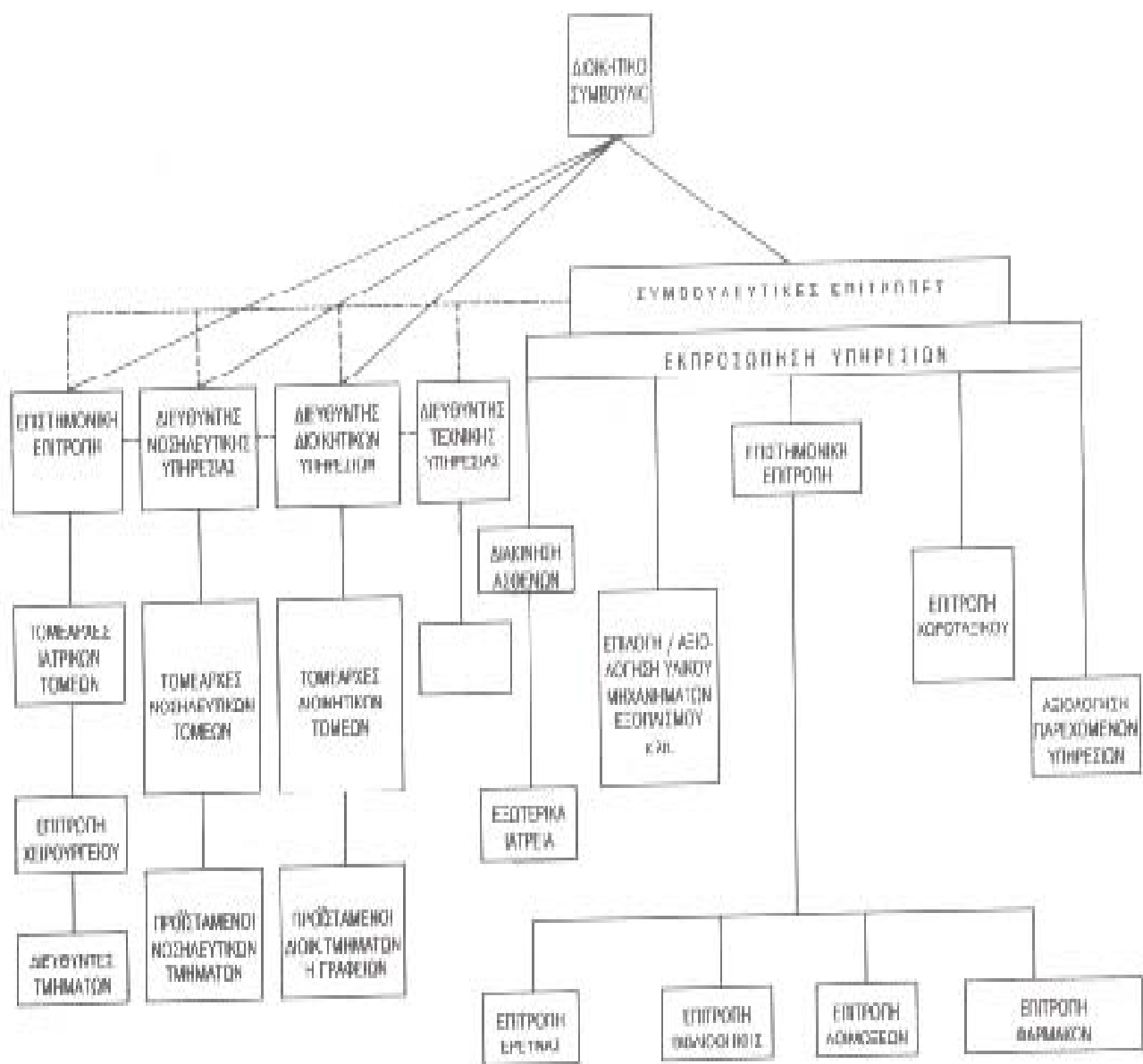
Παρουσιάζουμε σαν κυριότερες έννοιες και αρχές οργάνωσης τις εξής:

- *Καταμερισμός εργασίας και εξειδίκευση* όπου η εργασία κατανέμεται ιεραρχικά σε κάθε εξειδικευμένη μονάδα με στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα των εργαζομένων νοσηλευτών.
- *Τμηματοποίηση* δηλαδή, καταχώριση και συγκέντρωση των εργασιών ανά τμήματα με προσοχή όμως στον συντονισμό των τμημάτων αυτών λόγω αλληλεξάρτησης μεταξύ των μερών.
- *Εξουσιοδότηση*. Πηγάζει μέσα από την έννοια της οργάνωσης. Είναι το δικαίωμα παροχής και μεταβίβασης εξουσίας, όχι σε πρόσωπο αλλά σε συγκεκριμένη θέση. Η μεταβίβαση της εξουσίας αυτής δίνεται ανάλογα με τις ευθύνες της συγκεκριμένης αυτής θέσης.
- *Συγκεντρωτισμός – αποκεντρωτισμός*. Η έννοια αυτή αφορά τη συγκέντρωση όλων των ευθυνών σε ένα άτομο, κάτι το οποίο μοιάζει με ουτοπία διότι αυτόματα δηλώνει ανεπάρκεια οργάνωσης και ικανών στελεχών μέσα στο σύστημα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι έννοιες συγκεντρωτισμός – αποκεντρωτισμός στην ουσία δεν είναι απόλυτες, στην πράξη επιβάλλεται η διατήρηση μέρους της εξουσίας μέσο αντικειμενικών σκοπών.
- *Όρια εποπτείας*. Ένας προϊστάμενος δεν μπορεί να επιβλέπει μια μεγάλη μάζα ατόμων έστω κι αν διαθέτει γνώσεις, ζωτικότητα, προθυμία. Η επίβλεψή του αυτή περιορίζεται μέσα σε ορισμένα όρια

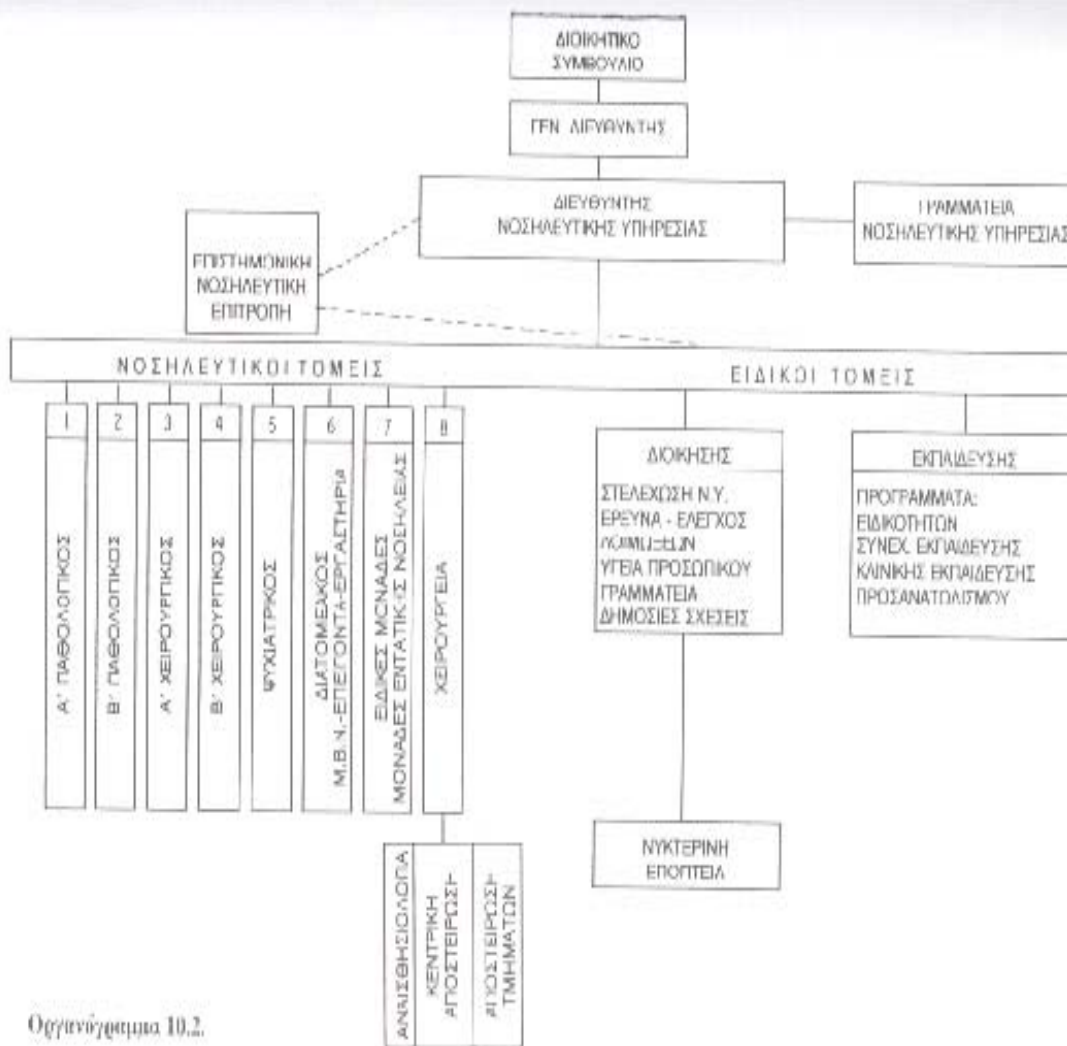
εποπτείας στα οποία θα μπορεί να αναπτυχθεί και να παράγει σωστό έργο. Εξάλλου μπορεί να υπάρξουν και φυσικά εμπόδια π.χ. γεωγραφικές αποστάσεις, οι οποίες περιορίζουν την εποπτεία πολλών ατόμων από πλευράς προϊσταμένου.

Ποια όμως είναι η αναλογία αριθμού προσωπικού ανά προϊστάμενο. Μερικοί αναφέρουν 4 – 5 υφισταμένους προς ένα προϊστάμενο άλλοι καθορίζουν τον αριθμό αυτό μέσο εξισώσεων. Γενικά οι περιπτώσεις διαφέρουν ανάλογα με:

- Την ομοιότητα των δραστηριοτήτων που επιβλέπει ο προϊστάμενος,
- Τη γεωγραφική διασπορά των επιβλεπόμενων,
- Το βαθμό του απαιτούμενου προγραμματισμού, διεύθυνσης, συντονισμού και ελέγχου της δραστηριότητας των ατόμων που επιβλέπονται,
- Την ικανότητα του προϊσταμένου και του προσωπικού,
- Την αλληλεξάρτηση δραστηριοτήτων των επιβλεπόμενων,
- Πρέπει ακόμα να αναφέρουμε ότι το όριο εποπτείας πρέπει να είναι μικρό αλλά αρκετά ευρύ ώστε η οργάνωση να περιορίζεται σε λιγότερα επίπεδα ιεραρχίας,
- Επιτελική και διοικητική ή εκτελεστική εξουσία. Η εξουσία διαφοροποιείται ως προς την επιτελική που είναι εξουσία «εξειδικευμένων γνώσεων» δηλαδή συμβουλευτική σχέση. Στα διοικητικά οργανογράμματα η μεν διοικητική ή εκτελεστική εξουσία παριστάνεται με ευθεία γραμμή η δε επιτελική με διακεκομμένη.



**Οργανόγραμμα**



Οργανόγραμμα 10.2.

### 6.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Για την οργάνωση των ιδρυμάτων υγείας παρουσιάζουμε δύο διαστάσεις, την κάθετη και την οριζόντια διάσταση.

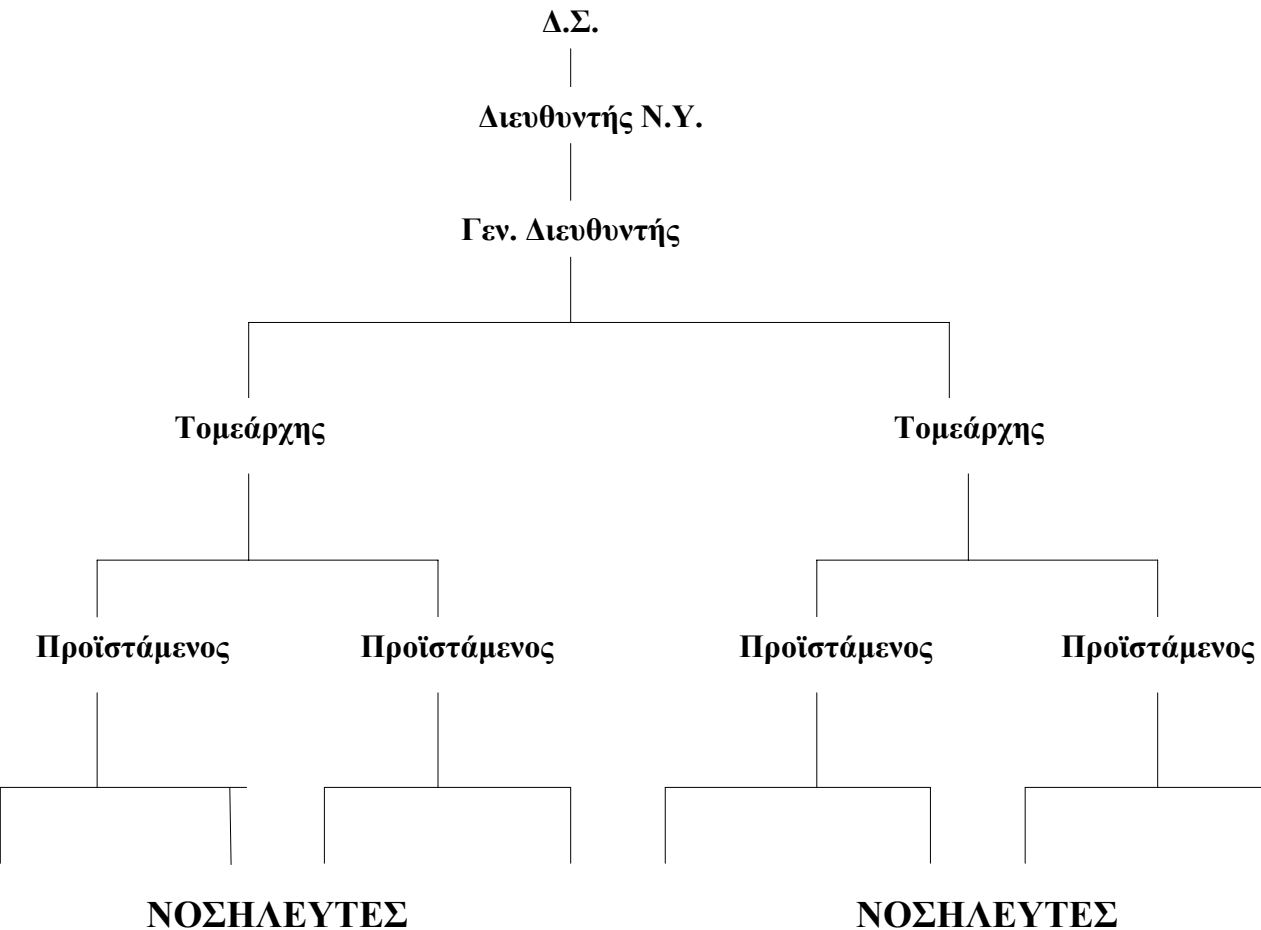
#### Κάθετη διάσταση:

Στην κάθετη διάσταση τα άτομα που κατέχουν θέσεις στην κορυφή της πυραμίδας αποτελούν τα εκτελεστικά στελέχη. Βασικό τους μέλημα είναι η κατανομή εξουσίας και ευθύνης σύμφωνα με το οργανόγραμμα, δηλαδή στελέχη στην κορυφή της πυραμίδας αναπτύσσουν μεγαλύτερη ευθύνη από ότι τα στελέχη που βρίσκονται πιο χαμηλά, έτσι οποιαδήποτε αλλαγή στον οργανισμό έχει σαν άμεση συνέπεια την αποδιοργάνωση του συστήματος.

Επίσης στην κάθετη διάσταση για τη σωστή λειτουργία της νοσοκομειακής δομής παρουσιάζεται η μέση διοίκηση, τα στελέχη της οποίας συντονίζουν και ελέγχουν τις λειτουργικές δραστηριότητες των ομάδων ως άμεσο σκοπό την επίτευξη των κατευθύνσεων που καθορίζονται από την εκτελεστική εξουσία.



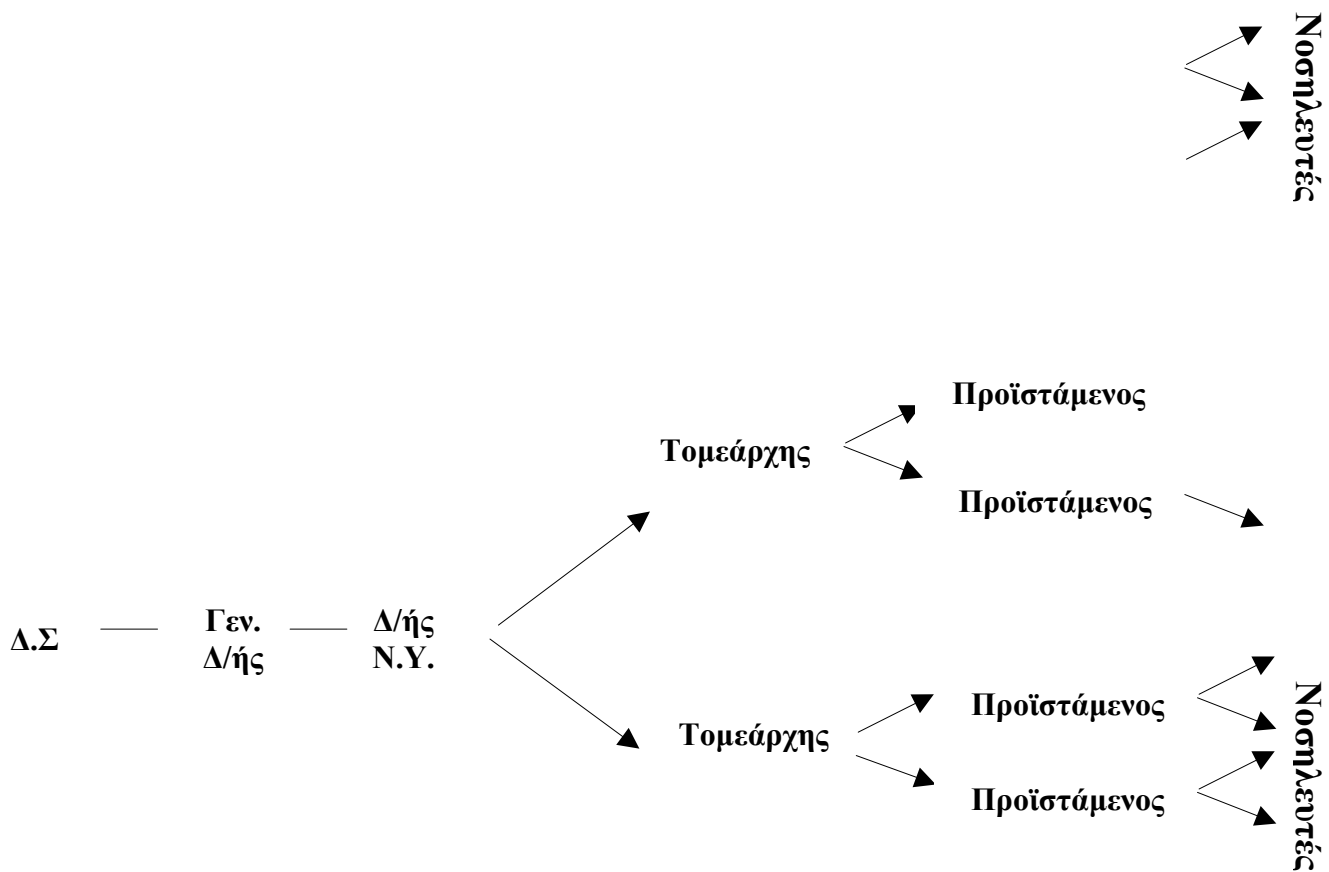
### ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 4.3. Κάθετη οργάνωση



#### Οριζόντια διάσταση:

Η οριζόντια διάσταση έχει σαν βάση την ειδίκευση και κατάρτιση της εργασίας και του προσωπικού αντίστοιχα.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των τμημάτων και κατά κάποιο τρόπο την ανεξαρτησία καθενός ξεχωριστά. Στην οριζόντια διάσταση πολλές μονάδες απαρτίζονται από ειδικές επιστήμες όπως ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, όπου κάθε μία από αυτές αγωνίζεται καθημερινά στην επίτευξη περισσότερων πόρων προς όφελος κάθε μιας ξεχωριστά, πράγμα που οδηγεί σε αλληπάλληλες συγκρούσεις και διαξιφισμούς. Για το λόγο αυτό σε αυτό το σύστημα οργάνωσης θα πρέπει να καλλιεργείται συνεχώς το ομαδικό πνεύμα στην παροχή Ν.Φ. (Νοσηλευτικής Φροντίδας) μεταξύ όλων των λειτουργών υγείας.



**ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 4.4.** Οριζόντια Οργάνωση

## 6.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Οι μέθοδοι οργάνωσης της νοσηλευτικής εργασίας διαφοροποιούνται ανάλογα τον χρόνο, χώρο, οικονομικό και διοικητικό όφελος.

**Παρουσιάζουμε σαν μεθόδους τους εξής:**

- Κατά ασθενής μέθοδος,
- Λειτουργική ή κατά εργασία,
- Ομαδική νοσηλευτική,
- Προσωπική διευθέτηση ασθενούς.

Σε κάθε μέθοδο υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία αλλάζουν σύμφωνα με τις εξελίξεις της κοινωνίας που ζούμε.

Αλλάζουν όμως και οι ίδιες οι μέθοδοι σύμφωνα με το σύστημα διοίκησης δηλαδή σε έλλειψη νοσηλευτών σαν καλύτερη μέθοδος ενδείκνυται η λειτουργική, ενώ σαν αξιοποίηση γνώσεων και

δεξιότητες από πλευράς νοσηλεύτη ή ομαδική. Αναλύοντας κάθε μέθοδο ξεχωριστά, παρατηρούμαι τα εξής:

→ Κατά ασθενής μέθοδος

Εδώ ο νοσηλεύτης αναλαμβάνει τη νοσηλεία ενός ή μερικών ασθενών, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ικανοποίηση του νοσηλεύτη, διότι παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα στον ασθενή. Η μέθοδος αυτή έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στη νοσηλεία του ασθενή στο σπίτι του. Βέβαια σήμερα λόγω υψηλού κόστους αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται μονάχα στις μονάδες αυξημένης και εντατικής θεραπείας.

→ Λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος

Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται ως επί το πλείστον στις μέρες μας. Ο προϊστάμενος λειτουργεί σαν κινητήριος μοχλός και κατευθύνει τους νοσηλευτές καταμερίζοντας την εργασία τους. Σε αυτήν την περίπτωση ο προϊστάμενος αναθέτει εργασίες και όχι αρρώστους στο προσωπικό.

Με αυτή τη μέθοδο επιτυγχάνεται ταχύτερα η διεκπεραίωση της εργασίας και καταπολεμάτε το τεράστιο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού λόγω οικονομικών συγκυριών.

→ Ομαδική νοσηλευτική

Στην ομαδική νοσηλευτική οι νοσηλευτές χωρίζονται σε ομάδες υπό την επίβλεψη ενός νοσηλεύτη. Ο συγκεκριμένος νοσηλευτής θα πρέπει να έχει βασικές γνώσεις διοίκησης, επίβλεψης και διδασκαλίας. Βασικός στόχος αυτής της μεθόδου είναι η αξιοποίηση των καθηκόντων κάθε νοσηλεύτη σε μέγιστο βαθμό. Με αυτό το σύστημα επιτυγχάνεται οικονομική προσιτότητα λόγω έλλειψης νοσηλευτών, επίσης καταβάλλεται προσπάθεια για περισσότερη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

→ Πρωτοβάθμια νοσηλευτική

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη συνεχώς αναδιοργανώνεται με σκοπό την επίτευξη καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική εμφανίστηκε προ εικοσαετίας στα νοσοκομεία των Η.Π.Α αλλά και σε πολλά της Ευρώπης.

Η εξέλιξή της ήταν ταχύτατη αφού σήμερα θεωρείται από πολλούς σαν σύστημα μελλοντικής νοσηλευτικής. Στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική ο νοσηλεύτης κατέχει κεντρική θέση μέσα στο σύστημα και έχει την ευθύνη του ασθενούς 24 ώρες το 24ωρο μέχρι την έξοδό του εκτός νοσοκομείου.

Όλες οι ενέργειές του χαρακτηρίζονται ολοκληρωμένες αφού αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ολότητα, με τη λήψη ζωτικών σημείων, χορήγηση φαρμάκων, πρόληψη κατακλίσεων, προετοιμασία ασθενούς για διάφορες παρακλινικές εξετάσεις.

Βέβαια σε αυτό το σύστημα κάθε νοσηλεύτης έχει την ευθύνη 3 – 6 ασθενών, παρέχοντας συνεχώς νοσηλευτική φροντίδα, καθ' όλη τη διάρκεια του ωραρίου του. Επίσης, ο προϊστάμενος της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής έχει χρέος να επιβλέπει και να εξασφαλίσει σωστή νοσηλευτική φροντίδα, ανεξάρτητα των

αριθμών των νοσηλευτών που διαθέτει, αλλά και να υποστηρίξει τον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή ο οποίος αγωνίζεται καθημερινά για την επίτευξη ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς τον ασθενή και κατ' επέκταση στην οικογένειά του.

→ Προσωπική διευθέτηση αρρώστου (casa management)

Σε αυτό το οργανωτικό σύστημα ο νοσηλευτής φροντίζει να διασφαλίσει με τον καταλληλότερο τρόπο την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο, καθώς και την περαιτέρω νοσηλευτική φροντίδα αν χρειαστεί.

Για να το επιτύχει αυτό θα πρέπει να συνεργαστεί και να συντονίσει τις εργασίες του σύμφωνα με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Στόχος του συστήματος αυτού είναι η παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας στον άρρωστο.

Παράγοντες που διαφοροποιούν την προσωπική διευθέτηση του αρρώστου από την πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι τα ενσυνείδητα σχέδια χρησιμοποίησης πόρων και διεπιστημονικής συνεργασίας ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Για την αποτελεσματική εφαρμογή της μεθόδου αυτής, οι κλινικοί νοσηλευτές χρειάζονται πρόσθετες γνώσεις και δεξιότητες για τον σχεδιασμό – προγραμματισμό της φροντίδας του αρρώστου.

Η προσωπική διευθέτηση του αρρώστου αποτελεί ένα καλό οργανωτικό σύστημα το οποίο έχει αρχίσει να λειτουργεί στο εξωτερικό με αρκετά θετικά σχόλια, ο χρόνος θα δείξει κατά πόσο θα μπορέσει να εφαρμοστεί στο νοσηλευτικό χώρο.

## **6.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ.**

Για την αξιολόγηση των μεθόδων παίρνουμε σαν δεδομένα τα εξής κριτήρια: διοικητική αποδοτικότητα, ικανοποίηση αναγκών του ασθενή και του προσωπικού, οικονομικό όφελος.

### **Η λειτουργική μέθοδος**

Από άποψη διοίκησης είναι η πιο αποτελεσματική γιατί κάθε εργαζόμενος ασχολείται μόνο με καθορισμένες εργασίες που του έχουν ανατεθεί. Με αυτό το σύστημα οργάνωσης, ο νοσηλευτής αποκτά μεγαλύτερη δεξιότητα και μικρότερη πιθανότητα λάθους. Ακόμα μπορεί μεν να υπάρχει συντονισμός της εργασίας από πλευράς προσωπικού, από την άλλη πλευρά όμως το ίδιο το προσωπικό αισθάνεται

ανικανοποίητο προς τις υπηρεσίες που προσφέρει γιατί δεν βλέπει το έργο του να ολοκληρώνεται δηλαδή την έξοδο του ασθενούς εκτός νοσοκομείου.

Σήμερα με την επιστημονική κατάρτιση των νοσηλευτών, αλλά και με τη σύνθετη νοσηλεία που παρέχεται στον ασθενή η λειτουργική μέθοδος έχει εγκαταλειφθεί τελείως στις προηγμένες χώρες του εξωτερικού και αυτό συμβαίνει γιατί δεν καλλιεργείται η προσωπική ευθύνη του νοσηλευτή και δεν ενθαρρύνεται η ομαδική προσέγγιση στο χώρο της εργασίας.

### **Ομαδική νοσηλευτική**

Αποτελεί μια από τις καλύτερες μεθόδους οργάνωσης των νοσηλευτικών λειτουργιών. Όμως για καθαρά διοικητικούς λόγους δεν έχει προχωρήσει σε σωστή εφαρμογή. Σαν αίτιο παρουσιάζεται το οικονομικό κόστος αυτής της μεθόδου. Στην ομαδική νοσηλευτική ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν ολότητα εκπληρώνοντας έτσι τη δική του ικανοποίηση όσο και την ικανοποίηση του ασθενή.

Με διαφορετικά λόγια αναπτύσσεται μεγαλύτερη θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. Τέλος με βάση μελέτες και νεότερες απόψεις καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το σύστημα αυτό είναι αρκετά καλό άσχετα το οικονομικό κόστος του γιατί αναπτύσσει το ομαδικό πνεύμα και αξιοποιεί καλύτερα την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Συγχρόνως μέσω αυτού του συστήματος αναπτύσσονται καινούργια ηγετικά στελέχη της νοσηλευτικής.

### **Πρωτοβάθμια νοσηλευτική**

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική περισσότερο στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, παρά στην εφαρμογή της. Αυτό συμβαίνει γιατί ο νοσηλευτής ασχολείται με περιορισμένο αριθμό ασθενών, πράγμα που αναδεικνύει τη σωστή οργάνωση της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής, γιατί διαφορετικά χωρίς τον προγραμματισμό δεν θα είχαμε επιθυμητά αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας. Με άλλα λόγια η επιτυχία ή η αποτυχία του συστήματος αυτού βασίζεται κυρίως στη σωστή επιλογή των νοσηλευτών για τον πρωτοβάθμιο ρόλο. Αυτό το σύστημα αποσκοπεί στην ανάπτυξη της επιστημονικής νοσηλευτικής με την καθιέρωση ευθύνης για την ατομική προγραμματισμένη και παρεχόμενη φροντίδα. Το σύστημα αυτό αν και είναι δαπανηρό εφαρμόζεται στις προηγμένες χώρες του εξωτερικού.

## **6.6 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.**

Για να οργανωθεί και να διοικηθεί σωστά μια νοσηλευτική υπηρεσία θα πρέπει να πληρούνται οι ανάλογες προϋποθέσεις. Προϋποθέσεις όπως ο γεωγραφικός χώρος, κτιριακή οργάνωση του νοσοκομείου, το μέγεθός του καθώς και ο αριθμός των νοσηλευτών σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Επίσης

διάφορα συμβάντα όπως π.χ. τα ωράρια, καθώς και οι άδειες των νοσηλευτών, αποτελούν διάφορες μορφές οργάνωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει συνεχώς να είναι ενήμερος όλων των περιπτώσεων επίσημων και ανεπίσημων, όχι μόνο της νοσηλευτικής υπηρεσίας, αλλά και όλων των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, πράγμα που θα τον βοηθήσει να καταναείμει σωστά τα τμήματα και τους αρρώστους στις νοσηλευτικές μονάδες.

Βλέπουμε λοιπόν ότι ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ νοσηλευτών και παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Για το λόγο αυτό ο διευθυντής, πρέπει να διαθέτει αντικειμενική κρίση, ιεραρχία και αποφασιστικότητα στις επιλογές του. Μόνο ένας τέτοιος διευθυντής θα καταφέρει να ελέγξει και να αναβαθμίσει ένα τόσο μεγάλο ανθρώπινο δυναμικό όπως το νοσηλευτικό.

Οι Sullivan και Decker παρουσίασαν δύο παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηλευτική διοίκηση και για τους οποίους θα πρέπει να είναι ενήμερος ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

- 1) Καθορισμός δραστηριοτήτων για την πραγματοποίηση των προγραμματισμένων ενεργειών.
- 2) Καθορισμός της αναμενόμενης επιτυχίας με τον προσδιορισμό επιπέδων διοίκησης.

## **6.7 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.**

Το επόμενο βήμα της οργάνωσης νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η σωστή λειτουργία τους όπου ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός μεταφράζονται σε πράξεις. Επίσης, οι αντικειμενικοί σκοποί οι οποίοι έχουν δουλευτεί μέσω της οργάνωσης νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να εφαρμοστούν και να βιώσουν στη λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οργάνωση και λειτουργία αποτελούν μια άμεση συνάρτηση όπου οποιαδήποτε αλλαγή της μίας επηρεάζει την άλλη. Με άλλα λόγια οι λειτουργίες είναι ευρείες δραστηριότητες οι οποίες αν εφαρμοστούν σωστά εξασφαλίζουν κάλυψη των αντικειμενικών σκοπών.

### **6.7.1. ΤΜΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ.**

Η τμηματοποίηση αποτελεί ένα διαχωρισμό θέσεων ή τμημάτων με βάση την αρχή της πυραμίδας. Έτσι η νοσηλευτική υπηρεσία επιδέχεται τμηματοποίηση με βάση την ιεραρχία, δηλαδή διευθυντής, Τομεάρχης, προϊστάμενος, νοσηλευτής.

Όμως η τμηματοποίηση δεν σταματάει εδώ, αλλά συνεχίζει σύμφωνα με τις λειτουργίες της νοσηλευτικής υπηρεσίας λειτουργίες όπως συνεχιζόμενη εκπαίδευση, νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς, γραμματειακές βοηθητικές υπηρεσίες.

Ακόμα η πραγματοποίηση εφαρμόζεται και στην οργάνωση επιτρόπων δηλαδή διαχωρισμός στις μόνιμες ή προσωρινές επιτροπές ομάδες προσωπικού κατά κατηγορίες και επιτροπές διατμηματικές.

Όλα αυτά μαζί συνθέτουν μια σωστή τμηματοποίηση και πλαισιώνουν μια καλά οργανωμένη νοσηλευτική υπηρεσία.

## 6.7.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

**Μερικά κριτήρια καθορισμού νοσηλευτικών μονάδων είναι τα εξής:**

- Λειτουργία, όπως Τ.Ε.Π., χειρουργείων, Μ.Ε.Θ.
- Ασθενείς, όπως εξωτερικά ιατρεία, γυναικολογικό – μαιευτικό,
- Αντικειμενικοί σκοποί: Ο νοσηλευτής είναι γνώστης των αντικειμενικών σκοπών ενός ασθενή με κύριο στόχο του την αποθεραπεία του ασθενούς και την έξοδό του από το νοσοκομείο,
- Γεωγραφική τοποθέτηση, π.χ. διάφορες πτέρυγες όπως εργαστήρια, χειρουργεία, Τ.Ε.Π., αιμοδοσία,
- Λογιστική: Το κριτήριο αυτό αφορά την σύνδεση δύο αλληλοεξαρτώμενων τμημάτων όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο π.χ. χειρουργική κλινική και νευροχειρουργική,
- Εκτός όμως από αυτά τα κριτήρια υπάρχουν και μερικά άλλα εξίσου σημαντικά,
- Όρια επίβλεψης και ελέγχου, δηλαδή για την σωστή εφαρμογή των νοσηλευτικών τμημάτων μόνο οκτώ άτομα θα πρέπει να λογοδοτούν στον διευθυντή, στην προκειμένη περίπτωση το ρόλο αυτό έχουν αναλάβει οι τομεάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας,
- Ιεραρχικά επίπεδα: Ανάλογα με το μέγεθος της νοσηλευτικής υπηρεσίας αυξάνονται ή μειώνονται τα ιεραρχικά επίπεδα,
- Συγκεντρωτισμός και αποκέντρωση,
- Ενότητα και διοίκηση: Σύμφωνα με αυτήν την αρχή κάθε νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να λογοδοτήσει σε ένα και μόνο προϊστάμενο.

## 6.7.3. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

- 1) Ειδικός τίτλος της θέσης,
- 2) Αριθμός θέσης σε σχέση με άλλες θέσεις της νοσηλευτικής υπηρεσίας,
- 3) Ποιος είναι υπεύθυνος για την εργασία και σε ποιον λογοδοτεί,
- 4) Περιληπτική περιγραφή της θέσης των κυριότερων λειτουργιών και ευθυνών,
- 5) Λεπτομερειακός κατάλογος ευθυνών, καθηκόντων και αρμοδιοτήτων,
- 6) Πραγματικοί και πιθανοί κίνδυνοι της θέσης π.χ. περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί, λειτουργικοί, χημικοί, βιολογικοί,
- 7) Εκπαιδευτικά προσόντα και εμπειρίες τα οποία θα καθορίσουν τη θέση του νοσηλευτή.

## **6.8. ΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.**

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η αναβάθμιση της νοσηλευτικής και καταχώρησή της ως επιστημονική οντότητα μέσα στην υγεία προϋποθέτει σωστή οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας τόσο στον εσωτερικό όσο και στον εξωτερικό τομέα.

Βασικός παράγοντας για την αναβάθμισή της είναι ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας, ο οποίος θα πρέπει να κατέχει αρκετές γνώσεις και δεξιότητες. Θα πρέπει να διαθέτει αποφασιστικότητα, κύρος, κρίση, οραματισμό, προσόντα τα οποία θα τον βοηθήσουν να αναδείξει το νοσηλευτικό πνεύμα σε επίπεδο οργανωτικό, κοινωνικό αλλά και πολιτικό.

Πραγματικός διευθυντής είναι ο εμπνευστής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, αφού μπορεί να γεφυρώσει οποιαδήποτε ρήγματα δημιουργούνται από πλευράς νοσηλευτή. Η εκτελεστική λειτουργία στη διοίκηση σπάνια επιτυγχάνεται μόνο από το διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας. Συνήθως ο διευθυντής στελεχώνεται από ένα μικρό αριθμό διοικητικών προσώπων. Τα στελέχη αυτά έχουν σαν βασική τους αρμοδιότητα να οργανώσουν κάποιο τμήμα της νοσηλευτικής όσο καλύτερα γνωρίζουν και να λογοδοτήσουν στο διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας για αυτό.

Όλες αυτές οι ενέργειες κινούνται και διεκπεραιώνονται σύμφωνα με την αρχή της πυραμίδας γιατί μονάχα με την ιεράρχηση θα καταφέρει η νοσηλευτική υπηρεσία να αναδείξει αυτό που πραγματικά της αρμόζει σαν επιστημονική ομάδα υγείας.



# 7

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- ❑ *Κοινωνικά και οικονομικά ελλείμματα της υγείας*
- ❑ *Η δομή της αγοράς Υπηρεσιών Υγείας*
- ❑ *Τα χαρακτηριστικά στην υγεία της Ελλάδας*
- ❑ *Το πλαίσιο της προτεινόμενης πολιτικής υγείας*
- ❑ *Οι πηγές χρηματοδότησης των Υ.Υ.*
- ❑ *Βασικά μέτρα προτεινόμενης μεταρρύθμισης*

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η οικονομική επιστήμη άρχισε να αναπτύσσεται (17<sup>ο</sup> αιώνα), όταν η κοινωνία συνειδητοποίησε ότι το κόστος υγείας συνεχώς αυξάνεται, χωρίς όμως οι ιατρικές παρεμβάσεις να είναι τόσο ικανοποιητικές, ώστε να δικαιολογούνται οι τόσες μεγάλες δαπάνες που απορροφά ο υγειονομικός τομέας.

Αρχικά, για τη λύση του παραπάνω προβλήματος, ο ιδιωτικός τομέας και η ιδιωτική ασφάλιση μπήκε δυναμικά στο υγειονομικό σύστημα με σκοπό να μειώσει τα έξοδα και να αυξήσει τα κέρδη. Στη χώρα μας, τα οικονομικά υγείας, άρχισαν να εμφανίζονται πριν μια 10ετία, αν και η κεντρική διοίκηση δεν έχει ακόμα συνειδητοποιήσει την αναγκαιότητά της. Οι προσπάθειες που έγιναν ήταν η καταγραφή και η ανάλυση των οικονομικών μεγεθών και παραμέτρων που απαρτίζουν το υγειονομικό σύστημα και ταυτόχρονα η διατύπωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και η οικονομική τους αξιολόγηση.

Ένα σημαντικό συμπέρασμα και πραγματικά πιο συμφέρουσα από τη θεραπεία, ήταν ότι θα πρέπει να δίνουμε μεγαλύτερη σημασία στην πρόληψη ασθενειών παρά στη θεραπεία.

#### **Οι βασικές συνιστώσες των οικονομικών της υγείας είναι:**

Η υγεία είναι πολύ σημαντική διότι όταν υπάρχει, ο άνθρωπος μπορεί να προσφέρει και να παράγει στην κοινωνία, καλύτερα και περισσότερο, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται οικονομικά και ο τόπος του. Η οικονομική ανάπτυξη με τη σειρά της συμβάλλει στην άνοδο του επιπέδου της ανθρώπινης επιβίωσης στην κοινωνική πρόοδο και στην ευημερία του πληθυσμού, παράγοντες από τους οποίους τελικά εξαρτάται η βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Αρα θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι έμμεσα, το κοινωνικό σύνολο είναι υπεύθυνο για την παροχή και την κάλυψη του κόστους των Υπηρεσιών Υγείας, και αυτό το συμπέρασμα θα μας προκαλούσε να αναρωτηθούμε είναι τελικά η υγεία δημόσιο αγαθό ή ιδιωτικό, που εξαρτάται από τη ρύθμιση των δυνάμεων της αγοράς και τον ελεύθερο ανταγωνισμό.

Η υγεία τελικά θα μπορούσε να θεωρηθεί είτε ιδιωτικό αγαθό είτε δημόσιο αγαθό. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η υγεία θα πρέπει να είναι ιδιωτικό αγαθό διότι η υγεία εξαρτάται άμεσα από την ατομική συμπεριφορά και στάση του ατόμου. Σε κάθε αναπτυγμένη χώρα θα πρέπει να υπάρχει ένα ελεύθερο σύστημα υπηρεσιών υγείας, στο οποίο οι καταναλωτές αγοράζουν και οι προμηθευτές πωλούν Υπηρεσίες Υγείας. Θεωρούν ότι η υγεία είναι ένα εμπορεύσιμο είδος, του οποίου οι τιμές διαμορφώνονται με βάση τη ζήτηση και προσφορά. Το σύστημα τιμών θα καταναίμει με τον αποδοτικότερο τρόπο τις Υγειονομικές Υπηρεσίες. Η επέμβαση του κράτους πρέπει να ελαχιστοποιηθεί και να περιοριστεί σε δραστηριότητες που

δεν μπορεί να αναλάβει η αγορά π.χ. λήψη μέτρων δημόσιας υγιεινής, πληροφόρηση και ενημέρωση πληθυσμού σε θέματα υγείας.

Κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι η υγεία πρέπει να είναι δημόσιο αγαθό διότι, οι αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας ή οι θετικές επιδράσεις της υγείας διαχέονται σ' όλο το κοινωνικό σύνολο, γι' αυτό και η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να έχει την κρατική μέριμνα και φροντίδα. Η υγεία του πληθυσμού επηρεάζει άμεσα και συμβάλλει στην κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη η οποία επηρεάζει όπως είπαμε και προηγουμένως με τη σειρά της, το επίπεδο διαβίωσης και υγείας.

Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού συσχετίζεται με το βαθμό ανάπτυξης της ίδιας της χώρας. Ο τελευταίος επηρεάζει το επίπεδο προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών το οποίο συμβάλλει στη γενική βελτίωση και την καλύτερη ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

Η υγειονομική πολιτική εμφάνισε στη χώρα μας δύο εντελώς αντίθετες μεταρρυθμίσεις την τελευταία 20ετία. Η πρώτη μεταρρύθμιση, στη δεκαετία του 80, είχε πρότυπο το βρετανικό υγειονομικό σύστημα, και σχετιζόταν με τη συγκρότηση ενός δημόσιου μονοπωλίου παροχής υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη μεταρρύθμιση απέτυχε και πολιτικά και κοινωνικά και οικονομικά.

Η δεύτερη μεταρρύθμιση έγινε το 90 και είχε σαν χαρακτηριστικό: την ιδιωτικοποίηση – αποκρατικοποίηση που έδωσε στη χρηματοδότηση του οικογενειακού προϋπολογισμού. Η πρώτη μεταρρύθμιση θεωρεί ότι τα οικονομικά και η αγορά δεν έχουν σχέση με την υγεία ενώ η δεύτερη θεωρεί ότι η υγεία ή οι υπηρεσίες υγείας έχουν σχέση με την αγορά.

Είναι γνωστό, ότι στην αγορά υπηρεσιών υγείας δεν κυριαρχεί ο καταναλωτής και η έλλειψη πληροφόρησης μεταξύ των προμηθευτών και χρηστών επιβαρύνει τους καταναλωτές και έτσι συνεπάγεται να μην έχουν ελευθερία επιλογής. Επίσης, όταν υπάρχει κοινωνική ασφάλιση έχουμε υπερκατανάλωση των Υπηρεσιών Υγείας και πρόκληση βλάβης και αυτά τα δύο οδηγούν σε μεγάλη ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας.

Σ' αυτή την περίπτωση το κράτος πρέπει να δώσει μία λύση και να ρυθμίσει την παραγωγή και διανομή των Υπηρεσιών Υγείας, κάνοντας συνεχείς ελέγχους ώστε να επιφέρει την επιθυμητή ισορροπία ανάμεσα στην οικονομική αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί και ο ανταγωνισμός που υπάρχει στις υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και οι επιπτώσεις που έχει, όπου δεν είναι πάντα καλές, ιδιαίτερα σε κάποιες ευπαθείς ομάδες, όπως και στους προμηθευτές υγείας, δηλαδή ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων και των ιατρών για καλύτερες τιμές και ποιότητα. Φιλοδοξεί να οδηγήσει στην ισχυροποίηση του χρήστη, ο οποίος μπορεί να επιλέξει ανάμεσα από διαφορετικές δέσμες παροχών.

Το αποτέλεσμα όμως από αυτόν τον ανταγωνισμό είναι ότι ενώ ο χρήστης ζητάει και απαιτεί βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας, δεν μπορεί και δεν θέλει να φορολογηθεί ανάλογα (δηλαδή να διαθέσει κάποια χρήματα παραπάνω), έτσι ο ανταγωνισμός δεν επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα, παρά είναι στάσιμος.

## 7.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Τα πλήγματα της νεοφιλελεύθερης διαχειρίσεως και της πολιτικής υπονόμησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, είχαν σαν συνέπεια να μειώσουν εντελώς την ισότητα, τις βασικές αρχές της καθολικότητας, τη συλλογικότητα και την ελεύθερη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.

Για να μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει τις Υπηρεσίες Υγείας θα πρέπει να έχει την ικανότητα ιδιωτικής δαπάνης ή και της πολιτικής και κοινωνικής διαμεσολάβησης. Έτσι εξηγείται και η απουσία των αρχών ισότητας και μηδενικής τιμής για τη χρησιμοποίηση μιας Υπηρεσίας Υγείας, οι οποίες θεωρητικά αποτελούν τις βασικές αρχές του προνοιακού κράτους στον Υγειονομικό τομέα.

Επίσης, η ανεξέλεγκτη λειτουργία της προσφοράς έχει προκαλέσει, σοβαρά ρήγματα στους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης, διότι ενώ υπάρχει έλλειμμα, όσο αυξάνεται ο πληθωρισμός και οι ανάγκες του τόσο αυξάνεται το οικονομικό έλλειμμα. Η απόσυρση της κεντρικής διοίκησης από την πολιτική καθοδήγηση και διεύθυνση, οδηγεί στην ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα εις βάρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, των νοσοκομείων της περιφέρειας και γενικά των φροντίδων που αφορούν το σύνολο του πληθυσμού.

Η ιδιωτικοποίηση που επιτρέπει την κατάργηση της μηδενικής τιμής στις υπηρεσίες υγείας επιφέρει προβλήματα ειδικά στον πληθυσμό που δεν έχει εισοδηματική δυνατότητα, γιατί έτσι έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες που είναι υποδεέστερης ποιότητας και με μικρό προνομιακό χαρακτήρα.

*Ο στόχος της νέας στρατηγικής για την καλύτερευση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:*

- 1) Να έχουν πρόσβαση όλοι και να βελτιωθεί η Πρωτοβάθμια Υγεία με τη θεσμοθέτηση Γενικού ιατρού ως οικογενειακού συμβούλου και διαχείριση της κοινότητας,
- 2) Συνέχεια της φροντίδας, η οποία να καλύπτει το ευρύτερο φάσμα Υπηρεσιών Υγείας και να επιτρέπει διεπιστημονική και ολιστική προσέγγιση,
- 3) Αποδεκτή ποιότητα, αποτελεσματική φροντίδα, ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου των Υπηρεσιών Υγείας,
- 4) Κατάλληλα κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να ζητούν πιο αποδοτικούς και αποτελεσματικούς πόρους, για μια πιο σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας,
- 5) Αλληλοσυνδεόμενοι στόχοι, ώστε όλοι να έχουν σαν σκοπό τη βελτίωση της υγείας, ανεξάρτητα το ρόλο τους,
- 6) Αποδεκτό σύστημα χρηματοδότησης, για να διασφαλίζεται η επάρκεια των πόρων και η δίκαιη κατανομή των βαρών,
- 7) Δυνατότητα έκφρασης των προτιμήσεων, ώστε οι χρήστες να μπορούν να επιλέγουν ανάμεσα σε εναλλακτικές υπηρεσίες, ανάλογα τις ανάγκες τους.

Όσο αφορά τη μείωση των δαπανών υγείας, σε μια έκθεση του Ο.Ο.Σ.Α. αναφέρεται ότι καμιά χώρα, από αυτές που έκανε περικοπές στη ζήτηση ή πολιτικές συρρικνώσεις των παροχών υγείας δεν κατάφερε να μειώσει τις δαπάνες, ενώ όσες χώρες επέβαλαν έλεγχο της δραστηριότητας των ιατρών και της τεχνολογίας είχε πιο θετικά αποτελέσματα. Άλλος ένας τρόπος που μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό της παραοικονομικής δραστηριότητας και στην ισότητα πρόσβασης, είναι η ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Τέλος, ο Tony Culyer σε μια μελέτη (1989), για τον έλεγχο του κόστους και μείωση των δαπανών, γράφει ότι οι χώρες με κρατική ανάμιξη στα συστήματα υγείας και κριτήρια προοπτικής χρηματοδότησης είχαν θετικά αποτελέσματα.

Το μελλοντικό όραμα της επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας βασίζεται:

1. Στη δημιουργία ενιαίας πολιτικής για τη βελτίωση της υγείας με διατομεακό συντονισμό. Έμφαση στην προαγωγή υγείας και την πρόληψη,
2. Αύξηση της ικανοποίησης του κοινού και
3. Χρηματοδότηση για μεταρρυθμίσεις που θα βοηθήσουν στη μείωση δαπανών.

Η βασικότερη επιδίωξη των Υπηρεσιών Υγείας είναι να συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, οπότε το πρώτο από τα οράματα που αναφέρθηκε είναι και το πιο σημαντικό.

#### **Ο στρατηγικός σχεδιασμός που προτάθηκε ήταν:**

1. Καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και αντικειμενικών σκοπών που θα οδηγήσουν στο σωστό προγραμματισμό σχεδιασμού,
2. Έρευνα των προβλημάτων για την αναζήτηση λύσεων με τις κατάλληλες μεθόδους,
3. Μετρήσιμους δείκτες για την αξιολόγηση της στρατηγικής και του ρυθμού προσέγγισης των αντικειμενικών σκοπών.

Η επιτροπή δίνει μεγάλη σημασία στην αντικειμενικότητα της στρατηγικής προσέγγισης, διότι το «αγαθό της υγείας πρέπει να βασίζεται πάνω από πολιτικές ιδεολογίες.

Το πρότυπο της στρατηγικής που ανέπτυξε ο Π.Ο.Υ. με αφετηρία τη διακήρυξη της ALMA ATA, ήταν «Υγεία για όλο το λαό», όπου όλοι έχουν δικαίωμα για την Πρωτοβάθμια φροντίδα, ανεξαιρέτως. Η στρατηγική βασίζεται στην πρόληψη ασθενειών, άρα ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης για την υγεία των ανθρώπων είναι ο ίδιος ο άνθρωπος. Εξαιτίας αυτής της στρατηγικής οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αυξήθηκαν ραγδαία, όπως επίσης και μια τεράστια βιομηχανία προϊόντων που συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής του ανθρώπου.

Δυστυχώς, αμφισβητείται αν υπάρχει πλήρες σχέδιο για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας από την Alma – Ata, απλά όλες οι χώρες έχουν κάνει μεταρρυθμίσεις με κύριο σκοπό την περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Και ενώ το σχέδιο βασίζεται στην ιδέα της συνεργασίας, το μόνο που υπάρχει είναι ανταγωνισμός μέσα και έξω από τον τομέα της υγείας και οικονομικά συμφέροντα (περικοπές).

Λογικό είναι λοιπόν να υπάρχει μια αύξηση του ιδιωτικού ρόλου στο χώρο της υγείας και μια σημαντική οπισθοχώρηση του δημόσιου ρόλου.

## **7.2 Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα τελευταία χρόνια ο ανταγωνισμός έχει βοηθήσει στο να γίνουν μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στη μείωση του κόστους, αλλά στην αύξηση της αποδοτικότητας. Όσοι υποστηρίζουν τον ανταγωνισμό, δίνουν μεγάλη σημασία στην αύξηση της αποδοτικότητας, όσοι υποστηρίζουν την κρατική παρέμβαση, χωρίς να αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα του ανταγωνισμού, δίνουν μεγάλη σημασία στην ισότητα.

*Οι κοινωνικοί σκοποί ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι οι εξής:*

Οι χρήστες να μπορούν να χρησιμοποιούν όλες τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, να μην επιβαρύνουν τους χρήστες οικονομικά και τέλος η αύξηση δαπανών να ελέγχεται. Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα έχει πετύχει μόνο στον πρώτο σκοπό.

### «Ιδανική Ασφαλιστική κάλυψη»

Όλοι έχουν το δικαίωμα να έχουν μια ασφαλιστική κάλυψη. Μια ιδανική ασφαλιστική κάλυψη υπηρεσιών υγείας πρέπει να προσφέρει: α) ολική και περιεκτική κάλυψη οικογενειών με χαμηλό εισόδημα και β) εκτεταμένη κάλυψη σε περίπτωση που μια ασθένεια ή ατύχημα καταστρέψει κάποιον οικονομικά ή μερική κάλυψη ανάλογα το εισόδημα της οικογένειας.

Η ασφαλιστική κάλυψη βέβαια έχει μειονεκτήματα, διότι όταν η ασφάλεια καλύπτει όλες τις περιπτώσεις ασθένειας, τότε δημιουργείται ελαστικότητα ζήτησης με συνέπεια αυτό να οδηγεί σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Μια τέτοια κατάσταση επιβαρύνει οικονομικά το σύστημα των Υπηρεσιών Υγείας.

### «Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων»

Καθώς η επιστήμη εξελίσσεται, εξελίσσεται και ο χώρος της υγείας, όπου οι ιατρικές πράξεις γίνονται με τα μηχανήματα πιο απλές και προσιτές στους ανθρώπους.

- 1) Ο ασθενής έχει περισσότερες γνώσεις και ευθύνες, έτσι δεν μπορεί ο ιατρός να του επιβάλλει τι να κάνει έτσι απλά.
- 2) Οι μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες, αντικαθίστανται από μικρότερα εξειδικευμένα νοσοκομεία.

- 3) Ο γενικός ιατρός αναλαμβάνει τώρα πια το ρόλο του συμβούλου και συνεργάζεται μαζί με τον ασθενή.

Για μια αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στο χώρο της υγείας πρέπει να προσέξουμε 4 σημεία:

- 1) Παραγωγή και κατανομή των επαγγελματιών υγείας (Αύξηση αριθμού ιατρών και όλοι προτιμούν ειδικότητα που προσφέρεται για δημιουργία πελατειακής σχέσης),
- 2) Την εκπαίδευσή τους – είναι στάσιμη. Θεωρία και πράξη να πάνε μαζί (νοσηλευτές),
- 3) Συνθήκες απασχόλησης. Οι γιατροί παρ' όλο που παίρνουν αυξημένο μισθό συνεχίζουν να δημιουργούν πελατειακές σχέσεις με τους ασθενείς.

Η πολιτική αμοιβή των γιατρών που εφαρμόζεται αγνοεί 4 βασικές παραδοχές.

- 1) Ο κύριος καταναλωτής ιατρικών υπηρεσιών είναι ο γιατρός που γνωρίζει και καθορίζει ποιες εξετάσεις και ποιες θεραπείες χρειάζεται ο ασθενής, και όχι ο ίδιος ο ασθενής – χρήστης.
- 2) Η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ή από κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να μην επιβαρύνει τον ασθενή – χρήστη αλλά έχει οικονομικό όφελος ο ιατρός – καταναλωτής.
- 3) Από τους τρεις παράγοντες που διαμορφώνουν την συμπεριφορά του ιατρού: γνώσεις, δεοντολογία, και τα οικονομικά κίνητρα, το τρίτο είναι ο πιο ισχυρός.
- 4) Στο χώρο της υγείας η προσφορά δημιουργεί τη ζήτηση, η ζήτηση αυτή οφείλεται στο ότι ο γιατρός με τις γνώσεις του έχει την πιο ισχυρή θέση μέσα στο σύστημα.

Για να ελέγξουμε επίσης την υπερκατανάλωση των Υπηρεσιών Υγείας, δόθηκαν οικονομικά κίνητρα που δεν βασίζονται στην παραγωγικότητα (αριθμό) αλλά στην αποτελεσματικότητα δηλαδή τη μείωση νοσηρότητας. Διότι όσο πιο υγιείς είναι οι πολίτες τόσο μειώνεται και το κόστος περίθαλψης. Έτσι καταλήγουμε στο ότι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της ασθένειας είναι σαφώς καλύτερα από τη διάγνωση και θεραπεία.

### «Ο νέος ρόλος των πολιτών»

Οι πολίτες έχουν περισσότερες γνώσεις. Μπορεί να επιλέξει τον τρόπο ζωής του, να ελέγξει την υγεία του και έχει περισσότερες απαιτήσεις. Υπάρχουν βέβαια και κίνδυνοι, π.χ. ημιμάθεια και η παραπληροφόρηση.

### **7.3 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.**

Τα χαρακτηριστικά στην υγεία της Ελλάδας είναι:

1. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι υψηλή, ενδεικτικό η υψηλή στάθμη υγείας, και τα μικρά ποσοστά θνησιμότητας,
2. Η αποδοτικότητα του συστήματος είναι χαμηλή. Γίνονται ανώφελες σπατάλες σε άχρηστες εξετάσεις, φάρμακα και θεραπείες που οδηγούν σε παραοικονομία,
3. Υπάρχουν ανισότητες, όπου δεν παρατηρούνται να είναι σε μεγάλο αριθμό.

#### **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:**

Προτάσεις για καλύτερες νέες συνθήκες που πρέπει να κάνει η πολιτεία.

1. Να περιοριστεί ο αριθμός των αδειών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, με την εφαρμογή αντικειμενικής εξέτασης με το σύστημα ECFMG,
2. Να αυξηθεί ο αριθμός των ειδικευμένων γενικών ιατρών και να μειωθεί ο αριθμός στις δημοφιλείς ειδικότητες,
3. Να καθιερωθούν έλεγχοι σε όλη τη διαδικασία εκπαίδευσης των ειδικών ιατρών, από την αρχή μέχρι και το διορισμό του, όπως και στους εκπαιδευτές να υπάρχει έλεγχος,
4. Να προσδιοριστεί με σαφήνεια ο ρόλος της Νοσηλευτικής και των άλλων επαγγελμάτων υγείας ως επιστήμες και επαγγέλματα. Και η νοσηλευτική εκπαίδευση να συνδυάζει θεωρία και πράξη,
5. Να δημιουργηθεί ένας εξωκυβερνητικός οργανισμός που να προωθεί το πρόγραμμα της αγωγής υγείας,
6. Να δημιουργηθεί ένα κέντρο έρευνας Υπηρεσιών Υγείας που να συνεργάζεται με όλους τους επιστήμονες υγείας.

#### **ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ**

Στο σύστημα υγείας υπάρχουν πολλά ελλείμματα, όπως το λογιστικό, το οικονομικό και κοινωνικό έλλειμμα. Ο πληθυσμός ασφαρίζεται για παροχή υγείας και στα ταμεία αυτά πληρώνονται ειδικές εισφορές, ειδικά για την παροχή υγείας σε είδος, δηλαδή πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η νοσοκομειακή περίθαλψη χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά δυστυχώς παρατηρήθηκε ότι οι δαπάνες για την περίθαλψη είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων, έτσι τα ταμεία αυτά ήταν στα πρόθυρα χρεοκοπίας.

Σ' αυτό βέβαια έπαιξε ρόλο και το ότι λόγω του αυξημένου πληθωρισμού, αυξήθηκε κι' άλλο το κόστος νοσηλείας. Επειδή όμως και τα ελλείμματα στο νοσοκομείο αυξήθηκαν, η κυβέρνηση άρχισε να τα καλύπτει με επιχορηγήσεις, χωρίς όμως να αλλάξει τίποτα. Ουσιαστικά τα χρήματα «Μεταφερόταν από την τσέπη του δημοσίου στην άλλη»



## **ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ Ε.Φ.Υ.**

Ο ενιαίος φορέας υγείας με την εφαρμογή του άρθρου 16 Νόμο 1397/83 θα μπορούσε να αποτελέσει την αφετηρία του ελεγχόμενου ανταγωνισμού.

Έτσι με μια σειρά μέτρων για την οργάνωση και χρηματοδότηση με σκοπό να μειωθούν τα μειονεκτήματα της αγοράς και να αυξηθούν τα πλεονεκτήματά της για καλύτερη απόδοση και ισότητα ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός βασίζεται στην αναγνώριση ότι η αγορά Υπηρεσιών Υγείας περιλαμβάνει 3 μέρη: Τους καταναλωτές, τους προμηθευτές και τους χρηματοδότες.

Το συμπέρασμα είναι: Οτι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς, ιδιαίτερα στην πλευρά της προσφοράς, μπορεί να συνεισφέρει στην αναζήτηση αποδοτικότητας των προμηθευτών και τη συγκράτηση του κόστους των Υπηρεσιών Υγείας.

Βέβαια απαιτείται ισορροπία μεταξύ της ανεξέλεγκτης προσφοράς και ζήτησης για να έχουμε μια καλή απόδοση με συγκρατημένο οικονομικό κόστος.

Ο περιορισμός και έλεγχος της ζήτησης δεν μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη χρηματοδότηση. Απαιτείται συνολική πολιτική από πλευράς κεντρικής διοίκησης με σειρά μέτρων (Ελέγχους). Με λίγα λόγια μια πετυχημένη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ανεπαρκή, εθνική πολιτική υγείας. Η επιτυχία του εξαρτάται από τη σταθερότητα της πολιτικής βούλησης και τη διαπραγματεύση μεταξύ κεντρικής διοίκησης και ασφαλιστικών φορέων. Η μεταρρύθμιση δεν μπορεί να επιτευχθεί διοικητικά και αυθαίρετα, αλλά με τη βούληση και την ενεργό συμμετοχή των ασφαλιστικών φορέων.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ**

Η έκθεση ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων, συμπεραίνει ότι, οι ασφαλιστικοί φορείς για να καλύψουν τους ασφαλισμένους τους αλλά και τις ατέλειες του Ε.Σ.Υ., όλο και διευρύνονται. Ακόμα πιστεύει ότι η αξιολόγηση και ο ποιοτικός έλεγχος πρέπει να γίνεται από τα αρμόδια ιδρύματα (Πανεπιστήμιο, πολυτεχνείο, ινστιτούτα), με τον έλεγχο και την υποτροπή του φορέα. Τέλος επιμένει στην αναγκαιότητα του κατάλληλου διαπραγματευτικού κλίματος, μεταξύ φορέων κοινωνικής ασφάλισης και κεντρικής διοίκησης.

Προτείνεται πιλοτική εφαρμογή με παράλληλη συγκρότηση επιστημονικό – τεχνικής επιτροπής εφαρμογής και αξιολόγησης του εγχειρήματος με στόχο παρακολούθηση και ανάλυση αποτελεσμάτων ώστε να αποφευχθούν λάθη παρελθόντος.

## **7.4 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Το πλαίσιο της προτεινόμενης πολιτικής υγείας που έχει υιοθετηθεί και από τις χώρες του είναι: 1) Επαρκής και ισοδύναμη πρόσβαση όλων των πολιτών. 2) Μακροοικονομική αποδοτικότητα: το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να υπερβαίνει το κόστος των εθνικών πόρων. 3) Μικροοικονομική

αποδοτικότητα: η σύνθεση των υπηρεσιών υγείας που επιλέγονται θα πρέπει να είναι και αποτελεσματική και οικονομική.

## **7.5 ΟΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι ζήτημα υγειονομικών υπηρεσιών και ενδιαφέρει ολόκληρη την οικονομική πολιτική. Αυτό, διότι το επίπεδο εισφορών τόσο στην περίπτωση κοινωνικής ασφάλισης όσο και των φορολογικών συντελεστών επηρεάζουν την οικονομική πολιτική. Επίσης τα κριτήρια ισότητας και αποτελεσματικότητας εξαρτώνται από τη σύνθεση πηγών χρηματοδότησης.

Σε μια πρόσφατη μελέτη (Κυριόπουλος – Νιάκας 1991), υποστηρίζεται ότι η δεδομένη σύνθεση πηγών χρηματοδότησης είναι κοινωνικά άδικη. Έτσι προτείνεται επιβολή ασφάλιστρου σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες (αγρότες) και αύξηση εισφορών σε άλλες ομάδες (π.χ. ελεύθερους επαγγελματίες. Τέλος το 1993 με το 2054/92 καθιερώθηκε τριμερής χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης για τους νέους εργαζόμενους (εισφορά εργαζόμενου, εργοδότη, κράτους).

Η ανάγκη για αυτονομία των ασφαλιστικών οργανισμών οδήγησε στο να αυξήσει τα ασφάλιστρα και να χρηματοδοτεί άμεσα τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με τη συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού.

Εκτός από τα παραπάνω, όλοι οι πολίτες που ανήκουν ασφαλιστικά στο ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, Δημόσιο, ΤΑΕ και είναι μέλη του ενοποιημένου Ταμείου Υγείας, θα έχουν ίση πρόσβαση στην Π.Φ.Υ., χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Βέβαια εκτός από τις παραπάνω δαπάνες υπάρχουν και οι ιδιωτικές δαπάνες που επιβαρύνουν το διαθέσιμο εισόδημα και θα αντικατασταθούν με τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Το ερώτημα είναι: ο ιδιωτικός τομέας θα λειτουργήσει στο μέλλον συμπληρωματικά, ανταγωνιστικά ή θα απορροφηθεί από το δημόσιο τομέα;

Για τη μείωση τώρα, των δαπανών θα πρέπει να μειωθεί η φαρμακευτική αλόγιστη κατανάλωση και διαγνωστικές εξετάσεις, να υπάρχει έλεγχος και καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών. Υπάρχουν όμως δύο ενστάσεις σ' αυτό το ζήτημα: 1<sup>ο</sup> σχετίζεται με την αύξηση δαπανών υγείας που θα απαιτήσει η αύξηση των παροχών, η επέκταση του εύρους των υγειονομικών υπηρεσιών και η επαρκής κάλυψη του πληθυσμού. Και η δεύτερη αφορά τις δυνατότητες για έλεγχο και συγκράτηση κόστους.

## **7.6. ΒΑΣΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.**

Το πρόβλημα είναι ότι σπανίζουν οι πόροι. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία ενός αποδοτικού συστήματος υγείας θεωρούνται:

1. Η ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και η δημιουργία ενοποιημένου ταμείου υγείας (Τα νοσοκομεία είναι υπόλογα στο Ε.Τ.Υ.),

2. Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με την ανάπτυξη και καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού,
3. Αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομείων με αλλαγή του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και αμοιβών του προσωπικού (Μονιμότητα – χαμηλός μισθός).

Κάποιες προτάσεις είναι: Να πληρώνονται οι εργαζόμενοι κατά πράξη για να αυξηθεί η παραγωγικότητα και άλλη πρόταση, τα νοσοκομεία να χρηματοδοτούνται μέσω σφαιρικού ετήσιου προϋπολογισμού, άρα θα έχουν καθορίσει από πριν το ποσό των χρημάτων που θα χρειαστούν.

Όλα αυτά τα μέτρα και προτάσεις όμως βγήκαν ελαττωματικές και όχι όπως τις περιμέναμε.

# 8

## ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

- *Εισαγωγή*
- *Υπηρεσία προσωπικού*
- *Υπολογισμός αριθμού και σύνθεσης νοσηλευτικού προσωπικού*
- *Μέθοδοι στελέχωσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*
- *Πλαίσιο στελέχωσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*
- *Προγράμματα υπηρεσίας*
- *Στόχοι προγράμματος υπηρεσίας*

## ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

### 8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στελέχωση περιλαμβάνει επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρησή του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση. Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός των απαιτήσεων κάθε θέσης, ο οποίος εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα όπως εκπαίδευση, πείρα, ατομικά χαρακτηριστικά κ.τ.λ.. Αυτά χρησιμοποιούνται σαν βάση για την προσέλκυση, επιλογή, πρόσληψη, αμοιβή και κατάρτιση των στελεχών και γενικά του προσωπικού που στελεχώνει τη σχεδιασθείσα οργανωτική διάρθρωση.

Η στελέχωση προσδιορίζει το σύστημα εργασίας και καθορίζει τα προγράμματα προσωπικού ενώ πολύ παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για το σχεδιασμό της στελέχωσης.

### 8.2 ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι ανθρώπινες σχέσεις αποβλέπουν στην δημιουργία υπόβαθρου και κλήματος, τα οποία είναι ενισχυτικά των προσπαθειών της υπηρεσίας, για να επιτύχουν αποτελέσματα με την κατάλληλη και ορθολογιστική μεταχείριση του ανθρώπινου παράγοντα. Αυτό όλο αποτελεί την κύρια ευθύνη της υπηρεσίας προσωπικού.

Επιπλέον, η υπηρεσία προσωπικού έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα, και είναι επιτελική λειτουργία. Εισηγείται και υποδεικνύει στην διοίκηση τους τομείς πολιτικής, η οποία πρέπει να καθιερωθεί σε θέματα προσωπικού. Γενικά, αποτελεί τον θεωρητικό ερμηνευτή των θεμάτων και προβλημάτων προσωπικού στη διοίκηση και στους αρμόδιους προϊστάμενους.

Η υπηρεσία του προσωπικού τηρεί αρχεία που έχουν να κάνουν με τους ατομικούς υπηρεσιακούς φακέλους του προσωπικού, από την ημερομηνία της πρόσληψης μέχρι και την συνταξιοδότηση.

Το αντικείμενο της υπηρεσίας προσωπικού διακρίνεται σε τρία σκέλη:

1. Στην υπηρεσιακή εξέλιξη (Βαθμολογική, μισθολογική, προαγωγή, κλιμάκια),
2. Άδειες (Κανονικές, αναρρωτικές, εκπαιδευτικές, τοκετού, κ.α. δηλαδή παρακολουθεί και ελέγχει να μην γίνεται υπέρβαση ή να μην χάνει την άδειά του κάθε εργαζόμενος),

3. Πειθαρχική διαδικασία (Παρακολουθεί αν οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς ή όχι στις υποχρεώσεις τους, και οι μη συνεπείς καταχωρούνται στον υποφάκελο πειθαρχικής διαδικασίας),
4. Προσόντα ( Ατομική εργασία, συμμετοχή σε σεμινάρια, κ.α.).

Η νοσηλευτική διοίκηση συνεργάζεται στενά με την υπηρεσία προσωπικού, διότι απασχολεί το μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων του ιδρύματος, κυρίως για την προσπάθεια προσέλκυσης και διατήρησης κατάλληλων νοσηλευτών, που αυτό είναι και ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα. Σκοπός της νοσηλευτικής διοίκησης είναι η εύρεση και πρόσληψη ικανών νοσηλευτών για αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών.

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

Τα κύρια στοιχεία της στελέχωσης είναι:

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

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

1. Η νοσηλευτική μονάδα δεν θα συνεχίζει να νοσηλεύει τον ίδιο αριθμό και τύπο αρρώστων για όλη την περίοδο που θα λειτουργεί,
2. Οι ανάγκες των αρρώστων μπορεί να υπολογίζονται κατά μέσο όρο, κατά μονάδα, σε ημερήσια βάση και να μετατραπούν στον απαιτούμενο αριθμό όρων νοσηλείας, σύμφωνα με τον καθορισθέντα αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού,
3. Ο μετατραπείς αριθμός ωρών νοσηλείας θα μένει σχετικά ίδιος από μέρα σε μέρα,
4. Ο αριθμός και σύνθεση προσωπικού θα είναι σταθερά.

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

Ο υπολογισμός πρόσληψης για την κάλυψη μιας θέσης νοσηλευτή, σε πρωινό ωράριο νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να γίνει με τον παρακάτω τρόπο:

- Κάθε νοσηλευτής εργάζεται ορισμένο αριθμό ημερών τον χρόνο π.χ. Πίνακας με δικό μας παράδειγμα:

## Στελέχωση για μια θέση νοσηλευτή στη μονάδα X

A. Αφαίρεση ημερών μη εργασίας όλο το έτος για 1 θέση προσωπικού πλήρους απασχόλησης.	364 ημέρες (υπολ. 52 εβδομάδες)
	-140 ημερήσιες (2 Η εβδ. X 52 εβδ.)
	<hr/> 260 ημέρες υπόλοιπο
	-10 ημέρες αργίες
	<hr/> 250 ημέρες υπόλοιπο
	-5 ημέρες ασθένεια
	<hr/> 245 ημέρες υπόλοιπο
<b>B. Διαίρεση του έτους δια των ημερών πραγματικής</b>	-5 ημέρες εκπαιδευτική άδεια
	<hr/> 240 ημέρες υπόλοιπο
	-20 ημέρες κανονική άδεια
	<hr/> 220 ημέρες = σύνολο ημερών εργασίας

- Με την διαίρεση των ημερών του έτους δια του αριθμού των ημερών εργασίας του νοσηλευτή βρίσκεται ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού κάλυψη μιας θέσης για το έτος με πλήρη απασχόληση.

Το πλαίσιο στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να είναι το αποτέλεσμα αφενός μεν προσεκτικής εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αφετέρου δε του αριθμού και της κατηγορίας του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για να καλύψει αυτές τις ανάγκες. Η ισορροπία και των δυο αυτών μεταβλητών εξασφαλίζεται με την μελέτη και τον υπολογισμό των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Είναι οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη, την εφαρμογή, και σταθερότητα ενός προτύπου στελέχωσης για κάλυψη σύγχρονων και προβλεπόμενων αναγκών νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου στο οποίο θα εφαρμοστεί.

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

Άρα διάφοροι παράγοντες, φυσική, κοινωνικοοικονομική, πολιτική επηρεάζουν την στελέχωση. Κάποιος από αυτούς μπορεί να ελεγχθούν και να προβλεφθούν, αλλά είναι δύσκολο να ελεγχθούν. Ο έλεγχος

γίνεται ακόμα πιο δύσκολος γιατί κάθε οργανισμός υγείας παρουσιάζει μοναδικότητα. Μοναδικότητα ως προς την δομή του πληθυσμού, τον τύπο νοσηρότητας και θνητότητας, τις πολιτιστικές αξίες, τις πολιτικές τοποθετήσεις, τις πηγές που διαθέτει, και τον ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης.

Όπως προαναφέραμε, κύριο μέλημα της νοσηλευτικής διοίκησης είναι η πρόσληψη και παραμονή ικανών νοσηλευτών για την αποτελεσματική στελέχωση των υπηρεσιών. Η συνηθισμένη διαδικασία πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού μετά την προκήρυξη θέσεων είναι:

1. Προσέλκυση ικανών νοσηλευτών. Δηλαδή:
  - Σωματική διάπλαση,
  - Μόρφωση,
  - Γενική εκπαίδευση και κατάρτιση,
  - Νοημοσύνη και γενικά διανοητικό επίπεδο,
  - Ειδικά ταλέντα ή προσόντα,
  - Ενδιαφέροντα,
  - Στάση και θέση υποψηφίου στο κοινωνικό σύνολο.
2. Προσεκτική εξέταση των δικαιολογητικών (αν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα καλύπτουν τις απαιτήσεις της θέσης), του βιολογικού σημειώματος και των συστατικών επιστολών.
3. Συνέντευξη επιβεβαίωσης της καταλληλότητας του υποψηφίου για την κατάληψη της θέσης καθώς και την δυνατότητα εξέλιξης. Θέματα που μπορεί να διερευνηθούν με την συνέντευξη είναι:
  - Εκπαίδευση,
  - Προηγούμενη εργασία – αίτια αλλαγής,
  - Αντιμετώπιση κόπωσης – stress,
  - Προσωπικές και οικογενειακές εμπειρίες,
  - Επιστημονική και επαγγελματική στόχοι.

Η συνέντευξη διενεργείται:

- Κατά τον τύπο της παραδοσιακής μορφής, από ένα μόνο υπεύθυνο άτομο, κατά την οποία ο υποψήφιος, ο υποβαλλόμενος στην συνέντευξη ενθαρρύνεται να μιλάει ελεύθερα για θέματα τα οποία θεωρούνται σχετικά. Στην περίπτωση αυτή ο βασικός ρόλος του υπεύθυνου της συνέντευξης είναι να υποβοηθήσει τον υποψήφιο στην εκδήλωση των συναισθημάτων του.
- Είτε υπό ειδικής επιτροπής ή ομάδος, αποτελούμενη από δυο ή περισσότερα άτομα. Ο υποψήφιος υποβάλλεται κατά σειρά σε σχετικές ερωτήσεις από κάθε μέλος της επιτροπής.

Η προσωπική συνέντευξη θεωρείται ως μοναδική και περισσότερο ευρέως χρησιμοποιημένη μέθοδοι για την επιλογή κατάλληλου προσωπικού.

Τα χαρακτηριστικά μιας καλής συνέντευξης είναι:

1. Ο αριθμός των μελών της επιτροπής και την σύνθεση αυτής. Ο αριθμός των μελών δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερος από ότι επιβάλλεται στην συγκεκριμένη περίπτωση, κρίνεται όμως απαραίτητη η συμμετοχή στην ομάδα επιλογής ενός εκπροσώπου ή του προϊστάμενου της υπηρεσίας,



2. Η βασική σκοποί της ομάδας, επιλογή είναι:
  - Η εξακρίβωση των προσόντων
  - Δίκαιη εκτίμηση των υποψηφίων
3. Η ενημέρωση και η πληροφόρηση των ενδιαφερόμενων υποψηφίων για τα προσόντα τα οποία πρέπει να έχουν, για την συγκεκριμένη εργασία, αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την πλήρη περιγραφή των απαιτήσεων της εργασίας,
4. Στην κατάρτιση καταλόγου υποψηφίων που συγκεντρώνουν όλα τα τυπικά προσόντα και εκ τούτου δύναται να προχωρήσουν στην ιδιαίτερη συνέντευξη,
5. Στην κοινή ακολούθησα τακτική και μέθοδο εκτίμηση των υποψηφίων, ο πρόεδρος της επιτροπής εισηγείται στα μέλη μια κοινή γραμμή αξιολόγησης των υποψηφίων, η οποία κατά σύμφωνη γνώμη θα χρησιμοποιηθεί από όλα τα μέλη της επιτροπής,
6. Το κατάλληλο περιβάλλον, όπου θα γίνει η συνέντευξη, αυτό έχει μεγάλη σημασία για τον υποψήφιο. Ο άνετος και ευχάριστος τόπος αναμονής, για τον υποψήφιο, ο οποίος διακατέχεται από stress και νευρικότητα, τον βοηθά να ηρεμήσει και να αισθάνεται άνετος, επίσης θα πρέπει να επιλέγεται ένας ήσυχος χώρος όπου θα παρέχει τη δυνατότητα στον υποψήφιο της επιβαλλόμενης αυτοσυγκέντρωσης κατά την ώρα αυτή, αλλά και της ελεύθερης επικοινωνίας αυτού με την επιτροπή, χωρίς διακοπές σε μια ατμόσφαιρα φιλική ώστε ο υποψήφιος να αισθάνεται άνετος και ελεύθερος,

Ο πρόεδρος της επιτροπής, έχει καθήκον να ενθαρρύνει τη συζήτηση για γενικά θέματα ώστε να επιτευχθεί ένας βαθμός καλής επικοινωνίας μεταξύ επιτροπής και υποψηφίων. Η αξιολόγηση του υποψηφίου έχει ήδη αρχίσει από τη στιγμή της παρουσιάσεως αυτού, ενώπιον της επιτροπής και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της συνέντευξης. Η επιτροπή στη συνέχεια ακολουθεί ένα συστηματικότερο τρόπο, όπου επιβάλει στον υποψήφιο ερωτήσεις σχετικών θεμάτων, οι οποίες ερωτήσεις πρέπει να είναι έμμεσες ώστε ο υποψήφιος να μην απαντά απλώς με ένα ναι ή ένα όχι.

Τα αποτελέσματα ης συνέντευξης πρέπει να ανακοινωθούν σε όλους του συμμετέχοντες: α) ενημερώνονται οι επιτυχόντες υποψήφιοι για το διορισμό τους, ώστε να προσκομίσουν συμπληρωματικά πιστοποιητικά, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων και καθορίζεται ο χρόνος και η ημερομηνία έναρξης της εργασίας τους, β) κοινοποιείται στους μη επιτυχόντες υποψηφίους, ότι οι αιτήσεις τους δεν έγιναν δεκτές και τέλος τους ευχαριστούμε για την υποβολή των αιτήσεών τους και την προσέλευσή τους.

Η επιτυχία μιας επιτυχής συνέντευξης έγκειται:

- ✓ Στην κατάλληλη προετοιμασία,
- ✓ Στο αποτέλεσμα.

### 8.3 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία εξαρτάτε από πολλούς παράγοντες όπως: τα σύγχρονα κτίρια – τον άρτιο και σύγχρονο εξοπλισμό, αλλά και σε σημαντικό παράγοντα το ανθρώπινο δυναμικό.

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

Όπως σε κάθε οργανισμό, έτσι και στα νοσοκομεία, γίνονται προγραμματισμοί, θέτονται αντικειμενικοί σκοποί, επιλέγεται και τοποθετείται κατάλληλο και επαρκές προσωπικό και εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία στα πλαίσια της οργάνωσης για επίτευξη των σκοπών τους.

Η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται συνεχώς. Ο προγραμματισμός και οι σκοποί αναθεωρούνται και τροποποιούνται σύμφωνα με τις υπάρχουσες ανάγκες.

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

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

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

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

Στην εκτίμηση της ζήτησης, δηλαδή ποιες είναι οι πραγματικές ανάγκες και πως καλύπτονται, εμπλέκονται πολλοί παράγοντες που επιδρούν ποσοτικά και ποιοτικά στην ζήτησή τους οι βασική παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση είναι:

- Δημογραφική: περιλαμβάνουν τον πληθυσμό, την κατανομή, πυκνότητα, ρυθμό ανάπτυξης και μετακίνησης,

- ❑ Οικονομική, με συσχέτιση εισοδήματος και ζήτησης υπηρεσιών,
- ❑ Κοινωνική και πολιτιστική, που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό ενημέρωσης του κοινού για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας,
- ❑ Κατάσταση υγείας που είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ζήτηση,
- ❑ Προσιτότητα και προσβατότητα ανάλογα με την διευκόλυνση ή περιορισμό χρήσης των υπηρεσιών,
- ❑ Διαθεσιμότητα πηγών ή πόρων ανθρώπινων και υλικών, η περίσσεια ή ο περιορισμός των οποίων αυξάνει ή ελαττώνει τη ζήτηση υπηρεσιών,
- ❑ Τεχνολογία στο χώρο της υγείας, το επίπεδο της οποίας έχει άμεση επίπτωση στις προσφερόμενες υπηρεσίες και στο προσωπικό που την παρέχει.

Από αυτούς τους παράγοντες λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να μελετηθούν και να ελεγχθούν λόγω της πολυπλοκότητας και της αλληλεξάρτησης μεταξύ τους και με άλλους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες.

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

1. Σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας
2. Σύμφωνα με τους στόχους υπηρεσιών,
3. Σύμφωνα με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας,
4. Σύμφωνα με τις αναλογίες προσωπικού υγείας και πληθυσμού.

Οι τρεις πρώτες μέθοδοι μετατρέπουν τον πληθυσμό με ειδικές ανάγκες σε απαραίτητες υπηρεσίες υγείας για την κάλυψή τους. Έπειτα αυτές οι υπηρεσίες μετατρέπονται σε ανθρώπινο δυναμικό. Η τέταρτη μέθοδος σχέση προσωπικού / πληθυσμού, μετατρέπει τον πληθυσμό κατευθείαν σε αναγκαίο προσωπικό.

Η χρησιμοποίηση και των τεσσάρων μεθοδολογικών προσεγγίσεων είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν για τον υπολογισμό κάθε κατηγορίας δυναμικού υγείας σε εθνικό επίπεδο. Με εκλεκτικούς δε συνδυασμούς των μεθόδων αυτών και με την χρήση γνώσεων τεχνικών, μπορεί να υπολογιστεί ο αριθμός του απαιτούμενου νοσηλευτικού προσωπικού για την στελέχωση νοσοκομείων.

## **8.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

*(Α) Σχέση πληθυσμού προς νοσηλευτικό προσωπικό:* Χρησιμοποιείται ευρεία λόγω της απλότητάς της, το χαμηλό κόστος και την ευκολία με την οποία ερμηνεύεται αποτελεί γενικό δείκτη σύγκρισης του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας με άλλες χώρες. Για την ίδια χώρα είναι χρήσιμη μόνο, όταν νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας είναι κατανομημένα κατά τον ίδιο τρόπο σε όλη τη χώρα. Για την εφαρμογή της πρέπει να υπάρχουν τρία είδη πληροφοριών:

- Ο αριθμός του ενεργού νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας,
- Ο επιθυμητός αριθμός και η κατάλληλη σύνθεση του προσωπικού,

- Ο πληθυσμός της χώρας.

**(B) Πρότυπα καλής υπηρεσίας:** Νοσηλευτικές μονάδες μιας περιοχής ή χώρας που διαπιστώθηκε ότι λειτουργούν καλά με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού χρησιμοποιούνται σαν βάση για την στελέχωση παρόμοιων μονάδων πλεονεκτήματα αυτής είναι ότι βασίζεται στην πραγματικότητα. Όμως η επιτυχία της σε μια περιοχή μπορεί να οφείλεται στην επίδραση ατόμων, σχέσεων ή άλλων παραγόντων, που είναι ίσως δύσκολο να ισχύσουν το ίδιο και σε άλλη περιοχή / κατάσταση. Τα κριτήρια στα οποία βασίζεται για την εκτίμηση των αναγκών σε νοσηλευτικό δυναμικό είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα ειδικού πληθυσμού,
- Αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη,
- Αναλογία μεταξύ επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού.

**(Γ) Ανάλυση επικεντρωμένη στο προσωπικό:** Για τον καθορισμό απασχόλησης των νοσηλευτών χρησιμοποιούνται δυο είδη μελετών:

α) Μελέτες χρόνου: Υπολογίζεται ο χρόνος που ο νοσηλευτής ασχολείται στα διάφορα προγράμματα π.χ. σχολική – επαγγελματική υγιεινή, μητρότητα ή σε ειδικές εργασίες, χορήγηση φαρμάκων και διάφορες νοσηλείες,

β) Μελέτες χρησιμοποίησης ή δραστηριότητας: Εκτός από τον υπολογισμό χρόνου απασχόλησης παρουσιάζουν αν το προσωπικό χρησιμοποιείται σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης για το οποίο έχει προετοιμασθεί. Ο περιορισμός αυτής η ανεπαρκής ή και η αδύνατη εκτίμηση σχέσης προσωπικού και ποιότητας φροντίδας, καθώς και το υψηλό σχετικό κόστος του επιστημονικού προσωπικού.

**(Δ) Ανάλυση επικεντρωμένη στον άρρωστο:** Συνήθως οι άρρωστοι ταξινομούνται σε τρεις ή τέσσερις κατηγορίες με βάση την βαρύτητα της κατάστασής τους και άλλα χαρακτηριστικά. Μερικές ονομασίες των μεθόδων είναι:

- Ταξινόμηση αρρώστων κατά ομάδες,
- Σύστημα ταξινόμησης αρρώστων.

Οι ασθενείς τοποθετούνται σε μονάδες προοδευτικής φροντίδας ανάλογα με τον βαθμό νοσηλευτικής εξάρτησης, που καθορίζεται με ειδική κλίμακα και το χρόνο απασχόλησης των νοσηλευτών.

**(E) Για τον καθορισμό του αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο ή ένα ίδρυμα.**  
Ακολουθείται η εξής διαδικασία:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός αρρώστων με τον μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου και με τις τριάντα έξη ημέρες του έτους. Το τεχνικό αποτέλεσμα εκφράζει το χρόνο που χρειάζεται το ίδρυμα για να καλύψει τις συνολικές ανάγκες π.χ. διακόσιοι άρρωστοι το έτος έτσι:

$$200 \times 1,85 \times 364 = 134.680 \text{ ώρες.}$$

- Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες νοσηλευτή ετήσια. Αφαιρούνται από τις τριακόσιες εξήντα τέσσερις ημέρες οι μη εργάσιμες όπως εβδομαδιαίες ημέρες. Ετήσιες άδειες είκοσι δυο, αργίες δώδεκα και είκοσι μέρες ημέρες για ασθένεια, εκπαίδευση, μητρότητα κ.α. Σύνολο εκατόν πενήντα οκτώ, δηλαδή:  $364 - 158 = 206$  εργάσιμες ημέρες. Οι πραγματικές εργάσιμες πολλαπλασιάζονται με τις ώρες ημερήσιας εργασίας. Το αποτέλεσμα εκφράζει τις ετήσιες εργάσιμες ώρες κάθε νοσηλευτή:  $206 \times 7,5 = 1.545$  ώρες για κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Το αποτέλεσμα του (1) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (2) για να προκύψει ο απαιτούμενος αριθμός που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα  $134.680:1.545=87$  νοσηλευτές.

Η μέθοδος αυτή δείχνει με μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να παρέχεται ασφαλή νοσηλευτική φροντίδα που βασίζεται μόνο στην φυσική εξάρτηση των αρρώστων, παραβλέποντας τις πολυσύνθετες του, πρόσθετες ανάγκες λόγω της ασθένειας, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές, όπως επίσης και μεταβολή της κατάστασής του. Άλλο μεγάλο μειονέκτημα είναι: ότι υπολογίζονται μόνο άρρωστοι χωρίς να περιλαμβάνονται οι άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες που απασχολούν το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως χειρουργεία, εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαστήρια, διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, επίβλεψη, συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού.

Ο ακριβής προσδιορισμός αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού απαιτεί προσεκτική μελέτη πολλών και αστάθμητων παραγόντων, που είναι ειδική για τη χώρα ή και το ίδρυμα.

## 8.5 ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ένα θεωρητικό πλαίσιο στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών ελληνικού γενικού νοσοκομείου χιλίων διακοσίων κρεβατιών έχει συνταχθεί και δοκιμαστεί μετά από έρευνα ειδικών παραγόντων που το επηρεάζουν. Το σχέδιο – πλαίσιο στελέχωσης θεωρείται κατάλληλο και για άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας με παρόμοιες συνθήκες. Το θεωρητικό πλαίσιο στελέχωσης βασίζεται σε σύνθεση των εξής μεθόδων και τεχνικών:

- Με την εφαρμογή της τεχνικής “ανάλυση επικεντρωμένη στο προσωπικό” εντοπίστηκαν προβλήματα χρησιμοποίησης νοσηλευτικών στελεχών και αντιμετωπίστηκαν οργανωτικές και λειτουργικές δυσκολίες,
- Με τη μέθοδο “πρότυπα καλής υπηρεσίας” καθορίστηκε ο αριθμός και η σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού που καλύπτει τις ανάγκες του νοσοκομείου σε εικοσιτετράωρη βάση,
- Με τα ευρήματα αναδρομικής μελέτης (περιόδου δέκα ετών) που έγινε στο συγκεκριμένο ίδρυμα κι αφορούσε την διερεύνηση των εξής προβλημάτων:
  - Τον αριθμό και σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού που στελέχωσε το νοσοκομείο σε μια δεκαετία,

- Τις απουσίες νοσηλευτών και βοηθών από διάφορες αιτίες στην αντίστοιχη χρονική περίοδο,
- Τις αλλαγές που συνέβησαν στην οργανωτική και λειτουργική δομή του ιδρύματος στην ίδια χρονική περίοδο και άλλους παράγοντες.

## 8.6 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Είναι το τελικό βήμα του συστήματος με το οποίο οι εργαζόμενοι τοποθετούνται σε ορισμένες ημέρες και ώρες εργασίας. Το πρόγραμμα προσπαθεί να ακολουθήσει το υπόδειγμα στελέχωσης χρησιμοποιώντας τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο συγκεκριμένο τμήμα, σύμφωνα με τον προγραμματισμό στελέχωσης. Κύριος στόχος είναι η ισορροπία και η κατάλληλη κατανομή των εργαζομένων.

Η σύνταξη του εβδομαδιαίου προγράμματος υπηρεσίας του προσωπικού είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση. Υπάρχουν πολλοί τρόποι σύνταξης: μόνιμων ωραρίων, - κυκλικών ωραρίων, - εναλλασσομένων με αρκετά προβλήματα όμως, λόγω διάφορων αναγκών του προσωπικού. Γι' αυτό πρέπει να ιεραρχούνε οι ανάγκες και να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες.

Ορισμένοι χρησιμοποιούν το κεντρικό πρόγραμμα, που συντάσσεται από ένα άτομο στο γραφείο διεύθυνσης για όλο το προσωπικό, όλων των τμημάτων και μονάδων. Άλλοι χρησιμοποιούν το αποκεντρωτικό πρόγραμμα που γίνεται από τον προϊστάμενο σε κάθε τμήμα ή μονάδα και με τους δυο τρόπους χρησιμοποιείται το σύστημα μόνιμων ωραρίων, το κυκλικό ωράριο ή άλλες τεχνικές μηχανογραφήσεις. Υπάρχουν μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα και στο κεντρικό και στο αποκεντρωτικό σύστημα κατάρτισης του προγράμματος. Ανεξάρτητα από το ποιος συντάσσει το πρόγραμμα και τι τύπος χρησιμοποιείται, οι στόχοι είναι ίδιοι και συνοψίζονται ως εξής:

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

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

## 8.7 ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

---

1. Πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας του τμήματος και της μονάδας, ειδικά εκείνων που αναφέρονται στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.
  2. Ακριβής συνδυασμός των αναγκών της μονάδας με τον αριθμό και τις ικανότητες του προσωπικού.
  3. Χρησιμοποίηση του προσωπικού στον ανώτατο βαθμό.
  4. Ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων.
  5. Κατάλληλη χρησιμοποίηση της επαγγελματικής εμπειρίας και των γνώσεων.
  6. Ικανοποίηση του προσωπικού ως προς το ωράριο εργασίας και ως προς την αμεροληψία του προγράμματος.
  7. Διατήρηση ελαστικότητας για κάλυψη αναγκών των αρρώστων παρ' όλη την προσπάθεια που θα καταβάλλεται, ώστε οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν το ωράριο εργασίας τους έγκαιρα.
  8. Εξέταση και μελέτη των ειδικών αναγκών του προσωπικού και των αρρώστων.
-

# 9

## ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. Σύνθεση Ν.Υ.
2. Νοσηλευτικό τμήμα ή μονάδα
3. Σκοποί νοσηλευτικού τμήματος
4. Προσόντα – ευθύνες – καθήκοντα νοσηλευτών
5. Προσόντα – καθήκοντα βοηθού νοσοκόμου
6. Καθήκοντα βοηθών θαλάμου
7. Προσόντα – ευθύνες – καθήκοντα προϊσταμένου κλινικού τομέα
8. Οι σημαντικότερες υπηρεσίες, με τις οποίες επικοινωνεί το νοσηλευτικό τμήμα
9. Σχέσεις νοσηλευτικού τμήματος με την γενική αποθήκη υλικού χρήσεως και την αποθήκη αναλώσιμου υλικού
10. επίλογος



### 9.1. ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

**Οι κατηγορίες και οι κλάδοι, που συνθέτουν τη Ν. Υ. είναι:**

1<sup>η</sup> κατηγορία: Π.Ε. Νοσηλευτών/ τριών.

Η φοίτηση τους είναι τετραετής και χωρίζεται σε 8 εξάμηνα, με διδασκαλία 13 εβδομάδων στο κάθε εξάμηνο. Οι πανεπιστημίου νοσηλευτές διαθέτουν ολοκληρωμένη μόρφωση στο πλαίσιο θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης, στη φροντίδα υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, ενώ παράλληλα, συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα, που αφορά το χώρο υγείας.

2<sup>η</sup> κατηγορία: Τ.Ε. όπου ανήκουν:

Ο κλάδος Τ.Ε. Νοσηλευτών/ τριών,

Ο κλάδος Τ.Ε. Μαιών/ υτών,

Ο κλάδος Τ.Ε. Επισκεπτριών/ υτών,

Ο κλάδος Τ.Ε. Βρεφοκόμων- Νηπιοκόμων.

Έχουν ανώτερη εκπαίδευση, η φοίτηση τους είναι τετραετής και χωρίζεται σε 7 εξάμηνα συν 1 πρακτικής εξάσκησης. Με το θεωρητικό μάθημα, οι νοσηλευτές Τ.Ε. διαθέτουν γνώσεις από τις φυσικές, βιολογικές, κοινωνικές επιστήμες και από την ιατρική, ενώ με την κλινική διδασκαλία και άσκηση διαθέτουν γνώσεις πάνω στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διδασκαλία και την επίβλεψη και, τέλος, αποκτούν εμπειρία πάνω στη νοσηλεία του αρρώστου.

3<sup>η</sup> κατηγορία: Δ.Ε. όπου ανήκουν:

Ο κλάδος ΔΕ βοηθών νοσοκόμων/ τριών

Ο κλάδος ΔΕ πρακτικών νοσοκόμων/ τριών

Ο κλάδος ΔΕ βοηθών βρεφοκόμων/ νηπιοκόμων

Ο κλάδος ΔΕ Γραμματέων νοσηλευτικών Τμημάτων

Ο κλάδος ΔΕ Αποστειρωτών- Κλιβανηστών.

Η διάρκεια φοίτησης για τις ημερήσιες σχολές είναι διετής και χωρίζεται σε 4 εξάμηνα και τριετής για τις βραδινές σχολές με 6 εξάμηνα. Κάθε εξάμηνο περιλαμβάνει 16 εβδομάδες διδασκαλίας (θεωρία- κλινική διδασκαλία- άσκηση).

4<sup>η</sup> κατηγορία: Υ.Ε.

Κλάδος Υ.Ε. βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού, οι ειδικότητες, τις οποίες περιλαμβάνει αυτός ο κλάδος είναι: μεταφορέων ασθενών, βοηθών θαλάμων, νεκροτομών, αποστειρωτών.

Η κατανομή των θέσεων στις ειδικότητες αυτές γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Ο αριθμός των εργαζομένων όλων των κλάδων και ειδικοτήτων, που απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών της Ν. Υ., αποφασίζεται από το Δ. Σ. του νοσοκομείου, μετά από εισήγηση του διευθυντή της Ν. Υ. και σύμφωνη γνώμη της Ν. Ε..

Οι κατηγορίες και οι κλάδοι προσωπικού Τ.Ε. βρεφονηπιοκόμων, ΔΕ βρεφονηπιοκόμων, Δ.Ε. γραμματέων νοσηλευτικών Τμημάτων, Δ.Ε. αποστειρωτών- κλιβανηστών και Υ.Ε. βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού δεν υπάγονται στο νοσηλευτικό, όμως για λειτουργικούς λόγους υπάγονται ιεραρχικά στην Ν. Υ.

## **9.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Η΄ ΜΟΝΑΔΑ**

Νοσηλευτική μονάδα ή τμήμα είναι ένας μικρός χώρος του νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται 30-50 ασθενείς. Ο τρόπος λειτουργίας τόσο της νοσηλευτικής μονάδας, όσο και των άλλων τμημάτων ενός νοσοκομείου, καθώς χειρουργείου, εξωτερικών ιατρείων κ. τ. λ., ρυθμίζεται από τη νοσηλευτική υπηρεσία, της οποίας προΐσταται η διευθύνουσα του νοσοκομείου.

### Εσωτερική Διαίρεση Νοσηλευτικής Μονάδας

Κάθε νοσηλευτική μονάδα περιέχει τους ακόλουθους χώρους:

Α) Θάλαμοι, που αποτελούν το περιβάλλον, στο οποίο παραμένουν οι ασθενείς στο διάστημα της ασθένειάς τους στο νοσοκομείο.

Οι μεγάλοι θάλαμοι των ασθενών με αριθμό κλινών 10 έως 30 σχεδόν, αντικαταστάθηκαν από μέτριους θαλάμους με αριθμό κλινών 6 έως 8. Υπάρχει, βέβαια, και άλλη κατηγορία, που αποτελείται από τους μικρούς θαλάμους, στην οποία ο αριθμός των κλινών κυμαίνεται από 1 έως 3 σε κάθε δωμάτιο.

Β) Ένα ή περισσότερα μικρά δωμάτια, τα οποία ονομάζονται απομονώσεις. Σ' αυτά νοσηλεύονται ασθενείς, οι οποίοι έχουν ανάγκη ησυχίας ή εντατικής νοσηλείας, καθώς και ασθενείς με δύσσομες εκροές ή απεκκρίσεις.

Γ) Δωμάτια αλλαγής ή νοσηλείας, στα οποία γίνεται η προετοιμασία για τις διάφορες νοσηλείες καθώς και η τακτοποίηση των αντικειμένων μετά την εκτέλεση της νοσηλείας.

Δ) Office, στο οποίο έρχεται παρασκευασμένη ή σερβιρισμένη η τροφή από τα κεντρικά μαγειρεία του νοσοκομείου, για να προσφερθεί στους ασθενείς.

Ε) Βοηθητικοί χώροι (λουτρά, αποχωρητήρια κτλ.).

Ζ) Γραφείο Προϊσταμένης και νοσηλευτών.

Η) Γραφείο Ιατρών.

Απαραίτητη για κάθε νοσηλευτική μονάδα είναι η αίθουσα αναμονής για την παραμονή των επισκεπτών καθώς και των ασθενών. Ευχάριστη, επίσης, είναι και η τραπεζαρία, όπου μπορούν να πάνε μια βόλτα οι ασθενείς.

Της νοσηλευτικής μονάδας προΐσταται η προϊσταμένη, την οποία βοηθά η υπεύθυνη νοσηλεύτρια. Ανάλογα με τον αριθμό των κλινών της νοσηλευτικής μονάδας, καθώς και το είδος των ασθενών, που νοσηλεύονται σ' αυτήν,

Υπάρχει ορισμένος αριθμός νοσοκόμων, γραφέας, βοηθοί θαλάμων και το βοηθητικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από το προσωπικό καθαριότητας και τραπεζοκόμους.

Η καλή λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας εξαρτάται από την επάρκεια σε κατάλληλα προετοιμασμένο προσωπικό, την ευσυνειδησία, την καλή συμπεριφορά και τη συνεργασία όλων των εργαζομένων στο νοσοκομείο καθώς και από την πειθαρχία και τήρηση της ιεραρχίας.

Η προϊσταμένη με τη συμπεριφορά της, τη διδασκαλία της και, κύρια, με το παράδειγμα της, εμπνύχωνει το προσωπικό της μονάδας, βοηθάει και συντελεί στην καλή εξέλιξη και απόδοση του.

Η ίδια εμπνέει στους υφισταμένους της την ιδέα και την πίστη, ότι η εργασία τους, τόσο η δική της, όσο και του υπόλοιπου προσωπικού, είναι υψίστης σημασίας για την ομαλή λειτουργία τμήματος- μονάδος, την καλή νοσηλεία και την εξυπηρέτηση ασθενών. Με τη βοήθεια δε όλων, ο ασθενής θα γίνει σύντομα καλά και θα επιστρέψει υγιής στην οικογένεια του και στην κοινωνία.

Η προϊσταμένη πρέπει να έχει καλή επαγγελματική κατάρτιση, διοικητική ικανότητα και ψυχικά προσόντα, ακόμα πρέπει να διαθέτει κατανόηση, καλοσύνη, να γνωρίζει πώς να συμπεριφέρεται και πώς να αντιμετωπίζει τις διάφορες δυσκολίες.

Δε θα ήταν υπερβολή, αν παρομοίαζε κανείς το νοσηλευτικό τμήμα- μονάδα με ανθρώπινο σώμα και την προϊσταμένη με την ψυχή αυτού του σώματος.

### 9.3. ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ:

Είναι η οργάνωση, διεύθυνση και παροχή ειδικών νοσηλευτικών υπηρεσιών, που συμβάλλουν αποτελεσματικά στην κάλυψη των αναγκών υγείας του αρρώστου κατά την προεγχειρητική- διαγχειρητική- μετεγχειρητική φάση.

#### ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:

Είναι η παροχή συνεχούς ολοκληρωμένης και εκτάκτου ανάγκης νοσηλευτικής φροντίδας σε βαριά πάσχοντες αρρώστους, η διατήρηση και διάσωση της ζωής καθώς και η διατήρηση της λειτουργικότητας σε επεισόδια κρίσης.

#### ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

- 1) Την ιατρική εξέταση ατόμων, τα οποία δε βρίσκονται ή νομίζουν, ότι βρίσκονται σε κατάσταση υγείας.
- 2) Την περιοδική παρακολούθηση ασθενών, που δεν έχουν ανάγκη ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.
- 3) Την θεραπεία ασθενών, που μπορεί να πραγματοποιηθεί και εκτός νοσοκομείου με επίσκεψη των ασθενών σ' αυτά.

- 4) Την περιοδική ιατρική παρακολούθηση της υγείας των ατόμων.
- 5) Την εκτέλεση προληπτικών εμβολιασμών.
- 6) Τη συστηματική κατά ομάδα διδασκαλία προληπτικής υγιεινής.

## **9.4. ΠΡΟΣΟΝΤΑ- ΕΥΘΥΝΕΣ- ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

### **I. ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

Τη θέση της νοσηλεύτριας την καταλαμβάνει άτομο, που κατέχει πτυχίο Ανώτατης ή Ανώτερης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, κατηγορίας Π.Ε. ή Τ.Ε. του κλάδου Νοσηλευτών/ τριών.

### **II. ΕΥΘΥΝΕΣ**

Η Νοσηλεύτρια/ της ευθύνεται για:

1. Τη νοσηλεία, που παρέχεται στον άρρωστο μέσα στο νοσοκομείο, στα εξωτερικά ιατρεία, στο Κέντρο Υγείας και στην Κοινότητα.
2. Τον σχεδιασμό- προγραμματισμό- εκτέλεση και αξιολόγηση της Ν. Φ. του αρρώστου, καθώς και για το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο της Ν. Φ., το οποίο προγραμματίζεται με τη συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειας του και καλύπτει τις νοσηλευτικές- ψυχολογικές και κοινωνικό-οικονομικές ανάγκες του. Ακόμα, ευθύνεται για το συντονισμό της Ν. Φ., που παρέχεται από την ίδια ή από άλλο μέλος της ομάδας με την ανάθεση της.
3. Την τήρηση και συμπλήρωση δελτίων, που σχετίζονται με τη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και τη συνέχεια της πορείας του, όπως:
  - ✓ -Δελτίο καταγραφής ζωτικών σημείων του αρρώστου
  - ✓ -Δελτίο ιατρικών οδηγιών
  - ✓ -Δελτίο Νοσηλευτικού έργου
  - ✓ -Δελτίο Νοσηλευτικών σημειώσεων(παρατηρήσεις)
  - ✓ -Δελτίο παραλαβής και παράδοσης ναρκωτικών φαρμάκων.

Τα καθήκοντα της Νοσηλεύτριας/ τη χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες: στα γενικά και στα ειδικά.

### **III. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ**

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

### **IV. ΕΙΔΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ**

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

### **Η νοσηλεύτρια/ της με ευθύνη εκτελεί τις Ν. Φ. που αποσκοπούν στην:**

1. Διατήρηση της μυοσκελετικής ισορροπίας- της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.
2. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου και πρόληψη των επιπλοκών.
3. Εφαρμογή μέτρων και μέσων για την ασφάλεια του αρρώστου

4. Πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων.
5. Προώθηση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση με κάθε ενδεδειγμένο τρόπο.

Εφαρμογή των πιο κάτω νοσηλειών και νοσηλευτικών μέτρων, που εφαρμόζονται στον άρρωστο μέσα στο Νοσοκομείο ή στο σπίτι του:

1. Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων.
2. Προεγχειρητική ετοιμασία.
3. Συνεργάζεται με τον διαιτολόγο και τον θεράποντα ιατρό για την ρύθμιση του διαιτολογίου του αρρώστου.
4. Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
5. Καθαριστικό υποκλυσμό- εξετάσεις ούρων.
6. Τοποθέτηση νάρθηκα- μέτρηση οφθαλμικού τόνου.
7. Αλλαγή εσωτερικού και εξωτερικού τραχειοσωλήνα.
8. Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής.
9. Φροντίδα του σώματος μετά το θάνατο.
10. Εφαρμόζει όλα τα ενδεικνύμενα μέτρα για την προστασία του περιβάλλοντος και του εαυτού της από τις ραδιενεργές ουσίες κατά τη θεραπεία του αρρώστου.
11. Χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του αρρώστου και της οικογένειας του για να επιτύχει πιο γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.
12. δίνει πληροφορίες και συμβουλές σε θέματα, που αφορούν την υγεία του. Δηλαδή, διδάσκει- διαφωτίζει-παιδαγωγεί.

B) Δεν επιτρέπεται να χορηγήσει φάρμακα χωρίς ιατρική εντολή ή διακοπή φαρμάκων, που είχαν καθοριστεί από γιατρό.

#### **V. ΣΕ ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

1. Συμμετέχει στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων, που προκύπτουν σε επιδημίες ή έκτακτες ανάγκες.
2. Σέβεται το απόρρητο και δεν ανακοινώνει τυχόν μυστικό, που της έχει εμπιστευτεί ο ασθενής.
3. Καθορίζει τα κριτήρια της Ν. Φ. και αξιολογεί προγράμματα παροχής Ν. Φ..
4. Κατέχει βασικές γνώσεις έρευνας και συμμετέχει στα Νοσηλευτικά Ερευνητικά Προγράμματα.
5. Επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωση της για ανανέωση των γνώσεων της και την ενημέρωση της για τις σύγχρονες εξελίξεις της Ιατρικής και Νοσηλευτικής επιστήμης.

#### **9.5. ΠΡΟΣΩΝΤΑ- ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΒΟΗΘΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ**

## ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Τη θέση της/ του βοηθού νοσοκόμου καταλαμβάνει νοσοκόμος της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου βοηθών νοσοκόμων, που κατέχει πτυχίο από τις μέσες επαγγελματικές Ν. σχολές ή Τ.Ε.Λ..

## ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Εργάζεται υπό την κατεύθυνση και επίβλεψη Νοσηλεύτριας/ τη και εκτελεί τις παρακάτω φροντίδες:

1. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης Ν. Φ. σ' όλους τους αρρώστους και κυρίως στους βαριά πάσχοντες.
2. Ατομική υγιεινή.
3. Στρώσιμο κρεβατιού.
4. Πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων, σύμφωνα με την υπόδειξη της Νοσηλεύτριας ή Προϊσταμένης.
5. Εφαρμογή ασφαλιστικών μέτρων, όπως έχει υποδειχθεί από τη Νοσηλεύτρια/ Προϊσταμένη.
6. Φροντίδα για την καλή σίτιση του αρρώστου.
7. Υποβοήθηση του εντέρου του αρρώστου, ώστε να εξασφαλιστεί η κανονική λειτουργία, σύμφωνα με οδηγίες της Προϊσταμένης ή Νοσηλεύτριας.
8. Ανακούφιση του αρρώστου όλο το 24ωρο.
9. Πρόληψη επιπλοκών
10. Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα και I.M. μετά από ανάθεση.

Βοηθάει τη Νοσηλεύτρια στις παρακάτω δραστηριότητες, τις οποίες μπορεί να της αναθέσει η Νοσηλεύτρια.

1. Στη συλλογή και μέτρηση των αποβαλλόμενων υγρών.
2. Στην καταγραφή των εκκρίμάτων και απεκκριμάτων.
3. Επιβλέπει το περιβάλλον του αρρώστου και του εξασφαλίζει καλό αερισμό- αρκετό φωτισμό και αρκετή ησυχία.
4. Τακτοποιεί το υλικό ή τα εργαλεία και άλλα αντικείμενα, που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη Νοσηλεία.
5. Ετοιμάζει το προς αποστείρωση υλικό, το παραλαμβάνει και το τακτοποιεί στα αντίστοιχα ντουλάπια.
6. Παρέχει μεταθανάτια φροντίδα με κάθε σεβασμό και δείχνει κατανόηση και συμπάθεια στους συγγενείς του νεκρού.
7. Βοηθάει τη Νοσηλεύτρια σε επείγουσες καταστάσεις και κάνει ό, τι της ζητηθεί για την ειδική περίπτωση.
8. Συνεργάζεται με όλους καλά- σέβεται τους ιεραρχικά μεγαλύτερους της και δε δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή λειτουργία του τμήματος.

## 9.6. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΟΥ

*Ο/Η βοηθός θαλάμου εκτελεί τα παρακάτω καθήκοντα υπό την εποπτεία της προϊσταμένης ή νοσηλεύτριας του Ν. τμήματος, όπου εργάζεται:*

1. Διατηρεί καθαρό και τακτικό το άμεσο περιβάλλον του αρρώστου και του θαλάμου γενικότερα: Καθαρίζει το κρεβάτι με όλα τα εξαρτήματα- τακτοποιεί το περιβάλλον του θαλάμου- μετά την έξοδο του αρρώστου κάνει γενική καθαριότητα- επαρκή φωτισμό- καλό αερισμό και απομάκρυνση θορύβων.
2. Διατηρεί τους βοηθητικούς χώρους καθαρούς και τακτικούς.
3. Καθαρίζει και τακτοποιεί τα ντουλάπια και άλλους χώρους του δωματίου προετοιμασίας νοσηλειών.
4. Διατηρεί τακτική την αποθήκη του τμήματος- παραλαμβάνει- φροντίζει και μεταφέρει τον ιματισμό- παραλαμβάνει το αναλώσιμο υλικό και το τακτοποιεί.
5. Αναφέρει στην Προϊσταμένη βλάβες ή διάφορες ζημιές.
6. Διατηρεί το φορείο μεταφοράς των ασθενών καθαρό και φροντίζει να είναι διαρκώς στη θέση του.
7. Διατηρεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τον άρρωστο και τους συγγενείς του- το προσωπικό καθαριότητας- το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.
8. Γενικά ασχολείται με όλες τις βοηθητικές εργασίες, που του/ της αναθέτει η Προϊσταμένη του τμήματος.
9. Δεν επιτρέπεται στους βοηθούς θαλάμου η εκτέλεση υπεύθυνων Νοσηλευτικών πράξεων.

## 9.7. ΠΡΟΣΟΝΤΑ - ΕΥΘΥΝΕΣ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

### ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Τη θέση της Προϊσταμένης Νοσηλεύτριας καταλαμβάνει νοσηλεύτρια με βαθμό α΄ της κατηγορίας Π.Ε. ή Τ.Ε. του κλάδου νοσηλευτριών, η οποία κατέχει τα απαραίτητα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για τη θέση. Επιλέγεται από τον αρμόδιο Υπ. Συμβούλιο με εισήγηση της διευθύντριας της Ν.Υ. Πρέπει να διαθέτει: ευρεία κλινική και θεωρητική κατάρτιση καθώς και διοικητικές και διαπροσωπικές ικανότητες.

### ΕΥΘΥΝΕΣ:

*Η Προϊσταμένη ευθύνεται για:*

1. Την καλή οργάνωση, το συντονισμό και τη λειτουργία του Ν. Τ..
2. Την ετοιμότητα του Ν. Τ. σε επάρκεια υγειονομικού και άλλου υλικού, ώστε να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι Ν. ανάγκες των αρρώστων.



3. Την παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης Ν. Φ. των αρρώστων του τμήματος της.
4. Την άνετη και ασφαλή διαμονή των αρρώστων του τμήματος της.
5. Την επαγγελματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση του Ν. προσωπικού και παρέχει ευκαιρίες και μέσα, που θα συμβάλουν σ' αυτό!!!
6. Την καλή συνεργασία με το νοσηλευτικό, ιατρικό και λοιπό προσωπικό σε επίπεδο Νοσηλευτικό τμήμα και με όλους, όσους συναλλάσσεται.

### **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ:**

1. Οργανώνει- προγραμματίζει- συντονίζει και επιβλέπει τη Ν.Φ. των αρρώστων.
2. Επισκέπτεται καθημερινά τον άρρωστο, αξιολογεί τη γενική κατάσταση και ικανοποιεί όλες τις βιοψυχοκοινωνικές τους ανάγκες.
3. Παρακολουθεί την ιατρική επίσκεψη και ενημερώνεται για την πορεία της κατάστασης των ασθενών.
4. Παρέχει η ίδια Ν.Φ. στις παρακάτω περιπτώσεις: Σε επείγουσες καταστάσεις, για επίδειξη Ν. τεχνικών και μεθόδων, που σχετίζονται με τη νοσηλεία των αρρώστων, για επίδειξη λειτουργίας οργάνων, μηχανημάτων και συσκευών.
5. Επιβλέπει, κατευθύνει και ελέγχει την γραπτή ενημέρωση των φύλλων νοσηλείας, που πρέπει να είναι διατυπωμένη με ακρίβεια και σαφήνεια.
6. Επιβλέπει και ελέγχει τις Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις των Νοσηλευτριών σε σχέση με τη διεκπεραίωση των ιατρικών οδηγιών και γενικότερα την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος των αρρώστων.
7. Αξιολογεί τα θεσπισθέντα κριτήρια ελέγχου της Νοσηλευτικής Φροντίδας και τα αναθεωρεί, όπου και αν χρειάζεται, σε συνεργασία με την Τομεάρχη.
8. Αναθέτει αρμοδιότητες και ευθύνες στο Νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τον βαθμό ευθύνης του, καθώς επίσης, ανακαλύπτει ιδιαίτερες ικανότητες του Νοσηλευτικού προσωπικού, τις ενθαρρύνει, τις υποστηρίζει και τις αξιοποιεί.
9. Ενθαρρύνει και υποστηρίζει με κάθε τρόπο την πραγματοποίηση κλινικών ερευνητικών Νοσηλευτικών προγραμμάτων και θέτει σε εφαρμογή τα αποτελέσματα ερευνητικών ευρημάτων. Ακόμα, ενθαρρύνει το Νοσηλευτικό προσωπικό για παρακολούθηση αναπτυξιακών ευκαιριών εντός-εκτός Νοσηλευτικό τμήματος.
10. Δημιουργεί και η ίδια ευκαιρίες για την ανάπτυξη και επιμόρφωση του προσωπικού.
11. Συνεργάζεται με τον Τομεάρχη για την αξιολόγηση του Νοσηλευτικού προσωπικού και βαθμολογεί τα φύλλα ποιότητας ως πρώτος κριτής.
12. Καταρτίζει εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας, σύμφωνα με τις Νοσηλευτικές ανάγκες του τμήματος και τις ιδιαίτερες ανάγκες του Νοσηλευτικού προσωπικού, φροντίζοντας να καλύπτεται το τμήμα σε 24ωρη βάση από υπεύθυνο νοσηλεύτη.

13. Κατανέμει τις εβδομαδιαίες και ετήσιες άδειες, λαμβάνοντας υπόψη τις Νοσηλευτικές ανάγκες των αρρώστων και τις προτιμήσεις του Νοσηλευτικού προσωπικού.
14. Δημιουργεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις, αναπτύσσει ευχάριστη εργασιακή ατμόσφαιρα, η οποία συμβάλλει στην ικανοποίηση του προσωπικού και την ανύψωση του ηθικού του.
15. Ενημερώνει έγκαιρα το Νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος της για το περιεχόμενο εγκυκλίων και βασικών εντολών του Δ. Σ. (διοικητικού Συμβουλίου), που σχετίζεται με αυτό.
16. Εφαρμόζει την πολιτική του Νοσοκομείου, που σχετίζεται με τη δήλωση κρεβατιών, την ενδονοσοκομειακή κίνηση των ασθενών, την έξοδο ή και το θάνατο των αρρώστων.
17. Συνεργάζεται με την κοινωνική υπηρεσία για διευθέτηση κοινωνικών προβλημάτων ασθενών.
18. Εντοπίζει ασθενείς με πιθανότητες εκδήλωσης λοιμώδους νοσήματος και το αναφέρει στον Τομέαρχη και τη νοσηλεύτρια ελέγχου λοιμώξεων. Σε περίπτωση εμφάνισης λοιμώδους νοσήματος, απομονώνει τον άρρωστο και εφαρμόζει αρχές και μέτρα ελέγχου.
19. Φροντίζει για την προμήθεια, διαφύλαξη, διάθεση και δικαιολόγηση κάθε είδους φαρμάκου, που χρησιμοποιείται στο Νοσηλευτικό Τμήμα Επίσης, ελέγχει καθημερινά το σύστημα διάθεσης και τεκμηρίωσης χρήσεως των ναρκωτικών φαρμάκων.
20. Συνεργάζεται με το διαιτολόγο για τη διατροφή του αρρώστου.
21. Αναθέτει εργασίες στη γραφέα του τμήματος και παρακολουθεί τη διεκπεραίωσή τους.
22. Επιβλέπει την τάξη και την ασφάλεια του Νοσηλευτικού Τμήματος και επικοινωνεί τηλεφωνικά ή με γραπτά σημειώματα στις αρμόδιες υπηρεσίες για αντικατάσταση- επιδιόρθωση τυχόν βλάβης της υλικοτεχνικής υποδομής του τμήματος.
23. Αναπτύσσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με ασθενείς- συγγενείς και επισκέπτες.
24. Εκπροσωπεί τον άρρωστο στο νοσοκομείο και το νοσοκομείο στον άρρωστο.

## **9.8. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

1. Η Υπηρεσία γραφείου διεύθυνσης
2. Η Υπηρεσία προμηθειών
3. Η Υπηρεσία Τεχνική
4. Η Υπηρεσία Καθαριότητας- Ιματισμού- Πλυντηρίου
5. Η Υπηρεσία Μαγειρείου- Διαιτολογίου
6. Η Υπηρεσία Ιατρικού Αρχείου
7. Η Υπηρεσία Ακτινολογικού εργαστηρίου- Παθολογοανατομικού, ισοτόπου ακτινοβολιών, Φυσικοθεραπευτηρίου, Μικροβιολογικού Εργαστηρίου
8. Η Υπηρεσία άλλων Νοσηλευτικών Τμημάτων
9. Η Υπηρεσία Κινήσεων ασθενών, πληροφοριών, τηλεφωνικού κέντρου.

## 9.9. ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΘΗΚΗ ΥΛΙΚΟΥ ΧΡΗΣΕΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΘΗΚΗ ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

- Το νοσηλευτικό τμήμα έχει ανάγκη πολλών ειδών υλικού χρήσεως και αναλώσιμου υλικού για τη φροντίδα των ασθενών, π.χ. χειρουργικά εργαλεία, ιατρικά μηχανήματα, είδη ιματισμού, γραφική, είδη καθαριότητας κτλ..
- Ο υπεύθυνος της Υπηρεσίας Υλικού Χρήσεως και του Αναλώσιμου υλικού προμηθεύεται το απαραίτητο υλικό και είναι υπεύθυνος για τη διανομή του.
- Η προϊσταμένη θα πρέπει να παραδίδει τον κατάλογο αντικαταστάσεως φθαρμένου ή άλλου υλικού στη διευθύνουσα ή ανάλογα με αυτό, που ορίζει ο κανονισμός του νοσοκομείου.
- Η παράδοση του θα πρέπει να γίνεται εγκαίρως, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του υλικού, όσο το δυνατόν καλύτερα. Έτσι, αποφεύγεται η σπατάλη πολύτιμου χρόνου του νοσηλευτικού του τμήματος, καθώς και του προσωπικού της αποθήκης. Επιπλέον, ο κατάλογος των αναγκών πρέπει να συμπληρώνεται με ακρίβεια και σαφήνεια, ώστε να καταλογίζεται η δαπάνη αλλά και να ελέγχεται με ακρίβεια η παραλαβή του υλικού του νοσηλευτικού τμήματος.

### ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ- ΣΧΕΣΕΙΣ

Πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία ιατρών- φαρμακοποιών και νοσηλευτών για την αποφυγή σοβαρών λαθών. Η έλλειψη καλής επικοινωνίας, η απροσεξία και η άγνοια είναι δυνατόν να προκαλέσει μέχρι και θάνατο. Οπότε, θα πρέπει να υπάρχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού με το προσωπικό του φαρμακείου. Ωστε, όταν υπάρχει αμφιβολία για τη διατήρηση, τη δόση και τις παρενέργειες κάποιου φαρμάκου, να είναι δυνατή η παροχή πληροφοριών.

Η Προϊσταμένη είναι υπεύθυνη για την παραγγελία- παραλαβή και φύλαξη των φαρμάκων, κυρίως των ναρκωτικών. Τα φάρμακα των ασθενών πρέπει να προβλέπονται, ώστε να στέλνονται εγκαίρως τα συνταγολόγια για την εκτέλεση τους.

*Τα φάρμακα εκτάκτου ανάγκης για την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων, πρέπει να βρίσκονται κλειδωμένα σε κατάλληλο χώρο, ο οποίος θα είναι γνωστός σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος. Ακόμα, τα ναρκωτικά παραλαμβάνονται από την υπεύθυνη νοσηλεύτρια του τμήματος και φυλάσσονται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, ο οποίος κλειδώνεται.*

Σημαντικό είναι, το ιατρικό προσωπικό να γράφει με ευκρίνεια τις συνταγές των φαρμάκων, ενώ σε μια μη ευκρινή συνταγή, οι νοσηλεύτριες δε θα πρέπει να διστάζουν να ρωτήσουν το γιατρό, ώστε να εξακριβώσουν κάθε αμφιβολία, που έχουν.

### **ΣΧΕΣΕΙΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ & ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ**

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να δίνει προσοχή και αν παρατηρεί τη λειτουργία όλων των μηχανημάτων και αντικειμένων του νοσηλευτικού τμήματος. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρει στην Προϊσταμένη του τμήματος κάθε βλάβη ή δυσλειτουργία αυτών. Η Προϊσταμένη οφείλει σε περίπτωση ζημίας ή καταστροφής κάποιου αντικειμένου να το αναφέρει γραπτώς στις σχετικές υπηρεσίες.

Τα σημειώματα προς την τεχνική υπηρεσία συντηρήσεων πρέπει να αποστέλλονται εγκαίρως, να είναι σαφή και συγκεκριμένα και όχι ασαφή και ακαθόριστα. Τα επείγοντα περιστατικά πρέπει να κοινοποιούνται αμέσως, ώστε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Οι τεχνικοί συντηρητές οφείλουν να επισκέπτονται τα τμήματα ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να επιβλέπουν τα μηχανήματα και να προλαμβάνουν τυχόν προβλήματα, που μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπανόρθωτη βλάβη ή ατυχήματα.

Αυτοί είναι οι λόγοι, που οφείλει το προσωπικό του τμήματος να έχει καλή συνεργασία με την υπηρεσία τεχνικής και συντήρησης.

### **ΣΧΕΣΕΙΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΙΜΑΤΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΥΝΤΗΡΙΩΝ**

Ο καθαρός ιματισμός δημιουργεί καλή εντύπωση κι ευχάριστα συναισθήματα, όχι μόνο στους ασθενείς και τους συνοδούς αλλά και στο ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου. Επομένως, ο ιματισμός πρέπει να χρησιμοποιείται και να φυλάσσεται με προσοχή από τα προσωπικό του πλυντηρίου και της ιματιοθήκης αλλά και όλου του προσωπικού του νοσοκομείου. Οι ανάγκες του τμήματος για τον ιματισμό πρέπει να προβλέπονται και αν υπολογίζονται με ακρίβεια, κυρίως τις μέρες αργίας ή εφημερίας, ώστε να μην υπάρχουν τυχόν ελλείψεις αυτών.

Στα νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρχει κεντρική υπηρεσία ιματιοθήκης, η οποία να διαθέτει δικό της προσωπικό, το οποίο να ελέγχει, να επιδιορθώνει ή να αχρηστεύει τον ιματισμό του νοσοκομείου.

Επομένως, με την ύπαρξη της κεντρικής υπηρεσίας ιματιοθήκης εξοικονομείται χώρος στο νοσηλευτικό τμήμα για την τοποθέτηση του απαραίτητου ιματισμού, ο οποίος (χώρος) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για άλλους σκοπούς. Επίσης, εξοικονομείται χρόνος και προσπάθεια, διότι το νοσηλευτικό προσωπικό δε χρειάζεται να προβαίνει στη διαδικασία καταμέτρησης, επιδιόρθωσης ή αχρήστευσης του ιματισμού. Τέλος, η κεντρική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την καλή κατάσταση του ιματισμού.

Για τη σωστή εφαρμογή όλων των παραπάνω, θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ της υπηρεσίας ιματιοθήκης, της προϊσταμένης του τμήματος, καθώς και όλου του προσωπικού του τμήματος.

### **ΣΧΕΣΕΙΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ**

Το καθαρό και υγιεινό περιβάλλον παίζει ρόλο στην πρόληψη των μολύνσεων και επιδρά θετικά στο ηθικό των ασθενών και του προσωπικού. Για την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου ευθύνεται το

προσωπικό της υπηρεσίας καθαριότητας. Η κατανομή του στο νοσηλευτικό τμήμα εξαρτάται από το φόρτο εργασίας, τις συνθήκες και την έκταση του χώρου. Ο τρόπος και η μέθοδος καθαρισμού αποφασίζεται κατόπιν συνεργασίας ιατρικού-νοσηλευτικού και του υπεύθυνου καθαριότητας.

Ο υπεύθυνος του τμήματος προγραμματίζει το ωράριο εργασίας, καθοδηγεί και προσανατολίζει το νέο προσωπικό καθαριότητας, επιβλέπει και αξιολογεί την εργασία του προσωπικού. Για τη διατήρηση του υγιεινού περιβάλλοντος, επιβάλλεται να υπάρχει στενή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο πρέπει να γνωρίζει το βαθμό επίβλεψης, που πρέπει να ασκεί στο προσωπικό καθαριότητας.

Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρατηρεί, αν χρησιμοποιείται η κατάλληλη μέθοδος καθαρισμού, αν χρησιμοποιούνται τα ενδεδειγμένα μέσα, αν ο χειρισμός των μηχανημάτων και αντικειμένων είναι σωστός και, προπάντων, αν εκτελείται η προγραμματισμένη εργασία.

Τέλος, η προϊσταμένη πρέπει να γνωρίζει το πρόγραμμα των ωρών εργασίας, ώστε να μπορεί να ελέγχει την ώρα προέλευσης και αναχώρησης του προσωπικού καθαριότητας.

### **ΣΧΕΣΕΙΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΑΓΕΙΡΕΙΟΥ- ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΩΝ**

*Η υπηρεσία μαγειρείου ευθύνεται για την καταλληλότητα της προσφερόμενης τροφής στους ασθενείς. Συνεπώς αυτή ευθύνεται για την ποιότητα, την ποσότητα, την παρασκευή και το σερβίρισμα της τροφής.*

Το νοσηλευτικό προσωπικό και η υπεύθυνη της υπηρεσίας μαγειρείου θα πρέπει να ελέγχουν όλα τα παραπάνω.

Για την εξυπηρέτηση ασθενών, στους οποίους επιβάλλεται ειδική δίαιτα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συνεργάζεται στενά με τον διαιτολόγο, διότι η δίαιτα, που επιβάλλεται, αποτελεί μέρος της θεραπείας του ασθενούς. Η δίαιτα καθορίζεται από το γιατρό, η προϊσταμένη ειδοποιεί το διαιτολόγο μέσω ενημερωτικού σημειώματος (ονοματεπώνυμο-κλινική- αριθμός δωματίου-πάθηση ασθενούς) και σε περίπτωση, που η δίαιτα αλλάξει ή δεν είναι απαραίτητη πια, λόγω καλύτερευσης του ασθενούς, η προϊσταμένη οφείλει να ενημερώσει το διαιτολόγο ξανά.

### **ΣΧΕΣΕΙΣ- ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ**

Το ιατρικό αρχείο αποτελεί σπουδαία πηγή πληροφοριών των ασθενών, τόσο κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, όσο και κατά την έξοδο του ασθενούς. Γι' αυτό το λόγο, οι φακέλοι των ιστορικών κάθε νοσηλευόμενου ασθενούς πρέπει να φυλάσσονται και αν ταξινομούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε η εύρεση τους να είναι εύκολη και προσιτή.

Ο υπεύθυνος του αρχείου πρέπει να έχει γνώσεις καλής οργάνωσης και ταξινόμησης (των φακέλων). Παράλληλα, η υπηρεσία του αρχείου ευθύνεται για τις στατιστικές μελέτες του νοσοκομείου, π. χ. τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών το 2000 στα Τ.Ε.Π.. Επίσης, για την καλή λειτουργία της υπηρεσίας, σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων, ο οποίος είναι :

Η επιμέλεια των φακέλων των ασθενών, η συγκέντρωση και τοποθέτηση όλων των σχετικών πληροφοριών μέσα σ' αυτούς και η διατήρησή τους σε καλή κατάσταση, π.χ. φύλλα νοσηλείας καθαρά, ακριβής συμπλήρωσή τους, αποστολή τους στην υπηρεσία του ιατρικού αρχείου, κλπ..

## **ΣΧΕΣΕΙΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ**

Η προϊσταμένη οφείλει να ενημερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη σπουδαιότητα της προετοιμασίας κάθε διαγνωστικής έρευνας. Επιβάλλεται να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού όλων των διαγνωστικών τμημάτων. Η καλή συνεργασία και κατανόηση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού πραγματοποιείται, όταν υπάρχει ακριβή συλλογή των δειγμάτων αίματος, ούρων, κοπράνων, πτυέλων, κτλ. και την ανάλογη, για την περίπτωση, προετοιμασία των ασθενών. Επίσης, τα δείγματα πρέπει να συλλέγονται σε ειδικά φιαλίδια, ανάλογα με την περίπτωση, με αναγράφουσα ετικέτα, στην οποία γράφεται το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, η ημερομηνία, η εξέταση και η κλινική.

Τέλος, το Νοσηλευτικό Προσωπικό θα πρέπει να προετοιμάζει ψυχολογικά τον ασθενή, να τον ενημερώνει για τον τρόπο, το είδος και το σκοπό της διαγνωστικής εξέτασης, στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, οι φόβοι του ασθενούς μειώνονται και υπάρχει καλύτερη συνεργασία μεταξύ αυτού και του προσωπικού του ερευνητικού και θεραπευτικού τμήματος.

## **ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ**

Στα νοσοκομεία παρατηρούνται ανεπίσημες επαφές του προσωπικού όλων των τμημάτων, τα οποία συντελούν στην ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ τους, π. χ. είναι συνηθισμένο φαινόμενο ο δανεισμός αντικειμένων και μηχανημάτων από το ένα τμήμα στο άλλο. Αυτό, βέβαια, καλύτερα να αποφεύγεται, ώστε να μη δημιουργούνται προστριβές μεταξύ του προσωπικού, και στην αντίθετη περίπτωση, κάθε τι, που δανείζεται, πρέπει να επιστρέφεται αμέσως κι σε καλή κατάσταση.

Τέλος, σε περίπτωση μεταφοράς κάποιου ασθενούς από το ένα νοσηλευτικό τμήμα στο άλλο, θα πρέπει η προϊσταμένη του ενός τμήματος να συλλέξει όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις στο φάκελο, όλα τα αντικείμενα του ασθενή και να τα στείλει στο άλλο τμήμα. Ενώ, η προϊσταμένη του άλλου τμήματος, πρέπει να υποδεχτεί τον ασθενή με εγκαρδιότητα και φιλική διάθεση και παράλληλα, να τον κατατοπίσει στο χώρο και αν του γνωστοποιήσει τον τρόπο, με τον οποίο λειτουργεί το τμήμα της.

### **9.10 ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Συμπερασματικά, όσα αναφέρθηκαν για το επίπεδο διοίκησης του νοσηλευτικού τμήματος, ισχύουν για ολόκληρο το νοσηλευτικό άξονα (χειρουργεία, εξωτερικά ιατρεία, κ.α). Ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης του τμήματος είναι η παροχή πλήρους κάλυψης όλων των τμημάτων και υπηρεσιών σε 24ωρη βάση, για όλες τις ημέρες με το ανάλογο και κατάλληλο προσωπικό. Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο στις νυχτερινές βάρδιες, που οι προϊστάμενοι νοσηλευτές αναλαμβάνουν πολλά γενικά καθήκοντα. Τη νύχτα δε λειτουργεί καμία άλλη υπηρεσία του νοσοκομείου, παρά μόνα η νοσηλευτική. Για το λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχουν ικανοί νυχτερινού προϊστάμενοι, για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου και την ασφάλεια των αρρώστων. Καλό θα ήταν να υπήρχε κατά τις νυχτερινές ώρες και διοικητικός προϊστάμενος.

# 10

## ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. *Εισαγωγή*
2. *Διαδικασία ελέγχου*
3. *Χαρακτηριστικά ελέγχου*
4. *Μηχανισμοί ελέγχου*
5. *Αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

#### 10.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*Έλεγχος είναι η σύγκριση αποτελεσμάτων, όταν υπάρχουν προκαθορισμένα κριτήρια προσαρμογής και λήψης διορθωτικών μέτρων σε περίπτωση παρεκκλίσεων.*

Ο έλεγχος για να εφαρμοστεί, πρέπει να υπάρχουν πρότυπα απόδοσης και δυνατότητα μέτρησης της εργασίας, που έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Δηλαδή, συνεπάγεται καθιέρωση κριτηρίων, μέτρηση εκτέλεσης, έκθεση αποτελεσμάτων και λήψη διορθωτικών μέτρων.

Ο έλεγχος πρέπει να επικεντρώνεται αρχικά στα πιο σοβαρά θέματα και στη συνέχεια στα πιο ασήμαντα. Οφείλει να είναι αποφασιστικός, κατανοητός, οικονομικός και να οδηγεί σε διορθωτικές πράξεις. Πρέπει να υπάρχουν πάντα εναλλακτικές λύσεις, σε περίπτωση, που μια από τις ληφθείσες λύσεις δεν αποδώσουν και τέλος, ο έλεγχος να διαθέτει σύστημα ελέγχου αποκάλυψης παρεκκλίσεων, να προσδιορίζει ποιος είναι υπεύθυνος για κάθε κατάσταση και να προτείνει διορθώσεις.

#### 10.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ο έλεγχος περιλαμβάνει καθορισμό κριτηρίων και προσδιορισμό μεθόδων, αξιολόγηση της άσκησης και ανατροφοδότηση με τα στοιχεία των εργαζομένων για τροποποίηση συμπεριφοράς, αν χρειάζεται.

Συνδέει την εφαρμογή με τον προγραμματισμό και με την εφαρμογή κρίνει, αν πέτυχε τους σκοπούς της. Επίσης, συνδυάζει το περιεχόμενο του κόστους και την καλή οικονομική διαχείριση. Οπότε, για να εφαρμοστεί η διαδικασία της διοίκησης, θα πρέπει να υπάρχει ο προγραμματισμός, η οργάνωση, ο συντονισμός και ο έλεγχος.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, ο έλεγχος σαν διαδικασία αποτελείται από τα εξής συστατικά μέρη:

##### 1. Ορισμός ειδικού αντικειμένου.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, αν απαντηθούν κάποιες βασικές ερωτήσεις, όπως:

- Τι πρέπει να αξιολογηθεί,
- Σε τι οργανωτικό επίπεδο, πρόκειται αν γίνει η αξιολόγηση,
- Ποιοι είναι οι περιορισμοί, που θα μπορούσαν να οριοθετήσουν τη δυνατότητα αξιολόγησης,



- Ποιες επιλογές υπάρχουν για τη λήψη αποφάσεων,
- Σε ποιον πρέπει να αναφερθούν τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιολόγησης.

## 2. Εξασφάλιση πληροφοριακής υποστήριξης.

Είναι σημαντικό μέρος, που βοηθάει στη μείωση καθυστερήσεων. Για αν υπάρχει η σωστή πληροφόρηση, πρέπει, προηγουμένως, να προσδιοριστούν οι ανάγκες πληροφόρησης στο στάδιο σχεδιασμού. Για να εξασφαλίσουμε πληροφοριακή υποστήριξη, θα πρέπει να γνωρίζουμε:

- Ποιες είναι οι ανάγκες πληροφόρησης,
- Ποιες είναι οι διαθέσιμες πηγές,
- Είναι οι διαθέσιμες πληροφορίες επαρκείς ή πρέπει να εξασφαλιστούν περισσότερες ή πιο ακριβείς από πρόσθετες πηγές.

## 3. Επικύρωση συνάφειας.

Σχετίζεται αιτιολογικά με την ανάγκη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων υπηρεσιών και ιδρύματος.

Ερωτήσεις, που βοηθούν είναι:

- Είναι τα προγράμματα συναφή με τις κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές;
- Σχετίζονται οι δραστηριότητες με τους αντικειμενικούς σκοπού;
- Έχουν σχέση οι υπηρεσίες και το ίδρυμα με την επίτευξη καθορισμένων στόχων;

## 4. Η εκτίμηση της επάρκειας.

Γίνεται σε σχέση με τη σοβαρότητα του προβλήματος, τη συχνότητα εμφάνισης και τις συνέπειες τους.

Προϋποθέσεις, που βοηθούν στη διενέργεια ελέγχου:

- Αν έχει γίνει επαρκής πρόβλεψη για το σχεδιασμό, τη διαχείριση και τον έλεγχο,
- Αν έχουν καθοριστεί οι αντικειμενικοί σκοποί, όσο είναι δυνατόν σε προθεσμίες, που να επιδέχονται μέτρηση,
- Αν έχει δημιουργηθεί λεπτομερές σχέδιο δράσης με χρονοδιάγραμμα για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών,
- Αν εξετάστηκαν εναλλακτικοί τρόποι και μέθοδοι προσέγγισης για την επίτευξη των ίδιων αντικειμενικών σκοπών,
- Αν έχουν επιλεγεί δείκτες και κριτήρια για μεταγενέστερη αξιολόγηση ή και επανασχεδιασμό.

## 5. Έλεγχος προόδου.

Γίνεται για να εκτιμηθεί και να αναλυθεί η όλη προσπάθεια, που έγινε και να εκτιμηθεί κατά πόσο συμπίπτει η μέθοδος, που χρησιμοποιούμε με αυτό, που προγραμματίσαμε να εφαρμοστεί.

#### 6. Εκτίμηση της αποδοτικότητας.

Συγκρίνουμε τα αποτελέσματα, που είχαμε σε αναλογία με την προσπάθεια, που κάναμε και τους πόρους, που χρησιμοποιήσαμε. Το ερώτημα είναι, αν θα μπορούσαμε να έχουμε το ίδιο αποτέλεσμα ή καλύτερο με καλύτερους τρόπους και πιο οικονομικούς.

#### 7. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας.

8. Η εξαγωγή συμπερασμάτων και οι προτάσεις τους για μελλοντική δράση, πραγματοποιείται με τη σύνοψη των αντικειμενικών σκοπών, τις προσεγγίσεις και τα αποτελέσματα.

### 10.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

#### 1. Ύπαρξη ενέργειας.

Ο έλεγχος συνδέεται στενά με το τελικό αποτέλεσμα μιας ενέργειας

#### 2. Η δυνατότητα προσδιορισμού του εκτελεσθέντος έργου.

Με αυτή τη δυνατότητα επιτυγχάνεται η σύγκριση με τα πρότυπα και η άσκηση με τα πρότυπα.

#### 3. Η δημιουργία προτύπων σαν μέτρο σύγκρισης.

Τα πρότυπα βασίζονται και καθορίζονται ανάλογα με τους στόχους και τους αντικειμενικούς σκοπούς του οργανισμού.

#### 4. Ο νόμος της ανεκτικότητας.

Τα περιθώρια της αποδεκτής ανοχής πρέπει να προσδιορίζονται, ώστε να ελέγχεται κάθε τυχόν απόκλιση, που είναι αναπόφευκτη.

#### 5. Εκφρασμένα πρότυπα.

Δηλαδή, να εκφράζονται σε συγκεκριμένες μονάδες ή ενέργειες π.χ. εργάσιμες ώρες προσωπικού. Τέλος, να εκφράζονται από γενικότερη μορφή π.χ. μέθοδοι επικοινωνίας, δημόσιες ή διαπροσωπικές σχέσεις.

#### 6. Λήψη αποφάσεων.

Σε περίπτωση ύπαρξης αποκλίσεων, θα πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλες αποφάσεις, ώστε τα πρότυπα να μπορούν να αναθεωρούνται ή να διορθώνονται.

***Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ο έλεγχος θα πρέπει να στηρίζεται στις εξής αρχές:***

α) Να είναι προσαρμοσμένος σε μία συγκεκριμένη κατάσταση. Άλλης μορφής είναι ο έλεγχος ενεργειών του διευθυντή και άλλης των προϊστάμενων τομέων,

β) Να ανακαλύπτει αποκλίσεις σε επιθυμητό χρόνο. Ανάλογα το περιεχόμενο του ελέγχου, προσδιορίζεται και ο χρόνος, που πρέπει να γίνουν γνωστές οι αποκλίσεις,

γ) Να καθορίζει διορθωτική ενέργεια. Είναι σημαντικό να προσδιορίζεται η διορθωτική ενέργεια σε περίπτωση απόκλισης, εκ των προτέρων,

δ) Να γίνεται βάσει προμελέτης και προεκλογής του τομέα, που θα εφαρμοστεί,

- ε) Να είναι αντικειμενικός. Να χρησιμοποιούνται τα ίδια πρότυπα στις ίδιες περιπτώσεις και να αποφεύγονται τυχόν προκαταλήψεις ή προσωπικά κίνητρα,
- στ) Να είναι εύκαμπτος. Σε περίπτωση εμφάνισης απρόβλεπτων γεγονότων, να είναι δυνατόν να προσαρμόζεται και ο έλεγχος,
- ζ) Να προσδιορίζει τα οργανικά αίτια της τυχόν απόκλισης. Ο έλεγχος πρέπει να επικεντρώνεται στα καθήκοντα- αρμοδιότητες της κάθε θέσης, που έχει καθορίσει η οργάνωση,
- η) Να διέπεται από την αρχή της οικονομικότητας. Η προβλεπόμενη ωφέλεια από τον έλεγχο να είναι μεγαλύτερη ή ίση με το κόστος διενέργειας του,
- θ) Να είναι ευνόητος. Για να ασκηθεί πραγματικός έλεγχος, πρέπει αυτοί, που ελέγχουν και ελέγχονται να γνωρίζουν τη φύση και το περιεχόμενο του ελέγχου.

#### 10.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ

Τρόποι, με τους οποίους εξασφαλίζεται ο έλεγχος:

##### 1. Κοινωνικοποίηση του προσωπικού.

Τα άτομα πρέπει αν προσαρμόζονται στο έργο, που ασκήσουν αλλά και τη συμπεριφορά, που θα αντιμετωπίσουν. Τα στάδια της κοινωνικοποίησης είναι: α) Το προβλεπόμενο στάδιο, όπου τα άτομα περιμένουν στάσεις, αξίες και 'πιστεύω' της ομάδας, όπως τα έχουν φανταστεί εξαιτίας παραπληροφόρησης. β) Στάδιο, που περιέχει μάθηση σε προ- κοινωνικοποιητικό ίδρυμα π.χ. σχολές νοσηλευτικής. γ) Στάδιο, που έπεται με την πρόσληψη στην εργασία, όταν το ίδρυμα επιλέγει άτομα, που γνωρίζουν από πριν το χώρο, το κλίμα, τις συνθήκες εργασίας. δ) Άλλο στάδιο είναι η ιδρυματική κοινωνικοποίηση, όπου τα άτομα προσανατολίζονται στις αξίες, ήθη και έθιμα του περιβάλλοντος, όπου θα εργαστούν, με σκοπό να μην τους δημιουργηθούν αισθήματα αδυναμίας, ανικανότητας ή απογοήτευσης, σε περίπτωση, που δεν ισχύουν τα παραπάνω (ήθη, έθιμα). ε) Τελευταίο στάδιο, όπου το άτομο διορίζεται και γίνεται μέλος της εργατικής ομάδας και του χώρου, Στο τελευταίο στάδιο τα διοικητικά νοσηλευτικά στελέχη βοηθούν τους νέους νοσηλευτές να προσαρμοστούν στην καινούρια τους εργασία.

##### 2. Διοικητική επιθεώρηση.

Είναι ένας μηχανισμός του ελέγχου, που περιλαμβάνει άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς του προσωπικού κατά την εργασία του και έμμεση μέσω των ατομικών στοιχείων. Η μέτρηση της συμπεριφοράς του προσωπικού μειώνει τις περιπτώσεις εκείνες, που δε μετριοούνται. Επομένως, το προσωπικό δίνει έμφαση σε σημεία εργασίας για την επίτευξη των σκοπών, από τα οποία αξιολογείται και αμείβεται.

##### 3. Μέθοδοι.

Ο διευθυντής προϊστάμενος θα πρέπει να είναι ενήμερος των μεθόδων ελέγχου, που υπάρχουν. Μια μέθοδος είναι, όταν οι εργαζόμενοι δίνουν πληροφορίες και αξιολογούν τον εαυτό τους. Το μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι, ότι παρουσιάζει μόνο την υποκειμενική πλευρά του εργαζομένου. Άλλη μέθοδος στηρίζεται στον έλεγχο της μη μετρήσιμης συμπεριφοράς, επομένως, ο προϊστάμενος διευθυντής πρέπει να

στηρίζεται σε ειδικά μετρήσιμα αποτελέσματα και διαστάσεις της εργασίας, με αποτέλεσμα να εξασφαλίζεται η αντικειμενικότητα. Τέλος, άλλη μέθοδος, που θεωρείται και η καλύτερη, είναι να δίνονται στον κάθε εργαζόμενο οι ανάλογες αρμοδιότητες και ευθύνες για την πραγματοποίηση του έργου του. Για να επιτευχθεί αυτή η μέθοδος, θα πρέπει ο κάθε νοσηλευτής να έχει πλήρη συναίσθηση της ευθύνης.

#### *4. Διορθωτική παρέμβαση.*

Ο προϊστάμενος ελέγχει την εργασία του προσωπικού και προβαίνει σε διορθωτικές ενέργειες, όταν παραβιάζονται ή πρόκειται να παραβιαστούν οι ειδικοί πολιτικά ή νοσηλεία, ο κανονισμός, όταν υπάρχει κίνδυνος για τον άρρωστο ή το προσωπικό. Η συχνή παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει τους εργαζομένους στην απώλεια εμπιστοσύνης και να προκαλέσει δυσάρεστη εμπειρία γι' αυτόν. Αλλά και η έλλειψη παρέμβασης, ίσως οδηγήσει σε σοβαρότερα προβλήματα. Για να αποφευχθούν όλα αυτά, οι εργαζόμενοι και οι προϊστάμενοι πρέπει να γνωρίζουν εκ των προτέρων τις περιπτώσεις, που απαιτούν παρέμβαση ανωτέρου. Τέλος, είναι απαραίτητο να γίνονται συχνοί έλεγχοι με τη μορφή νοσηλευτικών επισκέψεων ή με τον έλεγχο γραπτών στοιχείων. Ο προϊστάμενος θα πρέπει να διαθέτει περισσότερο χρόνο για την πρόληψη προβλημάτων, παρά για διορθωτικές πράξεις.

## **10.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

*Η αξιολόγηση του προσωπικού στην απόδοση εργασίας και στο βαθμό άσκησης των καθηκόντων και αρμοδιοτήτων, γίνεται συχνά και σε καθιερωμένες ημερομηνίες. Η αξιολόγηση είναι δύσκολη και υπεύθυνη εργασία, διότι μπορεί γίνουν λάθη ή ακόμα και αδικίες εις βάρος των αξιολογουμένων. Π.χ. να αξιολογηθεί ένας εργαζόμενος χαμηλότερα ή ψηλότερα από αυτό, που αξίζει, λόγω των υποκειμενικών απόψεων του κάθε προϊσταμένου. Γι' αυτό το λόγο, κάθε προϊστάμενος πρέπει να έχει εκπαιδευτεί στον τομέα αξιολόγησης του προσωπικού και να ανανεώνει-προσαρμόζει την εκπαίδευση του προς τις νέες μεθόδους, με ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης.*

### ΣΚΟΠΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

*Οι κυριότεροι σκοποί αξιολόγησης είναι:*

- 1. Ο προσδιορισμός ικανότητας απόδοσης του εργαζομένου*
- 2. Η ανακάλυψη των φιλοδοξιών του εργαζομένου και η αναγνώριση των επιτευγμάτων του*
- 3. Η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ προϊσταμένου και προσωπικού για καλύτερη κατανόηση των αντικειμενικών σκοπών της εργασίας του ιδρύματος*
- 4. Η προώθηση ανάπτυξης και υποκίνησης του προσωπικού για μεγαλύτερα επιτεύγματα*
- 5. Η βελτίωση διεκπεραίωσης εργασιών με τη μελέτη και ευθάρρυνση ανάπτυξης καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών*
- 6. Η κατάρτιση προϊσταμένων για βελτίωση της συμβουλευτικής τους αρμοδιότητας*
- 7. Ο προσδιορισμός εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών αναγκών των νοσηλευτών*

8. Η καταγραφή προσόντων και ικανοτήτων των νοσηλευτών του ιδρύματος και επανεκτίμηση της τοποθέτησης τους
9. Η επιλογή των νοσηλευτών, που έχουν τα προσόντα για προαγωγή και αύξηση αποδοχών
10. Η εξακρίβωση των εργαζομένων με μη ικανοποιητική απόδοση

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι μέθοδοι αξιολόγησης προσωπικού, που χρησιμοποιούνται, είναι οι εξής:

1. Άνεκδοτικές σημειώσεις.

Είναι αντικειμενικές περιγραφές συμπεριφοράς σε βιβλίο παρατηρήσεων και περιλαμβάνουν ονοματεπώνυμο του εργαζομένου, ημερομηνία και ώρα του συμβάντος ή της παρατήρησης, σύντομη περιγραφή του περιστατικού, τον τόπο και το όνομα του γράφοντος. Για να χαρακτηριστεί, όμως, η συμπεριφορά, δεν αρκεί ένα περιστατικό αλλά αρκετά. Οι υπεύθυνοι, που κρατούν τις σημειώσεις, είναι ο τομάρχης και ο προϊστάμενος, ώστε να συγκρίνουν κατόπιν τα περιστατικά, που σημειώθηκαν.

2. Κατάλογοι τυποποιημένων εργασιών.

Με κατάλογο κατηγοριών δραστηριοτήτων και συμπεριφοράς, μπορεί να εκτιμηθεί ένας εργαζόμενος. Αυτή η μέθοδος δε θεωρείται κατάλληλη και επαρκής για αξιολόγηση διοικητικών σχέσεων.

3. Αναλογικές κλίμακες.

Τοποθετούν τη συμπεριφορά σε ένα σημείο της συνέχειας και σημειώνει ποσοτικές και ποιοτικές ικανότητες. Έχουν αριθμούς, σύμφωνα με τους οποίους βαθμολογείται η συμπεριφορά με τις διάφορες εκδηλώσεις της.

4. Κρίση συναδέλφων.

Είναι η διαδικασία, με την οποία ομάδα νοσηλευτών αξιολογούν την ποιοτική απόδοση εργασίας ενός άλλου νοσηλευτή. Η μέθοδος αυτή αποτελεί μηχανισμό ανατροφοδότησης, ανταλλαγής ιδεών, σύγκρισης της συνέπειας του νοσηλευτή προς τα κριτήρια αναγνώρισης της εξαιρετικής εφαρμογής και προσδιορισμού περιοχών, που χρειάζονται περισσότερη ανάπτυξη. Με αυτή τη μέθοδο ενισχύεται η προσωπική και επιστημονική ή επαγγελματική ανάπτυξη και η ικανοποίηση από την εργασία, λόγω της αναγνώρισης από συναδέλφους.

5. Συνέντευξη.

Ο προϊστάμενος συζητά με το νοσηλευτή για την αξιολόγηση της εργασίας του και σε οικοδομητικό κλίμα αναλύονται τα ισχυρά και αδύνατα σημεία. Η συνέντευξη είναι χρήσιμη για τον προϊστάμενο, διότι ίσως χρειαστεί κάποιες διευκρινήσεις, και για το νοσηλευτή, λόγω, ότι εκφράζει τις απόψεις του για τη βελτίωση της εργασίας.

6. Έκθεση- δελτίο.

Η έκθεση αξιολόγησης συμπληρώνεται και από τον προϊστάμενο και από το νοσηλευτή. Πρέπει να παρουσιάζει την πρόοδο του νοσηλευτή και να δίνει εξηγήσεις για γενικές κρίσεις. Επίσης, θα πρέπει να είναι αξιόπιστη, ειλικρινής και ακριβής. Αν και οι δύο κρατούν σημειώσεις από περιοδικές αξιολογήσεις και υπάρχει εμπιστοσύνη στην πρόθεση του προϊσταμένου, ότι θέλει να βοηθήσει και όχι να τιμωρήσει, τότε ο νοσηλευτής παρουσιάζει έντιμη αξιολόγηση των δυνατών και αδύνατων σημείων του. Οι εκθέσεις αυτές αποτελούν μόνιμα διατηρητέα έγγραφα και πρέπει να

χρησιμοποιούνται για την καλύτερη αξιολόγηση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο. Αποτελούν τη βάση προαγωγής μισθολογικής αύξησης, παραμονής στην ίδια θέση ή λύση σύμβασης και απόλυσης.

# 11

## ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. *Εισαγωγή*
2. *Κριτήρια – Διεθνείς οργανισμοί*
3. *Χαρακτηριστικά κριτηρίων*
4. *Κριτήρια αξιολόγησης Νοσηλευτικής Μονάδας*
5. *Κριτήρια αξιολόγησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*
6. *Κριτήρια Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας*
7. *Εξασφάλιση ποιότητας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*
8. *Η ποιοτική Διασφάλιση (Π.Δ.) στο χώρο της υγείας*
9. *Γιατί η Ποιοτική Διασφάλιση θεωρείται αναγκαία*
10. *Οι αντικειμενικοί σκοποί της Ποιοτικής Διασφάλισης*
11. *Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στην συνεχή Ποιοτική Βελτίωση (Π.Β.)*
12. *Ποιοτική Διασφάλιση και ελληνική πραγματικότητα*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### *ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ*

#### **11.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ποιότητα αποτελεί θέμα αυξανόμενης σπουδαιότητας για τον τομέα της υγείας. Συγχρόνως η παροχή μιας φροντίδας ποιότητας αποτελεί ένα ευρύτερο πρόβλημα.

Η έννοια της ποιοτικής φροντίδας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια από την ποιοτική εκτίμηση, στην ποιοτική διασφάλιση και ακόμα πιο πολύ στην ποιοτική διαχείριση. Η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί περισσότερο εφαρμόζοντας την ποιοτική διασφάλιση (Quality Assurance). Η διασφάλιση της ποιότητας, αποτελεί πλέον πάγια και θεσμοθετημένη πρακτική σε όλον το τομέα της παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων. Στο χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας με διαδικασίες που να σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και που να κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων.

Η νοσηλευτική σαν κοινωνικό έργο, έχει κύρια ευθύνη ανάπτυξης κριτηρίων, αξιολόγησης και εξασφάλισης ποιότητας προσφερομένων υπηρεσιών και νοσηλευτικής φροντίδας αυτό αποδεικνύει την ωριμότητα του επαγγέλματος που συνειδητοποιεί την ευθύνη του προς το κοινωνικό σύνολο την οποία θεωρεί σαν κοινωνική σύμβαση. Η ανάπτυξη των κριτηρίων προέκυψε από την ανάγκη μείωσης της υποκειμενικότητας που μπορεί να παρουσιαστεί κατά την αξιολόγηση. Τα κριτήρια αναπτύσσονται από επιτροπή νοσηλευτών που διαθέτουν ευρεία θεωρητική γνώση, βαθιά αντίληψη του αντικειμένου της νοσηλευτικής και Παράλληλα διαθέτουν ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων και εμπειριών.

Τα προκαθορισμένα πρότυπα και κριτήρια είναι επίσημα αναγνωρισμένα μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας ή της ποσότητας. Αυτά χρησιμοποιούνται από άτομα και οργανισμούς , από ιδρύματα εκπαίδευσης και παροχής υπηρεσιών. Είναι σημαντικά για την νοσηλευτική διότι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Παρέχουν ειδικές εκτιμήσεις και τονίζουν αποτελέσματα που μπορούν να μετρηθούν. Είναι απαραίτητα για την προστασία του κοινού – Παροχή κατάλληλων νοσηλευτικών υπηρεσιών και την κατοχύρωση των νοσηλευτών που τις προσφέρουν.

## 11.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ – ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

Τα πρότυπα σε αντίθεση με τα κριτήρια αντιπροσωπεύουν προκαθορισμένο επίπεδο εφαρμογής, ενώ τα κριτήρια αποτελούν ειδικές μετρήσεις και παραμέτρους που αντανακλούν την πρόσθεση του προτύπου. Επομένως το κριτήριο ορίζεται σαν αντικειμενικός, μετρήσιμος, σχετικός και ευέλικτος δείκτης ποιότητας φροντίδας σε σχέση με την εκτέλεση, συμπεριφορά, συνθήκες, περίπτωση ή την κλινική κατάσταση. Μέσα από το πρότυπο μπορούμε να διακρίνουμε κάποιο αριθμό κριτηρίων.

**Οι τύποι προτύπων που έχουν επικρατήσει είναι οι εξής:**

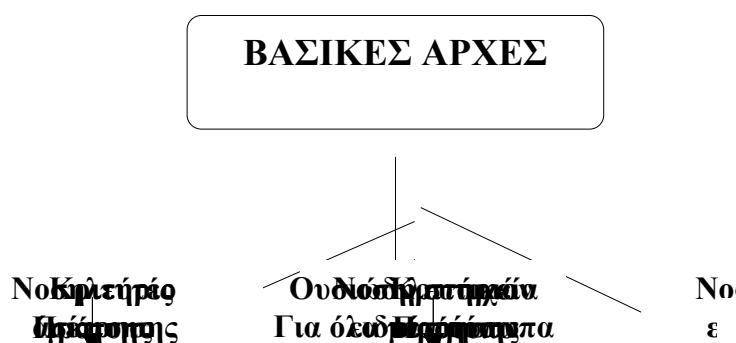
- ❖ Το πρότυπο δομής, το οποίο αναφέρεται σε χαρακτηριστικά εγκαταστάσεων, τεχνολογίας, εφοδίων, πηγών και πόρων του ιδρύματος ή υπηρεσίας στα οποία ασκείται η νοσηλευτική, όπως ανθρώπινες, περιβαλλοντικές, οργανωτικές και φυσικές πηγές,
- ❖ Το πρότυπο διαδικασίας, το οποίο προσδιορίζει τις πραγματικές δραστηριότητες (ενέργειες, παρεμβάσεις, προτεραιότητες νοσηλευτικής φροντίδας) και αντεπιδράσεις μεταξύ αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες και εκείνων που τις δέχονται π.χ. λειτουργεί υγείας και ασθενείς ή πληθυσμός.
- ❖ Πρότυπο έκβασης – αποτελέσματος, το οποίο καθορίζει το τελικό προϊόν που περιλαμβάνει μετρήσιμη αλλαγή εξαιτίας της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών π.χ κατάσταση ψυχικής και σωματικής υγείας κοινωνική και φυσική λειτουργία γνώση και συμπεριφορά.

Για την νοσηλευτική άσκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και την νοσηλευτική εκπαίδευση αναπτύσσονται υποδείγματα δομής, διαδικασίας και έκβασης. Η πράξη του νοσηλευτή ή η συμπεριφορά του στις συγκεκριμένες διαστάσεις του επαγγελματικού ρόλου του, σχετίζεται με τα πρότυπα της νοσηλευτικής άσκησης αυτά προσδιορίζουν την εκπαίδευση του νοσηλευτή, την έρευνα, την ευθύνη, την ηθική συμπεριφορά, την χρησιμοποίηση πηγών και πόρων, καθώς και τις δραστηριότητες αυτοελέγχου και ελέγχου συναδέλφων. Επίσης κατά την παρεχόμενη φροντίδα από τον νοσηλευτή προσδιορίζεται η νοσηλευτική διάγνωση, η αποφασιστικότητα, η εκτέλεση του νοσηλευτικού σχεδίου και η αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

Επομένως για την πραγματοποίηση της ανάπτυξης υποδειγμάτων και κριτηρίων απαιτείται το επίπεδο άσκησης και αρμοδιότητας το οποίο επηρεάζεται από το σκοπό του νομικού μηχανισμού για τον οποίο καθορίζονται τα κριτήρια.

Συνεπώς η ανάπτυξη προτύπων και σχετικών κριτηρίων μέτρησης διέπεται από βασικές αρχές και περιλαμβάνει ειδικά μέσα ανάλογα με την ειδικευμένη λειτουργική περιοχή της νοσηλευτικής π.χ.

**Σχήμα 11.1.** Ανάπτυξη προτύπων κριτηρίων





Το νοσηλευτικό επάγγελμα δεσμεύεται από «Διατάξεις», παραγγέλματα, οδηγίες αντίστοιχων κωδικών που έχουν φθάσει από τη παράδοση ως τις ημέρες μας και ρυθμίζουν θέματα επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Τα διεθνώς κείμενα, κωδικών δεοντολογίας που ισχύουν σήμερα αναφέρονται πιο κάτω σε μετάφραση και αποτελούν «Οδηγό για τον κώδικα κάθε χώρας».

Κάθε δεοντολογικός κώδικας εκφράζει την εποχή του , τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων , τα έθιμα, τις παραδόσεις, τη φιλοσοφία, την θρησκευτική πρακτική και το επιστημονικό και φιλοσοφικό επίπεδο της κάθε κοινωνίας στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτικής έδειξε ενδιαφέρον για τη ανάπτυξη μέτρων και κανόνων από το 1899, που ιδρύθηκε, είχε σαν σκοπό του να προστατεύει το κοινό εξασφαλίζοντάς του ποιοτικό επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας κατάλληλη εκπαίδευση, ειδικούς νόμιμους τρόπους αξιολόγησης των νοσηλευτών. Επίσης η ανάπτυξη κριτηρίων για τη νοσηλευτική συμβάλει στην ρύθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος διεθνώς, ακόμα του μέσου, του οποίου οι εθνικοί σύνδεσμοι ανταλλάσσουν απόψεις σε κοινά ενδιαφέροντα και συνεργάζονται για την προώθηση της συμβολής της νοσηλευτικής για τη προαγωγή της υγεία του πληθυσμού και την φροντίδα των αρρώστων. Τέλος βοήθεια ανάπτυξης και βελτίωσης, νοσηλευτικών κριτηρίων, ικανότητες νοσηλευτών, προαγωγή και βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, διοίκησης, άσκησης και έρευνας.

#### **Συνεπώς το περιεχόμενο του διεθνή κώδικα I.C.N. δίνει έμφαση:**

- ❖ Στην προαγωγή της υγείας,
- ❖ Στην πρόληψη της ασθένειας,
- ❖ Στην αποκατάσταση της υγείας και,
- ❖ Στην αποκατάσταση του πόνου.

*Οι κώδικες δεοντολογίας ανά τον κόσμο κατά σειρά είναι:*

**A)** Κώδικας ηθικών καθηκόντων διπλωματούχων νοσηλευτών του διεθνούς συμβουλίου νοσηλευτών I.C.N. που αναφερθήκαμε.

**B)** Κώδικας επαγγελματικής συμπεριφοράς του κεντρικού συμβουλίου νοσηλευτικής της Μεγάλης Βρετανίας.

**Γ)** Κώδικας επαγγελματικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών του κώδικα νοσηλευτικού συνδέσμου.

*1. Διεθνής Κώδικας (I.C.N.)*

*Η βασική ευθύνη της Διπλωματούχου νοσηλεύτριας είναι  
τέσσερις οι:*

- ✓ Προαγωγή της υγείας,*
- ✓ Πρόληψη της ασθένειας,*
- ✓ Αποκατάσταση της υγείας και*
- ✓ Ανακούφιση του πόνου.*

*Η ανάγκη παροχής φροντίδας είναι παγκοσμίως.  
Στενός συνυφασμένη προς την έννοια της Νοσηλευτικής,  
είναι ο σεβασμός προς τη ζωή, την αξιοπρέπεια και τα  
δικαιώματα του αρρώστου. Εξάλλου η Νοσηλευτική είναι  
ελευθέρα φραγμών, εθνικότητας, φυλής, θρησκευματος,  
χρώματος, ηλικίας, φύλου ως πολιτικών και κοινωνικών  
καταστάσεων.*

*Οι νοσηλευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για την  
υγεία των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας και  
συντονίζουν αυτές με τις υπηρεσίες μελών άλλων συναφών  
επαγγελματιών.*

## 2. Βρετανικός Κώδικας.

- ✓ *Ενεργήσατε πάντοτε με τέτοιο τρόπο ώστε να προάγεται και να εξασφαλίζεται το « καλώς έχειν» και τα συμφέροντα των αρρώστων ή πελατών.*
- ✓ *Βεβαιωθείτε ότι καμία εκ μέρους σας πράξη ή παράλειψη και μέσα στη σφαίρα της επιρροής σας, δεν είναι επιβλαβής για την κατάσταση ή την ασφάλεια των αρρώστων.*
- ✓ *Εκμεταλλευτείτε κάθε εύλογη ευκαιρία για να διατηρήσετε και να βελτιώσετε τη γνώση και την επαγγελματική σας ικανότητα.*
- ✓ *Αναγνωρίστε τα όρια της επαγγελματικής σας ικανότητας και μην αναλαμβάνεται την εκτέλεση καθηκόντων που σας αναθέτουν και τα οποία, με άλλα λόγια, δεν είστε προετοιμασμένη.*
- ✓ *Εργαστείτε με πνεύμα συνεργασίας και συναδελφικότητας με όλους τους άλλους*

επαγγελματίες υγείας και αναγνωρίστε και σεβαστείτε την ιδιαίτερη συμβολή τους μέσα στην ομάδα υγείας.

✓ Λάβετε υπόψιν σας τα ήθη και τα έθιμα, τις αξίες και τα πνευματικά πιστεύω των αρρώστων.

✓ Ενημερώστε το κατάλληλο πρόσωπο ή την κατάλληλη υπηρεσία για κάθε πράξη που δεν γίνεται κατά συνείδηση και που έχει σχέση με τη νοσηλευτική πρακτική.

✓ Αποφύγετε κάθε κατάχρηση της προνομιακής σχέσης που υπάρχει με τους αρρώστους και τις προνομιακής προσέγγισης που είναι επιτρεπτή προς τα υπάρχοντά τους, την κατοικία τους ή την εργασία τους.

✓ Σεβαστείτε τις εμπιστευτικές πληροφορίες οι οποίες αποκτήθηκαν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων και αποφύγετε να αποκαλύψετε τέτοιες πληροφορίες χωρίς την συγκατάθεση του αρρώστου ή του ατόμου που είναι ευτεταλμένο να ενεργεί για λογαριασμό του, εκτός αν η αποκάλυψη των πληροφοριών αυτών

απαιτείται από τον νόμο ή απόφαση Δικαστηρίου ή  
είναι εντελώς αναγκαία για λόγους κοινωνικού  
συμφέροντος.

✓ Λάβετε υπόψη του περιβάλλον όπου νοσηλεύεται ο  
άρρωστος και τις φυσικές, ψυχολογικές και  
κοινωνικές επιπτώσεις που έχει σ' αυτόν, καθώς  
επίσης την επάρκεια των μέσων που διατίθενται και  
ενημερώστε τα κατάλληλα άτομα πρόσωπα ή τις  
υπηρεσίες για κάθε κατάσταση που θα μπορούσε να  
θέσει τους αρρώστους σε κίνδυνο, ή που θα μπορούσαν  
να ενεργήσουν εναντίον του επίπέδου ασφάλειας της  
νοσηλευτικής πρακτικής.

✓ Μέσα στα πλαίσια γνώσεων, της εμπειρίας και της  
σφαίρας, της εξουσίας που έχετε, βοηθείστε  
συναδέλφους και υφισταμένους να αναπτύξουν  
σχετικές με τις ανάγκες τους επαγγελματικές  
ικανότητες.

- ✓ *Αρνηθείτε να δεχτείτε κάθε δώρο, χάρη ή φιλοξενία η οποία θα μπορούσε να ερμηνευτεί σαν απαίτηση για προνομιακή εύνοια μη επιτρεπτή.*
- ✓ *Αποφύγετε τη χρήση επαγγελματικών προσόντων για την διαφήμιση εμπορικών προϊόντων, ώστε να μη δεσμεύετε την ανεξαρτησία της επαγγελματικής σας κρίσης επί της οποίας βασίζονται οι άρρωστοι.*

### *3. Καναδικός Κώδικας.*

*Ο κώδικας αυτός είναι πλήρης και αναλυτικός. Η εφαρμογή του κώδικα σημαίνει την ενσυνείδητη ανάληψη, από την πλευρά των νοσηλευτικών λειτουργιών, της ευθύνης να υπηρετούν τις ανθρώπινες αξίες και να αγωνίζονται για την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας μέσα στα επιτρεπτά όρια.*

*Ο νοσηλευτικός λειτουργός κατά την άσκηση του επαγγέλματος του αντιμετωπίζει ηθικά προβλήματα που μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες.*

I. Ηθικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν αμέλεια έναντι μιας ηθικής υποχρέωσης.

II. Ηθικά διλήμματα που εμφανίζονται όταν υπάρχουν ηθικές δεσμεύσεις υπέρ ή κατά μίας σειράς συγκεκριμένων ενεργειών.

Ο κώδικας δίνει κατευθύνσεις όσο αφορά την αποφυγή ηθικών παρεμβάσεων. Για τα ηθικά διλήμματα δεν υπάρχει συγκεκριμένη λύση στην άσκηση της νοσηλευτικής δίνονται όμως κάποιες κατευθύνσεις.

Τα άτομα πελάτες έχουν δικαιώματα ηθικά και νομικά.

Στον κώδικα αυτό αναφέρονται μάλλον οι ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτικών λειτουργιών παρά τα δικαιώματα (νομικά και ηθικά) των ατόμων, τα οποία υπάρχουν έστω και αν δεν γίνονται αποδεκτά από όλο του σώμα των νοσηλευτικών λειτουργιών.

Οι νοσηλευτικοί λειτουργοί επίσης έχουν νομικά και ηθικά δικαιώματα σαν άτομα και επαγγελματίες με τα οποία όμως δεν ασχολείται ο κώδικας.

*Η εκπλήρωση των ηθικών υποχρεώσεων απαιτεί  
προσπάθεια εκ μέρους όλων όσων ανήκουν στο νοσηλευτικό  
επάγγελμα.*

*Το περιεχόμενο του κώδικα χωρίζεται σε τμήματα που  
ανταποκρίνονται σε αντίστοιχες νοσηλευτικές υποχρεώσεις.*

### **11.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ**

*“Τα κριτήρια για να είναι έγκυρα πρέπει να:”*

1. Καθορίζονται από αρμόδια αρχή (Υπουργείο – Πανεπιστήμιο – Ε.Σ.Ν.)
2. Βασίζονται σε αρχές θεωρητικές και πρακτικές,
3. Στοχεύουν σε συγκεκριμένο σκοπό,
4. Δίνουν κατευθύνσεις για περιγραφή καθηκόντων,
5. Διακρίνονται από ευρύτητα και σαφήνεια,
6. Σχετίζονται με τον συγκεκριμένο σκοπό,
7. Είναι λογικά και εφαρμόσιμα,
8. Παραδεχτά από εκείνους που τους αφορούν,
9. Ευέλικτα,
10. Καθορίζουν την δυνατότητα υλοποίησης,
11. Παρέχουν την δυνατότητα μέτρησης της ποιότητας και αποδοτικότητας,
12. Υπόκεινται σε συνεχή εκτίμηση και αναθεώρηση,
13. Γενικά τα νοσηλευτικά κριτήρια πρέπει να είναι ευέλικτα και να προσαρμόζονται σε αλλαγές και σε καινοτομίες σύμφωνα με τις ανάγκες και τους πόρους της κοινωνίας. Να είναι αρμόζοντα, λογικά, συνεπή, και σαφή για το συμφέρον των πολιτών, του επαγγέλματος και των νοσηλευτών.

### **11.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**

1. Πλήρη γνώση της εργασίας της νοσηλευτικής μονάδας,



2. Προγραμματισμός και οργάνωση της εργασίας του εικοσιτετράωρου,
3. Έναρξη της εργασίας της ημέρας την καθορισμένη ώρα,
4. Προσανατολισμός του προσωπικού της νοσηλευτικής μονάδας,
5. Δημιουργία και διατήρηση ευχάριστου και υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος,
6. Εξασφάλιση κατάλληλου και επαρκούς υλικού – εξοπλισμού,
7. Εφαρμογή νομίμων ιατρικών οδηγιών,
8. Εφαρμογή του γραπτού συστήματος Νοσηλευτικής Φροντίδας,
9. Διατήρηση υψηλού ηθικού του προσωπικού,
10. Εξασφάλιση καλής εργασίας,
11. Ανάθεση ευθύνης σε κάθε μέλος της νοσηλευτικής ομάδας,
12. Λογική τροποποίηση ωρών εργασίας προσωπικού ανάλογα με τις ανάγκες της νοσηλευτικής μονάδας,
13. Επίβλεψη του προσωπικού της νοσηλευτικής μονάδας,
14. Συνεργασία και επικοινωνία με άλλα τμήματα και υπηρεσίες του ιδρύματος,
15. Ανάπτυξη και καλλιέργεια ερευνητικού πνεύματος του προσωπικού.

## **11.5 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

1. Καθορισμός νοσηλευτικής – φιλοσοφία νοσηλευτικής υπηρεσίας,
2. Καθορισμός επιθυμητών επιπέδων νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστων,
3. Καθορισμός αριθμού και κατηγορίας νοσηλευτικού προσωπικού,
4. Κάλυψη όλων των νοσηλευτικών υπηρεσιών με νοσηλευτές σε εικοσιτετράωρη βάση,
5. Εξασφάλιση και επάρκεια κατάλληλου εξοπλισμού – υλικού και συντήρησης,
6. Οργάνωση κεντρικών υπηρεσιών,
7. Εξασφάλιση συστημάτων επικοινωνίας με νοσηλευτικά τμήματα και λοιπές υπηρεσίες,
8. Επίβλεψη νοσηλευτικών τμημάτων, χειρουργείων, εφημερίου, εργαστηρίου Εξωτερικών Ιατρείων κ.α.,
9. Γενική επίβλεψη νοσοκομείου, κέντρου υγείας και άλλων υπηρεσιών,
10. Οργάνωση γραφείου διευθυντή και τομέων νοσηλευτικής υπηρεσίας,
11. Οργάνωση και συμμετοχή σε επιτροπές του ιδρύματος,
12. Επιμόρφωση και ανάπτυξη προσωπικού,
13. Ερευνά νοσηλευτικών θεμάτων και προβλημάτων,
14. Ανάπτυξη δημοσίων σχέσεων,
15. Οργάνωση και συμμετοχή στην κλινική άσκηση φοιτητών νοσηλευτικής και άλλων λειτουργών υγείας.

## **11.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

1. Καθορισμός ελαχίστων ορίων παροχής νοσηλευτικής φροντίδας,
  - Αριθμός και κατηγορία προσωπικού
  - Επαρκείς και κατάλληλος εξοπλισμός
  - Επαρκές και κατάλληλο υλικό
2. Σύστημα οργάνωσης της εργασίας,
3. Διδασκαλία αρρώστου, ατόμου και συγγενών,
4. Διερεύνηση νοσηλευτικών προβλημάτων,
5. Μετά-νοσοκομειακή φροντίδα αρρώστων,
6. Επέκταση νοσηλευτικής φροντίδας στη κοινότητα – σπίτι.

## **11.7. ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Η ποιότητα είναι ανώτερο στοιχείο από την αποτελεσματικότητα και τον περιορισμό του κόστους. Αναφέρεται στην καταλληλότητα των υπηρεσιών με συνεχή αναζήτηση βελτίωσης και συγχρόνως περιορισμού σπατάλης. Αν η εργασία δεν γίνεται σωστά και κατάλληλα, έχει σαν επακόλουθο το υψηλό τίμημα του ανθρώπινου πόνου και ταυτόχρονα του μεγάλου οικονομικού κόστους. Επομένως η ποιότητα αφορά στην όσο το δυνατόν υψηλότερη ποιοτικά προσφερόμενη υπηρεσία στους αρρώστους.

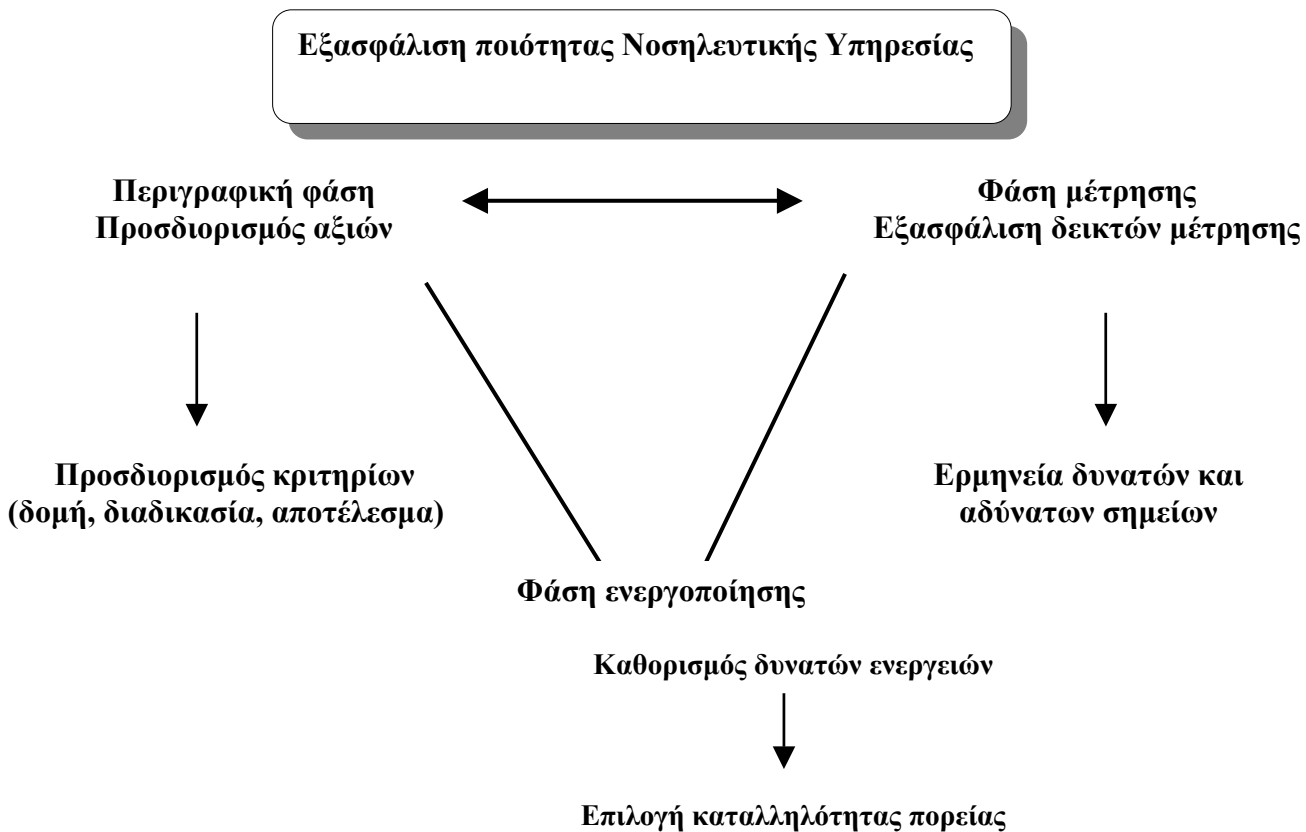
Η ποιότητα υπηρεσιών είναι ένα μέρος μόνο των στοιχείων σύνθεσης της φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την αξιοποίηση πηγών και πόρων, περιβαλλοντικές και πολιτικές μελέτες.

Ο στόχος αυτός πρέπει να θεμελιώνει την φιλοσοφία παροχής υπηρεσιών σε κάθε επίπεδο συστήματος υγείας. Η επιδίωξη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί συμφέρον και υποχρέωση όλων.

Για την εξασφάλιση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να ακολουθηθούν τρεις φάσεις:

1. Περιγραφική φάση κατά την οποία προσδιορίζονται οι επαγγελματικές αξίες και αναπτύσσονται τα κριτήρια δομής, διεργασίας και αποτελέσματος,
2. Φάση μέτρησης η οποία εξασφαλίζει δείκτες προσδιορισμού κάλυψης των κριτηρίων και ερμηνεία των δυνατών και αδύνατων σημείων βάσει των δεδομένων,
3. Φάση δράσης κατά την οποία καθορίζονται δυνατές ενέργειες και επιλέγεται η καταλληλότερη πορεία.

Σχήμα 11.2. Υπόδειγμα εξασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών



### Ιστορική αναδρομή

Στη Βαβυλώνα περίπου το 2000 Π.χ., ο Αυτοκράτορας Χαμουραμπί έγραψε τον πρώτο νόμο που αναφερόταν στη σχέση της ποιότητας της φροντίδας με την κακή εξάσκηση, στο πως ορίζεται και μετριέται η ποιότητα, ποιος είναι τελικά υπεύθυνος για την ποιότητα της φροντίδας και ποια είναι τα άτομα που έχουν πρόσβαση στην υψηλής ποιότητας φροντίδα.

Ο μηχανισμός ελέγχου της ποιότητας, τυποποίησης και πιστοποίησης των παραγόμενων προϊόντων στον τόπο παραγωγής και την αγορά εμφανίζεται και στην κλασσική Ελλάδα. Στην νεότερη εποχή η έννοια της υγειονομικής ποιότητας εισάγεται από την Florence Nightingale.

Μεσολάβησε ένα διάστημα τεσσάρων περίπου δεκαετιών κατά την διάρκεια των οποίων η ιατρική επιστήμη και η ερευνά με τις σημαντικές τους επιτυχίες σε φάρμακα, εμβόλια και μηχανήματα βελτίωσαν θεαματικά όλους τους δείκτες υγείας και έτσι μέσα σε αυτή την ευφορία ο οποιαδήποτε έλεγχος της

ποιότητας θεωρήθηκε περιττός. Στη σύγχρονη εποχή δίνεται έμφαση στη διεργασία της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και διενεργούνται σημαντικές μελέτες που ανακαλύπτουν ουσιαστικές ελλείψεις στη νοσηλεία και στην αύξηση των δαπανών για την υγεία.

Το σχετικά πρόσφατο ενδιαφέρον για την μελέτη της ποιότητας στη φροντίδα υγείας μπορεί να ανιχνευθεί πίσω στον Maxwell το 1984, ο οποίος πρότεινε έξι διαστάσεις της ποιότητας που έπρεπε να εκτιμηθούν. Το μοντέλο του Maxwell έγινε από τότε ένα κριτήριο μέτρησης για την ποιότητα και έχει υιοθετηθεί σε πολλές χρήσεις στη φροντίδα υγείας.

### *Το πέρασμα από τη βιομηχανική ποιότητα στην ποιότητα υγειονομικής φροντίδας*

Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας άρχισαν να δανείζονται ιδέες από την κατασκευαστική βιομηχανικά σχετικά πρόσφατα. Η βιομηχανία στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. κατάλαβε στη δεκαετία του 70 ότι έχει ξεχάσει τις ανάγκες του καταναλωτή. Οι καταναλωτές όμως ήταν ολοένα και περισσότερο πληροφορημένοι και δεν ελκύονταν πια μόνο από την εμφάνιση ή τα τεχνικά Χαρακτηριστικά των προϊόντων. Η έμφαση άρχισε να εστιάζει στην ποιότητα του προϊόντος.

Πολλοί ενορατικοί σχεδιαστές, μεταξύ των οποίων και οι Deming και Juran, επέμειναν στην εφαρμογή της αρχής της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών στις διαδικασίες που αφορούν την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Παράλληλα ο παράγοντας άνθρωπος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, ενώ η συμμετοχή του στη διαδικασία της εκτίμησης της ποιότητας θεωρήθηκε αναγκαία.

έτσι στα πρόσφατα χρόνια η ποιότητα της φροντίδας υγείας έγινε ένα σημαντικό θέμα. Οι ασθενείς απαιτούσαν να είναι πληροφορημένοι και το σύστημα φροντίδας υγείας πλέον κριτικάρεται δημόσια και αμφισβητείται. Επιπλέον καθώς το κόστος της φροντίδας υγείας αυξάνεται ραγδαία, είναι αναγκαίο ένα καλά αναπτυγμένο σύστημα πληροφοριών για την μέτρηση της ποιότητας. Για αυτό, πρέπει να ληφθούν κατάλληλα μέτρα τα οποία τελικά θα έχουν αποτελέσματα και στη μείωση του κόστους της φροντίδας υγείας.

## **11.8. Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ( Π.Δ ) ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **Ορισμοί, σχόλια και γενικά χαρακτηριστικά**

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος αλλά και υποκειμενικός. Για τις υπηρεσίες υγείας ο Tompson όρισε την ποιότητα ως τον μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού, νοσηλευτή στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα.

Από τους πρωτοπόρους σε θέματα ποιότητας και πατέρας του « Quality Assurance» (διασφάλιση ποιότητας) στο χώρο της υγείας ο Αμερικανός α. Donabedian διαμόρφωσε μεταξύ των άλλων τον κλασικό ορισμό της ποιότητας ως «Μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή» λαμβάνοντα υπ' όψιν τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Παρά της εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στον ορισμό της ποιότητας, κοινό σημείο αναφοράς όλων των ορισμών είναι η επίτευξη του «τέλειου» ή του «άριστου». Η ποιότητα είναι ανώτερο στοιχείο από την αποτελεσματικότητα και τον περιορισμό κόστους. Αναφέρεται στην καταλληλότητα των υπηρεσιών με συνεχή αναζήτηση βελτίωσης και σύγχρονους περιορισμούς σπατάλης. Επομένως, η ποιότητα αφορά στην όσο τον δυνατό υψηλότερη ποιοτικά προσφερόμενη υπηρεσία στους αρρώστους.

Το επόμενο βήμα σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας ήταν η εξασφάλιση της. Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (A.N.A.) όρισε την εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Η ποιοτική διασφάλιση είναι ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο έτσι ώστε να δίνει την μεγαλύτερη πεποίθηση ότι ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών πετυχαίνεται με τις λιγότερες δυνατές δαπάνες. Ο κύριος τρόπος με τον οποίο ένας οργανισμός εξασφαλίζει την ποιότητα είναι μέσω ενός συστήματος ποιότητας. Ένα σύστημα ποιότητας καθιερώνει την ποιοτική διόρθωση και την ποιοτική διαχείριση και βεβαιώνει ότι αυτές οι ενέργειες εκτελούνται και βελτιώνονται συνεχώς. Τα πιο γνωστά συστήματα είναι στην Αγγλία το British Standard 5750 και στις ΗΠΑ Malcolm Baldrige National Quality Award System. Και τα δύο βασίζονται στις ίδιες αρχές και την φιλοσοφία μιας ολοκληρωμένης συστηματικής και περιληπτικής ποιοτικής προσέγγισης μέσα σε ένα οργανισμό.

## **11.9. ΓΙΑΤΙ Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ (Π.Δ.) ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ;**

Οι απαντήσεις ποικίλουν ανάλογα με το κοινό που θέτει την ερώτηση. Φαίνεται ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες κινήτρων που απαιτούν προσοχή και που μεμονωμένα και συλλογικά απαντούν στην ερώτηση «ΓΙΑΤΙ;» τα επαγγελματικά κίνητρα, τα κοινωνικά κίνητρα και τα πρακτικά κίνητρα.

*Επαγγελματικά κίνητρα:*

Η Π.Δ. μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσο για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ' τούτου τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ομοίως, η συμμετοχή στις δραστηριότητες Π.Δ. μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον επαγγελματικής πρόκλησης με αποτέλεσμα στην αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Η ενεργός συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας είναι ένα σημαντικός μηχανισμός για την ανάλυση και επεξήγηση των διαφορών στα πρότυπα της άσκησης και στα αποτελέσματα της φροντίδας.

*Κοινωνικά κίνητρα:*

Είναι η ανάγκη η Π.Δ. να χρησιμοποιείται με ευθύνη απέναντι στην κοινωνία για τα κεφάλαια που ξοδεύονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την Π.Δ. είναι να εξασφάλιση την ασφάλεια του κοινού και να το προστατέψει από φροντίδα που είναι απρεπείς ή βλαβερή.

*Πρακτικά κίνητρα*

Μια σειρά πρακτικών κινήτρων που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς είτε να μην παίρνουν διαθέσιμες υπηρεσίες είτε να βλάπτονται από υπερβολικές

ή ακατάλληλες υπηρεσίες, κάνουν ουσιώδες το ότι τα προγράμματα Π.Δ. πρέπει να αναπτυχθούν για να ελαττώσουν την ταλαιπωρία. Αυτός ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων Π.Δ. μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενεργό ανάμειξη των επαγγελματιών υγείας και την διαρκεί υποστήριξη των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας.

#### **11.10. ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (Π.Δ.)**

Τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της ποιοτικής διασφάλισης:

- ◆ Επαγγελματική απόδοση ( τεχνική ποιότητα),
- ◆ Χρησιμοποίηση πόρων (αποδοτικότητα),
- ◆ Διαχείριση κινδύνων (κίνδυνος τραυματισμού ή ασθένειας που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες),
- ◆ Ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ενσωματώνοντας αυτές τις τέσσερις παραμέτρους, μπορεί κάποιος να επιχειρήσει να ορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός προγράμματος Π.Δ. ως :

- I. Η βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τέτοιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας ώστε να παράγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα,
- II. Η επίτευξη αυτού του αποτελέσματος με την ελάχιστη δαπάνη πόρων, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για πρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως συνέπεια της θεραπείας και με την μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή για την πορεία της φροντίδας, τη αλληλεπίδρασή του με το σύστημα φροντίδας υγείας και τα απαιτούμενα αποτελέσματα. Ενώ μια μεμονωμένη δραστηριότητα Π.Δ. δεν χρειάζεται απαραίτητος να πληρεί και τα τέσσερα συστατικά αυτού του ορισμού, είναι σημαντικό ότι τα συνολικά προγράμματα Π.Δ. που οργανώνονται και αρχίζουν από ιδρύματα ή χώρες να δίνουν ίση σημασία στη σπουδαιότητα του καθενός.

**Οι αντικειμενικοί σκοποί της Π.Δ., είναι:**

- 1ο. **Δημόσια ευθύνη:** Ένα σημαντικό μέρος των Υ.Υ χρηματοδοτείται σήμερα από δημόσιους πόρους. Είναι κρίσιμο οι ενέργειες της Π.Δ. να παρέχουν αντικειμενικές αποδείξεις ότι οι πόροι ξοδεύονται και αποτελεσματικά και αποδοτικά.
- 2ο. **Βελτίωση της διαχειρίσις:** Η εκτίμηση της φύσης των προβλημάτων που επηρεάζουν κάποια από τις τέσσερις παραμέτρους και η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διαχείριση, να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που αναγνωρίζονται.

3ο. **Διευκόλυνση της υιοθέτησης των νεωτερισμών:** Μέσο της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας και της θέσπισης κατάλληλων κριτηρίων και διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, οι νεωτερισμοί (όπως τα τεχνολογικά επιτεύγματα) μπορούν να διαδοθούν ταχύτατα.

## **11.11. Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ( Σ.Π.Β.)**

Ήταν η κριτική για τη στατική φύση της Π.Δ., που είχε ως αποτέλεσμα τη μετάβαση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση (Σ.Π.Β.). αυτό απαιτεί συνεχώς επιπλέον βελτιώσεις σε μια διαδικασία που θα οδηγήσει σ' ένα τέλειο προϊόν. Η βελτίωση είναι συνεχής.

Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει διασφάλιση ποιότητας. Στην περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση της ποιότητας είναι μια συνεχής διεργασία και η βελτίωση της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας.

Η Σ.Π.Β. απαιτεί μια συνεχή δέσμευση από διοικητικούς και κλινικούς. Η Σ.Π.Β. δεν διαφέρει από την τελειότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή, τη σχέση της κοινότητας, την οικονομική επιτυχία ή οποιαδήποτε άλλο επιθυμητό οργανωτικό χαρακτηριστικό το οποίο απαιτεί τη συνεχή προσοχή της διαχείρισης.

### **Η Σ.Π.Β. έχει τα εξής χαρακτηριστικά:**

- ◆ Δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμα μόνιμα κριτήρια και τα κριτήρια που τίθενται από τους καταναλωτές και του χορηγούς συνεχώς βελτιώνονται,
- ◆ Η Σ.Π.Β. εστιάζεται στη βελτίωση όλων των διαδικασιών, οι οποίες σε αντάλλαγμα θα βελτιώσουν την απόδοση όλων των χορηγών φροντίδας υγείας,
- ◆ Πρώτα σχεδιάστηκαν οι διαδικασίες και πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή ελαττωμάτων, και έπειτα είναι αναγκαία η επιτήρηση για την παρακολούθηση των διαδικασιών,

- ◆ Επικρατεί ένας προσανατολισμός στη διαδικασία και το αποτέλεσμα,
- ◆ Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν παρακολούθηση δεικτών και χρήση των δεδομένων μ' έναν αποδοτικό τρόπο,
- ◆ Η διαχρονική παρακολούθηση γίνεται όταν υπάρχουν ειδικές ή κοινές παρεκκλίσεις σκοπού,
- ◆ Ο καθένας είναι υπεύθυνος για καλή ποιότητα,
- ◆ Το κριτήριο είναι το σημείο έναρξης. Ο σκοπός είναι τα μηδενικά ελαττώματα. Καμία παρέκκλιση δεν είναι ανεκτή. Τα κριτήρια αναπτύσσονται εσωτερικά, δεν προωθείται η εξωτερική σύγκριση.

#### α) επιτροπή αυτοέλεγχου ( Ε.Α.)

*Η επιτροπή αυτοελέγχου (Ε.Α.) ορίζεται από τον διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και αποτελείται από νοσηλευτικά στελέχη που εργάζονται στο ίδρυμα και προέρχονται είτε από διοίκηση είτε από εκπαίδευση, κλινικοί τομείς, κ.τ.λ..*

Η Ε.Π. είναι μια άποψη της ποιοτικής διασφάλισης και είναι η «διαδικασία με την οποία οι επαγγελματίες υγείας ενεργά ασχολούνται στην πρακτική άσκηση με την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας σε μια δοσμένη περίπτωση σύμφωνα με τα καθιερωμένα πρότυπα άσκησης». Η επιτροπή αυτή θεωρείται ως μέσο ενθάρρυνσης για ανάληψη επαγγελματικής ευθύνης, συμβολή στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού, καθώς επίσης και στη συνεχή βελτίωση των κριτηρίων.

#### β) Στατιστικές μελέτες και παρατηρήσεις

Αυτές μπορούν αν παρουσιάζονται σε πίνακες ή χάρτες. Οι χάρτες έχουν πιο σαφή εικόνα των τάσεων και προβλέψεων. Η ειδική ανάλυση εκθέσεων μαζί με τις στατιστικές βοηθούν στις προβληματικές περιοχές και περιλαμβάνουν προτάσεις και διορθωτικές ενέργειες. Τέλος συλλέγονται ποιοτικά στοιχεία μετά από επισκέψεις των διοικητικών νοσηλευτών στο ίδρυμα και μετά από συζητήσεις του προσωπικού.

#### γ) Εξωτερικός έλεγχος



Οι εξωτερικοί έλεγχοι διεκπεραιώνονται από παράγοντες εκτός ιδρύματος όπως αρμόδια υπουργεία υγείας, εργασίας, οικονομικών για την ποιότητα και την εγκυρότητα των στοιχείων και των δικαιολογητικών σχετικά με το:

- ❖ Ωράριο εργασίας και ασφάλειας προσωπικού,
- ❖ Την διαχείριση οικονομικών καθώς και από ασφαλιστικούς οργανισμούς και άλλους παράγοντες για την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Ο Εξωτερικός έλεγχος επαληθεύει την εγκυρότητα των δικαιολογητικών επιτοπίως και ενθαρρύνει την εντιμότητα των εργαζομένων.

#### δ) Εσωτερικός έλεγχος

*Οι εσωτερικοί έλεγχοι διενεργούνται από προσωπικό του ιδρύματος με σκοπό τον προσδιορισμό αποτελεσματικότητας, άλλων τρόπων διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών. Γίνονται για:*

- ❖ Την Εξασφάλιση διαχείρισης των οικονομικών,
- ❖ Την διοικητική αποτελεσματικότητα,
- ❖ Στην συμμόρφωση προς τις πολιτικές.

Οι εσωτερικοί έλεγχοι προστατεύουν τα ενδιαφέροντα του ιδρύματος και της υπηρεσίας με την εκτίμηση της ακρίβειας των λογιστικών και στατιστικών πληροφοριών, της ασφάλειας του ιδρύματος και της προσαρμογής προς τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τα προγράμματα. Επεκτείνουν ακόμα το ενδιαφέρον του οργανισμού με την αξιολόγηση της οργανωτικής δομής, των γραμμών εξουσίας, των πολιτικών διαδικασιών και νοσηλειών, πρακτικών και εφαρμογών. Οι εσωτερικοί έλεγχοι πρέπει να είναι συνεχείς και εποικοδομητικοί. Όσο ακριβέστεροι είναι, τόσο πιο πολύ εξασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών και γίνονται λιγότερο αναγκαίοι.

#### Συνεχής ποιοτική βελτίωση – Σ.Π.Β.

Η Σ.Π.Β. αναγνωρίζει τη σημασία των κριτηρίων, δομής και αποτελέσματος, αλλά εστιάζει στην διαδικασία. Έτσι η Σ.Π.Β. γίνεται ουσιαστικά μέρος της οργανωτικής πολιτικής για τις υπηρεσίες. Η Σ.Π.Β. βασίζεται κυρίως στην ανάμειξη του διοικητικού και κλινικού προσωπικού στην λειτουργία. Η προσέγγιση του Jenisson για την ποιοτική βελτίωση περιλαμβάνει τις **παρακάτω έξι αρχές**:

- ◆ Έμφαση στο σύστημα ανάλυσης και στην διαδικασία βελτίωσης,
- ◆ Επίγνωση του ποιοι είναι οι πελάτες, των αναγκών και των προσδοκιών τους,
- ◆ Επίγνωση του που θα κατευθύνει ο περιορισμένος χρόνος και οι πόροι της Π.Δ.,
- ◆ Επίγνωση των ατόμων της επίδοσης τους και σεβασμός των προθέσεων τους,

- ◆ Επιβράβευση των ατόμων για τις προσπάθειές τους να βελτιωθούν,
- ◆ Συμμετοχή των εργαζομένων σε μια ειδική διαδικασία, στο σχεδιασμό και στη βελτίωση της ποιότητας.

### **Ολική ποιοτική διαχείριση – Ο.Π.Δ.**

Όπως η Σ.Π.Β., έτσι και η Ο.Π.Δ. είναι μέρος της καθημερινής λειτουργίας των μελών ενός κέντρου υγείας. Η Ο.Π.Δ. είναι προσθενεργός διαδικασία. Οι Sahney και Warden περιέγραψαν **12 έννοιες** κλειδιά της διαδικασίας της ποιοτικής διαχείρισης στο σύστημα υγείας του Henry Ford όπως:

- ◆ Ηγεσία υψηλής διαχείρισης,
- ◆ Δημιουργία συλλογικού πλαισίου εργασίας για την ποιότητα,
- ◆ Μεταμόρφωση της συλλογικής κουλτούρας,
- ◆ Εστίαση στον καταναλωτή,
- ◆ Εστίαση στη διαδικασία,
- ◆ Συνεργατική προσέγγιση της διαδικασίας βελτίωσης,
- ◆ Εκπαίδευση των υπαλλήλων,
- ◆ Εξάσκηση και διδασκαλία,
- ◆ Μέτρηση ποιότητας και στατιστικές αναφορές σε κάθε επίπεδο,
- ◆ Αναγνώριση και επιβράβευση,
- ◆ Ολοκληρωμένη διαχείριση,
- ◆ Benchmarking μια διαδικασία σχεδιασμένη να εκτιμά το συναγωνισμό σε σύγκριση με την απόδοση του καθενός οργανισμού.

Αυτές οι έννοιες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση σχεδιασμού ενός πλαισίου εργασίας για Ο.Π.Δ. στα Κ.Υ.

## **11.12. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Βρισκόμαστε σε μια εποχή όπου ο προσδοκίες της ελληνικής κοινωνίας στον τομέα της φροντίδας υγείας συνεχώς αυξάνουν, όχι μόνο για την πληρότητα της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και για την ποιότητα τους.

Αποτελεί ευθύνη των Υπηρεσιών Υγείας να προβούν σε στρατηγικό σχεδιασμό επαναπροσδιορισμού των πηγών και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Παρ' όλα αυτά είναι γνωστό προς το παρών στη χώρα μας, ούτε οι πολίτες έχουν ασκήσει το δικαίωμα τους, ούτε η πολιτεία έχει ανταποκριθεί στην πρόσφατη υποχρέωσή της να διασφαλίσει την ποιότητα των Υ.Υ. που παρέχονται στο πολίτες της χώρας. Έτσι η μόνη πλευρά που κινείται τελευταίως προς την κατεύθυνση αυτή είναι ο χώρος του νοσοκομείου.

### 11.13. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σοβαρές ανησυχίες για βελτίωση και διασφάλιση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εκδηλώνονται σχεδόν από όλες τις χώρες. Στην Ελλάδα, χώρα Ευρωπαϊκή, παρά την αναμφισβήτητη βελτίωση που παρουσιάζει σε ευαίσθητους δείκτες υγείας όπως βρεφική και μητρική θνησιμότητα, αλλά και γενικότερα βελτίωση του κοινωνικό – οικονομικού της επιπέδου της ζωής, δεν φαίνεται προς το παρόν να γίνονται σοβαρές προσπάθειες προς την κατεύθυνση της εκτίμησης και διασφάλισης της ποιότητας. Προβλήματα σχετικά με την υπολειτουργία ή και την ανεπάρκεια οργανωτικών και λειτουργικών δομών του συστήματος και των υποσυστημάτων υγείας προκαλούν ανυπέβλητα εμπόδια στην εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου ποιότητας.

Η αξιοποίηση της εμπειρίας των άλλων ευρωπαϊκών χωρών θα μας φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στο κίνημα της βελτίωσης της ποιότητας, η οποία ποιότητα, για να χρησιμοποιήσουμε τα λόγια του Αριστοτέλη, δεν είναι απλά μια πράξη, αλλά μια καθημερινή συνήθεια.

Η Ο.Π.Δ. είναι ένας όρος που καλύπτει τρεις τύπους δραστηριοτήτων:

- √ Το σχεδιασμό της ποιότητας,
- √ Τη μέτρηση της ποιότητας και
- √ Τη βελτίωση της ποιότητας.

Στην πάλη της εκπλήρωσης του στόχου για μια αποτελεσματική φροντίδα υγείας στην κοινότητα, το Κ.Υ. θα ωφεληθεί από το αποδοτικό πλαίσιο της Ο.Π.Δ.

Η φροντίδα υγείας εστιάζεται όλο και περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην αλληλεπίδραση του προσιτού κόστους και των θεμάτων ποιότητας σε μια προσπάθεια να μειωθεί η διάσπαση και αν αυξηθεί η αποτελεσματικότητα. Οι Starfield και συν. Δήλωσαν ότι “ η εύρεση μιας γενικά υψηλής ποιότητας σ’ ένα μέσου - κόστους Κ.Υ. είναι ενδιαφέρουσα και χρειάζεται μελέτη”. Ίσως η έρευνα για τα κριτήρια δομής διαδικασίας και αποτελέσματος της Ο.Π.Δ. στο Κ.Υ. μπορεί να είναι πολύτιμο εργαλείο σ’ όλους του οργανισμούς υγείας των οποίων στόχος είναι η άνοδος της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας.

# 12

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. *Συνεχιζόμενη εκπαίδευση*
2. *Ανάπτυξη προσωπικού*
3. *Διεργασία ανάπτυξης προσωπικού*
4. *Αξιολόγηση προγραμμάτων*
5. *Κατευθύνσεις*
6. *Αρχές εκπαίδευσης προσωπικού*
7. *Οργάνωση και διοίκηση*
8. *Συγκεντρωτισμός – Αποκεντρωτισμός*
9. *Μέθοδοι οργάνωσης προγραμμάτων*
10. *Εκπαιδευτικό προσωπικό*
11. *Εναλλακτικές προσεγγίσεις εκπαίδευσης*
12. *Μονάδες παροχής εκπαίδευσης νοσηλευτών στην ογκολογική νοσηλευτική*

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

#### 12.1. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών δε θα πρέπει να παραμένει στη βασική νοσηλευτική εκπαίδευση αλλά να είναι συνεχιζόμενη σ' όλη την επαγγελματική σταδιοδρομία των νοσηλευτών. Είναι απαραίτητη σε κάθε χώρα, ώστε να επιτύχει το μέγιστο όφελος από την αρχική επένδυση, η οποία γίνεται με την προπτυχιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Με βάση το Π.Ο.Υ. η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι η εκπαίδευση, την οποία ο λειτουργός υγείας αναλαμβάνει μετά το τέλος της επαγγελματικής κατάρτισης ή οποιασδήποτε πρόσθετης προηγμένης εκπαίδευσης, γενικής ή ειδικότητας, για βελτίωση της ικανότητας εφαρμογής και όχι για απόκτηση νέου διπλώματος ή άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Επομένως, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ξεκινά είτε αμέσως μετά την αποφοίτηση από τη σχολή είτε μετά από αναγνωρισμένο προωθημένο πρόγραμμα, που οδηγεί σε ειδικότητα ή μεταπτυχιακά διπλώματα.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από συστηματικές εμπειρίες μάθησης οι οποίες είναι έτσι σχεδιασμένες να αναπτυχθούν και να εδραιωθούν πάνω στις γνώσεις και δεξιότητες της βασικής εκπαίδευσης. Περιλαμβάνει σχεδιασμένο οργανωμένο πρόγραμμα καθώς και ανεξάρτητη επιδίωξη από το μαθητευόμενο. Η διαφορά της από τη βασική εκπαίδευση είναι, ότι με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση δε γίνεται λήψη μεγαλύτερου διπλώματος ή πτυχίου.

Οι γενικοί σκοποί της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι:

1. Να προσφέρουν την ευκαιρία στους νοσηλευτές να μάθουν καινούριες δεξιότητες,
2. Να αναθεωρούν και να προσθέτουν νέες γνώσεις σ' αυτά, που ήδη γνωρίζουν
3. Να διερευνούν νέες ανακαλύψεις και τεχνικές. Όπως και να ισχυροποιούν τις ήδη υπάρχουσες κλινικές τους ιδιότητες. Επομένως, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποσκοπεί:
  - I. Στην ανατροφοδότηση των γενικών και των ειδικών προσδιορισμένων γνώσεων με την προσθήκη νέων,
  - II. Στην αναθεώρηση και τροποποίηση παλαιότερων γνώσεων,
  - III. Στην καλλιέργεια της δεξιότητας εφαρμογής νοσηλευτικών πράξεων,
  - IV. Στην αλλαγή της τάσης και συμπεριφοράς του νοσηλευτή με προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις,

V. Δημιουργία της επαγγελματικής και προσωπικής ικανοποίησης και προόδου του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι στάσιμη αλλά συνεχώς μεταβαλλόμενη και η παροχή της γίνεται:

A) Με διαλέξεις,

B) Με ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, που αποτελεί ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης με στόχο την εύρεση και κάλυψη των αναγκών της μάθησης,

Γ) Με τον προσανατολισμό και τη μάθηση δεξιοτήτων του νέο - προσληφθέντος προσωπικού,

Δ) Με προγράμματα για την κάλυψη των αναγκών όλου του νοσηλευτικού προσωπικού,

E) Με την αξιοποίηση ανθρώπινων και τεχνικών πηγών.

Τα προβλήματα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι μεγαλύτερα από τα άλλα επαγγέλματα, λόγω των διαφόρων προγραμμάτων, που προετοιμάζουν νοσηλευτές π.χ. Πανεπιστήμια, Τ.Ε.Ι, Κολέγια κτλ. επίσης, η δυσκολία της κλινικής άσκησης των φοιτητών και σπουδαστών απαιτεί συστηματική και συνεχή εκπαίδευση χιλιάδων νοσηλευτών, Καταρτισμένα νοσηλευτικά στελέχη και οργανωτική υποστήριξη θεωρούνται πρωταρχικής σπουδαιότητας για την επιτυχία αυτού του σκοπού.

Γενικά, τα στάδια εκπαίδευσης των επαγγελματιών Υγείας είναι:

1. Προπτυχιακή, βασική ή άλλη οργανωμένη εκπαίδευση > πτυχίο- δίπλωμα ή πιστοποιητικό,
2. Ειδικότητα, μεταπτυχιακή εκπαίδευση > μεταπτυχιακό δίπλωμα ή πιστοποιητικό,
3. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Συμπερασματικά, υπάρχει ανάγκη να γίνουν συντονισμένες προσπάθειες για την παροχή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της ενθάρρυνσης των ατόμων για συμμετοχή, διότι περισσότερο από το 70% των εν ενεργεία νοσηλευτών, δεν παρακολουθούν οργανωμένα προγράμματα για την αύξηση των γνώσεων τους και τη βελτίωση της απόδοσης τους.

## **12.2. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

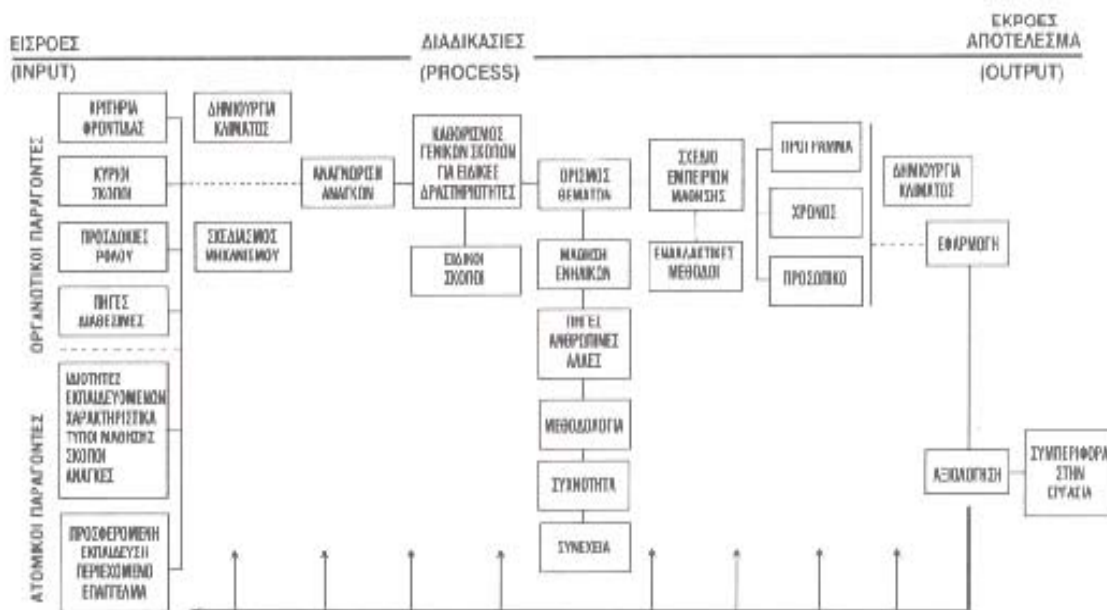
Ο όρος 'ανάπτυξη προσωπικού' περιλαμβάνει διδασκαλία εκτός ιδρύματος, σχεδιασμένη να συμπληρώσει την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και περιέχει ευρύτερη βάση εκπαιδευτικών ευκαιριών αύξησης της μάθησης.

Περιλαμβάνει επίσημες και ανεπίσημες εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχετικές με το ρόλο του εργαζομένου, οι οποίες παρέχονται εντός και εκτός του ιδρύματος. Τα δύο κύρια συστατικά της είναι:

1. Ο προσανατολισμός: αποσκοπεί στη συνειδητοποίηση της πολιτικής του ιδρύματος, τους κανονισμούς, τις διαδικασίες, τις νοσηλείες, τη φιλοσοφία, τους σκοπούς, τα προνόμια και τις απαιτήσεις των νέο – προσληφθέντων νοσηλευτών,
2. Διαρκή εκπαίδευση: εκπαίδευση με σκοπό την απόκτηση δεξιοτεχνιών, προγράμματα βοηθών νοσηλευτών, χρήση διαφόρων μηχανημάτων, διδασκαλία για ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων, προετοιμασία νεότερων στελεχών για τη θέση του προϊσταμένου νοσηλευτή.

Συνεπώς, η ανάπτυξη του προσωπικού είναι προϋπόθεση για την εφαρμογή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

### 12.3. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



## Σχήμα 12.1. Διαδικασία ανάπτυξης προσωπικού

**Εισροές:** Αντιπροσωπεύουν τα δεδομένα στη διεργασία και διατηρούνται σε δύο κύρια μέρη:

1. Οργανωτικά> κριτήρια φροντίδας, κύριοι σκοποί, προσδοκίες ρόλου, πηγές διαθεσιμότητας,
2. Ατομικά> αφορούν τους εκπαιδευόμενους και προσδιορίζουν την ύλη.

Οι ιδιότητες του εκπαιδευομένου περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά, τύπους μάθησης, σκοπούς, ανάγκες. Εδώ οι πιο σημαντικοί είναι οι σκοποί και οι επιδιώξεις.

Η επόμενη φάση της διεργασίας είναι οι διαδικασίες.

A) Αρχίζει με τη:

1. Δημιουργία κλίματος, που εμφανίζεται στον προγραμματισμό και στην εφαρμογή. Στον προγραμματισμό λαμβάνεται υπόψη το κλίμα, που επικρατεί στο ίδρυμα για να αναγνωριστούν οι ανάγκες και για να γίνει ο σχεδιασμός για την κάλυψη τους,
2. Εφαρμογή: Τονίζεται η δημιουργία κλίματος γιατί αποτελεί το πιο κατάλληλο περιβάλλον για μάθηση.

B) Ο σχεδιασμός μηχανισμού: παρουσιάζει την οργάνωση και τη διοίκηση της προσπάθειας ανάπτυξης προσωπικού.

Ο προσδιορισμός των αναγκών βασίζεται στις εισροές και επηρεάζεται από το κλίμα και το μηχανισμό του σχεδιασμού.

Με την αναγνώριση ειδικών αναγκών, οι ανάγκες μεταφράζονται σε γενικούς και ειδικούς αντικειμενικούς σκοπούς. Οι αντικειμενικοί σκοποί εγκαθιδρύουν μηχανισμό αξιολόγησης και καθοδηγούν τις εκπαιδευτικές εμπειρίες. Αν οι αντικειμενικοί σκοποί είναι καθορισμένοι και προσανατολισμένοι προς ειδική συμπεριφορά, τότε η αξιολόγηση είναι ευκολότερη.

Τα ειδικά θέματα βασίζονται στους αντικειμενικούς σκοπούς. Λαμβάνονται υπόψη οι αρχές μάθησης ενηλίκων, όταν ορίζονται τα θέματα και όταν προσδιορίζονται οι ατομικοί παράγοντες εισροών. Κάθε παράγοντας: μάθηση ενηλίκων, πηγές, μεθοδολογία, συχνότητα και συνέχεια, επηρεάζει τον καθορισμό της ύλης και των θεμάτων.

Το πρόγραμμα εκπαιδευτικών εμπειριών: περιγράφει τον τρόπο κάλυψης των αντικειμενικών σκοπών. Κατά το σχεδιασμό μελετώνται διάφοροι τρόποι προσέγγισης. Επιλέγεται ένας τρόπος και οι άλλοι κρατούνται σαν εναλλακτικοί. Για την πραγματοποίηση της εφαρμογής καθορίζονται τρεις διαστάσεις: α) Το πρόγραμμα > αναπτύσσεται το σχέδιο προγράμματος, που περιγράφει το ειδικό περιεχόμενο και τις δραστηριότητες της εκπαίδευσης. β) Ο χρόνος > υπολογίζονται παράγοντες π.χ. ποια είναι η καταλληλότερη ώρα από την εργασία για παρακολούθηση. γ) Το προσωπικό > ποιος είναι ο κατάλληλος να διδάξει. Η επιλογή του προσωπικού εξαρτάται από το ωράριο εργασίας, την κλινική εμπειρογνομosύνη και το περιεχόμενο.



Η δημιουργία κατάλληλου κλίματος έχει μεγάλη σημασία, ακόμα και ο τρόπος χαιρετισμού, προδιαθέτει ανάλογα το προσωπικό, που εκπαιδεύεται. Η αξιολόγηση είναι διαρκής και μεγάλης σημασίας. Αποτελεί συνεχή διεργασία σε κάθε βήμα και έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα για το μελλοντικό προγραμματισμό.

Η τρίτη φάση **εκροές- αποτελέσματα**: παρουσιάζεται με τη συμπεριφορά στην εργασία, η οποία προσδιορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία της προσπάθειας ανάπτυξης προσωπικού. Σκοπός της ανάπτυξης προσωπικού είναι η αλλαγή συμπεριφοράς. Επομένως, αν δεν παρατηρείται αλλαγή ή η αλλαγή δεν είναι η επιθυμητή, τότε το αποτέλεσμα δεν είναι το αναμενόμενο.

## 12.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Για την αξιολόγηση προγραμμάτων ανάπτυξης του προσωπικού έχουν καθοριστεί έξι παράμετροι:

Α)Λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να αποκτή τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες αλλά και να βοηθείται στην προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος,

Β)Χρησιμοποίηση εκπαιδευτικών ευκαιριών εντός και εκτός ιδρύματος, επιλογή και ενθάρρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού να προετοιμαστεί για ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών,

Γ)Εγκαιρος καταρτισμός σχεδίων για προετοιμασία επιλεγμένων στελεχών να εργαστούν σε νέα ή επεκτεινόμενα προγράμματα,

Δ)Ενθάρρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού να αναπτύσσει επαγγελματικά ενδιαφέροντα και ικανότητες,

Ε)Διάθεση βιβλιοθήκης από το ίδρυμα με βιβλία και πρόσφατα περιοδικά και παρότρυνση του προσωπικού να τα χρησιμοποιεί.

## 12.5. ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Α) Παρέχονται προγράμματα σ' όλο το νέο-προσληφθέντες προσωπικό με περιεχόμενο τα εξής θέματα:

1. Φιλοσοφία και αντικειμενικοί σκοποί ιδρύματος,
2. Πολιτική προσωπικού,
3. Περιγραφή καθηκόντων,
4. Περιβάλλον εργασίας,
5. Κανονισμοί κλινικής άσκησης και νοσηλειών,
6. Ισχύοντες κανονισμοί και διαδικασίες.

Β) Χρησιμοποιούνται από τη νοσηλευτική διοίκηση διάφορα νοσηλευτικά στελέχη και άλλα ιδρύματα υγείας για την παροχή και βελτίωση εκπαιδευτικών εμπειριών, που εξασφαλίζουν σύγχρονες γνώσεις και πρακτική για όλο το προσωπικό.

Γ) Εφαρμόζεται πρόγραμμα αξιολόγησης της εργασίας όλου του νοσηλευτικού προσωπικού.

## **12.6. ΑΡΧΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Τα προγράμματα εκπαίδευσης βασίζονται σε ειδικές παιδαγωγικές αρχές, που ισχύουν για τη μάθηση ενηλίκων. Οι ενήλικες δε μαθαίνουν με τον ίδιο τρόπο, όπως τα παιδιά. Γι' αυτό το λόγο οι διδάσκοντες στα προγράμματα πρέπει να γνωρίζουν τις εξής διαφορές:

1. Οι ενήλικες πρέπει να θέλουν να μάθουν και να αισθάνονται την ανάγκη για ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Π.χ. η απλή παρακολούθηση δε βοηθά καθόλου, αν οι ενήλικες δεν έχουν τη διάθεση να μάθουν. Η καλή ενημέρωση και συμβουλευτική εργασία βοηθά στο να γνωρίζουν τις ανάγκες τους αλλά και να τις ικανοποιούν οι εργαζόμενοι,
2. Οι ενήλικες προτιμούν εκπαίδευση βασισμένη σε ενεργητική συμμετοχή και σε προβλήματα, που αντιμετωπίζουν στο περιβάλλον εργασίας: η πρακτική εμπειρία πρέπει να συνδυάζεται με τη θεωρία για τη μάθηση νέων γνώσεων και δεξιοτεχνιών. Οι ενήλικες προτιμούν να αρχίζουν με τα συγκεκριμένα τους προβλήματα, τη λύση τους και μετά την εξέταση για την εφαρμογή της θεωρίας,
3. Η μάθηση των ενηλίκων διευκολύνεται, όταν τους δίνεται η ευκαιρία να διατυπώνουν ελεύθερα ερωτήσεις και αν εκφράζουν διαφωνίες σε περιβάλλον, που διαμορφώνει ώριμες σχέσεις: Ο εκπαιδευόμενος χρειάζεται την ευκαιρία να παρουσιάζει προσωπικές απόψεις σε δεκτική ατμόσφαιρα. Αυτό το είδος της ανταλλαγής προσφέρει στο δάσκαλο μια ιδέα για τις γνώσεις, που αποκτά ο εκπαιδευόμενος,
4. Οι ενήλικες θέλουν την καθοδήγηση και επιθυμούν να γνωρίζουν την πρόοδο τους: οι ενήλικες αντιδρούν προς τους βαθμούς και τις εξετάσεις και θέλουν να γνωρίζουν προσωπικά για την πρόοδο τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμμετοχή του εκπαιδευόμενου στην αυτό-αξιολόγηση του δασκάλου,
5. Ένα ανεπίσημο περιβάλλον διευκολύνει τη μάθηση των ενηλίκων: όσο πιο λίγο η αίθουσα θυμίζει σχολείο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για μάθηση π.χ. αίθουσα τύπου συνεδριάσεων.

## **12.7. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Οι διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να δίνουν την απαραίτητη προσοχή στην ανάπτυξη προσωπικού και να το χρησιμοποιούν κατάλληλα, ώστε να μπορούν να γίνονται αλλαγές με σκοπό τη

βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Για την επιτυχία, βέβαια, των επιθυμητών αλλαγών και της συνεχούς προόδου, είναι σημαντικό να υπάρχει συστηματικός προγραμματισμός.

Ο προγραμματισμός περιέχει:

1. Τον προγραμματισμό για το μέλλον και το παρόν,
2. Το σχεδιασμό της γενικής οργάνωσης,
3. Τον καθορισμό των κυριότερων στοιχείων,
4. Την αναγνώριση των ανθρώπινων και άλλων πηγών,
5. Την ανάπτυξη πολιτικής και διαδικασιών,
6. Το σχεδιασμό συστήματος γραπτής αναφοράς παρατηρήσεων και νοσηλείας των αρρώστων,
7. Τον καθορισμό του οικονομικού μηχανισμού.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλοσυνδέονται και αλληλεξαρτώνται.

Σκοπός του γενικού σχεδιασμού είναι να συλλέξει τα βασικά στοιχεία, που χαρακτηρίζουν το ίδρυμα στην παρούσα κατάσταση αλλά και τη μελλοντική του κατεύθυνση, έχοντας, όμως, υπόψη τις εσωτερικές και εξωτερικές συνθήκες π.χ. επίπεδο οικονομικών, κατηγορίες προσωπικού.

Αναλύοντας τα στοιχεία, μπορούμε να γνωρίζουμε αν η παρούσα οργάνωση θα μπορέσει να φέρει τις αλλαγές, που χρειάζονται για αναδιοργάνωση. Γενικότερα, ο σκοπός είναι, με την ανάπτυξη του προσωπικού, να βελτιθούν η απόδοση και η ακαταλληλότητα της εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού.

Αρχικά, με τα υπάρχοντα στοιχεία σχεδιάζεται μια 'ιδεώδης' οργανωτική δομή, αν δεν είναι δυνατό να συμβεί αυτό, σημαίνει πως πρέπει να γίνουν προσπάθειες για αλλαγές, που θα βοηθήσουν να πραγματοποιηθεί η ιδεώδης οργανωτική δομή.

Ο σχηματισμός εναλλακτικών πλαισίων γίνεται μετά από αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των αδυναμιών. Η επιλογή του σχεδίου, που θα πραγματοποιήσει τους επιθυμητούς σκοπούς, διεκπεραιώνεται μετά από μελέτη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων. Η εκλογή βασίζεται σε λόγους οικονομίας και σε περιορισμούς του προσωπικού. Ένα πρόγραμμα, βέβαια, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζει, να αξιολογεί και να ιεραρχεί τις ανάγκες του. Μετά το σχεδιασμό μπορεί να γίνει η εφαρμογή του σχεδίου, κάνοντας και τις αλλαγές, που μπορεί να χρειαστούν.

Στη φάση αυτή του σχεδιασμού πρέπει να συμμετέχουν:

1. Ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας,
2. Ο διευθυντής εκπαίδευσης,
3. Οι τομεάρχες,
4. Προϊστάμενοι,
5. Νοσηλευτές.

Οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές θα πρέπει να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στην εκπαίδευση του προσωπικού. Τα ενδιαφέροντα και οι ικανότητες όλων των προαναφερθέντων χρησιμοποιούνται στην κατάρτιση του προγράμματος, στην αναγνώριση ειδικών αναγκών, στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

του προγράμματος και βοηθούν στην πραγματοποίηση επιθυμητών αλλαγών στην πράξη. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία του προγράμματος, αποτελεί η συμμετοχή στο σχεδιασμό του.

## 12.8 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΣΜΟΣ- ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ

Κάθε νοσοκομείο αποφασίζει το σημείο, στο οποίο θα συγκεντρώσει ή θα αποκεντρώσει τη δομή οργάνωσης της ανάπτυξης του προσωπικού. Η μέθοδος, που χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι η συγκεντρωτική λόγω της αποτελεσματικότητας και της οικονομικότητας της.

Κατά τη **συγκεντρωτική μέθοδο**, την ηγεσία για όλο το πρόγραμμα της ανάπτυξης του προσωπικού την αναλαμβάνει μια μόνο κεντρική μονάδα. Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης ανταποκρίνεται σε κοινές εκπαιδευτικές ανάγκες. Την ευθύνη αναλαμβάνει μέσω της νοσηλευτικής διοίκησης ο διευθυντής εκπαίδευσης, ο οποίος κάνει την επιλογή του βοηθητικού προσωπικού με σκοπό μια καλύτερη παρακολούθηση και αξιολόγηση.

Η συγκεντρωτική μέθοδος του προγράμματος ανταποκρίνεται στις ανάγκες και λειτουργίες υπό την επίδραση των εναλλασσόμενων αναγκών, όταν:

1. Το πρόγραμμα προσφέρεται σ' όλο το προσωπικό,
2. Όταν ανταποκρίνεται στις εκπαιδευτικές ανάγκες άμεσα και αποτελεσματικά,
3. Όταν προωθεί το συσχετισμό εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης,
4. Όταν επιτρέπει την εισαγωγή νέου προγράμματος,
5. όταν προβλέπει οργάνωση για τον καθορισμό ευθύνης των επιμέρους στοιχείων.

Κατά την **αποκεντρωτική μέθοδο**, οι εκπαιδευτές είναι υπεύθυνοι για την κάλυψη των αναγκών της μάθησης των ειδικών ομάδων εργαζομένων κατά κλινικές ειδικότητες.

Κατά το συνδυασμό της αποκεντρωτικής και συγκεντρωτικής μεθόδου, παρέχεται η ευχέρεια να χρησιμοποιείται ο κεντρικός σχεδιασμός και ο καθορισμός πολιτικής, σε συντονισμό με την αποκεντρωτική χρησιμοποίηση των κλινικών για την εφαρμογή των γνώσεων. Τα κεντρικά γενικά προγράμματα καλύπτουν τις κοινές εκπαιδευτικές ανάγκες των εργαζομένων. Ταυτόχρονα, για τη μάθηση ειδικών δεξιοτεχνιών, χρειάζονται αποκεντρωτικά οι ειδικές ανάγκες στις κλινικές περιοχές.

Ο διευθυντής εκπαίδευσης πρέπει να υπολογίζει τους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, που επηρεάζουν τον προσανατολισμό της νοσηλευτικής άσκησης, οι αλλαγές, που επηρεάζουν τις διαστάσεις της νοσηλευτικής είναι οι ακόλουθες:

1. Η αλλαγή του ρόλου και των δραστηριοτήτων των νοσηλευτών στο σύστημα υγείας,
2. Η αλλαγή των συστημάτων νοσηλείας των αρρώστων,
3. Νέα τεχνολογία,
4. Οργάνωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών με την αποκέντρωση της αρχής, με την απαλλαγή από μη νοσηλευτικά καθήκοντα και με την εισαγωγή του θεσμού των ειδικευμένων νοσηλευτών,

5. Συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση,
6. Ανάπτυξη νοσηλευτικής έρευνας και χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων για βελτιωμένους τρόπους παροχής Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Συνεπώς, κάθε νοσηλευτής είναι απαραίτητο και αναγκαίο να συμμετέχει στη συνεχή εκπαίδευση για την ανάπτυξη ικανοτήτων και νοσηλευτικών γνώσεων. Αυτό θα το επιτύχει, αξιοποιώντας όλες τις ευκαιρίες για τη διδασκαλία και μάθηση.

## **12.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

Για τη λειτουργία προγραμμάτων ανάπτυξης προσωπικού υπάρχουν πολλοί τρόποι οργάνωσης:

*ΠΡΩΤΟΣ:* Σε μεγάλα και σύνθετα ιδρύματα την ευθύνη για την εκπαίδευση του προσωπικού την έχει η Νοσηλευτική Διοίκηση. Αν, όμως, ιδρύματα και τα τμήματα είναι αποκεντρωμένα, τότε την ευθύνη την έχει κλινικός εκπαιδευτής, ο οποίος έχει το ίδιο κύρος με τα άλλα διοικητικά στελέχη. Ο κλινικός εκπαιδευτής μπορεί να φέρει τον τίτλο του διευθυντή ανάπτυξης προσωπικού ή συντονιστή. Οι αρμοδιότητες αυτού είναι οι εξής: Να αναφέρεται άμεσα στον Δ. Ν. Υ., να προγραμματίζει, να εφαρμόζει και να αξιολογεί τα κεντρικά προγράμματα του προσανατολισμού και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, να παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες σε κεντρική βάση προσδιορισμού των αναγκών της μάθησης, να ικανοποιεί τις ανάγκες της μάθησης, να παρέχει βιβλιογραφία και κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό, να βοηθάει άλλους συναδέλφους για την εφαρμογή αποκεντρωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Το εκπαιδευτικό προσωπικό μπορεί να τοποθετηθεί μόνο σε κεντρική ή αποκεντρωτική θέση ή και τα δύο.

*ΔΕΥΤΕΡΟΣ:* Σε διάφορα ιδρύματα η ανάπτυξη του προσωπικού είναι ευθύνη ενός ειδικού τμήματος εκπαίδευσης. Αυτός ο τύπος επικρατεί και είναι αναγκαίος, διότι αναγνωρίζεται η ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό.

*ΤΡΙΤΟΣ:* Είναι ο κατακλινικός τομέας. Κάθε εκπαιδευτής τοποθετείται σε ειδικό κλινικό τομέα και αναφέρεται στον κλινικό υπεύθυνο. Οι εκπαιδευτές έχουν συμβουλευτικές θέσεις και είναι υπεύθυνοι για τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες στους κλινικούς τομείς. Όλοι αναφέρονται στον διευθυντή ανάπτυξης προσωπικού ως προς τον όλο προγραμματισμό και συντονισμό των προγραμμάτων.

## **12.10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Για να δικαιολογηθεί το απαιτούμενο νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να γίνουν γνωστές οι λειτουργίες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, τα στοιχεία του προσωπικού, οι αλλαγές, που προβλέπεται να πραγματοποιηθούν και οι επιπτώσεις της τεχνολογίας.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ανάπτυξη προσωπικού περιλαμβάνει:

1. Ίδρυση συστήματος, που δίνει τη δυνατότητα τροφοδότησης της διεργασίας ανάπτυξης προσωπικού,
2. Καθορισμός αναγκών εκπαίδευσης και μάθησης με τη χρησιμοποίηση πολλών τρόπων και μεθόδων συνεργασίας,
3. Δημιουργία εκπαιδευτικών ευκαιριών και εκτίμηση προσφερομένων για την καταλληλότητα τους,
4. Διατήρηση συστήματος επικοινωνίας, που ενσωματώνει τη χρήση του τύπου των μέσων ενημέρωσης κατά τρόπο που ενθαρρύνει και ενισχύει τη συμμετοχή και τη συνεργασία,
5. Σχηματισμό οργανωτικής δομής, που διευκολύνει την εφαρμογή του συστήματος και τη χρησιμοποίηση των μέσων για την επιτυχία των εκπαιδευτικών σκοπών, που αποβλέπουν στην επιθυμητή αλλαγή,
6. Συμμετοχή στην ανάπτυξη και αναθεώρηση; Φιλοσοφίας, σκοπών, κανονισμών, πολιτικής, τεχνικών νοσηλευτικής, καθηκόντων και συστημάτων αξιολόγησης των Ν. Υ.,
7. Κατάλληλη εφαρμογή αποτελεσμάτων έρευνας και μελετών στα προγράμματα ανάπτυξης προσωπικού,
8. Ανάλυση μελετών και ερευνητικών δραστηριοτήτων σχετικών με την αξιοποίηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού,
9. Κοινοποίηση πληροφοριών για προσφερόμενες εκπαιδευτικές ευκαιρίες νοσηλευτικού προσωπικού εντός και εκτός ιδρύματος,
10. Διατήρηση συστήματος ατομικών δελτίων και εκθέσεων για την ανάπτυξη προσωπικού,
11. Συντονισμό χρησιμοποίησης νοσηλευτικών τομέων από εκπαιδευτικά και άλλα ιδρύματα,
12. Ανάπτυξη και χρησιμοποίηση συστήματος συνεχούς αξιολόγησης και εφαρμοζόμενου σε όλους τους παράγοντες της διαδικασίας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,
13. Δημιουργία θετικού κλίματος μάθησης,
14. Επιλογή ή ανάπτυξη εκπαιδευτικών μέσων κατάλληλης και εύκολης χρήσης,
15. Σύνταξη προϋπολογισμού και εφαρμογή του.

Ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού επηρεάζεται ακόμα από το χρόνο, τη σχετικότητα και τη συνέχεια των προσφερόμενων προγραμμάτων. Εξαρτάται απ' τις ανάγκες του προσωπικού και από τις απαιτήσεις του ιδρύματος.

Όσοι ασχολούνται με την ανάπτυξη του προσωπικού, οι θέσεις, που κατέχουν, είναι συμβουλευτικού και επιτελικού χαρακτήρα. Οι δραστηριότητες του εκπαιδευτή για την ανάπτυξη του προσωπικού είναι:

1. Καθορισμό εκπαιδευτικών αναγκών για ειδικά και γενικά προγράμματα και ευκαιρίες,
2. Σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που οδηγούν σε επιθυμητή συμπεριφορά των εργαζομένων,
3. Καθορισμό μεθόδων και εναλλακτικών ευκαιριών για την κάλυψη των αναγκών,
4. Δημιουργία κατάλληλου κλίματος,
5. Προσδιορισμό και επιλογή οπτικοακουστικών μέσων και μεθόδων διδασκαλίας, ώστε να βοηθούνται οι εργαζόμενοι να αποκτούν επιθυμητή συμπεριφορά,
6. Εξασφάλιση απαραίτητων πηγών, ανθρώπινων και άλλων,

7. Συνεχιζόμενη αξιολόγηση της διεργασίας.

## **12.11. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

1<sup>η</sup>:Ευκαιρία για χρησιμοποίηση ατομικών καθορισμένων συστημάτων μάθησης: Η ατομική αυτή προσέγγιση έχει πρωταρχική σημασία γιατί το κάθε άτομο μαθαίνει με το δικό του τρόπο και αναγνωρίζονται οι προσωπικές δυνατότητες του,

2<sup>η</sup>:Παροχή προγραμμάτων γενικών γνώσεων με ειδικότητες: δίνει την ευκαιρία στους εργαζομένους να ακολουθούν ειδικότητες, σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες του,

3<sup>η</sup>:Προκαταρκτική εξέταση γνώσεων με συμπλήρωση ερωτηματολογίου για επιλεγμένες εκπαιδευτικές εμπειρίες: Βοηθά τον εκπαιδευτή και τις ανάγκες των εκπαιδευόμενων,

4<sup>η</sup>:Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνέχεια προοδευτικά, επιτρέπει τον προγραμματισμό αρχικών και προηγούμενων προγραμμάτων, ανάλογα με τις ανάγκες της μάθησης ελαττώνει το χρόνο για όσους έχουν προηγούμενες γνώσεις και δεξιότητες και προστατεύει από την ανία, που εμφανίζεται, όταν το περιεχόμενο είναι ήδη γνωστό,

5<sup>η</sup>:Πρόβλεψη για περιορισμένο αριθμό εγγραφής ή κριτήρια συμμετοχής σε ειδικά προγράμματα: εξαρτάται από τις γενικές ανάγκες και σε μια ειδική ομάδα μπορεί να έχει επιθυμητά άριστα αποτελέσματα,

6<sup>η</sup>:Πρόνοια για εκπαιδευτικές ευκαιρίες, που προετοιμάζουν άτομα να αναλάβουν την ευθύνη διδασκαλίας άλλων; Κατανέμει την ευθύνη διδασκαλίας,

7<sup>η</sup>:Παροχή ευκαιριών παρακολούθησης προγραμμάτων εκτός του ιδρύματος: για να διατηρήσει το ίδρυμα τη δραστήρια ανάπτυξη του προσωπικού ή για την κάλυψη ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών,

8<sup>η</sup>:Δημιουργία ευκαιριών ή αξιοποίηση ευκαιριών: συμπληρώνουν τον προγραμματισμό,

9<sup>η</sup>:Χρησιμοποίηση εκπροσώπων- συγγενών επιστημόνων υγείας: εκπρόσωποι από άλλους κλάδους βοηθούν τον εκπαιδευτή σε ορισμένες επιλεγμένες δραστηριότητες.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Για τη διευκόλυνση της διοικητικής προσπάθειας και για την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών του ιδρύματος, σημαντική είναι η ύπαρξη οργάνωσης αποτελεσματικού και ικανοποιητικού προγράμματος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της ανάπτυξης του προσωπικού. Επομένως, η οργάνωση της ανάπτυξης του προσωπικού βασίζεται στη φιλοσοφία και στους σκοπούς του ιδρύματος και των υπηρεσιών. Άρα, η εφαρμογή των προγραμμάτων διαφέρει και εξαρτάται από τη οργανωτική δομή και τις διαθέσιμες πηγές.

Για να ανταποκρίνονται στις συνεχιζόμενες μεταβαλλόμενες συνθήκες, η περιοδική αναθεώρηση των προγραμμάτων της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού είναι απαραίτητη. Ανεξάρτητα από τις

χρησιμοποιημένες προσεγγίσεις, τα προγράμματα πρέπει να είναι ευέλικτα, προσαρμοζόμενα στις καταστάσεις, εύκολα στην εφαρμογή και τέλος, στα εκπαιδευτικά συστήματα.

Αρ. Υ7/ οικ. 3841/ 1996

Κεφ 1<sup>ο</sup> Άρθρο 1

- **ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ**

Για την παρακολούθηση του ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος νοσηλείας στην ογκολογική νοσηλευτική απαιτούνται:

1. Πτυχίο ή δίπλωμα νοσηλεύτη/ τριας τριτοβάθμιας εκπαίδευσης,
2. Ενός έτους τουλάχιστον ευδόκιμος υπηρεσία νοσηλευτών σε νοσηλευτικά ή προνοιακά ιδρύματα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εποπτευόμενα και επιχορηγούμενα από το δημόσιο,
3. Ο ενδιαφερόμενος να υπηρετεί κατά χρόνο την επιλογή στον κλινικό τομέα και αν εκτελεί χρέη νοσηλεύτη.

## **12.12. ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

*Άρθρο 1*

Η ειδική εκπαίδευση νοσηλευτών στην ογκολογική νοσηλευτική παρέχεται από τα ειδικά ογκολογικά ιδρύματα, που διαθέτουν:

1. Παθολογικές και χειρουργικές Νοσηλευτικές μονάδες για την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία και χρόνια ογκολογικά προβλήματα (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση),
2. Στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης,
3. Νοσηλεύτη/ τρια υπεύθυνο της εκπαίδευσης κατά προτίμηση Π.Ε. με διετή τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα της ογκολογίας και έλλειψη τούτων, νοσηλεύτρια Τ.Ε. με πενταετή τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα της ογκολογίας,
4. Γενική υποδομή του νοσοκομείου (χώροι διδασκαλίας, εποπτικά μέσα κτλ.),
5. Γραμματειακή υποστήριξη.

- **ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ**

*Άρθρο 3*



Ο αριθμός των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών καθορίζεται από το συγκεκριμένο νοσοκομείο και εξαρτάται από τη στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

#### • ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ

##### *Άρθρο 4*

A) Για την παρακολούθηση του προγράμματος απαιτούνται:

1. Αίτηση του ενδιαφερομένου,
2. Αντίγραφο τίτλου σπουδών,
3. Πιστοποιητικό ενός έτους τουλάχιστον προϋπηρεσίας νοσηλευτή,
4. Υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερομένου, ότι με την ειδική εκπαίδευση θα υπηρετήσει στο νοσοκομείο, όπου ανήκει οργανικά για δύο τουλάχιστον χρόνια,
5. Βεβαίωση του φορέα προέλευσης, ότι οι υπηρεσιακές ανάγκες επιτρέπουν την απουσία του ενδιαφερομένου για την ειδική αυτή εκπαίδευση,
6. Βεβαίωση του φορέα, στον οποίο υπηρετεί, ότι ασκεί τα καθήκοντα του νοσηλευτή κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης ευδοκιμώς.

B) Αρμόδιο για την επιλογή είναι το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που ο ενδιαφερόμενος υπέβαλε την αίτηση και τα δικαιολογητικά της προηγούμενης παραγράφου, στο οποίο διαβιβάζεται ο σχηματισθείς φάκελος του ενδιαφερομένου με γνώση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, όπου υπηρετεί ο νοσηλευτής.

#### • ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΩΝ

##### *Άρθρο 5*

1. Οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές καθ' όλο το διάστημα της εκπαίδευσής τους, τελούν σε διατεταγμένη υπηρεσία. Δικαιούνται των τακτικών τους αποδοχών και της ετήσιας κανονικής άδειας, η οποία δεν πρέπει να συμπίπτει με χρονικά διαστήματα της εκπαίδευσής. Δεν δικαιούνται έξοδα μετάθεσης, μετακίνησης, απόσπασης κ. λ. π., δαπάνες για ημεραργίες κ. τ. λ.. Μετά το τέλος της εκπαίδευσής, επανέρχονται στο νοσοκομείο, όπου υπηρετούν,
2. Οι ειδικευόμενοι, που διακόπτουν το πρόγραμμα οικειοθελώς και αναιτιολόγητα, δε μπορούν να το επαναλάβουν, αν δεν περάσουν τουλάχιστον 5 χρόνια,
3. Ο εκπαιδευόμενος νοσηλευτής, που διακόπτει το πρόγραμμα για λόγους υπηρεσιακών αναγκών ή ανωτέρας βίας, δύναται να συνεχίσει το πρόγραμμα τον αμέσως επόμενο χρόνο μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

##### *Άρθρο 6*

1. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που παρέχει την εκπαίδευση, είναι αρμόδιο για τον καθορισμό του αριθμού των εκπαιδευόμενων ανάλογα με τις δυνατότητες, που διαθέτει. Σε κάθε

περίπτωση, για τη θεωρητική διδασκαλία, ο αριθμός των εκπαιδευόμενων δε μπορεί να είναι μικρότερος από 10 και μεγαλύτερος από 30,

2. Οι αιτήσεις των υποψηφίων θα διαβιβάζονται στη νοσηλευτική υπηρεσία του ιδρύματος, που παρέχει την εκπαίδευση αυτή, μέχρι τα τέλη Ιουνίου κάθε έτους. Η νοσηλευτική Υπηρεσία υποβάλλει τις αιτήσεις με εισήγηση της στο Δ. Σ. για την τελική επιλογή,
3. Η έναρξη του ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος θα πραγματοποιηθεί το μήνα Οκτώβριο εκάστου έτους,
4. Η θεωρητική διδασκαλία θα γίνεται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους ειδικούς.

#### • ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

##### *Άρθρο 7*

1. Η διάρκεια της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στην ογκολογική νοσηλευτική είναι 6 μήνες, 24 εβδομάδες, με σύνολο εκπαιδευτικών ωρών 38 εβδομαδιαίος,
2. Από τις μέρες εκπαίδευσης κάθε εβδομάδα η μία διατίθεται για θεωρητική διδασκαλία και οι τέσσερις για πρακτική άσκηση με ενεργό συμμετοχή των εκπαιδευόμενων στις νοσηλευτικές διαδικασίες σε κυκλικό ωράριο,
3. Ο συνολικός αριθμός των ωρών του προγράμματος είναι 99 ώρες, οι οποίες κατανέμονται σε 200 θεωρητικής διδασκαλίας και οι 700 σε πρακτική άσκηση.

#### • ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

##### *Άρθρο 8*

Γενικός σκοπός του προγράμματος είναι να προετοιμάσει κατάλληλα τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές, ώστε να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πεποιθήσεις, ώστε να αναλαμβάνουν με υπευθυνότητα τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο, στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η φροντίδα αυτή θα παρέχεται με την οργάνωση, παροχή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων, εξατομικευμένου και ολοκληρωμένου νοσηλευτικού προγράμματος.

Θα παρέχεται με σεβασμό στην προσωπικότητα και τα δικαιώματα κάθε ατόμου, τόσο στη φάση της διάγνωσης, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αποκατάστασης. Επίσης, στο τελικό στάδιο της νόσου με στόχο την ανακούφιση και την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για κάθε άρρωστο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές, μετά το πέρας της εκπαίδευσης τους θα πρέπει να είναι ικανοί, ώστε:

1. Να αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα του Ca ομάδων υψηλού κινδύνου και πληθυσμών στόχων,

2. Να παρέχουν πληροφορίες και συστάσεις στο κοινό με στόχο την προσπάθεια μείωσης της πιθανότητας προσβολής από καρκίνο,
3. Να ενθαρρύνουν και να καθοδηγούν άτομα, να υιοθετούν υγιή τρόπο διαβίωσης και να υποστηρίζουν εκείνα, που προσπαθούν να αλλάξουν τρόπο διαβίωσης,
4. Να ενθαρρύνουν οικογένειες υψηλού κινδύνου να υποβάλλονται δε διαγνωστικές εξετάσεις,
5. Να υποστηρίζουν άτομα με Ca σ' όλη τη διάρκεια ή φάση της διάγνωσης,
6. Να αναγνωρίζουν και να ανιχνεύουν τις βιοψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας στο άτομο και την οικογένεια,
7. Να συμμετέχουν υπεύθυνα στην παρεχόμενη θεραπευτική αγωγή ως ισότιμα και ενεργά μέλη της πολυδύναμης θεραπευτικής ομάδας,
8. Να συνεργάζονται αρμονικά με τον άρρωστο, την οικογένεια και τους συναδέλφους στην κατάστρωση και εφαρμογή ρεαλιστικού εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας και αποκατάστασης για κάθε ασθενή,
9. Να βοηθούν τον άρρωστο να μάθει να ζει με τους περιορισμούς, που υπέβαλε η νόσος και η θεραπευτική αγωγή στη ζωή του και να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες,
10. Να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική αγωγή, μέσα στα όρια του εξατομικευμένου προγράμματος του ασθενή.

#### *Άρθρο 9*

Οι εκπαιδευόμενοι κατά τη διάρκεια του προγράμματος υποχρεούνται να εκπονήσουν εργασία, σύμφωνα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία εγκρίνεται από τον υπεύθυνο εκπαίδευσης, ο οποίος έχει την ευθύνη της επίβλεψης και αξιολόγησης της. Η παρακολούθηση του προγράμματος είναι υποχρεωτική.

Η εκπαίδευση χαρακτηρίζεται ελλιπής: Αν ο εκπαιδευόμενος έχει περισσότερες από το 1/10 του συνόλου των ωρών θεωρητικής διδασκαλίας, που προβλέπονται από το ειδικό πρόγραμμα. Εάν ο εκπαιδευόμενος έχει απουσίες περισσότερες από το 1/10 των υποχρεωτικών ωρών κλινικής άσκησης. Η εκπαίδευση χαρακτηρίζεται ελλιπής και επαναλαμβάνεται υποχρεωτικά, αν ο εκπαιδευόμενος έχει περισσότερες απουσίες από το 1/5 του συνόλου των ωρών θεωρητικής διδασκαλίας και πρακτικής άσκησης.

Όταν η φοίτηση χαρακτηριστεί ελλιπής, σύμφωνα με τα προηγούμενα, η επιτροπή αξιολόγησης κρίνει, αν ο εκπαιδευόμενος θα πρέπει να συμπληρώσει ή να επαναλάβει το πρόγραμμα. Η τελική αξιολόγηση του εκπαιδευομένου γίνεται από τριμελή επιτροπή, που αποτελείται από το διευθυντή του ογκολογικού τμήματος, τη διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον υπεύθυνο εκπαίδευσης.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει: εξετάσεις στη θεωρία, που διδάχτηκε, και της εργασίας, που εκπόνησε κατά την εκπαίδευση του της κλινικής επίδοσης και απόδοσης του.

Η επίδοση των εκπαιδευομένων βαθμολογείται: Κλινική άσκηση και εργασία: 1- 10, γραπτή εξέταση: 1- 10. Οι βαθμοί αξιολογούνται ως εξής: Άριστα: 8.5- 10, πολύ καλά: 7- 8.4, Καλά: 5.5- 6.9, σχεδόν καλά: 5- 5.4. Οι βαθμοί κάτω του 5 είναι απορριπτικοί. Σε περίπτωση αποτυχίας, οι εξετάσεις επαναλαμβάνονται μετά

από ένα μήνα. Μετά την επιτυχή αποπεράτωση του προγράμματος, χορηγείται πιστοποιητικό ειδικής εκπαίδευσης, το οποίο υπογράφεται από το διευθυντή του ογκολογικού, τη διευθύντρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον πρόεδρο του Δ. Σ. του νοσοκομείου.

# ΕΡΕΥΝΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, είναι ένας δείκτης ανάπτυξης της κοινωνίας. Οι Υπηρεσίες Υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην ευημερία του ατόμου.

Η στελέχωση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών αποτελεί βασική λειτουργία της διοίκησης, καλά στελεχωμένες Νοσηλευτικές Υπηρεσίες αντανακλούν στην βελτίωση του επιπέδου φροντίδας των ασθενών.

Σκοπός: Η στελέχωση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών των νοσοκομείων της Κρήτης.

Μέθοδος – υλικό: Έγινε μεθοδολογική προσέγγιση σε δύο επίπεδα – μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται ανάλυση της στελέχωσης των νοσοκομείων της Κρήτης σε Νοσηλευτικό Προσωπικό με βάση τη στελέχωση και δομή των υπηρεσιών όπως αυτή υφίσταται σήμερα, καθώς και με βάση το οργανόγραμμα ανάπτυξης κάθε νοσοκομείου. Η έρευνα στην φάση αυτή δε περιορίζεται στην απλή παράθεση θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων της Κρήτης, αλλά επεξεργάζεται και αναφέρεται σε σχέσεις και αναλογίες: Τους νοσηλευθέντες ασθενείς, με τις οργανικές θέσεις που προβλέπονται με τις αναλογίες προσωπικού ανά κατηγορία, μέση διάρκεια χρόνου νοσηλείας, αναλογίες προσωπικού με γενικό πληθυσμό και με κλίνες κ.τ.λ.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται ερευνητική προσέγγιση της στελέχωσης σε σχέση με τον άρρωστο. Η μελέτη αυτή ταξινομεί τους ασθενείς με βάση τη βαρύτητα της νόσου τους και άλλα χαρακτηριστικά. (Patient Classification System).

Οι ασθενείς ..... σε μονάδες προοδευτικής φροντίδας (Progressive Patient Care) με βάση τον βαθμό νοσηλευτικής εξάρτησης, που καθορίζεται με ειδική κλίμακα, και το χρόνο απασχόλησης των νοσηλευτών. Η μελέτη αφορά τη χρονική διάρκεια 2001 – 1<sup>ο</sup> εξάμηνο 2002 και αναφέρεται σε όλα τα νοσοκομεία της υγειομονικής περιφέρειας της Κρήτης.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 1

Στο πρώτο μέρος της έρευνας γίνεται παράθεση και ανάλυση των στατιστικών στοιχείων των νοσοκομείων της υγειομονικής Περιφέρειας της Κρήτης σε σχέση με την στελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού

Αναλυτικότερα η παράθεση και η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων αφορά:

A) Την στελέχωση των νοσοκομείων της Κρήτης σε νοσηλευτικό προσωπικό, ανά κατηγορία νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ), τις κατεχόμενες θέσεις, τις προβλεπόμενες θέσεις με βάση τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου, τις θέσεις που είναι προσωποπαγείς καθώς και τις κενές θέσεις που υφίστανται,

B) Την αναλογία πληθυσμού των κατοίκων της Περιφέρειας Κρήτης σε σχέση με το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) και σε σχέση με τους νοσηλευτές – τριες (ΠΕ, ΤΕ). Η επεξεργασία της σχέσης Νοσηλευτικού Προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), Νοσηλευτών – τριών με τους κατοίκους γίνεται στο σύνολο του πληθυσμού καθώς και ανά 1000 κατοίκους, ώστε να υπάρξει συγκρίσιμη τιμή σε σχέση με τους διεθνείς δείκτες στελέχωσης.

Στο ίδιο τμήμα της έρευνας γίνεται ανάλυση και επεξεργασία της σχέσης αναπτυγμένων κλινών – κατοίκων και αναπτυγμένων κλινών – νοσηλευτικών προσωπικών (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) και νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ). Τα δεδομένα επεξεργάζονται πάλι ανά 1000 κατοίκους ώστε να προκύψουν συγκρίσιμες τιμές σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα.

Γ) Η επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν τους δείκτες παραγωγικότητας των νοσοκομείων της Κρήτης κατά το έτος 2001 και το πρώτο εξάμηνο του 2002.

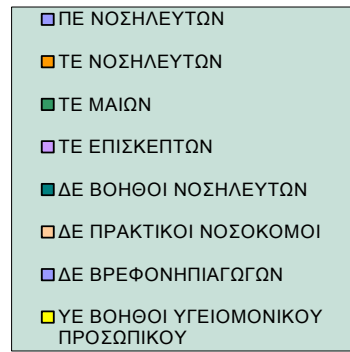
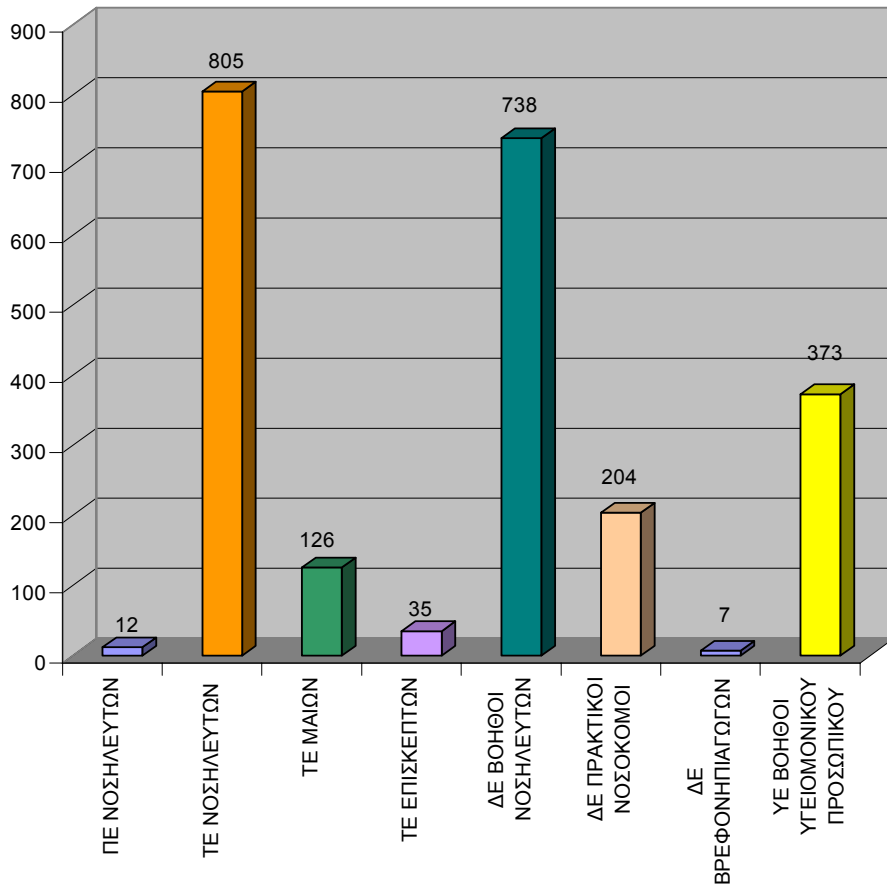
Συγκεκριμένα καταγράφονται οι κλίνες κάθε νοσοκομείου (Αναπτυγμένες και προβλεπόμενες με βάση τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου), το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών κάθε νοσοκομείου, την διάρκεια νοσηλείας, το ποσοστό κάλυψης των αναπτυγμένων κλινών, την σύνθεση και τον αριθμό νοσηλευομένων ανά έτος, και τέλος την αναλογία νοσηλευομένων ασθενών ανά νοσηλευτή – τρια (ΠΕ, ΤΕ) ανά ημέρα.

Η επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων γίνεται και στα 3 τμήματα του πρώτου μέρους ανά νοσοκομείο, ανά νομό και συγκεντρωτικά για όλη την υγειονομική περιφέρεια Κρήτης.

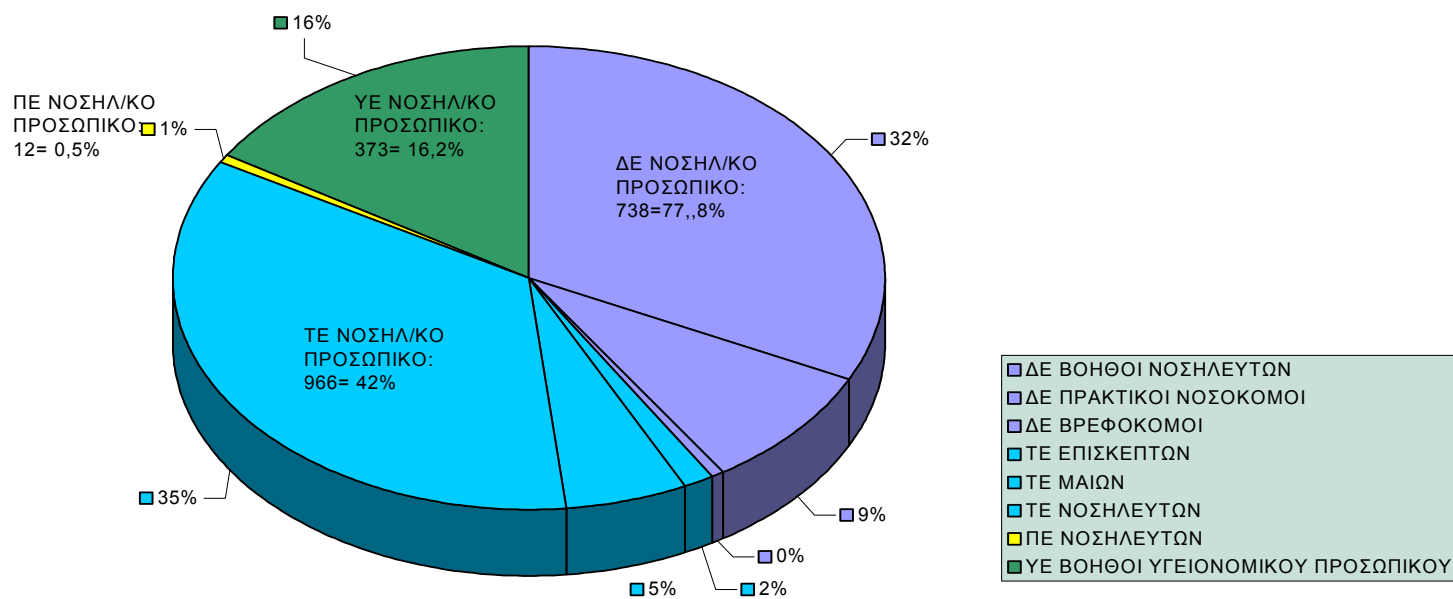
Πηγές για την συλλογή των στοιχείων που επεξεργάστηκαν υπήρξε: Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το Π.Ε.Σ.Υ. Κρήτης, οι Νοσηλευτικές και Στατιστικές Υπηρεσίες των Νοσοκομείων της Κρήτης.

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ**

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ Ν.Π.



### ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ





## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη των νοσοκομείων της Κρήτης και η στελέχωση τους με Νοσηλευτικό Προσωπικό όπως αυτή υφίσταται σήμερα, με βάση τους οργανισμούς ανάπτυξης κάθε νοσοκομείου και σε σχέση με τα στοιχεία που παρατέθηκαν στους προηγούμενους πίνακες, μας οδηγεί στην αναγωγή χρήσιμων παρατηρήσεων και συμπερασμάτων.

Από τις 109 θέσεις νοσηλευτών – τριών Π.Ε. που προβλέπονται είναι καλυμμένες μόνο οι 12, ποσοστό 11% ενώ 97 θέσεις, ποσοστό 89% παραμένουν κενές.

Από τις 1437 θέσεις που προβλέπονται συνολικά για την Τ.Ε. κατηγορία (Νοσηλευτών – τριών, μαιευτών – ών, επισκεπτών – τριών), καλυμμένες σήμερα είναι οι 961, ποσοστό 67%, ενώ 476 θέσεις, ποσοστό 33%, παραμένουν κενές και 6 θέσεις είναι προσωποπαγείς.

Από τις 1023 θέσεις που προβλέπονται για την ΔΕ κατηγορία καλυμμένες σήμερα είναι 743, ποσοστό 73%, και 280 θέσεις, ποσοστό 27%, παραμένουν κενές. Επίσης σ' αυτήν την κατηγορία υπάγονται 206 θέσεις πρακτικών νοσοκόμων που είναι προσωποπαγείς και δεν αναπληρώνονται.

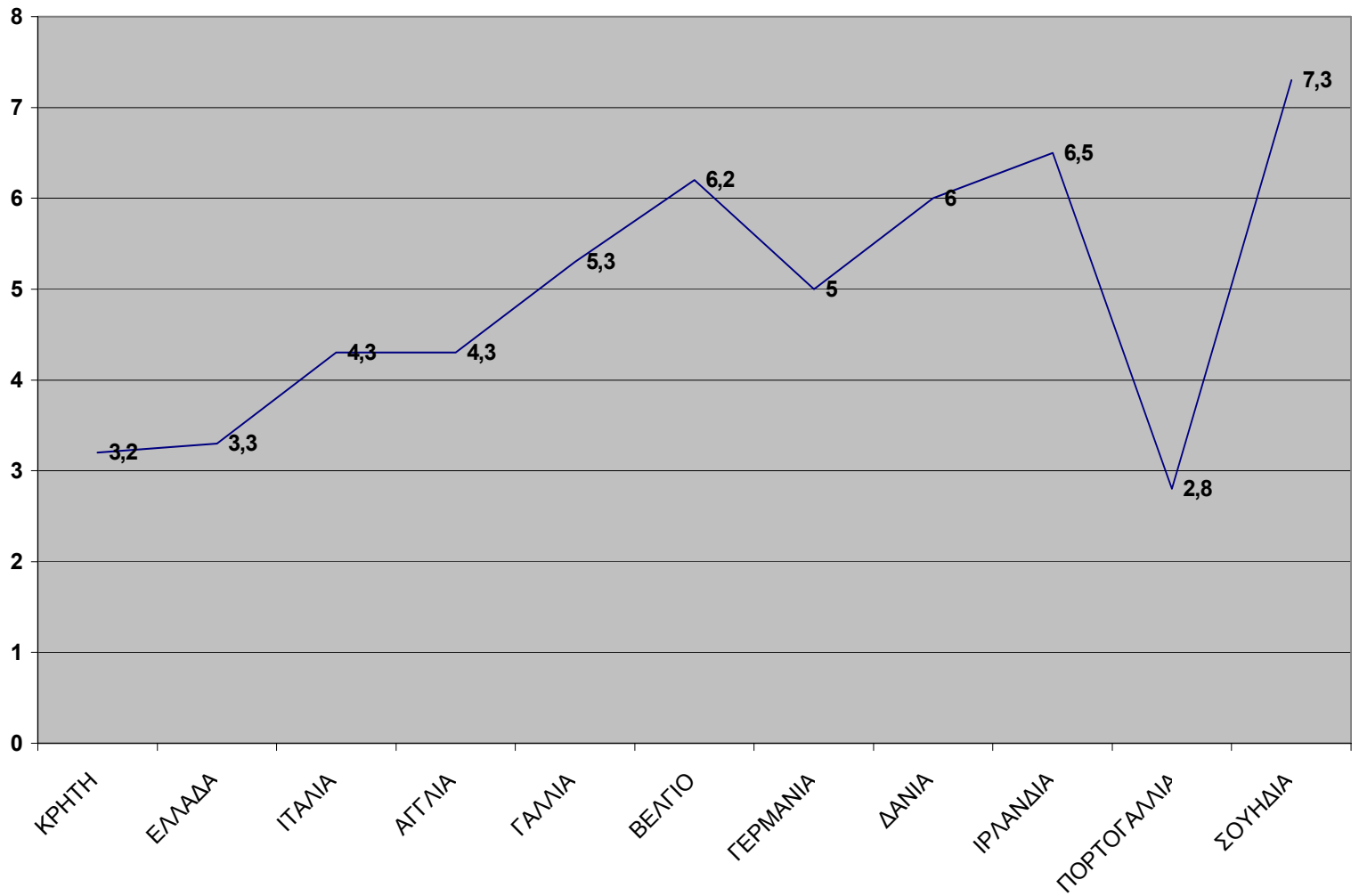
Από τις 716 θέσεις της Υ.Ε. Κατηγορίας Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού (Μεταφορείς – βοηθοί θαλάμων) καλυμμένες σήμερα είναι οι 373, ποσοστό 52%, ενώ 343, ποσοστό 48%, είναι κενές.

### ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

#### ΟΓΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΝΟΣΗΛ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ - ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

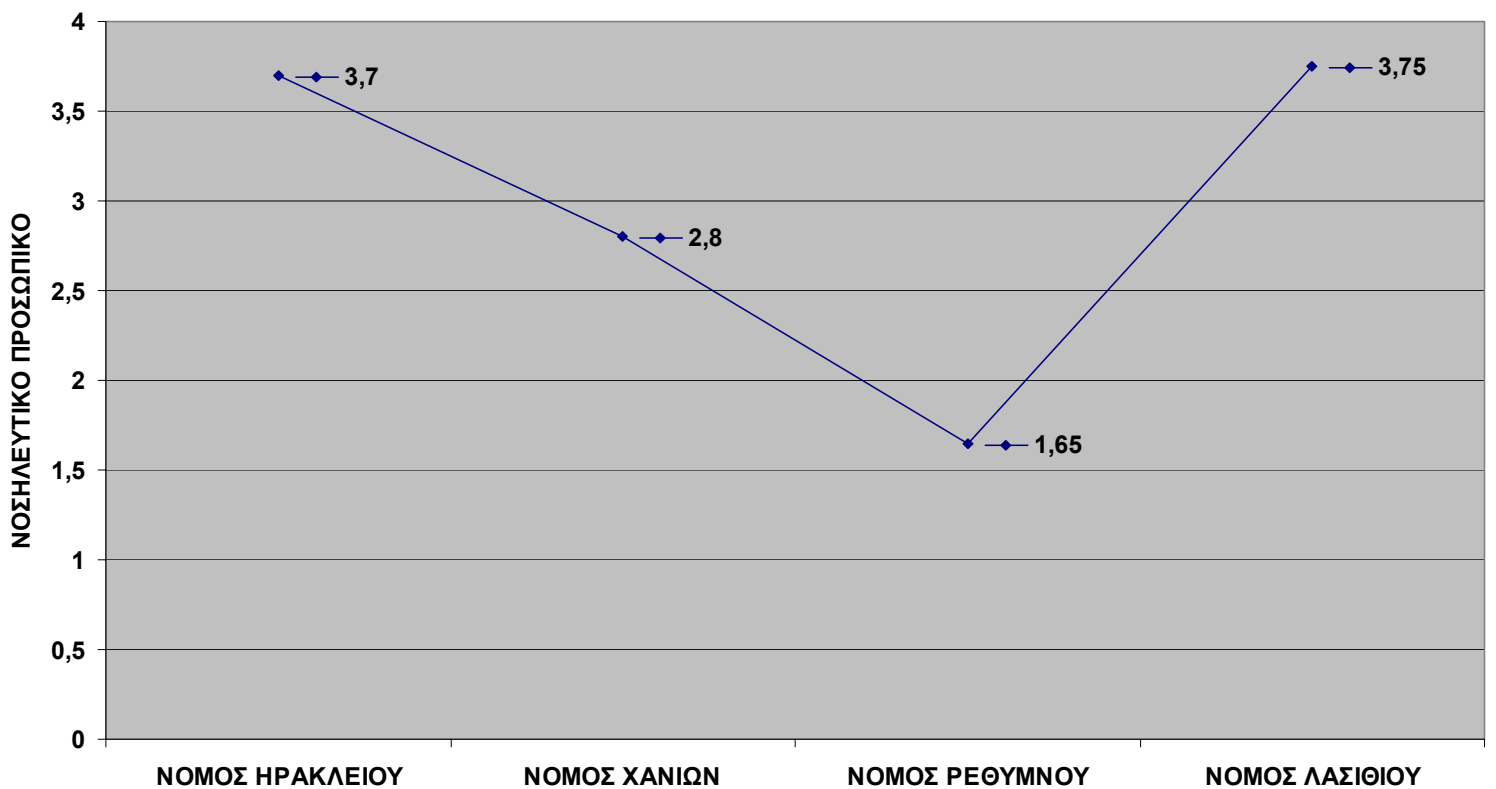
	ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΛΥΘΗΣΜΟΥ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ)/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ (ΠΕ,ΤΕ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΠΕ,ΤΕ)/ΠΛΗΘΥΣΜΟ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΠΕ,ΤΕ)/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΚΛΙΝΕΣ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ/ΚΛΙΝΗ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (ΠΕ,ΤΕ)
<b>ΑΚΛΕΙΟ</b>	294	1095	268	3,72	602	489	2	1170	251	4	1,07	1,95
<b>ΑΝΙΩΝ</b>	149	415	359	2,8	208	717	1,4	837	178	5,6	2	4
<b>ΔΥΜΝΟΥ</b>	82	134	610	1,64	52	1573	0,6	165	495	2	1,23	3,2
<b>ΣΙΘΙΟΥ</b>	76	284	267	3,74	116	654	1,5	298	255	4	1	2,6

### ΑΝΑΛΟΓΙΑ Ν.Π. ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

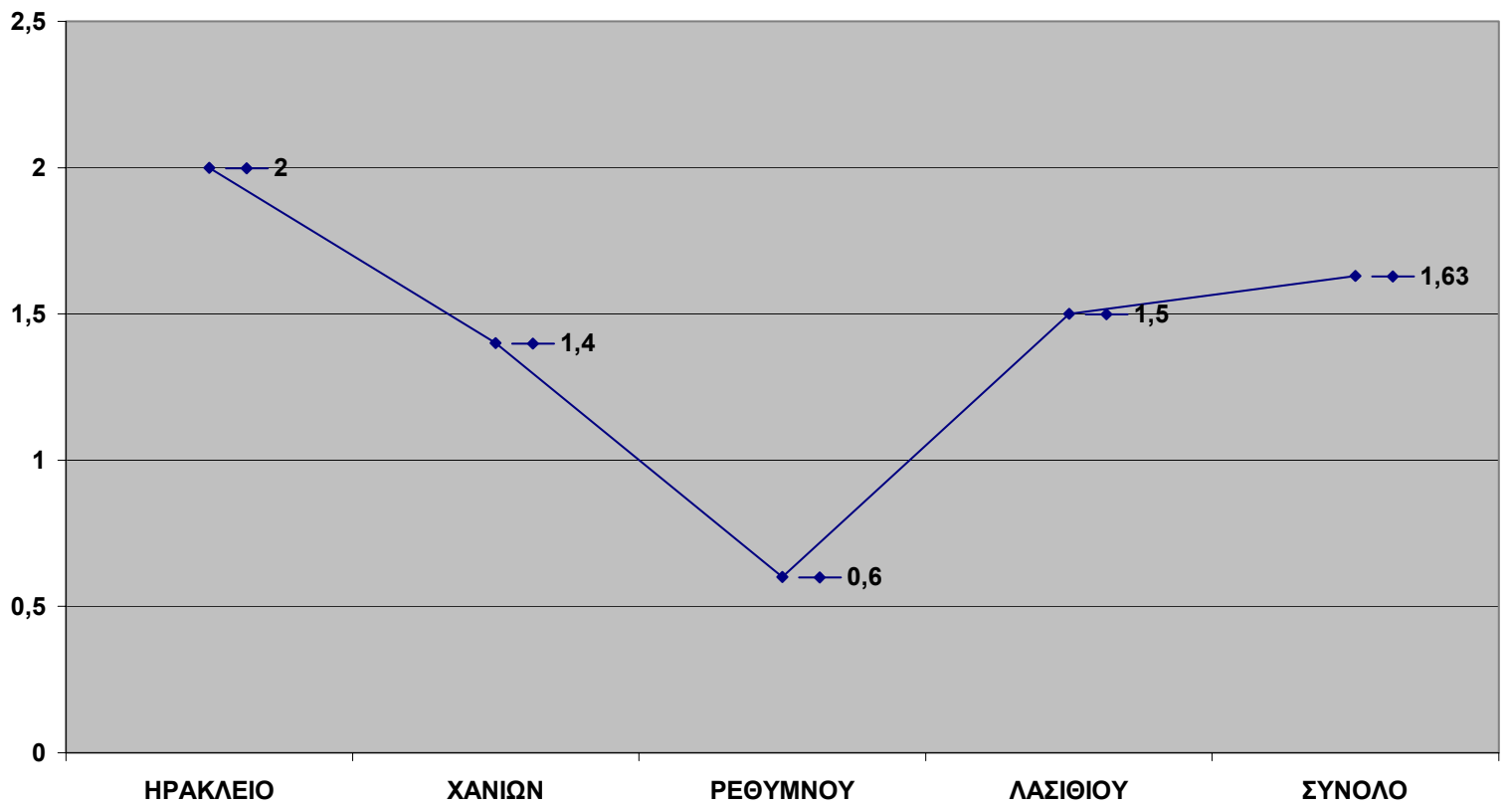


ΠΗΓΗ: Ο.Ο.Σ.Α. – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ Π.Ο.Υ.

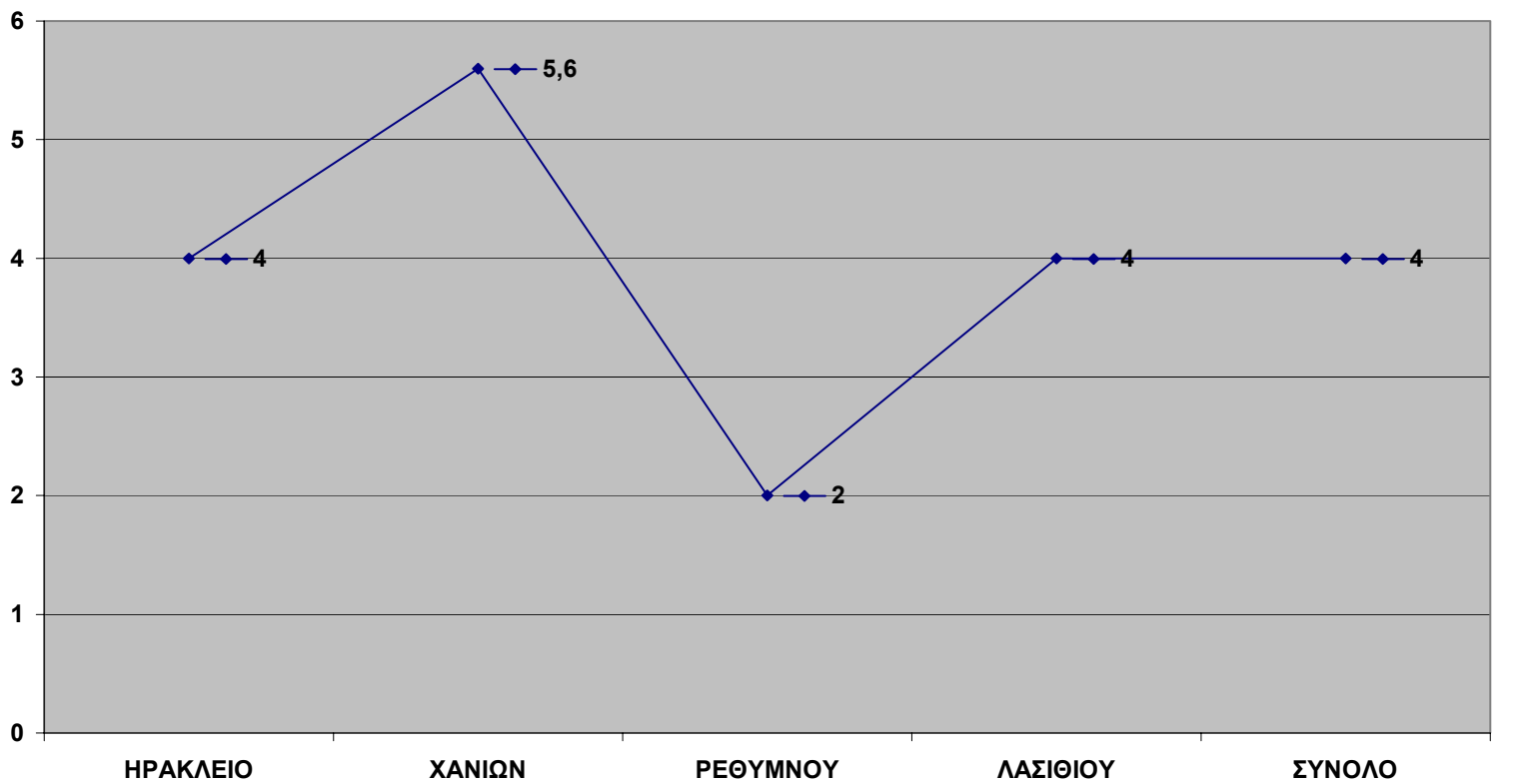
### ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ



ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΠΕ,ΤΕ)/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ



ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΚΛΙΝΩΝ/1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η ανάλυση της σχέσης πληθυσμού με το ενεργό νοσηλευτικό προσωπικό της Κρήτης μας οδηγεί σε χρήσιμα συμπεράσματα, τόσο όσο αφορά την ανάλυση της σχέσης αυτής στους επιμέρους νομούς, όσο και στο σύνολο του για την σύγκριση της σχέσης για την υπόλοιπη Ελλάδα και κυρίως τον γενικό δείκτη σύγκρισης με άλλες χώρες.

Έτσι για παράδειγμα παρατηρούμε ότι στο νομό Ρεθύμνου η αναλογία Νοσηλευτικού Προσωπικού με τον πληθυσμό είναι μόλις 1,64 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, σε αντίθεση με άλλους νομούς όπως ο νομός Λασιθίου (Όπου είναι αναπτυγμένα 4 νοσοκομεία) και του Ηρακλείου 3,7 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

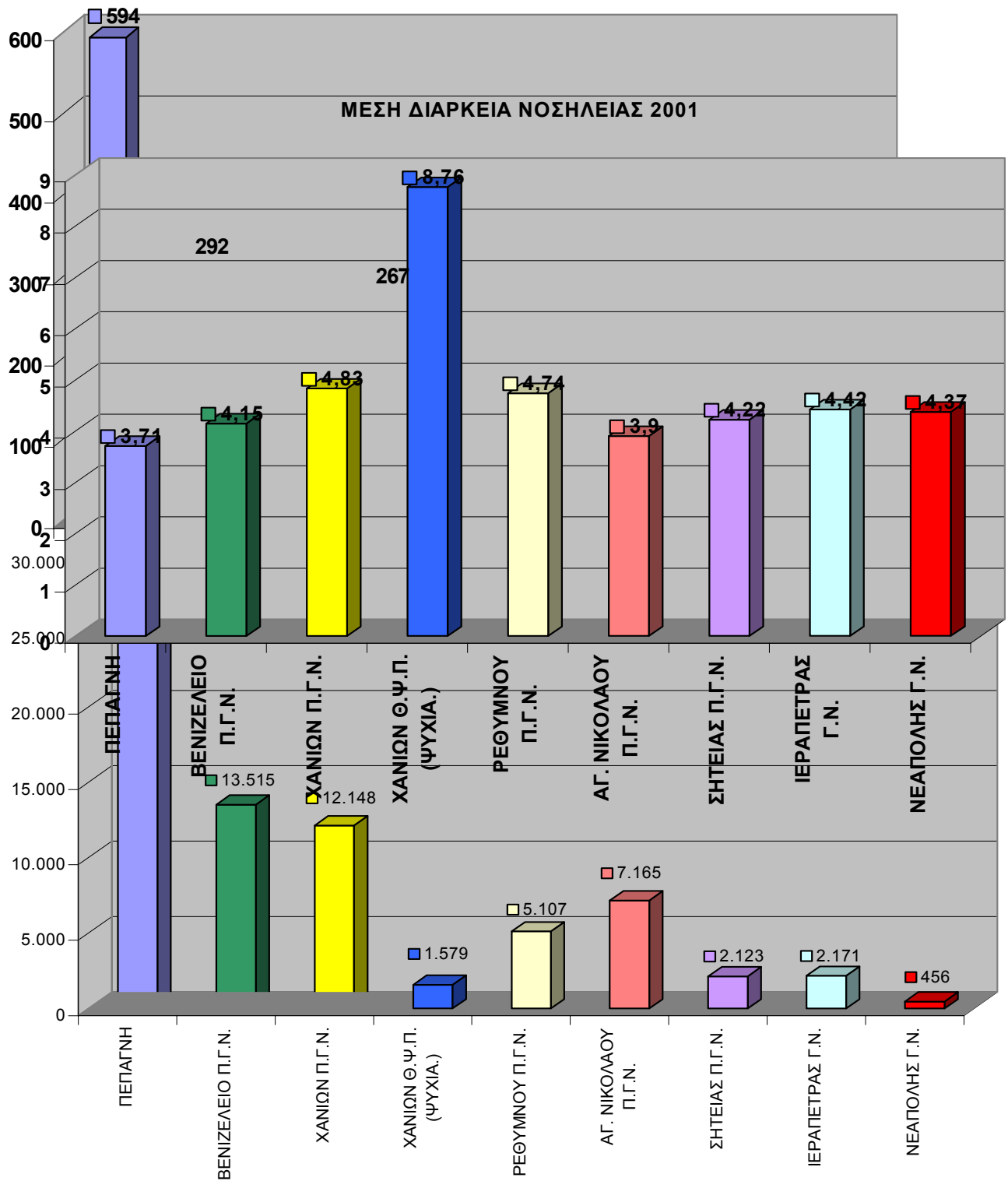
Αλλά και ο γενικός δείκτης για όλη την Κρήτη 3,2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους είναι μεν σχεδόν αντίστοιχο με αυτόν της υπόλοιπης Ελλάδας (3,5/1000) αλλά μειονεκτεί πολύ σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της Π.Ο.Υ. η επιθυμητή αναλογία πληθυσμού προς νοσηλευτικό προσωπικό για το 1990 θα έπρεπε να είναι 5,5 Ν.Π. ανά 1000 πληθυσμό και για το 2000 6,5 Ν.Π. ανά 1000 πληθυσμού.

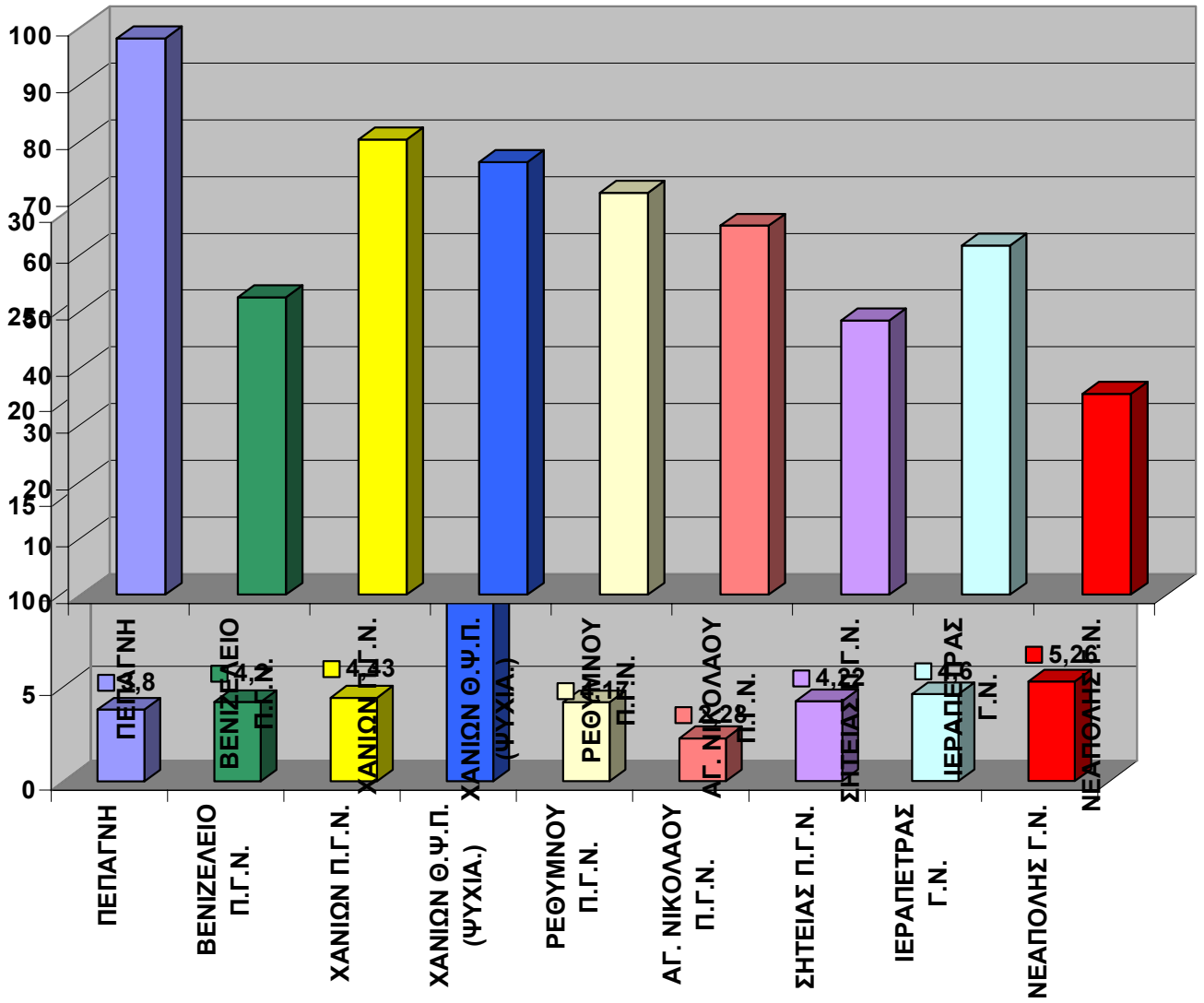
Στην δεύτερη περίπτωση της αναλογίας κλινών με πληθυσμό και νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρούνται πάλι οι δυσαναλογίες μεταξύ των νομών έτσι βλέπουμε στο νομό Ρεθύμνου να αντιστοιχούν 495 άτομα/κλίνη, ενώ στο νομό Χανίων 178 άτομα/κλίνη.

Επίσης η αναλογία κλινών – νοσηλευτών είναι χαμηλή σε βάρος των νοσηλευτών όπου με βάση τα διεθνή δεδομένα όπου η σχέση νοσηλευτών ανά κλίνη θα έπρεπε να είναι 3/1.

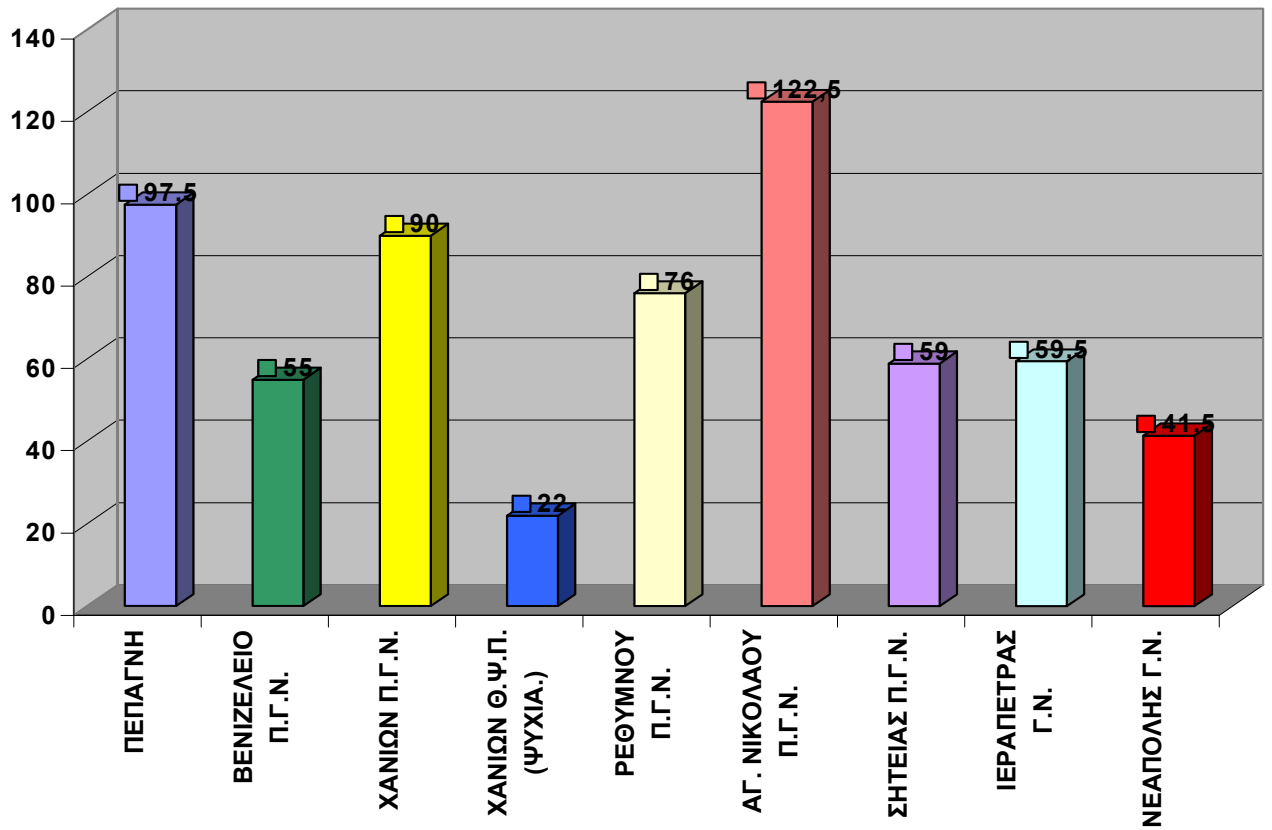
# ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΡΗΤΗΣ 2001



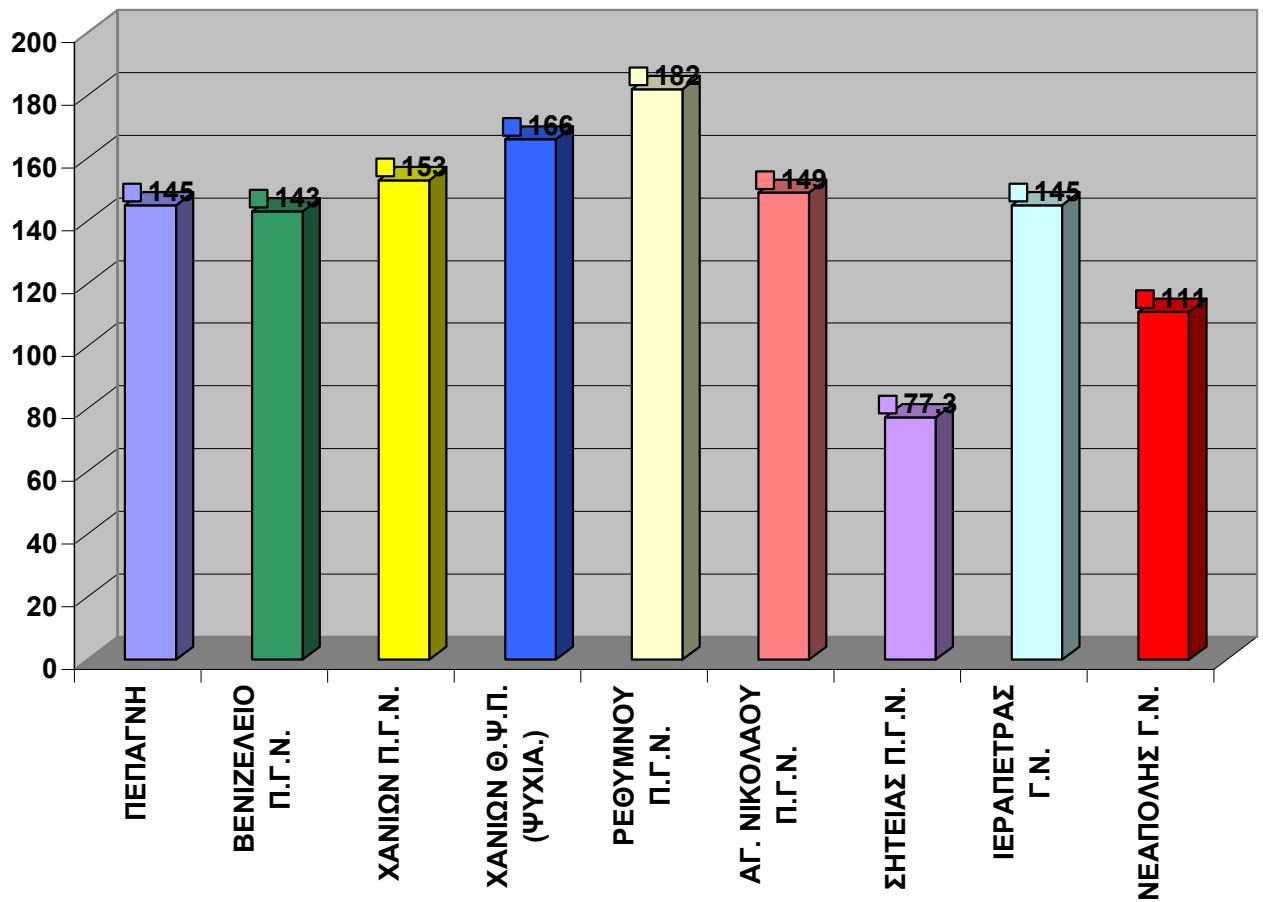
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ Ν.Π. ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ, ΤΟ 2001



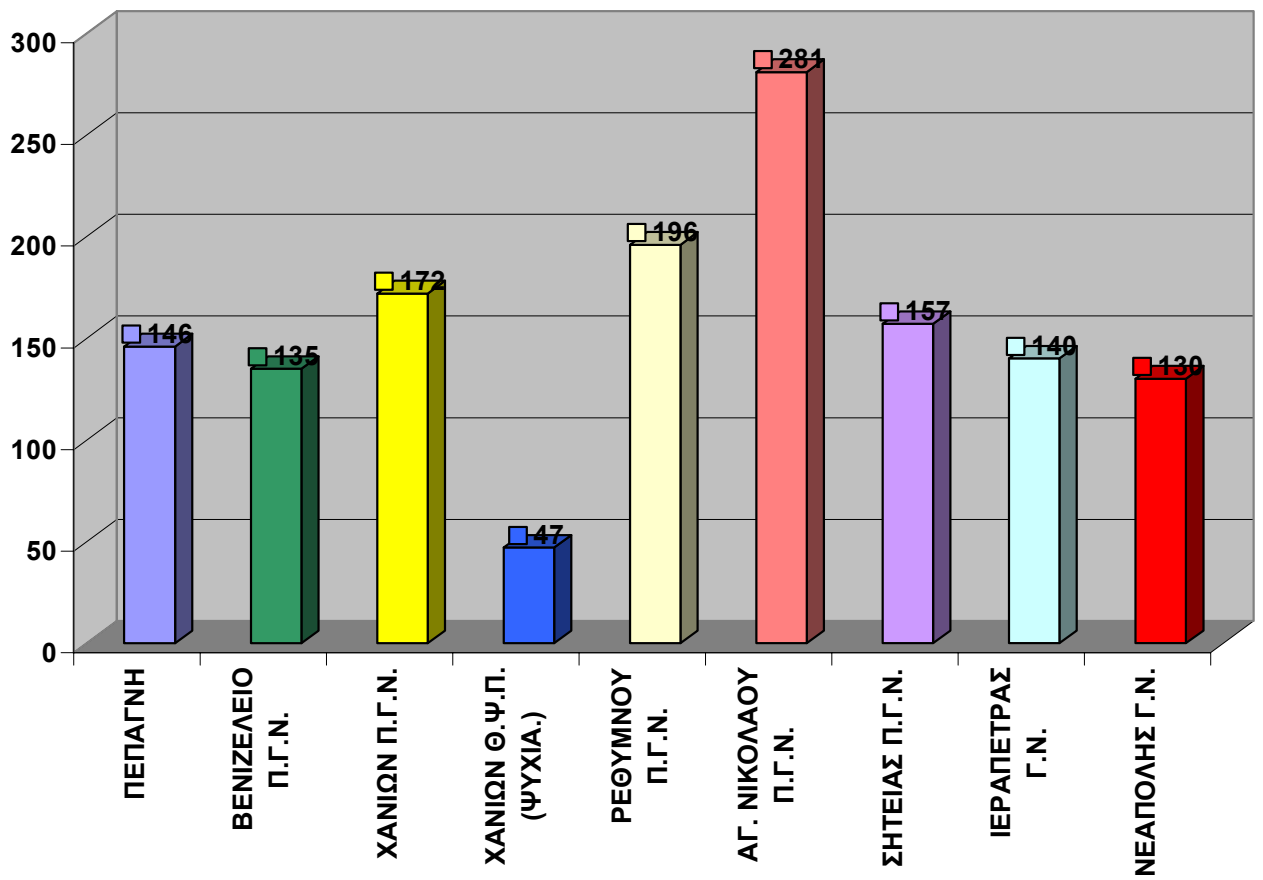
ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ Ν.Π. ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ, ΤΟ 1Ο 6μηνο 2002



ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ, ΤΕ, ΤΟ 2001

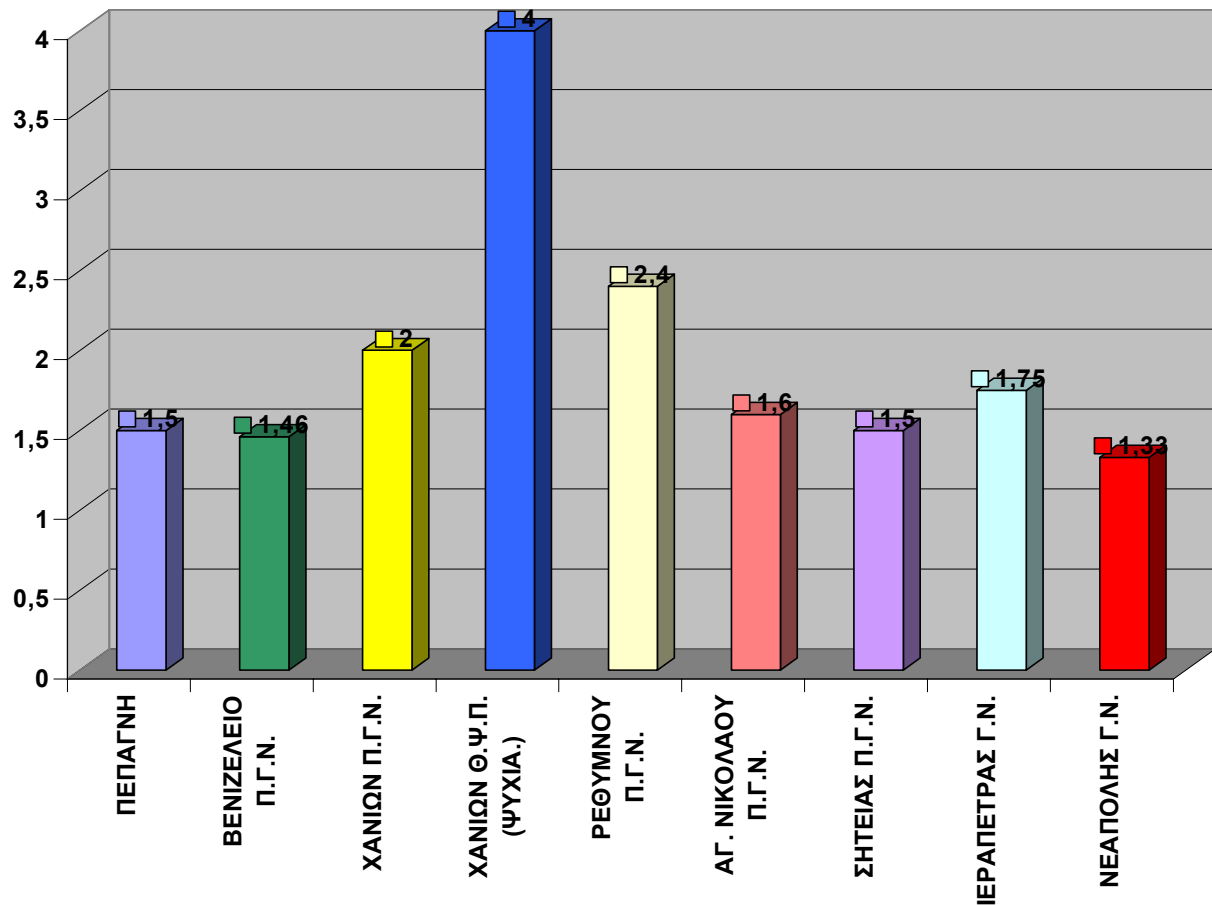


ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΕ,ΤΕ, ΤΟ 10 6μηνο 2002

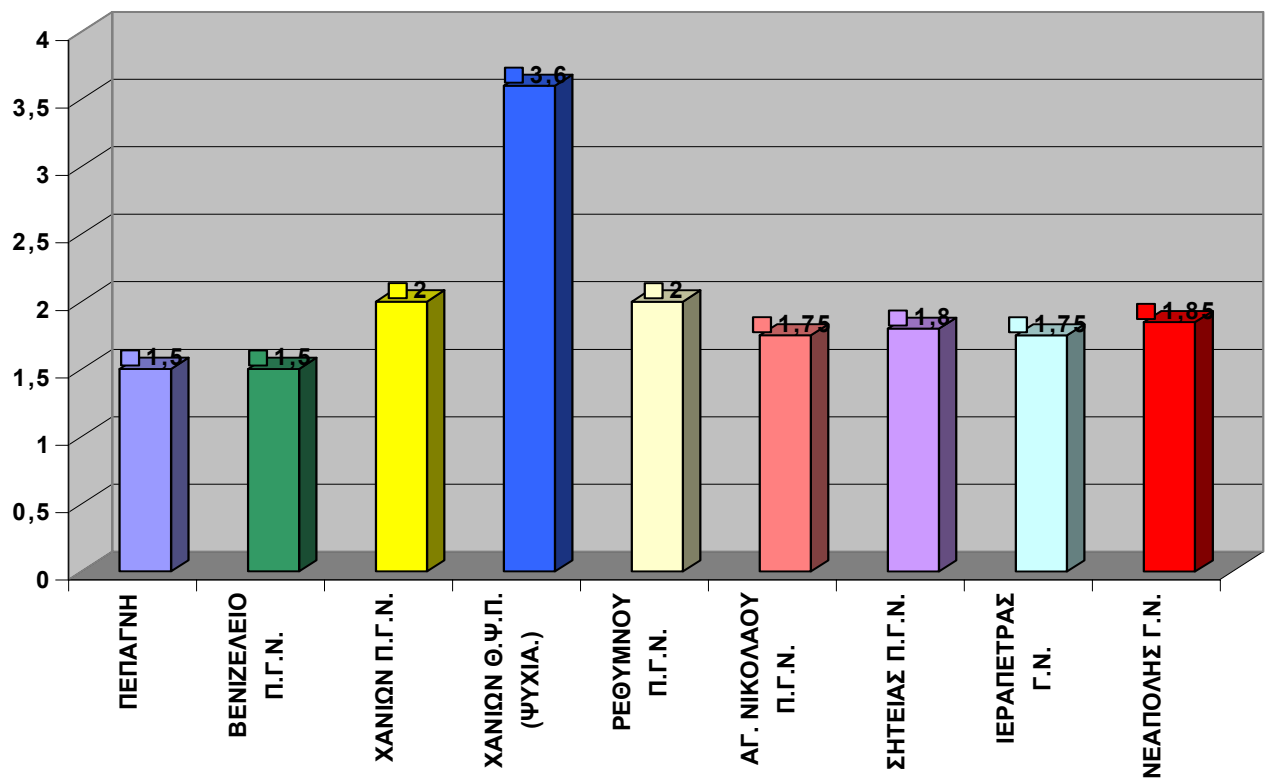




ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΕ,ΤΕ, ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ, ΤΟ 2001



ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΕ,ΤΕ, ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ, ΤΟ 10 6μηνο 2002



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Σύμφωνα με τους πίνακες των παραγωγικών δεικτών 2201 και το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο 2002 για τα νοσοκομεία της Κρήτης παρατηρούμε τα εξής:

1. **ΚΛΙΝΕΣ:** Οι αναπτυγμένες κλίνες των νοσοκομείων της Κρήτης σε σχέση με τις οργανικές που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο έχουν καλυφθεί σε ποσοστό 90% περίπου, υπολείπονται περίπου 300 κλίνες για πλήρη ανάπτυξη των νοσοκομείων. Ο μέσος όρος του ποσοστού κάλυψης των αναπτυγμένων κλινών, σύμφωνα με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν (2002 – 1<sup>ο</sup> εξάμηνο 2002) ανέρχονται στο 72% περίπου (71,75% για το 2001 72,23% για το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2002). Υψηλότερο ποσοστό κάλυψης παρατηρείται στο ΠΕΠΑΓΝΗ (87%) ενώ το χαμηλότερο στο Γ.Ν. Νεάπολης, Σητείας και Θ.Ψ.Π. Χανίων (47% - 57%).
2. **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΜΕΡΕΣ – ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:** Παρατηρείται αύξηση των νοσηλευόμενων ασθενών περίπου 3% το 2002 σε σχέση με το 2001 (Το ποσοστό αύξησης, βέβαια, δεν είναι ασφαλές, εφόσον δεν έχουμε δείκτες για όλο το 2002, έτσι το ποσοστό που αναφέρεται είναι αναλογικό). Αντίθετα παρατηρείται μια μικρή αύξηση των νοσηλευόμενων ασθενών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για το 2001 είναι 4,47 ημέρες ενώ για το 2002 είναι 4,42 ημέρες. Χαμηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας παρατηρείται στο ΠΕΠΑΓΝΗ 3,71 ημέρες ενώ υψηλότερη στο Θ.Ψ.Π. Χανίων 8,76 ημέρες (Λόγο της φύσης των νοσηλευόμενων ασθενών).
3. **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:** Η ετήσια αναλογία νοσηλευθέντων ασθενών ανά ένα άτομο Ν.Π. (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) ποικίλει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο έτσι ένα άτομο Ν.Π. (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) αντιστοιχεί για 98 ασθενείς περίπου, για το ΠΕΠΑΓΝΗ υψηλότερος δείκτης, και 1 άτομο Ν.Π. (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) αντιστοιχεί για 35 ασθενείς περίπου Γ.Ν. Νεάπολης (Χαμηλότερος δείκτης). Η μέση τιμή για όλα τα νοσοκομεία της Κρήτης είναι 1 άτομο Ν.Π. (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), ανά 74 ασθενείς ετησίως. Η αναλογία νοσηλευόμενων ασθενών ανά νοσηλευτή – τρια (ΠΕ, ΤΕ) είναι περίπου 146 ασθενείς ανά έτος. Διακυμάνσεις πάλι υπάρχουν ανάλογα με την στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ) έτσι η υψηλότερη αναλογία που σημαίνει και την μεγαλύτερη έλλειψη είναι του Π.Γ.Ν. Ρεθύμνου όπου αντιστοιχούν 182 ασθενείς ετησίως ανά νοσηλευτή ή 2,4 ασθενείς ημερησίως ανά νοσηλευτή καθώς και του Θ.Ψ.Π. Χανίων όπου αντιστοιχούν 166 ασθενείς ανά νοσηλευτή ετησίως ή 4 ασθενείς ημερησίως ανά νοσηλευτή. Αντίθετα στο ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. και Π.Γ.Ν. Βενιζέλειο όπου η στελέχωση είναι καλύτερη οι αναλογίες είναι μικρότερες, 1 νοσηλευτής ανά 143 ασθενείς ετησίως ή ένα νοσηλευτή ανά 1,46 ασθενείς ημερησίως (Βενιζέλειο).

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

### ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η επαρκής στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και κατά συνέπεια η όσων το δυνατών καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας, έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια το διεθνές management στην αναζήτηση μεθόδων και στρατηγικών.

Μια από τις μεθόδους που έχει εφαρμοστεί και έχει γίνει διεθνώς αποδεκτή, για την κάλυψη αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι η ανάλυση που είναι επικεντρωμένη στον άρρωστο, όπου η στελέχωση ενός ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανάλογη με τον αριθμό και την « ποιότητα» των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτό.

Πιο αναλυτικά οι ασθενείς ταξινομούνται σε τρεις ή τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης του ( group patient classification) και στην συνέχεια τοποθετούνται σε Μονάδες Προοδευτικής Φροντίδας (progressive patient care) ανάλογα με τον βαθμό νοσηλευτικής εξάρτησης, που καθορίζεται με ειδική κλίμακα και τον χρόνο απασχόλησης των νοσηλευτών.

Παράδειγμα:

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΓΙΑ 100 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
---	---	---	---	---	---

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	40	40 ώρες	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: Π.Ε. – Τ.Ε.
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	30	75 ώρες	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	20	70 ώρες	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	10	60 ώρες	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>100</b>	<b>245 ώρες</b>	

Σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα απαιτούνται **245** ώρες την ημέρα νοσηλευτικής φροντίδας ή κατά μέσο όρο **2,45** ώρες χρόνος νοσηλείας ανά άρρωστο. Με την αναλογία **2** νοσηλευτές προς ένα βοηθό οι **245** ώρες του απαιτούμενου χρόνου αντιστοιχεί **66,7%** σε νοσηλευτές και **33,3%** σε βοηθούς. Δηλαδή **245 : 8h = 30,62** προσωπικό (**21** Νοσηλευτές και **10** Βοηθοί περίπου).

Για τον καθορισμό του αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο ή σε ένα ίδρυμα ακολουθείται η εξής διαδικασία:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερησίως αριθμός ασθενών με τον μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου και με τις **365** ημέρες του χρόνου. Το τελικό αποτέλεσμα εκφράζει το χρόνο που χρειάζεται το ίδρυμα για να καλύψει τις νοσηλευτικές ανάγκες. Π.χ. **200** ασθενών το έτος. Έτσι **200 X 2,45 X 365 = 178.850** ώρες.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετήσια. Αφαιρούνται από τις **365** ημέρες οι μη εργάσιμες, όπως εβδομαδιαίες (ρεπό) **104** ημέρες, ετήσιες άδειες **25**, αργίες **12** και **23** ημέρες για ασθένεια, μητρότητα, ειδικές άδειες, εκπαιδευτικές άδειες. Σύνολο **165** μη εργάσιμες ημέρες αφαιρώντας τις από τις **365** ημέρες του χρόνου μένουν **200** εργάσιμες ημέρες. Οι εργάσιμες ημέρες πολλαπλασιάζονται με τις ώρες ημερήσιας εργασίας. Το αποτέλεσμα εκφράζει τις ημερήσιες εργάσιμες ώρες κάθε νοσηλευτή **200 X 7,5 = 1500** ώρες για κάθε μέρος νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Το αποτέλεσμα του (1) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (2) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα, **178.850 : 1500 = 117** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που αντιστοιχούν σε **78** νοσηλευτές και **39** βοηθούς.

**ΝΟΜΟΣ: ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	
<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	
<b>ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>	

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	260	260	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:26 4
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	220	550	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	170	595	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:1 20
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	80	480	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>730</b>	<b>1885</b>	<b>384</b>

Για την κάλυψη **730** ασθενών απαιτούνται **1885** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,85** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **236** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνο **1885: 8h = 236** ) που αντιστοιχούν σε **157** νοσηλευτές και σε **79** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία **2:1**)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **730 X 2,58 X 365 = 687441**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **687.441** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **458** θέσεις νοσηλευτικό προσωπικό.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **458** θέσεις αντιστοιχούν σε **306** νοσηλευτές και **152** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **42** Νοσηλευτές και **33** βοηθοί νοσηλευτών.

**ΝΟΜΟΣ: ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ Π.Γ.Ν.**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	117	117	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: 74
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	105	262,5	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	90	315	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:

					133
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	<b>ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	6 ώρες	45	270	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>357</b>	<b>964,5</b>	<b>207</b>

Για την κάλυψη **357** ασθενών απαιτούνται **964,5** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,70** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **120** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **964,5 : 8h = 120** ) που αντιστοιχούν σε **80** νοσηλευτές και σε **40** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **357 X 2,70 X 365 = 352.042,5** όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **352.042,5** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **234** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού
4. Με την αναλογία 2:1 οι **234** θέσεις αντιστοιχούν σε **156** νοσηλευτές και **78** βοηθούς νοσηλευτών.

Στην περίπτωση του συγκεκριμένου ιδρύματος παρατηρούμε δυσαναλογία στην σχέση νοσηλευτών με βοηθούς νοσηλευτών. Ενώ απαιτούνται **82** νοσηλευτές για να καλύψουν τις έλλειψης οι βοηθοί νοσηλευτών θα πρέπει να μειωθούν κατά **55** θέσεις.



**ΝΟΜΟΣ: ΧΑΝΙΩΝ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Π.Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΚΑΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	105	105	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:65
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	122	305	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	110	385	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:1 39
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	36	216	
ΣΥΝΟΛΟ			<b>373</b>	<b>1011</b>	<b>204</b>

Για την κάλυψη 373 ασθενών απαιτούνται 1011 ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή 2,71 ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **126** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **1011: 8h = 126**) που αντιστοιχούν σε **84** νοσηλευτές και σε **42** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **373 X 2,71 X 365 = 368.953**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **368.953** .(ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **246** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία **2:1** οι **246** θέσεις αντιστοιχούν σε **164** νοσηλευτές και **82** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Π.Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **99** Νοσηλευτές ενώ οι θέσεις των βοηθών νοσηλευτών πλεονάζουν κατά **57**.

## **ΝΟΜΟΣ: ΧΑΝΙΩΝ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Θ.Ψ.Π. ΧΑΝΙΩΝ (ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ)**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΚΑΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	95	95	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: 47
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	85	212,5	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	70	245	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: 110
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	35	210	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>285</b>	<b>762,5</b>	<b>157</b>

Για την κάλυψη **285** ασθενών απαιτούνται **762,5** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,67** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **96** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **762,5: 8h =96** ) που αντιστοιχούν σε **64** νοσηλευτές και σε **32** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **285 X 2,67 X 365 = 278.313**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος

3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι:**278.315** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **186** νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **186** θέσεις αντιστοιχούν σε **124** νοσηλευτές και **62** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Θ.Ψ.Π. ΧΑΝΙΩΝ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **59** Νοσηλευτές ενώ παρουσιάζεται πλεόνασμα βοηθών νοσηλευτών κατά **77** θέσεις.

## ΝΟΜΟΣ: ΡΕΘΥΜΝΟΥ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Π.Γ.Ν. ΡΕΘΥΜΝΟΥ

#### ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>
<b>ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>		

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	52	52	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:44
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	39	97,5	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	27	94,5	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:66
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	13	78	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>131</b>	<b>322</b>	<b>110</b>

Για την κάλυψη **131** ασθενών απαιτούνται **322** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,46** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **40** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **322 : 8h =40,2** ) που αντιστοιχούν σε **27** νοσηλευτές και σε **13** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **131 X 2,46 X 365 = 117.530**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **117.530** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.) : 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **78** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία 2:1 οι 78 θέσεις αντιστοιχούν σε 52 νοσηλευτές και 26 βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Π.Γ.Ν. ΠΕΘΥΜΝΟΥ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **8** Νοσηλευτές ενώ οι θέσεις βοηθών νοσηλευτών πλεονάζουν κατά **40**.

**ΝΟΜΟΣ: ΛΑΣΙΘΙΟΥ****ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Π.Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ****ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	48	48	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:28
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	35	87,5	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	19	66,5	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:45
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜ ΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	6	36	

<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>108</b>	<b>238</b>	<b>73</b>

Για την κάλυψη **108** ασθενών απαιτούνται **238** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,20** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **30** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **238: 8h = 30**) που αντιστοιχούν σε **20** νοσηλεύτες και σε **10** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **108 X 2,20 X 365 = 86.870**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **86.870** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **58** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **58** θέσεις αντιστοιχούν σε **39** νοσηλεύτες και **19** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Π.Γ.Ν. ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **11** Νοσηλεύτες ενώ πλεονάζουν **26** βοηθοί νοσηλευτών.

**ΝΟΜΟΣ: ΛΑΣΙΘΙΟΥ****ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Γ.Ν. ΣΗΤΕΙΑΣ****ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	25	25	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ:15
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	20	50	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	15	52,5	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ:30
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	5	30	
ΣΥΝΟΛΟ			65	157,5	45

Για την κάλυψη 65 ασθενών απαιτούνται 157 ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή 2,42 ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται 20 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος 157 : 8h = 20 ) που αντιστοιχούν σε 13 νοσηλευτές και σε 7 Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:



1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι:  $65 \times 157,5 \times 365 = 57.487$ , όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες  $\times$  7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι:  $57.487$  (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **39** νοσηλευτικού προσωπικού περίπου.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **39** θέσεις αντιστοιχούν σε **26** νοσηλευτές και **13** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Γ.Ν. ΣΗΤΕΙΑΣ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **24** Νοσηλευτές ενώ πλεονάζουν **17** θέσεις βοηθώ νοσηλευτών.

**ΝΟΜΟΣ: ΛΑΣΙΘΙΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Γ.Ν. ΙΕΡΑΠΕΤΡΑΣ**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	25	25	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: 18
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	17	42,5	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	14	49	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: 20
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	6	36	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>62</b>	<b>152,5</b>	<b>38</b>

Για την κάλυψη **62** ασθενών απαιτούνται **152,5** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,46** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **19** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος:  $152,5 : 8h = 19$  ) που αντιστοιχούν σε **13** νοσηλευτές και σε **6** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι:  $62 \times 2,46 \times 365 = 55.662,5$ , όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες  $\times$  7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος

3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι: **55.662,5** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **37** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **37** θέσεις αντιστοιχούν σε **25** νοσηλευτές και **12** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Γ.Ν. ΙΕΡΑΠΙΕΤΡΑΣ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **7** Νοσηλευτές ενώ πλεονάζουν **8** θέσεις βοηθών νοσηλευτών.

## ΝΟΜΟΣ: ΛΑΣΙΘΙΟΥ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ: Γ.Ν. ΝΕΑΠΟΛΗΣ

#### ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

<b>ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	<b>ΚΑΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>
<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄</b>	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	8	8	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: 5
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄</b>	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	6	15	
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄</b>	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	3	10,5	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: 7
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄</b>	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	6 ώρες	1	6	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>18</b>	<b>39,5</b>	<b>12</b>

Για την κάλυψη **18** ασθενών απαιτούνται **39,5** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,20** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **5** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος:  $39,5 : 8h = 4,9$  ) που αντιστοιχούν σε **3,5** νοσηλευτές και σε **1,5** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά του ιδρύματος σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι:  $18 \times 2,20 \times 365 = 14.454$ , όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες  $\times$  7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζεται το συγκεκριμένο ίδρυμα έτσι:  $14.454$  (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **10** θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού.
4. Με την αναλογία 2:1 οι **10** θέσεις αντιστοιχούν σε **7** νοσηλευτές και **3** βοηθούς νοσηλευτών.

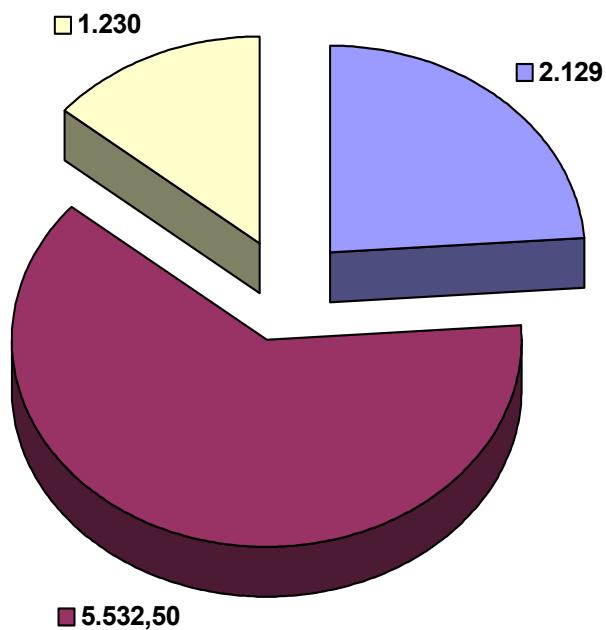
Ως εκ' τούτου για την κάλυψη των παρόντων νοσηλευτικών αναγκών του Γ.Ν. ΝΕΑΠΟΛΗΣ σε κλινικό επίπεδο απαιτούνται επιπλέον **2** Νοσηλευτές ενώ πλεονάζουν **4** θέσεις βοηθών νοσηλευτών.

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α΄	ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1 ώρα	735	735	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: 560
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β΄	ΜΕΤΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	2,5 ώρες	649	1.622,5	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ΄	ΣΥΝΘΕΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	3,5 ώρες	518	1.813	ΒΟΗΘΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ :670
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ΄	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝ	6 ώρες	227	1.362	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ



- ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ
- ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΟΓΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

	Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ			
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>2.129</b>	<b>1.230</b>

Για την κάλυψη **2.129** ασθενών απαιτούνται **5.532,5** ώρες νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης την ημέρα ή **2,6** ώρες μέσο όρο νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης ανά άρρωστο την ημέρα.

Για κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούνται **692** άτομα νοσηλευτικού προσωπικού.

( Συνολικός χρόνος **5.532,5 : 8h = 692** ) που αντιστοιχούν σε **461** νοσηλευτές και σε **231** Βοηθούς νοσηλευτών (αναλογία 2:1)

Για την κάλυψη συνολικά των ιδρυμάτων σε νοσηλευτικό προσωπικό υπολογίζονται:

1. Πολλαπλασιάζεται ο ημερήσιος αριθμός ασθενών του ιδρύματος με το μέσο όρο του νοσηλευτικού χρόνου απασχόλησης και με τις 365 ημέρες του έτους έτσι: **2.129 X 2,6 X 365 = 2.020.421**, όπου είναι οι ώρες που χρειάζεται το ίδρυμα, σε νοσηλευτικό προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες ενός έτους.
2. Υπολογίζονται οι εργάσιμες ημέρες κάθε νοσηλευτή ετησίως, που αντιστοιχούν σε 200 εργάσιμες ημέρες, οι οποίες στην συνέχεια πολλαπλασιάζονται με τις εργάσιμες ώρες της ημέρας (7,5) έτσι 200 εργάσιμες ημέρες X 7,5 ώρες ημερησίως = 1500 h/ έτος
3. Το αποτέλεσμα του (α) διαιρείται με το αποτέλεσμα του (β) για να προκύψει, ο απαιτούμενος χρόνος που χρειάζονται συνολικά τα ιδρύματα έτσι: **2.020.421** (ανάγκες σε ώρες Ν.Π.): 1500 (εργάσιμες ώρες ενός νοσηλευτή /έτος) = **1.347**
4. Με την αναλογία 2:1 οι **1.347** θέσεις αντιστοιχούν σε **898** νοσηλευτές και **449** βοηθούς νοσηλευτών.

Ως εκ' τούτου για την κάλυψη συνολικά των νοσοκομείων της Κρήτης απαιτούνται επιπλέον **338** θέσεις νοσηλευτών (**560** κατεχόμενες + **338** = **898**) ενώ πλεονάζουν **221** θέσεις βοηθών νοσηλευτών (**670** κατεχόμενες + **449** που χρειάζονται) = **-221**.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αξιολογώντας τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου βλέπουμε ότι με μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να παρέχεται ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα που βασίζεται μόνο στην φυσική εξάρτηση των ασθενών, παραβλέποντας πολυσύνθετες, πρόσθετες ανάγκες λόγω της ασθένειας ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και εκπαιδευτικές, καθώς επίσης και μεταβολή της κατάστασης τους.

Λόγο του ότι η μέθοδος είναι επικεντρωμένη στον άρρωστο ή μπορεί να αναφερθεί μόνο σε κλινικά νοσηλευτικά τμήματα αλλά δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες που απασχολούν νοσηλευτικό προσωπικό, όπως Χειρουργεία, ΜΕΘ. Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, Εξωτερικά Ιατρεία, Αιμοδοσία, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών κ.λ.π.

Ωστόσο δεν μπορεί κανείς να απόρριψη την συγκεκριμένοι μέθοδο τουλάχιστον ως προς την εφαρμογή της σε κλινικό επίπεδο. Τα τελευταία 15 χρόνια έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στα συστήματα ταξινόμησης των νοσηλευομένων ασθενών, με πρωταρχικό σκοπό την στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με νοσηλευτικό προσωπικό. Το ενδιαφέρον εκτείνεται από την βασική έρευνα μέχρι την ανάπτυξη, βελτίωση και εφαρμογή μεθόδων στελέχωσης χρησιμοποιώντας ποικίλα συστήματα ταξινόμησης.

Η ανάπτυξη συστημάτων ταξινόμησης ασθενών στην νοσηλευτική ξεκίνησε λόγω της μεταβλητής φύσης των απαιτήσεων νοσηλευτική φροντίδα. Στο νοσοκομείο είναι γνωστό ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές στις ανάγκες φροντίδας από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια, οι οποίες συνήθως είναι ανεξάρτητες από τον αριθμό των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός των ασθενών δεν είναι αρκετός δείκτης των αναγκών φροντίδας, και επομένως η ομαδοποίηση των ασθενών σε κατηγορίες που να αντανακλούν τον απαιτούμενο χρόνο για νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί περισσότερο λογική και ευαίσθητη προσέγγιση για τον προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτικούς πόρους.

Η απαίτηση για συστήματα ταξινόμησης ως μέσων για την κατανομή του προσωπικού έχει τεκμηριωθεί από πολλές Ενώσεις Νοσηλευτών στην Αμερική. Σε μελέτη που έγινε για τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων στην κλινική νοσηλευτική έρευνα, οι ανάγκη για αξιόπιστες και έγκυρες μεθόδους στελέχωσης στη νοσηλευτική έλαβε μια από τις υψηλότερες βαθμολογίες. Ενώ όμως η ανάγκη για συστήματα ταξινόμησης των ασθενών αναγνωρίστηκε νωρίς στο εξωτερικό, κυρίως στις Η.Π.Α., στη χώρα μας τώρα αρχίζει μια σχετική ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών, και επομένως υπάρχει πολύς ακόμα δρόμος που πρέπει να διανυθεί για να γίνουν τα συστήματα αυτά διαθέσιμα για εφαρμογή στην πράξη.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

📖 Β. ΛΑΝΑΡΑ:

**Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1996,**

📖 Χ.ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, Α.ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ

**Συστήματα Ταξινόμησης Ασθενών στην Νοσηλευτική, Νοσηλευτική 4 : 244 – 253, 1996,**

📖 Β.ΜΠΑΡΜΠΙΑ:

Ο Καταστατικός Χάρτης της Λουμπλιάνα, σχετικά με την μεταρρύθμιση της φροντίδας Υγείας, Νοσηλευτική 4 : 262 – 264, 1996,

📖 Φ.ΠΙΠΕΡΑ, Π.ΜΠΡΑΤΑΝΗ , Π. ΤΣΙΜΟΠΟΥΛΟΣ:

Προσδιορισμός της αριθμητικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου. Νοσηλευτική 4 : 311 –327, 1999,

📖 Δ.ΔΗΜΗΤΡΕΛΗΣ, Α.ΜΑΛΠΙΔΟΥ, Μ.ΤΣΕΡΩΝΗ:

**Δείκτες στελέχωσης, Μ.Ε.Θ..Με νοσηλευτικό προσωπικό. Νοσηλευτική 4: 301–310,1999**

📖 Χ.ΠΛΑΤΗ, Β.ΛΑΝΑΡΑ, Λ.ΣΠΑΡΟΣ:

**Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Νοσοκομειακό χρονικό, 51, 4 :380–389, 1989,**

📖 Β.HERNY, Μ.LORENSEN, Μ.HIRSCHFELD:

**Management of Health services by nursing, Geneva: WHO/HRH/NUR/92,3,1992,**

📖 Α.ΠΑΠΑΔΑΝΤΩΝΑΚΗ:

Η στελέχωση υπηρεσιών υγείας με νοσηλευτικό προσωπικό, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 5,6 :536–539,1988,

📖 TIMOTHY S. MILLER:

**Η γέννηση του νοσοκομείου στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία,.**

📖 ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΝΙΑΚΑΣ:

**Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας, 1994,**

📖 Μ. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, ΧΤΖΕΛΙΑ:

**Διοίκηση νοσηλευτικής μονάδος. Αρχές διοικήσεως και διαπροσωπικά σχέσεις, 1978,**

📖 ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ.Μ. ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ, Τ. ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ, Α. ΜΠΕΝΟΣ, Δ. ΝΙΑΚΑΣ, Σ. ΡΟΜΠΟΛΗΣ, Π. ΤΗΝΙΟΣ, Γ. ΤΣΑΛΙΚΗΣ, Τ. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ.

**Η πολιτική υγεία στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών,**

📖 Ntp: //www.eiegeia.gr/pnc 1223g.ntm.

📖 R. A. NELSON.

**Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. Επιθεώρηση Υγείας, 7,5: 23, 44,1996,**

📖 Α. ΜΟΥΡΤΖΟΓΛΟΥ.

**Η διασφάλιση της ποιότητας στα νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας, 8 : 34, 1997,**

📖 J. REERINK, R. SAUERDORN.

**Quality in primary health care in developing countries: recent experience and future directions.**

**Int. J. Qual. Health Care 8: 131 – 139, 1996,**

📖 L. BARIC

Αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Νέα Γενιά, 19: 12, 1998,

📖 L. FRANCE, S. JOHANSEN.

**Health care reforms in Europe: Organization of quality in health care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 1992, σελ. 86 – 88,**

📖 Γ. ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ

**Αρχαία Ελλάδα και ποιότητα. Εκδόσεις Αίολος, Αθήνα, 1996,**

📖 Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ

Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική επιθεώρηση ΙΚΑ, 3: 41 – 47, 1992,,

📖 C. BASSET.

**Quality Assurance and the palliative care team. Nurs. Stand. 10: 44, 1996,**

📖 A. KRCZAL.

Quality definition by different interest groups. Hospitals Management Inter 1996, σελ. 83 – 85,

📖 J. FRIEDRICKS, A. HENESSY, H. BIGOER, A. MCPHERSON.

**It all comes down to degrees. Nurse. Clin. North Am 30: 129 – 42, 1995,**

📖 R.E. TOMSON.

Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals. Thompson, Mohr and Associate Inc. 1980,

📖 Χ. ΠΛΑΤΗ, Μ. ΠΡΙΑΜΗ.

Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα Υγείας: τάσεις και προοπτικές. Νοσηλευτική, 2: 100 – 106, 1997,

📖 J. OVRETVEIT.

**Health Service Quality. Blackwells Scientific Publication, Oxford, UK, σελ. 1 – 115, 1992,**

📖 WHO.

**The principles of QA Regional Office of Europe, Copenhagen, σελ. 3 – 7, 1983.**

📖 R.D.NERENZ

CQI in health care: some comments on “can it really work” .Int. J.Qual. health Care 9: 4, 1997,

📖 Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ΣΑΡΡΗΣ, Σ. ΣΟΥΛΗΣ.

Συστήματα υγεία και Ελληνική πραγματικότητα Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Managers, Υγείας, Αθήνα, σελ. 105 – 111, 269 – 270, 1996,

📖 Ε. ΜΟΡΑΪΤΗΣ.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Σύγχρονη εννοιολογική θεώρηση. Ιατρική 48: 295 – 301, 1985,

📖 Ε. MARTIN.

Community health Centers and Quality of Care. A. Goal to provide Effective Health Care to the Community. J. Community Health Nurse 13: 83 – 92, 1996,

📖 R.H. PALMER.

Considerations in defining Quality of health Care. In R.H. Palmer, A. Danabedian, G. J. Povar, Striving for Quality in health Care: An inquiry into policy and practice. Health administration Press. Ann Arbor, M.I. σελ. 3 – 58, 1991,

📖 AMERICAN NURSE ASSOCIATION.

Standards of Community Health Nursing Practice. Author, Washington D.C. 1986,

📖 K. JENNISON.

Organization dynamic of Quality control in Bland P. Making Managed Healthcare Work: A practical guide to strategies and solutions. Mc.Graw – Hill ( N.Y.) 1991

 **B.X. ΟΙΚΟΝΟΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Κ. ΜΕΡΑΚΟΥ, Σ. ΣΟΥΛΗΣ.**

Διοίκηση ολικής ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου. Επιθεώρηση Υγείας 6,1: 56, 58, 1995

